



Årsrapport 2014
for
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

INDHOLD

OVERBLIK	4
INDLEDNING	6
METODE OG AFGRÆNSNING	7
RESUMÈ	8
KAPITEL 1: STÆRKERE FÆLLESSKAB.....	13
1.1: FÆRRE ENSOMME	13
1.2: AKTIVITETER FOR FRIVILLIGE OG PÅRØRENDE.....	15
KAPITEL 2: MERE FRIHED.....	16
2.1: HVERDAGSREHABILITERING	16
2.2: BRUG AF VELFÆRDSTEKNOLOGI.....	17
KAPITEL 3: STØRRE TRYGHED.....	19
3.1: ANTAL FORSKELLIGE HJÆLPERE I BORGERS HJEM	19
3.2: TILFREDSHED MED HJÆLPERNE	20
3.3: TIDLIGERE FLYTNING I PLEJEBOLIG	22
3.4: MEDICINFEJL	23
3.5: FÆRDIGBEHANDLEDE BORGERE.....	23
3.6: BRUGERTILFREDSHED	26
KAPITEL 4: HØJERE FAGLIGHED.....	29
4.1: LØFT AF SOCIAL- OG SUNDHEDSMEDARBEJDERNES FAGLIGE NIVEAU	29
4.2: ANDEL MANDLIGE ANSATTE.....	32
4.3: SYGEFRAVÆR	33
KAPITEL 5: SAGSBEHANDLING TIL TIDEN	35
5.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER	35
5.2: 4-UGERSGARANTI FOR PLEJEBOLIGER	36
5.3: VENTETIDER PÅ GENOPTRÆNING	39
KAPITEL 6: BEDRE SUNDHED, FOREBYGGELSE OG BEHANDLING	40
6.1: ANDEL AF BORGERE SOM LEVER ET RØGFRI LIV	41
6.2: ANDEL AF BORGERE MED SUNDE ALKOHOLVANER.....	41
6.3: ANDEL AF BORGERE SOM LEVER ET AKTIVT LIV	43
6.4: ANDEL AF BORGERE MED POSITIVT SELVVURDERET HELBRED.....	43
6.5: SELVVURDERET HELBRED OG LIVSKVALITET	44
6.6: PATIENTRETTET FOREBYGGELSE	46
6.7: BØRGERRETTET FOREBYGGELSE.....	47
FIGUR- OG TABELOVERSIGT	48

OVERBLIK

De forskellige mål er opdelt i tre farvekategorier baseret på graden af fremdrift og graden af målopfyldelse:

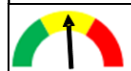
- Grøn: Mål som er opfyldt
- Gul: Mål med fremdrift, men hvor målet ikke er opfyldt
- Rød: Mål med status quo eller tilbagegang, hvor målene ikke er opfyldt

1. Stærkere fællesskab

Færre ensomme

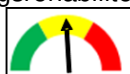


Aktiviteter for frivillige og pårørende



2. Mere frihed

Hverdagsrehabilitering



Brug af Velfærdsteknologi



3. Større tryk- hed

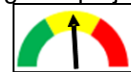
2/3 besøges af primær/sekundær hjælper



Tilfredshed m. hjælperne



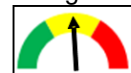
Tidligere i plejebolig



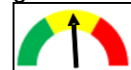
Medicinfejl



Færdigbehandlede borgere



Brugertilfredshed



4. Højere faglighed

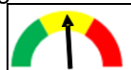
Løft af sosu´ernes faglige niveau



20 % mænd



Sygefravær - alle



Sygefravær – elever



5. Sagsbehandling til tiden

Hjemmeplejeområdet



Hjælpe midler



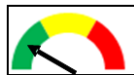
Plejeboligområdet



4-ugersgarantien for plejebolig

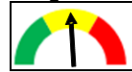


Genoptræning



6. Bedre forebyggelse og behandling

Røgfrihed



Sunde alkoholvaner



Fysisk aktive borgere



Positivt helbred – voksne



Selvurderet helbred – ældre



Livskvalitet - ældre



Patientrettet forebyggelse



Borgerrettet forebyggelse



INDLEDNING

Formålet med årsrapporten er at give Sundheds- og Omsorgsudvalget en status på udvalgets politisk fastsatte mål. I årsrapporten rapporteres på målene i reformprogrammet Aktiv og Tryk Hele Livet, sundhedspolitikken Længe Leve København samt på en række andre politiske mål om sagsbehandlingstider, sygefravær og brugertilfredshed.

I årsrapporten 2014 er det sidste gang der rapporteres på målene i Aktiv og Tryk Hele Livet samt i Længe Leve København. I 2015 afløses disse af den nye ældrepolitik og den nye sundhedspolitik.

God læselyst.

Sundheds- og Omsorgsborgmester

Ninna Thomsen

Administrerende direktør

Katja Kayser

METODE OG AFGRÆNSNING

Årsrapporten er opbygget således, at de politiske mål er samlet i et antal fokusområder. Først i rapporten (i afsnittet "Overblik") præsenteres målopfyldelsen på de forskellige politiske mål grafisk i form af speedometre. Der er desuden udarbejdet et bilag (faktaark), som giver baggrundsinformation om udviklingen i antal borgere, brugere, ydelser, ansatte mv.

Årsrapporten for 2014 indeholder oplysninger på områder, hvor der er fastlagt politiske mål, og hvor der er tilgængelige data, som kan vise status på målopfyldelsen. Målene i mad- og måltidspolitikken, demenspolitikken, og handleplanerne for Københavns Kommunes handicappolitik og inklusionspolitik afrapporteres ikke i årsrapporten, da disse mål har en anden karakter, hvor det ikke er meningsfuldt at opgøre målene årligt.

Hvor der er tilgængelige data vises tallene for 2012, 2013 og 2014, og oftest sammenlignes tallene for 2014 med 2013 for at kunne give det mest opdaterede perspektiv på udviklingen. I årsrapporten rapporteres på målene i reformprogrammet Aktiv og Tryk Hele Livet, sundhedspolitikken Længe Leve København samt på en række andre politiske mål om sagsbehandlingstider, sygefravær og brugertilfredshed.

RESUMÈ

I årsrapporten for 2014 beskrives udviklingen på en række af Sundheds- og Omsorgsudvalgets politiske mål. Samlet set viser afrapporteringen, at udviklingen går i den ønskede retning på de fleste målområder. På trods heraf er det kun få af målene, der er opfyldt. En af årsagerne til den manglende målopfyldelse kan være, at målene er meget ambitiøse, men det kan også skyldes, at de igangsatte indsatser ikke har været tilstrækkelige eller ikke har haft den ønskede effekt.

De politiske mål i årsrapporten er samlet i en række overordnede fokusområder. Nedenfor beskrives kort forvaltningens vurdering af målopfyldelse og fremdrift på de enkelte mål.

STÆRKERE FÆLLESSKAB (kapitel 1)

Mål i Aktiv og Tryk Hele Livet:

50 % færre ældre er ensomme i København: Blandt borgere, der modtager hjemmepleje, har andelen af ensomme borgere været nogenlunde stabil i perioden 2010-2014. I 2014 var 27 % af hjemmeplejemodtagerne ensomme. For borgere, der bor i plejecenter, er andelen af ensomme borgere steget fra 20 % i 2013 til 23 % i 2014, men stigningen er ikke signifikant. Forvaltningen arbejder fortløbende med initiativer for at nedbringe ensomheden, og Sundheds- og Omsorgsudvalget har besluttet at afsætte midler fra 2015 til at igangsætte en større ensomhedsindsats som har til formål at forebygge, at borgere bliver ensomme.

Alle plejecentre har aktiviteter for frivillige og pårørende: I 2014 havde 36 ud af 40 plejecentre aktiviteter for frivillige og pårørende, hvilket er på niveau med 2013. Antallet af plejecentre med aktiviteter for frivillige og pårørende har således været højt og stabilt de senere år, men forvaltningen har ikke helt nået målet om at alle plejecentre skal have aktiviteter.

MERE FRIHED (kapitel 2)

Mål i Aktiv og Tryk Hele Livet:

Alle, som modtager praktisk hjælp, bliver trænet til at klare sig selv bedst muligt: Hverdagsrehabilitering på praktisk hjælp blev indført i 2012. I 2014 modtog 11 % af alle borgere med praktisk hjælp hverdagsrehabiliterende ydelser, hvilket er en stigning på 2 %-point siden 2013. Første januar 2015 trådte loven om Fremtidens Hjemmehjælp i kraft. Alle borgere med rehabiliteringspotentiale tilbydes nu et tidsafgrænset og individuelt tilrettelagt rehabiliteringsforløb. De fem lokalområder afprøver forskellige modeller for organisation og indhold i de nye forløb. Formålet er at bruge 2015 til at afprøve og udvælge de modeller, der giver de bedste effekter, og sammensætte dem til en samlet model for hele Københavns Kommune. Der skal dermed ske et markant skift i tilgangen til rehabilitering, således at omfanget af rehabilitering løftes væsentligt fremover.

København er landets førende by, når det gælder brug af velfærdsteknologi: Der bliver i stigende omfang gjort brug af velfærdsteknologiske løsninger, blandt andet tryk-

sårforebyggende madrasser, toiletstole med elektrisk hejs, spisehjælpemidler, vaske- og tørretoiletter og hæve-/sænkevaske. Det er imidlertid vanskeligt at vurdere om København er landets førende by på området, som målet i Aktiv og Tryk tilsiger. Samlet set vurderes den velfærdsteknologiske udvikling at være på rette spor.

STØRRE TRYGHED (kapitel 3)

Mål i Aktiv og Tryk Hele Livet:

Tilfredshed med hjælperne: I brugerundersøgelserne bliver borgerne spurgt til, hvorvidt de er tilfredse med antallet af hjælpere og den personlige kontakt med personalet. Siden 2013 er der sket et fald i andelen af borgerne, der er tilfredse med antallet af hjælpere. Andelen af borgere, der er tilfredse med den personlige kontakt med hjælperne er stabil fra 2013 til 2014 og på et højt niveau. I hjemmeplejen er 83 % af borgerne tilfredse med den personlige kontakt, på plejecentre er 87 % af borgerne tilfredse med den personlige kontakt.

Tidligere flytning til plejebolig: Forvaltningen arbejder på at få ældre borgere til at flytte tidligere i plejebolig, bl.a. ved at indlede en dialog om plejebolig allerede når borgeren får 12 timers hjælp om ugen. Målopfyldelsen måles ved at se på udviklingen i antal hjemmeplejemodtagere med mere end 12 timers hjælp om ugen, som godkendes til plejebolig. Denne andel er steget en lille smule fra 2013 til 2014.

Ingen fejl i medicineringen til de ældre: Fremdriften måles ved, om der bliver registreret færre medicinfejl i tilsynene. I embedslægetilsynene blev der i 2013 identificeret medicinfejl på 24 ud af 31 plejecentre. I 2014 var der medicinfejl på 26 ud af 31 plejecentre. I hjemmeplejen/sygeplejen blev i 2013 registreret medicinfejl i 3 ud af 5 lokalområder og i 2014 blev der registreret medicinfejl i 4 ud af 5 lokalområder. Antallet af enheder med medicinfejl er således steget fra 2013 til 2014. Forvaltningen arbejder fortsat med at minimere antallet af medicinfejl, bl.a. ved at gennemføre en medicinuddannelse for sygeplejersker i samarbejde med Metropo.

Andre mål:

2/3 af alle hjemmeplejebesøg varetages af borgerens primære eller sekundære hjælper:

Et gennemsnit over de sidste tre kvartaler af 2014 viser, at 61 % af besøgene i daghjemmeplejen bliver leveret af borgerens primære eller sekundære hjælper. Det er et fald på 2 %-point i forhold til 2012, og målet på 66 %, er således ikke nået. For at sikre en øget brug af faste hjælpere i hjemmeplejen, foretager forvaltningen i 2015 en kortlægning og analyse, som afdækker barrierer for faste hjælpere og på den baggrund udarbejdes forskellige modeller for en øget andel faste hjælpere. Nogle af modellerne vil kunne rummes indenfor eksisterende rammer, mens andre modeller formentlig skal indgå i forhandlingerne om budget 2016

Københavns Kommune skal hjemtage færdigbehandlede patienter fra hospitalerne hurtigst muligt og senest 14 dage efter færdigbehandling: Antallet af færdigbehandlingssage nedbragt med 22 % fra 2013 til 2014, Der er endvidere sket et markant fald på 57 % i antallet af borgere, som har ventet mere end 14 dage på hjemtagning. Alt i alt går

udviklingen i den rigtige retning, men hjemtagning er færdigbehandlede er fortsat et fokusområde.

Den overordnede tilfredshed på alle forvaltningens brugerundersøgelser skal være mindst 80. I 2014 er brugertilfredsheds målet nået på områderne plejebolig, sygepleje, aktivitetstilbud, genoptræning, forebyggelse og Center for Kræft og Sundhed. Den samlede brugertilfredshed med hjemmepleje var i 2014 på 75 (mens den var 79 for visitationen). På disse to områder er målet således ikke helt nået.

HØJERE FAGLIGHED (kapitel 4)

Mål i Aktiv og Tryk Hele Livet:

Sosu'ernes faglige niveau er løftet markant: Som indikatorer på om udviklingen går den rigtige vej er der set på omfanget af kompetenceudvikling samt tilsynsresultater for hjemmepleje og plejecentre. Kompetenceudvikling til sosu-assistent og -hjælper har i 2014 været målrettet større strategiske indsatser. Ca. 1.100 medarbejdere eksempelvis har deltaget på AMU-kurser, hvilket er en stigning fra 2013. Sosu'ernes faglige niveau måles iflg. Aktiv og Tryk også ved at se på resultaterne af de årlige tilsyn. Resultaterne af de kommunale tilsyn med hjemmepleje, sygepleje og plejecentre er nogenlunde uændret fra 2013 til 2014, mens resultaterne af embedslægetilsynene er lidt dårligere i 2014 end i 2013. Tilsynsresultaterne har dog også sammenhæng med andre forhold end sosu'ernes faglige niveau.

20 % af de ansatte er mænd: Andelen af mandlige ansatte i forvaltningen er steget fra 2013 til 2014, men stigningen har været begrænset. Andelen af mænd i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen udgjorde 16,9 % ved udgangen af 2014, og forvaltningen vurderer på den baggrund, at det ikke er muligt at nå målet om 20 % mænd i 2015. Borgerrepræsentationen har besluttet, at der ikke skal fastsættes måltal for mænd i omsorgsfag, men at der i stedet skal arbejdes for at udvide rekrutteringsgrundlaget.

Andre mål:

Sygefraværet skal reduceres fra 14,3 dagsværk i 2013 til 13,7 dagsværk i 2014. Sygefraværet blandt forvaltningens ansatte er faldet fra 14,3 dagsværk i 2013 til 13,9 dagsværk i 2014. Målet for 2014 er et sygefravær på 13,7 dagsværk. Faldet i sygefraværet har således ikke været tilstrækkeligt til at nå målet.

Sygefraværet for elever ansat i Københavns Kommune skal reduceres med 1,8 dagsværk i perioden 2013-2015. For elever i Københavns Kommune er der sket en stigning i sygefraværet fra 2013 til 2014, og med et realiseret sygefravær på 17,7 sygefraværsdagsværk per elev i 2014 er der et stykke vej til målet om 15,8 sygefraværsdagsværk per elev. Sygefraværstallene omfatter alle elever i Københavns Kommune, men det er særligt sosuhjælper-elevernes fravær der er steget. Forvaltningen har derfor fortsat fokus på elevfraværet.

SAGSBEHANDLING TIL TIDEN (kapitel 5)

Andre mål:

Sagsbehandlingsfrister for ansøgninger om hjemmepleje, hjælpemidler og plejebolig: Tidsfristerne er fastsat efter at 80 % af sagerne skal behandles indenfor fristerne, jf. anbefaling i retssikkerhedsloven. På alle områder er mere end 80 % af sagerne behandlet inden for tidsfristerne i 2014. På alle andre områder end plejebolig er der sket en stigning i antallet af sager der bliver behandlet rettidigt fra 2013 til 2014.

Alle godkendte ansøgere til plejebolig skal have et tilbud om en bolig inden for fire uger (4-ugersgarantien). I 2014 blev 4-ugersgarantien gennemsnitligt overholdt for 55 % af ansøgerne, hvilket er et markant fald i forhold til 2013. Udfordringerne med overholdelse af 4-ugers-garantien var størst i starten af 2014, og i løbet af 2014 er antallet af sager, som overholder 4-ugers-garantien, steget. I 4. kvartal 2014 blev 4-ugersgarantien overholdt i 75 % af sagerne.

Forvaltningen har gennemført en analyse af kapacitetsudfordringerne på plejeboligområdet, som bl.a. viste, at antallet af godkendte ansøgninger er steget, mens der har været et fald i antallet af pladser til rådighed som følge af demografiregulering og moderniseringer af plejeboliger. For ikke at skabe et yderligere pres på plejeboligkapaciteten i 2015 begrænses reduktionen af pladser som følge af den demografiske udvikling. Forvaltningen har også åbnet plejeboligpladser på Hjortespring Plejecenter for at imødekomme det stigende pres på 4-ugersgarantien.

Ventetider på genoptræning: Forvaltningen har i 2014 overholdt ventetider på genoptræning i over 90 % af forløbene. Der ses dog et mindre fald i andelen af forløb, hvor ventetiden er overholdt for både forløb efter sundhedsloven og forløb efter serviceloven.

BEDRE FOREBYGGELSE OG BEHANDLING (kapitel 6)

Mål i Længe Leve København:

Målene i Sundhedspolitikken Længe Leve København var formuleret som 4-årige mål på KRAM-faktorerne rygning, alkohol og motion, samt selvvalgt helbred. Målopfyldelsen vurderes ud fra den regionale sundhedsprofilundersøgelse, der blev gennemført i 2014.

Flere københavnere lever et røgfrit liv: I 2014 levede 83 % københavnske borgere et røgfrit liv. Det er en fremgang fra 2010, men målet på 85 % er ikke helt opnået. Blandt kortuddannede er andelen af røgfri københavnere steget fra 70 % til 74 % fra 2010-2014, men målet på 80 % er ikke opnået.

Flere københavnere har sunde alkoholvaner: Fra 2010 til 2014 er der blevet flere borgere med sunde alkoholvaner blandt både unge, voksne og kortuddannede. Størst er stigningen blandt unge, hvor der er sket en stigning på 8 %-point fra 69 % til 77 %. Målet om en fremgang for alle borgergrupper er således opnået.

82 % af de voksne københavnere lever et fysisk aktivt liv: I 2014 dyrkede 72 % af de voksne københavnere så meget motion som Sundhedsstyrelsen anbefaler. Målet om at 82 % skal leve fysisk aktivt er således ikke nået. Der er omvendt sket et fald på 2 %-point i antallet af voksne som lever fysisk aktivt, idet andelen i 2010 var på 74 %.

90 % af voksne københavnere vurderer deres eget helbred positivt: I 2014 vurderede 87 % af de voksne københavnere, at de havde et godt helbred. Det er en stigning på 2 %-point siden 2010, men målet om 90 % er ikke nået.

Udvalgte indikatorer i Længe Leve København:

2.000 patientrettede forebyggelsesforløb: I 2014 var der 2.084 patientrettede forebyggelsesforløb. Således er målet om 2.000 forløb årligt i 2014 opnået.

8.000 borgerrettede forebyggelsestilbud: I 2014 modtog 11.258 borgere et forebyggelsestilbud vedrørende kost, fysisk aktivitet, rygning eller alkohol. Målet om, at 8.000 borgere modtager et borgerrettet forebyggelsestilbud er således opnået.

Mål i Aktiv og Tryk Hele Livet:

Københavnernes helbred og livskvalitet skal løftes frem mod 2015. Dette er det overordnede mål for reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet*. For hjemmeplejemodtagere er der i perioden 2012-2014 sket et mindre fald i andelen af borgere, der har et godt selv-vurderet helbred. I relation til plejecenterbeboere ses en tendens til en stigning i beboernes vurdering af eget helbred, så der er samlet sket en stigning i andelen, som vurderer deres helbred som godt eller meget godt siden 2012.

Ser man på borgernes vurdering af egen livskvalitet, er udviklingen ikke entydig. Borgere på plejecenter har en nogenlunde stabil vurdering af egen livskvalitet fra 2012 til 2014. For borgere, der modtager hjemmepleje, er andelen af borgere med en god eller meget god livskvalitet derimod faldet fra 61 % i 2012 til 56 % i 2014.

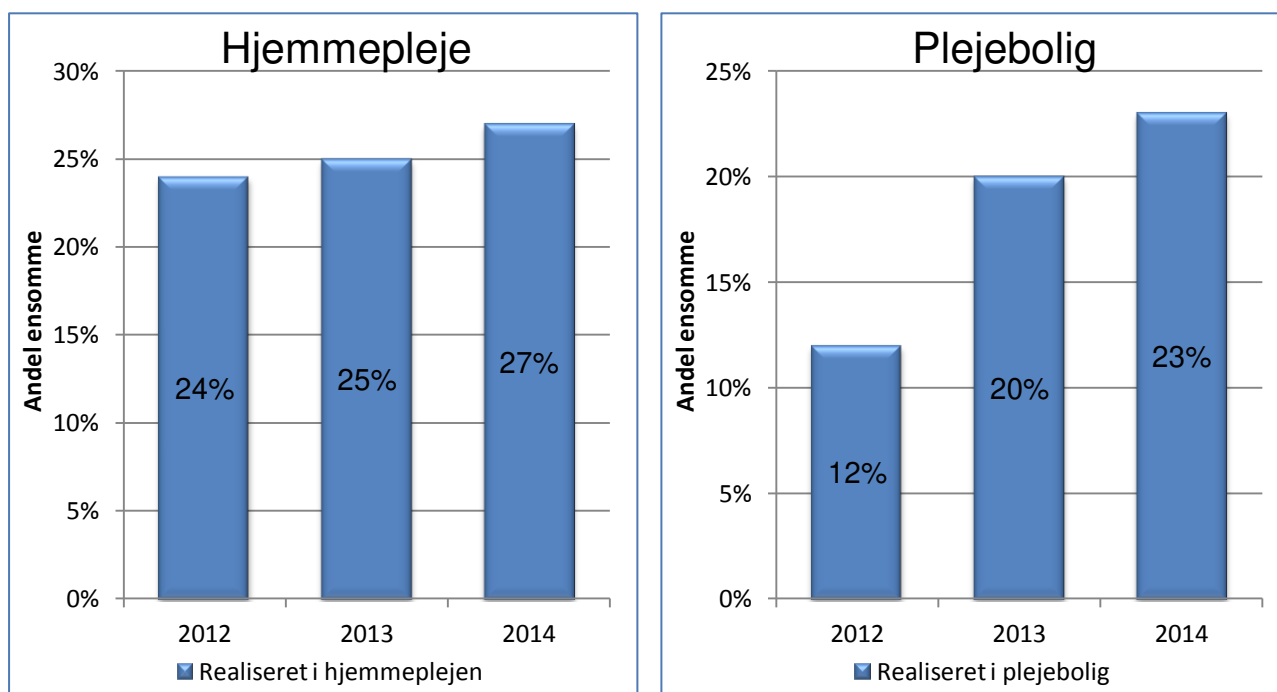
KAPITEL 1: STÆRKERE FÆLLESSKAB

1.1: FÆRRE ENSOMME

Det er et mål i reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet*, at ensomheden blandt ældre skal halveres fra 2010 til 2015. Forvaltningen måler udviklingen ved at følge svarene i de årlige brugerundersøgelser, hvor borgerne bliver spurgt til, hvor ofte de føler sig uønsket alene.

Figur 1– Andel ensomme

Figuren viser, hvor stor en andel af borgerne, der føler sig ensomme. Ensom i denne forstand defineres som andelen af borgere, som svarer "Ja, ofte" eller "Ja, en gang imellem" på spørgsmålet, "Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du egentlig har mest lyst til at være sammen med andre?". Tallene er vist for henholdsvis borgere, der modtager hjemmepleje, og borgere, der bor i plejebolig.



Kilde: Brugerundersøgelserne for 2012, 2013 og 2014. Figuren viser andelen af borgere, der har svaret, at de "ofte" eller "en gang imellem" føler sig uønsket alene.

Blandt borgere, der modtager hjemmepleje, har ensomheden ligget nogenlunde stabilt i perioden 2012-2014. I 2014 var 27 % af borgerne ensomme. Dette niveau adskiller sig ikke (statistisk) signifikant fra tidligere år. Forvaltningen forventer derfor ikke at nå målet om en halvering i 2015.

For borgere, der bor i plejebolig, er andelen af ensomme borgere på 23 %, hvilket svarer til niveauet i 2010 og 2011. Forvaltningen forventer derfor ikke at nå målet om en halvering i 2015.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i 2014 udarbejdet en analyse af ensomhed. Analysen peger på, at nogle grupper af borgere er i højere risiko for at komme i langvarig en-

somhed end andre grupper. Tab af ægtefælle, at være tilflytter, at have alvorligt syg ægtefælle eller ikke-vestlig baggrund er nogle af de faktorer, der kan føre til ensomhed. Analysen peger også på, at ensomme borgere ikke giver sig til kende eller søger hjælp, da ensomhed stadig er et tabu. Analysen giver endvidere en række bud på, hvad der skal til for at forebygge, at borgerne bliver ensomme, og hvordan kommune og civilsamfund kan støtte borgerne i at komme ud af ensomhed.

På baggrund af analysen har Sundheds- og Omsorgsudvalget 14. august 2014 besluttet at igangsætte en større ensomhedsindsats. Indsatsen indeholder en række aktiviteter med sigte på at forebygge, at borgerne bliver ensomme og støtte de borgere, der er blevet ensomme, til igen at magte deres liv og få en bedre psykisk sundhed. Det gør vi ved at:

- Sikre, at medarbejdere har viden om risikofaktorer for at blive ensom og om hvad der skal til for at forebygge ensomhed,
- Understøtte, at medarbejdere/frivillige har kompetencer til at indgå i dialog med borgerne om det, der er svært i livet,
- Medarbejdere/frivillige er i stand til at tale med borgerne om deres muligheder for at finde indhold i tilværelsen og
- Udvide viften af tilbud med relevans for de forskellige risikogrupper.

1.2: AKTIVITETER FOR FRIVILLIGE OG PÅRØRENDE

Det er et mål i *Aktiv og Tryk Hele Livet*, at alle plejecentre i 2015 har aktiviteter for frivillige og pårørende.

I 2012 havde 35 ud af 41 plejecentre aktiviteter for frivillige og/eller pårørende, i 2013 havde 36 ud af 41 plejecentre aktiviteter for frivillige og pårørende og i 2014 gjaldt det 36 ud af 40 plejecentre.

Omfanget og karakteren af aktiviteterne varierer fra plejecenter til plejecenter, ligesom det varierer hvor organiseret samarbejdet med frivillige og pårørende er. Der foregår eksempelvis aktiviteter som banko, læsegruppe og café med musik & sang i samarbejde med frivillige.

KAPITEL 2: MERE FRIHED

2.1: HVERDAGSREHABILITERING

Københavns Kommune begyndte med at tilbyde hverdagsrehabilitering til borgere med praktisk hjælp i 2012 og til borgere med personlig pleje i 2013.

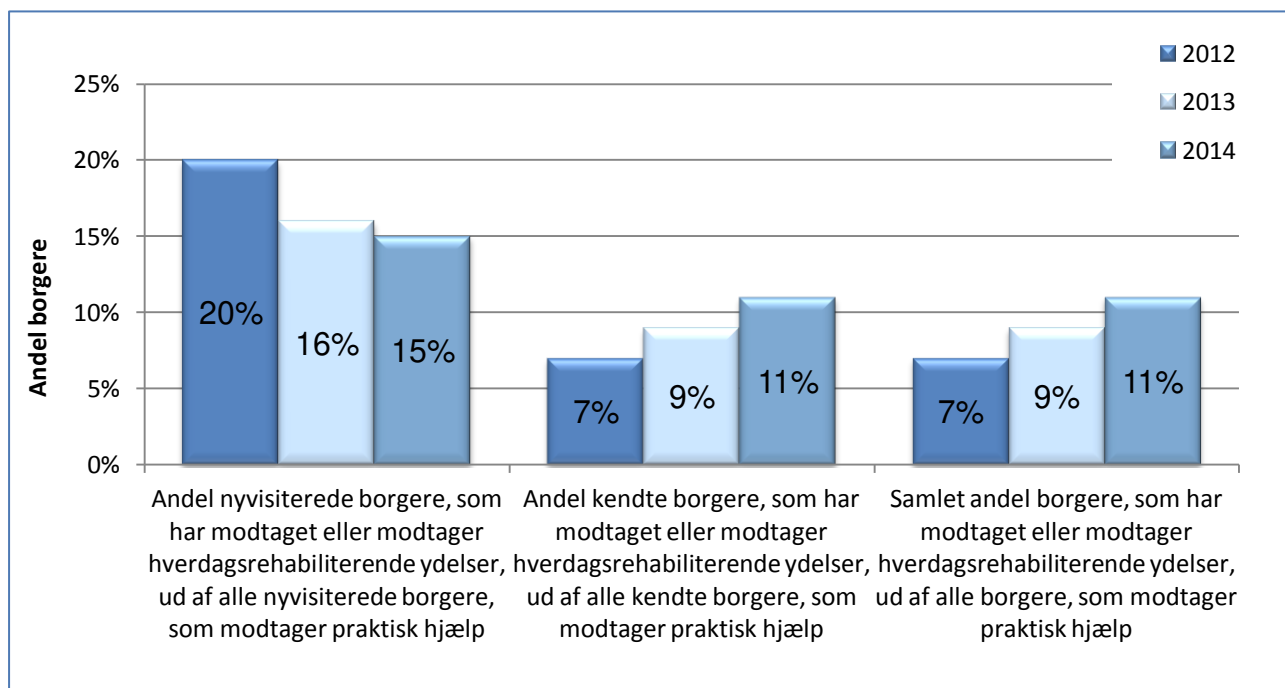
Erfaringer viser, at der fortsat er et stykke vej at gå i forhold til at udnytte det fulde rehabiliteringspotentiale hos borgerne. I 2014 modtog 15 procent af de borgere som var nyvisiteret til praktisk hjælp hverdagsrehabilitering, og det niveau har ligget relativt stabilt over de sidste par år

Første januar 2015 trådte loven om Fremtidens Hjemmehjælp i kraft. Formålet med loven er at styrke det rehabiliterende fokus i hjemmehjælpen, blandt andet ved at gøre det til et lovkrav, at alle borgere, der søger om støtte efter servicelovens § 83 (personlig pleje og praktisk hjælp) vurderes ift. rehabiliteringspotentiale.

Fra 2015 vil alle borgere med rehabiliteringspotentiale blive tilbudt et tidsafgrænset og individuelt tilrettelagt rehabiliteringsforløb. De fem lokalområder afprøver forskellige modeller for organisering og indhold i de nye forløb. Formålet er at bruge 2015 til at afprøve og udvælge de modeller, der giver de bedste effekter, og sammensætte dem til en samlet model for hele Københavns Kommune.

Figur 2 – Brug af hverdagsrehabiliterende ydelser til praktiske opgaver

Figuren viser andelen af borgere, der har modtaget eller modtager hverdagsrehabiliterende ydelser, ud af alle borgere, som modtog praktisk hjælp ved udgangen af perioden. Hverdagsrehabiliterende ydelser omfatter vejledning og/eller træning i praktiske opgaver. Tallene er vist for nyvisiterede og kendte borgere hver for sig og samlet.



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 2014 modtog 11 % af alle borgere (både nyvisiterede og kendte) med praktisk hjælp hverdagsrehabiliterende ydelser. Det er en stigning på 2 %-point siden 2013. Nye borgere, som søger hjælp til praktiske opgaver vil ofte have et større rehabiliteringspotentiale end kendte borgere. Derfor er procentdelen af nye borgere, som modtager hverdagsrehabilitering til praktisk hjælp højere end for kendte borgere.

På trods af fremgangen er forvaltningen stadig langt fra at nå målsætningen om, at alle borgere der modtager praktisk hjælp bliver trænet til at klare sig selv bedst muligt.

Antallet af borgere som modtager hverdagsrehabiliterende ydelser til personlig pleje, er meget lille. I 4. kvartal 2014 modtog 31 borgere træning eller vejledning i personlige opgaver.

2.2: BRUG AF VELFÆRDSTEKNOLOGI

Det er et mål i *Aktiv og Tryk Hele Livet*, at København i 2015 skal være landets førende by, når det gælder brug af velfærdsteknologi.

Der bliver i stigende omfang gjort brug af velfærdsteknologiske løsninger, som blandt andet spisehjælpemidler, vaske- og tørretoiletter og hæve-/sænkevaske. Forvaltningen har derudover en række teknologier i brug i større skala: tryksårsforebyggende madrasser hvor over 800 er i brug og toiletstole med elektrisk hejs hvor mere end 80 er i brug. Det er vanskeligt at vurdere om København er landets førende by. Ultimo 1. kvartal 2015 vil en årsopgørelse fra KL give et mere præcist datagrundlag for vurderingen. Særligt in-

den for områderne virtuel genoptræning og telemedicin vurderer forvaltningen, at København er langt fremme – fx har der været ca. 800 telemedicinske behandlinger af sår i 2014.

Rehabiliteringscenter Indre By/Østerbro og Aktivitetscenter Østerbro danner ramme om etableringen af et living lab på Strandvejen 119, som er åbnet den 17. december 2014. Strandvejen 119 skal være et velfærdsteknologisk fyrtårn i Københavns Kommune, hvor private virksomheder og forskningsinstitutioner får adgang til at udvikle og teste nye teknologiske løsninger til rehabilitering, træning og aktivitet. Udvikling og test af nye løsninger sker i samarbejde med de ældre, pårørende og en tværfaglig medarbejdergruppe.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har i 2014 vedtaget en investeringsplan for velfærdsteknologi for de kommende år.

KAPITEL 3: STØRRE TRYGHED

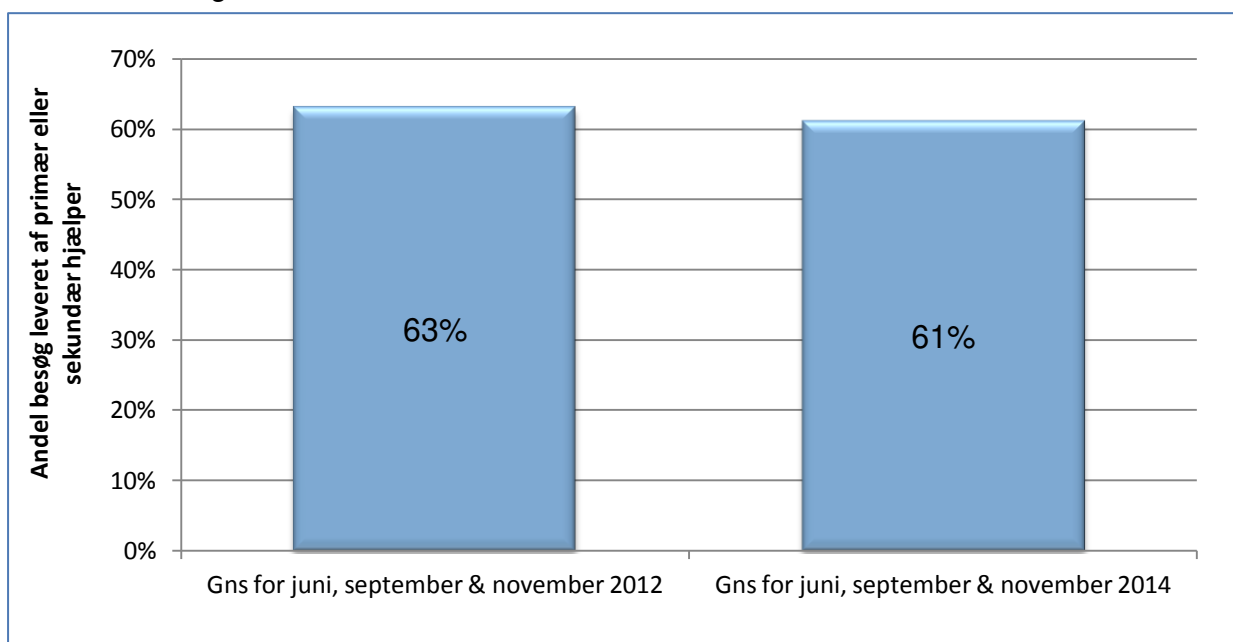
I dette kapitel gøres status på de politiske mål om antal forskellige hjælpere i borgernes hjem, tidligere flytning til plejecenter, medicinfejl, hjemtagning af borgere efter hospitalsindlæggelse samt generel brugertilfredshed.

3.1: ANTAL FORSKELLIGE HJÆLPERE I BORGERS HJEM

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt et mål om, at 2 ud af 3 hjemmeplejebesøg skal varetages af borgerens primære eller sekundære hjælper. Målet gælder for borgere, der modtager mellem 1 og 12 timers hjemmepleje om ugen. På grund af problemer med databehandlingen har det ikke været muligt at opgøre tal for antal hjælpere siden primo 2013. Fra 2. kvartal 2014 har forvaltningen dog igen haft tilgængelige tal.

Figur 3 – Andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper

Figuren viser andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper i den kommunale daghjemmepleje. Tallene er opgjort for borgere, der modtager hjemmepleje i mellem 1 og 12 timer om ugen.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Note: Tallene for september 2012 er opgjort i KOS1. Ved overgangen til KOS2 var det ikke muligt at opgøre valide tal, derfor er der ikke opgjort tal for september 2013. Der er i 2014 udviklet en ny opgørelsesmetode, hvor opgørelsen er foretaget delvist manuelt, denne metode er anvendt til at opgøre tallene for september og november 2014.

Note: Ordninger som tøjvask, indkøb og madservice indgår ikke, idet disse ikke leveres af den kommunale hjemmepleje

I juni, september og november 2014 blev i gennemsnit 61 % af besøgene i daghjemmeplejen leveret af borgernes primære eller sekundære hjælper, hvilket er et fald på 2 %-point sammenlignet med juni, september og november 2012. Som tallene viser, har forvaltningen ikke nået målet om, at 2 ud af 3 besøg (66 %) varetages af borgerens primære eller sekundære hjælper.

For at sikre en øget brug af fast hjælper i hjemmeplejen foretager forvaltningen i 2015 en kortlægning og analyse, som afdækker barrierer for fast hjælper og på den baggrund udarbejdes forskellige modeller til hjemmehjælp med faste hjælpere, som skal indgå i forhandlingerne om budget 2016.

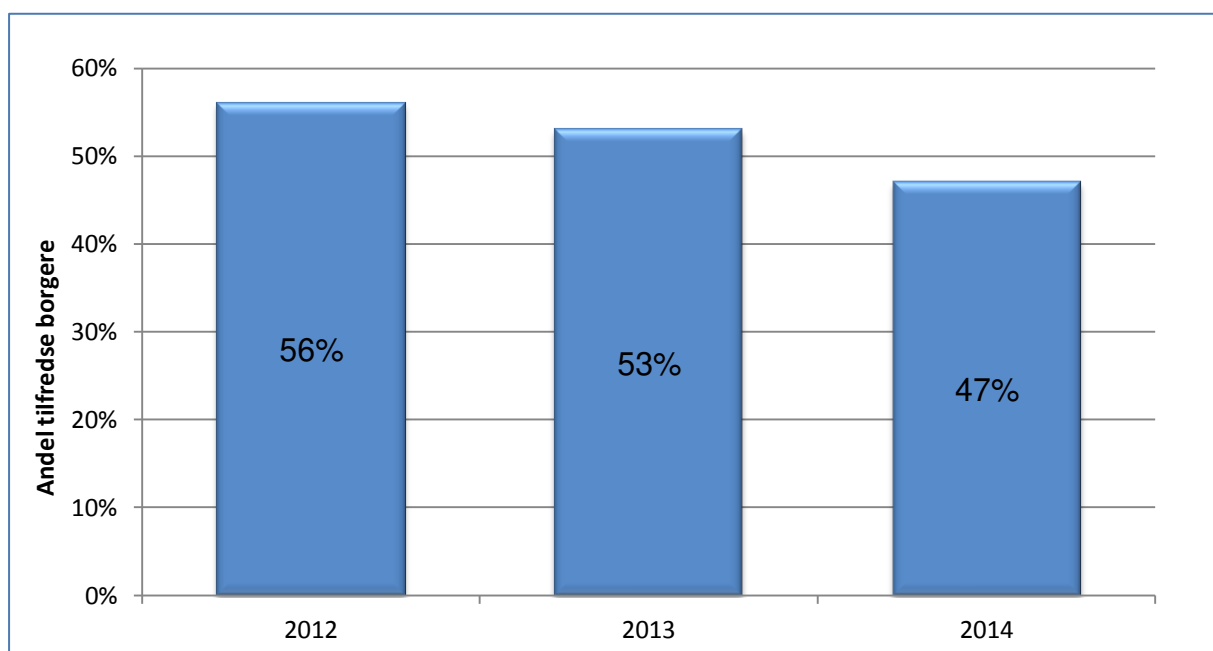
3.2: TILFREDSHED MED HJÆLPERNE

Det er et mål i *Aktiv og Tryk Hele Livet*, at alle ældre med behov for hjælp har et fast team af hjælpere.

I brugerundersøgelserne bliver hjemmeplejemodtagerne spurgt til, hvor tilfredse de er med antallet af hjælpere. Desuden bliver både hjemmeplejemodtagere og beboere på plejecenter spurgt til, hvorvidt de er tilfredse med den personlige kontakt med personalet. Tallene er vist i de to figurer nedenfor.

Figur 4 – Tilfredshed med antallet af hjælpere

Figuren viser, hvor stor en andel af borgerne der angiver, at de er tilfredse eller meget tilfredse med antallet af hjælpere.



Kil-

de: Brugerundersøgelserne for 2012, 2013 og 2014.

Andelen af borgere, som er tilfredse eller meget tilfredse med antallet af hjælpere er i 2014 47 %. Det er et fald i forhold til 2012 og 2013.

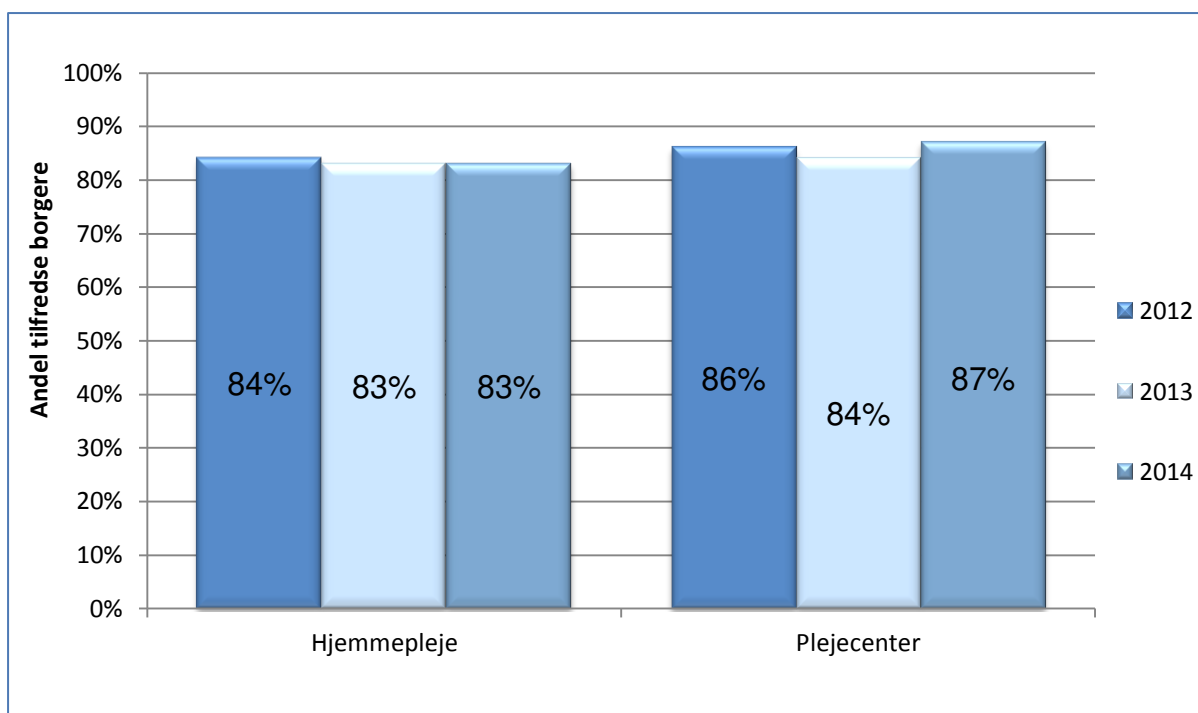
Faldet i tilfredsheden med antallet af forskellige hjælpere siden 2013 kan tilskrives et fald i tilfredshed hos de borgere, som modtager hjemmepleje fra de to private leverandører, Hjemmehjælpen A/S og Kærkommen. Således ses, at borgere med privat leverandør på flere områder er blevet mindre tilfredse med hjælpen end i 2013. Generelt ligger tilfredsheden med begge de private leverandører nu på niveau med det samlede gennemsnit for

hele forvaltningen. Dette er bemærkelsesværdigt, fordi de private leverandører i 2013 havde en højere tilfredshed end de kommunale leverandører på en række punkter. Det gælder således også i relation til tilfredsheden med antallet af forskellige hjælpere.

For de kommunale leverandører (lokalområderne) gælder omvendt, at tilfredsheden med antallet af forskellige hjælpere er på niveau med eller over tilfredsheden i 2013.

Figur 5 – Tilfredshed med den personlige kontakt med hjælperne

Figuren viser, hvor stor en andel af borgerne der angiver, at de er tilfredse eller meget tilfredse med kontakten med hjælperne.



Kilde: Brugerundersøgelserne for 2010, 2011, 2012, 2013 og 2014.

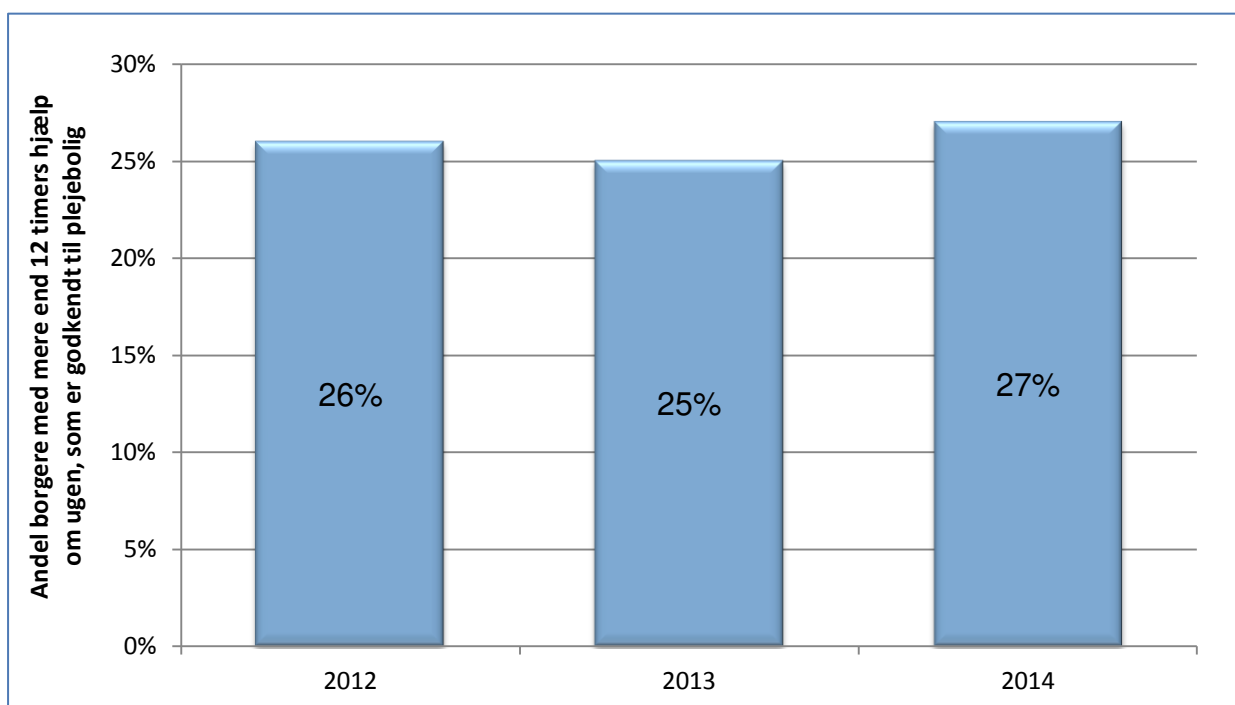
I 2014 angav 83 % af hjemmeplejemodtagerne og 87 % af beboerne på plejecenter at være tilfredse med den personlige kontakt med hjælperne. For hjemmepleje har andelen ligget nogenlunde konstant i perioden 2012-2014. For plejecentre er andelen efter et mindre fald i 2013 nu tilbage på niveauet fra 2012. Kontakten med hjælperne er en af de faktorer, der har størst betydning for borgernes samlede tilfredshed med hjemmeplejen ifølge brugerundersøgelserne.

3.3: TIDLIGERE FLYTNING I PLEJEBOLIG

Det er et mål i reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet*, at svage ældre skal flytte tidligere i plejebolig. Forvaltningen vurderer målopfyldelsen ud fra, hvor stor en andel af de borgere, der modtager hjemmepleje med mere end 12 timers hjælp om ugen, der er blevet godkendt til plejebolig.

Figur 6 – Tidligere flytning i plejebolig

Figuren 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: Tallene er opgjort for det seneste løbende år ved udgangen af 4. kvartal 2014.

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.

I 2014 har der været 1.057 borgere, som har haft mere end 12 timers hjælp om ugen. Af disse er 281 borgere, svarende til 27 %, blevet godkendt til plejebolig. Denne andel har ligget på et nogenlunde stabilt niveau siden 2012. Den samlede gruppe af borgere med mere end 12 timers hjælp er faldet fra 1.101 borgere i 2013 til 1.057 borgere i 2014.

Forvaltningen har i 2014 gennemført en analyse af kapacitetsudfordringerne på plejeboligområdet. Analysen viser blandt andet, at de nye visitationskriterier utryghed og ensomhed har medvirket til, at flere borgere flytter i plejebolig. Når der ikke ses en stigning i andelen af borgere med mere end 12 timers ugentlig hjælp, som flytter i plejebolig, skyldes det blandt andet, at nogle borgere flytter i plejebolig, før de bliver så plejkrævende, at de modtager 12 timers hjælp om ugen.

3.4: MEDICINFEJL

Det er et mål i *Aktiv og Tryk Hele Livet*, at der i 2015 ikke er fejl i medicineringen til de ældre. Fremdriften måles ved, om der i tilsynene bliver registreret færre fejl på medicinområdet.

Embedslægen fandt fejl på medicinområdet på 24 ud af 31 plejecentre der modtog tilsyn i 2013 – svarende til 77 %. I 2014 der blev fundet medicinfejl på 26 ud af 31 plejecentre, svarende til 84 %.

I den kommunale hjemmepleje, som omfatter både sygepleje og hjemmepleje, blev der fundet fejl på medicinområdet i 3 ud af 5 hjemmeplejeenheder i 2013. I 2014 blev der fundet medicinfejl på 4 ud af 5 hjemmeplejeenheder.

Forvaltningen arbejder fortsat med at minimere antallet af medicinfejl. Blandt andet gennemfører forvaltningen i øjeblikket i samarbejde med Metropol en medicinuddannelse for sygeplejersker.

Endvidere er forvaltningen i gang med at implementere "Det mobile medicinrum" hos samtlige borgere, der får hjælp til medicindosering i eget hjem. Det mobile medicinrum har til formål at understøtte ensartede og sikre arbejdsgange for sygeplejerskerne under medicindosering. Forvaltningen vil i 2015 vurdere, hvorvidt Det mobile medicinrum også kunne være gavnligt for borgere og medarbejdere på plejecentre.

I 2015 vil forvaltningen gennemføre tre store indsatser, som alle blandt andet har til formål at understøtte medarbejdernes medicinbehandling. Det drejer sig om:

1. Det fælles Medicinkort, som forventes at styrke kommunikationen og dermed patientsikkerheden på tværs af kommune, hospital og almen praksis.
2. Mobile enheder på plejecentrene, som vil give medarbejderne mulighed for at dokumentere medicinadministration, mens denne gennemføres, hvilket mindsker risikoen for fejl og forglemmelser.
3. PPS, som er en webbaseret database med praktiske og evidensbaserede retningslinjer og anbefalinger for sygepleje, der blandt andet skal understøtte medarbejdernes medicinmæssige faglighed.

3.5: FÆRDIGBEHANDLEDE BORGERE

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.

Tabel 1 – Ventedage efter færdigbehandling

Tabellen viser antal borgere over 65 år, der er blevet udskrevet fra et hospital - fordelt på, hvor mange dage, borgerne ventede på at blive hjemtaget efter færdigbehandling.

2012	2013	2014	Udvikling ifht. 2013 (%)
------	------	------	--------------------------

Antal udskrivninger	32.693	32.699	32.692	0%
Udskrivninger uden ventedage	31.361	31.243	31.259	0%
Udskrivninger med ventedage:				
1 dag	121	265	313	18%
2-5 dage	431	624	727	17%
6-14 dage	712	495	362	-27%
15+ dage	68	72	31	-57%
I alt udskrivninger med ventedage	1.332	1.456	1.433	-2%
Antal ventedage i alt	9.173	8.003	6.239	-22%
Gns. antal ventedage per ventedagsforløb	6,9	5,5	4,4	-21%

Kilde: e-Sundhed

Note: Der kan ske efterregistreringer af aktiviteten i 2014 helt frem til marts 2015.

Note: Antal udskrivninger er udskrivninger fra offentlige hospitaler i Region Hovedstaden eksklusiv Bornholm.

I 2014 ventede 1.433 borgere på hjemtagning efter de var færdigbehandlet på hospitalet – et fald på 1,5 % sammenlignet med 2013, og markant færre borgere har ventet over 14 dage på at blive hjemtaget. Således er der 22 % færre ventedage i 2014 sammenlignet med 2013. I 2014 ventede færdigbehandlede borger i gennemsnit 4,4 dage, mens tallet i 2013 var 5,5 dage.

Denne udvikling afspejles også i en forskydning af hvor mange dage borgerne venter. Der er således færre borgere i 2014 der venter 6 dage eller mere, mens antallet som venter under 6 dage er steget. Antallet af borgere som venter over 14 dage er mere end halveret fra 72 til 31, og forvaltningen er godt på vej mod målet om, at alle borgere skal være hjemtaget efter senest 14 dage.

På trods af de positive tendenser er det stadigvæk en udfordring at hjemtage færdigbehandlede borgere fra hospitalerne straks efter færdigbehandling, og hjemtagning af færdigbehandlede borgere er derfor fortsat et højt prioriteret indsatsområde i forvaltningen.

I 2014 er der åbnet 7 almene rehabiliteringspladser og 8 neuro-døgnrehabiliteringspladser, og indsatsen "Kom trygt hjem" blev igangsat i efteråret. Borgere, der er utrygge, understøttes med "Kom trygt hjem" i overgangen fra hospital til eget hjem. Indsatsen er iværksat med henblik på at øge antallet af udskrivninger til eget hjem. For at øge flowet på de midlertidige døgnpladser, er der også iværksat "Kom trygt hjem" til utrygge borgere, der skal hjem.

I 2015 er der afsat 5,7 mio. kr. i drift til 11 nye almene rehabiliteringspladser.

I budget 2015 er der afsat midler til intensivering af rehabiliterende pleje og træning på de midlertidige døgnpladser heraf 6,8 mio. kr. til rehabiliterende pleje og 3,7 mio. kr. til intensivering af genoptræning med henblik på at skabe øget flow på rehabiliteringspladserne. Som en del af udmøntningen er der implementeret 4-ugers forløb på midlertidig døgnophold

I den ny sundhedsaftale 3.0 er der fortsat fokus på, at andelen af borgere, der optager en seng på hospital efter, de er færdigbehandlede, reduceres. I 2015 revideres endvidere Kommunikationsaftalen (indlæggelser og udskrivinger) med henblik på en forenkling af centrale aftaledele. Der er fokus på aktiv inddragelse og samarbejde med borgeren i forbindelse med udskriving.

3.6: BRUGERTILFREDSHED

Sundheds- og Omsorgsudvalget besluttede i 2011, at den **overordnede tilfredshed** på alle forvaltningens brugerundersøgelser skal være mindst 80.

Tabel 2 – Overordnet tilfredshed

Tabellen viser den samlede tilfredshed for områderne plejebolig, hjemmepleje, sygepleje og aktivitetstilbud.

Score (0-100)	2012	2013	2014
Hjemmepleje	77	75↓	75
Plejebolig	80	80	81
Sygepleje	84	83	85
Aktivitetstilbud	87	90	89
Visitation	78↓	-	79
Genoptræning	85↓	-	84
Forebyggelse	93	-	89↓
Center for Kræft og Sundhed	92	-	88↓

Kilde: Brugerundersøgelserne for 2012, 2013, og 2014

Note: Resultaterne vises som gennemsnit på en skala fra 0 til 100, hvor 100 er det mest positive resultat, der kan opnås.

Note: Pile viser, at en udvikling fra det foregående år er statistisk signifikant. Eventuelle forskelle uden pil er *ikke* statistisk signifikante fra år til år.

Note: Tomme celler indikerer, at der ikke er gennemført brugertilfredshedsundersøgelser på pågældende område i det givne år.

I 2014 er målet nået for plejebolig, sygepleje, aktivitetstilbud, genoptræning, forebyggelse og Center for Kræft og Sundhed.

Hjemmeplejen og visitationen ligger under målet.

Overordnede tendenser i brugerundersøgelserne:

Hjemmepleje

Brugerundersøgelsen blandt modtagere af hjemmepleje viser, at den samlede tilfredshed i 2014 er uændret sammenlignet med året før. Det samme gælder hjemmeplejemodtagerens tilfredshed med sygeplejen (i eget hjem).

Dog ses, at borgere med privat leverandør på flere områder er blevet mindre tilfredse med hjælpen end i 2013. Generelt ligger tilfredsheden med begge de private leverandører nu på niveau med det samlede gennemsnit for hele forvaltningen. Dette er bemærkelsesværdigt, fordi de private leverandører i 2013 havde en højere tilfredshed end de kommunale leverandører på en række punkter. Overgangen fra, at der var mere end 20 små og store private leverandører, til, at der nu kun er to firmaer, som til gengæld foretager flere af de samme typer opgaver som de kommunale leverandører, ser altså ud til at have haft en væsentlig betydning for borgernes vurdering af de private leverandører.

Resultaterne omkring hjemmeplejemodtagernes trivsel, hhv. livskvalitet, selvvurderet helbred og ensomhed, er på niveau med resultaterne fra 2013.

Plejebolig

Brugerundersøgelsen tegner igen i 2014 et billede af, at beboerne på Københavns Kommunes plejeboliger på mange områder er tilfredse med deres liv i plejebolig. Fx er den samlede tilfredshed med at bo i plejebolig, tilfredsheden med personalet samt den personlige og praktiske hjælp på samme niveau som i 2013, og scoren for disse områder ligger i alle tilfælde på 80 eller derover.

Resultaterne omkring plejeboligbeboernes trivsel, hhv. livskvalitet, selvvurderet helbred og ensomhed, er på niveau med resultaterne fra 2013. Dog ses en stigning i beboernes tryk-

hed. Resultaterne dækker dog over store lokale variationer på enhedsniveau. Således er der meget stor forskel på resultaterne på tværs af de enkelte plejecentre. Fx ligger den gennemsnitlige score for "tilfredshed alt i alt" på 81 (på en score fra 0-100), men det dækker over, at de fem plejecentre med den højeste score alle ligger over 90, mens de fem dårligste scorer under 75. Samme variation ses i relation til spørgsmål om plejen, mad og personalet.

Aktivitetstilbud

Forvaltningens brugerundersøgelse blandt borgere, som kommer i et aktivitetscenter viser, at der igen i 2014 er en meget høj tilfredshed med det tilbud, som aktivitetscentrene udgør.

Kun på ganske få områder ses en beskedent tilbagegang i brugernes vurdering. Fx er der et lille fald i andelen, der svarer, at aktivitetscentrene giver mulighed for at lave de ting, de gerne vil lave alene, sammenlignet med året før. Til gengæld er der en stigning i, hvor mange der oplever, at de andre medlemmer er positive, når man som medlem kommer med idéer til nye aktiviteter. I forhold til det sociale samvær i centrene, er der på den ene side lidt færre i 2014, der svarer, at de er tilfredse med deres samvær med andre medlemmer, men på den anden side ses der en stigning i andelen, der svarer, at de har kontakt til andre medlemmer uden for centrene.

Visitation

Brugerundersøgelsen 2014 blandt borgere, som har været i kontakt med visitationen, viser, at borgerne generelt er tilfredse med den kontakt, de har haft til visitationen. 84 % svarer, at de alt i alt er tilfredse med kontakten til visitationen. Tilfredsheden i årets undersøgelse er dermed på niveau med undersøgelsen i 2012, hvor undersøgelsen sidst blev gennemført. Også i relation til de mere specifikke tilfredshedsspørgsmål i undersøgelsen er resultaterne i årets undersøgelse på niveau med 2012. Det gælder blandt andet i forhold til tilfredshed med selve visitationssamtalen, informationsniveauet og selve afgørelsen.

Næsten tre fjerdedele af borgerne svarer, at de har fået bevilget den hjælp eller de hjælpemidler, de har brug for. På dette spørgsmål er der sket en positiv udvikling siden 2012, hvor to tredjedele svarede, at visitationen havde bevilget dem de ydelser, de havde brug for.

Genoptræning

85 % af brugerne er alt i alt tilfredse eller meget tilfredse med deres genoptræningsforløb. Det er på niveau med den samlede tilfredshed i 2012. I det hele taget ses i årets undersøgelse, at tilfredsheden på stort set alle områder ligger på samme niveau som i 2012. Det gælder blandt andet i forhold til tilfredsheden med den indledende samtale, holdtræningen, den individuelle træning og hjemmetræning.

På alle spørgsmål om brugernes trivsel, henholdsvis livskvalitet, helbred og ensomhed ses samme niveau i 2014 som i 2012.

Forebyggelse (patient- og borgerrettet)

Langt størstedelen af brugerne er alt i alt tilfredse med deres forløb på et forebyggelsescenter. Faktisk svarer 70 %, at de er "meget tilfredse" og yderligere 23 %, at de er "tilfredse". Kun 3 % er enten "utilfreds" eller "meget utilfreds". Til trods for den meget udbredte tilfredshed, er der faktisk tale om et mindre fald i tilfredsheden i forhold til 2012.

Den høje tilfredshed går igen på tværs af de enkelte temaer i brugerundersøgelsen, hvor tilfredsheden i de fleste tilfælde er på niveau med undersøgelsen fra 2012. Således ses kun relativt beskedne udviklinger siden 2012 på få udvalgte detaljspørgsmål om de enkelte tilbud og forløbstyper.

Omvendt viser årets undersøgelse dog, at andelen af borgere, som (svarer, at de) har haft en afsluttende samtale er faldet, ligesom andelen af brugere, som har talt med forebyggelsescentrets medarbejdere om, hvad de kan gøre for at fastholde deres nye vaner, er faldet. Det er især brugere med risikofaktorer, der angiver, at de ikke har fået den nødvendige hjælp.

Center for Kræft og Sundhed

Også brugerne af Center for Kræft og Sundheds tilbud udtrykker på langt de fleste områder en meget høj grad af tilfredshed med deres forløb.

Når der sammenlignes med resultatet fra 2012, hvor der senest blev lavet en tilsvarende måling, viser det sig, at tilfredsheden er faldet en smule på enkelte områder. Fx ses en beskedent tilbagegang i tilfredsheden på spørgsmålet, om brugerne har følt sig velkomne i centret, ligesom tilfredsheden er faldet på flere punkter på de spørgsmål, der vedrører den indledende samtale, som alle brugere har, når de starter op i et forløb i centret. Denne udvikling ændrer dog ikke ved, at brugernes tilfredshed fortsat ligger i den meget høje ende, når der sammenlignes på tværs af forvaltningens brugerundersøgelser.

På alle spørgsmål, der vedrører de konkrete aktiviteter i centret, er tilfredsheden og oplevelsen af udbytte på samme niveau som i 2012. Det samme gælder de spørgsmål, der afdækker brugernes overordnede udbytte.

KAPITEL 4: HØJERE FAGLIGHED

I dette kapitel gøres der status på de politisk fastsatte mål på medarbejderområdet. Det drejer sig om målene for social- og sundhedsmedarbejdernes faglige niveau, andel mandlige ansatte og sygefravær.

4.1: LØFT AF SOCIAL- OG SUNDHEDSMEDARBEJDERNES FAGLIGE NIVEAU

Det er et mål i *Aktiv og Tryk Hele Livet*, at social- og sundhedsmedarbejdernes faglige niveau skal løftes markant. Som indikatorer på, om udviklingen går den rigtige vej, ses på omfanget af kompetenceudvikling. Social- og sundhedsmedarbejdernes faglige niveau skal ifølge *Aktiv og Tryk Hele Livet* også måles ved at se på resultaterne af de årlige tilsyn. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at tilsynsresultaterne også har sammenhæng med andre forhold end social- og sundhedsmedarbejdernes faglige niveau.

Kompetenceudvikling

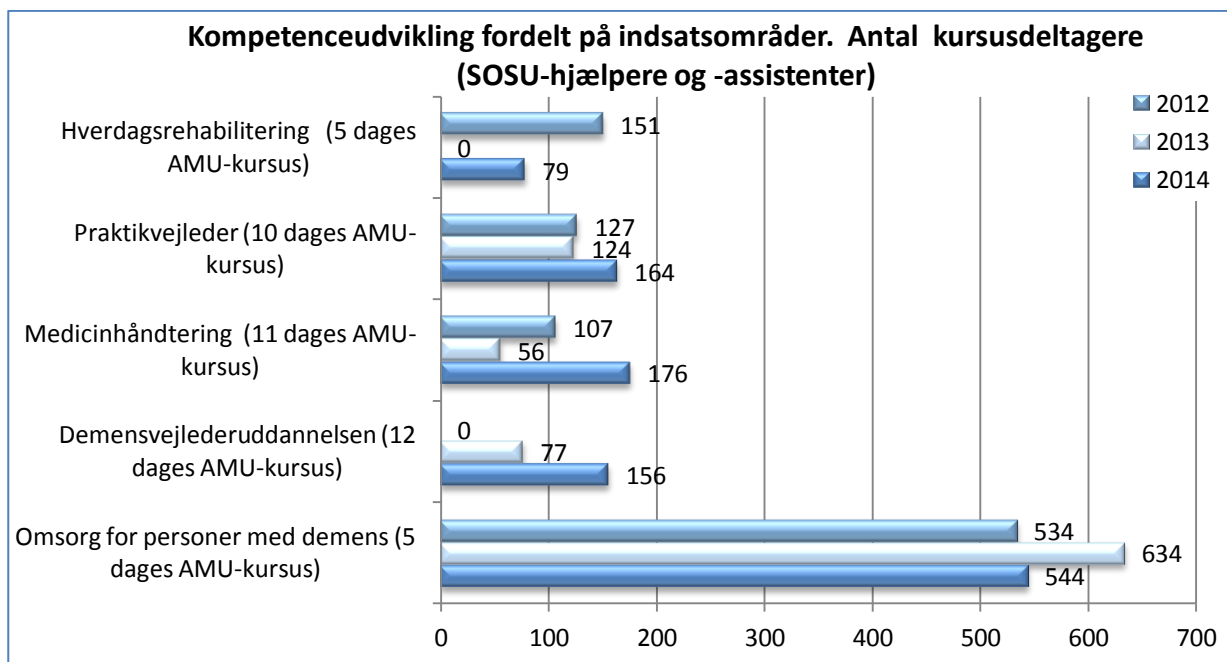
I 2014 har social- og sundhedsmedarbejderes kompetenceudvikling taget udgangspunkt i *Aktiv og Tryk Hele Livet* for at medvirke til at skabe livskvalitet og tryk for borgeren. Fra Ældrepacken blev der bevilget et tilbud om et generelt opkvalificeringsforløb, hvor social- og sundheds medarbejdere med uddannelse fra før den nye uddannelsesordning (2013) fik 16 dages opkvalificering, som ca. 130 medarbejdere har taget imod. Der var blandt andet fokus på rehabilitering, velfærdsteknologi, sundhedspædagogik og anerkennende kommunikation.

Der har fortsat været fokus på den pædagogiske tilgang og arbejdet med borgerens livshistorie for at understøtte borgere med demenssygdomme. 850 social- og sundheds medarbejdere har deltaget på kurser om understøttelse af borgere med demens og deres pårørende i hverdagen.

Af andre tiltag kan nævnes 'rehabilitering i hverdagen', medicinhåndtering, uddannelse til praktikvejleder, dokumentation mv. Der arbejdes derudover med 'læring i praksis', for at synliggøre og fastholde videndeling på arbejdspladsen og tilrettelagte 'før- under- og efter kursus forløb'. Samtidig udvikles løbende e-læringsmoduler, hvor målet er at social- og sundhedsmedarbejdere på en fleksibel og let tilgængelig måde kan arbejde med opdatering af viden, fx inden for demens, medicinhåndtering, håndhygiejne og førstehjælp.

Figur 7 – Kompetenceudvikling af social- og sundhedsmedarbejdere

Figuren viser udviklingen i antal social- og sundhedsmedarbejdere på udvalgte AMU-kurser fra 2012 til 2014.



Kilde: Københavns Sundhedsakademi

I 2014 var i alt 1.119 social- og sundhedsmedarbejdere på forskellige AMU-kurser, det svarer til en stigning på 228 i forhold til 2013, hvor 891 social- og sundhedsmedarbejdere var på kursus.

Tilsynsresultater

Nedenfor ses på resultaterne af embedslægetilsynene med plejecentre, og de kommunale tilsyn med plejecentre, hjemmepleje og hjemmesygepleje.

Tabel 3 – Resultater af embedslægetilsyn for plejecentre

Tabellen viser resultaterne af embedslægetilsyn på kommunens plejecentre fordelt på kategori 1 til 5, hvor 1 er *ingen bemærkninger* og 5 er *anledning til alvorlig kritik*.

	Antal 2014	Antal 2013	Procent 2014	Procent 2013
1. Ingen bemærkninger	2	1	6%	3%
2. Fejl og mangler, meget ringe patientrisiko	14	13	45%	42%
3. Fejl og mangler, med patientrisiko	10	16	32%	52%
4. Alvorlige fejl og mangler	5	1	16%	3%
5. Anledning til alvorlig kritik	0	0	0%	0%
I alt	31	31	100%	100%
Gennemsnitlig score	2,6	2,5		

Kilde: Sundhedsstyrelsen

I 2014 fik 5 plejecentre konstateret alvorlige fejl og mangler i embedslægetilsynene. Der er samtidig flere plejecentre, der har klaret sig godt (kategori 1 og 2) i 2014 sammenlignet med 2013, men samlet set er tilsynsresultaterne lidt dårligere i 2014 end i 2013.

Tabel 4 – Resultater af kommunale tilsyn

Tabellen viser de samlede resultater af de kommunale tilsyn i kommunens hjemmeplejeenheder, sygeplejeenheder, plejecentre og hos private hjemmeplejeleverandører, fordelt på karaktererne *Godkendt*, *Godkendt med mangler* og *Alvorlige fejl og mangler*.

	Antal 2014	Antal 2013	Procent 2014	Procent 2013
Godkendt	41	50	76%	75%
Godkendt med mangler	12	17	22%	25%
Alvorlige fejl og mangler	1	0	2%	0%
I alt	54	67	100%	100%

Kilde: Kommunale tilsyn

Andelen af godkendte tilsyn er stabilt fra 2013 til 2014. I 2014 var der imidlertid en enhed (en kommunal sygeplejeenhed) som fik karakteren *Alvorlige fejl og mangler*.

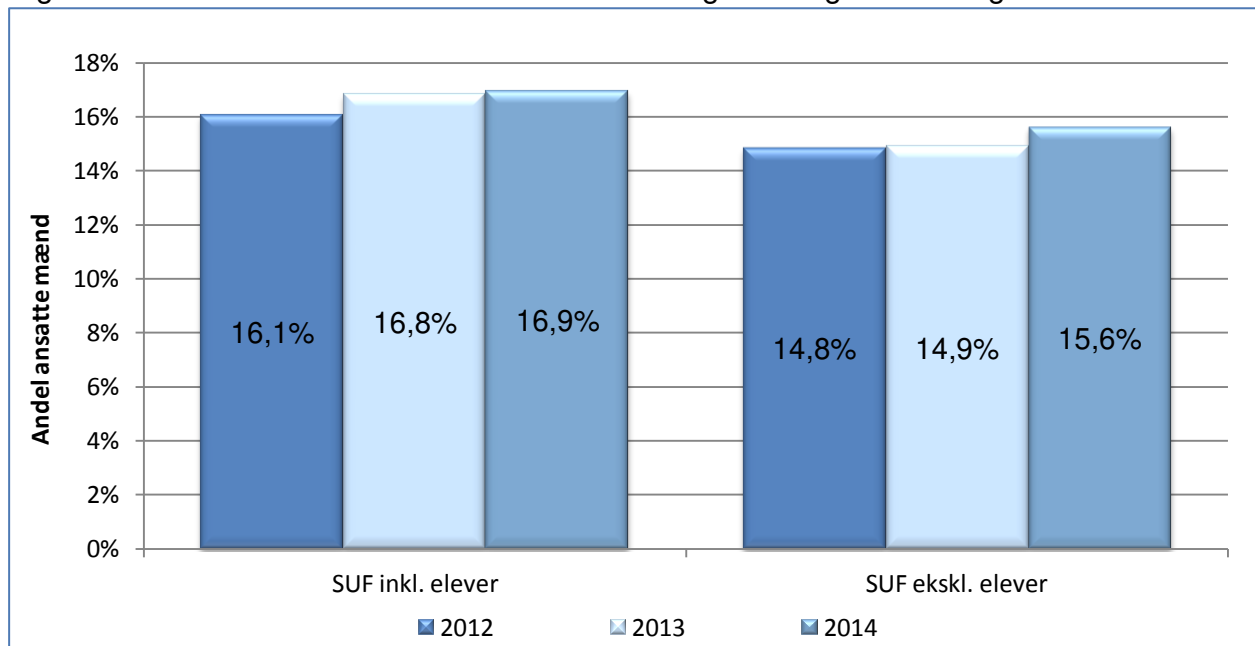
Årsagen til faldet i antal enheder i alt er, at der fra 2013 til 2014 er sket en kraftig reduktion i antallet af private leverandører af hjemmepleje.

4.2: ANDEL MANDLIGE ANSATTE

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 8 – Andel ansatte mænd

Figuren 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.

Note: I opgørelsen indgår tjenestemænd, overenskomstansatte og elever med en månedsløn. Timelønnede indgår således ikke.

Ultimo 2014 var der 1.455 ansatte mænd, inklusiv elever, i forvaltningen. Det svarer til at 16,9 % af alle ansatte i forvaltningen er mænd, en stigning i andelen af mænd på 0,1 % - point siden 2013. Hvis eleverne tages ud af opgørelsen, udgør mændene 15,6 % af de fastansatte medarbejdere ultimo 2014. Det svarer til en stigning på 0,7 % -point i forhold til 2013.

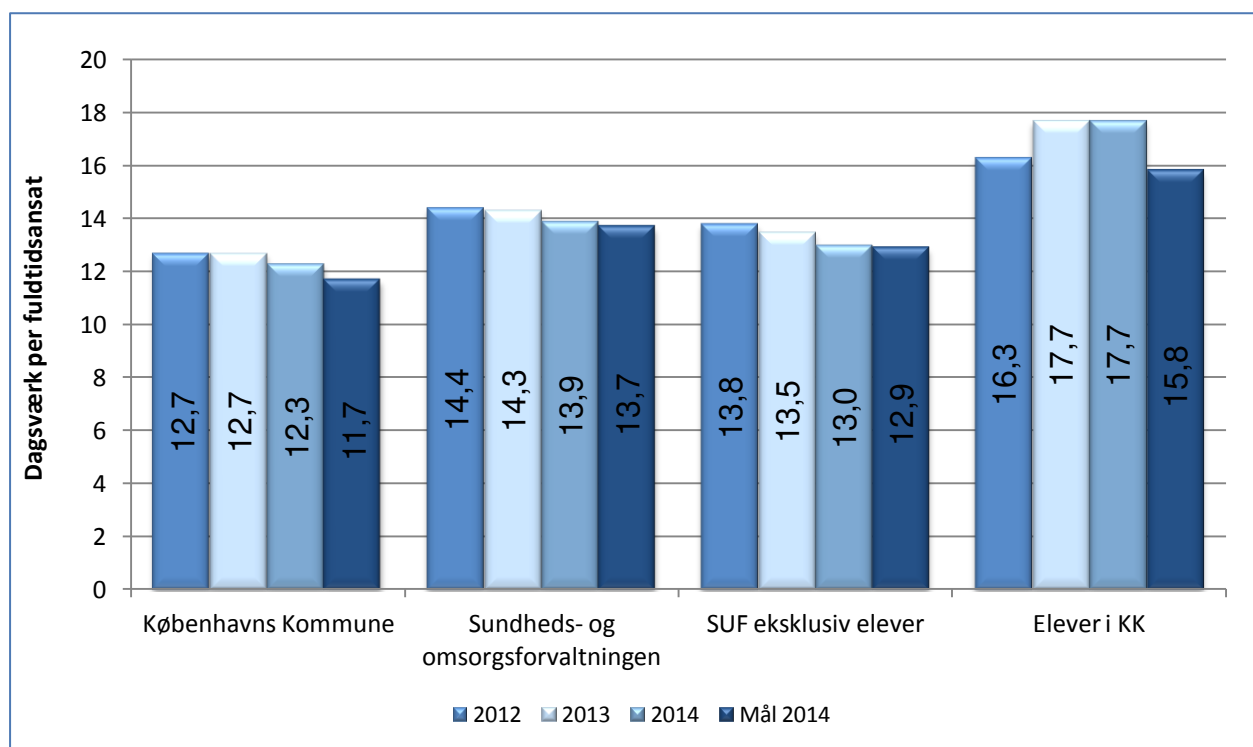
Andelen af mandlige ansatte i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har været meget stabil over flere år, og forvaltningen vurderer, at det ikke er muligt at nå målet om 20 % mandlige medarbejdere i 2015.

4.3: SYGEFRAVÆR

Borgerrepræsentationen har besluttet, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skal reducere sygefraværet til 13,7 dagsværk per fuldtidsansat inklusiv elever i 2014. I 2013 var det realiserede tal for fravær 14,3 dagsværk per fuldtidsansat inklusiv elever. Derudover har Borgerrepræsentationen fastlagt et mål om, at elevernes sygefravær skal reduceres med 1,8 dagsværk fra 2013 til 2015. I 2014 er måltallet maksimalt 15,8 dagsværk per elev. Elevernes sygefravær udgjorde 17,7 dagsværk per elev i 2014, så målet svarede til en nedbringelse på 1,9 dagsværk pr. elev i 2014.

Figur 9 – Sygefravær i SUF sammenlignet med Københavns Kommune

Figuren 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.

Note: Målet for sygefraværet i SUF eksklusiv elever er alene et administrativt fastsat mål. Det er således ikke politisk besluttet.

Sygefraværet har været faldende fra 2013 til 2014 for ansatte i såvel Sundheds- og Omsorgsforvaltningen som i Københavns Kommune som helhed. Blandt eleverne specifikt er sygefraværet uændret.

Fra 2013 til 2014 er fraværet i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen faldet fra 14,3 til 13,9 dagsværk per medarbejder, hvilket er 0,2 dagsværk højere end det fastsatte mål.

For eleverne i Københavns Kommune ses ingen udvikling i sygefraværet, idet fraværet i 2014 er identisk med fraværet i 2013 og ligger på 17,7 fraværsdagsværk per elev. Dermed

er der et stykke vej til at nå målet om 15,8 dagsværk per elev. Forvaltningen har fortsat fokus på fraværet blandt social- og sundhedselever, da det er denne gruppe elever, der har det største fravær.

KAPITEL 5: SAGSBEHANDLING TIL TIDEN

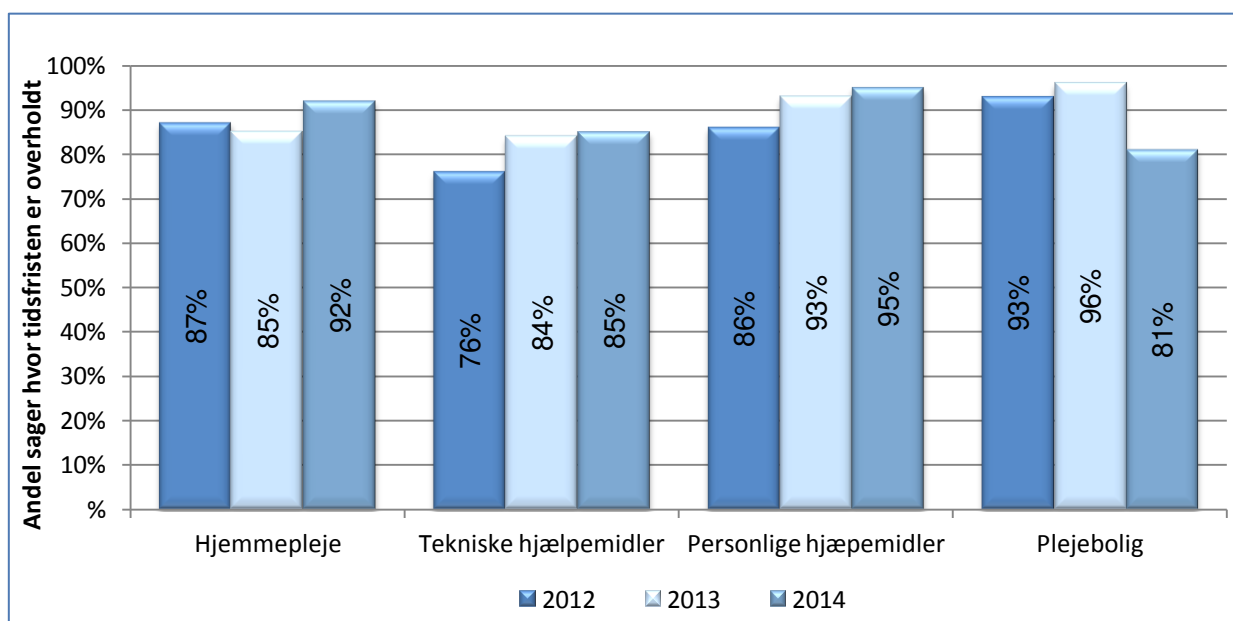
Kapitlet indeholder oplysninger om sagsbehandlingstider på områderne hjemmepleje, plejebolig og hjælpemidler, 4-ugersgarantien for tildeling af plejebolig samt ventetider på genoptræning.

5.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt, at sagsbehandlingsfristerne for hjemmepleje (personlig pleje og praktisk hjælp) og plejebolig er 10 hverdage. For tekniske og personlige hjælpemidler er sagsbehandlingsfristen 20 hverdage, medmindre der er brug for flere oplysninger i sagen, i så fald er sagsbehandlingstiden fastsat til 40 hverdage. Tidsfristerne er fastsat efter at 80 % af sagerne skal behandles indenfor fristerne, jf. anbefaling i retssikkerhedsloven. Sagsbehandlingsfristerne er blevet ændret i kvalitetsstandarderne for 2014.

Figur 10 – Sagsbehandlingstider

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



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

Note: Overholdelsen af sagsbehandlingstiderne er baseret på de sagsbehandlingstider, som var gældende på det pågældende tidspunkt.

På alle områder er mere end 80 % af sagerne behandlet inden for fristerne. På alle andre områder end plejebolig er der sket en stigning i andelen af sager der bliver behandlet rettidigt.

Andelen af sager om hjemmepleje, der bliver behandlet inden for tidsfristen, er steget fra 85 % i 2013 til 92 % i 2014. Vedrørende tekniske hjælpemidler og personlige hjælpemidler ligger andelen nogenlunde konstant. Her er fra 2013 til 2014 sket stigninger på henholds-

vis 1 % -point for tekniske hjælpemidler, og 2 % -point vedrørende personlige hjælpemidler.

For sager om plejebolig er der derimod sket et markant fald, på 15 % -point fra 96 % i 2013 til 81 % i 2014.

Stigningen i andelen af sager om hjemmepleje, hvor sagsbehandlingsfristen er overholdt, skyldes til dels at sagsbehandlingsfristerne for sager om hjemmepleje er blevet forlænget i kvalitetsstandarderne for 2014. Derimod er sagsbehandlingsfristen for sager om plejebolig blevet forkortet i kvalitetsstandarderne for 2014, hvilket er medvirkende årsag til, at sagsbehandlingsfristen er overholdt i en mindre andel af sagerne i end i de foregående år. Forvaltningen vil i det kommende år have et særligt fokus på sagsbehandlingen af plejeboliger med henblik på at afklare mulige årsager til den faldende overholdelse af sagsbehandlingstiderne sammenlignet med årets tidligere kvartaler.

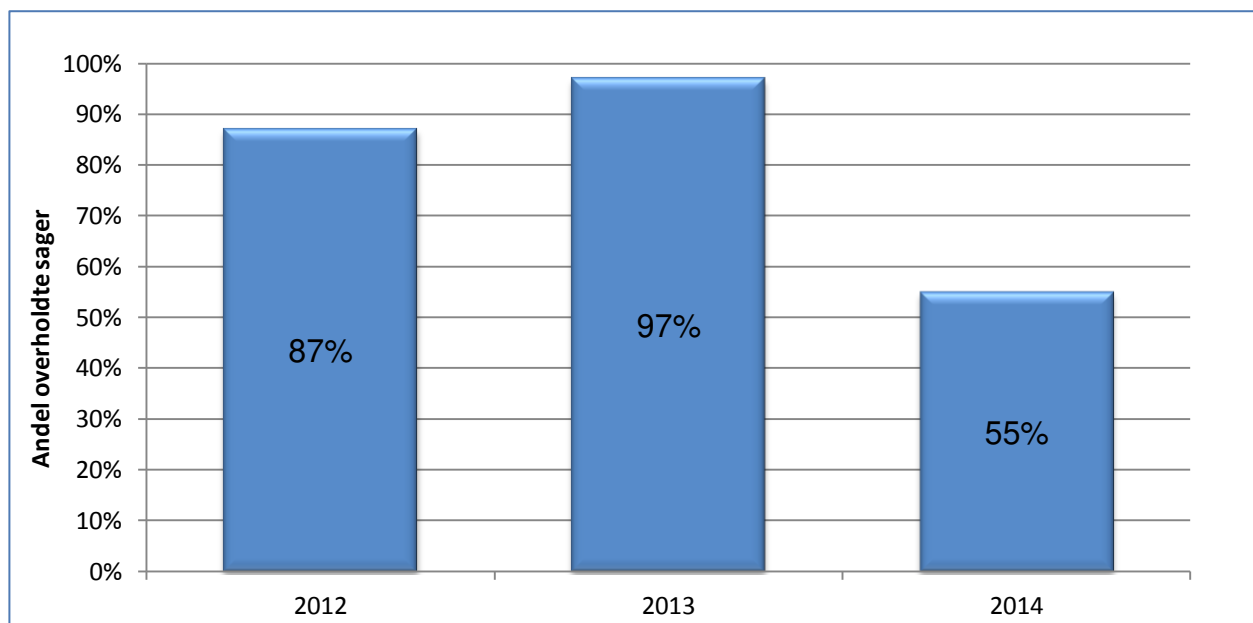
I 2014 behandlede forvaltningen 6.865 sager om hjemmepleje, 9.583 sager om tekniske hjælpemidler, 8.979 sager om personlige hjælpemidler og 507 sager om plejebolig.

5.2: 4-UGERSGARANTI FOR PLEJEBOLIGER

Sundheds- og Omsorgsudvalgets mål er, at alle godkendte borgere skal have et tilbud om en bolig inden for fire uger – jf. den såkaldte 4-ugersgaranti- hvis de søger i hele Københavns Kommune. Borgere, der i stedet ønsker at gøre brug af det frie valg, og måske ønsker at bo i et plejecenter i en anden kommune, eller som ønsker en specifik institution, er ikke omfattet af garantien.

Figur 11 – 4-ugersgaranti for plejeboliger

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



Kilde: VI-systemet

I 2014 var 575 borgere omfattet af 4-ugersgarantien. Som det ses af figuren modtog 55 % af ansøgerne et tilbud om bolig inden for fire uger. Sammenlignet med samme periode i de to foregående år er der sket et markant fald i andelen af sager, hvor forvaltningen overholder 4-ugersgarantien.

Forvaltningen har analyseret det markante fald, og fundet at faldet primært skyldes:

1. Antallet af godkendte ansøgninger er steget. Samtidigt er antallet af borgere, der gør brug af 4-ugers garantien steget. Stigningen er størst i aldersgruppen 65-79-år. Analysen viser at stigningen hænger sammen med de ændrede visitationskriterier for 2014 – hvor tryghed og ensomhed kan begrunde tildeling af en plejebolig
2. Midlertidige reguleringer i antallet af plejeboligpladser som følge af modernisering har betydet, at der er færre pladser til rådighed.
3. Der var væsentlig færre dødsfald på plejecentrene i første halvår af 2014 sammenlignet med 2012 og 2013. Det betyder, at der i denne periode var færre pladser til borgere omfattet af ventetidsgarantien end de foregående år.
4. Gennemførelse af vinterplanen (øget fokus på at reducere antallet af færdigbehandlede borgere, der venter på hospitalet) i starten af 2014 har medført, at borgere på midlertidige ophold godkendes 10 dage hurtigere til plejebolig sammenlignet med 2013. Dette medfører øget pres på 4-ugers garantien.

Sammenlignet med de første kvartaler af 2014 er der imidlertid sket en forbedring. I 1. kvartal 2014 blev 4-ugersgarantien overholdt i 49 % af sagerne, mens den i 2. kvartal 2014 blev overholdt i 37 % af sagerne, i 3. kvartal i 63 % af sagerne og i 4. kvartal overholdtes 4-ugersgarantien i 75 % af sagerne. Den negative udvikling er således vendt.

Årsagerne til faldet i antal plejeboligansøgninger hvor 4-ugersgarantien blev overholdt i 2014 skyldes en række faktorer. Plejeboligkapaciteten har været under pres det seneste år, primært på grund af vækst i antallet af borgere, der godkendes til en plejebolig, og vækst i borgernes gennemsnitlige opholdstid i plejebolig. Derudover er der en større andel

af de visiterede borgere, som ønsker at gøre brug af 4-ugers garantien, da de ellers ikke får tilbudt en plejebolig, grundet presset på plejeboligkapaciteten.

For ikke at skabe et yderligere pres på plejeboligkapaciteten, begrænses reduktionen af pladser som følge af den demografiske udvikling i 2015. Der afvikles således alene 28 plejeboligpladser, ud af de 55 pladser som jf. demografitilpasningen skulle lukkes. Endvidere vil forvaltningen i 2015 arbejde på at udvikle nye boformer i den eksisterende ældreboligmasse, som kan udgøre et alternativ til plejebolig.

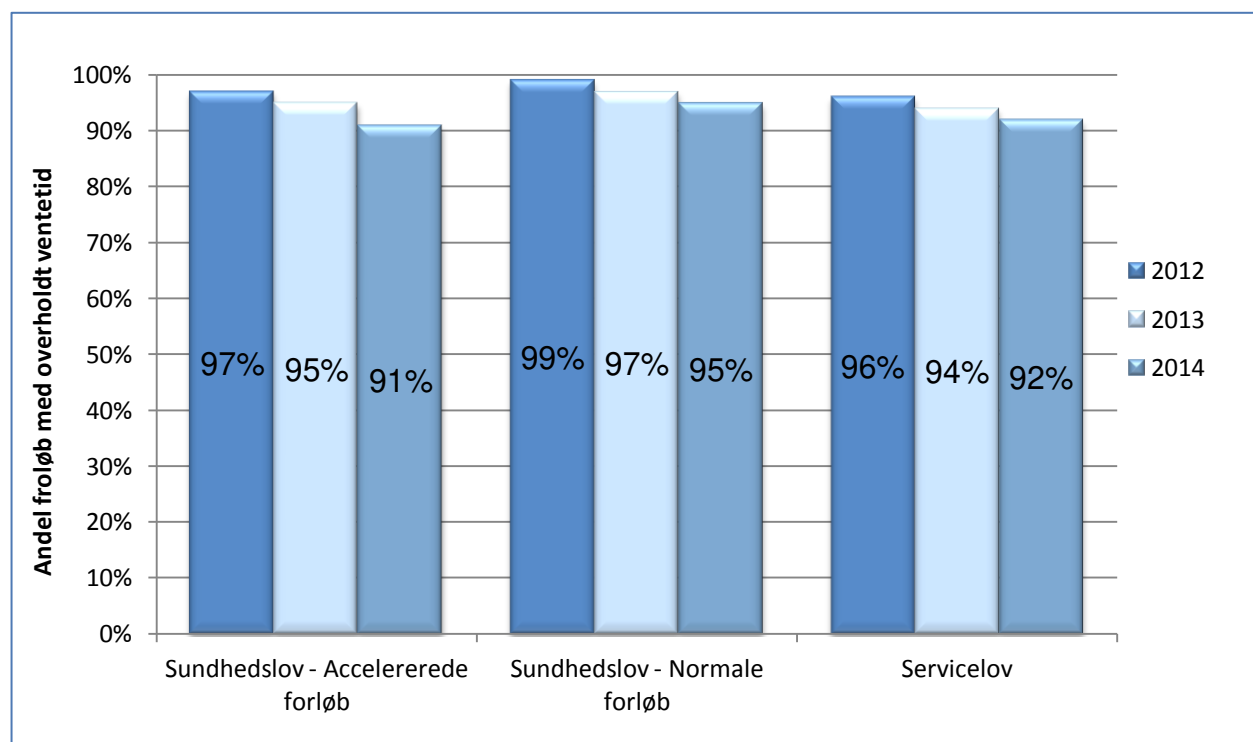
Endelig åbnede Sundheds- og Omsorgsforvaltningen pr. 1. juli 2014 plejeboligpladser på Hjortespring for at imødekomme det stigende pres på 4-ugers-garantien. Forvaltningen har fortsat fokus på området og følger udviklingen nøje.

5.3: VENTETIDER PÅ GENOPTRÆNING

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 syv hverdage (såkaldte accelererede forløb). Tilsvarende har Sundheds- og Omsorgsudvalget fastlagt et mål om, at der for træningsforløb efter Serviceloven højst må gå 24 hverdage fra visitationen har modtaget en ansøgning til opstart af genoptræningsforløb.

Figur 12 – Ventetider på genoptræning

Figuren viser andelen af genoptræningsforløb, hvor ventetiderne er overholdt.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og Sundhedsportalen

Note: Overholdelsen af ventetiderne er baseret på de frister, som var gældende på det pågældende tidspunkt. Ventetidsfristen for genoptræningsforløb efter serviceloven er blevet udvidet fra 20 til 24 hverdage pr. 1. januar 2014 i forbindelse med kvalitetsstandarderne for 2014.

Forvaltningen har i 2014 overholdt målene om ventetider på genoptræning i over 90 % af forløbene. Der ses dog et lille fald i andelen af forløb hvor ventetiden er overholdt for både forløb efter sundhedsloven og forløb efter serviceloven. Størst er faldet for accelererede forløb efter sundhedsloven, hvor 95 % i 2013 overholdt ventetiden. For disse forløb er det nu 91 % som overholder ventetiden.

KAPITEL 6: BEDRE SUNDHED, FOREBYGGELSE OG BEHANDLING

Størstedelen af de politisk fastsatte mål, der findes på sundhedsområdet, indgår i sundhedspolitikken *Længe Leve København* og omfatter mål om københavnernes sundhedsadfærd generelt. Disse mål er således, i modsætning til målene i reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet*, ikke specifikke for ældre københavnere.

I dette kapitel afrapporteres på de mål der blev fastsat med *Længe Leve København*, og som også blev præsenteret for Sundheds- og Omsorgsudvalget i marts 2014 i en sag om opsamling på sundhedspolitikens 4-årige mål.

Målet vedrørende andelen af fysisk aktive unge afrapporteres ikke, idet Børne- og Ungdomsforvaltningen har ændret opgørelsesmetoden så der ikke længere kan måles på udviklingen.

Der eksisterer derudover en række indikatorer i sundhedspolitikken, som ikke har status af politisk godkendte mål, men som kan sige noget om den løbende udvikling på sundhedsområdet. Årsrapporten i 2014 præsenterer således også disse data for indikatorerne patientrettet- og borgerrettet forebyggelse.

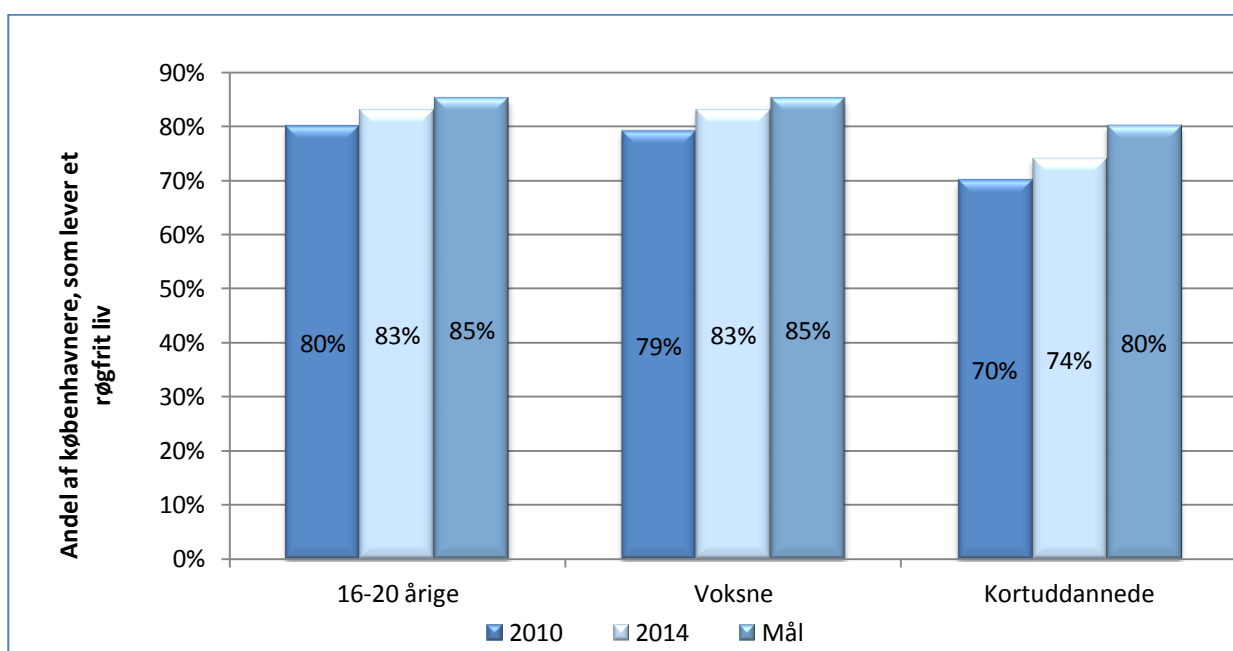
Dette kapitel indeholder, udover de førnævnte sundhedspolitiske mål og indikatorer, tal for, hvordan de ældre borgere vurderer deres eget helbred og livskvalitet – områder, som der er sat mål for i *Aktiv og Tryk Hele Livet*.

6.1: ANDEL AF BORGERE SOM LEVER ET RØGFRI LIV

Som led i Sundhedspolitikken *Længe Leve København* har Sundheds- og Omsorgsundvalget fastlagt et mål om, at andelen af voksne københavnere, som lever et røgfrit liv skal stige til 85 % for 16-20 årige og for voksne, og til 80 % for kort uddannede.

Figur 13 – Andel borgere som lever et røgfrit liv

Figuren viser andelen af københavnere, som lever et røgfrit liv.



Kilde: Sundhedsprofil 2013 for Københavns Kommune

I 2014 levede 83 % af de voksne og af de 16-20 årige et røgfrit liv. Målet var 85 % i 2014 og er således ikke opnået. Blandt de kortuddannede er andelen af røgfri steget fra 70 % til 74 % i perioden, men målet på 80 % er ikke opnået.

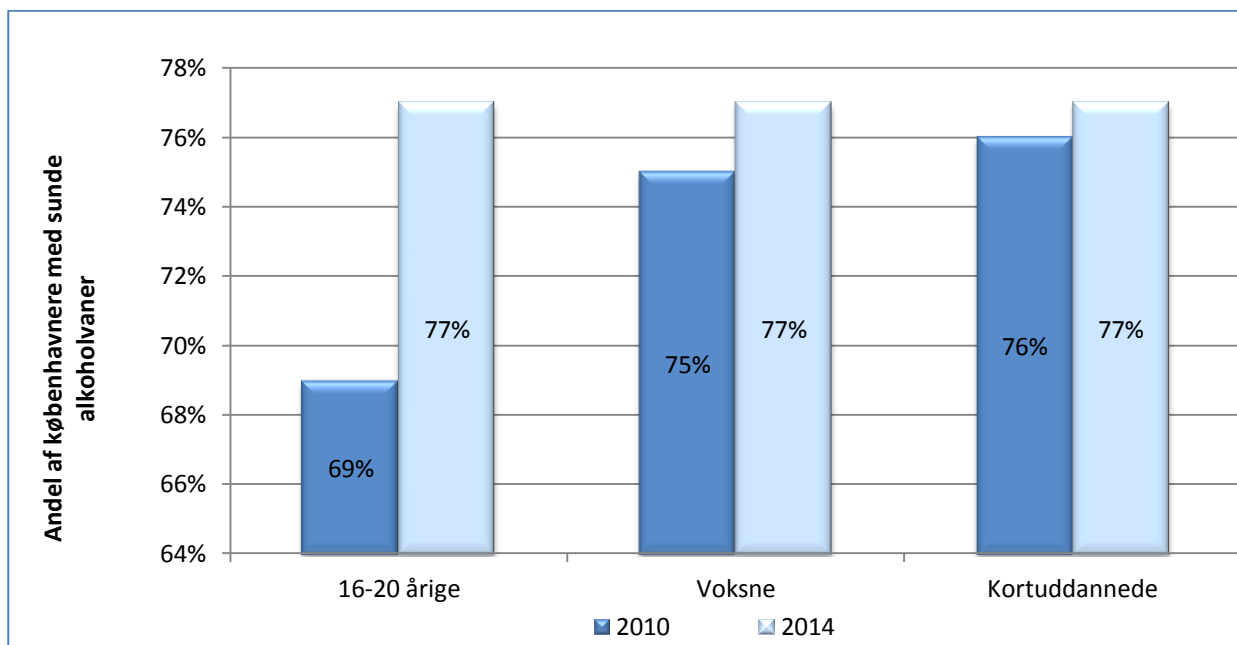
6.2: ANDEL AF BORGERE MED SUNDE ALKOHOLVANER

Som led i Sundhedspolitikken *Længe Leve København* har Sundheds- og Omsorgsundvalget fastlagt et mål om, at andelen af københavnere med sunde alkoholvaner skal stige.

Et sundt alkoholforbrug er defineret via Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at kvinder ikke bør drikke mere end 14 genstande om ugen, og mænd ikke mere end 21 genstande om ugen.

Figur 14 – Andel borgere med sunde alkoholvaner

Figuren viser andelen af borgere som efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at kvinder ikke bør drikke mere end 14 genstande om ugen, og mænd ikke mere end 21 genstande om ugen.



Kilde: Sundhedsprofil 2013 for Københavns Kommune

Fra 2010 til 2014 er der blevet flere borgere med sunde alkoholvaner blandt både unge, voksne og kortuddannede. Størst er stigningen blandt unge, hvor der er sket en stigning på 8 %-point fra 69 % til 77 %. Således er målet om fremgang for alle borgergrupper opnået.

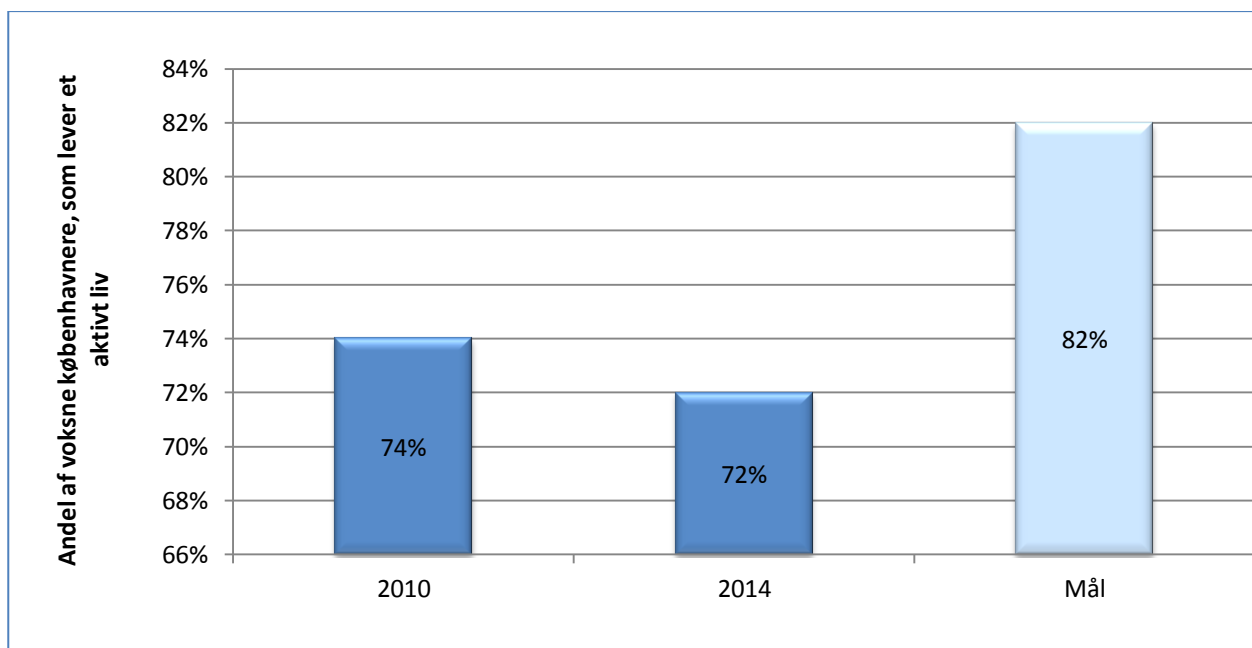
6.3: ANDEL AF BORGERE SOM LEVER ET AKTIVT LIV

Som led i Sundhedspolitikken *Længe Leve København* har Sundheds- og Omsorgsundvalget fastlagt et mål om, at andelen af voksne københavnere, som lever et fysisk aktivt liv, skal stige til 82 % i 2014.

At leve et fysisk aktivt liv er, af Sundhedsstyrelsen, defineret som at dyrke fysisk aktivitet i minimum 30 minutter om dagen i fritiden

Figur 15 – Andel voksne som lever et aktivt liv

Figuren viser andelen af voksne som lever et aktivt liv med minimum 30 minutters fysisk aktivitet om dagen.



Kilde: Sundhedsprofil 2013 for Københavns Kommune

I 2014 dyrkede 72 % af de voksne københavnere 30 minutters fysisk aktivitet om dagen. Det er et fald på 2 %-point fra 2010. Forvaltningen har således ikke nået målet om at 82 % af de voksne borgere lever med minimum 30 minutters fysisk aktivitet om dagen.

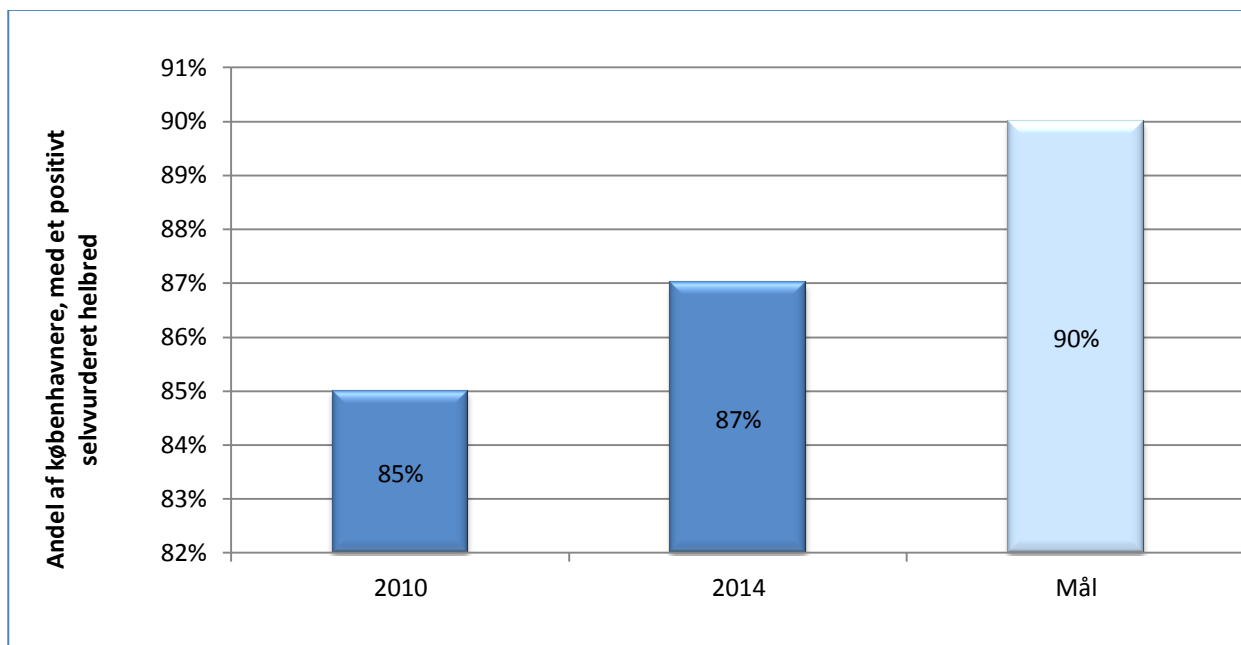
6.4: ANDEL AF BORGERE MED POSITIVT SELVVURDERET HELBRED

Som led i Sundhedspolitikken *Længe Leve København* har Sundheds- og Omsorgsundvalget fastlagt et mål om, at andelen af voksne københavnere, som vurderer deres eget helbred positivt, skal stige til 90 % i 2014.

Borgernes selvvurderede helbred opgøres i Sundhedsprofilen via spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?"

Figur 16 – Andel voksne med et positivt selv vurderet helbred

Figuren viser andelen af voksne som, i forbindelse med undersøgelser til Sundhedsprofilen, vurderer at de har et godt helbred.



Kilde: Sundhedsprofil 2013 for Københavns Kommune

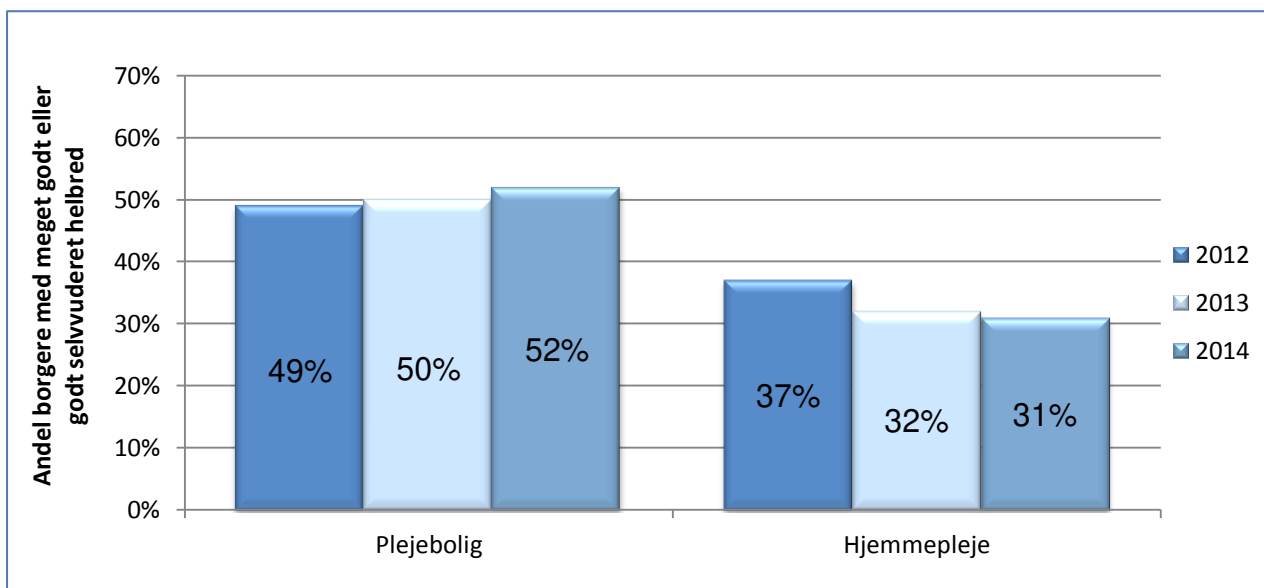
I 2014 svarede 87 % af de voksne københavnere at de havde et godt helbred. Det er en stigning på 2 %-point fra 2010. Forvaltningen har dog ikke nået målet om at 90 % af de voksne borgere vurderer at de har et positivt helbred.

6.5: SELVVURDERET HELBRED OG LIVSKVALITET

Det overordnede mål for reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* er at løfte københavnernes livskvalitet og helbred frem mod 2015. Fremdriften måles ved om en stigende andel af de ældre vurderer, at de har et godt helbred og en god livskvalitet. Tallene hentes fra de årlige brugerundersøgelser.

Figur 17 - Selvvurderet helbred

Figuren viser andelen af borgere, der i brugerundersøgelserne har angivet at have et godt eller meget godt selv vurderet helbred.

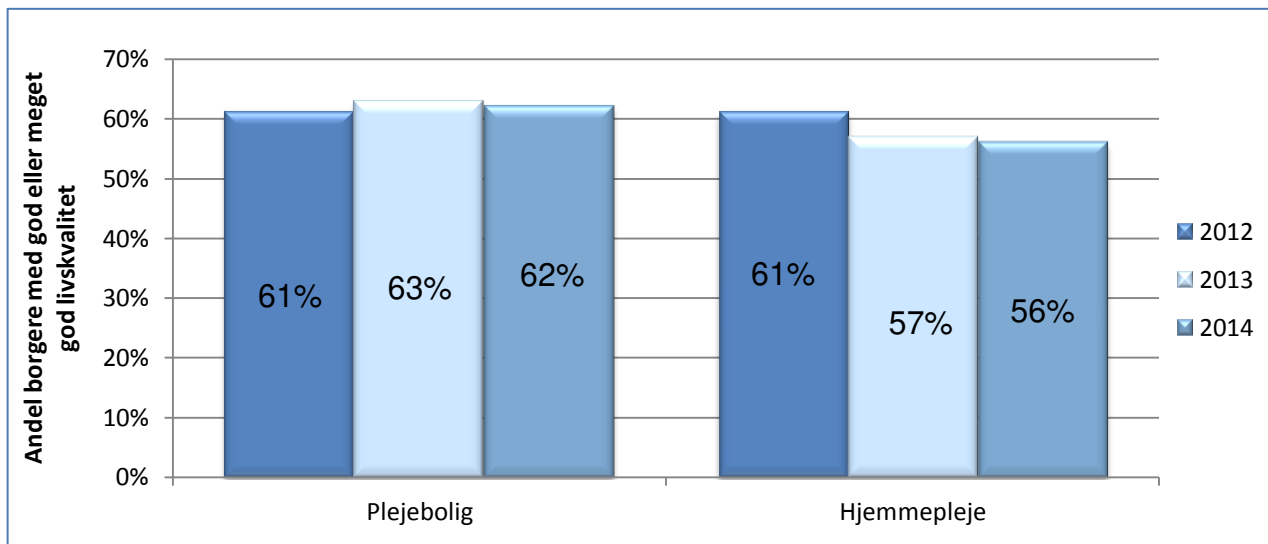


Kilde: Brugerundersøgelserne for 2012, 2013 og 2014

For hjemmeplejemodtagerne er der i perioden 2012-2014 sket et mindre fald i andelen af borgere, der har et godt eller meget godt selv vurderet helbred. I relation til plejeboligbeboerne ses en tendens til en stigning i beboernes vurdering af eget helbred, så der samlet er sket en stigning i andelen, som vurderer deres helbred som godt eller meget godt siden 2012.

Figur 18 – Livskvalitet

Figuren viser andelen af borgere, der har angivet at have en god eller meget god livskvalitet.



Kilde: Brugerundersøgelserne for 2012, 2013 og 2014

Ser man på borgernes vurdering af egen livskvalitet, er udviklingen ikke entydig. For borgere, der bor i plejebolig, ses et nogenlunde stabilt niveau gennem de seneste tre år, dvs. fra 2012 til 2014.

For borgere, der modtager hjemmepleje, er andelen af borgere med en god eller meget

god livskvalitet derimod faldet fra 61 % i 2012 til 56 % i 2014.

Forvaltningens analyser af resultaterne har ikke identificeret entydige forklaringer på faldet i livskvalitet og selv vurderet helbred.

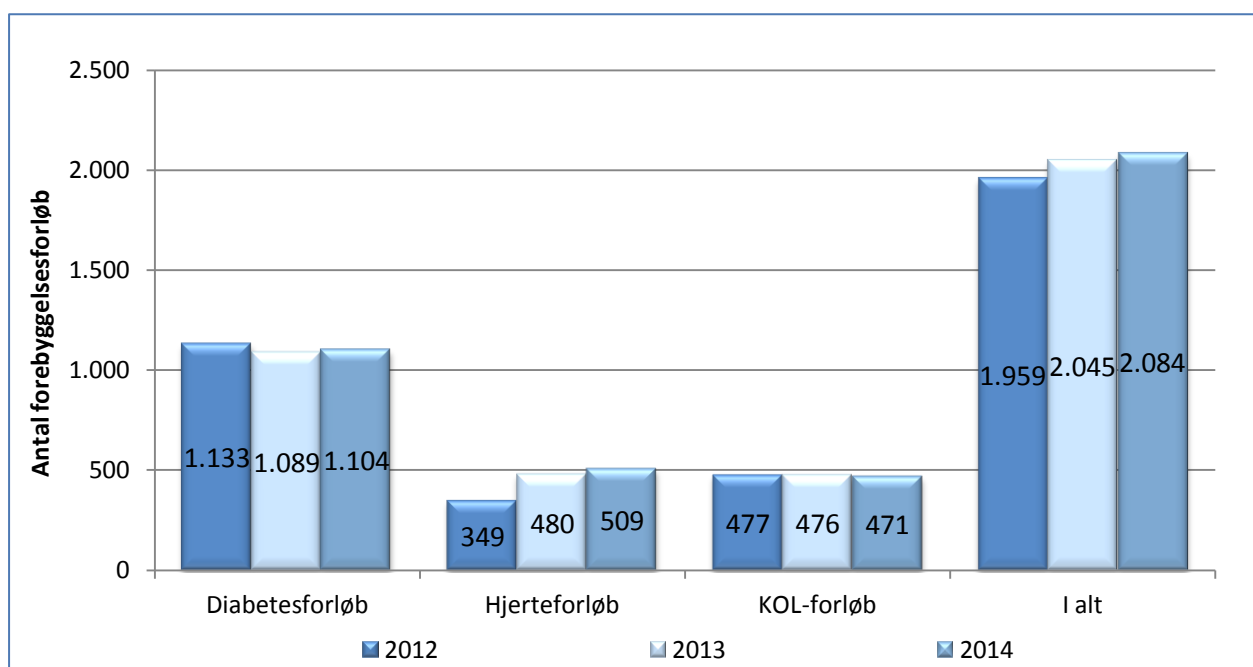
6.6: PATIENTRETTET FOREBYGGELSE

Patientrettede forebyggelsesforløb er 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: Fysisk 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.

Det er en indikator i 'Længe Leve København', at antallet af påbegyndte forebyggelsesforløb stiger til 2.000 forløb årligt i 2014.

Figur 19 – Patientrettede forebyggelsesforløb

Figuren viser antal påbegyndte patientrettede forebyggelsesforløb i 2012, 2013 og 2014.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og Sundhedsportalen

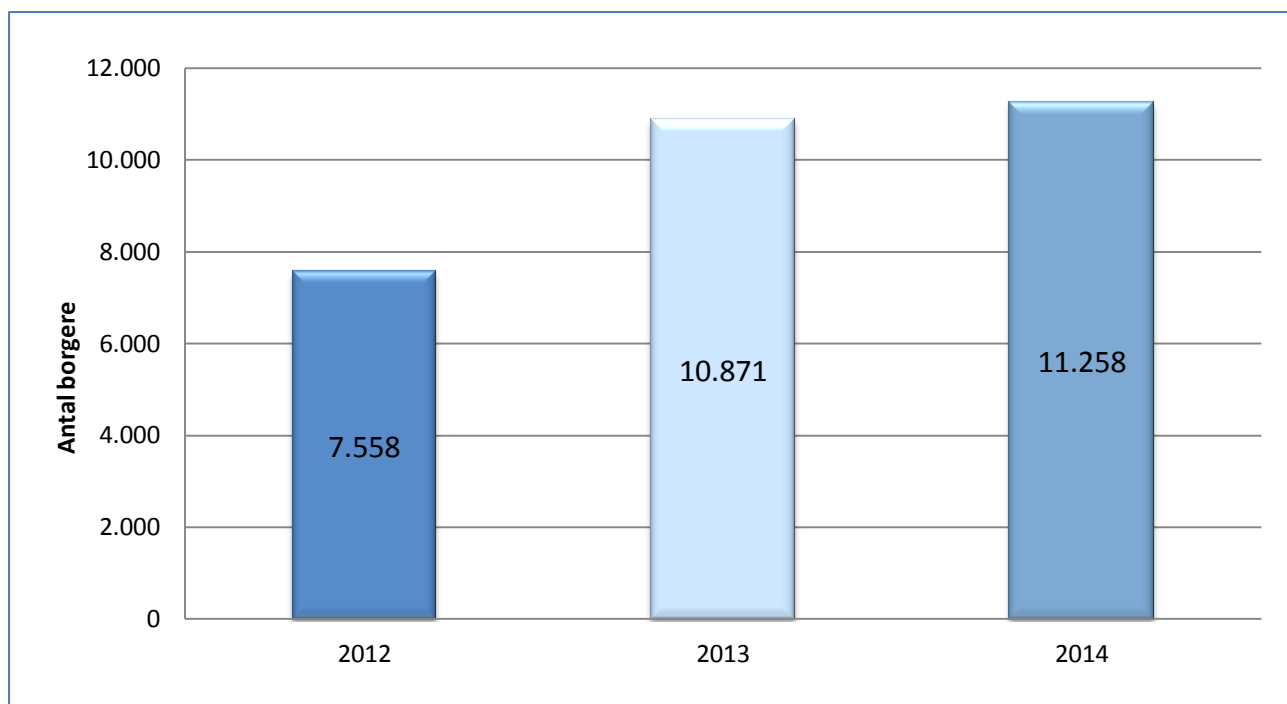
I 2014 var der i alt 2.084 patientrettede forebyggelsesforløb. Således er målet om 2.000 forløb årligt i 2014 indfriet

6.7: BORGERRETTET FOREBYGGELSE

Det er en indikator i *Længe Leve København*, at 8.000 borgere i 2014 skal modtage forebyggelsestilbud vedrørende kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet. Tilbuddene omfatter etnisk sundhedsformidling, rygestopforløb, forløb vedrørende motion og kost i et forebyggelsescenter, Motion XL-forløb, samtaler om sundhed og samtaler om alkohol.

Figur 20 – Borgerrettede forebyggelsesforløb

Figuren viser det samlede antal borgere, som har deltaget i et borgerrettet forebyggelsesforløb i henholdsvis 2012, 2013 og 2014.



Kilde: Indrapporteringer fra Forebyggelsescentrene

Note: For indsatsen 'etnisk sundhedsformidling' registreres antallet af forløb, mens det for de andre indsatser er antallet af borgere, der har været igennem disse forløb, der registreres. For at kunne vurdere målopfyldelsen har forvaltningen omregnet antal forløb til antal borgere, der har deltaget i et forløb. En borger, som har deltaget i flere forskellige forløb i samme år, vil således tælle med flere gange.

I 2014 modtog 11.258 borgere et forebyggelsestilbud vedrørende kost, fysisk aktivitet, rygning eller alkohol. Målet om, at 8.000 borgere modtager et borgerrettet forebyggelsestilbud i 2014 er således indfriet.

FIGUR- OG TABELOVERSIGT

Figur 1 – Andel ensomme	13
Figur 2 – Brug af hverdagsrehabiliterende ydelser til praktiske opgaver	16
Figur 3 – Andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper	19
Figur 4 – Tilfredshed med antallet af hjælpere	20
Figur 5 – Tilfredshed med den personlige kontakt med hjælperne	21
Figur 6 – Tidligere flytning i plejebolig	22
Figur 7 – Kompetenceudvikling af social- og sundhedsmedarbejdere	30
Figur 8 – Andel ansatte mænd	32
Figur 9 – Sygefravær i SUF sammenlignet med Københavns Kommune	33
Figur 10 – Sagsbehandlingstider	35
Figur 11 – 4-ugersgaranti for plejeboliger	36
Figur 12 – Ventetider på genoptræning	39
Figur 13 – Andel borgere som lever et røgfrit liv	41
Figur 14 – Andel borgere med sunde alkoholvaner	42
Figur 15 – Andel voksne som lever et aktivt liv	43
Figur 16 – Andel voksne med et positivt selv vurderet helbred	44
Figur 17 - Selvvurderet helbred	44
Figur 18 – Livskvalitet	45
Figur 19 – Patientrettede forebyggelsesforløb	46
Figur 20 – Borgerrettede forebyggelsesforløb	47
Tabel 1 – Ventedage efter færdigbehandling	23
Tabel 2 – Overordnet tilfredshed	26
Tabel 3 – Resultater af embedslægetilsyn for plejeboliger	30
Tabel 4 – Samlede kommunale tilsyn – inklusiv private leverandører	31

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