



ÅRSRAPPORT 2011  
FOR  
SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN



# INDHOLD

<b>KAPITEL 1: INDLEDNING</b> .....	<b>3</b>
<b>KAPITEL 2: RESUMÉ</b> .....	<b>4</b>
<b>KAPITEL 3: BORGERE &amp; BRUGERE</b> .....	<b>11</b>
3.1: KØBENHAVNS KOMMUNES BORGERE .....	11
3.2: SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGENS BRUGERE .....	15
<b>KAPITEL 4: HJEMMEPLEJE</b> .....	<b>19</b>
4.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER .....	19
4.2: BORGERE, DER MODTAGER HJEMMEPLEJE .....	20
4.3: ANTAL FORSKELLIGE HJÆLPERE I BORGERNES HJEM .....	26
4.4: BRUGERUNDERSØGELSE .....	29
<b>KAPITEL 5: SYGEPLEJE</b> .....	<b>35</b>
5.1: BORGERE, DER MODTAGER SYGEPLEJE .....	35
5.2: BRUGERUNDERSØGELSE .....	39
<b>KAPITEL 6: PLEJEBOLIGER</b> .....	<b>40</b>
6.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER .....	40
6.2: BORGERE, DER BOR I PLEJEBOLIG .....	42
6.3: BRUGERUNDERSØGELSE .....	45
<b>KAPITEL 7: HJEMTAGNING, GENOPTRÆNING OG FOREBYGGELSE</b> .....	<b>49</b>
7.1: BORGERE, DER HJEMTAGES OG GENOPTRÆNES .....	49
7.2: BORGERE, DER MODTAGER FOREBYGGENDE TILBUD .....	54
7.3: BRUGERUNDERSØGELSE .....	57
<b>KAPITEL 8: DOKUMENTATION OG TILSYN</b> .....	<b>61</b>
<b>KAPITEL 9: MEDARBEJDERE</b> .....	<b>67</b>
9.1: MEDARBEJDERE .....	67
9.2: SYGEFRAVÆR .....	71
9.3: FRATRÆDELSERATER .....	76
<b>KAPITEL 10: OVERSIGT OVER MÅL</b> .....	<b>78</b>
<b>FIGUR- OG TABELOVERSIGT</b> .....	<b>81</b>

## KAPITEL 1: INDLEDNING

Hensigten med *Årsrapport 2011* er at tegne et samlet billede af, hvordan 2011 forløb for de borgere, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen servicerer, og de medarbejdere, som forvaltningen beskæftiger.

Desuden er det hensigten med rapporten at give en systematisk status på de politiske mål, der har været sat for forvaltningen. Der udarbejdes selvstændige statusrapporter på reformprogrammet 'Aktiv og Tryk Hele Livet' og sundhedspolitikken 'Længe Leve København'. I denne rapport er alene medtaget de overordnede mål fra disse to programmer for at give Sundheds- og Omsorgsudvalget et samlet måloverblik de steder, hvor der findes tilgængelige data (kapitel 10 indeholder en samlet måloversigt).

I de fleste tilfælde dækker tallene 2009, 2010 og 2011, og som oftest sammenlignes tallene for 2011 med 2009 frem for 2010 for at give Sundheds- og Omsorgsudvalget et længere perspektiv på udviklingen.

Rapporten er opbygget som følger:  
**Kapitel 2** indeholder et resumé af rapporten.

I **kapitel 3** vises antallet af **borgere** i Københavns Kommune, samt **brugere** af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser.

I **Kapitlerne 4, 5 og 6** gennemgås forvaltningens tre største serviceområder, nemlig **hjemmepleje, sygepleje og plejeboliger**. Kapitlerne indeholder blandt andet oplysninger om sagsbehandlingstid, hvem der modtager ydelserne, og hvor meget hjælp borgere modtager. Desuden indeholder kapitlerne brugernes vurdering af forvaltningens ydelser.

**Kapitel 7** sætter fokus på opgaven med at **hjemtage udskrevne borgere** fra hospitalerne samt den efterfølgende **genoptræning**. Derudover indeholder kapitlet oplysninger om borgere der har fået rettidig tilbud om **forebyggende hjemmebesøg** samt **patientrettede og borgerrettede forløb**. Til sidst præsenteres brugernes vurdering af genoptræning og patientrettet forebyggelse.

I **kapitel 8** beskrives, hvordan kvaliteten i hjemmeplejen og plejeboligerne vurderes i de eksterne **tilsyn**. Derudover fokuserer kapitlet på forvaltningens **dokumentation** i form af dogn- og ugeplaner, samt på antallet af klagesager.

I **kapitel 9** præsenteres nøgletal om antal medarbejdere, sygefravær og fratrædelsesrater for at tegne et billede af **medarbejderne** i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

**Kapitel 10** indeholder en samlet måloversigt.

God læselyst.

Sundheds- og Omsorgsborgmester

Ninna Thomsen

Administrerende direktør

Lene Sillasen

## KAPITEL 2: RESUMÉ

### 1. Borgere og brugere (kapitel 3)

**Borgere:** Københavns Kommune havde ved udgangen af 2011 549.050 borgere, hvilket er en stigning på 4% sammenlignet med samme tidspunkt i 2009. I samme periode er antallet af borgere over 65 år steget med 4%, hvilket betyder, at der ved udgangen af 2011 var 57.066 borgere over 65 år. Samtidig har befolkningssammensætningen blandt gruppen af ældre ændret sig på den måde, at der er blevet 9% flere borgere i alderen 65-79 år siden 2009, mens antallet af 80+ årige er faldet med 8%. Prognosen viser at tendensen med færre 'gamle' ældre og flere 'unge' ældre fortsætter frem til 2020. Den ændrede alderssammensætning har betydning for forvaltningens arbejde, da plejebehovet er markant stigende med alderen (tabel 1 og 2).

**Middellevetid:** For perioden 2007-2011 er middellevetiden i København 76,5 år. Middellevetiden er dermed 2,3 år lavere i København set i forhold til landsgennemsnittet. Der er store forskelle i middellevetid mellem de enkelte bydele inden for selve Københavns Kommune. Middellevetiden i København er øget de seneste år. Opgjort for perioden 2006-2010 var den således 76,2 år. (figur 1 og 2).

**Brugere:** I løbet af 2011 modtog 34.002 borgere ydelser fra forvaltningen. Det svarer til 5% af Københavns Kommunes borgere. Langt de fleste modtagere er 65+ årige. I alt har 38% af de 65+ årige borgere modtaget en eller flere ydelser fra forvaltningen i 2011. Dækningsgraden blandt de 80+ årige er næsten tre gange højere end blandt borgere i alderen 65-79 år (figur 4 og figur 5).

### 2. Hjemmepleje (kapitel 4)

#### **2.a. Opfølgning på mål**

**Sagsbehandling:** Målet er, at mindst 80% af alle sager skal behandles indenfor sagsbehandlingsfristen. I 2011 skete det for 88% af sagerne vedrørende personlig pleje og praktisk hjælp og 90% af sager vedrørende madservice. For de tekniske og personlige hjælpemidler blev sagsbehandlingsfristen overholdt i henholdsvis 77% og 85% af sagerne, hvorved målet næsten er opnået. Andelen af sager, der bliver behandlet inden for sagsbehandlingsfristen er på alle områder steget markant siden 2009 (figur 7).

**Aktiverende ydelser:** Reformprogrammet 'Aktiv og Tryk Hele Livet' indeholder en vision om aktiv hjælp frem for passiv hjælp. Borgere skal i stigende omfang visiteres til aktiverende ydelser og midlertidig praktisk hjælp frem for varig hjælp. Det er på tilsvarende vis et mål i 'Længe Leve København', at andelen af nyvisiterede borgere, der modtager aktiverende ydelser, skal stige fra 7% (ultimo 2010) til 20% i 2014. I 4. kvartal 2011 blev 12% af de nyvisiterede borgere visiteret til aktiverende ydelser, og derved er forvaltningen godt på vej til at nå målet i 2014. 36% af de nyvisiterede borgere blev visiteret til midlertidig praktisk hjælp, hvilket er en stigning på 16 %-point siden 2010 (figur 13).

**Forskellige hjælpere:** Sundheds- og Omsorgsudvalget har besluttet at målrette indsatsen for at nedbringe antallet af forskellige hjælpere mod brugere, der modtager hjemmepleje i op til 12 timer om ugen. Målet er, at 2 ud af 3 besøg varetages af primær eller sekundær hjælper. I daghjemmeplejen blev 61% af besøgene leveret af primær eller sekundær hjælper i 2011 mod 65% i aftenhjemmeplejen. Andelen af besøg leveret af primær eller sekundær hjælper er stort set uændret siden 2009. Endvidere er der i 'Aktiv og Tryk Hele Livet' fastsat mål om, at alle ældre med behov for hjælp har et fast team af hjælpere. Dette mål er opfyldt i 2011 (figur 14 og 15).

**Ensomhed:** Reformprogrammet 'Aktiv og Tryk Hele Livet' har en målsætning om, at 50% færre ældre er ensomme i 2015. I 2011 følte 1 ud af 4 af hjemmeplejemodtagerne sig ofte eller en gang imellem uønsket alene, hvilket er på niveau med 2010. Der er dermed endnu ikke opnået målbare resultater i forhold til dette mål. Her foregår der dog konkrete aktiviteter som led i reformprogrammet.

**Brugertilfredshed:** Brugernes samlede tilfredshed med hjemmeplejen er høj. Scoren ligger på 78 (skala fra 0 -100), hvilket er identisk med resultatet for 2010. Sundheds- og Omsorgsudvalgets mål for 2011 var at forbedre scoren til 80 (tabel 3).

Der er generelt stor tilfredshed med både den personlige pleje og den praktiske hjælp. Tilfredsheden med den personlige pleje er dog faldet fra 82 til 80 i forhold til 2010 (Sundheds- og Omsorgsudvalgets mål for 2011 var en score på 83). Tilfredsheden med den praktiske hjælp ligger lidt lavere, men er til gengæld steget til 76 imod 74 i 2010 (målet for 2011 var en score på 77) (tabel 3).

## **2.b. Øvrige konklusioner**

**Brugere:** Andelen af 65+ årige borgere, der modtager personlig pleje og praktisk hjælp, har været faldende siden 2009, hvilket dækker over, at der i perioden er blevet færre 80+ årige, som har det største plejebæhov. Kvinder, ugifte og borgere med dansk eller vestlig oprindelse har en markant højere dækningsgrad end mænd, gifte og borgere med ikke-vestlig oprindelse (figur 8 og 9).

**Besøg:** Antallet af besøg i den kommunale hjemmepleje er faldet med 15% fra 2009 til 2011. I samme periode er antallet af borgere, der benytter kommunale hjemmeplejeleverandører faldet med 16% (figur 10).

**Private leverandører:** Fra 2009 til 2011 er andelen af visiterede timer til borgere, der har valgt privat hjemmeplejeleverandør steget fra 21% til 27% for praktisk hjælp og fra 7% til 11% for personlig pleje (figur 11).

**Plejetungde:** Af de 10.814 brugere, der i 2011 modtog hjemmepleje, fik 70% mindre end to timers hjælp om ugen eller modtog udelukkende tøjvask, turkøb, indkøb og/eller madservice. 5% af hjemmeplejeburgerne modtog 12 eller flere timers hjælp om ugen, hvilket er nogenlunde den samme fordeling som de forrige år (figur 12).



### 3. Sygepleje (kapitel 5)

#### **3.a. Opfølgning på mål**

**Sygeplejeklinik:** Sundheds- og Omsorgsforvaltningens mål er, at 90% af de borgere, der fysisk og psykisk er i stand til at møde op på sygeplejeklinik skal modtage sygepleje på klinik. Ultimo 2011 modtog 33% af borgerne i målgruppen, sygepleje på en sygeplejeklinik. For to år siden (ultimo 2009) var den tilsvarende andel 16%. På trods af denne stigning er der stadig et stykke vej til at opfylde målet (figur 23). Forvaltningen udvider løbende kapaciteten på sygeplejeklinikkerne og har igangsat forskellige initiativer og indsatser. Et af disse er en gennemgang af borgerjournaler for at vurdere hvilke borgere, der kan modtage sygepleje i klinik. Desuden har forvaltningen intensiveret information og samarbejde med praktiserende læger og sygehusambulatorier om sygeplejeklinikkerne. Endelig er måltallet er under revision.

#### **3.b. Øvrige konklusioner**

**Besøg:** Antallet af borgere, der modtager sygepleje, er faldet med 7% fra 2009 til 2011. I samme periode er antallet af besøg i hjemmesygeplejen steget med 5%, hvilket skyldes en stigning i visiterede timer til sygepleje per borger (figur 21).

**Brugertilfredshed:** Brugerundersøgelsen i 2011 blandt sygeplejemodtagere viste, at borgerne generelt er meget tilfredse med den behandling, de får fra den kommunale sygepleje. De oplever i særlig grad, at sygeplejerskerne er venlige og lyttende, men også at sygeplejen hjælper. Resultaterne ligger på niveau med 2010.

### 4. Plejeboliger (kapitel 6)

#### **4.a. Opfølgning på mål**

**Sagsbehandling:** Målet er, at mindst 80% af alle sager behandles indenfor sagsbehandlingsfristen, og at alle borgere skal have tilbud om en bolig inden for 4 uger. 91% af sagerne om ansøgning til plejebolig blev i 2011 behandlet inden for sagsbehandlingsfristen. Det er en stigning fra 76% i 2009. Andelen af sager, hvor 4-ugersgarantien er overholdt, var 95% i 2011, hvilket er 3%-point lavere end i 2009. Der var i 2011 24 ansøgere, som ikke fik svar inden for tidsfristen, men disse borgere fik alle tilbudt bolig efter højst 33 dage. Det vil sige, at 4-ugersgarantien for denne gruppe borgere blev overskredet med maksimum 5 dage (figur 24).

**Aktiviteter for frivillige og pårørende:** Reformprogrammet 'Aktiv og Tryk Hele Livet' har som mål, at alle plejeboliger i 2015 har aktiviteter for frivillige og pårørende. I 2011 opfyldte 31 ud af 42 plejeboliger dette mål mod 10 plejeboliger i 2010 (figur 28).

**Ensomhed:** Reformprogrammet 'Aktiv og Tryk Hele Livet' har en målsætning om, at 50% færre ældre er ensomme i 2015. I 2011 følte 23% af beboerne på plejehjem sig ofte eller en gang imellem følte sig uønsket alene, hvilket er på niveau med 2010. Der er dermed ikke opnået målbare resultater i forhold til dette mål. Her foregår der dog konkrete aktiviteter som led i reformprogrammet.

**Brugertilfredshed:** Beboerne er samlet set meget tilfredse med at bo i plejebolig. Scoren ligger på 81, hvilket er identisk med resultatet for 2010. Sundheds- og Omsorgsudvalgets mål for 2011 var at forbedre scoren til 82, dette ikke blev opnået (tabel 4).

#### **4.b. Øvrige konklusioner**

**Beboere:** Antallet af beboere, der har haft et ophold i plejebolig er faldet med 8% fra 2009 til 2011 og antallet af borgere, der har haft et ophold på en midlertidige døgnpladser er i samme periode steget med 8% (figur 26).

**Brugere:** 15% af de københavnske borgere i alderen 80+ bor i en plejebolig. Dækningsgraden er højst for kvinder, ugifte og borgere med dansk eller vestlig oprindelse. Kun 7% af borgerne i alderen 80+ år med ikke-vestlig oprindelse bor i en plejebolig (figur 27).

**Moderniserede plejeboliger:** 41% af beboerne i plejeboligerne, bor i en plejebolig, der enten er nybygget eller moderniseret. Det er en stigning fra 27% i 2009 (figur 28).

### **5. Hjemtagning, genoptræning og forebyggelse (kapitel 7)**

#### **5.a. Opfølgning på mål**

**Sundhedsaftalen:** Ifølge Sundhedsaftale 2011-2014 skal Københavns Kommune hjemtage færdigbehandlede borgere fra hospital hurtigst muligt og senest 14 dage efter færdigbehandling. I 2011 var der 48 borgere ud af 1.199 ventende borgere, svarende til 4%, som ventede mere end 14 dage på hjemtagning. I 2009 var tallet 234 borgere ud af 980 borgere, svarende til 24%. Forvaltningen er således tæt på at opfylde sundhedsaftalens mål (tabel 5).

**Ventende per dag:** Sundheds- og Omsorgsudvalget har endvidere fastlagt et mål om, at der i gennemsnit maksimalt må være 11 færdigbehandlede patienter per dag, der venter på hjemtagning. Dette tal er faldet fra 40 borgere i 2009 til 30 borgere i 2011, svarende til et fald på 25%. Siden 2010 er der dog sket en svag stigning (figur 31).

**Forebyggelige indlæggelser:** Det er et mål i 'Længe, Leve København', at antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser skal falde til 1.125 forebyggelige indlæggelser i 2014. Delmålet for 2011 er 2.250 indlæggelser med forebyggelige diagnoser. I de første tre kvartaler af 2011 var der 1.905 af disse indlæggelser. Tal fra 4. kvartal er endnu ikke modtaget fra Sundhedsstyrelsen. Forvaltningen har iværksat indsatser med henblik på at mindske forebyggelige indlæggelser, blandt andet systematisk faldforebyggelse og forskellige modeller med samarbejde mellem hospitaler, praktiserende læger og forvaltningen (Shared care)(figur 32).

**Lårbenshalsbrud:** Det er et mål i 'Længe Leve København', at forekomsten af lårbenshalsbrud blandt ældre i København skal falde fra 8,4 i 2009 til 7,6 i 2014 per 1.000 65+ borgere. I 2010 var forekomsten af lårbenshalsbrud på 8,5% hvilket dermed er på niveau med 2009. Forvaltningen har endnu ikke modtaget data for 2011 (figur 32).

**Ventetider på genoptræning:** I 2011 blev målene på ventetid på genoptræning efter Sundhedsloven overholdt i 99% af de normale forløb og i 100% af de accelererede forløb. For genoptræning efter Serviceloven blev målet for ventetid overholdt i 90% af tilfælde-

ne. Andelen af træningsforløb, hvor ventetiderne er overholdt, er steget fra 2010 til 2011 for Sundhedslovs genoptræningsforløb, mens andel af forløb hvor ventetiden er overholdt er faldet for Servicelovs genoptræningsforløb (figur 34).

**Forebyggende hjemmebesøg:** Det er Sundheds- og Omsorgsforvaltningens mål, at hjemmeboende borgere over 75 år årligt modtager et tilbud om et forebyggende hjemmebesøg. I 4. kvartal 2011 modtog 93% rettidigt et tilbud. I 1. kvartal 2012 er andelen steget til 98% (figur 35).

**Patientrettede forløb:** Det er et mål i 'Længe Leve København', at 2.000 københavnere med kroniske sygdomme i 2014 skal modtage forebyggelsesforløb. Samlet set modtog 1.607 kronisk syge borgere i 2011 et forløb, hvilket var noget under delmålet på 1.850 forløb. Forklaringen på at delmålet ikke er helt opfyldt er blandt andet, at forebyggelsescentrene ikke har modtaget tilstrækkeligt med henvisninger til forløbene. Forvaltningen arbejder løbende med at forbedre samarbejdet med de henvisende instanser (figur 36).

**Borgerrettede forløb:** Det er et mål i 'Længe Leve København', at 8.000 borgere i 2014 skal modtage forebyggelsestilbud vedrørende rygning, alkohol og fysisk aktivitet. I 2011 var der 7.437 borgere, som gennemførte et forebyggelsestilbud, og dermed blev forvaltningens delmål for året (6.200 borgere) mere end opfyldt (figur 37).

### **5.b. Øvrige konklusioner**

**Genoptræningsplaner:** Det samlede antal genoptræningsplaner er steget med 15% fra 2009 til 2011. Samtidig er andelen af genoptræningsforløb, der varetages af kommunen, steget fra 74% i 2009 til 80% i 2011 (figur 33).

**Brugertilfredshed - genoptræning:** Da brugerundersøgelsen er gennemført for første gang er der ikke sat mål. Den samlede tilfredshed blev på 87. Brugerne føler sig velkomne på centrene, og er på langt de fleste områder både meget tilfredse med den individuelle træning og med holdtræningen.

I forhold til den opnåede effekt af genoptræningsforløbene vurderer 63%, at borgerne har nået deres mål, mens 20% ikke har. Gruppen, der ikke har nået deres mål, forklarer, at det primært skyldes for mange smerter.

**Brugertilfredshed - patientrettet forebyggelse:** Da brugerundersøgelsen er gennemført for første gang i 2011 er der ikke sat mål. Den samlede tilfredshed blev på 92.

I forhold til den opnåede effekt af forløbene svarer over to tredjedele, at de har nået det mål, de havde opstillet for træningsforløbet. 10% svarer, at de ikke har nået målet, hvilket især skyldes sygdom og manglende motivation.

De opfølgende målinger 4-6 måneder efter afsluttet forløb viser, at den opnåede effekt aftager. Mens 71% af borgerne efter forløbets ophør svarer, at de har opnået deres mål, er andelen efter 4-6 måneder 51%.



## 6. Dokumentation og tilsyn (kapitel 8)

### **6.a. Opfølgning på mål**

**Døgn- og ugeplaner:** Det er Sundheds- og Omsorgsforvaltningens mål, at alle borgere, der modtager hjemmepleje eller bor i plejebolig, har en døgn- og ugeplan. I 2011 havde 95% af hjemmeplejemodtagerne og samtlige beboere på plejehjem en døgn- og ugeplan. I hjemmeplejen er andelen af borgere, der har en døgn- og ugeplan, steget kraftigt siden 2009, mens andelen af plejebolig-beboere med en døgn- og ugeplan har ligget på 100% siden 2009 (figur 40).

**Kommunale tilsyn:** Ifølge Københavns Kommunes kvalitetskontrakt skal alle plejeboliger eller hjemmeplejeenheder, der er genstand for uanmeldt kommunale tilsyn, godkendes ved tilsynet inden for et kalenderår. Dette er stort set opfyldt, idet alle hjemmeplejeleverandører er blevet godkendt eller godkendt med mangler i 2011. Eneste undtagelse er hjemmeplejen Nørrebro, der havde fejl og mangler i sygeplejen, og som vil få et opfølgende tilsyn på sygeplejedelen i 2012. Der er i 2011 gennemført 42 uanmeldte tilsyn med plejeboligerne. 37 tilsyn er blevet godkendt, og 5 tilsyn er blevet godkendt med mangler. Der ved er Københavns Kommunes kvalitetsmål opnået for plejeboligerne (tabel 6 og 7).

**Medicin:** Med reformprogrammet 'Aktiv og Tryk Hele Livet' har Sundheds- og Omsorgsudvalget vedtaget et mål om, at der i 2015 ikke er fejl i medicineringen af de ældre. Tilsynene fra 2011 viser, at der er et væsentligt antal fejl i medicineringen i såvel sygepleje som plejeboliger. Som konsekvens heraf er der primo 2012 oprettet et kvalitetsprogram for hjemme- og sygepleje med særligt fokus på medicin håndteringen. Som én indsats gennemfører programmet i maj 2012 journalaudit på samtlige af de ca. 4.000 borgere, der får hjælp til medicin. Auditten vil sikre, at der bliver ryddet op i medicinfejl, der stammer fra fejl i dokumentationen og desuden give et unikt vidensgrundlag for sikre en målrettet forebyggende indsats ift. sikker medicin i fremtiden. Samtidig er indsatsen ifht. plejeboliger styrket. For eksempel indgås der primo 2012 aftale med apotekerne om kliniske farmaceuters gennemgang af beboernes medicin og der sættes fokus på kvalitet i medicin håndteringen. Kvartalsrapporten indeholder fra næste udgave (1. kvartal 2012) en systematisk aktivitetsstatus på medicinområdet.

### **6.b. Øvrige konklusioner**

**Embedslægetilsyn:** Embedslægen har gennemført tilsynsbesøg på 39 københavnske plejeboligenheder i 2011. Embedslægens tilsynsresultater vurderes på en 5-punkts-skala, hvor 1 er bedst og 5 er dårligst. 36 plejeboligenheder er blevet vurderet i kategori 1-3. Tre plejeboligenheder fik konstateret kategori 4. 'Alvorlige fejl og mangler'. Ingen plejebolig fik kategori 5. To plejeboligenheder har efterfølgende fået et opfølgende tilsyn af embedslægen, der begge blev godkendt. Den tredje plejeboligenhed vil få et tilsyn indenfor de 4 første måneder af 2012. Den gennemsnitlige score for embedslægetilsynene er faldet fra 2,8 i 2009 til 2,7 i 2011, hvilket er en lille fremgang (tabel 8).

**Klager:** Forvaltningen har i 2011 færdigbehandlet 209 klagesager, hvilket svarer til ca. 6,1 klagesag per 1.000 modtagere i forvaltningen. Antallet af klagesager er steget siden 2010, hvor der var 5,1 klagesag per 1.000 modtagere. I 33% af klagerne blev der givet medhold i mindst ét af klagetemaerne (tabel 9).

## 7. Medarbejdere (kapitel 9)

### 7.a. Opfølgning på mål

**Andel mænd:** Det er et mål i reformprogrammet 'Aktiv og Tryk Hele Livet', at 20% af de fastansatte medarbejdere skal være mænd i 2015. Andelen af fastansatte mænd i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen var 15% i 2011, hvilket er nogenlunde på niveau med 2009 (figur 41). Forvaltningen iværksætter en række indsatser for at øge andelen af mænd i 2012, herunder et samarbejde med SOSU København & Nordsjælland om sammenhængende uddannelsesforløb på SOSU-uddannelsen med fokus på sundhedsteknologi. Det forventes at kunne rekruttere mænd fra andre målgrupper via dette udbud. I forbindelse med kommunens ligestillingshandlingsplan vil der i foråret 2012 blive taget yderligere tværgående initiativer for at styrke rekruttering og fastholdelse af mænd.

**Sygefravær:** Borgerrepræsentationen har besluttet, at alle forvaltninger skal nedbringe sygefraværet med 1 dag per fastansat medarbejder per år med udgangspunkt i 2009. Forvaltningens sygefravær var 18,0 kalenderdage per fastansat medarbejder i 2011 og dermed er det samlede sygefravær faldet med 2,6 kalenderdage siden 2009. Derved har forvaltningen mere end indfriet målet om at nedbringe sygefraværet med 1 kalenderdag per fastansat medarbejder per år. Sygefraværet for ordinært fastansatte medarbejdere er faldet med 3,8 kalenderdage, mens sygefraværet for sosu-elever er steget med 3,7 kalenderdage fra 2009 til 2011 (figur 43).

**Fratrædelser:** I reformprogrammet 'Aktiv og Tryk Hele Livet' er der et mål om, at 80% af nyansatte medarbejdere fortsat er ansat ét år efter ansættelsen i 2015. Tallet for 2011 var 61% (figur 48). Forvaltningen arbejder på at analysere, hvad der ligger bag, at relativt store andele af medarbejdere bliver under 1 år i forvaltningen. En af hypoteserne er, at der i et vist omfang er tale om midlertidige ansættelser. Forvaltningen er desuden ved at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse blandt de der stopper for at øge viden om årsagen.

### 7.b. Øvrige konklusioner

**Ansatte:** Ved udgangen af 2011 havde forvaltningen 7.506 fuldtidsstillinger, svarende til 8.293 fastansatte medarbejdere. I forhold til udgangen af 2009 er der sket et fald på 3% i antallet af fuldtidsstillinger. Medarbejdergrupper med direkte brugertid er faldet med 4% men medarbejdere med indirekte brugertid er faldet med 14% (tabel 10).

**Medarbejderprofil:** Sammenlignes forvaltningens medarbejderprofil i 2011 med den generelle borgerprofil for Københavns Kommune ses, at forvaltningen har en stor overrepræsentation af kvindelige ansatte. 85% af medarbejderne i forvaltningen er kvinder sammenlignet med 50% af de københavnske borgere i aldersgruppen 18 - 64 år. Medarbejdernes fordeling på etnisk oprindelse stemmer nogenlunde overens med borgerprofilen (tabel 12).

**Fravær:** Sundheds- og Omsorgsforvaltningens medarbejdere er i gennemsnit fraværende i 33,8 arbejdsdage om året (eksklusiv ferie). Det samlede fravær er faldet 1,4 kalenderdage siden 2009 (figur 42).

## KAPITEL 3: BORGERE & BRUGERE

I dette kapitel beskrives Københavns Kommunes befolkning i dag og i fremtiden og middelelivetiden. Der tegnes en profil af de borgere, der benytter Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser.

### 3.1: KØBENHAVNS KOMMUNES BORGERE

**Tabel 1 – Borgere i Københavns Kommune fordelt på aldersgrupper, køn og etnisk herkomst**

Tabellen viser befolkningsgrundlaget for Københavns Kommune fordelt på aldersgrupper samt køn og etnisk herkomst ved udgangen af 2011.

	Kvinder	Mænd	Gift	Dansk oprindelse	Vestlig oprindelse	Ikke-vestlig oprindelse	I alt	Procentfordeling	Udvikling siden 2009
0-64 år	244.062	247.922	115.333	376.974	38.183	76.827	491.984	90%	4%
65-79 år	22.687	19.223	18.345	36.460	2.303	3.147	41.910	8%	9%
80+ år	10.883	4.273	3.149	13.996	706	454	15.156	3%	-8%
I alt	277.632	271.418	136.827	427.430	41.192	80.428	549.050	100%	4%
Antal 65+ år borgere	33.570	23.496	21.494	50.456	3.009	3.601	57.066	10%	4%

Kilde: Københavns Kommunes Folkeregisteropgørelse og Danmarks Statistik.

Note: Personer med dansk oprindelse er personer - uanset fødested - der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Vestlige lande omfatter Norden. EU-landene samt Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand. Ikke-vestlige lande omfatter alle andre lande.

Note: Kategorien 'gift' dækker over civilstandene gift og registreret partnerskab.

Københavns Kommunes befolkning udgøres af 549.050 borgere ved udgangen af 2011, hvilket er en stigning på 4% sammenlignet med samme tidspunkt 2009. 57.066 borgere – svarende til 10% – er over 65 år. Der er i perioden 2009 til 2011 blevet 4% flere borgere i aldersgruppen 65+.

8% af borgerne er 65-79 år, mens 3% er 80 år eller derover. Befolkningssammensætningen blandt de ældre har ændret sig på den måde, at der er blevet 9% flere borgere i alderen 65-79 år, mens antallet af 80+ årige borgere er faldet med 8%.

38% af borgerne over 65 år er gift eller har indgået registreret partnerskab. Dette gør sig gældende for 25% af kommunens befolkning generelt. Andelen af gifte borgere er størst blandt de 65-79-årige, hvor 44% lever i ægteskab eller registreret partnerskab, mens andelen for de 80+-årige er 21%.

59% af borgerne i alderen 65+ er kvinder. Der er markant flere kvinder (72%) end mænd (28%) i alderen 80+, mens kønsfordelingen i aldersgruppen 65-79 er mere ligelig.

Der bliver forholdsvis flere borgere med dansk oprindelse, jo ældre aldersgruppen er. Således har 77% (376.974) af borgerne i aldersgruppen 0-64 år dansk oprindelse, mens det gælder for 88% (50.456) af borgerne over 65 år. Især i aldersgruppen 80+ er de fleste borgere af dansk oprindelse, nemlig 92%.

**Tabel 2 – Prognose for udvikling i ældrebefolkningen**

Tabellen viser prognosen for udviklingen i antal 65+ årige borgere i Københavns Kommune fra 2011-2025.

År	Alder	AMA	BIN	IBØ	VBH	VKV	I alt	Procentfordeling
<b>2011</b>								
	65-79 år	8.221	7.619	11.573	7.274	7.199	41.886	73%
	80+ år	2.773	3.181	3.226	3.359	2.630	15.169	27%
	I alt	10.994	10.800	14.799	10.633	9.829	57.055	100%
<b>2015</b>								
	65-79 år	9.102	8.247	12.615	8.010	7.834	45.808	77%
	80+ år	2.525	2.868	2.898	2.892	2.333	13.516	23%
	I alt	11.627	11.115	15.513	10.902	10.167	59.324	100%
<b>2020</b>								
	65-79 år	10.210	9.011	13.384	8.782	8.741	50.128	80%
	80+ år	2.471	2.661	2.860	2.603	2.209	12.804	20%
	I alt	12.681	11.672	16.244	11.385	10.950	62.932	100%
<b>2025</b>								
	65-79 år	10.906	9.187	13.356	9.162	9.473	52.084	78%
	80+ år	2.953	3.022	3.575	2.901	2.564	15.015	22%
	I alt	13.859	12.209	16.931	12.063	12.037	67.099	100%

Kilde: Københavns Statistik

Samlet set stiger antallet af 65+ årige med 18% fra 2011 til 2025.

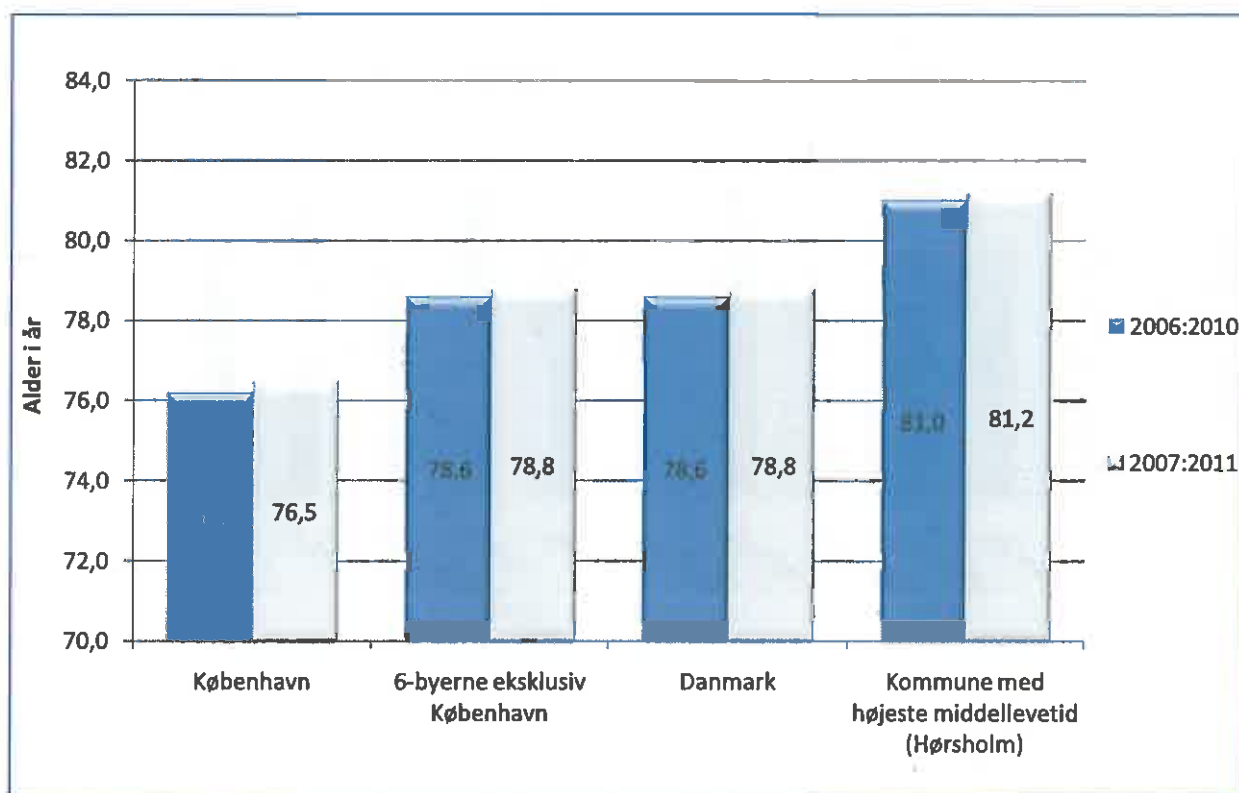
Tendensen med færre ældre over 80 år ('gamle' ældre) og flere ældre i alderen 65-79 år ('unge' ældre) fortsætter frem til 2020. Således stiger andelen af unge ældre ifølge prognosen med 7%-point (fra 73% i 2011 til 80% i 2020), mens andelen af 80+-årige falder 7%-point (fra 27% i 2011 til 20% i 2020). Dette billede ændrer sig i 2025, hvor andelen af 65-79 årige falder og andelen af 80+ årige stiger i forhold til 2020, så man får flere 'gamle' ældre og færre 'unge' ældre.

Ændringen er interessant, bl.a. fordi der er en markant forskel på de to aldersgruppers plejebehov. Det er således ikke kun antallet af ældre, som har betydning for, hvordan indsatsen på ældreområdet skal tilrettelægges, men i lige så høj grad alderssammensætningen blandt de ældre. Desuden er der en tendens til, at befolkningen over 65 år i længere tid holder sig friske og ikke har behov for pleje.

### Figur 1– Middellevetid

Figuren viser middellevetiden konstateret i perioden 2007-2011 fordelt på København, 6-byerne eksklusiv København, Danmark og den kommune (Hørsholm) som har den højeste middellevetid.

Middellevetiden er et udtryk for det gennemsnitlige antal år, som en nyfødt kan forventes at leve i. Beregningen forudsætter, at de nuværende dødshyppigheder for alle grupperinger af køn og alderstrin forbliver på samme niveau, som er konstateret i en bestemt periode (her 2007-2011).



Kilde: Danmarks Statistik.

Note: Data for 6-byerne eksklusiv København, er udregnet som et simpelt gennemsnit af middellevetiden i de 5 kommuner.

Note: For Danmark i alt, samt for regioner og landsdele opgøres også middellevetiden i 2-årsperioder. Den seneste opgørelse af middellevetiden i Danmark er 79,5 år og er fra perioden 2010:2011. På kommuneniveau findes imidlertid kun data for middellevetid baseret på dødshyppighederne over 5-årsperioder. For at kunne sammenligne kommunerne med landsgennemsnittet vises tilsvarende data for Danmark.

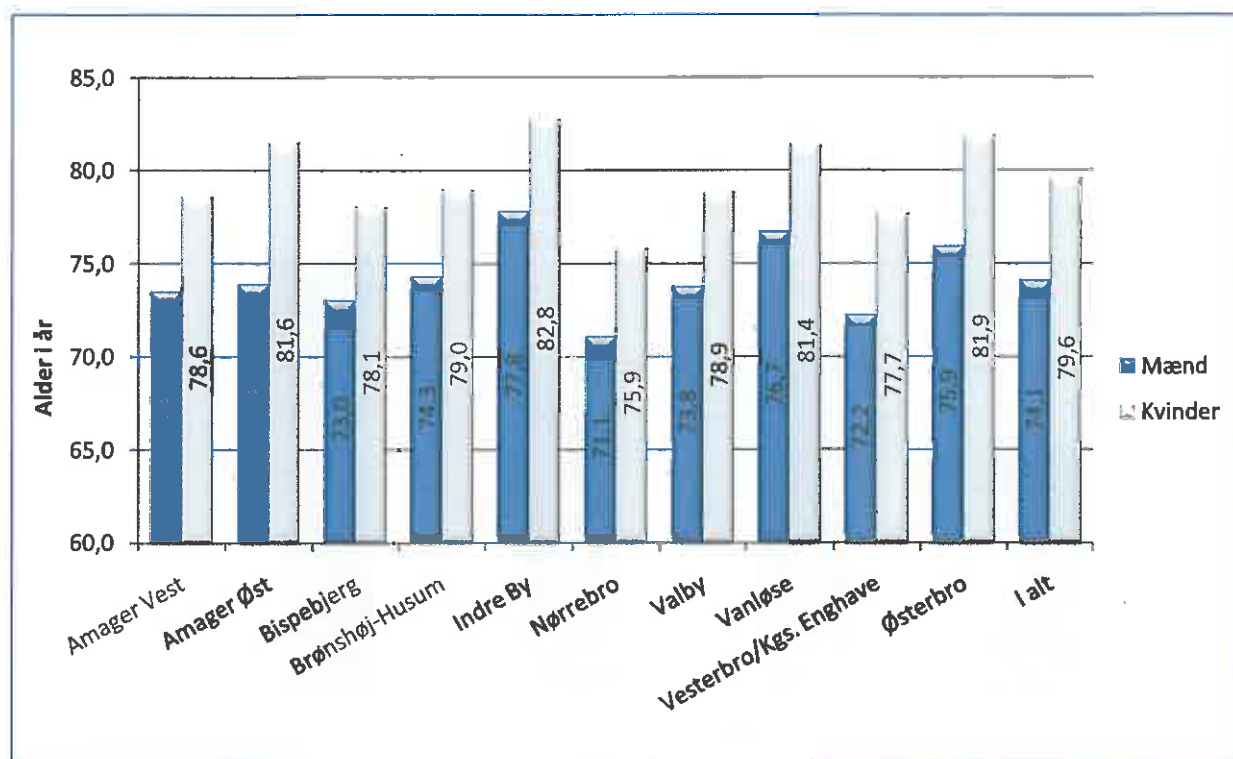
Af figuren ses at middellevetiden i København er 76,5 år. I forhold til landsgennemsnittet og gennemsnittet for 6-byerne eksklusiv København, er middellevetiden per 2007-2011 således 3% (2,3 år) lavere. Til sammenligning med Hørsholm som er den kommune, der har den højeste middellevetid, så lever borgerne 4,7 år kortere i København.



## Figur 2 – Middellevetid opgjort på bydele

Figuren viser middellevetiden for mænd og kvinder konstateret i perioden 2006-2010 fordelt på bydelene i Københavns Kommune.

Middellevetiden er et udtryk for det gennemsnitlige antal år, som en nyfødt kan forventes at leve i. Beregningen forudsætter, at de nuværende dødsfrekvenser for alle grupperinger af køn og alderstrin forbliver på samme niveau, som er konstateret i en bestemt periode (her 2006-2010).



Kilde: Københavns Kommune

Der er væsentlige forskelle på middellevetiden mellem Københavns bydele. 'Indre By' og 'Østerbro' har den højeste middellevetid på henholdsvis 82,8 år og 81,9 for kvinder. Derimod har 'Nørrebro' samt 'Vesterbro/Kgs. Enghave' den laveste middellevetid på henholdsvis 75,9 år og 77,7 for kvinder. Der er således ca. 7 års forskel i middellevetiden i Københavns Kommune.

Overordnet set skelnes der typisk mellem følgende tre faktorer som forklaring på forskelle i middellevetiden; socioøkonomiske faktorer, livsstilsfaktorer og indsats i sundhedsvæsenet. Det er rimelig at antage at forskellene i middellevetid mellem Københavns bydele, samt mellem København og landsgennemsnittet, primært kan forklares af socioøkonomiske forhold og risikofaktorer relateret til livsstil akkumuleret over de seneste 30 år.

Rygning, alkohol, usund kost og for lidt motion er årsag til ca. 40% af alle sygdomme og tidlige dødsfald. Samtidig er der betydelige forskelle i middellevetiden på tværs af sociale baggrundsforhold. For eksempel lever kortuddannede 3 år kortere i forhold til personer

med lang videregående uddannelse. Tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet har også direkte negativ betydning for levetiden.

Forvaltningen har i Sundhedspolitikken 2011-2014 flere indsatser rettet mod risikofaktorer som rygning, alkohol og motion. Samtidig vil kommunens øvrige indsatser rettet mod økonomisk vækst, uddannelse og beskæftigelse i sig selv være indsatser rettet mod socio-økonomiske ressourcer - og dermed mod at øge københavnernes levetid.

## 3.2: SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGENS BRUGERE

### Figur 3 – Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver

Figuren viser Sundheds- og Omsorgsforvaltningens samlede opgaveportefølje.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver falder inden for to hovedområder: Ydelser og tilbud til borgere over 65 år samt Sundhedsfremme og forebyggelse for alle borgere i kommunen.

#### Ydelser og tilbud til borgere over 65 år

- Hjemmepleje
- Pleje- og ældreboliger
- Sygepleje
- Træning
- Forebyggende hjemmebesøg
- Hjælpemidler
- Madservice/Spisetilbud
- Aktivitetstilbud
- Midlertidige døgnpladser
- Omsorgstandpleje

#### Sundhedsfremme og forebyggelse

##### Ydelser og tilbud til alle borgere

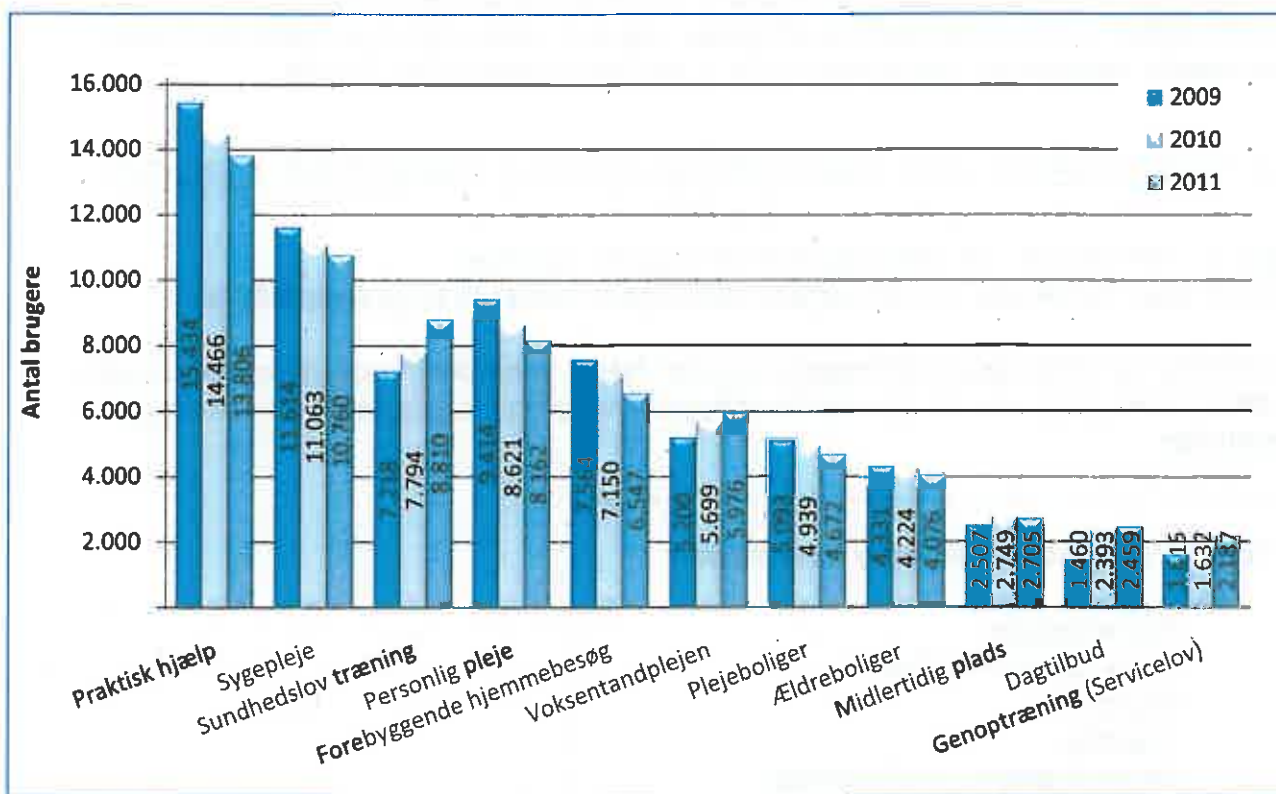
- Genoptræning
- Borgerrettet og patientrettet forebyggelse

##### Øvrige opgaver og tilbud

- Kommunernes Arbejds miljørådgivning
- Sundhedsaftaler
- Specialtandpleje

#### Figur 4 – Brugere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser

Figuren viser Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser fordelt på antal brugere. En bruger kan tælle med flere gange, hvis vedkommende modtager mere end én type ydelse. I opgørelsen indgår ikke borger- og patientrettet forebyggelse.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS), indberetninger fra voksentandplejen og VI-systemet

Note: Praktisk hjælp dækker hjælp til rengøring, tøjvask, indkøb og madservice, mens personlig pleje dækker forskellige former for hjælp til personlig hygiejne, hjælp og støtte til mad og måltider, psykisk pleje og omsorg, hjælp til medicin samt sengeredning, forflytning og lejrning.

Note: Træning efter Servicelov og Sundhedslov inkluderer kun brugere som er startet på et træningsforløb i perioden. Borgere, der er afgået ved døden i løbet af året, indgår i opgørelsen. Borgere, der er inaktive, indgår ikke i opgørelsen.

Note: Data for dagtilbud i 2009 er baseret på manuelt indsamlede data. I 2010 blev der indført ny systemunderstøttet registreringspraksis, som har givet et mere retvisende billede af brug af dagtilbud. Det er forvaltningens vurdering at data for 2009 burde have ligget på niveau med 2010 og 2011.

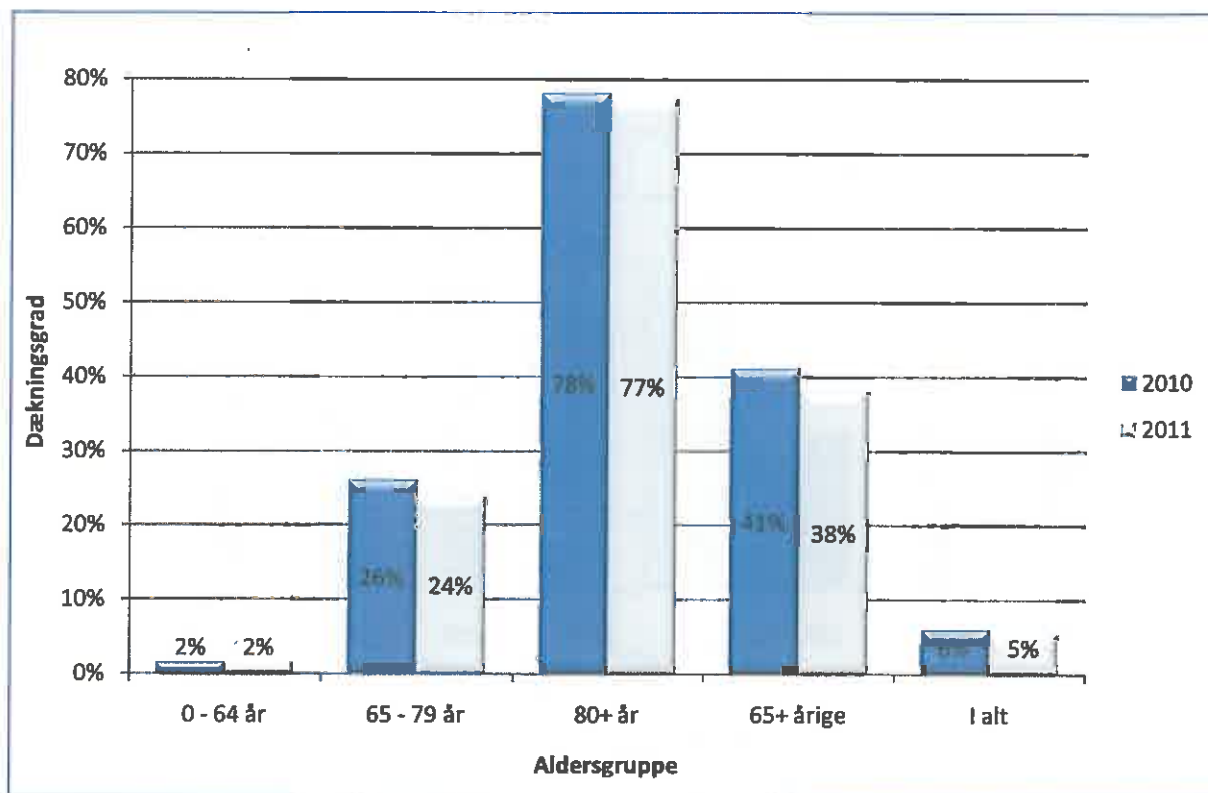
I 2011 var der i alt 34.002 brugere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Dette er et fald på 4% siden 2010.

Af figuren fremgår det, at praktisk hjælp er den ydelse i forvaltningen, som flest brugere modtager årligt (13.806 brugere i 2011) og sygepleje er den næststørste ydelse med 10.760 brugere. Antallet af brugere af praktisk hjælp, personlig pleje, sygepleje og forebyggende hjemmebesøg er alle faldet med mellem 7-13% fra 2009 til 2011. Antallet af brugere i plejebolig og ældrebolig er faldet mellem 6-8% siden 2009. Disse fald skal ses i sammenhæng med, at alderssammensætningen i aldersgruppen har ændret sig, så der er blevet flere borgere i alderen 65-79 og færre i alderen 80+, som generelt har det største plejebestandsbehov (jf. tabel 1).

Antallet af brugere, der har modtaget træning efter Sundhedsloven og Serviceloven er steget med henholdsvis 22% og 35% siden 2009. Ligeledes er antallet af brugere af aktivitetstilbud og midlertidige pladser steget med henholdsvis 68% og 8% siden 2009.

### Figur 5 – Andel brugere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser fordelt på alder

Figuren viser andelen af borgere i Københavns Kommune, der har modtaget én eller flere ydelser fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Borger- og patientrettet forebyggelse er ikke med i opgørelsen.

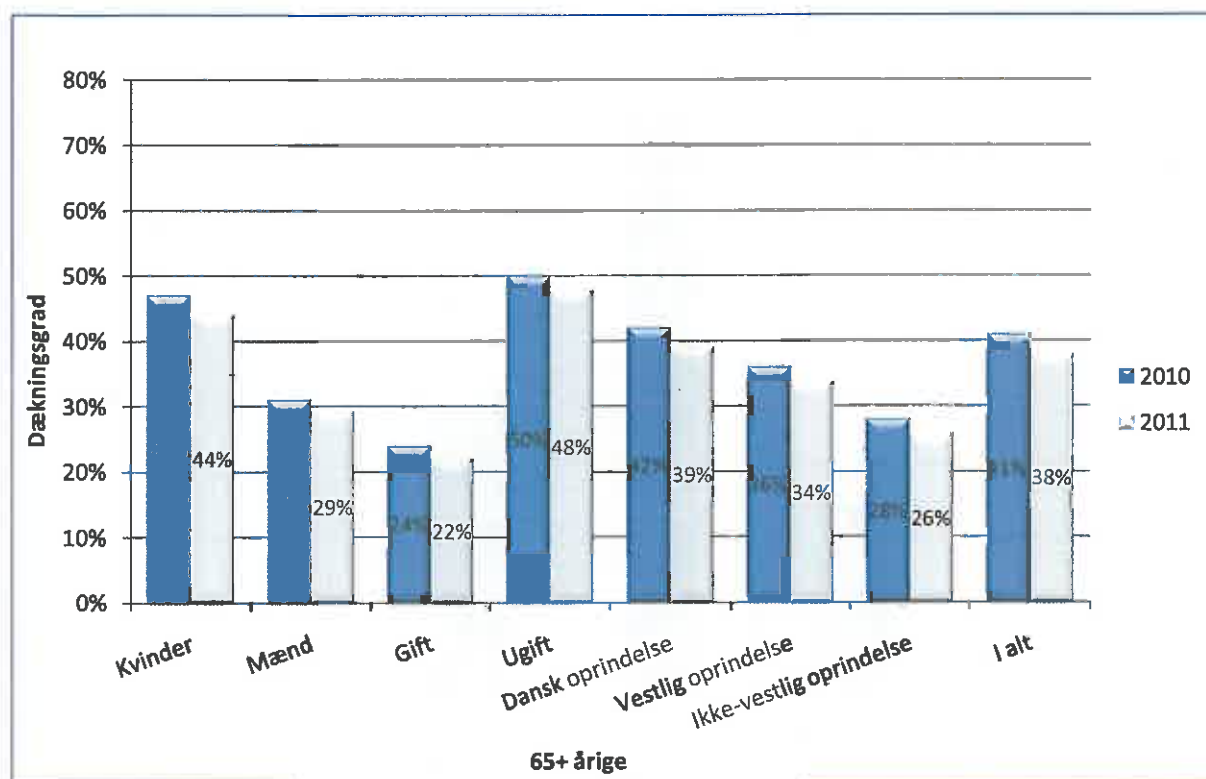


Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS), Indberetninger fra voksentandplejen, VI-systemet og Danmarks Statistik.  
Note: Dækningsgraden er alene beregnet ud fra de borgere, der boede i København ultimo 2011.

Ved udgangen af 2011 modtog 5% af Københavns borgere ydelser fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og dermed er dækningsgraden generelt blevet lidt lavere i 2011 end i 2010. Forvaltningens brugere udgøres primært af gruppen af ældre i alderen 65 år og derover. Der er en markant tendens til, at dækningsgraden stiger med alderen. Således er dækningsgraden blandt borgere i alderen 80+ næsten er tre gange højere end blandt borgere i alderen 65-79 år.

### Figur 6 – Andel brugere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser fordelt på køn, civilstand og etnisk herkomst

Figuren viser andelen af 65+ årige borgere i Københavns Kommune, der har modtaget en eller flere ydelser fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, fordelt på køn og etnisk herkomst. Borger- og patientrettet forebyggelse er ikke med i opgørelsen.



Kilde: Baseret på ikke-personhenførbare særtræk fra Danmarks Statistik, oprindelige kilder er Københavns Omsorgs System (KOS), indberetninger fra voksenandplejen og VI-systemet

Note: Dækningsgraden er alene beregnet ud fra de borgere, der boede i København ultimo 2011.

Note: Personer med dansk oprindelse er personer - uanset fødested - der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Vestlige lande omfatter Norden, EU-landene samt Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand. Ikke-vestlige lande omfatter alle andre lande.

Note: Kategorien 'gift' dækker over civilstandene gift og registreret partnerskab, 'ugift' dækker alle andre civilstande (ugift, enkestand, længstlevende af to partnere, fraskilt og opløst partnerskab).

I alt har 38% af borgerne i alderen 65+ modtaget en eller flere ydelser fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i 2011 og er faldet 3%-point siden 2010.

44% af kvinderne og 29% af mændene i aldersgruppen har modtaget ydelser fra forvaltningen i 2011. Når der ses på etnisk herkomst, fremgår det, at 39% af borgere med dansk oprindelse, 34% af borgere med vestlig oprindelse og 26% af borgere med ikke-vestlig oprindelse i aldersgruppen har modtaget ydelser fra forvaltningen i 2011. Endelig er andelen af ugifte, der får hjælp, dobbelt så høj som den tilsvarende andel af gifte.



## KAPITEL 4: HJEMMEPLEJE

Dette kapitel indeholder oplysninger om sagsbehandlingstid for hjemmeplejeydelser, hvem der modtager hjemmeplejeydelser, hvor meget hjælp borgerne modtager og anvendelsen af aktiverende ydelser og midlertidig praktisk hjælp. Desuden præsenteres tal for andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælpere. Til sidst præsenteres brugernes vurdering af hjemmeplejen.

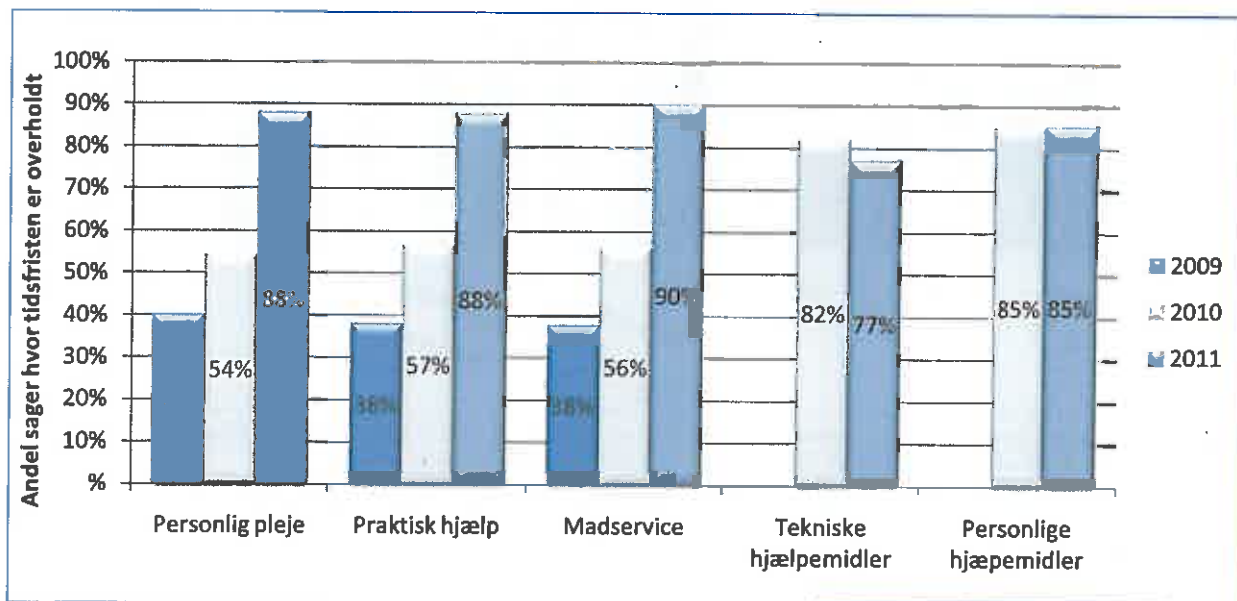
Hjemmepleje består af personlig pleje og praktisk hjælp. Personlig pleje dækker over forskellige former for hjælp til personlig hygiejne, hjælp og støtte til mad og måltider, psykisk pleje og omsorg, hjælp til medicin samt sengeredning, forflytning og lejrning. Praktisk hjælp dækker over hjælp til rengøring og opgaver i forbindelse med indkøb og tøjvask. Derudover visiteres til ordningerne tøjvask, indkøb, madservice og turkøb.

### 4.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER

#### Figur 7 – Sagsbehandlingstider på hjemmeplejeområdet

Figuren viser andelen af sager, der er blevet behandlet inden for sagsbehandlingsfristerne på de enkelte områder. Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt, at sagsbehandlingsfristerne for hjemmepleje (personlig pleje og praktisk hjælp) og madservice er 5 arbejdsdage. For tekniske og personlige hjælpemidler er sagsbehandlingsfristen 4 uger, med mindre sagen involverer 3. part, i så fald er sagsbehandlingstiden 8 uger. For udskiftning af personlige hjælpemidler er sagsbehandlingsfristen 1 uge.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har fastlagt et administrativt mål om, at sagsbehandlingsfristerne skal overholdes i mindst 80% af sagerne (jf. anbefaling i vejledning til retssikkerhedsloven).



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS), indberetninger fra lokalområdekontorerne og Hjælpemiddelcentret  
Note: Der kan ikke laves opgørelser af sagsbehandlingstiden på hjælpemidler i 2009 pga. manglende data.

I 2011 blev der behandlet 4.284 sager vedrørende hjemmepleje og madservice. 88% af sagerne om personlig pleje, 88% af sagerne om praktisk hjælp og 90% af sagerne om madservice blev behandlet inden for sagsbehandlingsfristen på 5 arbejdsdage. Andelen af sager om hjemmepleje og madservice, der er behandlet inden for sagsbehandlingstidsfristen, er steget markant fra 2009 til 2011.

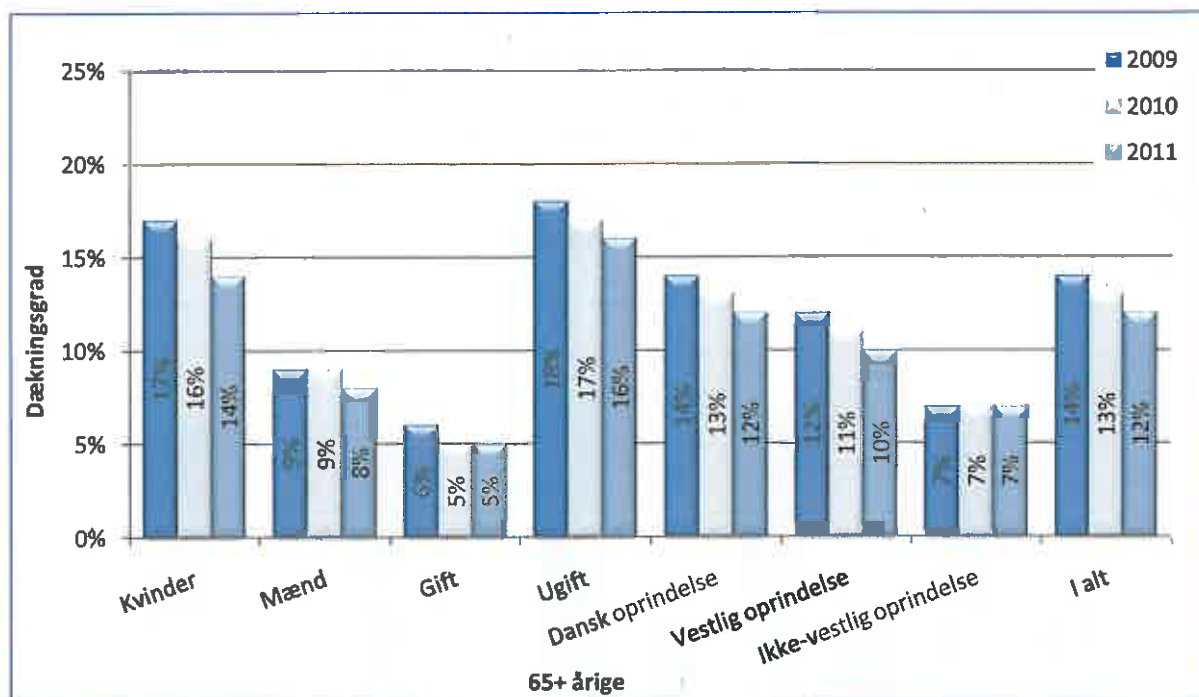
I 2011 blev der behandlet 22.019 sager vedrørende hjælpemidler. 77% af sagerne om tekniske hjælpemidler og 85% af sagerne om personlige hjælpemidler blev behandlet inden for sagsbehandlingsfristen. For tekniske hjælpemidler er der således sket et mindre fald siden 2009, mens der for personlige hjælpemidler er på samme niveau.

Dermed indfrier forvaltningen stort set målsætningen om, at mindst 80% af sagerne behandles inden for tidsfristerne.

## 4.2: BORGERE, DER MODTAGER HJEMMEPLEJE

**Figur 8 – Andel modtagere af personlig pleje blandt borgere i alderen 65+ fordelt på køn, civilstand og etnisk herkomst**

Figuren viser udviklingen i andelen af brugere af personlig pleje blandt borgere i alderen 65+, fordelt på køn, civilstand og etnisk herkomst.



Kilde: Baseret på ikke-personhenførbare særtræk fra Danmarks Statistik, oprindelig kilde er Københavns Omsorgs System (KOS).

Note: Dækningsgraden er alene beregnet ud fra de borgere, der boede i København ultimo perioden.

Note: Personer med dansk oprindelse er personer - uanset fødested - der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Vestlige lande omfatter Norden, EU-landene samt Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand. Ikke-vestlige lande omfatter alle andre lande.

Note: Kategorien 'gift' dækker over civilstandene gift og registreret partnerskab, 'ugift' dækker alle andre civilstande (ugift, enkestand, længstlevende af to partnere, fraskilt og opløst partnerskab).