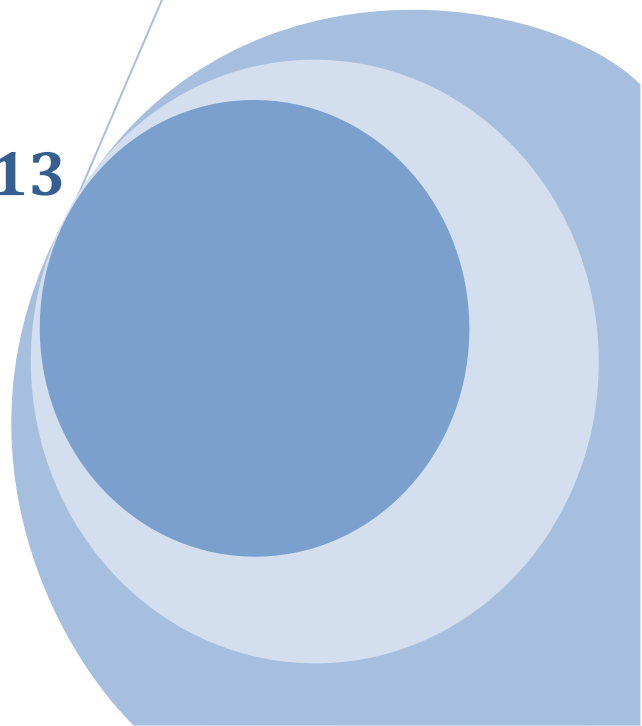




**Kvartalsrapport
for
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen**

2. kvartal 2013



INDHOLD

OVERBLIK	3
INDLEDNING	4
RESUMÈ	5
KAPITEL 1: MERE FRIHED.....	8
KAPITEL 2: STØRRE TRYGHED	10
2.1: TIDLIGERE DIALOG OG FLYTNING TIL PLEJEBOLIG	10
2.2: BORGERE, DER HJEMTAGES	11
KAPITEL 3: ATTRAKTIV ARBEJDSPLADS	14
3.1: ANDEL MÆND.....	14
3.2: SYGEFRAVÆR.....	16
KAPITEL 4: SAGSBEHANDLING TIL TIDEN	18
FIGUR- OG TABELOVERSIGT	20
BILAG 1: OVERSIGT OVER POLITISK VEDTAGNE FAGLIGE MÅL	21

OVERBLIK

Mere frihed

Hverdagsrehabilitering



Borgere i sygeplejeklinik

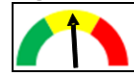


Større tryghed

Tidligere i plejebolig



Ventedage efter færdigbehandling



Antal ventende færdigbehandlede patienter per dag



Attraktiv arbejdsplads

20% mænd



Sygefravær



Sagsbehandling til tiden

Hjemmeplejeområdet



Hjælpe midler



Plejeboligområdet



4-ugersgarantien for plejebolig



INDLEDNING

Formålet med kvartals- og årsrapporterne er at give Sundheds- og Omsorgsudvalget en status på politisk fastsatte mål. Udvalget behandlede en sag om målsanering og forenklet rapportering på udvalgsrådet den 30. maj 2013. De ændringer, der blev beskrevet i den sag, er implementeret i kvartalsrapporten for 2. kvartal 2013. Det betyder, at nærværende kvartalsrapport er væsentlig kortere end de tidligere kvartalsrapporter, idet der kun afrapporteres på politisk fastlagte mål. Kvartalsrapporten indeholder ikke - som tidligere - oplysninger om aktivitetsudviklinger mv., hvor der ikke er fastlagt mål (fx antal hjemmeplejemodtagere). Sådanne statusoplysninger vil udvalgsmedlemmerne fra primo 2014 have adgang til i et webbaseret rapporteringscockpit, som giver mulighed for at dykke ned i data på specifikke områder.

Kvartalsrapporten for 2. kvartal 2013 indeholder oplysninger på områder, hvor der er fastlagt politiske mål, og hvor der er tilgængelige data, som kan vise status på målopfyldelsen. En del af de eksisterende politiske mål kan kun meningsfuldt afrapporteres årligt eller sjældnere (fx andelen af voksne med et positivt selv vurderet helbred), mens andre politiske mål kun meningsfuldt kan vurderes og afrapporteres kvalitativt - og ikke som nøgletal i en kvartalsrapport (fx målet om at forskning og teknologi skal indgå aktivt i udviklingen af omsorg). Se evt. bilag 1 med oversigt over politisk vedtagne faglige mål. I den gennemgang af politiske mål, som forvaltningen har igangsat jf. ovennævnte udvalgssag, vil det blive vurderet, hvorvidt og hvordan der meningsfuldt kan følges op på og afrapporteres på de enkelte politiske mål.

Kvartalsrapporterne vil fremover (fra denne kvartalsrapport) blive behandlet på samme udvalgs-møde som budgetstatus, således at rapporterene kan fungere som vidensgrundlag i forbindelse med budgetdrøftelserne. Det betyder, at udvalget får rapporterene hurtigere efter et kvartals afslutning end hidtil. Til gengæld vil forvaltningen ved fremlæggelsen af rapporterene ikke altid kunne forklare alle årsager til eventuelle manglede indfrielser af mål. Hvis der er behov for det, kan udvalget bede forvaltningen om mere viden eller om at forberede indsatser eller ændringer af mål. Udvalget har endvidere mulighed for at beslutte, at næste kvartalsrapport - udover den almindelige afrapportering - skal gå i dybden med et bestemt tema, som udvalget ønsker belyst yderligere.

Kvartalsrapporten er opbygget således, at de politiske mål er samlet i nogle fokusområder (fx fokusområdet "Større tryghed"). Fokusområderne kan løbende justeres, og indholdet i de enkelte fokusområder vil også kunne ændres, afhængig af hvilke politiske mål, der kan afrapporteres på pågældende tidspunkt. Først i rapporten (i afsnittet "Overblik") præsenteres målopfyldelsen på de forskellige politiske mål grafisk i form af "speedometre".

Kvartalsrapporten for 2. kvartal 2013 er den første kvartalsrapport, som er baseret på data fra forvaltningens nye omsorgssystem, KOS2. Der er på nuværende tidspunkt enkelte nøgletal, som endnu ikke kan trækkes fra KOS2, og derfor indeholder denne rapport ikke oplysninger om antal forskellige hjælpere i borgernes hjem og ventetider på genoptræning. Disse nøgletal vil indgå i kvartalsrapporten for 3. kvartal 2013.

I det fleste tilfælde opgøres tallene for 2. kvartal 2011, 2012 og 2013 og som oftest sammenlignes tallene for 2. kvartal 2013 med 1. kvartal 2011 for at give et længere tidsperspektiv på udviklingen.

God læselyst.

Sundheds- og Omsorgsborgmester

Ninna Thomsen

Administrerende direktør

Katja Kayser

RESUMÉ

FOKUSOMRÅDE: MERE FRIHED (kapitel 1)

Det er et mål i reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet*, at alle, som modtager praktisk hjælp, bliver trænet til at klare sig selv bedst muligt. I 2. kvartal 2013 modtog 9% af alle borgere med praktisk hjælp **hverdagsrehabiliterende ydelser**, hvilket er en stigning på 3%-point siden 2. kvartal 2012. Udviklingen går således i den rigtige retning. Det er langt fra alle modtagere af praktisk hjælp, som i praksis har potentiale til at kunne deltage i hverdagsrehabilitering, fx kan sengeliggende borgere som regel ikke modtage hverdagsrehabilitering (figur 1).

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt et politisk mål om, at driften af **sygeplejeklinikker** skal kunne finansieres via sparet vejtid på de besøg, der aflægges i klinikkerne. Der er i 2. kvartal 2013 aflagt 7.257 besøg i sygeplejeklinikkerne og klinikkerne har derved været fuldt finansieret af driften. Målet er således opfyldt (figur 2).

FOKUSOMRÅDE: STØRRE TRYGHED (kapitel 2)

I reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* er der fastsat et mål om, at svage ældre skal **flytte tidligere i plejebolig**. Indenfor det seneste år er 26% af de borgere, som har mere end 12 timers hjælp om ugen, blevet godkendt til plejebolig. Denne andel har ligget på et nogenlunde stabilt niveau siden 2011. Visitationerne har i 1. halvår 2013 været særligt udfordrede på grund af implementeringen af det nye omsorgssystem KOS2, og det har derfor været vanskeligt at sætte særligt fokus på at starte dialogen om plejebolig med borgerne tidligere. Forvaltningen vil endvidere se på, om der skal tages andre initiativer for at motivere de svage ældre til at komme tidligere på plejehjem, herunder om der er behov for en justering af visitationskriterierne (figur 3).

Ifølge Sundhedsaftalen 2011-2014 skal Københavns Kommune hjemtage færdigbehandlede patienter fra hospitalerne hurtigst muligt og senest 14 dage efter færdigbehandling. 13 borgere – svarende til 4% af alle ventende borgere – **ventede mere end 14 dage** i perioden marts-maj 2013. Til sammenligning ventede 9 borgere, svarende til 3%, mere end 14 dage i samme periode 2011. I første kvartal 2013 ventede 31 borgere mere end 14 dage på hjemtagning. Der er således sket en forbedring af målopfyldelsen i løbet af de seneste måneder. Det samlede antal ventedage er faldet med 4% siden marts-maj 2011 (tabel 1).

Sundheds- og Omsorgsudvalget har derudover et mål om, at der i gennemsnit maksimalt må være 11 færdigbehandlede patienter per dag, der venter på hjemtagning. I perioden juni 2012 -maj 2013 har der i gennemsnit været 37 **færdigbehandlede patienter per dag**, der ventede på hjemtagning. Heraf var der 26 65+-årige patienter, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ansvaret for at hjemtage. Antallet af 65+-årige færdigbehandlede patienter er steget fra 20 patienter per dag i 2011 til 26 patienter per dag i 2013. Kommunen lever derved ikke op til målsætningen om maksimalt 11 ventende patienter per dag. Forklaringen på det stigende antal ventedage er bl.a., at der i 2012 som led i moder-

niseringsplanen var lukket for indtag på nogle plejehjem, uden at de nye plejehjem endnu var åbnet. Dette gav pres på plejeboligpladserne og dermed også på de midlertidige døgnpladser. Der var endvidere i starten af 2013 stor overbelægning på hospitalerne, som havde flere indlæggelser end sædvanligt. Dermed var der også flere færdigbehandlede end sædvanligt, som skulle hjemtages. Det er endvidere en udfordring, at patienterne i nogle tilfælde erklæres færdigbehandlede af sygehusene uden reelt at være det.

Der er i januar 2013 åbnet en række pladser, og der er ikke længere samme pres på kapaciteten. Antallet af færdigbehandlede borgere forventes derfor at falde fremover. Størstedelen af de borgere, der har færdigbehandlingsdage, er svage borgere, der venter på en plads på en midlertidig døgnplads. Forvaltningen er i gang med at afdække, hvad der skal til for, at nogle af disse borgere kan udskrives direkte til eget hjem, evt. i en periode, indtil de har kræfter til at gennemføre et genoptræningsforløb. Forvaltningen arbejder endvidere på et forslag om at oprette fleksible døgnpladser i den del af året, hvor der er de største udfordringer med overbelægning og mange færdigbehandlede på hospitalerne (figur 4).

FOKUSOMRÅDE: ATTRAKTIV ARBEJDSPLADS (kapitel 3)

I reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* er der fastsat et mål om, at andelen af mandlige ansatte i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skal udgøre 20% i 2015. Ultimo 2. kvartal 2013 udgjorde **mænd** 16,6% af alle ansatte inkl. elever. Andelen er steget markant siden ultimo 2. kvartal 2012, men dette skyldes primært, at alle kommunens elever indgår i opgørelsen fra 2013, fordi Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har overtaget administrationen af elever i hele kommunen. Hvis eleverne ikke tælles med, udgør andelen af mænd i forvaltningen kun 15,2%. Det er på nuværende tidspunkt svært at sige, om målet om 20% mænd i 2015 kan opnås (figur 5).

Borgerrepræsentationen har besluttet at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skal reducere **sygefraværet** fra 14,3 dagsværk per fuldtidsansat i 2012 til 13,9 dagsværk per fuldtidsansat i 2013. Forvaltningens samlede sygefravær var 7,3 fraværsdagsværk per fuldtidsansat i 1. halvår 2013, hvilket er et fald på 0,9 fraværsdagsværk siden 1. halvår 2011, men en stigning på 0,2 fraværsdagsværk siden 1. halvår 2012. Med den nuværende udvikling er det tvivlsomt, om forvaltningen kan opfylde målet for sygefraværet i 2013 (figur 6).

Ligeledes har Borgerrepræsentationen fastlagt et mål om, at **elevernes sygefravær** skal reduceres med 1,8 dagsværk fra 2013-2015, hvilket svarer til en reduktion på 0,6 dagsværk per år. I 2013 er målet 15,4 dagsværk per elev. Elevernes sygefravær i Københavns Kommune i alt var 8,4 fraværsdagsværk per elev i 1. halvår 2013, hvilket er et fald på 1,2 fraværsdagsværk siden 1. halvår 2011, men en stigning på 0,7 fraværsdagsværk siden 1. halvår 2012. Det er dermed også tvivlsomt, om forvaltningen med den nuværende udvikling kan opfylde målet for elevernes sygefravær i 2013 (figur 6).

FOKUSOMRÅDE: SAGSBEHANDLING TIL TIDEN (kapitel 4)

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt **tidsfrister for sagsbehandlingen** af ansøgninger om hjemmepleje, hjælpemidler og plejeboliger. I 2. kvartal 2013 blev sagsbehand-

lingsfristerne overholdt i 83% af ansøgningerne om hjemmepleje, 85% af ansøgningerne om tekniske hjælpemidler, 92% af ansøgningerne om personlige hjælpemidler og 96% af ansøgningerne om plejebolig. På alle områder er målopfyldelsen højere end det vejledende mål om overholdelse af sagsbehandlingsfristerne i 80% af sagerne, som retssikkerhedsloven anbefaler (figur 7).

Sundheds- og Omsorgsudvalget har desuden fastsat et mål om, at alle godkendte ansøgere til plejebolig skal have et tilbud om en bolig inden for fire uger (4-ugersgarantien). I perioden marts-maj 2013 blev **4-ugersgarantien** overholdt i 98% af sagerne - en stigning på 6%-point siden samme periode i 2011 (figur 8).

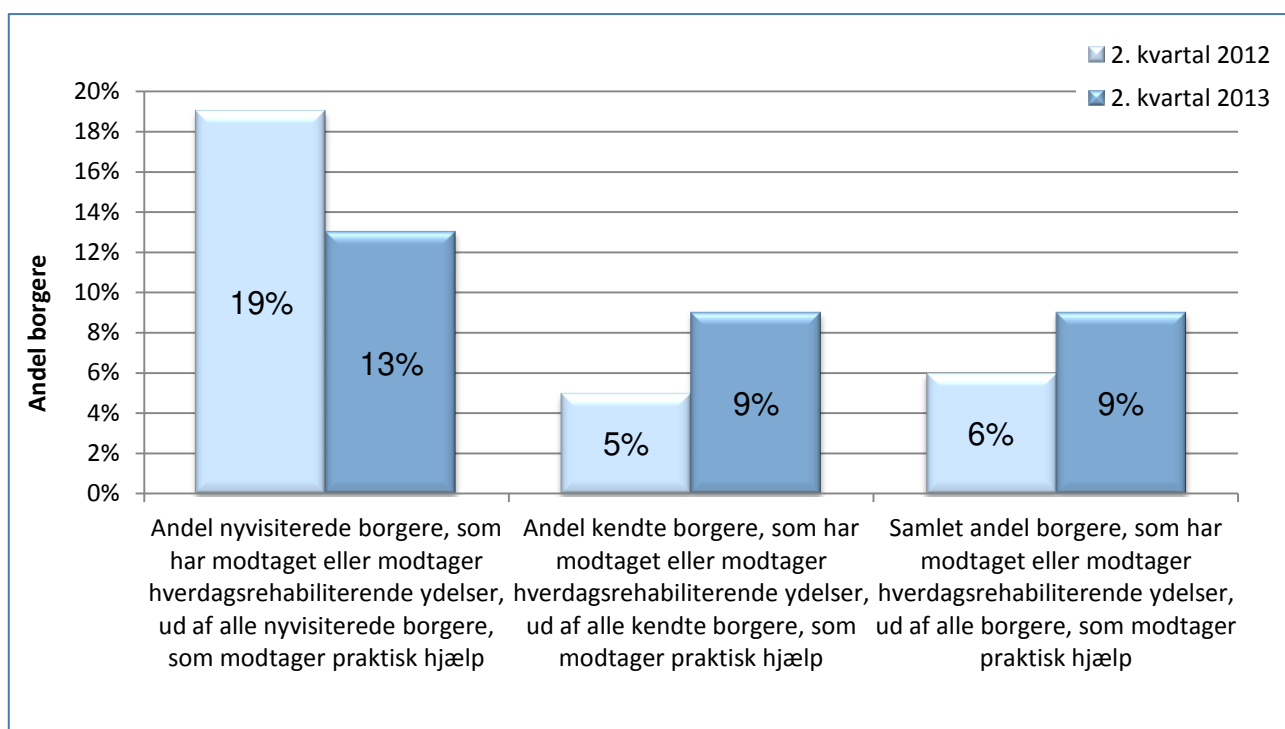
KAPITEL 1: MERE FRIHED

I kapitlet gennemgås status på hverdagsrehabilitering til praktiske opgaver samt antallet af besøg i sygeplejeklinikker.

Figur 1 – Brug af hverdagsrehabiliterende ydelser til praktiske opgaver

Det er et mål i Reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet*, at alle, som modtager praktisk hjælp, bliver trænet til at klare sig selv bedst muligt. Som et led heri blev hverdagsrehabilitering på praktisk hjælp implementeret i kvalitetsstandarderne i 2012.

Figur 1 viser andel nyvisiterede og kendte borgere samt den samlede andel borgere, der har modtaget eller modtager hverdagsrehabiliterende ydelser rettet mod praktiske opgaver, ud af alle borgere, som modtog praktisk hjælp ved udgangen af perioden. Hverdagsrehabiliterende ydelser omfatter vejledning og/eller træning i praktiske opgaver.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Note: Borgere, der modtager ydelserne 'pleje af alvorligt syge' og 'Struktur i dagligdagen', eller modtager mere end 12 timer hjemmepleje om ugen, indgår ikke i opgørelsen.

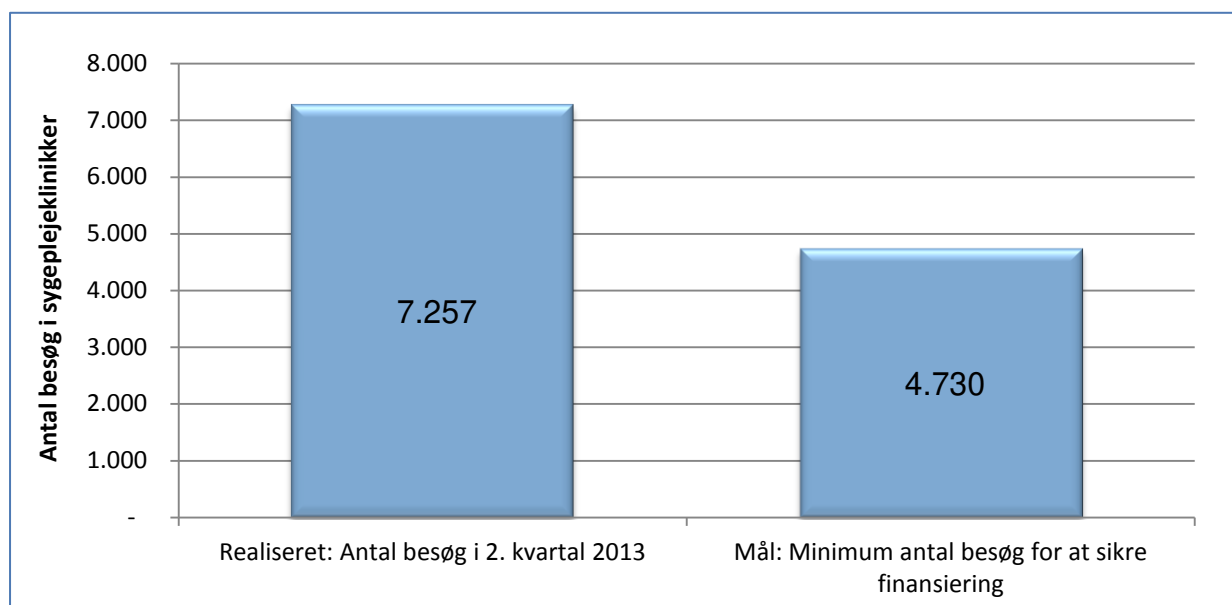
Note: Nyvisiterede borgere (førstegangshenvendere) er borgere, der i mindst 12 måneder ikke har modtaget ydelser inden for personlig pleje, praktisk hjælp eller hverdagsrehabiliterende ydelser.

I 2. kvartal 2013 modtog 9% af alle borgere med praktisk hjælp hverdagsrehabiliterende ydelser, hvilket er en stigning på 3%-point siden 2. kvartal 2012. Udviklingen går dermed i den rigtige retning, men antallet af borgere, der modtager hverdagsrehabilitering til praktisk hjælp, er endnu ikke særlig højt.

Figur 2 – Besøg i sygeplejeklinik

Sundheds- og Omsorgsudvalget har i januar 2013 ændret det politiske mål for sygeplejeklinikker, således at målet nu er, at driften af sygeplejeklinikkerne kan finansieres gennem sparet vejtid på de besøg, der aflægges i klinikkerne.

Figur 2 viser målet, som er det antal besøg, der skal aflægges for at driften af klinikkerne kan finansieres, og hvor mange besøg der faktisk har været i kvartalet.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS2)

Note: Driftsudgifter per kliniklokale er 50.000 kr. årligt. Driften finansieres ved 6 minutters sparet vej tid per besøg.

Der er i 2. kvartal 2013 aflagt 7.257 besøg i sygeplejeklinikkerne. For at klinikkerne kan finansieres gennem sparet vejtid, skulle der minimum aflægges 4.730 besøg i denne periode. Klinikkerne har derved været fuldt finansieret af driften i 2. kvartal 2013. Fokus er fortsat, at borgere, der evner det, skal modtage ydelser i sygeplejeklinik samt at øge antallet af besøg i klinikkerne.

KAPITEL 2: STØRRE TRYGHED

I dette kapitel præsenteres oplysninger om indsatsen for tidligere dialog og flytning til plejebolig samt om hjemtagning af borgere efter hospitalsindlæggelse.

Der indgår ikke denne gang en opgørelse over medarbejderkontinuiteten hos hjemmeplejemodtagerne, ligesom ventetider på genoptræning ikke er opgjort, da det på nuværende tidspunkt ikke er muligt at trække data på disse områder. Vi forventer, at de to opgørelser indgår i næste kvartalsrapport.

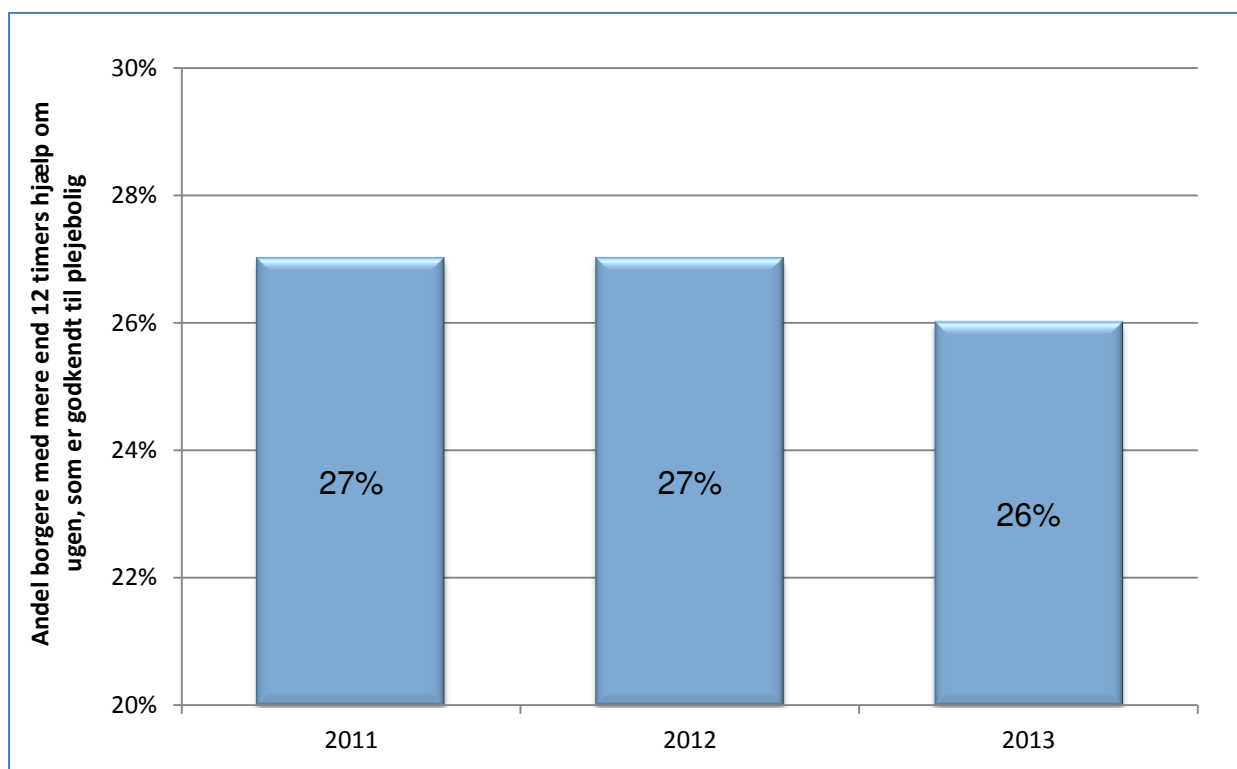
2.1: TIDLIGERE DIALOG OG FLYTNING TIL PLEJEBOLIG

I henhold til Reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* vil Københavns Kommune starte dialogen om plejebolig med ældre, der modtager meget pleje, tidligere. Før medio 2011 begyndte dialogen, når en borger fik omkring 20 timers hjælp om ugen. Siden medio 2011 er der arbejdet systematisk med at indlede samtalen, når borgeren får 12-15 timers hjælp om ugen.

Figur 3 – Tidligere dialog og flytning til plejebolig

Det er et mål i Reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet*, at svage ældre skal flytte tidligere i plejebolig.

Figur 3 viser hvor stor andel af hjemmeplejemodtagere med mere end 12 timers hjælp om ugen, der i løbet af de sidste 12 måneder er blevet godkendt til plejebolig.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og VI-systemet.

Note: Borgere, der modtager ydelsen 'pleje af alvorligt syge', er ikke medtaget i opgørelsen.

Note: Borgernes plejetyngde kan variere i perioden. Alle borgere, der mindst 1 dag i perioden har haft en plejetyngde på 12 timer eller mere, er medtaget i opgørelsen.

Indenfor det seneste løbende år havde 1.229 borgere mere end 12 timers hjælp om ugen. Heraf var 26% blevet godkendt til plejebolig. Denne andel har ligget på et nogenlunde stabilt niveau siden 2011.

I 2012 har der været pres på plejeboligkapaciteten grundet ombygningen af plejeboliger. I 2012 har det således ikke været muligt systematisk at starte dialogen om plejebolig med borgere, når de modtager over 12 timers hjælp om ugen. Visitationerne har i 1. halvår 2013 endvidere været særligt udfordrede på grund af implementeringen af det nye omsorgssystem KOS2, og har derfor endnu ikke kunne sætte særlig fokus på tidligere dialog med borgerne. Det skal bemærkes, at størstedelen af de borgere, der flytter i plejebolig, ikke kommer direkte fra eget hjem, men fra hospital eller midlertidig plads. Mange af disse borgere har ikke tidligere haft et stort behov for hjælp, men har oplevet et pludseligt fald i funktionsevnen, hvilket har ført til indlæggelse og efterfølgende behov for plejebolig.

2.2: BORGERE, DER HJEMTAGES

Tabel 1 – Ventedage efter færdigbehandling

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har finansieringsforpligtelsen for færdigbehandlede patienters ventedage på hospitalerne. Ifølge Sundhedsaftale 2011-2014 skal Københavns Kommune hjemtage borgerne hurtigst muligt og senest 14 dage efter, at kommunen har modtaget skriftlig information om, at patienten er færdigbehandlet. Forvaltningen har desuden fokus på at nedbringe det samlede antal ventedage mest muligt.

Tabel 1 viser antallet af borgere over 65 år, der er blevet udskrevet fra et hospital - fordelt på, hvor mange dage, borgerne ventede på at blive hjemtaget efter endt behandling.

	Marts - Maj 2011	Marts - Maj 2012	Marts - Maj 2013	Udvikling ifht. Marts - Maj 2011 (%)
Antal udskrivninger	8.079	8.402	8.026	-1%
Udskrivninger uden ventedage	7.752	8.087	7.694	-1%
Udskrivninger med ventedage:				
1-5 dage	161	149	184	14%
6-14 dage	157	151	135	-14%
15+ dage	9	15	13	44%
I alt udskrivninger med ventedage	327	315	332	2%
Antal ventedage i alt	1.957	2.003	1.885	-4%

Kilde: e-Sundhed

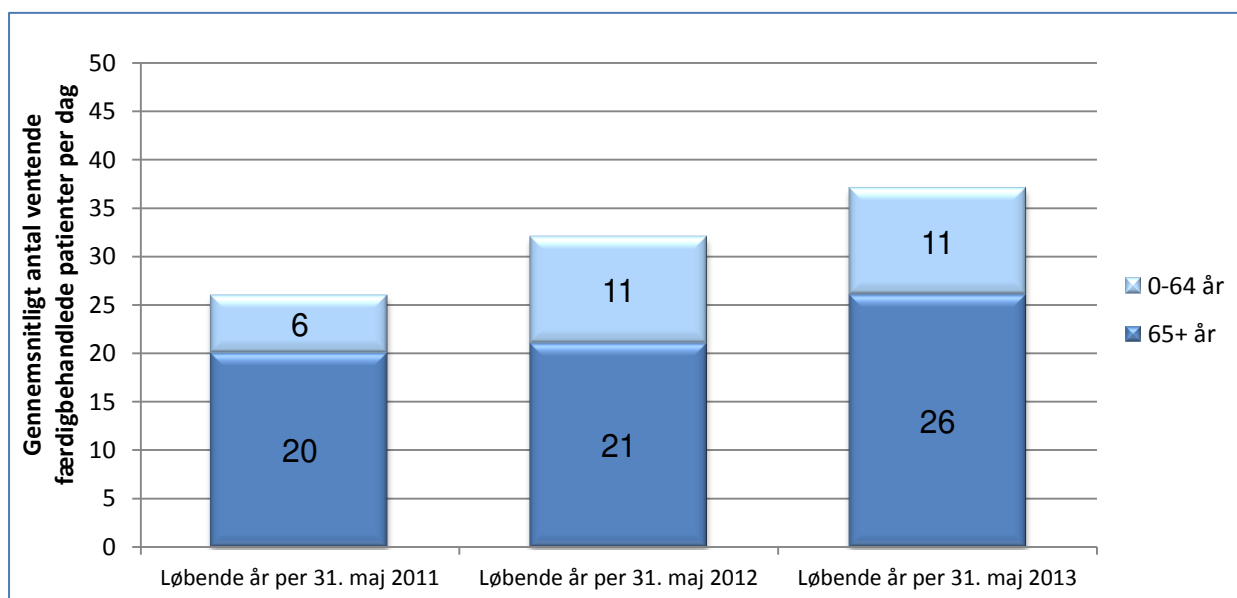
Note: Der kan ske efterregistreringer af aktiviteten i 2013 helt frem til marts 2014.

Fra marts-maj 2013 ventede 332 borgere på hjemtagning efter færdigbehandling på hospital. 184 af disse borgere ventede 1-5 dage, typisk på overflytning til en midlertidig plads. 13 borgere – svarende til 4% af alle ventende borgere – ventede mere end 14 dage. Til sammenligning var der 9 borgere, svarende til 3%, som ventede mere end 14 dage fra marts-maj 2011. I første kvartal 2013 ventede 31 borgere mere end 14 dage på hjemtagning. Der er således sket en forbedring af målopfyldelsen i løbet af de seneste måneder. Det samlede antal ventedage er faldet med 4% siden marts-maj 2011.

Figur 4 – Antal ventende færdigbehandlede patienter per dag

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt et mål om, at der i gennemsnit maksimalt må være 11 færdigbehandlede patienter per dag, der venter på hjemtagning.

Figur 4 viser det gennemsnitlige antal færdigbehandlede patienter per dag, der venter på hjemtagning efter færdigbehandling, fordelt på borgere under og over 65 år.



Kilde: e-Sundhed.

Note: Da antallet af ventende borgere per dag først kan opgøres, når borgerne er udskrevet fra hospitalet, kan antallet af ventedage per ventende borger ændres i takt med, at flere borgere udskrives.

I perioden juni 2012 – maj 2013 (løbende år) var der i gennemsnit 37 færdigbehandlede patienter per dag, der ventede på hjemtagning. Heraf var der 26 65+-årige patienter, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ansvaret for at hjemtage. Antallet af 65+-årige færdigbehandlede patienter er steget fra 20 patienter per dag siden 2011 (løbende år) til 26 patienter per dag i 2013 (løbende år). Kommunen lever derved ikke op til målsætningen om maksimalt 11 ventende patienter per dag.

Forklaringen på det stigende antal ventedage er bl.a., at der i 2012 som led i moderniseringsplanen var lukket for indtag på nogle plejehjem, uden at de nye plejehjem endnu var åbnet. Dette gav pres på plejeboligpladserne og dermed også på de midlertidige døgnpladser. Der var endvidere i starten af 2013 stor overbelægning på hospitalerne, der havde flere indlæggelser end sædvanligt. Dermed var der også flere færdigbehandlede end sædvanligt, der skulle hjemtages. Det er endvidere en udfordring, at patienterne i nogle

tilfælde erklæres færdigbehandlede af sygehusene uden reelt at være det. Der er i januar 2013 åbnet en række pladser, og der er ikke længere samme pres på kapaciteten. Antallet af færdigbehandlede borgere forventes derfor at falde fremover. Stort set alle borgere, der har færdigbehandlingsdage, er svage borgere, der venter på en plads på en midlertidig døgnplads. Forvaltningen er i gang med at undersøge, om det vil være en bedre løsning at udskrive nogle af disse borgere direkte til eget hjem, evt. i en periode, indtil de har kræfter til at gennemføre et genoptræningsforløb.

KAPITEL 3: ATTRAKTIV ARBEJDSPLADS

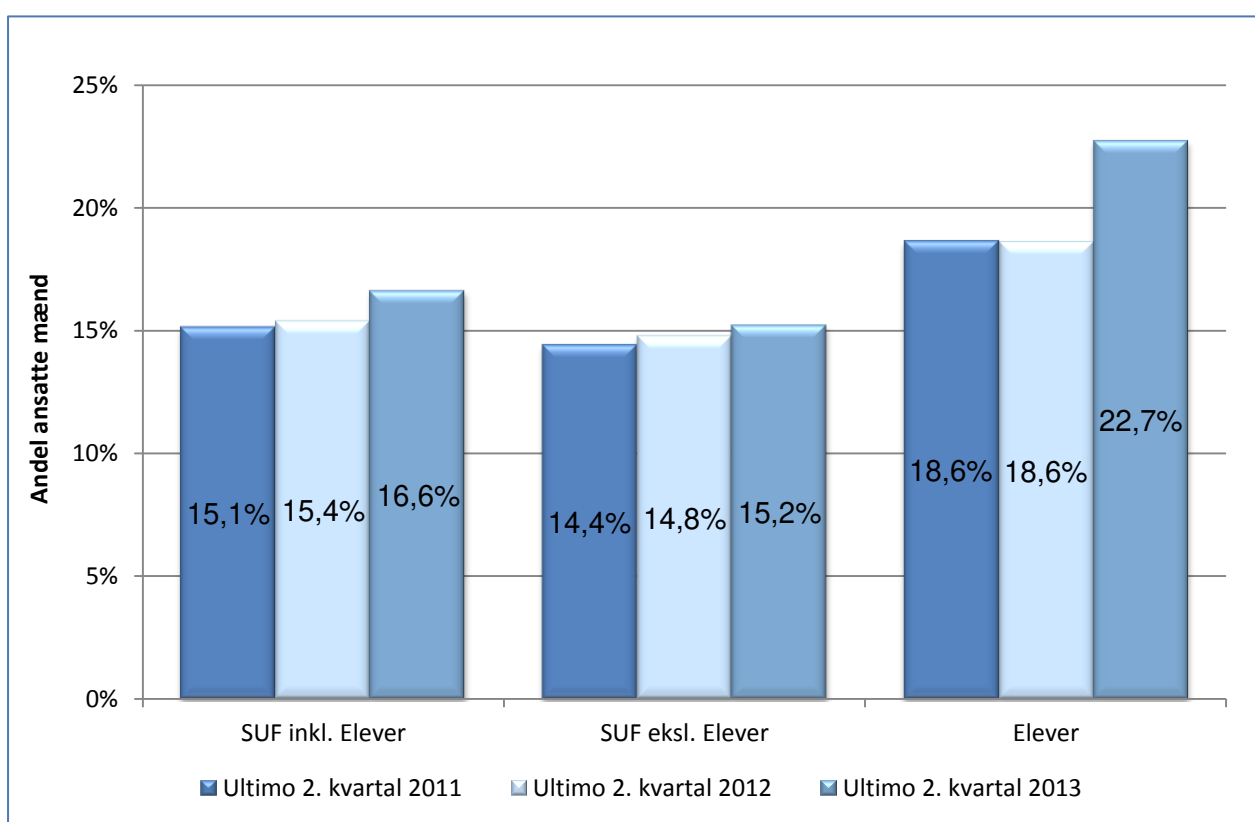
Kapitlet indeholder nøgletal om andel mandlige ansatte samt medarbejdernes sygefravær.

3.1: ANDEL MÆND

Figur 5 – Andel fastansatte mænd

Som led i Reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* har Sundheds- og Omsorgsudvalget fastlagt et mål om, at andelen af mandlige ansatte skal udgøre 20% i 2015.

Figur 5 viser andel ansatte mænd i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.



Kilde: Rubin

Note: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen overtog administrationen af alle elever i Københavns Kommune den 1. sep. 2012. Derved er der et databrud, der giver en stigning i andel mænd.

Ultimo 2. kvartal 2013 var der registreret 1.346 fastansatte mænd (inklusive elever) i forvaltningen. Det svarer til 16,6% af alle ansatte. Andelen af mænd er steget markant siden ultimo 2. kvartal 2012, men dette skyldes primært, at alle kommunens elever indgår i opgørelsen fra 2013, fordi Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har overtaget administrationen af alle elever i hele kommunen. Der er således et databrud mellem 2012 og 2013, da man fra 2013 ikke længere kan afgrænse elever til kun at omfatte elever i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Blandt de øvrige elever (pædagogstuderende mv.), er andelen af mænd højere end blandt sosu-elever, og derfor er andelen af mænd samlet set steget med 1,2%-point siden ultimo 2. kvartal 2011.

Hvis man kigger på forvaltningens fastansatte medarbejdere ekskl. alle elever (og dermed undgår databruddet), udgør andelen af mænd kun 15,2 %. Denne andel er steget med 0,8%-point siden ultimo 2. kvartal 2011. Det er på nuværende tidspunkt svært at sige, om målet på 20% mænd i 2015 kan opnås.

Forvaltningen har iværksat en række indsatser for at øge andelen af mænd. I kommunens ligestillingsplan samt Sundheds- og Omsorgsforvaltningens handleplan for ligestilling 2013-2014 er der iværksat forskellige initiativer med henblik på at ændre kønssammensætningen inden for omsorgsfag. Disse initiativer er møntet på både elevområdet og den generelle medarbejderrekruttering.

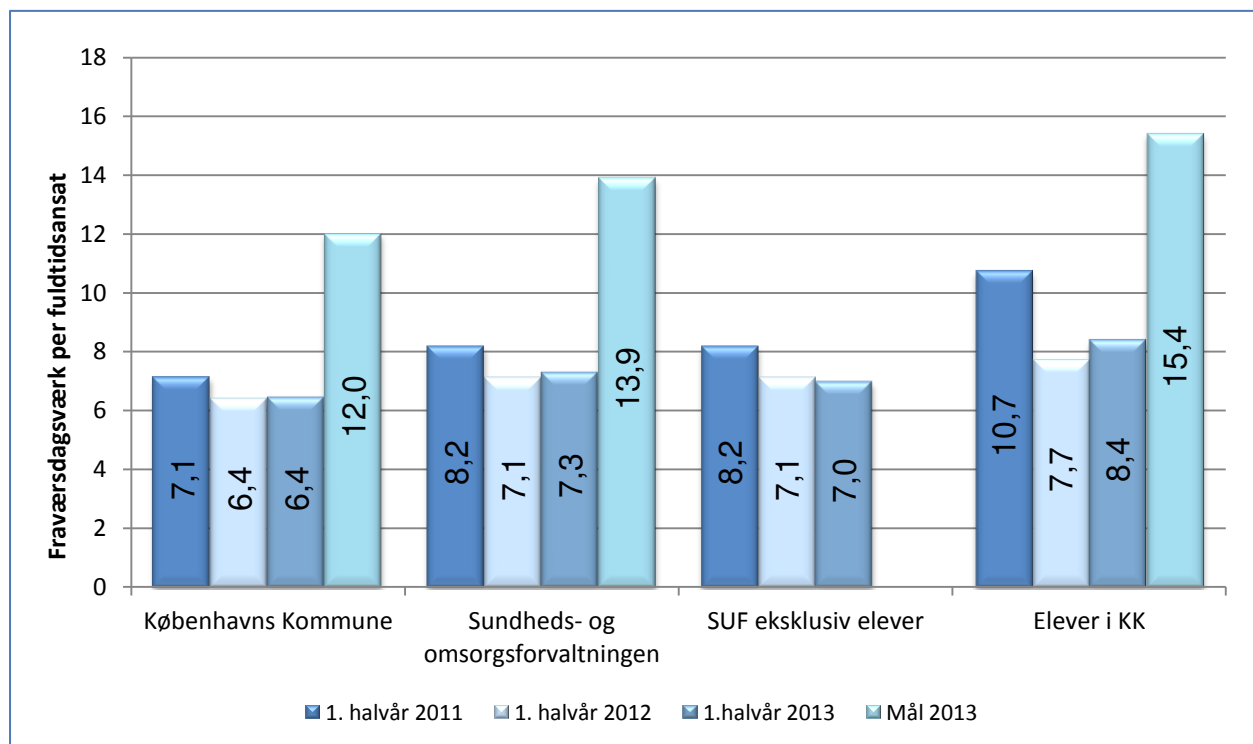
3.2: SYGEFRAVÆR

Fra 2013 skal sygefraværet i Københavns Kommune opgøres i dagsværk i stedet for i kalenderdage. Den nye opgørelsesmetode giver et mere reelt billede af den tabte arbejdstjeneste, idet det kun er sygefravær på dage, hvor medarbejderen skulle have været på arbejde, som fremover tæller med.

Figur 6 – Sygefravær sammenlignet med Københavns Kommune

Borgerrepræsentationen har besluttet, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skal reducere sygefraværet fra 14,3 dagsværk per fuldtidsansat i 2012 til 13,9 dagsværk per fuldtidsansat i 2013. Derudover har Borgerrepræsentationen fastlagt et mål om, at elevernes sygefravær skal reduceres med 1,8 dagsværk fra 2013-2015. Det svarer til en reduktion på 0,6 dagsværk per år. I 2013 er målet 15,4 dagsværk per elev.

Figur 6 viser antal sygefraværsdagsværk per fuldtidsansat for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen sammenlignet med hele Københavns Kommune.



Kilde: Rubin

Note: Kategorien "Elever i KK" indeholder alle elever i Københavns Kommune - også inden Sundheds- og Omsorgsforvaltningen overtog administrationen af alle elever i Københavns Kommune den 1. sep. 2012.

Overordnet er sygefraværet i 1. halvår 2013 faldet siden 1. halvår 2011 – både i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og i Københavns Kommune generelt. Men idet elevernes sygefravær er begyndt at stige i 2013, stiger sygefraværet for hele forvaltningen også.

Forvaltningens samlede sygefravær var 7,3 fraværsdagsværk per fuldtidsansat i 1. halvår 2013, hvilket er et fald på 0,9 fraværsdagsværk siden 1. halvår 2011, men en stigning på

0,2 fraværsdagsværk siden 1. halvår 2012. Med den nuværende udvikling er det tvivlsomt, om forvaltningen kan opfylde målet for sygefraværet i 2013.

Elevernes sygefravær i Københavns Kommune var 8,4 fraværsdagsværk per elev i 1. halvår 2013, hvilket er et fald på 1,2 fraværsdagsværk siden 1. halvår 2011, men en stigning på 0,7 fraværsdagsværk siden 1. halvår 2012. Det er dermed også tvivlsomt, om forvaltningen med den nuværende udvikling kan opfylde målet for elevernes sygefravær i 2013.

Fraværet for hele Københavns Kommune var på 7,1 fraværsdagsværk i 1. halvår 2013. Således er der sket et fald på 0,7 fraværsdagsværk i forhold til 1. halvår 2011, men fraværet ligger på niveau med 1. halvår 2012.

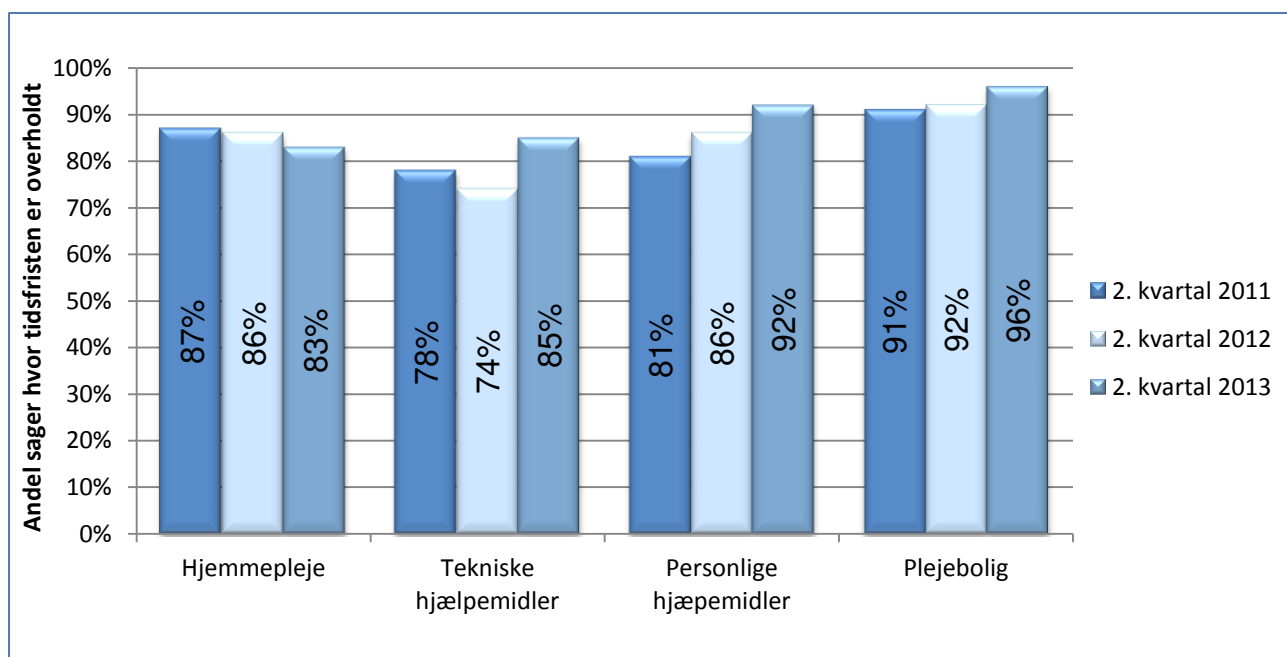
KAPITEL 4: SAGSBEHANDLING TIL TIDEN

Kapitlet indeholder oplysninger om sagsbehandlingstider på områderne hjemmepleje, plejebolig og hjælpemidler samt 4-ugersgarantien for tildeling af plejebolig.

Figur 7 – Sagsbehandlingstider

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt, at sagsbehandlingsfristerne for hjemmepleje (personlig pleje og praktisk hjælp) er 5 arbejdsdage. For tekniske og personlige hjælpemidler er sagsbehandlingsfristen 4 uger, medmindre sagen involverer 3. part, i så fald er sagsbehandlingstiden fastsat til 8 uger. For udskiftning af personlige hjælpemidler er sagsbehandlingsfristen 1 uge. For plejebolig er sagsbehandlingsfristen 21 hverdage. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har fastlagt et mål om, at sagsbehandlingsfristerne skal overholdes i mindst 80% af sagerne (jf. anbefaling i vejledning til retssikkerhedsloven).

Figur 7 viser andelen af sager, der er blevet behandlet inden for sagsbehandlingsfristerne på de enkelte områder.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS og KOS2), indberetninger fra lokalområdekontorerne og Hjælpemiddelcentret

I 2. kvartal 2013 blev der behandlet 1.508 sager vedrørende hjemmepleje, hvor 83% af sagerne blev behandlet inden for sagsbehandlingsfristen på 5 arbejdsdage. Andelen af sager, der er behandlet inden for sagsbehandlingstidsfristen, er faldet med 4%-point siden 2. kvartal 2011. Faldet kan skyldes, at visitatorerne i 1. halvår 2013 har været udfordrede pga. implementeringen af det nye omsorgssystem KOS2.

Der blev i 2. kvartal 2013 behandlet 1.454 sager vedrørende tekniske hjælpemidler og 2.510 sager vedrørende personlige hjælpemidler. 85% af sagerne om tekniske hjælpemidler og 92% af sagerne om personlige hjælpemidler blev behandlet inden for sagsbehand-

lingsfristerne. For tekniske hjælpemidler er der således sket en stigning på 7%-point siden 2. kvartal 2011, mens der for personlige hjælpemidler er sket en stigning på 11%-point.

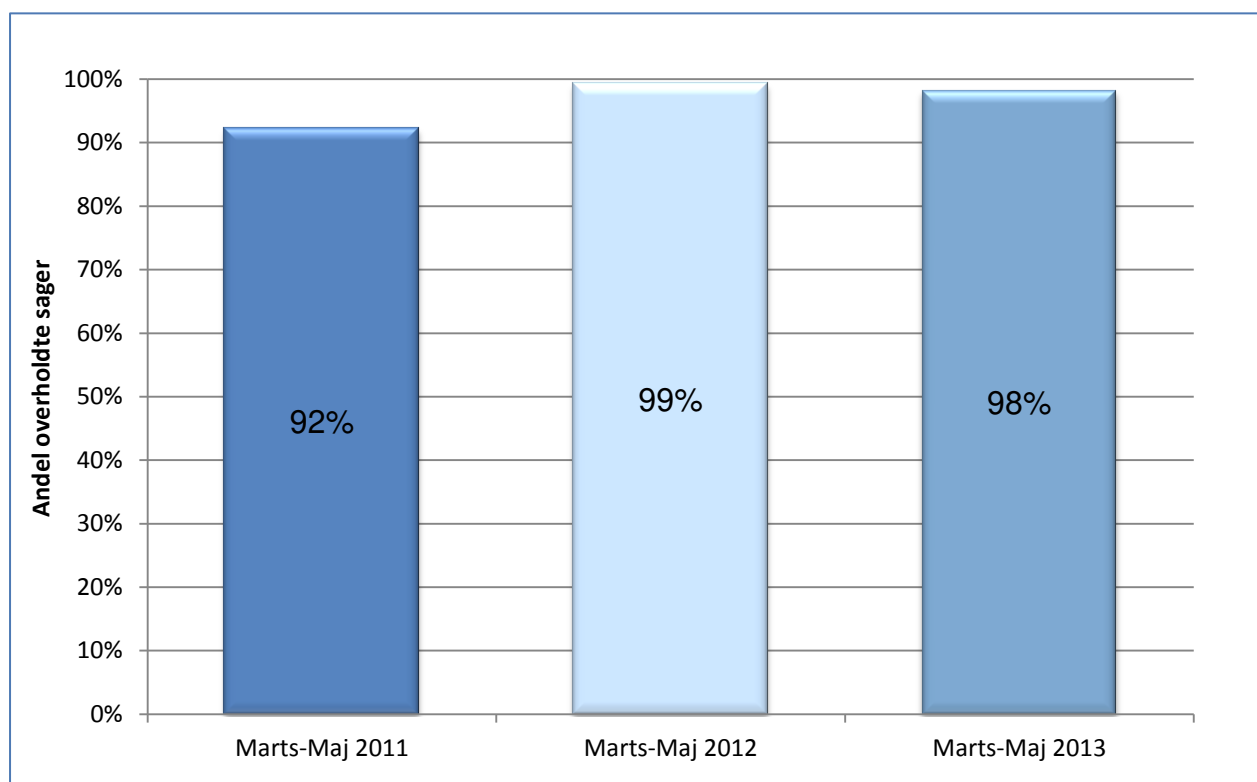
Der blev i 2. kvartal 2013 behandlet 103 sager vedrørende plejebolig, hvor 96% blev behandlet inden for sagsbehandlingsfristen på 21 hverdage, hvilket er en stigning fra 91% i 2. kvartal 2011.

Forvaltningen indfrier dermed målsætningen om, at mindst 80% af sagerne behandles inden for tidsfristerne i 2. kvartal 2013.

Figur 8 – 4-ugersgarantien for plejeboliger

Sundheds- og Omsorgsudvalgets mål er, at alle godkendte borgere skal have et tilbud om en bolig inden for fire uger (4-ugersgarantien). Borgere, der ønsker at bo i en plejeboligenhed i en anden kommune, eller som ønsker en specifik institution, er ikke omfattet af garantien.

Figur 8 viser udviklingen i andelen af godkendte ansøgere, der er blevet tildelt en plejebolig inden for fire uger.



Fra marts-maj 2013 var 158 ansøgere omfattet af 4-ugersgarantien. Andelen af sager, hvor 4-ugersgarantien er overholdt, var 98%, hvilket er 6%-point højere end fra marts-maj 2011. Der var tre ansøgere, som ikke fik svar inden for tidsfristen fra marts-maj 2013, men disse borgere fik tilbudt bolig efter højst 41 dage. Det vil sige, at 4-ugersgarantien for denne gruppe borgere blev overskredet med maksimum 13 dage.

FIGUR- OG TABELOVERSIGT

Figur 1 – Brug af hverdagsrehabiliterende ydelser til praktiske opgaver	8
Figur 2 – Besøg i sygeplejeklinik	9
Figur 3 – Tidligere dialog og flytning til plejebolig	10
Figur 4 – Antal ventende færdigbehandlede patienter per dag	12
Figur 5 – Andel fastansatte mænd	14
Figur 6 – Sygefravær sammenlignet med Københavns Kommune	16
Figur 7 – Sagsbehandlingstider	18
Figur 8 – 4-ugersgarantien for plejeboliger	19
Tabel 1 – Ventedage efter færdigbehandling	11

BILAG 1: OVERSIGT OVER POLITISK VEDTAGNE FAGLIGE MÅL

Nr.	AKTIV & TRYK HELE LIVET (2011)
1	Alle, som modtager hjælp, skal trænes til at klare sig selv bedst muligt
2	København er i 2015 landets førende by, når det gælder brug af velfærdsteknologi
3	Ingen fejl i medicineringen til ældre i 2015
4	Alle ældre med behov for hjælp, har et fast team af hjælpere i 2015
5	Svage ældre flytter tidligere i plejebolig i 2015
6	I 2015 skal 50% færre ældre være ensomme sammenlignet med 2010, hvor det er 28% i plejeboliger og 37% i hjemmeplejen
7	I 2015 skal alle plejeboliger have aktiviteter for frivillige og pårørende
8	Andelen af ældre, der i 2015 angiver at have god eller meget god livskvalitet, skal være højere end hhv. 58% i plejeboliger og 59% i hjemmeplejen
9	Andelen af ældre, der i 2015 angiver at have et godt eller meget godt selvvurderet helbred, skal være højere end hhv. 63% i plejeboliger og 45% i hjemmeplejen
10	I 2015 er 80% af nye medarbejdere fortsat ansat et år efter ansættelse
11	Sosu'ernes faglige niveau skal løftes markant
12	I 2015 skal 20% af de fastansatte medarbejdere være mænd
	LÆNGE LEVE KØBENHAVN (2010)
13	Andelen af 16-20 årige, som lever et røgfrit liv, skal stige til 85% i 2014
14	Andelen af voksne, som lever et røgfrit liv, skal stige til 85% i 2014
15	Andelen af kortuddannede, som lever et røgfrit liv, skal stige til 80% i 2014
16	Andelen af 16-20 årige med sunde alkoholvaner, skal stige til 65% i 2014
17	Andelen af voksne med sunde alkoholvaner, skal stige til 73% i 2014
18	Andelen af kortuddannede med sunde alkoholvaner skal stige til 75% i 2014
19	Andelen af fysisk aktive unge i 7.-9. klasse skal stige til 30% i 2014
20	Andelen af fysisk aktive voksne skal stige til 82% i 2014
21	Andelen af voksne med positivt selvvurderet helbred skal stige til 90% i 2014
	KØBENHAVNS KOMMUNES KVALITETSSTANDARDE
22	Sagsbehandlingsfristen for personlig pleje, praktisk hjælp og madservice er 5 hverdage. Fristen overholdes i mindst 80% af sagerne
23	Sagsbehandlingsfristen for tekniske og personlige hjælpemidler er 20 hverdage (fristen for udskiftning er 1 uge). Fristen overholdes i mindst 80% af sagerne
24	Sagsbehandlingsfristen for ansøgning til plejebolig er 21 hverdage. Fristen overholdes i mindst 80% af sagerne
25	Alle godkendte borgere skal tilbydes en plejebolig inden for 4 uger

26	For almindelige træningsforløb efter Sundhedsloven må der max gå 15 dage fra forvaltningen modtager genoptræningsplanen til borgers første aftale. Den tilsvarende frist er 7 dage for accelererede forløb
27	Ved træning efter Serviceloven må der max gå 20 hverdage fra visitation modtager ansøgning til borger får en afgørelse
	MÅL VEDR. VENTETID FOR FÆRDIGBEHANDLEDE PATIENTER PÅ HOSPITALERNE
28	Kommunen skal hjemtage færdigbehandlede borgere hurtigst muligt og senest 14 dage efter færdigbehandling
29	Der må i gennemsnit være max 11 færdigbehandlede patienter pr. dag, der venter på hjemtagning
	MAD- OG MÅLTIDSPOLITIK (2012)
30	Maden på plejehjem med eget produktionskøkken laves af mindst 90% økologiske råvarer ved udgangen af 2015, og der er en ambition om, at det er gældende for al mad til ældre
31	Alle plejehjem foretager en gang årligt en selvevaluering af beboernes tilfredshed med maden
32	80% af borgerne i hjemmeplejen udtrykker tilfredshed med madens smag i 2015
33	Hjemmeboende borgere, der ønsker det, får mulighed for at deltage i fællesskaber om måltider
34	Alle plejehjem foretager en gang årligt en selvevaluering af beboernes tilfredshed med måltiderne
35	Ældre tilbydes den rette mad og hjælp til at spise og får tilbud, der fremmer funktionsevnen, skaber mindst mulig afhængighed af andre og støtter en aktiv hverdag
36	Alle plejehjem tilbyder ernæringsvurdering og ernæringsterapi, herunder særligt fokus på mund-tandsundhed, tygge-synkeevne, mad med justeret konsistens, hjælp til at spise og fysisk aktivitet
	DEMENSPOLITIK (2009)
37	Borgerne skal opleve støtte til daglig livsførelse ved at:
38	Sundhedsfremme og forebyggelse er i fokus
39	Borgeren oplever kontinuitet og tryghed i hverdagen, herunder bred information og støtte til de pårørende
40	Tage udgangspunkt i den enkeltes ressourcer, individuelle behov og ønsker
41	Sikre høj faglighed og kvalitet i kommunens tilbud
42	Der er tæt samarbejde på tværs og gennemsigtighed i indsatsen, herunder samarbejde med Region Hovedstaden omkring tidlig opsporing og udredning
43	Forskning og teknologi skal indgå aktivt i udviklingen af omsorg

HANDLEPLAN FOR KØBENHAVNS KOMMUNES INKLUSIONSPOLITIK (2011)	
44	Sundheden blandt københavnere med etnisk minoritetsbaggrund skal forbedres markant i forhold til rygning, kost, fysisk aktivitet og reproduktiv sundhed
45	Færre borgere med etnisk minoritetsbaggrund skal udvikle symptomer på diabetes, og hvis de har diabetes - lære at mestre et liv med kronisk sygdom
46	Flere borgere med anden etnisk baggrund skal informeres om kommunens tilbud til ældre med henblik på at øge kendskabet til mulighederne for hjælp, pleje, sundhed og forebyggelse
47	Udvikling af plejehjem sker under hensyn til, at ældre etniske minoriteter skal føle sig trygge og trives.
SYGEFRAVÆR (2009)	
48	Forvaltningens samlede sygefravær skal nedbringes med 1 dag per fastansat medarbejder per år med udgangspunkt i 2009-niveau
BRUGERTILFREDSHED (2012)	
49	Den overordnede tilfredshed på alle forvaltningens brugerundersøgelser skal være mindst 80
SYGEPLEJEKLINIKKER (2013)	
50	Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er i stand til at finansiere driften af sygeplejeklinikker gennem de besøg, der aflægges i klinikkerne
REVIDERET HANDLEPLAN FOR KØBENHAVNS KOMMUNES HANDICAPPOLITIK (2013)	
51	Veteraner og pårørende skal hurtigt og nemt kunne få et overblik over kommunens tilbud og kontaktmuligheder
52	Tilgængelighed til Sundhedshusene og til sundhedshusenes tilbud
53	Ligestilling af borgere i plejebolig med hjemmeboende borgere i forhold til tilbud om genoptræning ved funktionsnedsættelse
54	Ensartning af genoptræningskvaliteten i træningscentre, rehabiliteringscentre og i plejecentre
55	Lige mulighed for genoptræning, uanset den enkelte borgers funktionsniveau
56	Sammenhængende og helhedsorienteret indsats for borgere med erhvervet hjerneskade
57	Samarbejdet med mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen styrkes, og Socialforvaltningen bliver leverandør af genoptræning efter sundhedsloven for fysisk og psykisk udviklingshæmmede borgere over 18 år med en genoptræningsplan
58	Udarbejdelse og implementering af praksisplan for fysioterapi 2011-2014
59	Sikring af sammenhængende forløb og information til ældre borgere i overgangen fra at modtage ydelser fra SOF til at modtage ydelser fra SUF
60	Tilbud om rehabiliteringsplads for ældre borgere

KØBENHAVNS KOMMUNE

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Center for Kvalitet og Sammenhæng

Sjællandsgade 40

2200 København N

www.suf.kk.dk

Kontaktperson: Linda Klubben

Telefon: 3530 4511

E-mail: yr51@suf.kk.dk