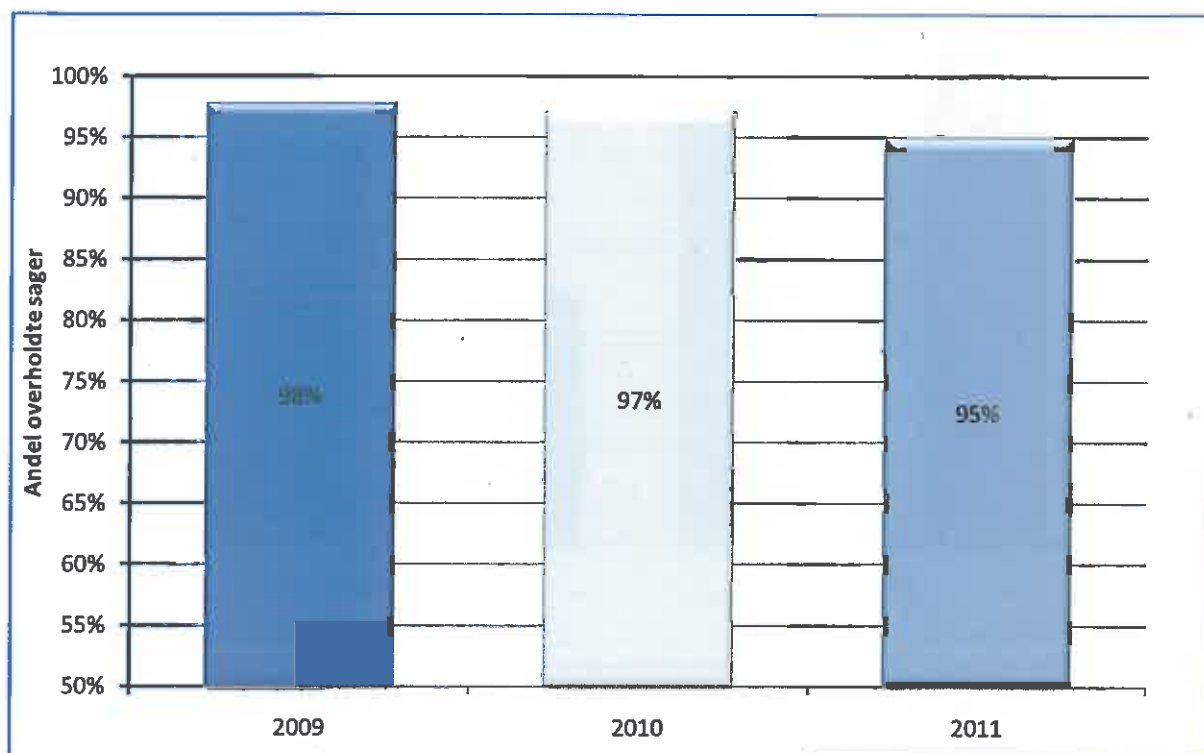


Figur 25 – 4-ugersgarantien for plejeboliger

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

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.



481 ansøgere var omfattet af 4-ugersgarantien i 2011.

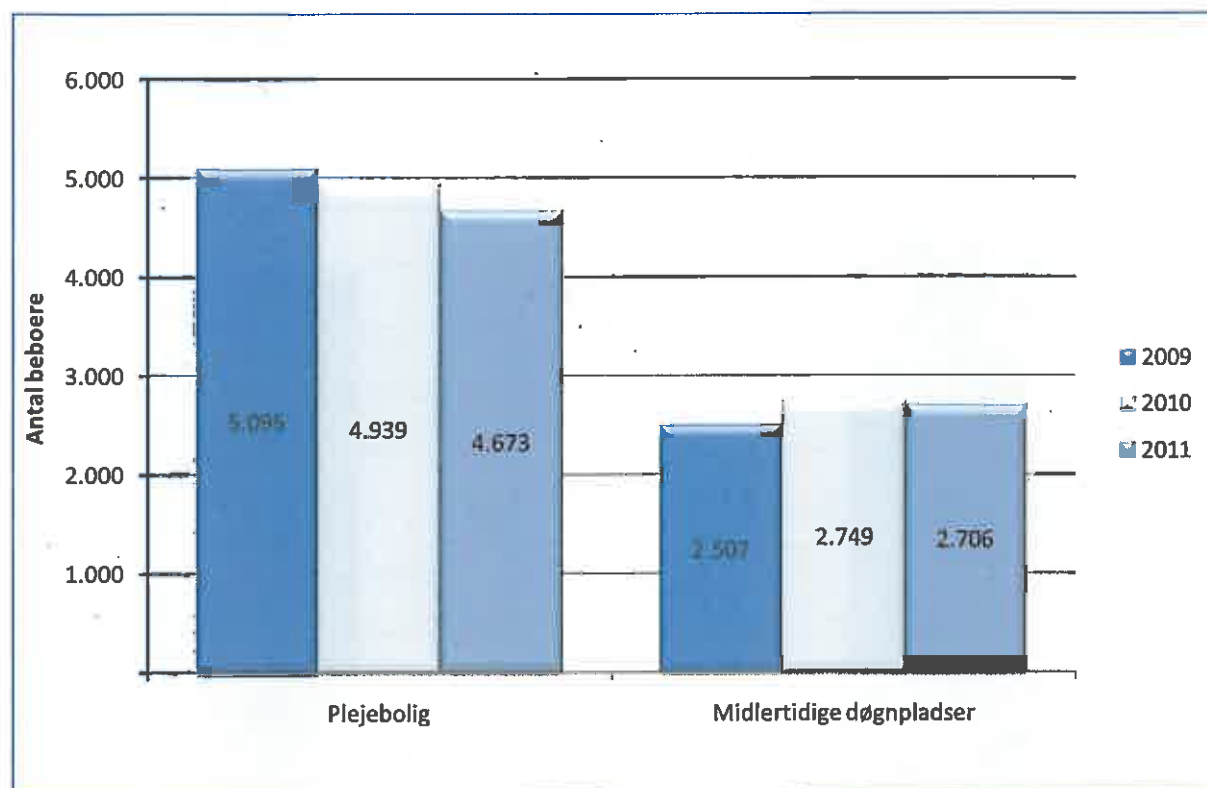
Andelen af sager, hvor 4-ugersgarantien er overholdt, er 95% i 2011, hvilket er 3%-point lavere end i 2009. Der var i 2011 24 ansøgere, som ikke fik svar inden for tidsfristen, men disse borgere fik alle tilbudt bolig efter højst 33 dage. Det vil sige, at 4-ugersgarantien for denne lille gruppe borgere blev overskredet med maksimum 5 dage.

Pladsanvisningen har sværere ved at overholde garantien på grund af den stigende grad af antal plejeboliger, der lukkes eller er under modernisering. Dette sker samtidig med, at der er fokus på tidligere indflytning i plejebolig.

6.2: BORGERE, DER BOR I PLEJEBOLIG

Figur 26 – Ophold i plejebolig og midlertidige døgnpladser

Figuren viser antal ophold i plejeboliger og på midlertidige døgnpladser.



Kilde: VI-systemet

Note: Opgørelsen omfatter borgere, der har boet i plejebolig eller på midlertidige døgnpladser i løbet af perioden.

Antallet af beboere, der har haft ophold i plejebolig er faldet fra 5.095 beboere i 2009 til 4.673 beboere i 2011, hvilket svarer til et fald på 8%.

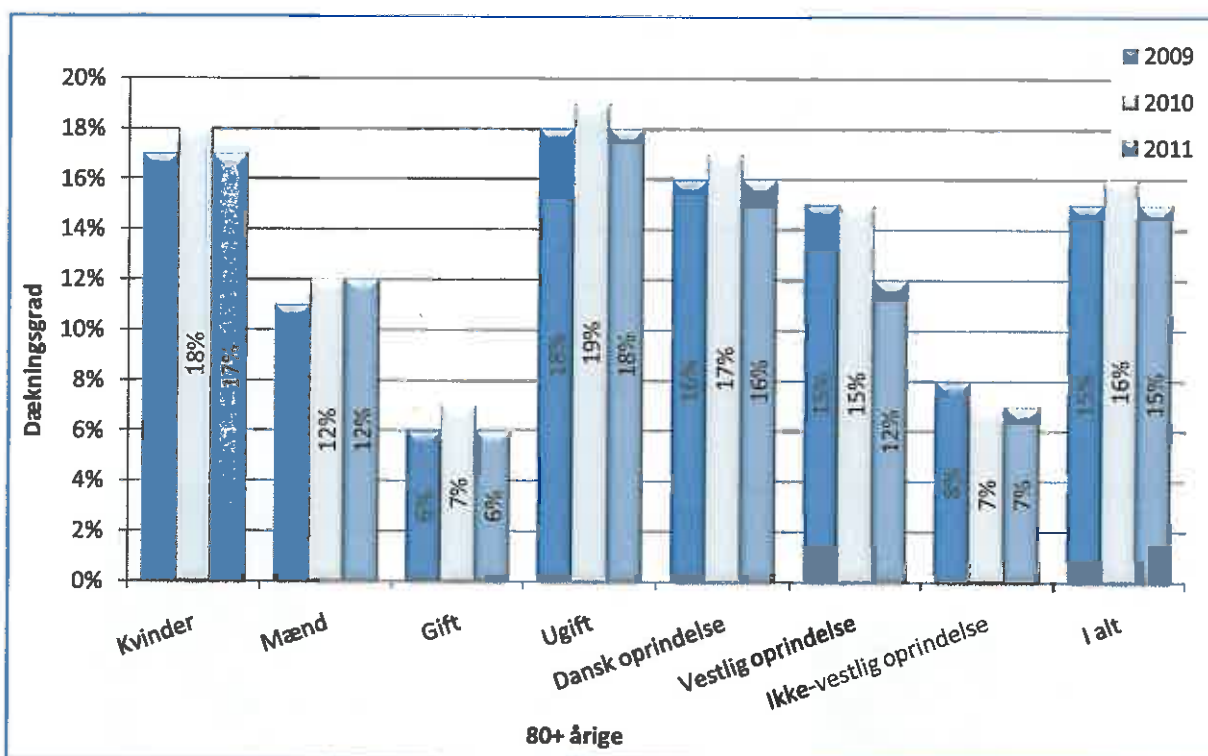
Faldet i antal beboere, der har haft ophold i plejebolig skal ses i sammenhæng med, at antallet af plejeboliger er reduceret i takt med den demografiske udvikling, hvor der bliver færre 80+ årige.

Antallet af borgere, der har haft ophold på midlertidige døgnpladser, der består af akutplejeads, rehabiliteringspladser samt øvrige tidsbegrænsede aflastningspladser, er i samme periode steget fra 2.507 beboere til 2.706 beboere, hvilket svarer til en stigning på 8%.

Stigningen i antal ophold på midlertidige døgnpladser skal ses i sammenhæng med, dels at der er oprettet ekstra midlertidige døgnpladser (akutplejeads), fordi borgerne bliver hurtigere udskrevet fra hospitalerne og har brug for mere specialiseret hjælp, og dels at flowet på de midlertidige døgnpladser er steget, og opholdstiden for den enkelte beboer er faldet, så flere beboere dermed kan få en midlertidig døgnplads i løbet af et år.

Figur 27 – Andel 80+ årige, der bor i plejebolig, fordelt på køn, civilstand og etnisk herkomst

Figuren viser andelen af borgere i alderen 80+, der bor i plejebolig, fordelt på køn, civilstand og etnisk herkomst.



Kilde: Baseret på ikke-personhenførbare særtræk fra Danmarks Statistik, oprindelig kilde er VI-systemet.

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, længslevende af to partnere, fraskilt og opløst partnerskab).

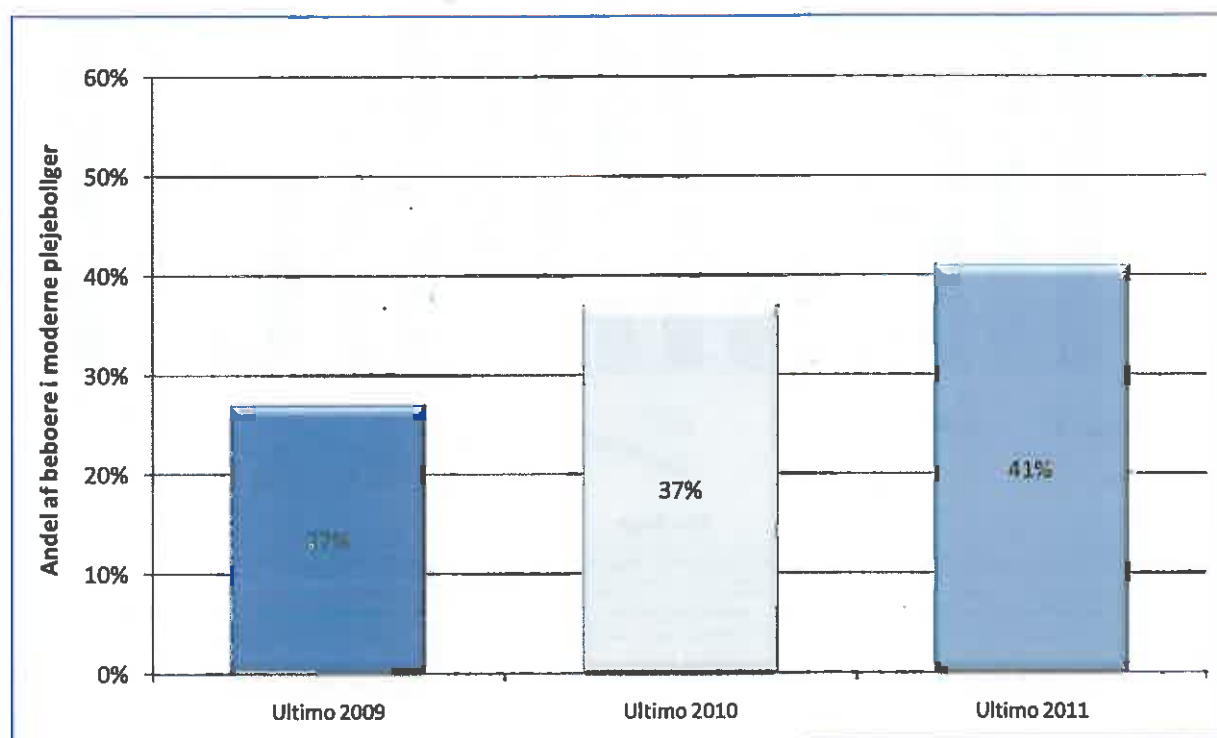
15% af de københavnske borgere i alderen 80+ bor i en plejebolig. Dækningsgraden er nogenlunde konstant i perioden 2009 til 2011.

Dækningsgraden er højest for kvinder, ugifte og borgere med dansk oprindelse, hvor den ligger mellem 16% og 18%. Kun 7% af københavnske borgere i alderen 80+ år med ikke-vestlig oprindelse bor i en plejebolig.

Figur 28 – Andel af beboere i moderne plejeboliger

Figuren viser andelen af beboere i plejeboliger, der bor i nye eller moderniserede plejeboliger (plejeboliger bygget efter almenboliglovens bestemmelser) ved udgangen af 2009, 2010 og 2011.

Københavns Kommune forbedrer løbende kvaliteten af de københavnske plejeboliger ud fra moderniseringsplanen fra 2004. Dette sker blandt andet ved at eksisterende utidssvarende plejehjem moderniseres efter almenboliglovens bestemmelser. Disse moderniserede plejeboliger opfylder mindstekrav til boligstørrelse, antal værelser, køkken, badeværelse, arbejdsmiljø mv.



Kilde: VI-systemet

Ved udgangen af 2011 var der 1.409 moderne plejeboliger bygget efter almenboliglovens bestemmelser ud af 3.882 permanente plejeboliger i alt.

Andelen af beboere i plejeboliger, der bor i moderne plejeboliger bygget efter almenboliglovens bestemmelser er steget fra 27% ved udgangen af 2009 til 41% ved udgangen af 2011.

Med reformprogrammet 'Aktiv og Tryk Hele Livet' har Sundheds- og Omsorgsudvalget vedtaget at alle plejeboliger i 2015 har aktiviteter for frivillige og pårørende. I 2011 var der 31 plejeboliger der havde aktiviteter for frivillige og pårørende og i 2010 var der 10 plejeboliger.

6.3: BRUGERUNDERSØGELSE

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen gennemførte i oktober 2011 en brugerundersøgelse blandt beboerne på de københavnske plejeboligenheder. I alt 1.009 beboere på 39 plejeboligenheder deltog i undersøgelsen.

Undersøgelsen havde som i 2010 fokus på brugertilfredsheden, livskvalitet og sundhedsmæssig trivsel.

Undersøgelsens resultater – tilfredshed og trivsel

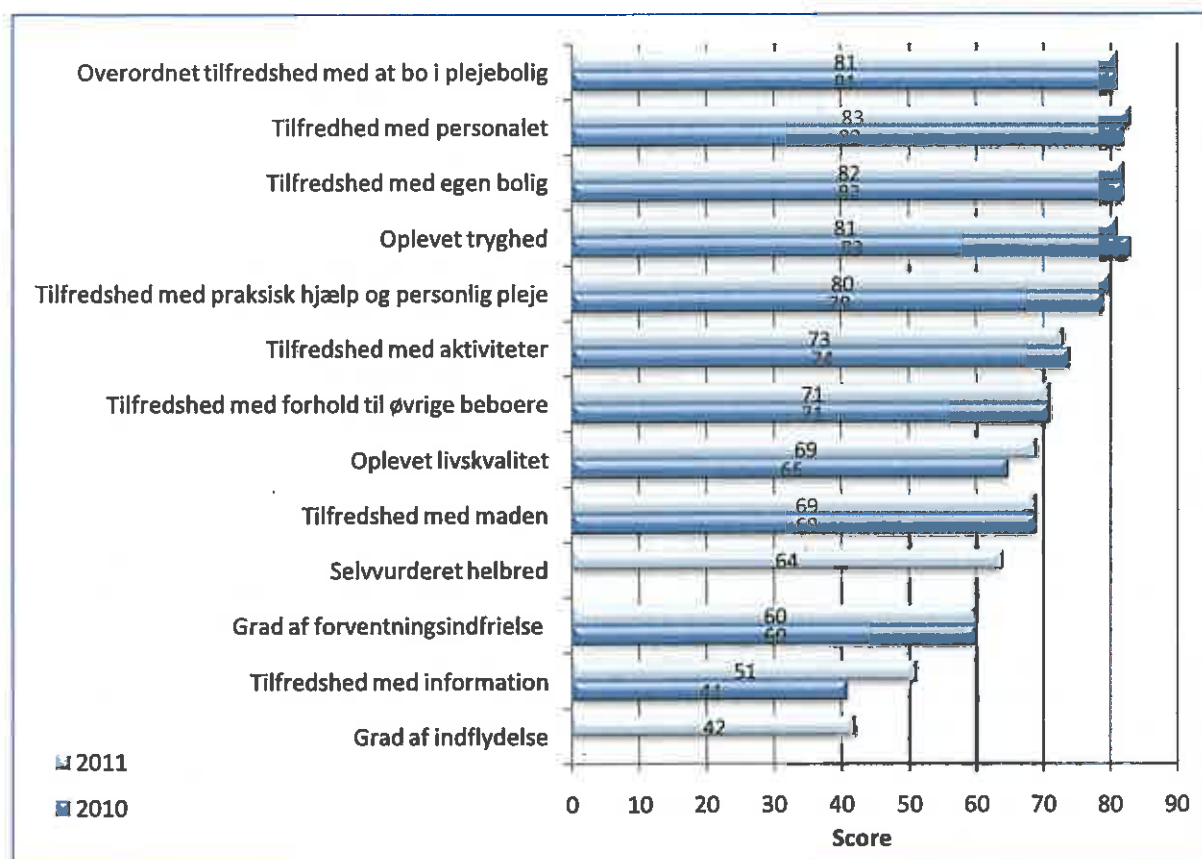
Undersøgelsen viser overordnet, at beboerne - som i 2010 - er meget tilfredse med livet på plejeboligenhederne, og at de føler sig trygge. Der er udbredt tilfredshed med personalet, som yder den hjælp, beboerne har brug for, lytter og tager hensyn til beboernes vaner og ønsker. Beboerne giver udtryk for, at de er tilfredse med deres egen bolig og muligheden for at have gæster. Desuden svarer beboerne, at de generelt er tilfredse med plejeboligernes fælles aktiviteter, selvom der stadig er en væsentlig andel, som sjældent eller aldrig deltager her i.

Undersøgelsen viser en lavere tilfredshed med ventetiden på personalet, når beboerne har kaldt efter hjælp, og at kun godt halvdelen af beboerne (57%), ved, hvem deres faste kontaktperson i personalet er. Der er en lavere grad af tilfredshed med maden og stemningen ved måltiderne, samt med informationsniveauet. Undersøgelsen viser, at beboerne oplever at have begrænset indflydelse på, hvad man kan lave i løbet af dagen samt på maden og stemningen under måltiderne. Endvidere giver de adspurgte beboere udtryk for, at livet på plejeboligenhederne ikke altid lever op til de forventninger, de havde inden indflytning.

Andelen af beboere, der svarer, at de ofte eller en gang i mellem føler sig uønsket alene, ligger samlet stort set på samme niveau som i 2010 (23% i 2011 mod 22% i 2010). Omvendt svarer 69% i 2011, at de ikke føler sig uønsket alene, hvilket også er på niveau med 2010, hvor tallet var 71%. Analysen viser imidlertid, at der er sket et statistisk signifikant fald i andelen af beboere, der ofte føler sig uønsket alene – fra 9% i 2010 til 6% i 2011.

Figur 29 – Beboernes vurdering af udvalgte nøglespørgsmål

Nedenstående tabel viser beboernes vurderinger af en række nøglespørgsmål for tilfredshed med livet i en plejebolig samt elementer, der belyser beboernes trivsel. En score over 70 svarer til, at en tilfredsstillende andel af beboerne har vurderet et spørgsmål positivt.



Kilde: Brugerundersøgelser lavet af Epinion

Tabel 4 – Mål for tilfredsheden i 2011 og 2012

Sundheds- og Omsorgsudvalget har på baggrund af brugerundersøgelsens resultater fastsat mål for den overordnede tilfredshed med at bo i plejebolig i 2011 og 2012. Målene og de realiserede scorere er vist i tabellen nedenfor, og viser, at den samlede tilfredshed er på niveau med resultatet i 2010, hvorved målet om en score på 82 ikke er nået.

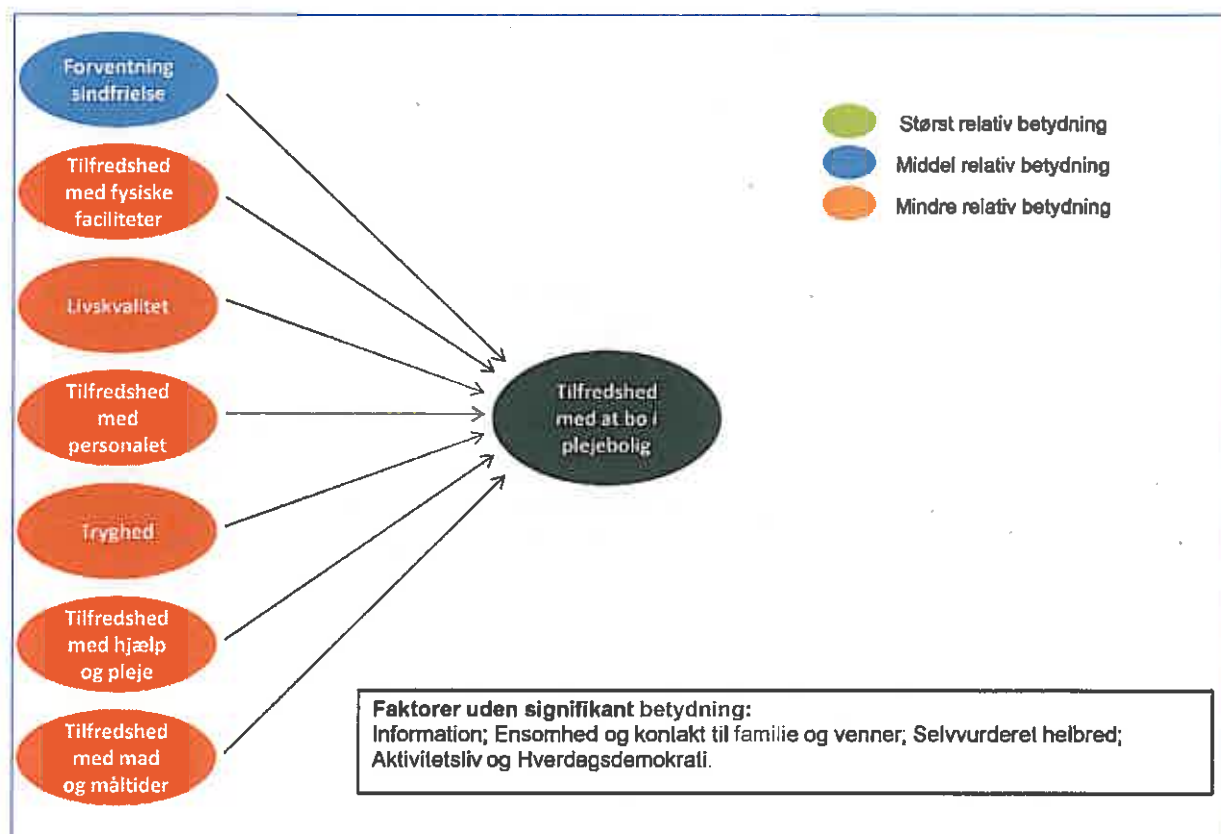
	Realiseret 2010	Realiseret 2011	Mål 2011	Mål 2012
Overordnet tilfredshed med at bo på plejeboligheden	81	81	82	83

Kilde: Brugerundersøgelser lavet af Epinion

Faktorer med betydning for brugertilfredshed

Udover selve beboernes vurdering af, hvad der er godt og mindre godt på plejebolighederne, er det væsentligt at vide, *hvad der er vigtigt* for beboernes liv på plejebolighederne – både hvad angår deres tilfredshed med at bo i plejebolig, og den livskvalitet de oplever. Med den viden kan forvaltningen rette kvalitetsudviklingsindsatsene mod de områder, der har størst betydning for beboerne.

Figur 30 – Vigtigste faktorer bag beboernes overordnede tilfredshed



Uddybning af faktorer med betydning for tilfredshed

Analysen af mønstre i besvarelserne viser, at især forventningsindfrielse har betydning for den samlede tilfredshed med at bo i plejebolig. Lidt mindre betydning har tilfredsheden med områderne: Tilfredshed med de fysiske faciliteter, livskvalitet, tilfredshed med personalet, tryghed, tilfredshed med hjælp og pleje og tilfredshed med mad og måltider.

På et mere detaljeret niveau i analysen fremgår det, at tilfredsheden med den personlige kontakt med personalet og tilfredsheden med hjælpen til vask og bad har særlig stor betydning for tilfredsheden med personalet og den hjælp og pleje, der ydes. En smule mindre relativ betydning har det, i hvilken grad beboerne føler sig trygge ved personalet samt, hvor tilfredse de er med hjælpen til at komme på toilettet.

I forhold til tilfredsheden med mad og måltider viser analysen, at især tilfredsheden med stemningen ved måltiderne, fx muligheden for ro, samtale og hygge, har betydning for den samlede tilfredshed med maden og måltiderne på plejeboligheden.

Faktorer med betydning for livskvalitet

Forvaltningen har endvidere lavet en statistisk analyse af, hvad der har betydning for livskvaliteten blandt beboerne. Analysen viser, at især selvvurderet helbred har betydning for den samlede livskvalitet. Desuden har tilfredsheden med personalet - særligt den personlige kontakt - betydning for livskvaliteten, ligesom det har betydning, om beboerne svarer,

at de føler sig uønsket alene, og hvor meget kontakt de har til familie og venner. Analysen viser desuden, at tilfredsheden med plejebolighedens aktivitetsliv har betydning for livskvaliteten, og at der er statistisk signifikant sammenhæng mellem, at jo oftere beboerne deltager i aktiviteter, desto mere tilfredse er de med aktiviteterne.

Status på udvikling på besluttede indsatsområder: Forventningsafstemning og livskvalitet i hverdagen

Sundheds- og Omsorgsudvalget vedtog på baggrund af resultaterne i 2010 to indsatsområder for kvalitetsudviklingsarbejdet på plejeboligområdet i form af *forventningsafstemning* og *livskvalitet i hverdagen*. Resultaterne for 2011 viser, at spørgsmål om forventningsindfrielse og i hvilken grad beboerne føler sig informeret om, hvilken hjælp de har ret til, stadig er blandt de områder, der scorer lavest. Der er dog sket en forbedring af tilfredsheden med informationsniveauet.

Til spørgsmål om livskvalitet i hverdagen viser resultaterne, at der er sket en statistisk signifikant forbedring af en række områder, herunder spørgsmålet om beboernes overordnede vurdering af deres livskvalitet. Desuden er der sket en signifikant forbedring af beboernes vurdering af, hvor tilfredse de er med hjælpen til toiletbesøg. Her er tilfredsheden rykket fra "middel/god" til "over middel".

KAPITEL 7: HJEMTAGNING, GENOPTRÆNING OG FOREBYGGELSE

Kapitlet indeholder oplysninger om hjemtagning af borgere, der har behov for kommunal hjælp efter hospitalsindlæggelse, forebyggelige indlæggelser, samt om udviklingen i antal genoptræningsplaner. Derudover indeholder kapitlet en opgørelse af ventetider på genoptræning og antal patientrettede forløb. Til sidst præsenteres brugernes vurdering af genoptræning og patientrettede forløb.

7.1: BORGERE, DER HJEMTAGES OG GENOPTRÆNES

Tabel 5 – Ventedage efter færdigbehandling

Tabellen 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.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har finansieringsforpligtelsen for færdigbehandlede patienters ventedage på hospitalerne. Ifølge Sundhedsaftale 2011-2014 for Region Hovedstaden 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.

	2009	2010	2011	Udvikling ifht. 2009 (%)
Antal udskrivinger	30.804	31.600	31.812	3%
Udskrivinger uden ventedage	29.824	30.429	30.613	3%
Udskrivinger med ventedage:				
1-5 dage	353	591	602	71%
6-14 dage	393	491	549	40%
15+ dage	234	89	48	-79%
I alt udskrivinger med ventedage	980	1.171	1.199	22%
Antal ventedage i alt	10.465	7.680	7.344	-30%

Kilde: e-Sundhed

Note: Der kan ske efterregistrering af aktiviteten i 2011 helt frem til marts 2012.

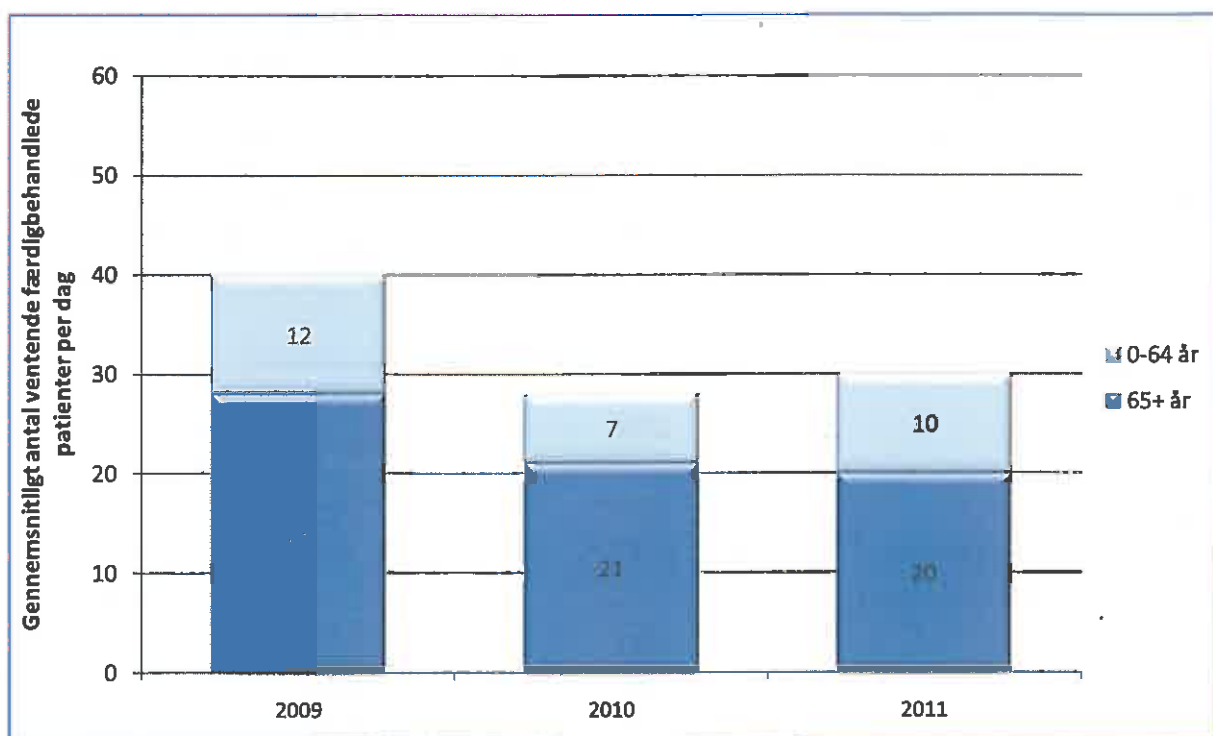
I 2011 ventede 1.199 borgere på hjemtagning efter færdigbehandling på hospital. 602 af disse borgere ventede 1-5 dage, typisk på overflytning til en midlertidig plads. 48 borgere – svarende til 7% af alle ventende borgere – ventede mere end 14 dage. Til sammenligning var der 234 borgere, som ventede mere end 14 dage i 2009. I 2011 er der flere borgere, der venter på hjemtagning, men der er flere borgere der venter kortere tid, og således falder det samlede antal ventedage med 30% fra 2009 til 2011.

Der kan være flere grunde til at borgerne ikke kan udskrives umiddelbart efter de er færdigbehandlede. Det skyldes bl.a., at hospitalerne ikke i alle tilfælde giver besked om, at borgerne er færdigbehandlede og at der i perioder er ventetid på kommunens midlertidige pladser. Forvaltningen har skærpet kontrollingen med hospitalernes registreringspraksis og arbejder på at få flere borgere tilbage til eget hjem i stedet for til en midlertidig plads.

Figur 31 – Antal ventende færdigbehandlede patienter per dag

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

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



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.

Fra 2009 til 2011 er det lykkedes at nedbringe det gennemsnitlige antal færdigbehandlede patienter per dag, der venter på hjemtagning, fra 40 til 30 patienter, svarende til et fald på 25%. Kommunen lever dog stadig ikke op til målsætningen om maksimalt 11 færdigbehandlede patienter per dag.

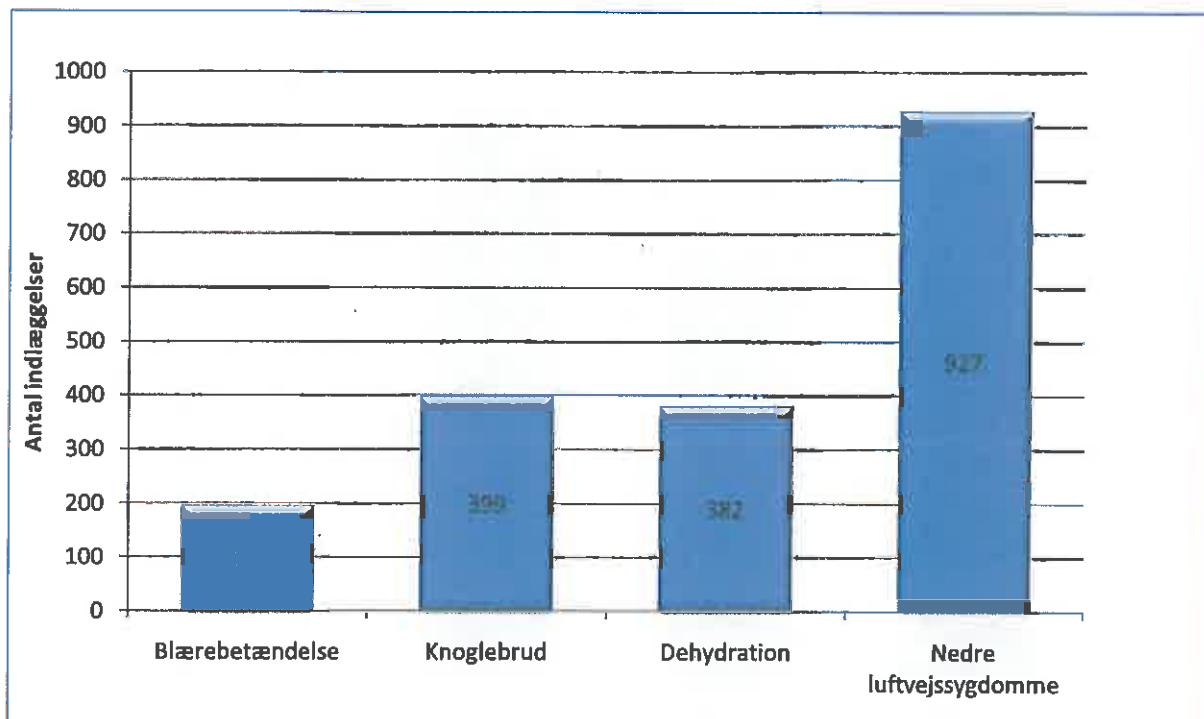
Det gennemsnitlige antal færdigbehandlede patienter per dag som er 65+ år, der venter på hjemtagning er faldet fra 28 patienter i 2009 til 20 patienter i 2011, hvilket er et fald på 29%. Til sammenligning er antallet af ventende patienter under 65 år per dag faldet 17% i samme periode.

Figur 32 – Forebyggelige indlæggelser

Tabellen viser antal forebyggelige indlæggelser blandt 65+ årige brugere, som bor i plejebolig, opholder sig på en midlertidigt plads, eller modtager hjemme- og sygepleje i de første tre kvartaler af 2011.

Forebyggelige diagnoser er diagnoser, som potentielt kan forebygges ved en kommunal indsats. Forvaltningen anvender KommunalØkonomiske Sundhedsinformationsgrundlag fra Sundhedsstyrelsen (KØS) til opgørelse af indlæggelser med forebyggelige diagnoser. Data i KØS opdateres løbende som følge af efterregistreringer fra hospitalerne og opgørelserne af indlæggelser med forebyggelige diagnoser er derfor forsinket med et kvartal.

Det er et mål i 'Længe Leve København', at antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser skal falde til 1.125 forebyggelige indlæggelser i 2014. Målet for 2011 er 2.250 indlæggelser med forebyggelige diagnoser.



Kilde: KommunalØkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS).

I de første tre kvartaler af 2011 var der 1.905 indlæggelser med en diagnose som forvaltningen kunne have forebygget. Hvis denne udvikling fortsætter vil forvaltningen ikke nå målet om maksimalt 2.2250 indlæggelser med forebyggelige diagnoser i 2011. Forvaltningen har iværksat indsatser med henblik på at mindske forebyggelige indlæggelser, bl.a. systematisk faldforebyggelse og forskellige modeller med samarbejde mellem hospitaler, praktiserende læger og forvaltningen (Shared care), men det forventes først at have en effekt på antal forebyggelige indlæggelser i 2012

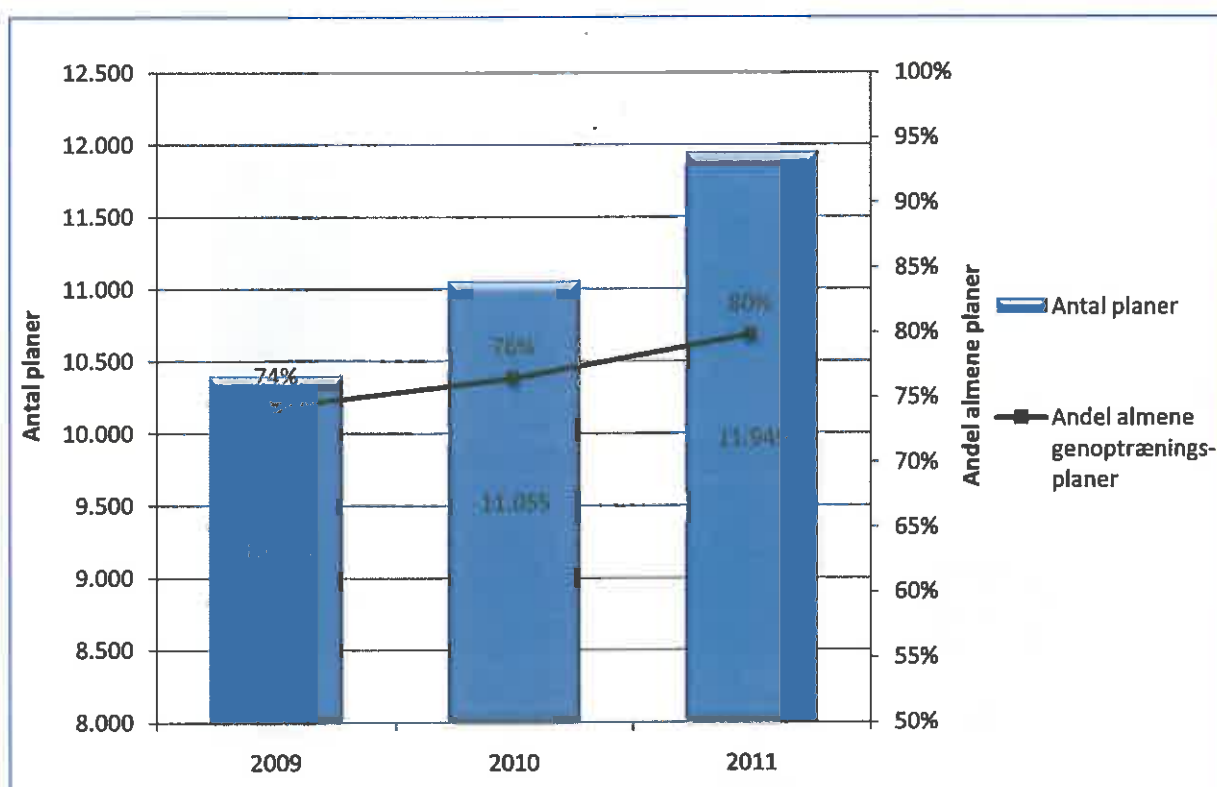
I de tre første kvartaler af 2011 var der 399 indlæggelser som følge af knoglebrud, svarende til 21% af de samlede forebyggelige indlæggelser. Det er et mål i 'Længe Leve København', at forekomsten af aldersjusteret lårbenshalsbrud blandt ældre i København skal

falde fra 8,4% i 2009 til 7,6% per 1.000 65+ borgere i perioden 2011-2014. På nuværende tidspunkt er der sket en mindre stigning i forekomsten af aldersjusteret lårbenshalsbrud (8,5% i 2010).

Figur 33 – Genoptræningsplaner

Figuren viser udviklingen i antal genoptræningsplaner og andel almene træningsforløb.

Der udarbejdes genoptræningsplaner, såfremt borgeren ved udskrivning fra hospitalet, ud fra en lægelig vurdering, har brug for genoptræning, og det vurderes, at genoptræning vil forbedre borgerens funktionsniveau. *Specialiserede* genoptræningsforløb finder sted ambulant på hospitalet, mens *almene* genoptræningsforløb finder sted på de kommunale træningscentre, forebyggelsescentre eller hos en privat leverandør. Kommunen har finansieringsforpligtelsen på begge typer af træningsforløb.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Det samlede antal genoptræningsplaner er steget fra 10.394 planer i 2009 til 11.949 planer i 2011, hvilket er en stigning på 15%.

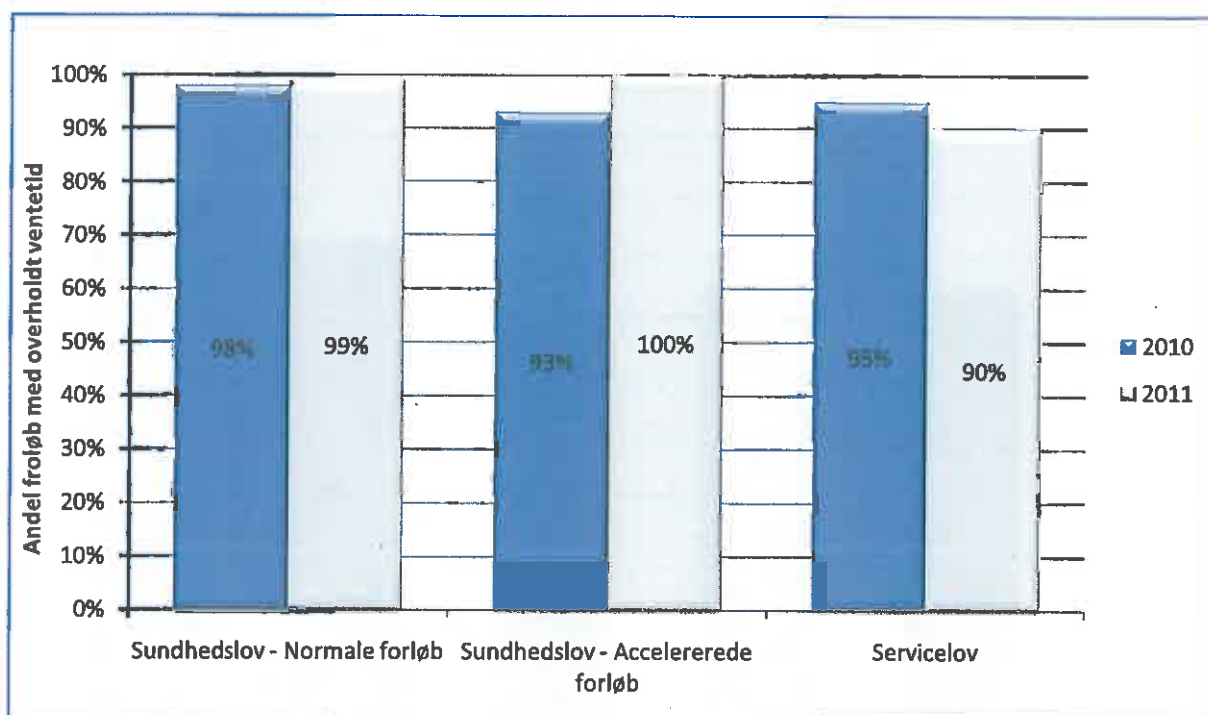
Samtidig er andelen af almene genoptræningsforløb, der varetages af kommunen, steget fra 74% i 2009 til 80% i 2011, hvilket er en stigning på 6%-point.

Figur 34 – Ventetider på genoptræning

Tabellen viser andel træningsforløb, hvor ventetiderne er overholdt.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt et mål om, at borgere maksimalt må vente 15 hverdage på genoptræning efter Sundhedsloven, efter at forvaltningen har modtaget genoptræningsplanen. Hvis borgere grundet sundhedsfaglige forhold har behov for en kortere ventetid, er ventetiden fastsat til maksimalt 7 hverdage (accelererede forløb).

Tilsvarende har Sundheds- og Omsorgsudvalget fastlagt et mål om, at der for træningsforløb efter Serviceloven højest må gå 20 hverdage, fra visitationen har modtaget en ansøgning til første aftale med et træningscenter.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og Sundhedsportalen

Note: Der kan ikke laves opgørelser af ventetider i 2009 pga. manglende valide data.

I 2011 blev ventetiden på normale genoptræningsforløb efter Sundhedsloven overholdt i 99% af tilfældene, hvilket er en stigning på 1%-point siden 2010.

Ventetiden på accelererede genoptræningsforløb efter Sundhedsloven blev overholdt i 100% af tilfældene i 2011, hvilket er en stigning på 7%-point siden 2010.

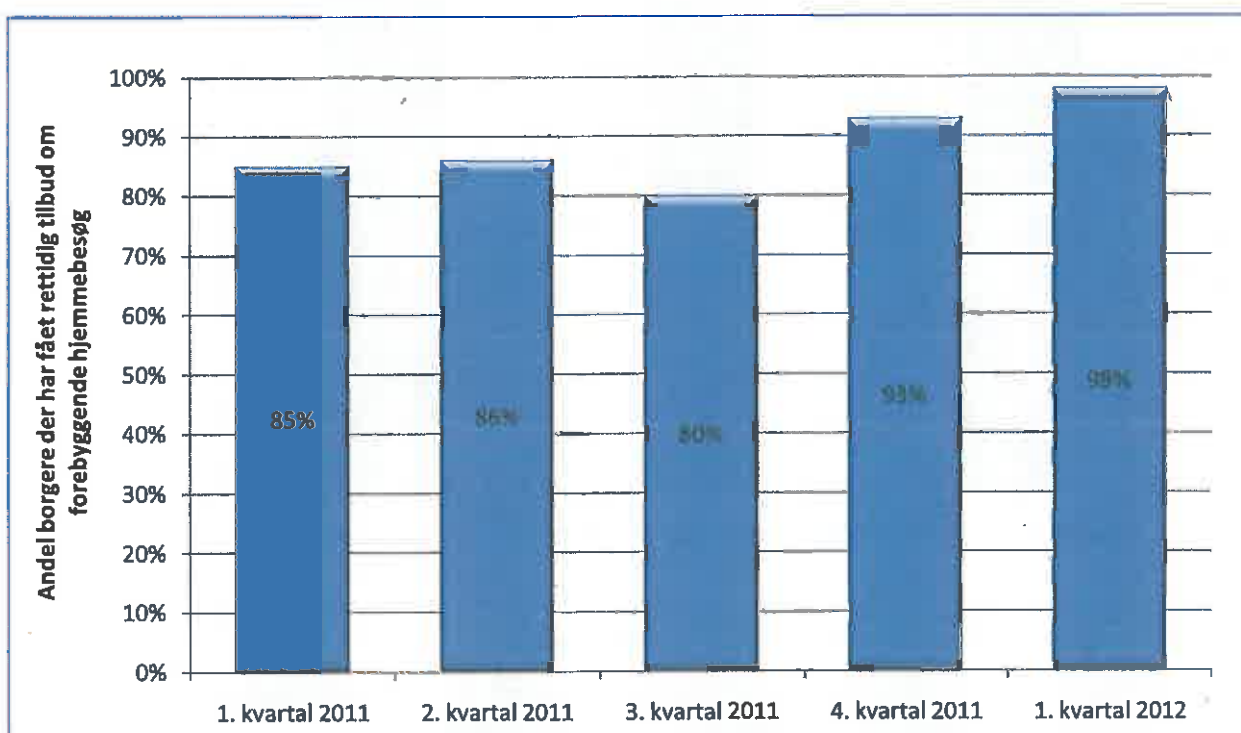
Ventetiden på genoptræningsforløb efter Serviceloven blev overholdt i 90% af tilfældene i 2011, hvilket er et fald på 5%-point siden 2010.

7.2: BORGERE, DER MODTAGER FOREBYGGENDE TILBUD

Figur 35 – Andel borgere der har fået rettidigt tilbud om forebyggende hjemmebesøg

Figuren viser, andel borgerne som har modtaget et rettidigt tilbud om forebyggende hjemmebesøg, samt andel borgere som modtaget et tilbud inden udgangen af kvartalet for henholdsvis 1-4. kvartal 2011 og 1. kvartal 2012.

Ifølge serviceloven skal alle borgere, der er fyldt 75 år tilbydes mindst ét årligt forebyggende hjemmebesøg. Formålet med et forebyggende hjemmebesøg er at tilbyde en samtale, der sætter fokus på at styrke borgernes trivsel, tryghed og sundhed. Herudover skal den forebyggende medarbejder kunne yde råd og vejledning om de muligheder, der kan styrke borgeren i at udnytte egne ressourcer og bevare funktionsniveauet længst muligt. Borgere, der allerede modtager både personlig pleje og praktisk hjælp, tilbydes ikke et årlige forebyggende hjemmebesøg, jævnfør Servicelovens § 79a Stk. 3.



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

Note: 1. kvartal 2012 dækker perioden 1. januar 2012 til 15. marts 2012.

Note: Forvaltningen har i efteråret 2011 indskærpet registreringspraksis for forebyggende hjemmebesøg. Indtil da blev tilbuddet først registreret når borger besvarede henvendelsen, hvilket tidsmæssigt kunne ligge længe efter at tilbuddet var givet til borger, hvorved væsentlig flere borgere, end figur 35 viser, kan have modtaget et tilbud rettidigt i 1. til 3. kvartal 2011.

I 4. kvartal 2011 modtog 93% af hjemmeboende borgere over 75 år, der ikke samtidig modtager personlig pleje og/eller praktisk hjælp, rettidigt et tilbud om forebyggende hjemmebesøg. Andelen af borgere som rettidigt modtager et tilbud for forebyggende hjemmebesøg er steget til 98% i 1. kvartal 2012.

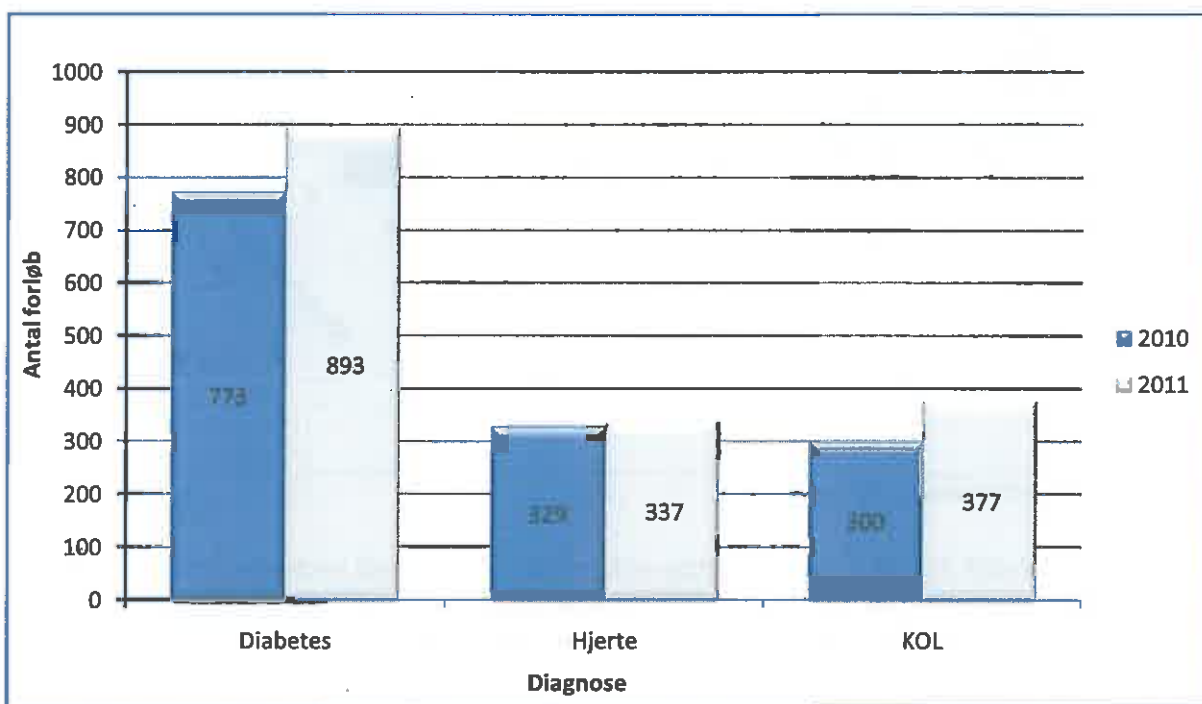
Figur 36 – Patientrettede forebyggelsesforløb

Tabellen viser antal patientrettede forebyggelsesforløb der er påbegyndt i 2010 og 2011 fordelt på diagnose.

Patientrettede forebyggelsesforløb er et tilbud, hvor kronisk syge i Københavns Kommune kan få støtte og inspiration til en sund livsstil med en kronisk sygdom. Forløbene kan indeholde følgende aktiviteter: fysiks træning, kostvejledning, madlavning, undervisning i kroniske sygdomme samt rygestopvejledning.

Borgere med kroniske sygdomme skal henvises til et patientrettet forebyggelsesforløb af enten deres praktiserende læge eller fra Bispebjerg, Amager eller Hvidovre hospital, hvis de er patient der.

Det er et mål i 'Længe Leve København', at 1.850 københavnere med kroniske sygdomme i 2011 skal modtage forebyggelsesforløb, samt at antallet af modtagne forebyggelsesforløb er steget til 2.000 i 2014.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og Sundhedsportalen

Note: Der kan ikke laves opgørelser af antal forløb i 2009 pga. manglende valide data.

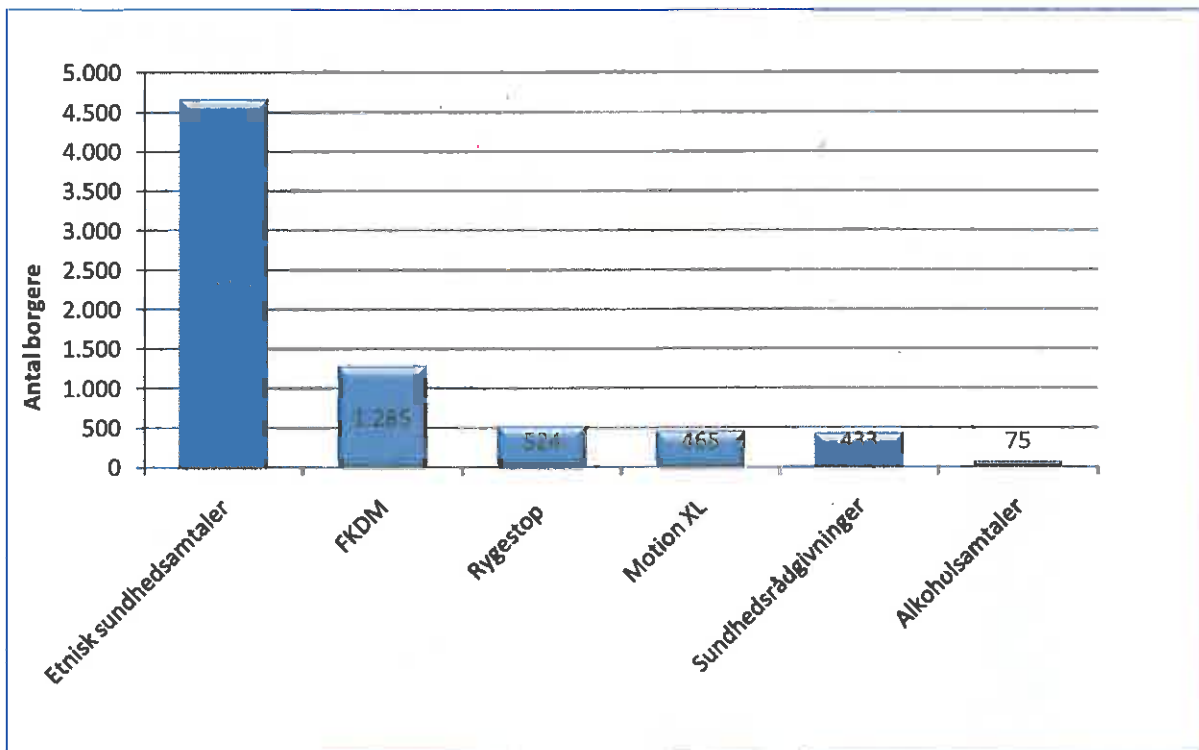
I 2011 var der 893 diabetesforløb, 337 hjerteforløb og 377 KOL forløb, hvilket er en stigning på henholdsvis 13%, 2% og 20% siden 2010. Stigningen skyldes til dels, at der er åbnet et nyt forebyggelsescenter i Vanløse i 2011.

Samlet set modtog 1.607 kronisk syge borgere i 2011 et forløb. Det betyder, at målsætning for antal patientrettede forebyggelsesforløb for 2011 ikke er blevet indfriet. Årsagen hertil er, at der ikke har været tilstrækkeligt med henvisninger til forløbene. Forvaltningen arbejder løbende med at forbedre samarbejde og kommunikationen mellem forebyggelsescentrene og de henvisende instanser.

Figur 37 – Borgerrettede forebyggelsesforløb

Tabellen viser antal borgere, som har modtaget borgerrettede forebyggelsesforløb, der er påbegyndt i 2011 fordelt på typen af forløb.

Det er et mål i 'Længe Leve København', at 6.200 borgere i 2011 skal modtage forebyggelsestilbud vedrørende rygning, alkohol og fysisk aktivitet, samt at dette antal skal være steget til 8.000 borgere i 2014.



Kilde: Indrapporteringer fra Forebyggelsescentrene

I 2011 var der 7.437 borgere, som modtog et forebyggelsestilbud vedrørende kost, fysisk aktivitet, rygning og alkohol. Det betyder at forvaltningens målsætning om antal borgere, som i 2011 skulle modtage forebyggelsestilbud, er opnået.

I 'Længe Leve København' er det et mål, at flere kortuddannede københavnere skal deltage i rygestopsamtaler fra STOPlinien (fra 33% primo 2011 til 40% i 2014). Fra januar til august 2011 var 39% af samtalerne med kortuddannede københavnere. Forvaltningen forventer dog, at den nu afsluttede nationale kampagne 'Hver eneste cigaret skader dig', har medvirket til, at der er sket en stor fremgang.

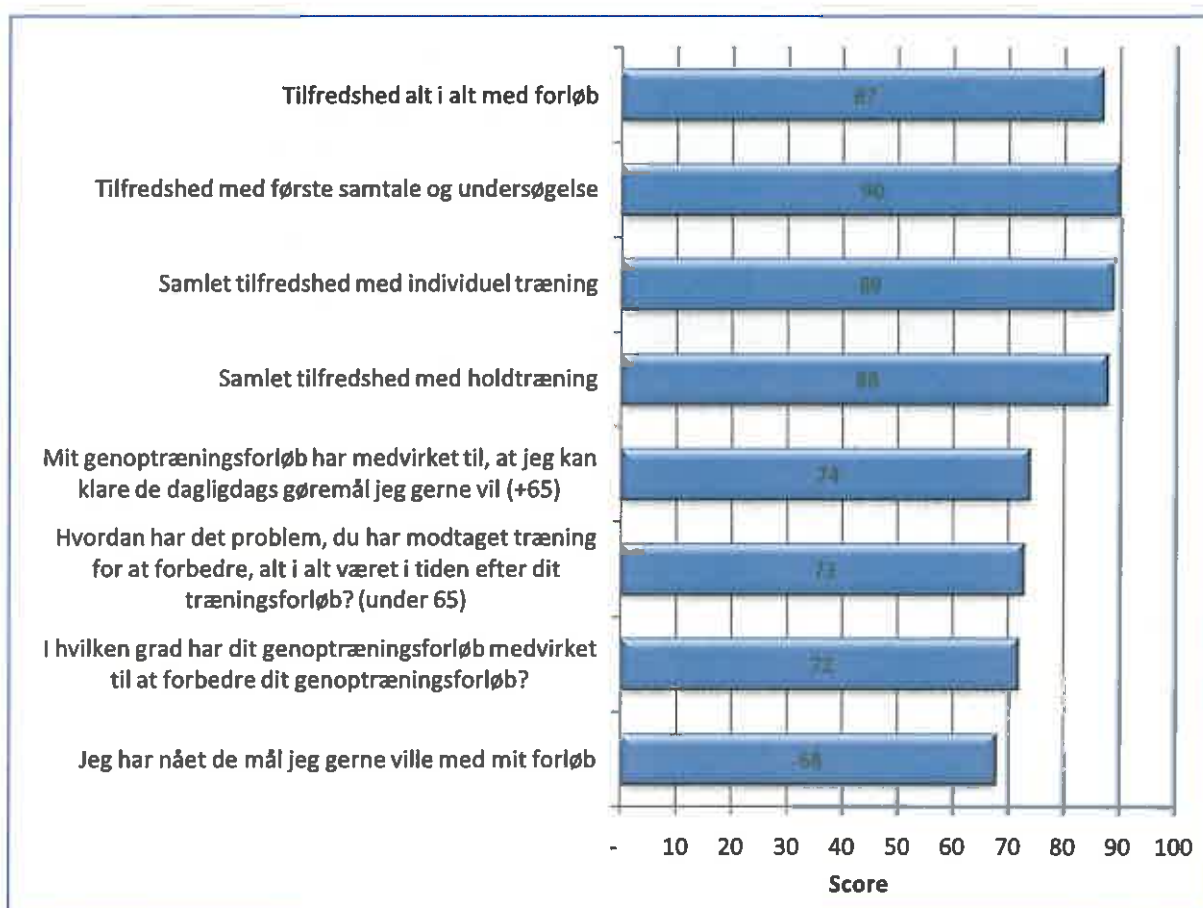
7.3: BRUGERUNDERSØGELSE

7.3.1: GENOPTRÆNING

I oktober 2011 gennemførte forvaltningen en brugerundersøgelse med 667 hjemmeboende borgere, som har gennemført et træningsforløb på et af kommunens træningscentre. I undersøgelsen er brugerne blevet spurgt til deres tilfredshed med genoptræningen, det oplevede udbytte og deres trivsel i hverdagen. Borgere som indgik i undersøgelsen, er personer over 65 år, som har deltaget i genoptræning efter serviceloven samt personer over 18 år, som har deltaget i genoptræning efter sundhedsloven.

Figur 38 – Brugernes vurdering af udvalgte nøglespørgsmål

Nedenstående tabel viser brugernes vurdering af en række udvalgte nøglespørgsmål. En score over 70 svarer til, at en tilfredsstillende andel brugere af genoptræningsforløbene har vurderet et spørgsmål positivt.



Undersøgelsen giver overordnet et billede af udbredt tilfredshed med genoptræningsforløbene. 89% svarer, at de er meget tilfredse eller tilfredse, mens 5% svarer, at de er utilfredse eller meget utilfredse. Undersøgelsen viser, at stort set alle brugerne (95%), har følt sig velkomne i træningscentrene.

Patienter, der ved udskrivning fra hospital har fået en genoptræningsplan til almen genoptræning efter Sundhedsloven, skal modtage en pjece fra kommunen med orientering om den kommunale genoptræning. Undersøgelsen viser, at kun 51% af den relevante målgruppe mener at have modtaget en sådan pjece. Blandt modtagerne er 77% tilfredse med pjecens indhold, mens 1% er utilfredse.

94% af brugerne er tilfredse eller meget tilfredse med den første samtale og undersøgelse de deltager i på centrene. 91% mener, at de fik tilstrækkelig mulighed for at fortælle, hvad de gerne ville opnå med deres forløb, mens 88% mener, de fik tilstrækkelig information om, hvad der skulle foregå i forløbet.

Størstedelen af de interviewede (89%) har gennemført hele deres forløb. Denne gruppe er stillet en række spørgsmål om deres oplevede udbytte af genoptræningsforløbet. Brugere er moderate i deres vurdering af, hvorvidt de har nået det mål, de havde opstillet for forløbet. Scoren ligger "under middel", da kun 63% svarer, at de har nået deres mål, mens 20% svarer, at de ikke har. Størstedelen af gruppen, der ikke har nået deres mål, svarer, at det primært skyldes for mange smerter.

For brugere over 65 år svarer 71%, at genoptræningsforløbet har medvirket til, at de bedre kan klare dagligdags gøremål, mens 13% ikke har denne opfattelse. For brugere under 65 år svarer 13%, at det problem, de har modtaget træning for, er forsvundet, mens 68% svarer, at det er blevet bedre, men ikke gået væk.

Godt halvdelen af brugerne (53%), har lavet en plan eller aftale med træningscentret for, hvordan de efter forløbets afslutning vedligeholder det funktionsniveau, de har opnået gennem træningen. Størstedelen (80%), af de brugere, som har en plan, svarer, at de i høj eller nogen grad følger denne.

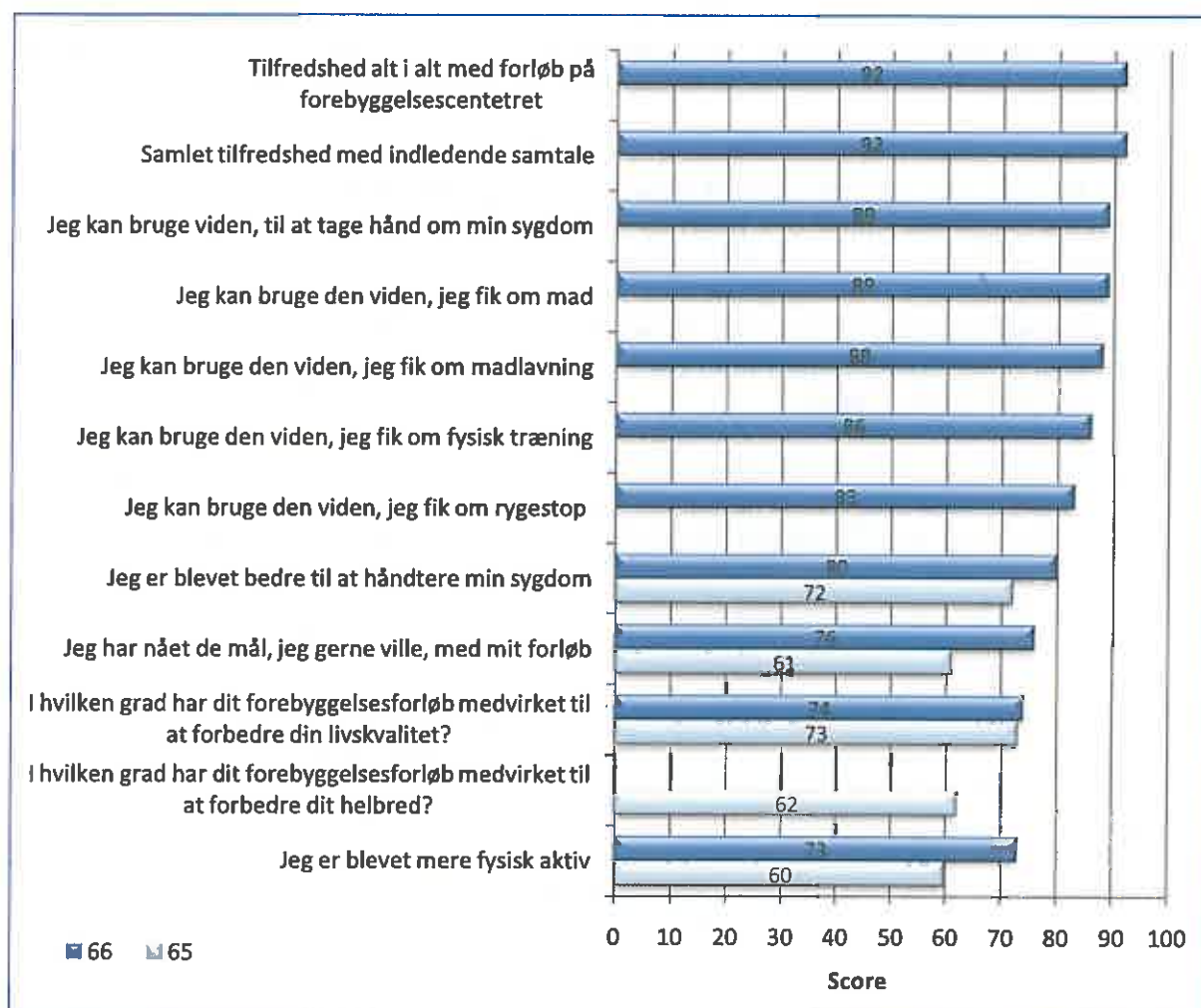
Brugere, der ikke gennemfører deres forløb, men stopper før tid, er spurgt om årsagen her til. De hyppigste svar er, at brugerne havde for mange smerter eller blev ramt af sygdom/indlæggelse.

7.3.2: PATIENTRETTET FOREBYGGELSE

I oktober 2011 gennemførte forvaltningen en brugerundersøgelse med 335 borgere over 18 år, som har diagnosen KOL, hjerte-karsygdom og/eller diabetes 2, og har deltaget i et forebyggelsesforløb på et af kommunens fire forebyggelsescentre. I undersøgelsen er brugerne blevet spurgt om deres tilfredshed med forebyggelsesforløbet, det oplevede udbytte og deres trivsel i hverdagen.

Figur 39 – Brugernes vurdering af udvalgte nøglespørgsmål

Nedenstående tabel viser brugernes vurdering af en række udvalgte nøglespørgsmål. En score over 70 svarer til, at en tilfredsstillende andel brugere af forebyggelsesforløbene har vurderet et spørgsmål positivt.



Deltagerne i patientrettede forebyggelsesforløb på kommunens forebyggelsescentre er generelt meget tilfredse med forløbene. 95% af brugerne svarede, at de er tilfredse eller meget tilfredse med det samlede forløb, mens kun 1% af brugerne svarede, at de er utilfredse eller meget utilfredse med det samlede forløb. Stort set alle brugere (97%) har følt sig velkomne i forebyggelsescentrene.

Undersøgelsen viser, at 95% af brugerne er tilfredse eller meget tilfredse med den indledende samtale på centrene. 91% mener, de fik tilstrækkelig mulighed for at fortælle, hvad de gerne ville opnå med deres forløb, mens 90% følte sig tilstrækkeligt informeret om forebyggelsescentrets forskellige tilbud.

Brugere, som har gennemført hele deres forløb (296 ud af de 335 interviewede), er blevet spurgt, hvorvidt de har nået de mål, de gerne ville med deres forebyggelsesforløb. 71% svarer, at de har nået deres mål, mens 10% svarer, at de ikke har. Gruppen, der ikke har nået deres mål, svarer, at det primært skyldes sygdom og manglende motivation.

Brugernes tilfredshed med udbyttet af de enkelte tilbud viser, at der generelt er stor tilfredshed med udbyttet af både den fysiske træning (94%), af kostvejledningen (88%), af den praktiske madlavning (89%) og med udbyttet af undervisningen i sygdom (91%). En lidt lavere andel (61%) svarer, at de alt i alt er tilfredse med udbyttet af rygestopvejledningen.

67% af de brugere, der har gennemført deres forløb, oplyser, at de har talt med en medarbejder på forebyggelsescentret om, hvad de skal gøre for at fastholde deres livsstilsændringer fremover. Omvendt svarer 30%, at de ikke haft en sådan samtale.

Af de brugere, som har lagt en plan for, hvordan de fastholder de nye vaner, svarer 72%, at de i høj eller nogen grad følger deres plan, mens 8% omvendt svarer, at de kun i mindre grad eller slet ikke følger planen.

Der er gennemført en opfølgende effektundersøgelse blandt de brugere, der har gennemført deres forløb. Disse borgere er blevet kontaktet 4-6 måneder efter første interview og spurgt, i hvilken grad de har fastholdt de opnåede livsstilsændringer. I alt har 129 brugere svaret, og det overordnede billede er, at effekten af forebyggelsesforløbene er faldende over tid. Mens 71% af borgerne efter forløbets ophør svarer, at de har opnået de opstillede mål, er andelen efter 4-6 måneder kun 51%.

18% af de brugere, som forvaltningen har været i kontakt med, har svaret, at de er holdt op før deres forløb var færdigt. Den største andel (54%) angiver sygdom, indlæggelse eller smerter som årsag.