



ÅRSRAPPORT 2012  
FOR  
SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN





# INDHOLD

<b>KAPITEL 1: INDLEDNING .....</b>	<b>4</b>
<b>KAPITEL 2: RESUMÉ .....</b>	<b>5</b>
<b>KAPITEL 3: BORGERE &amp; BRUGERE .....</b>	<b>9</b>
3.1 KØBENHAVNS KOMMUNES BORGERE .....	9
3.2 SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGENS BRUGERE .....	13
<b>KAPITEL 4: HJEMMEPLEJE .....</b>	<b>18</b>
4.1 HJEMMEPLEJEN I TAL .....	18
4.2 STATUS PÅ POLITISKE MÅL FOR HJEMMEPLEJEN .....	23
4.3 EVALUERING AF HVERDAGSREHABILITERING .....	27
4.4 BRUGERUNDERSØGELSE 2012 .....	27
<b>KAPITEL 5: SYGEPLEJE .....</b>	<b>30</b>
5.1 SYGEPLEJEN I TAL .....	30
5.2 STATUS PÅ POLITISKE MÅL PÅ SYGEPLEJEOMRÅDET .....	32
5.3 KVALITETSPROGRAMMET .....	33
5.4 BRUGERUNDERSØGELSE 2012 .....	34
<b>KAPITEL 6: PLEJEBOLIGER .....</b>	<b>35</b>
6.1 PLEJEBOLIGOMRÅDET I TAL .....	35
6.2 STATUS PÅ POLITISKE MÅL FOR PLEJEBOLIGER .....	37
6.3 BRUGERUNDERSØGELSE 2012 .....	40
<b>KAPITEL 7: HJEMTAGNING, GENOPTRÆNING OG FOREBYGGELSE .....</b>	<b>41</b>
7.1 HJEMTAGNING .....	41
7.2 GENOPTRÆNING .....	43
7.3 FOREBYGGELSE .....	44
7.4 BRUGERUNDERSØGELSE 2012 .....	49
<b>KAPITEL 8: TILSYN OG KLAGER .....</b>	<b>50</b>
8.1 TILSYN .....	50
8.2 KLAGER .....	52
<b>KAPITEL 9: MEDARBEJDERE .....</b>	<b>54</b>
9.1 MEDARBEJDERE .....	54
9.2 SYGEFRAVÆR .....	56
9.3 FASTHOLDELSE .....	59
<b>FIGUR- OG TABELOVERSIGT .....</b>	<b>60</b>

## KAPITEL 1: INDLEDNING

Hensigten med *Årsrapport 2012* er at tegne et samlet billede af, hvordan 2012 forløb for de borgere, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen servicerer, og de medarbejdere, som forvaltningen beskæftiger. Hensigten med rapporten er desuden at give en systematisk status på de politiske mål, der er sat for forvaltningen.

I de fleste tilfælde dækker tallene hele 2010, 2011 og 2012, og som oftest sammenlignes tallene for 2012 med 2010 frem for 2011 for at give Sundheds- og Omsorgsudvalget et længere perspektiv på udviklingen. Rapporten er baseret på data fra en række datakilder, herunder Københavns Omsorgs System (KOS), Københavns Kommunes register over ansatte (RUBIN) samt Danmarks Statistik.

Hovedparten af tallene i rapporten er opgjort ultimo 2012, så hvor intet andet er angivet, stammer tallene fra ultimo 2012. I nogle tilfælde bygger tallene på data fra hele 2012 eller fra en afgrænset periode, og i de tilfælde er perioden angivet.

Rapporten er opbygget som følger:

**Kapitel 2** indeholder et resumé af rapporten.

I **Kapitel 3** præsenteres tal for København Kommunes borgere som helhed og for den del af Københavns Kommunes borgere, der benytter Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser.

I **Kapitlerne 4, 5 og 6** gennemgås forvaltningens tre største serviceområder, **hjemmepleje, sygepleje og plejeboliger**. Kapitlerne indeholder blandt andet oplysninger om de borgere, der modtager ydelserne, og hvor ofte der gøres brug af de forskellige ydelser. Desuden gennemgås for hvert af områderne status på de mål, der er sat fra politisk hold. Det drejer sig eksempelvis om sagsbehandlingstider.

**Kapitel 7** sætter fokus på **hjemtagning** fra hospitalerne, **genoptræning** og **forebyggelse**.

I **kapitel 8** beskrives forvaltningens **tilsyn**, resultaterne af de forskellige tilsyn gennemført i 2012 samt **klager** over forvaltningen.

**Kapitel 9** indeholder nøgletal om Sundheds- og Omsorgsforvaltningens **medarbejdere**. I dette kapitel gøres rede for, inden for hvilke områder medarbejderne arbejder, en række karakteristika for forvaltningens medarbejdere præsenteres, ligesom der bliver gjort rede for **sygefravær** og **fastholdelse**.

God læselyst.

Sundheds- og Omsorgsborgmester

Ninna Thomsen

Administrerende direktør

Katja Kayser

## KAPITEL 2: RESUMÉ

I dette resume af årsrapporten for 2012 beskrives primært status på de politiske mål, der er sat for forvaltningen. Resumeeet er inddelt i overskrifter, der svarer til kapitlerne i årsrapporten.

### BORGERE & BRUGERE (kapitel 3)

I 2012 er 10 % af den københavnske befolkning 65 år eller ældre. En prognose for alderssammensætningen af kommunens borgere over 65 år viser, at der frem mod 2020 vil være en faldende andel ældre over 80 år ('gamle' ældre) og en stigende andel ældre i alderen 65-79 år ('unge' ældre). Ifølge prognosen ændrer dette billede sig dog efterfølgende, således at der i 2025 ses et fald i andelen af 65-79-årige og en stigning i andelen af 80+-årige set i forhold til 2020.

Forvaltningens brugere består primært af ældre borgere i alderen 65+ år, og ikke overraskende stiger andelen af brugere med alderen. I alt har 38 % af borgerne i alderen 65+ år modtaget en eller flere ydelser fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i 2012.

### HJEMMEPLEJE (kapitel 4)

På hjemmeplejeområdet er der sat politiske mål om *sagsbehandlingstider, aktiverende ydelser og antal forskellige hjælpere* i den enkelte borgers hjem.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt en række tidsfrister for sagsbehandlingen af ansøgninger om hjemmepleje, madservice og hjælpemidler. I 2012 blev sagsbehandlingsfristerne overholdt i 86-90 % af sagerne om personlig pleje, praktisk hjælp, madservice og personlige hjælpemidler. Dette er højere end det vejledende mål om overholdelse af sagsbehandlingsfristerne i 80 % af sagerne, som retssikkerhedsloven anbefaler. For de tekniske hjælpemidler blev sagsbehandlingsfristerne overholdt i 76 % af sagerne i 2012. Forvaltningen har haft fokus på at nedbringe sagsbehandlingstiden for de tekniske hjælpemidler i 2012, og gennem en fokuseret indsats er det lykkedes at nedbringe sagsbehandlingstiden, således at der er sket en positiv udvikling i løbet af 2012. I 4. kvartal 2012 blev sagsbehandlingsfristen således overholdt i mere end 80 % af sagerne.

Det er en indikator i sundhedspolitikken *Længe Leve København*, at 20 % af de nyvisiterede borgere skal modtage aktiverende ydelser i 2014. I 2012 gjaldt det for 21 % af de nyvisiterede borgere, hvilket er en stigning fra 7 % i 2010. Desuden er det et mål i reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* at alle, som modtager praktisk hjælp, bliver trænet til at klare sig selv bedst muligt. Hverdagsrehabilitering på praktisk hjælp blev implementeret i kvalitetsstandarderne i 2012, og i løbet af 2012 er andelen af borgere, der har modtaget hverdagsrehabilitering, steget fra 4 % (1.kvartal) til 8 % (4. kvartal). Udviklingen går dermed i den rigtige retning.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har besluttet at for borgere med op til 12 timers hjælp om ugen, skal mindst to ud af tre hjemmeplejebesøg (66 %) varetages af borgerens primære eller sekundære hjælpere. I 2012 blev 62 % af besøgene om dagen og 65 % af besøgene om aftenen leveret af borgerens primære eller sekundære hjælpere. Andelen er steget lidt for dag-hjemmeplejen og faldet lidt for aften-hjemmeplejen siden 2010. Forvaltningen forventer, at andelen vil blive forbedret, når det nye omsorgssystem KOS II er fuldt implementeret.

## SYGEPLEJE (kapitel 5)

Sundheds- og Omsorgsudvalgets mål er, at 90 % af de borgere, der fysisk og psykisk er i stand til at møde op på en sygeplejeklinik, skal modtage sygepleje på en klinik. Ultimo 2012 modtog 38 % af borgerne i målgruppen sygepleje på en sygeplejeklinik, og andelen har været stigende siden 2010. Fra 2013 er målet ændret til et mål om, at antallet af besøg i sygeplejeklinikkerne kan finansiere driften af de enkelte klinikker, jf. SOU-beslutning d. 24. januar 2013.

## PLEJEBOLIGER (kapitel 6)

På plejeboligområdet er der sat politiske mål om *sagsbehandlingstider*, tilbud om plejebolig (*4-ugers garantien*) samt om *flytning til plejebolig*.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt, at ansøgninger om plejebolig skal behandles inden for 21 hverdage. I 2012 blev 93 % af sagerne afsluttet inden for tidsfristen. Andelen af sager, der behandles indenfor tidsfristen, er steget fra 87 % i 2010. Dermed er målet om overholdelse af sagsbehandlingsfristerne i mindst 80 % af sagerne klart indfriet.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har desuden fastsat et mål om, at alle godkendte ansøgere skal have et tilbud om en bolig inden for fire uger (4-ugersgarantien). I 2012 blev 4-ugersgarantien overholdt i 87 % af sagerne - et fald på 10 %-point siden 2010. En del af forklaringen på dette er, at der i 2012 har været flere borgere tilmeldt 4-ugers garantien, samt at der har været pres på plejeboligerne som følge af moderniseringsplanen. Da presset på plejeboliger er aftaget, forventer forvaltningen, at andelen vil stige igen i 2013.

I reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* er der fastsat et mål om, at svage ældre skal flytte tidligere i plejebolig. I løbet af 2012 havde 1.330 borgere mere end 12 timers hjælp om ugen. Heraf var 26 % blevet godkendt til plejebolig indenfor det seneste år. Denne andel har ligget på et nogenlunde stabilt niveau siden 2010. Forklaringen på, at andelen ikke er steget, er blandt andet, at der i 2012 har været pres på plejeboligkapaciteten grundet ombygningen af plejeboliger. I 2012 har det således ikke været muligt systematisk at starte dialogen om plejebolig med borgere, når de modtager over 12 timers hjælp om ugen. Presset på plejeboligerne er nu aftaget, og visitatorerne vil derfor starte dialogen om plejebolig tidligere. Det er imidlertid en stadig udfordring at motivere borgere, der ikke selv kan se sig selv i en plejebolig, til at søge en plejebolig.

## HJEMTAGNING, GENOPTRÆNING OG FOREBYGGELSE (kapitel 7)

Ifølge Sundhedsaftalen 2011-2014 skal Københavns Kommune hjemtage færdigbehandlede patienter fra hospitalerne hurtigst muligt og senest 14 dage efter færdigbehandling. Desuden har Sundheds- og Omsorgsudvalget fastlagt et mål om, at der i gennemsnit maksimalt må være 11 færdigbehandlede patienter per dag, der venter på hjemtagning.

Antallet af borgere, der ventede på hjemtagning i 15 dage eller mere, er faldet med 24 % siden 2010. Forvaltningen er således kommet tættere på at opfylde sundhedsaftalens mål om maksimalt 14 dages ventetid for den enkelte patient. Der er imidlertid sket en stigning i det samlede antal af borgere, der venter på hjemtagning. Sammenlignet med 2010 er antallet af borgere, der ventede mellem 6 og 14 dage, steget med 45 %.

I 2012 var der i gennemsnit 34 færdigbehandlede patienter per dag, der ventede på hjemtagning. Heraf var der 25 65+-årige patienter, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ansvaret for at hjemtage. Antallet af 65+-årige færdigbehandlede patienter er steget fra 21 patienter per dag i 2010 til 25 patienter per dag i 2012. Kommunen lever derved ikke op til målsætningen om maxi-

malt 11 ventende patienter per dag. Forklaringen på stigningen er blandt andet, at der på grund af moderniseringsplanen har været et ekstra stort pres på plejeboligpladserne og de midlertidige pladser i 2012. Stort set alle de borgere, der opholder sig på hospitalet efter de er færdigbehandlede, venter på at få en midlertidig døgnplads. Der skal arbejdes med disse udfordringer på flere fronter. Dels skal det overvejes, om hjælpen i hjemmet kan tilrettelægges, således at flere borgere vil kunne klare sig i hjemmet. Dels skal det overvejes, om kapaciteten på de midlertidige døgnpladser kan anvendes mere effektivt, og hvorvidt antallet af pladser svarer til behovet.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt et mål om, at borgere maksimalt må vente 15 hverdage på genoptræning efter Sundhedsloven, for træningsforløb efter Serviceloven højst 20 hverdage. Ventetiderne blev overholdt for 95-99 % af genoptræningsforløbene i 2012, en stigning i forhold til 2010.

Det indgår i sundhedspolitikken *Længe Leve København*, at antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser skal nedbringes. Antallet af forebyggelige indlæggelser af 65+-årige borgere, der er kendt af forvaltningen inden indlæggelse, har været stort set uændret i 2011 og 2012 og udgjorde ca. 2.600 indlæggelser årligt. Der er dermed et stykke vej til at kunne indfri målsætningen om at nedbringe antallet til 1.125 forebyggelige indlæggelser om året i 2014. Forvaltningen har iværksat en række indsatser med henblik på at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser, herunder modeller for samarbejde mellem hospitaler, praktiserende læger og forvaltningen.

Det indgår i udmøntningen af sundhedspolitikken, at antallet af patientrettede forebyggelsesforløb skal stige til 2.000 årlige forløb i 2014. I 2012 modtog 1.957 kronisk syge borgere et patientrettet forebyggelsesforløb. Forvaltningen var således allerede ved udgangen af 2012 tæt på at nå målet for 2014.

Endvidere indgår det i sundhedspolitikken, at antallet af telemedicinske forløb med sår- og KOL-patienter skal stige til 800 forløb i 2014. I 2012, hvor indsatserne med telemedicin har været i opstartsfasen, var der 335 forløb med sår- og KOL-patienter. Forvaltningen vurderer, at antallet af forløb vil stige i de kommende år, således at målet om 800 forløb i 2014 kan nås.

Det indgår også i udmøntningen af sundhedspolitikken *Længe Leve København*, at 8.000 borgere i 2014 skal modtage borgerrettede forebyggelsestilbud vedrørende kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet. I 2012 modtog 7.558 borgere et sådant tilbud. Forvaltningen er således tæt på at indfri målet for 2014.

Endelig fremgår det af *Længe Leve København*, at andelen af rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere via STOPLINIEN skal stige fra 33 % i 2010 til 40 % i 2014. I 2012 udgjorde rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere i alt 52 % af alle rygestopsamtalerne, og målet for 2014 var således opfyldt i 2012.

## TILSYN OG KLAGER (kapitel 8)

Ifølge Københavns Kommunes kvalitetsmål må ingen plejeboliger eller hjemmeplejeenheder gå igennem et kalenderår uden at blive godkendt ved de kommunale tilsyn. Målet er opfyldt i 2012, idet alle hjemmeplejeenheder, sygeplejeenheder og plejeboligenheder er blevet godkendt eller godkendt med mangler i løbet af 2012.

Embedslægeinstitutionen har gennemført 31 tilsynsbesøg på københavnske plejeboligenheder i 2012. Tilsynsresultaterne i 2012 er forbedrede i forhold til 2010 og 2011. I 2012 lå 94 % af plejeboligenhederne således i en af de tre bedste kategorier, mens det i 2010 var 91 %. Ved tilsynene i to



plejeboligheder blev der konstateret alvorlige fejl og mangler. I begge tilfælde er det ved opfølgende tilsyn konstateret, at forholdene efterfølgende er blevet forbedret.

## MEDARBEJDERE (kapitel 9)

På medarbejderområdet er der sat politiske mål om *andel fastansatte mænd, sygefravær og fastholdelse*.

Som led i *Aktiv og Tryk Hele Livet* har Sundheds- og Omsorgsudvalget fastlagt et mål om, at andelen af ansatte mænd skal udgøre mindst 20 %. Ultimo 2012 udgjorde andelen af mænd i forvaltningen 15,5 %, hvilket er en lille stigning fra 2010, hvor andelen udgjorde 15,1 %. Med den nuværende udvikling vil målet om, at mænd skal udgøre 20 % i 2015, ikke nås. I henhold til Ligestillingspolitikken er der i 2013 påbegyndt et arbejde i regi af Det Centrale Ligestillingsudvalg, som omhandler fastsættelse af nye måltal for mænd i omsorgsfag. I den forbindelse vil initiativer til at fremme andelen af mænd i omsorgsfag også blive drøftet.

Borgerrepræsentationen har besluttet, at alle forvaltninger skal nedbringe sygefraværet med 1 dag per fastansat medarbejder per år med udgangspunkt i 2009-niveau. For Sundheds- og Omsorgsforvaltningen svarer det til en nedbringelse fra 20,6 dage i 2009 til 17,6 dage i 2012. Forvaltningens sygefravær udgjorde 16,9 kalenderdage per fastansat medarbejder i 2012, hvilket er et fald på 2,1 kalenderdage per ansat siden 2010. Borgerrepræsentationens mål for sygefravær i 2012 er således nået.

I *Aktiv og Tryk Hele Livet* er der fastlagt et mål for 2015 om, at 80 % af nyansatte medarbejdere fortsat skal være ansat et år efter, de er startet i forvaltningen. Den samlede fastholdelsesrate for nyansatte medarbejdere ansat i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen mellem 1. oktober 2010 og 30. september 2011 udgjorde 79 %. Det politiske mål for 2015 er således stort set opfyldt.



## KAPITEL 3: BORGERE & BRUGERE

I *kapitlets første del* beskrives kommunens befolkning fordelt på aldersgrupper, køn, civilstatus og etnisk oprindelse. Desuden præsenteres en prognose for, hvordan befolkningens alderssammensætning vil se ud i de kommende år. Endelig sammenholdes middelevetiden med landets øvrige kommuner, ligesom forskellene i middelevetid på tværs af byens bydele illustreres.

I *kapitlets andet del* tegnes en profil af de borgere, der benytter Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser, blandt andet mht. alder, køn, civilstand og etnisk oprindelse.

### 3.1 KØBENHAVNS KOMMUNES BORGERE

Tabel 1 – Borgere i Københavns Kommune fordelt på aldersgrupper, køn, civilstatus og etnisk oprindelse

	Kvinder	Mænd	Gift	Dansk oprindelse	Vestlig oprindelse	Ikke-vestlig oprindelse	I alt	Procentfordeling	Udvikling siden 2010
0-64 år	249.332	251.863	115.744	383.395	39.880	77.920	501.195	90 %	4 %
65-79 år	23.424	20.181	19.335	37.827	2.460	3.318	43.605	8 %	9 %
80+ år	10.428	4.212	3.053	13.457	697	486	14.640	3 %	-7 %
I alt	283.184	276.256	138.132	434.679	43.037	81.724	559.440	100 %	4%
Antal 65+ år borgere	33.852	24.393	22.388	51.284	3.157	3.804	58.245	10 %	

Kilde: Københavns Kommunes Folkeregisteropgørelse og Danmarks Statistik.

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

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

Ved udgangen af 2012 var der 559.440 borgere i Københavns Kommune. Det er en stigning på 4 % sammenlignet med samme tidspunkt i 2010.

Som det ses af tabellens højre kolonne, er der sket en stigning i antallet af borgere i aldersklassen 65-79 år, mens antallet af borgere i aldersklassen 80+ år er faldet. Sammenlignet med 2010 er der således kommet flere "unge ældre" og færre "gamle ældre". Gruppen af borgere på 65+ år udgør 10 % af den københavnske befolkning.

Der er en ligelig kønsfordeling, når man ser på borgerne i Københavns Kommune samlet. I de ældre aldersgrupper udgør kvinderne derimod en større andel end mændene. I aldersklassen 80+ år er næsten 3 ud af 4 kvinder. Andelen af borgere med dansk oprindelse stiger med stigende aldersgruppe.

Tabel 2 – Prognose for udvikling i ældrebefolkningen 2012-2025

År	Alder	AMA	BIN	IBØ	VBH	VKV	I alt	Procentfordeling
<b>2012</b>								
	65-79 år	8.222	7.608	11.571	7.273	7.195	41.914	73 %
	80+ år	2.769	3.178	3.223	3.357	2.627	15.156	27 %
	I alt	10.991	10.786	14.794	10.630	9.822	57.070	100 %
<b>2015</b>								
	65-79 år	9.213	8.051	12.911	8.035	7.823	46.062	77 %
	80+ år	2.533	2.649	3.179	2.967	2.358	13.688	23 %
	I alt	11.746	10.700	16.090	11.002	10.181	59.750	100 %
<b>2020</b>								
	65-79 år	10.355	8.605	13.995	8.950	8.707	50.647	79 %
	80+ år	2.506	2.396	3.258	2.775	2.263	13.199	21 %
	I alt	12.861	11.001	17.253	11.725	10.970	63.846	100 %
<b>2025</b>								
	65-79 år	11.036	8.710	14.112	9.404	9.444	52.744	77 %
	80+ år	3.017	2.727	4.117	3.194	2.649	15.707	23 %
	I alt	14.053	11.437	18.229	12.598	12.093	68.451	100 %

Kilde: Københavns Statistik

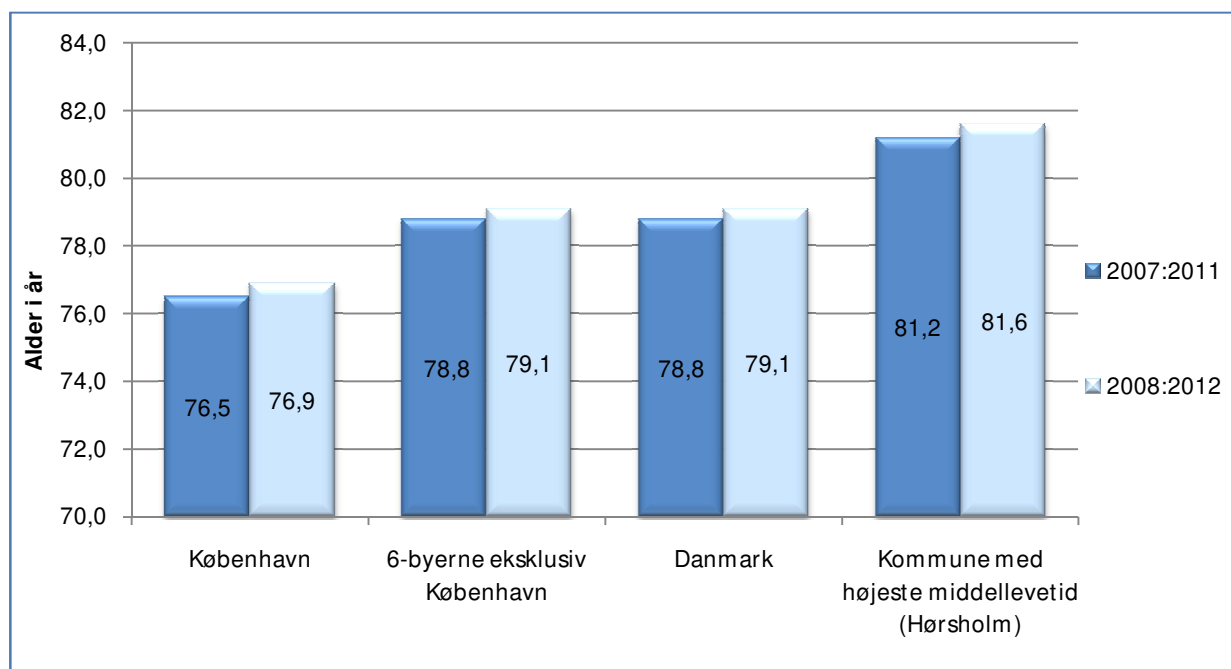
Note: Borgere uden for inddeling indgår i totalen for hele byen.

Tendensen med en faldende andel ældre over 80 år ('gamle' ældre) og en stigende andel ældre i alderen 65-79 år ('unge' ældre) fortsætter frem til 2020. Således stiger andelen af unge ældre ifølge prognosen med 6 %-point i perioden (fra 73 % i 2012 til 79 % i 2020), mens andelen af 80+-årige tilsvarende falder 6 %-point (fra 27 % i 2012 til 21 % i 2020). Ifølge prognosen ændrer dette billede sig dog efterfølgende, således at der i 2025 ses et fald i andelen af 65-79-årige og en stigning i andelen af 80+-årige set i forhold til 2020.

Ændringen er interessant, bl.a. fordi der er en markant forskel på de to aldersgruppers plejebehov. Det er således ikke kun antallet af ældre, som har betydning for, hvordan indsatsen på ældreområdet skal tilrettelægges, men i lige så høj grad alderssammensætningen blandt de ældre.

Figur 1– Middellevetid – udvikling og sammenligning med andre kommuner

Figuren viser middellevetiden i perioden 2007-2012 fordelt på København, 6-byerne (eksklusiv København), Danmark som helhed og den kommune (Hørsholm) som har den højeste middellevetid. Middellevetiden er et udtryk for det gennemsnitlige antal år, som en nyfødt kan forventes at leve i.<sup>1</sup>



Kilde: Danmarks Statistik.

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

Note: For Danmark i alt, samt for regioner og landsdele opgøres også middellevetiden i 2-årsperioder. Den seneste opgørelse af middellevetiden i Danmark er 79,9 år og er fra perioden 2011:2012. På kommuneniveau findes imidlertid kun data for middellevetid baseret på dødshyppighederne over 5-årsperioder. For at kunne sammenligne kommunerne med landsgennemsnittet vises tilsvarende data for Danmark.

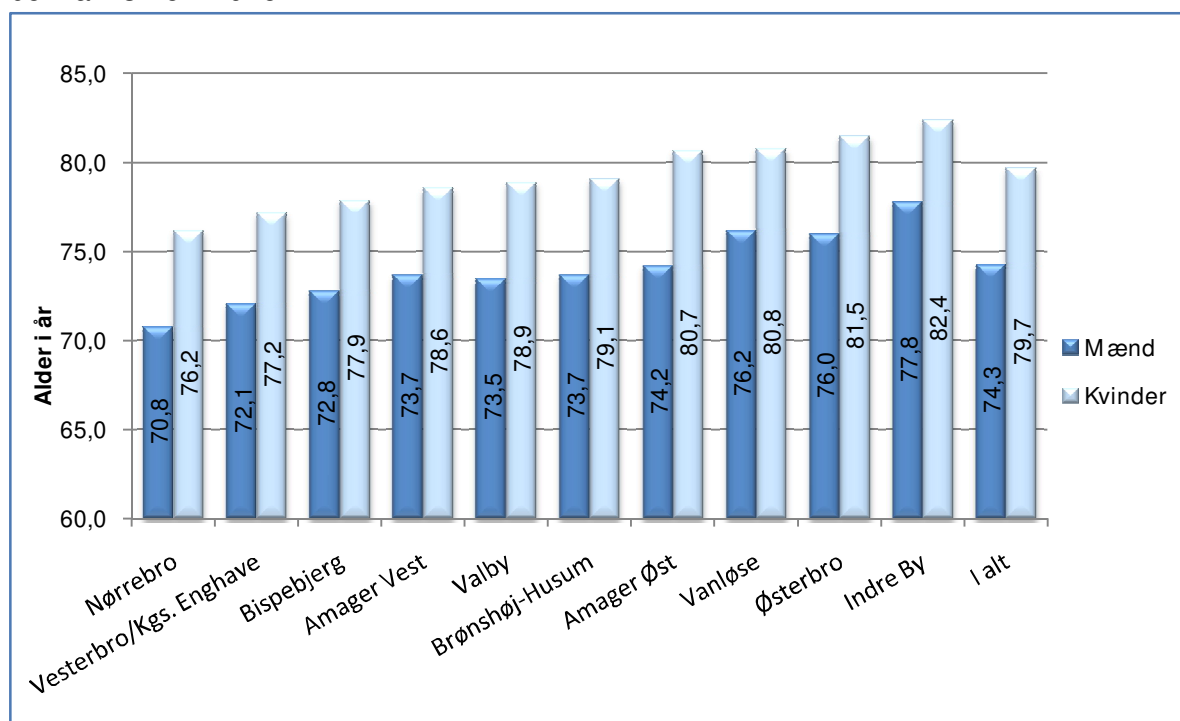
Af figuren ses det, at middellevetiden i København er 76,9 år. Middellevetiden i København ligger 2,2 år under den gennemsnitlige middellevetid i de øvrige 6-byer og Danmark som helhed samt 4,7 år under middellevetiden i Hørsholm. En nyfødt i København kan således forvente at leve næsten 5 år kortere end en nyfødt i Hørsholm.

Middellevetiden er steget en anelse, således at gennemsnittet for den seneste periode (2008-2012) ligger højere end gennemsnittet for den foregående periode (2007-2011).

<sup>1</sup> Beregningen forudsætter, at de nuværende dødshyppigheder for alle grupperinger af køn og alderstrin forbliver på samme niveau, som er konstateret i en bestemt periode (her 2008-2012).

Figur 2 – Middellevetid opgjort på bydele

Figuren viser middellevetiden for mænd og kvinder i perioden 2008-2012 fordelt på bydelene i Københavns Kommune.



Kilde: Københavns Kommune

Som det ses af kolonnerne yderst til højre, er middellevetiden for mænd i København 74,3 år og for kvinder 79,7 år. Tallene dækker over væsentlige forskelle i middellevetiden på tværs af bydelene. Nørrebro og Vesterbro/Kgs. Enghave har byens laveste middellevetider, mens Indre By og Østerbro har de højeste. En nyfødt dreng bosiddende på Nørrebro kan således forvente at leve i 70,8 år, mens en nyfødt dreng i Indre By kan forvente at leve i 77,8 år – altså 7 år længere. For kvinder er forskellen i middellevetiden på Nørrebro og i Indre By 6,2 år.

Det er rimeligt at antage, at forskellene i middellevetid mellem Københavns bydele primært kan forklares af socioøkonomiske forhold, og at forskellen mellem København og landsgennemsnittet delvist skyldes socioøkonomiske forskelle samt muligvis risikofaktorer relateret til livsstil akkumuleret over de seneste 30 år.

Forvaltningen har i sundhedspolitikken 2011-2014 flere indsatser rettet mod de væsentligste risikofaktorer som rygning, alkohol og motion. Disse risikofaktorer er både hovedansvarlige for, at den gennemsnitlige middellevetid i København er lavere end sammenlignelige byer og for en del af den sociale ulighed i sundhed pga. forskelle i adfærd og sårbarhed mellem socio-økonomiske grupper. I sundhedspolitikken er der således også målsætninger om at mindske de sociale forskelle i sundhedsadfærd. Kommunens indsatser rettet mod økonomisk vækst, uddannelse og beskæftigelse vil – for så vidt de kan udjævne de socio-økonomiske uligheder – ligeledes være med til at øge københavnernes levetid.

## Analyse af middellevetiden

I 2012 gennemførte forvaltningen en analyse af middellevetiden i Københavns Kommune.

Analysen viste, at:

- Der er en **lavere andel af beskæftigede, flere førtidspensionister og flere enlige** i København sammenlignet med resten af landet. Når der korrigeres herfor, fjernes en væsentlig del af forskellen i middellevetiden i forhold til landsgennemsnittet.
- Selvom en væsentlig del af landets **hjemløse** bor i København, og disse har en høj dødelighed, påvirker dette stort set ikke den samlede middellevetid pga. det relativt lave absolute antal hjemløse.
- **Uddannelse** er vigtig i forhold til at sikre en høj middellevetid. Den lavere middellevetid i København kan dog ikke tilskrives uddannelsesniveaulet generelt, da københavnernes samlet set har en høj uddannelse, idet der også bor mange med en lang uddannelse. De **kortuddannede** i København lever dog kortere end kortuddannede i resten af landet.
- Befolkningssammensætningen kan altså forklare en del af overdødeligheden i København. Men for at kunne øge middellevetiden, er det vigtigt at sætte målrettet ind i forhold til **risikofaktorer** som københavnernes sundhedsadfærd, miljø og arbejdsmiljø.

## 3.2 SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGENS BRUGERE

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver falder inden for to hovedområder:

- Ydelser og tilbud primært til borgere over 65 år
- Sundhedsfremme og forebyggelse for alle borgere i kommunen.

Figur 3 – Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver

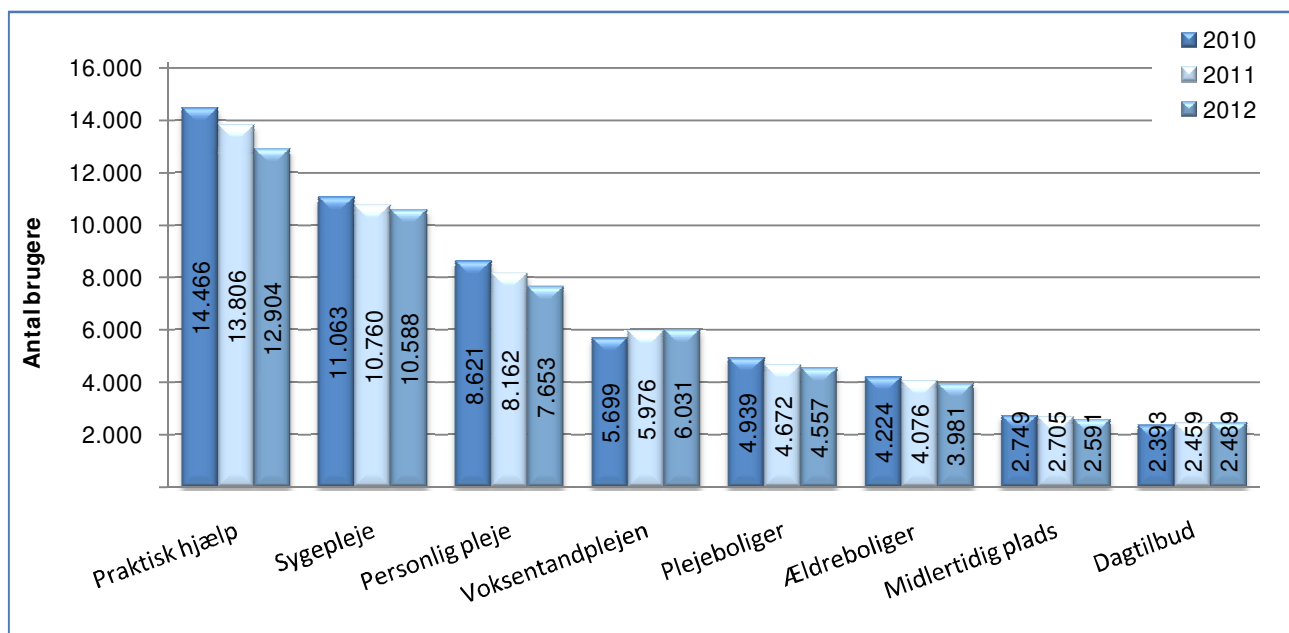
### Ydelser og tilbud primært til borgere over 65 år

- Hjemmepleje
- Pleje- og ældreboliger
- Sygepleje
- Genoptræning (efter Serviceloven)
- Forebyggende hjemmebesøg
- Hjælpemidler
- Madservice/Spisetilbud
- Aktivitetstilbud
- Midlertidige døgnpladser
- Omsorgstandpleje

### Sundhed og forebyggelse for alle borgere i kommunen

- Genoptræning (efter Sundhedsloven)
- Borgerrettet og patientrettet forebyggelse
- Specialtandpleje

Figur 4 – Antal brugere af forvaltningens omsorgsydelser



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

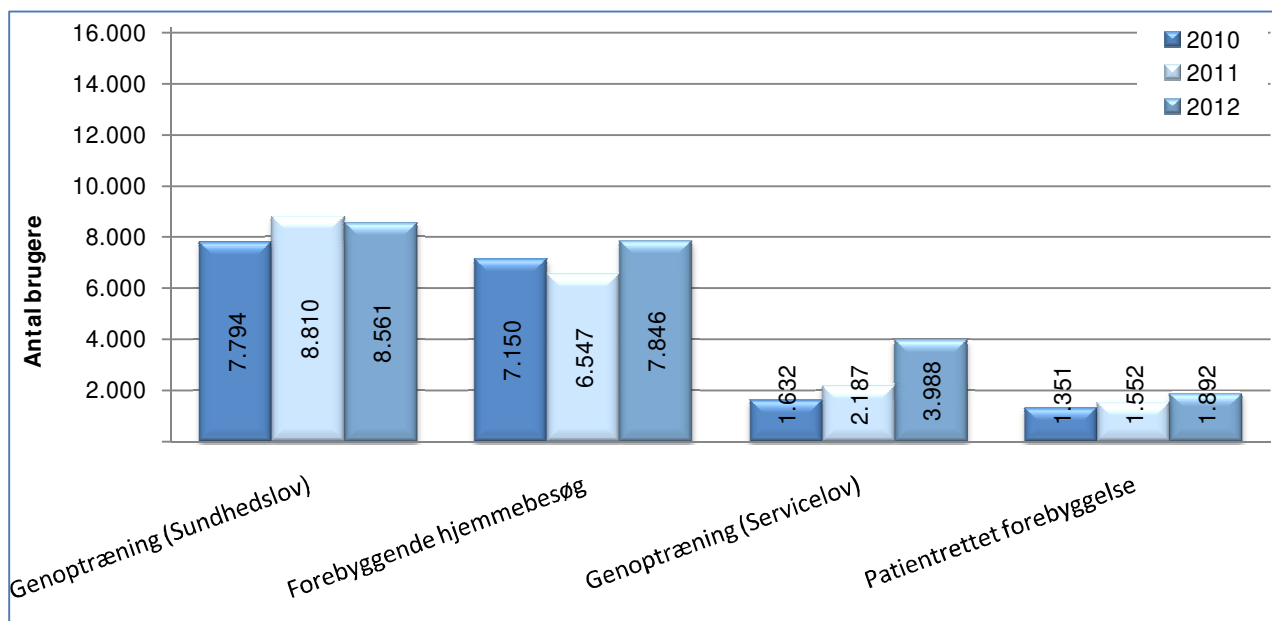
Note: Praktisk hjælp dækker hjælp til rengøring, tøjvask, indkøb og madservice, mens personlig pleje dækker forskellige former for hjælp til personlig hygiejne, hjælp og støtte til mad og måltider, psykisk pleje og omsorg, hjælp til medicin samt sengeredning, forflytning og lejrning.

Note: Borgere, der er afgået ved døden i løbet af året, indgår i opgørelsen. Borgere, der er inaktive, dvs. har modtaget hjælp, men ikke modtager hjælp ved udgangen af 2012, indgår ikke i opgørelsen. En bruger kan tælle med flere gange, hvis vedkommende modtager mere end én type ydelse.

I 2012 var der i alt 35.360 brugere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser. Der er generelt kommet færre brugere af de enkelte ydelser i 2012 sammenlignet med de foregående år – voksantandplejen og dagtilbud er de eneste ydelser, der ikke har oplevet et fald i antallet af brugere. Disse fald skal ses i sammenhæng med, at alderssammensætningen i aldersgruppen har ændret sig, så der er blevet flere borgere i alderen 65-79 år og færre i alderen 80+ år, som generelt har det største plejebæhov.

Praktisk hjælp er den ydelse, som flest borgere modtager – i 2012 modtog 12.904 borgere praktisk hjælp. Sygepleje er med 10.588 brugere den næsthyppigste ydelse efterfulgt af personlig pleje med 7.653 modtagere.

Figur 5 – Brug af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens sundhedsydelser fordelt på antal brugere



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS), Sundhedsportalen

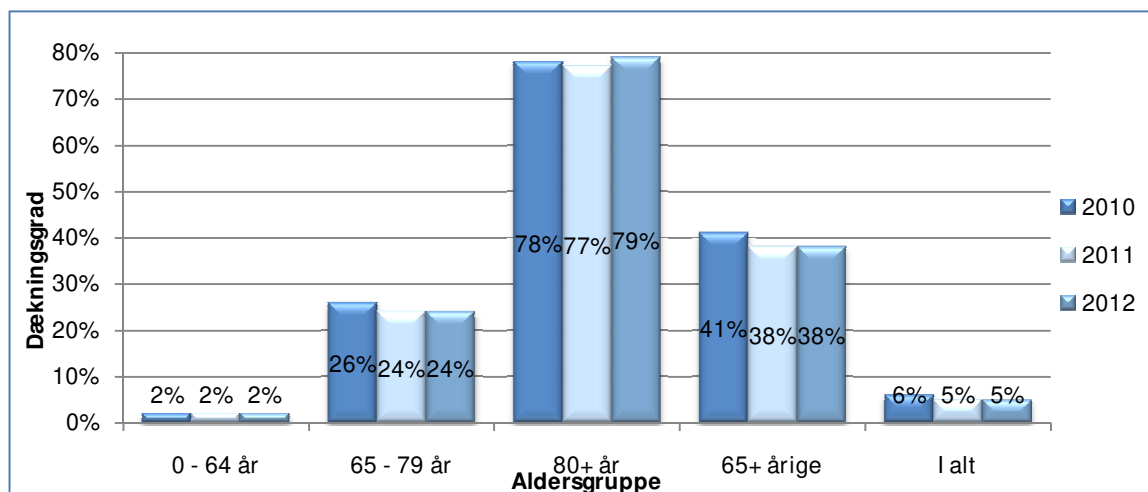
Note: En bruger kan tælle med flere gange, hvis vedkommende modtager mere end én type ydelse. I opgørelsen indgår ikke borgerrettet forebyggelse.

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

Sammenlignet med 2010 er der sket en stigning i brugen af alle fire typer sundhedsydelser, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen leverer. Særligt markant er stigningen i antallet af borgere, der har modtaget genoptræning efter Serviceloven. Hvor 1.632 modtog genoptræning efter Serviceloven i 2010, var det i 2012 gældende for 3.988 borgere. Stigningen skyldes til dels indsatsen hverdagsrehabilitering, men også en stigning på over 150 % i antal borgere, der er blevet visiteret til terapeutfaglig vurdering/udredning i 2012 sammenlignet med 2011. Hvis de borgere, der har modtaget terapeutfaglig vurdering/udredning, men *ikke* en genoptræningsydelse eller hverdagsrehabilitering, sorteres fra, er udviklingen mindre markant.



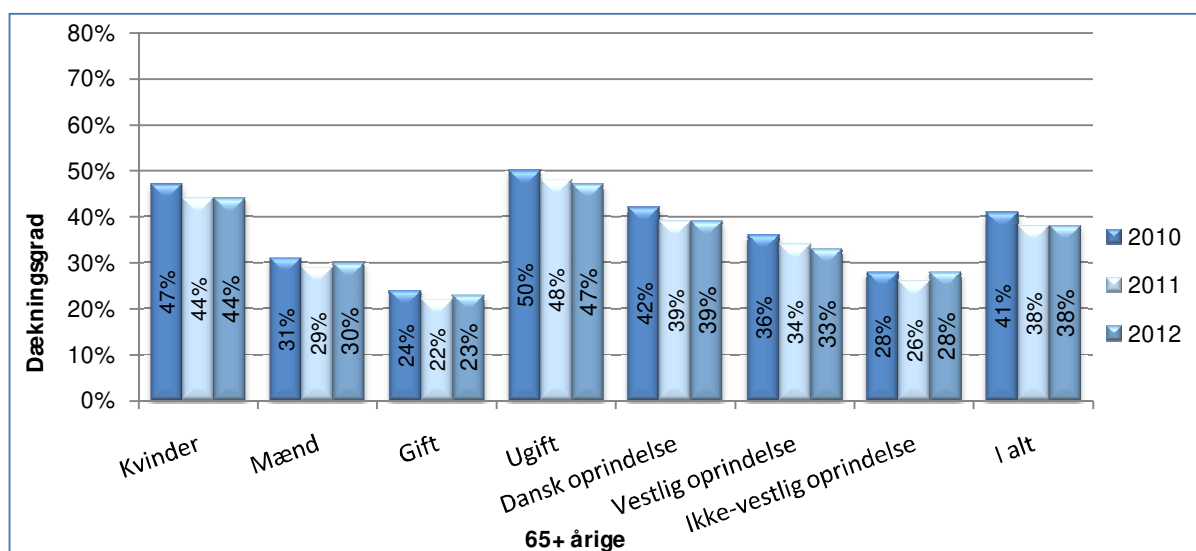
**Figur 6 – Andel brugere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser fordelt på alder**  
 Figuren viser, hvor stor en andel af borgerne i de enkelte aldersgrupper, der modtager én eller flere af forvaltningens ydelser.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS), indberetninger fra voksentandplejen, VI-systemet og Danmarks Statistik.  
 Note: Dækningsgraden er alene beregnet ud fra de borgere, der boede i København ultimo perioden.  
 Note: Borgerrettet og patientrettet forebyggelse er ikke med i opgørelsen.

Forvaltningens brugere udgøres primært af gruppen af ældre i alderen 65+ år, og ikke overraskende stiger andelen af brugere med alderen. Således er dækningsgraden blandt borgere i alderen 80+ tre gange højere end blandt borgere i alderen 65-79 år. I 2012 modtog 79 % af kommunens borgere over 80 år således én eller flere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser.

**Figur 7 – Andel brugere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser fordelt på køn, civilstand og etnisk herkomst**



Kilde: Baseret på ikke-personhenførbare særtræk fra Danmarks Statistik, oprindelige kilder er Københavns Omsorgs System (KOS), indberetninger fra voksentandplejen og VI-systemet.  
 Note: I figuren indgår borgere, der har modtaget én eller flere ydelser. Borgerrettet og patientrettet forebyggelse er ikke med i opgørelsen.  
 Note: Dækningsgraden er alene beregnet ud fra de borgere, der boede i København ultimo perioden.  
 Note: Personer med dansk oprindelse er personer - uanset fødested - der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Vestlige lande omfatter Norden, EU-landene samt Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand. Ikke-vestlige lande omfatter alle andre lande.  
 Note: Kategorien 'gift' dækker over civilstandene gift og registreret partnerskab, 'ugift' dækker alle andre civilstande (ugift, enkestand, længstlevende af to partnere, fraskilt og opløst partnerskab).

I alt har 38 % af borgerne i alderen 65+ år modtaget en eller flere ydelser fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i 2012. Som det ses af figuren, er der en markant kønsforskel. Hvor 44 % af kvinderne i aldersgruppen modtog ydelser i 2012, var den tilsvarende andel for mændene 30 %. En tendens der også ses i tallene for 2010 og 2011. Personer, der ikke er gift, modtager dobbelt så ofte ydelser fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Ovenfor er beskrevet, hvordan brugerne af forvaltningens ydelser kan karakteriseres mht. kønsfordeling, etnisk oprindelse, civilstand mv. For tillige at undersøge, om der er en sammenhæng mellem indkomst og brug forvaltningens ydelser, har forvaltningen gennemført en analyse af denne mulige sammenhæng.

## Indkomstanalyse

Forvaltningen gennemførte i 2012 en analyse af sammenhængen mellem borgernes økonomiske situation og brug af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser.

Analysen viste, at borgerne med de laveste indkomster bruger omsorgsydelser mindre. Mindreforbruget af omsorgsydelser blandt de laveste indkomstgrupper gælder dog alene personer med anden etnisk oprindelse end dansk. Endvidere gælder det først og fremmest gruppen af borgere med ikke-vestlig baggrund. Da personer med ikke-vestlig baggrund vejer mere i de laveste indkomstgrupper, forklarer dette hvorfor der samlet set er et mindre forbrug af omsorgsydelser blandt borgere i disse indkomstgrupper.

For de to-tredjedele af københavnere i mellemindkomstgrupperne (100.000 til 200.000 kr.) er der ingen sammenhæng mellem indkomst og brug af omsorgsydelser. Den tredjedel af borgerne, der har den højeste indkomst, bruger i mindre grad end gennemsnittet omsorgsydelser.

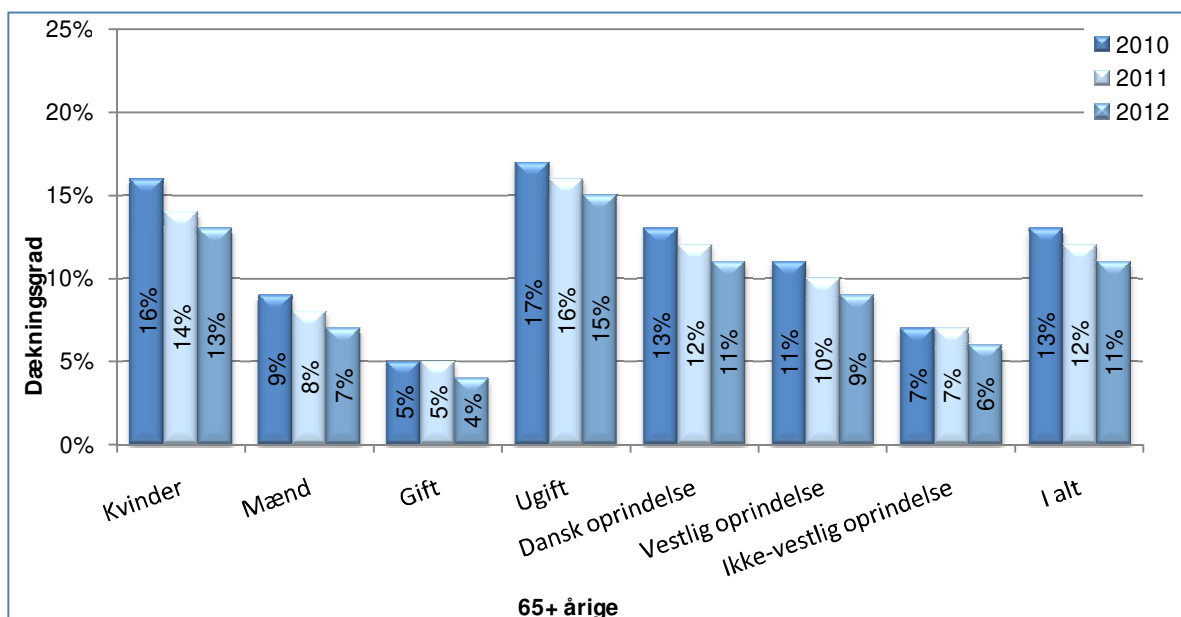
## KAPITEL 4: HJEMMEPLEJE

I *kapitlets første del* beskrives de borgere, der modtager hjemmepleje, ligesom der gøres rede for, hvor ofte de forskellige ydelser har været brugt i 2012. I *kapitlets anden del* beskrives status på de politiske mål på hjemmeplejeområdet.

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

### 4.1 HJEMMEPLEJEN I TAL

Figur 7 – Andel modtagere af personlig pleje blandt borgere i alderen 65+ år



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

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

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

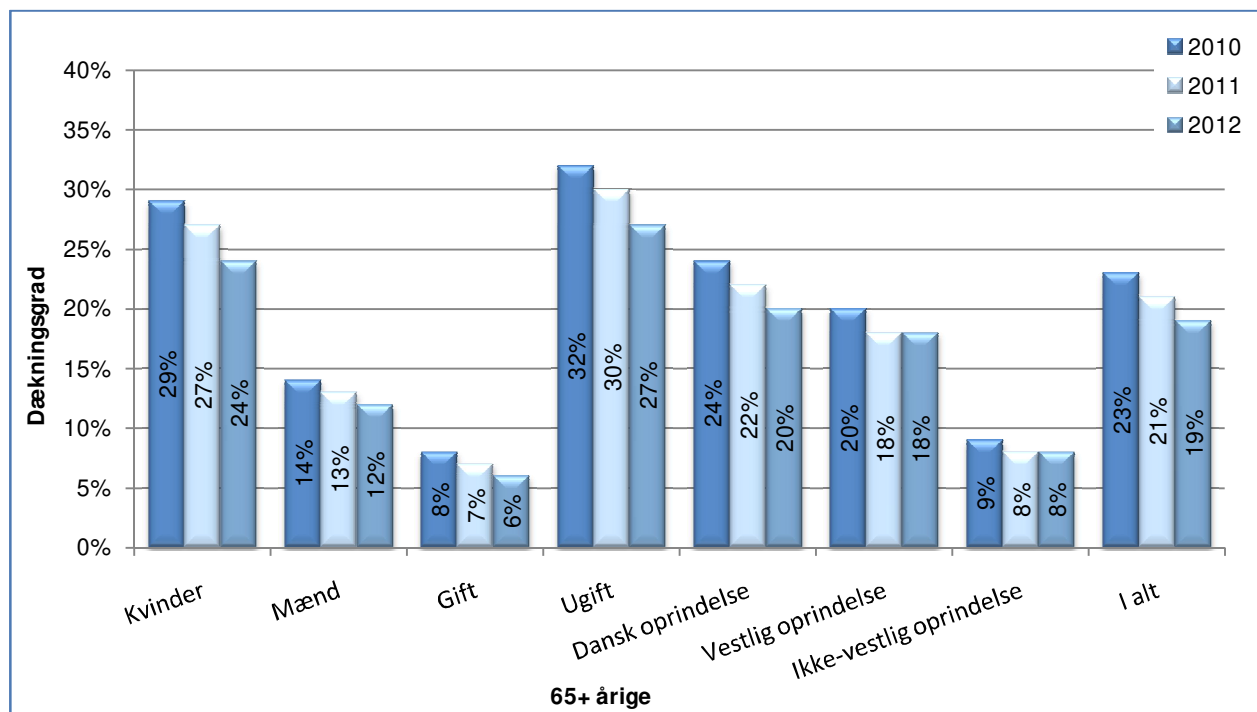
Note: Kategorien 'gift' dækker over civilstandene gift og registreret partnerskab, 'ugift' dækker alle andre civilstande (ugift, enkestand, længstlevende af to partnere, fraskilt og opløst partnerskab).

Samlet set modtog 11 % af de københavnske borgere i alderen 65+ år personlig pleje i 2012. Det er et fald fra 13 % i 2010. Det skal ses i sammenhæng med, at alderssammensætningen blandt ældre har ændret sig, så der er blevet flere borgere i alderen 65-79 år og færre i alderen 80+ år, som generelt har det største plejebehov.

Næsten dobbelt så stor en andel kvinder (13 %) som mænd (7 %) har modtaget personlig pleje i 2012. Endvidere er dækningsgraden for ugifte borgere knap fire gange så høj som for borgere, der lever i et ægteskab. I forhold til de øvrige etniske grupper modtager omkring halvt så mange borgere med ikke-vestlig oprindelse personlig pleje. Forskellene i dækningsgrader for gifte/ugifte og for

borgere med forskellig etnisk herkomst hænger sammen med, at der er flere ugifte og flere borgere med dansk oprindelse blandt de 80+-årige, som har det største plejebæhov.

Figur 8 – Andel brugere af praktisk hjælp blandt borgere i alderen 65+ år fordelt på køn, civilstand og etnisk herkomst



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

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

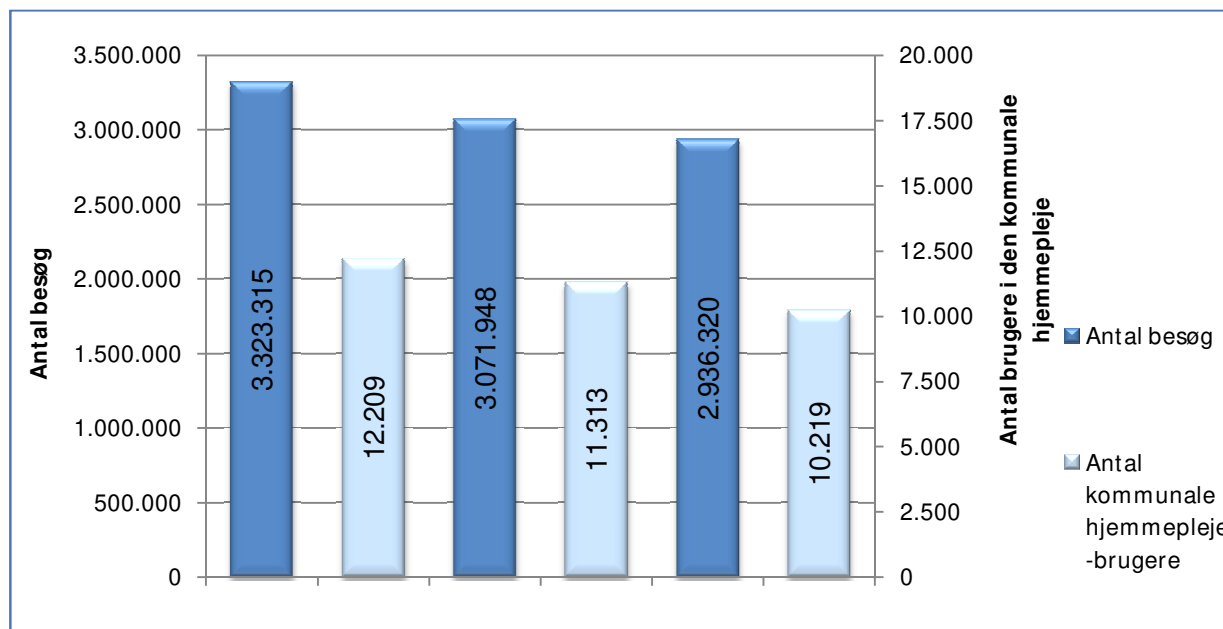
Note: Personer med dansk oprindelse er personer - uanset fødested - der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Vestlige lande omfatter Norden, EU-landene samt Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand.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

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

I alt modtog 19 % af borgerne i alderen 65+ år praktisk hjælp i 2012. Dækningsgraden for praktisk hjælp ligger generelt højere end dækningsgraden for personlig pleje. Parallelt med den personlige pleje er der også for den praktiske hjælp sket et fald i dækningsgraden fra 2010 til 2012. Den faldende dækningsgrad hænger sammen med den ovenfor omtalte 'foryngring' af gruppen af 65+-årige.

Figur 9 – Kommunale hjemmeplejebesøg og hjemmeplejeburere

Figuren viser antal leverede besøg af de kommunale dag- og aftenhjemmeplejegrupper og antal brugere med kommunal hjemmeplejeleverandør.



Kilde:

Københavns Omsorgs System (KOS)

Note: Natplejen og Døgnbasen er ikke inkluderet.

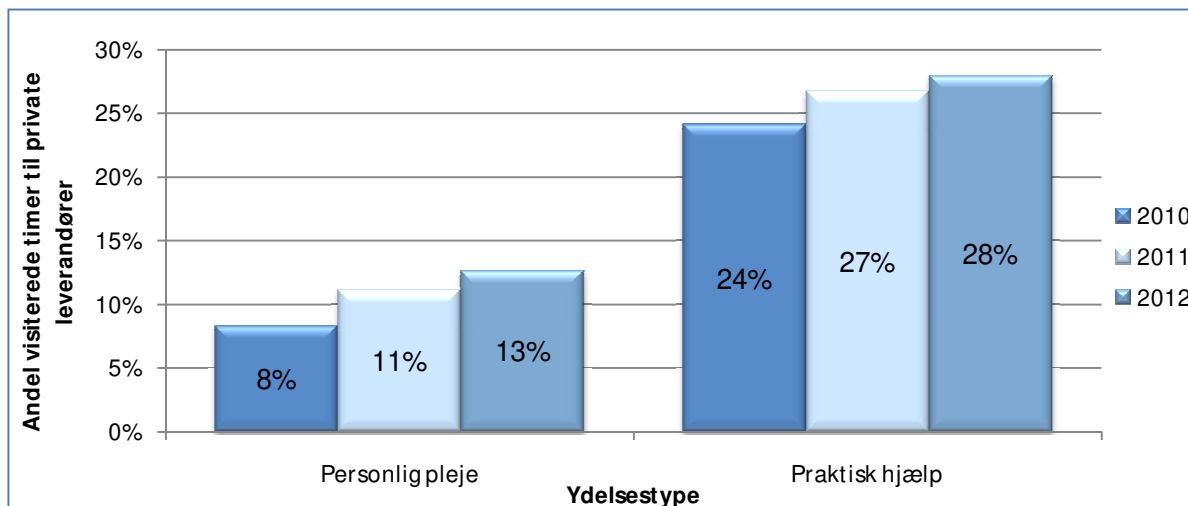
Note: Brugere, der kun modtager ordninger, har privat leverandør eller er inaktive hele perioden, indgår ikke i opgørelsen.

I 2012 foretog den kommunale hjemmepleje 2,9 millioner besøg hos borgerne. Det er et fald på 12 % siden 2010, hvor der blev leveret 3,3 millioner besøg. Tilsvarende er antallet af brugere faldet med 16 %.

Faldet i både antallet af besøg og brugere skal dels ses i sammenhæng med, at der i Københavns Kommune bliver relativt flere borgere i alderen 65-79 år og færre 80+-årige, og dels i sammenhæng med, at en større andel af borgerne vælger en privat hjemmeplejeleverandør i stedet for en kommunal leverandør.

Borgere, som er visiteret til hjemmepleje, kan frit vælge mellem kommunale og private leverandører af hjemmepleje. Figuren nedenfor illustrerer, hvor stor en andel af de visiterede timer der i 2012 blev leveret af en privat hjemmeplejeleverandør.

Figur 10 – Visiterede timer til brugere, der har valgt private hjemmeplejeleverandører

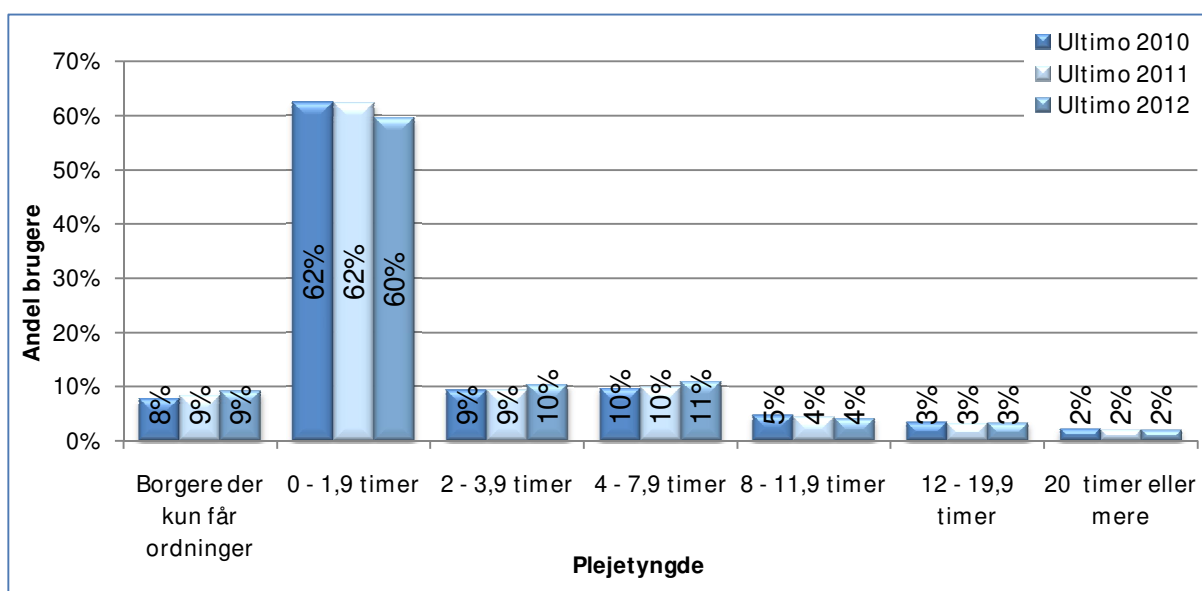


Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)  
 Note: Opstartspakker er ikke medtaget i opgørelsen

Siden 2010 er andelen af visiterede timer, der leveres af private leverandører, steget med 5 %-point for personlig pleje og 4 %-point for praktisk hjælp. Borgerne vælger i højere grad privat leverandør til praktisk hjælp end til personlig pleje. Således blev 28 % af de visiterede timer til praktisk hjælp i 2012 visiteret til en privat leverandør, mens det samme gjaldt for 13 % af de visiterede timer til personlig pleje.

Figur 11 – Hjemmeplejebrugere fordelt på plejetyngde

Plejetyngden er udtryk for, hvor mange timers hjemmepleje en hjemmeplejeburger er visiteret til, og den opgøres i antal visiterede timer per uge. Brugere, der udelukkende får hjælp til tøjvask, turkøb, indkøb og/eller madservice (kaldet ordninger), er angivet i en kategori for sig.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Af de 9.746 borgere, der i 2012 modtog hjemmepleje, fik 69 % mindre end to timers hjælp om ugen eller modtog udelukkende tøjvask, turkøb, indkøb og/eller madservice. 5 % af hjemmeplejebrugerne modtog 12 eller flere timers hjælp om ugen. Fordelingen er stort set uændret i perioden 2010-2012, på trods af de førnævnte demografiske ændringer af den københavnske ældrebefolkning.

Som led i den løbende udvikling af hjemmeplejeområdet har forvaltningen gennemført en analyse af, hvor stor en del af personalets arbejdstid, der går med direkte kontakt til borgerne. Resultaterne af analysen præsenteres nedenfor.

### Personalets tidsforbrug (Brugertidsprocenter)

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i første halvår 2012 opgjort brugertidsprocenter i hjemme- og sygeplejen. Der er sideløbende gennemført en kvalitativ proces, hvor medarbejdere, ledere og fællestillidsrepræsentanterne er kommet med forslag til at optimere tilrettelæggelsen af den indirekte brugertid for at højne kvaliteten af den direkte brugertid.

Brugertidsprocenten angiver den andel af fremmødetiden, som det udførende personale anvender i direkte kontakt med borgerne. Brugertidsprocenten beregnes for fastansatte og timelønnede medarbejdere, men kun for den del af medarbejderne, der har direkte borgerkontakt. Elever og eksterne vikarer indgår derfor ikke i opgørelserne.

Undersøgelsen viste, at brugertidsprocenten i hjemme- og sygeplejen lå på 56 % i dagtimerne og 51 % i aftentimerne. Samlet gav det en brugertidsprocent på 55 %.

For at få et indtryk af, hvordan brugertidsprocenten ser ud sammenlignet med andre kommuner, blev tallet sammenlignet med brugertidsprocenter opgjort for de øvrige større byer i Danmark.

Tabel 3 – Brugertidsprocenter i Danmarks største byer

By	Aalborg	Aarhus	Odense	Esbjerg	Randers	SUF
BTP	52,0 %	52,9 %	52,0 %	58,6 %	49,4 %	<b>55,0 %</b>

Sammenligningen viste, at brugertidsprocenterne i Københavns hjemme- og sygepleje ligger pænt. Sammenligningen skal dog tages med forbehold. Der er variation i både opgørelsesmetoder og hvilken kvalitet, data fra de forskellige kommuner har.

Forvaltningen har i slutningen af 2012 gennemført en proces, hvor medarbejdere og ledere i hjemme- og sygeplejen er kommet med konkrete forslag til ændringer, der kan medføre en forøgelse af produktiviteten i hjemme- og sygeplejen. Forslagene fokuserer på, hvordan driften kan få bedre rammevilkår, og hvordan der kan opnås en bedre anvendelse af medarbejdernes tid. SOU har godkendt effektiviseringsforslagene på møde d. 4. april 2013.



## 4.2 STATUS PÅ POLITISKE MÅL FOR HJEMMEPLEJEN

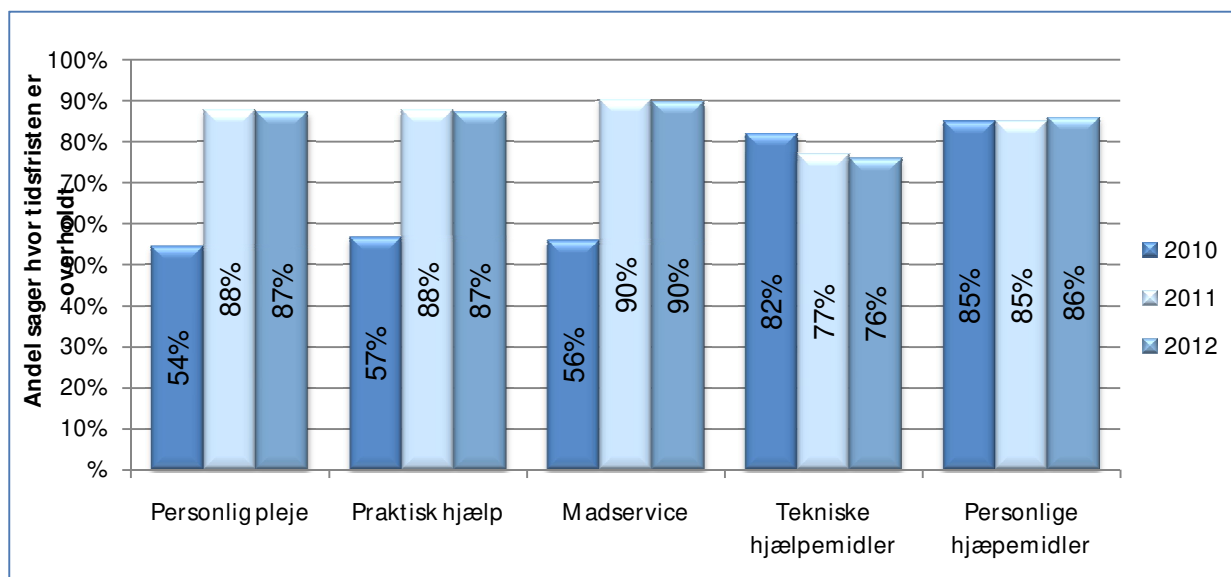
### Sagsbehandlingstider

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt, at sagsbehandlingsfristerne for hjemmepleje (personlig pleje og praktisk hjælp) og madservice er 5 arbejdsdage. For tekniske og personlige hjælpemidler er sagsbehandlingsfristen 4 uger, med mindre sagen involverer 3. part, i så fald er sagsbehandlingstiden fastsat til 8 uger. For udskiftning af personlige hjælpemidler er sagsbehandlingsfristen 1 uge.

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

I figuren på nedenfor vises andelen af sager, der er blevet behandlet inden for sagsbehandlingsfristerne på de enkelte områder af hjemmeplejen.

Figur 12 – Sagsbehandlingstider på hjemmeplejeområdet



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

I 2012 blev der behandlet 3.606 sager om hjemmepleje og madservice. 87 % af sagerne om personlig pleje, 87 % af sagerne om praktisk hjælp og 90 % af sagerne om madservice blev behandlet inden for sagsbehandlingsfristen på 5 arbejdsdage.

Der blev i 2012 behandlet 22.604 sager vedrørende hjælpemidler. 76 % af sagerne om tekniske hjælpemidler og 86 % af sagerne om personlige hjælpemidler blev behandlet inden for sagsbehandlingsfristerne.

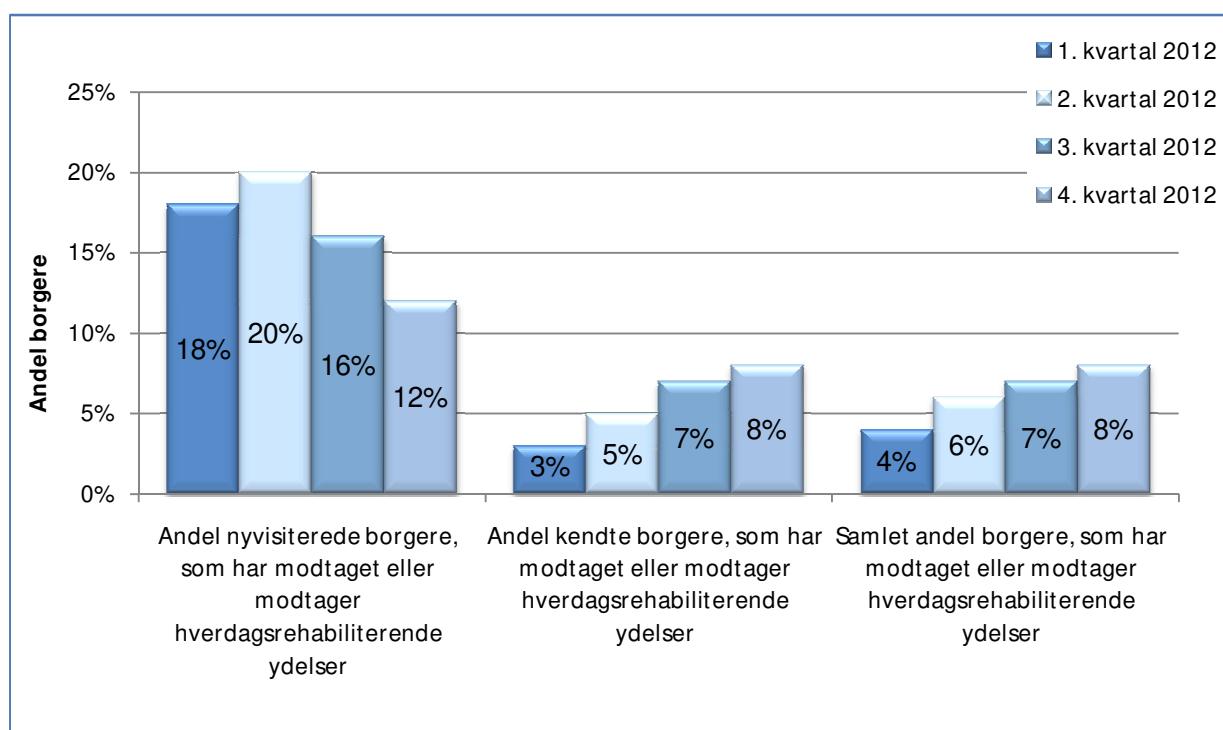
Forvaltningen indfrier dermed målsætningen om at mindst 80 % af sagerne behandles inden for tidsfristerne, bortset fra sagsbehandlingsfristen for tekniske hjælpemidler. Forvaltningen iværksatte i 2012 særlige tiltag for at nedbringe sagsbehandlingstiderne for tekniske hjælpemidler. Disse indsatser har haft en positiv effekt på sagsbehandlingstiderne. Således blev sagsbehandlingsfristerne overholdt i 73 % af sagerne i 1. kvartal, mens andelen steg til 83 % i 4. kvartal.

## Aktiverende ydelser

Med Reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* har Sundheds- og Omsorgsudvalget vedtaget en vision om aktiv hjælp frem for passiv hjælp. Det betyder blandt andet, at kommunen vil hjælpe og træne de ældre til at klare dagligdagen selv.

Som led i dette arbejde blev hverdagsrehabilitering på praktisk hjælp implementeret i kvalitetsstandarderne i 2012. Figuren nedenfor viser, hvordan det er gået med brugen af hverdagsrehabilitering.

Figur 13 – Brug af hverdagsrehabiliterende ydelser blandt nyvisiterede og kendte borgere



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.

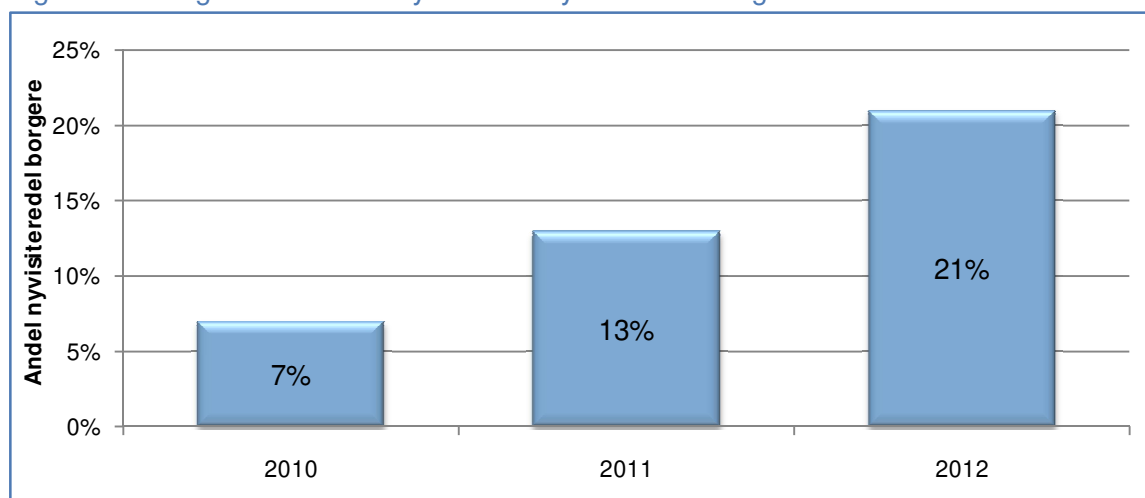
Note: Nyvisiterede borgere (førstegangshenvendende) er borgere, der i mindst 12 måneder ikke har modtaget ydelser inden for personlig pleje, praktisk hjælp eller hverdagsrehabiliterende ydelser.

I løbet af 2012 er andelen af borgere, der har modtaget hverdagsrehabilitering, steget fra 4 % (1. kvartal) til 8 % (4. kvartal). Udviklingen går dermed i den rigtige retning. Andelen af de *nyvisiterede* borgere, som har modtaget eller modtager hverdagsrehabiliterende ydelser, er faldet fra 18 % i 1. kvartal 2012 til 12 % i 4. kvartal 2012.

Faldet i andelen af nyvisiterede borgere i løbet af 2012 kan, jf. forvaltningens evaluering af hverdagsrehabilitering i 2012, til dels forklares ved indførelse af paradigmeskiftet fra passiv til aktiv samt tilfældige udsving. Forvaltningen vurderer, at der er borgere, som har henvendt sig telefonisk med henblik på at få hjælp, men som efter at være blevet vejledt om kommunens nye politik om aktiverende hjælp beslutter ikke at ansøge om praktisk hjælp. Disse borgere registreres ikke.

Det er endvidere en indikator i sundhedspolitikken *Længe Leve København*, at andelen af nyvisiterede borgere, der modtager aktiverende ydelser, skal stige fra 7 % (ultimo 2010) til 20 % i 2014. I figuren nedenfor er vist andelen af nyvisiterede borgere, som er visiteret til én eller flere aktiverende ydelser.

Figur 14 – Brug af aktiverende ydelser til nyvisiterede borgere



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

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

Note: Aktiverende ydelser omfatter spisetilbud, hverdagsrehabilitering (træning ved hjælp, ergonomisk vejledning), turkøb, hverdagsrehabiliterende projekter.

Andelen af nyvisiterede borgere, der er visiteret til aktiverende ydelser, er steget markant i perioden. Hvor andelen i 2010 var på 7 %, er den i 2012 steget til 21 %. Målsætningen for 2014 er således nået i 2012.

En stor del af stigningen skyldes, at der er kommet et betydeligt større udvalg af aktiverende ydelser i 2012. Hverdagsrehabilitering er i 2012 blevet en integreret del af kvalitetsstandarderne, og fra 2011 til 2012 er der sket en fordobling i antallet af spisesteder under ydelsen "spisetilbud".

## Medarbejderkontinuitet

Sundheds- og Omsorgsudvalget har besluttet at målrette indsatsen for at nedbringe antallet af forskellige hjælpere mod borgere, der modtager hjemmepleje i op til 12 timer om ugen. Målet er, at 2 ud af 3 besøg (66 %) varetages af borgers primære eller sekundære hjælpere. Endvidere er der i *Aktiv og Tryk Hele Livet* fastsat et mål om, at alle ældre med behov for hjælp har et fast team af hjælpere.

Nedenfor illustreres, hvor stor en andel af besøgene i hjemmeplejen, der leveres af borgerens primære eller sekundære hjælpere.



## 4.3 EVALUERING AF HVERDAGSREHABILITERING

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen gennemførte to pilotprojekter om hverdagsrehabilitering i 2010-2011. En samlet evaluering af disse to projekter fra efteråret 2011 viste umiddelbart meget positive resultater, da borgerne opnåede en bedre funktionsevne og et højere aktivitetsniveau efter forløbet, samtidig med at kommunens udgifter til borgerne faldt.

I de to pilotprojekter var det frivilligt for borgerne at deltage, og tilbuddene dækkede både praktisk hjælp og personlig pleje. Fra 2012 er hverdagsrehabilitering til praktisk hjælp integreret i kvalitetsstandarderne for ældreområdet, og er dermed blevet et bydækkende tilbud til alle ældre borgere i Københavns Kommune.

I 2012 gennemførte forvaltningen en evaluering, som havde to fokusområder: dels at måle *langtidseffekten* af pilotprojekterne, dels at måle den *umiddelbare effekt* af de forløb, der var sat i gang i 2012.

**Evalueringen af langtidseffekten af pilotprojekterne** viser, at hverdagsrehabilitering har en positiv effekt på borgernes aktivitetsniveau og funktionsevne 12 til 18 måneder efter, at forløbet stopper. Samtidig bliver 60 % af borgerne helt eller delvist selvhjulpne op til et år efter endt forløb. Pilotprojekterne har også medført en økonomisk gevinst i form af en reduktion i udgifter til hjemmepleje. For nye borgere blev udgifterne reduceret med 57 %, og det niveau blev fastholdt 12 måneder efter. For kendte borgere blev udgifterne reduceret med 20 %, men efter 12 måneder var udgiften igen på niveau med, hvad den var fra starten.

**Evalueringen af forløbene igangsat i 2012** viser, at forløbene har en positiv effekt på borgernes aktivitetsniveau og funktionsevne umiddelbart efter, at forløbene er afsluttet. Evalueringen viser også, at det lykkedes at gøre størstedelen af borgerne helt eller delvist selvhjulpne. Ud af 554 borgere er 57 % blevet helt eller delvist selvhjulpne ved forløbets afslutning.

## 4.4 BRUGERUNDERSØGELSE 2012

### Hjemmepleje

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen gennemførte i oktober 2012 den årlige brugerundersøgelse blandt modtagere af hjemmepleje. Undersøgelsens fokus var som i 2011 på brugernes tilfredshed, trivsel i hverdagen samt oplevet udbytte af forvaltningens ydelser.

Brugerundersøgelsens resultater viser, at langt de fleste brugere samlet set er tilfredse med den hjemmepleje, de modtager. Den samlede tilfredshed ligger på samme niveau som i 2011 og 2010. I lighed med i 2011 tegner der sig i 2012 et billede af, at brugerne er lidt mere tilfredse med den personlige pleje end den praktiske hjælp.

Brugerne er samlet set meget tilfredse med hjælperne og den personlige kontakt til hjælperne, mens de er lidt mindre tilfredse med antallet af forskellige hjælpere, som kommer hos dem. Der er imidlertid sket en positiv udvikling, således at en større andel er tilfreds med antallet af forskellige hjælpere sammenlignet med 2011.

Andelen af brugere, som føler sig uønsket alene, er uændret i forhold til 2011. Igen er det 8 % af

hjemmeplejemodtagerne, som svarer, at de oplever det "ofte" og 16 %, som svarer "en gang imellem".

16 % af de brugere, som har kommunal leverandør, har svaret, at de har overvejet at skifte til en privat leverandør.

### Kendskab og holdning til aktiverende og trænende hjælp

I undersøgelsen er der stillet en række spørgsmål omkring brugernes holdning til samt udbytte af de aktiverende ydelser.

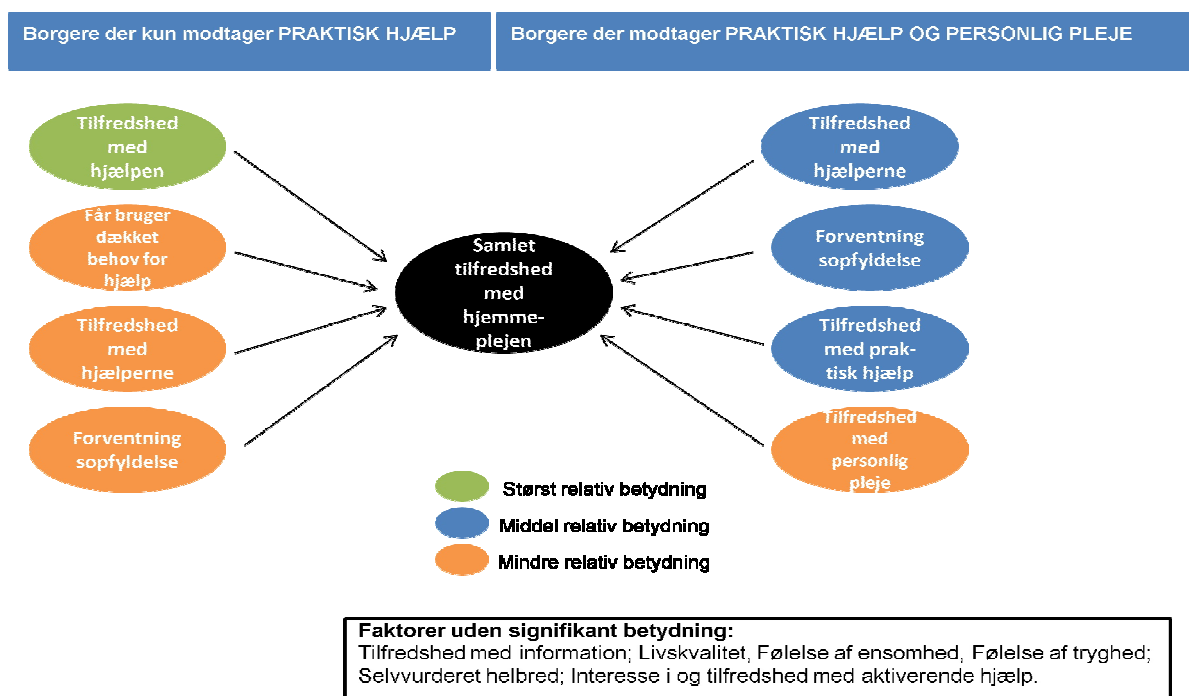
17 % af de brugere, som får praktisk hjælp, men ikke tillige modtager aktiverende ydelser, svarer, at de gerne vil have aktiverende hjælp med henblik på at kunne klare flere praktiske ting selv - eksempelvis rengøring og tøjvask. 77 % svarer, at de ikke ønsker aktiverende hjælp til praktiske formål. Når det drejer sig om aktiverende hjælp til igen at kunne klare personlig pleje, svarer 24 % af de, der i dag får hjælp til personlig pleje, at de godt kunne tænke sig aktiverende hjælp til ydelsen for at blive mere selvhjulpne. Spørgsmålet om, hvorvidt brugerne ønsker at modtage aktiverende ydelser, er ligeledes stillet til dem, som *ikke* får hjælp til de pågældende ydelser. Her svarer en væsentlig større andel (henholdsvis 46 % og 47 %), at de - hvis de en dag skulle få brug for disse ydelser - ville ønske at modtage aktiverende hjælp til praktisk hjælp og personlig pleje for igen at kunne klare opgaverne selv.

### Faktorer med betydning for brugertilfredshed

Udover borgernes vurdering af, hvad hjemmeplejen gør godt og mindre godt, er det væsentligt at vide, hvad der er vigtigt for borgerne, når de modtager hjemmepleje. Således kan forvaltningen målrette kvalitetsudviklingsindsatser på de områder, hvor det har størst betydning for borgerne.

Nedenstående figur viser de faktorer, der har relativt størst betydning for hjemmeplejemodtagernes tilfredshed med hjemmeplejen. I figuren er borgerne delt i to grupper, nemlig borgere, der kun modtager praktisk hjælp, og borgere der modtager både praktisk hjælp og personlig pleje.

Figur 16 – Faktorer der driver tilfredsheden med hjemmeplejen



### Uddybning af faktorer med betydning for tilfredshed

For de brugere, der kun modtager praktisk hjælp, er det tilfredsheden med selve hjælpen, der har relativt størst betydning for den samlede tilfredshed. Relativt lidt mindre betydning har det, om brugernes mener, at de får den hjælp, de har brug for, om de er tilfredse med hjælperne samt om hjemmehjælpen har levet op til borgernes forventninger. For brugere, der både modtager personlig pleje og praktisk hjælp, er det tilfredsheden med hjælperne, graden af forventningsopfyldelse samt tilfredsheden med den praktiske hjælp, der har størst betydning for tilfredsheden.

### Visitation

Forvaltningen gennemførte i oktober 2012 en brugerundersøgelse af visitationsområdet. De borgere, som indgik i undersøgelsen, havde været i kontakt med visitationen indenfor den seneste måned.

Undersøgelsen giver overordnet et billede af, at størstedelen – 80 % – af brugerne er tilfredse med visitationen. Tilfredsheden er imidlertid faldet fra 2011 til 2012 på en lang række parametre. Der ses således et fald i tilfredsheden med selve afgørelsen i typer af hjælp, samt i endnu højere grad i forhold til omfanget af hjælp. Der ses ligeledes et fald i andelen, som svarer, at de er i stand til at klare hverdagen med den hjælp, de har fået bevilget, samt i andelen der oplever, at deres forventninger til visitationen er indfriet.

Faldet i tilfredshed afspejler formentlig kommunens ændring i serviceniveau fra januar 2012, hvor der visiteres til aktiverende ydelser sammen med den praktiske hjælp.

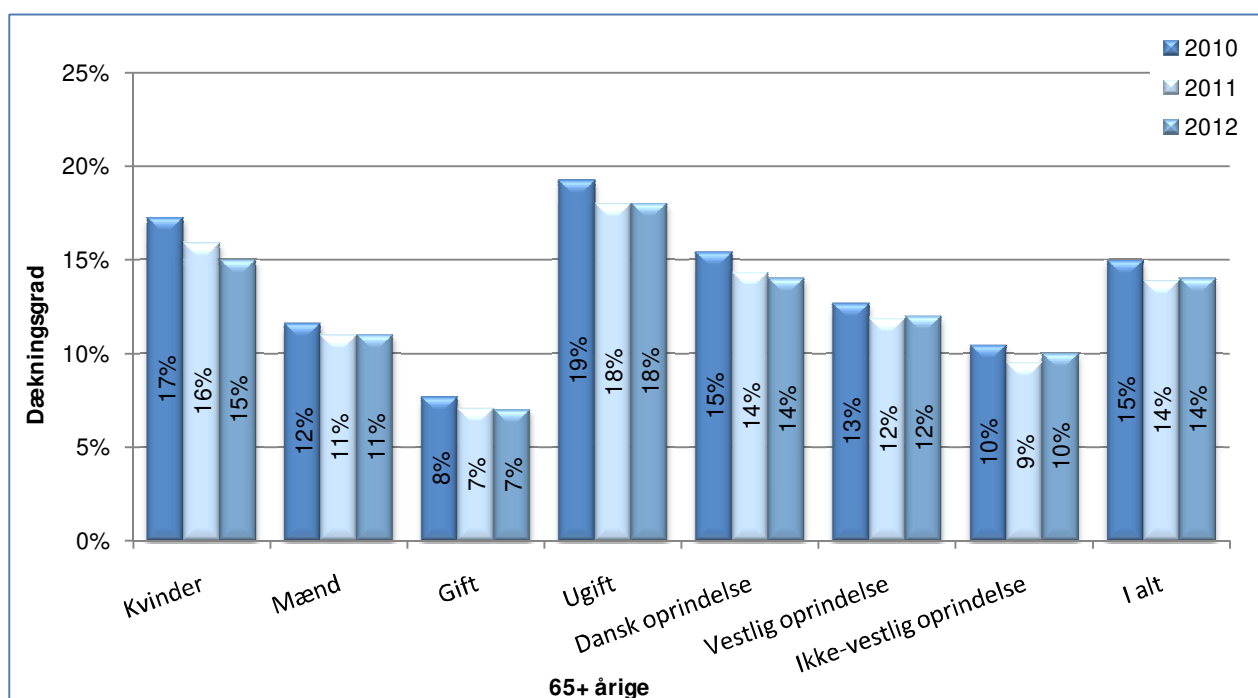


## KAPITEL 5: SYGEPLEJE

I kapitlet gennemgås sygeplejeområdet og de politiske mål på området. Kapitlet indeholder oplysninger om antallet af borgere, der modtager sygepleje, hvilke sygeplejeydelser de modtager, samt antal borgere, der benytter sygeplejeklinikker.

### 5.1 SYGEPLEJEN I TAL

Figur 17 – Andel brugere af hjemmesygepleje blandt borgere i alderen 65+ fordelt på køn, civilstand og etnisk herkomst



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

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

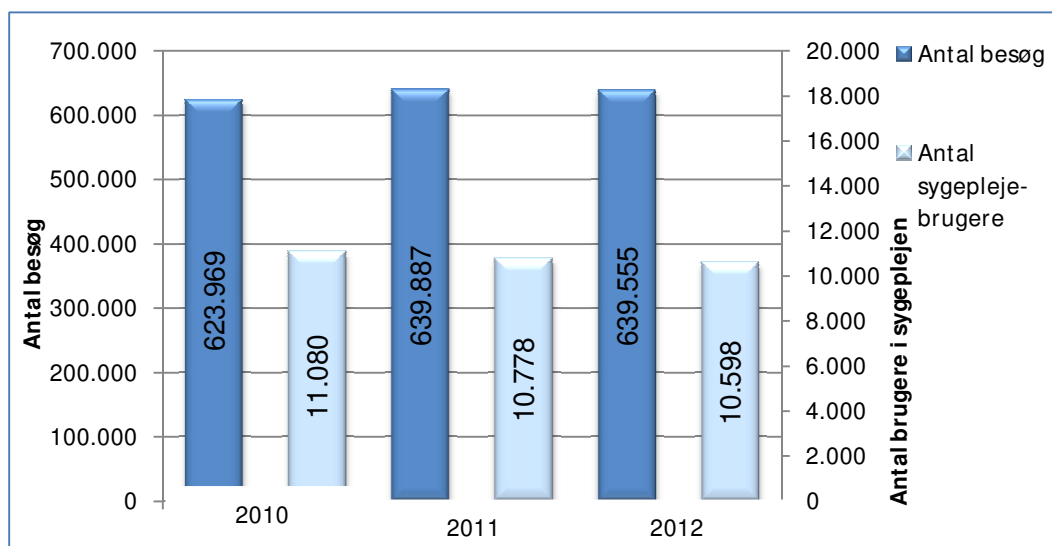
Note: Personer med dansk oprindelse er personer - uanset fødested - der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Vestlige lande omfatter Norden, EU-landene samt Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand.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

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

I alt modtog 14 % af borgerne i alderen 65+ år sygepleje i løbet af 2012 mod 15 % i 2010.

Dækningsgraden er 15 % for kvinder og 11 % for mænd, hvilket skal ses i sammenhæng med, at der er markant flere kvinder end mænd i aldersgruppen 80+, som generelt har det største plejebæbehov.

Figur 18 – Sygeplejebesøg og sygeplejebrugere



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

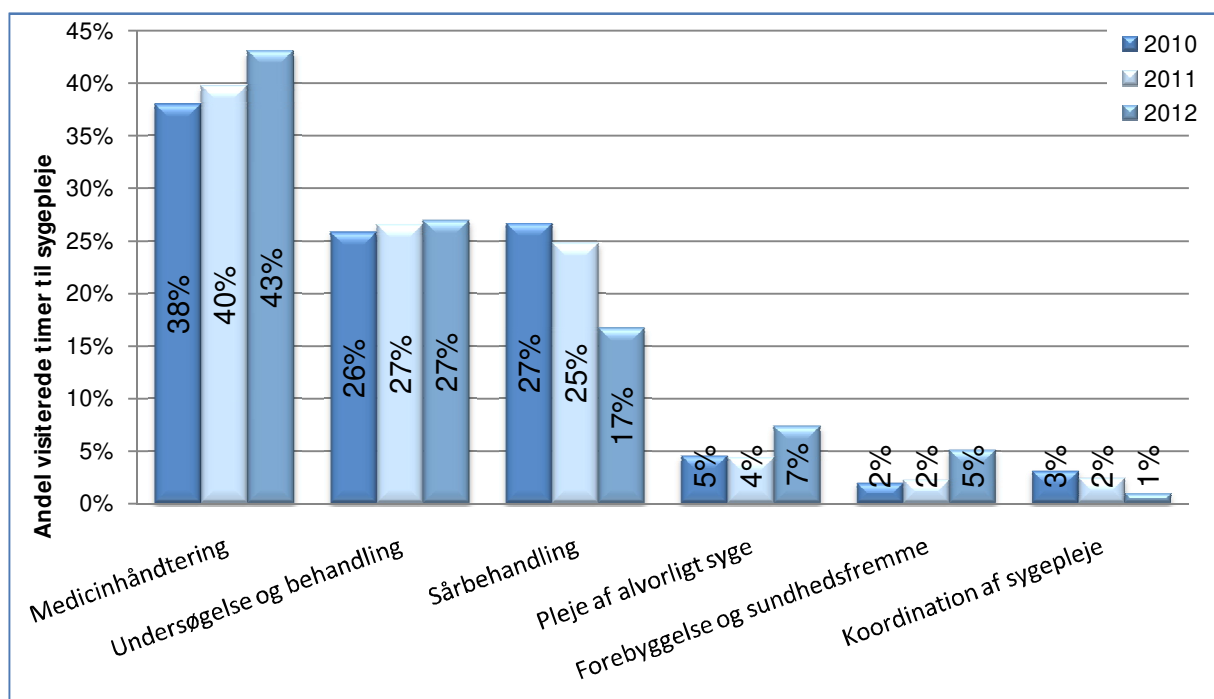
Note: I nogle lokalområder har aftenhjemmeplejen indtil 2012 været organiseret sådan, at hjemmepleje og sygepleje blev leveret af den samme gruppe. Besøg fra disse grupper er ikke inkluderet i opgørelsen, da data ikke kan adskilles i Københavns Omsorgs System (KOS). Natplejen og Døgnbasen er ikke inkluderet.

Note: Borgere, der er inaktive i hele perioden, indgår ikke i opgørelsen.

I 2012 modtog 10.598 borgere sygepleje. Det er et fald på 4 % siden i 2010. I samme periode er antallet af besøg i sygeplejen steget med 2,5 %. I 2010 var det gennemsnitlige antal besøg per bruger 56 besøg, i 2012 var det 60 besøg. Dette indikerer formentlig en øget kompleksitet og et øget plejebæbehov blandt de borgere, som modtager sygepleje.

Figur 19 – Sygeplejeydelser

Figuren viser, hvor store andele de forskellige kategorier af sygeplejeydelser udgør af det samlede antal visiterede timer til sygepleje.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Note: Ydelserne er kategoriseret efter 'Ydelseskataloget for sygepleje 2012'.

Der er i alt visiteret 210.382 timer til sygepleje i 2012. Størstedelen (43 %) af de visiterede timer til sygepleje består af ydelser i kategorien "medicin håndtering". De næststørste typer ydelser er i kategorierne "undersøgelse og behandling" (27 %) og "sårbehandling" (17 %).

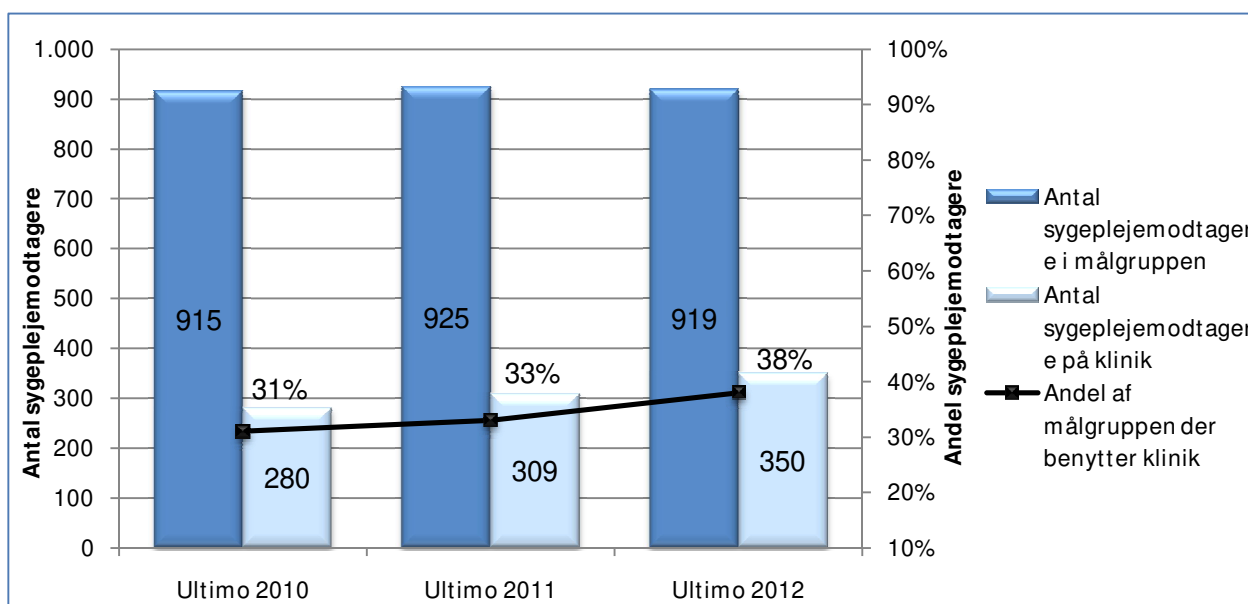
Andelen af visiterede timer til "sårbehandling" er faldet med 10 %-point siden 2010. Det faldende antal timer til sårbehandling kan hænge sammen med, at der sker færre skift af forbindinger på grund af sygeplejerskernes øgede viden om sårbehandling samt en øget brug af telemedicin.

## 5.2 STATUS PÅ POLITISKE MÅL PÅ SYGEPLEJEOMRÅDET

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i 2009-2011 etableret sygeplejeklinikker, så alle lokalområder nu har mindst én sygeplejeklinik. Sundheds- og Omsorgsudvalgets mål har frem til 2013 været, at 90 % af de borgere, der fysisk og psykisk er i stand til at møde op på sygeplejeklinik, skal modtage sygepleje på klinik.

Figur 20 – Borgere i sygeplejeklinik

Figuren viser både antal borgere i målgruppen for sygeplejeklinik samt antal borgere, der benytter sygeplejeklinik.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Note: Forvaltningen har til brug for opgørelse af nøgletallet defineret målgruppen for sygeplejeklinikker som: sygeplejemodtagere, der modtager under 4 timers personlig og praktisk hjælp om ugen, og samtidig ikke modtager indkøbsordning og/eller medicindosering.

Note: Borgere, der kommer i en sygeplejeklinik, behøver ikke nødvendigvis at indgå i målgruppen.

Antallet af borgere, der benyttede en sygeplejeklinik, er steget fra 280 borgere ved udgangen af 2010 til 350 borgere ved udgangen af 2012. Det svarer til, at 38 % af borgerne i målgruppen benytter klinikkerne i 2012, hvilket er en stigning fra 31 % i 2010. Selvom udviklingen således går den rigtige vej, er der stadig et stykke vej til at nå målsætningen om, at 90 % af borgerne i målgruppen skal benytte sygeplejeklinik.

I erkendelse af, at det har været vanskeligt at fastlægge målgruppen for sygeplejeklinikkerne, har Sundheds- og Omsorgsudvalget valgt at revidere målet for sygeplejeklinikker. Målet for 2013 fokuserer således ikke mere på fastlæggelsen af en målgruppe, men på, at der er tilstrækkeligt antal besøg til at finansiere driften af sygeplejeklinikker.

## 5.3 KVALITETSPROGRAMMET

Fra februar 2012 til februar 2013 gennemførte Sundheds- og Omsorgsforvaltningen et Kvalitetsprogram. Programmets fokus var basiskvaliteten i hjemme- og sygeplejen, og opgaven var at finde løsninger på de brist i basiskvaliteten, som tilsyn og interne kvalitetskontrol pegede på i slutningen af 2011.

Kvalitetsprogrammets indsatsområder var medicin, tidlig opsporing, faglig ledelse og faglige standarder. Arbejdsmetoden har været at opnå resultater gennem et tæt samarbejde med lokalområderne og effektive udviklings- og afprøvningsprocesser i lokale "laboratoriegrupper". I laboratoriegrupperne har medarbejdere og ledere i hjemmepleje og sygeplejegrupperne været med til at finde årsager til kvalitetsbrist samt pege på og afprøve konkrete løsninger.

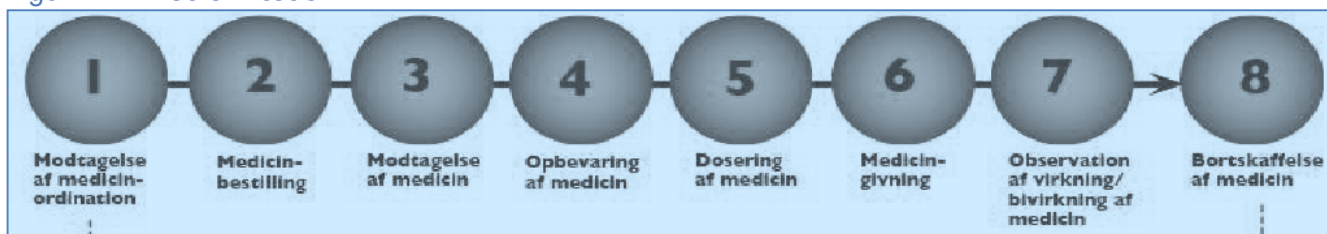
Nedenfor følger en overordnet status på programmets indsatsområder.

### Medicin

Hjemmesygeplejen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ansvaret for at dosere medicin til ca. 3300 borgere. Mange af disse borgere får meget forskellig medicin, og medicineringen ændres ofte. Arbejdet kræver ro og struktur for at sikre, at medicinbehandlingen bliver rigtig, men udfordres ofte af uro, afbrydelser, manglende struktur og dårlige pladsforhold.

Kvalitetsprogrammets indsats på medicinområdet blev indledt med at gennemføre en bydækkende medicinaudit i april-juni 2012. Resultaterne fra medicinauditten viste kvalitetsudfordringer i alle led af medicinkæden og i dokumentationen af medicinbehandlingen:

Figur 21 – Medicinkæden



Resultaterne af medicinauditten er blevet anvendt lokalt i kvalitetssikring af medicinbehandlingen og dokumentation. Desuden har resultaterne dannet grundlag for udarbejdelse af den bydækkende medicinvejledning og instrukser, input til udviklingen af KOS II og 'dokumentation på farten' samt i udviklingen af et 'virtuelt medicinrum', som er en kasse, der understøtter, at medicinen opbevares sikkert og opryddet.

### Tidlig opsporing

Opsporing handler om, at medarbejderne i hjemme- og sygeplejen i samarbejde med borgerne observerer, når borgerens situation ændrer sig, og at observationer følges op af kommunikation og handling. På den måde kan en indsats for tidlig opsporing være med til eksempelvis at forebygge, at ændringer i hverdagslivet udvikler sig til social isolation, eller at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser.

I laboratoriegruppen er der blevet udviklet og afprøvet en række redskaber til at forbedre tidlig opsporing. Afprøvningen af redskaberne har vist, at når medarbejderne gives konkrete redskaber til at formidle deres observationer, understøttes det faglige blik for forandringer i borgerens situation.

Afprøvningen viste samtidig, at faglig ledelse er et vigtigt element i tidlig opsporing, og den understregede, hvor vigtigt det er at have aftaler om arbejdsgange, ansvar og tilbagemeldinger.

### Faglig ledelse

Foranalysen til Kvalitetsprogrammet pegede på ledelse som et vigtigt fundament for at kunne løfte basiskvaliteten i hjemme- og sygeplejen. Fællesnævneren for faglig ledelse har været målet om at sikre medarbejdernes mulighed for kvalificeret og tilstrækkelig faglig supervision og sparring. Afprøvningsresultaterne i Kvalitetsprogrammet har blandt andet afdækket ledelse af faglighed, når gruppeledere tager på besøg i borgers hjem samt under møder med medarbejderne.

Forsøgene med forskellige typer af gruppeleders besøg i hjemmet viser, at besøgene har en overordentlig positiv værdi som fagligt ledelsesværktøj både i hjemmeplejen og i sygeplejen. Erfaringerne fra afprøvningsresultaterne er blevet anvendt til at udvikle et redskab, der tydeliggør, hvilken type besøg i borgers hjem, man skal gennemføre afhængigt af formålet med den faglige ledelse. Arbejdet i Kvalitetsprogrammet er samtidig mundet ud i et redskab, der kan anvendes, når der lægges lokale planer for fremtidig mødestruktur.

### Faglige standarder

Faglige standarder er et andet centralt arbejdsredskab for medarbejdere i hjemme- og sygeplejen. Foranalysen til Kvalitetsprogrammet viste dog, at omfanget af standarder i forvaltningen var uensartet, at de var svære at finde, samt at de ikke nødvendigvis var opdaterede. Det har betydet, at lokalområderne kun i mindre omfang har haft fælles faglige standarder inden for alle fagområder, samt at lokalområderne både har brugt lokale og fælles faglige standarder.

I sommeren 2012 afprøvede en laboratoriegruppe PPS – Praktiske Procedurer i Sygeplejen. PPS er en database med evidensbaserede standarder for sygeplejen. Konklusionen på afprøvningen var, at medarbejdere og ledere var meget tilfredse med PPS, fordi det sikrer systematisk og let tilgængelig adgang til fælles faglige standarder.

## 5.4 BRUGERUNDERSØGELSE 2012

I oktober 2012 spurgte forvaltningen 982 hjemmeplejemodtagere, der samtidig modtog sygepleje fra kommunen, om deres vurdering af sygeplejen. 91 % af borgerne oplyste, at de modtog sygepleje i hjemmet, 5 % modtog sygepleje på klinik, mens 4 % både modtog sygepleje både i hjemmet og på klinik.

Undersøgelsen viste, at borgerne generelt er meget tilfredse med den behandling, de modtager fra sygeplejen. 77 % af borgerne oplever, at de bliver inddraget i passende omfang i de beslutninger, der træffes om deres sygeplejebehandling, mens 9 % oplever, at de bliver inddraget for lidt.

Uddybende statistiske analyser viser, at der ikke er forskel i tilfredsheden mellem borgere, der har modtaget sygepleje i hjemmet, og borgere der har modtaget sygepleje på klinik. Der er ligeledes ingen forskel i tilfredshed på tværs af lokalområder.

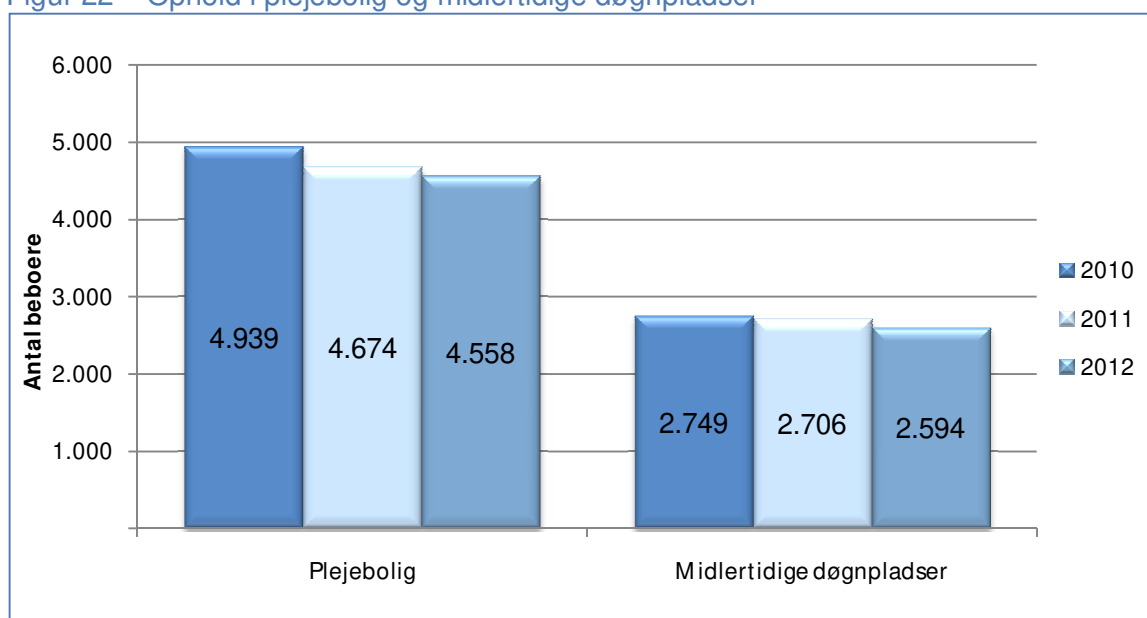
## KAPITEL 6: PLEJEBOLIGER

I *kapitlets første del* gennemgås tal både for brugen af plejeboliger i kommunen og for de borgere, der beboer plejeboligerne. I *kapitlets anden del* gøres status på opfyldelsen af de politiske og administrative mål, der er sat på plejeboligområdet.

### 6.1 PLEJEBOLIGOMRÅDET I TAL

Figuren nedenfor viser antal ophold i plejeboliger og på midlertidige døgnpladser i hhv. 2010, 2011 og 2012.

Figur 22 – Ophold i plejebolig og midlertidige døgnpladser



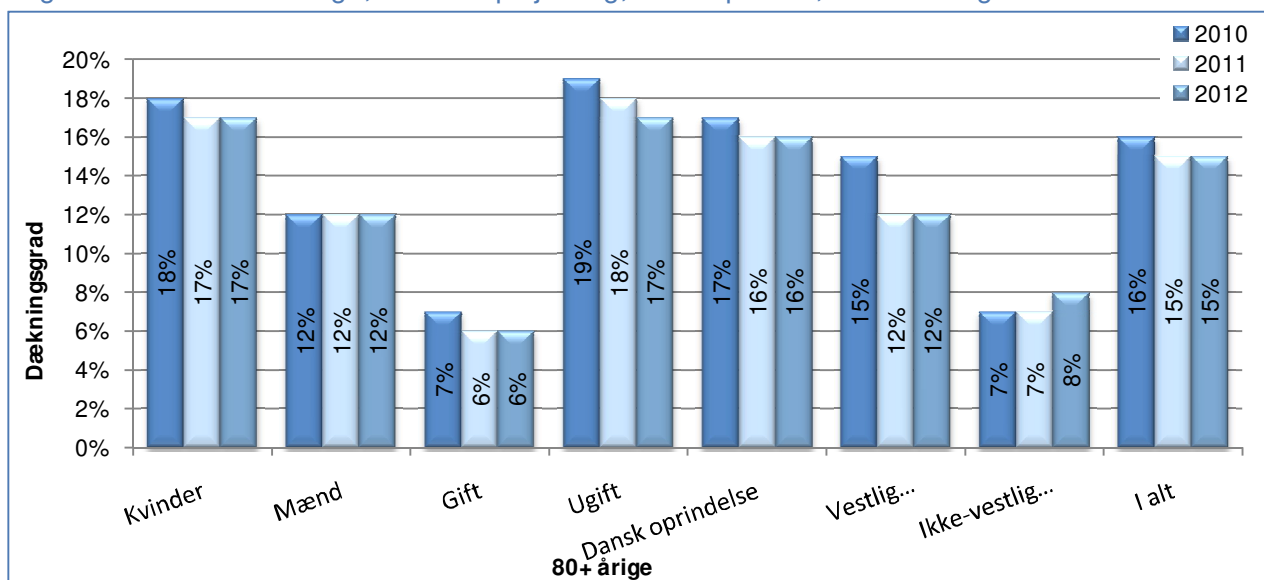
Kilde: VI-systemet

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

Antallet af beboere med ophold i plejebolig er faldet i perioden 2010-2012. Således boede 4.939 borgere i plejebolig i løbet af 2010, mens 4.558 borgere boede i plejebolig i løbet af 2012 – et fald på 8 %. Faldet i antal beboere med 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 beboere med ophold på midlertidige døgnpladser, (akutplejeadsler, rehabiliteringspladser samt øvrige tidsbegrænsede aflastningspladser) er i samme periode faldet med 6 %.

Figur 23 – Andel 80+-årige, 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, længstlevende af to partnere, fraskilt og opløst partnerskab).

I 2012 boede 15 % af de københavnske borgere i alderen 80+ år i en plejebolig – dækningsgraden har ligget stabilt i perioden 2010-2012.

Dækningsgraden er højst for kvinder, ugifte og borgere med dansk oprindelse, hvor den ligger mellem 16 % og 17 %. Halvt så mange (8 %) af københavnske borgere i alderen 80+ år med ikke-vestlig oprindelse bor i en plejebolig.

### Moderniserede plejeboliger

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.

Andelen af beboere i plejeboliger, der bor i nye eller moderniserede plejeboliger bygget efter almenboliglovens bestemmelser, er steget fra 37 % ved udgangen af 2010 til 47 % ved udgangen af 2012.



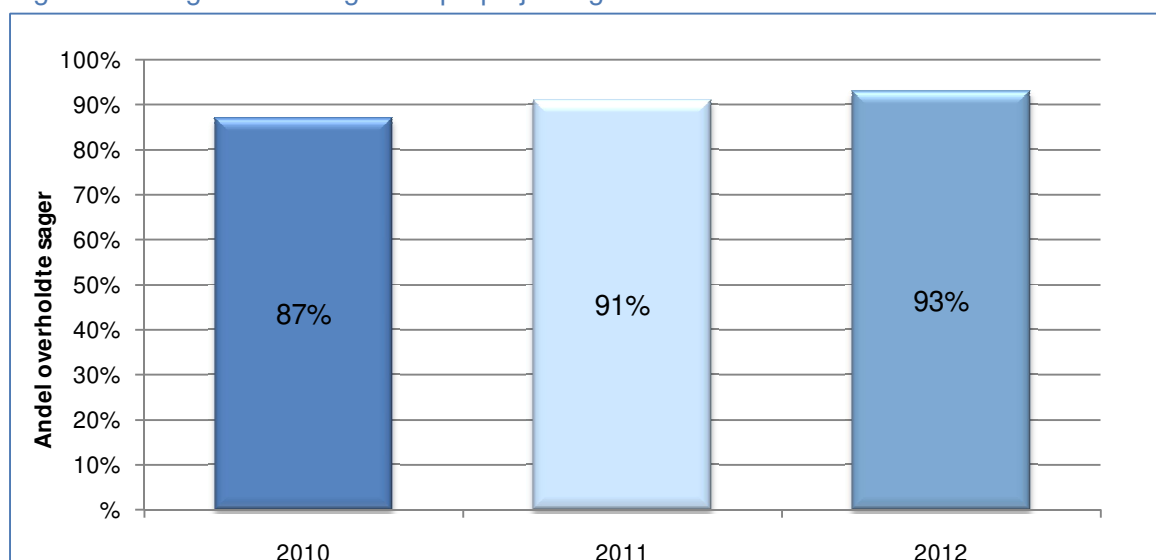
## 6.2 STATUS PÅ POLITISKE MÅL FOR PLEJEBOLIGER

### Sagsbehandlingstider

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt, at sager om ansøgning til plejebolig skal behandles inden for 21 hverdage. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har fastlagt et mål om, at denne sagsbehandlingsfrist skal overholdes i mindst 80 % af sagerne (jf. anbefaling i vejledning til retssikkerhedsloven).

I 2012 behandlede forvaltningen 478 ansøgninger om plejebolig. Nedenstående figur viser andelen af disse sager, der er blevet behandlet inden for sagsbehandlingsfristen. Desuden fremgår andelen af sager, der i 2010 og 2011 blev behandlet inden for sagsbehandlingsfristen.

Figur 24 – Sagsbehandlingstider på plejeboligområdet



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Note: I 2010 og 2011 var sagsbehandlingsfristen 15 arbejdsdage. I 2012 er dette ændret til 21 hverdage.

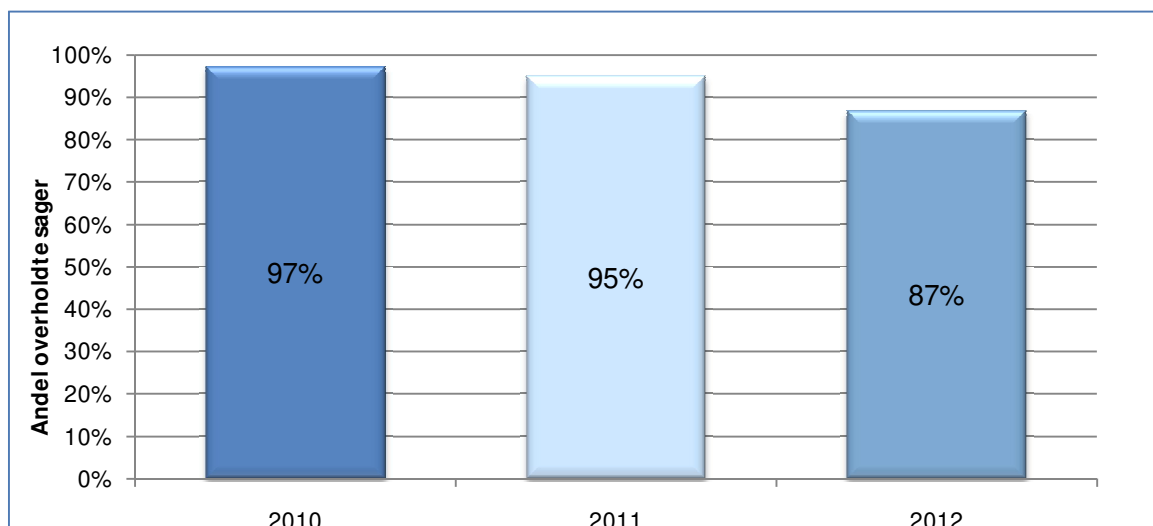
I 2012 blev 93 % af sagerne afsluttet rettidigt. Dermed er målet, om overholdelse af sagsbehandlingsfristerne i mindst 80 % af sagerne, klart indfriet.

### 4-ugers garanti

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastsat et mål om, at alle godkendte borgere skal have 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.

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

Figur 25 – 4-ugersgarantien for plejeboliger



Kilde: VI-systemet

I 2012 var 579 ansøgere omfattet af 4-ugersgarantien. Som det ses af figuren, er andelen af sager, hvor 4-ugers garantien er overholdt, faldet med 10 %-point siden 2010. I 2012 modtog 87 % de borgere, der var omfattet af garantien, således tilbud om en plejeboligplads inden for 4 uger. 74 ansøgere fik ikke svar inden for tidsfristen, men alle borgere fik tilbudt bolig efter højst 39 dage. Det vil sige, at 4-ugersgarantien for denne gruppe borgere højst blev overskredet med 11 dage, ofte blot et par dage. Forvaltningen overholder i alle tilfælde den lovbestemte 8-ugers garanti.

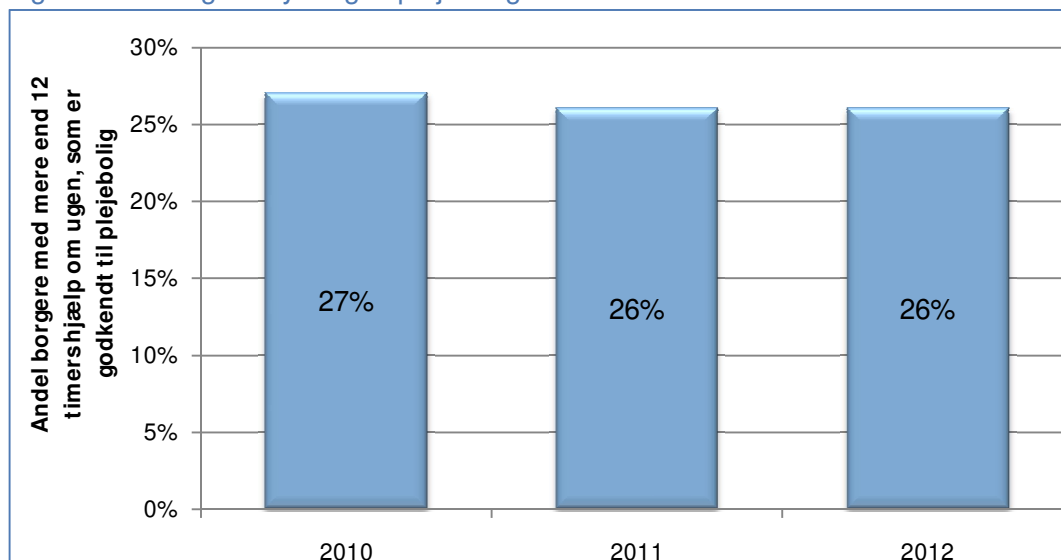
Årsagen til faldet i andelen af sager, der overholder 4-ugersgarantien, er at der i 2012 har været flere borgere tilmeldt 4-ugers garantien, samt at der har været pres på plejeboligerne som følge af moderniseringsplanen. Da presset på plejeboliger er aftaget, forventer forvaltningen, at andelen vil stige igen i 2013. Det kan tilføjes, at forvaltningen opgjort i antal har anvist flere borgere inden for 4 uger i 2012 sammenlignet med 2011.

### Tidligere dialog og flytning til plejebolig

I reformprogrammet *Aktiv og Tryk Hele Livet* er der fastsat et mål om, at svage ældre skal flytte tidligere i plejebolig. Som led i opfyldelsen af dette mål har Københavns Kommune besluttet at starte dialogen om flytning på plejebolig med ældre, der modtager meget pleje, tidligere.

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

Figur 26 – Tidligere flytning til plejebolig



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

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

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

I løbet af 2012 havde 1.330 borgere mere end 12 timers hjælp om ugen. Heraf var 26 % blevet godkendt til plejebolig indenfor det seneste år. Denne andel har ligget på et nogenlunde stabilt niveau siden 2010.

Visitor skal så vidt muligt starte en dialog om flytning til plejebolig, når borgers funktionsevne begynder at falde og der gives personlig hjælp flere gange i døgnet. Borgere, der ikke kan se sig selv i en plejebolig, har ret til at vælge at forblive i eget hjem med fornøden hjælp fra hjemmeplejen. Pres på kapaciteten grundet ombygningen af plejeboliger har betydet, at det ikke har været muligt systematisk at starte dialogen med borgere, der modtager over 12 timers hjælp om ugen. Visitationen vurderer, at der har været dialog med de borgere, der modtager over 16 timers hjælp om ugen. Som det ses af figuren har dialogen med de mest plejkrævende borgere endnu ikke afspejlet sig i, at en større andel af de plejkrævende ældre borgere er flyttet i plejebolig. Presset på plejeboligerne er nu aftaget, og visitorerne vil derfor blive opfordret til at starte dialogen allerede når borgerne modtager mere end 12 timers hjælp om ugen. Derudover er det en stadig udfordring at motivere borgere, der ikke selv kan se sig selv i en plejebolig, til at søge en plejebolig.

### Aktiviteter for frivillige og pårørende

Med *Aktiv og Tryk Hele Livet* har Sundheds- og Omsorgsudvalget vedtaget, at alle plejeboliger i 2015 skal have aktiviteter for frivillige og pårørende. I 2012 var der 35 plejeboliger, der havde aktiviteter for frivillige og pårørende, hvilket er en stigning fra 31 i 2011 og 10 i 2010.

## 6.3 BRUGERUNDERSØGELSE 2012

I oktober 2012 gennemførte Sundheds- og Omsorgsforvaltningen den årlige brugerundersøgelse blandt beboerne på de københavnske plejeboligheder. Undersøgelsens fokus var først og fremmest beboernes tilfredshed med deres liv i plejebolig. Herudover indgik en række spørgsmål vedrørende beboernes trivsel i hverdagen.

### Undersøgelsens resultater – tilfredshed og trivsel

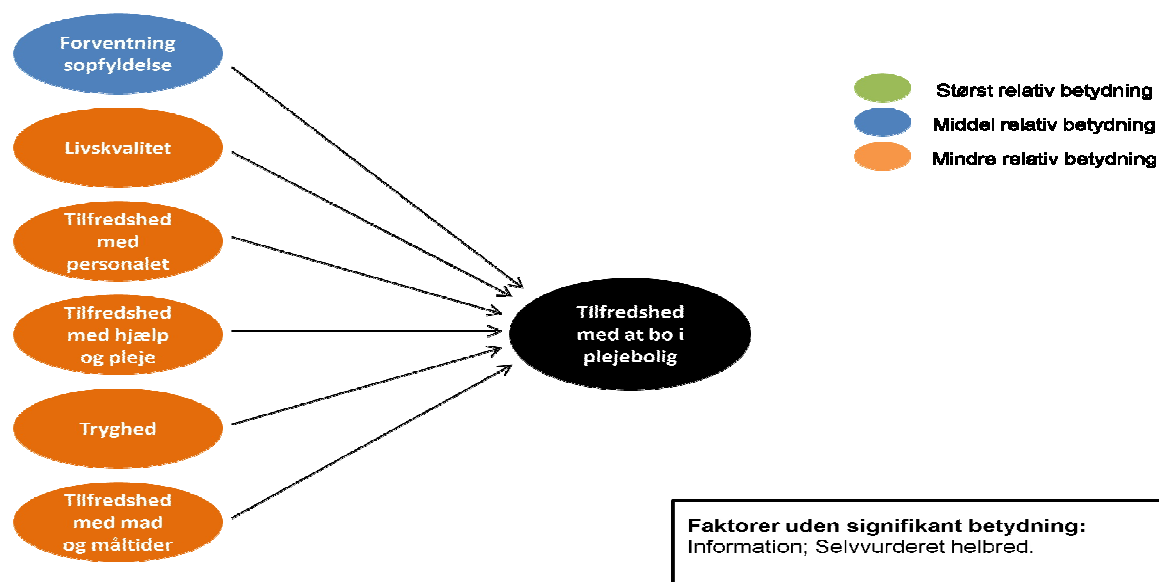
Undersøgelsen viser overordnet at beboerne, ligesom i 2011, er meget tilfredse med de rammer, som plejebolighederne udgør. Beboerne er overordnet tilfredse med deres bolig og med muligheden for at have gæster. Beboerne er tilfredse med personalet og føler de får den hjælp, de har brug for. På spørgsmålet om, hvorvidt beboerne er tilfredse med den personlig pleje og praktiske hjælp, viser resultatet en positiv udvikling i forhold til 2011. Beboerne er tilfredse med hjælpen til at blive vasket og til sygeplejereleterede opgaver som medicinindtagelse og sårpleje. Dog er tilfredsheden lidt lavere på spørgsmålet om ventetiden på personalet, ligesom en lidt lavere andel er tilfredse med rengøringen.

Endelig viser resultatet, at der er sket en halvering i andelen af beboere, som svarer, at de ofte eller en gang imellem føler sig uønsket alene - fra 23 % i 2011 til 12 % i 2012.

### Faktorer med betydning for brugertilfredshed

Udover beboernes vurdering af, hvad der er godt og mindre godt på plejebolighederne, er det væsentligt at vide, hvad der er vigtigt for beboerne.

Figur 27– Vigtigste faktorer bag beboernes overordnede tilfredshed



Analysen af mønstre i besvarelsene viser, at især forventningsopfyldelse har betydning for den samlede tilfredshed med at bo i plejebolig. Dette betyder, at i jo højere grad beboerne svarer, at de har fået indfriet deres forventninger, des mere tilfredse er de samlet set. Ligeledes viser analysen, at fem andre områder har betydning for den samlede tilfredshed, dog relativt mindre betydning end spørgsmålet om forventningsopfyldelse. Dette drejer sig om livskvalitet, tilfredshed med personalet, tilfredshed med hjælp og pleje, følelsen af tryghed samt endelig tilfredsheden med mad og måltider.

## KAPITEL 7: HJEMTAGNING, GENOPTRÆNING OG FOREBYGGELSE

Dette kapitel indeholder oplysninger om de tre områder hjemtagning, genoptræning og forebyggelse.

### 7.1 HJEMTAGNING

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har finansieringsforpligtelsen for færdigbehandlede patienters ventedage på hospitalerne. Ifølge Sundhedsaftalen 2011-2014 skal Københavns Kommune hjemtage færdigbehandlede patienter fra hospitalerne hurtigst muligt og senest 14 dage efter færdigbehandling.

Tabellen nedenfor 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.

**Tabel 3 – Ventedage efter færdigbehandling**

	2010	2011	2012	Udvikling ifht. 2010 (%)
Antal udskrivninger	31.600	31.793	32.694	3%
Udskrivninger uden ventedage	30.429	30.597	31.362	3%
<b>Udskrivninger med ventedage:</b>				
1-5 dage	591	601	552	-7%
6-14 dage	491	552	712	45%
15+ dage	89	43	68	-24%
<b>I alt udskrivninger med ventedage</b>	<b>1.171</b>	<b>1.196</b>	<b>1.332</b>	<b>14%</b>
<b>Antal ventedage i alt</b>	<b>10.464</b>	<b>10.953</b>	<b>12.813</b>	<b>22%</b>

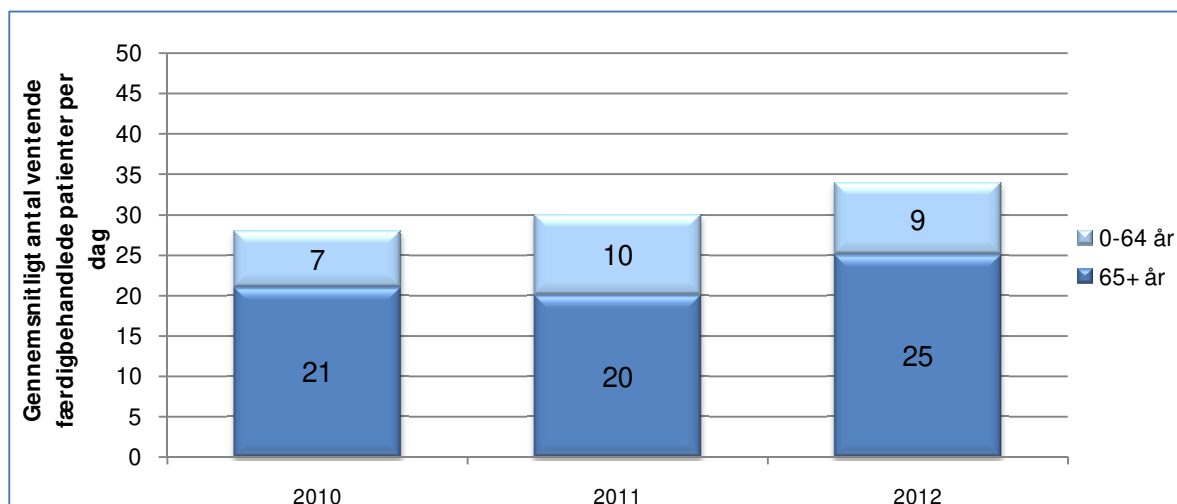
Kilde: e-Sundhed

Note: Der kan ske efterregistreringer af aktiviteten i 2012 helt frem til marts 2013.

68 borgere (5 %) ventede på hjemtagning i over 14 dage. Dette er et fald på 24 % i forhold til 2010. Forvaltningen er således kommet tættere på at opfylde sundhedsaftalens mål om maksimalt 14 dages ventetid for den enkelte patient. Der er imidlertid sket en stigning i det samlede antal af borgere, der venter på hjemtagning. I 2012 ventede 1.332 borgere på hjemtagning efter færdigbehandling på et hospital. En stigning på 14 % siden 2010. Sammenlignet med 2010 er antallet af borgere, der ventede mellem 6 og 14 dage, steget med 45 %.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har desuden fastlagt et mål om, at der i gennemsnit maksimalt må være 11 færdigbehandlede patienter per dag, der venter på hjemtagning. Figuren herunder viser det gennemsnitlige antal ventende færdigbehandlede patienter per dag, fordelt på borgere under og over 65 år.

Figur 28 – Antal ventende færdigbehandlede patienter per dag



Kilde: e-Sundhed

Det gennemsnitlige antal færdigbehandlede patienter per dag, der venter på hjemtagning, er 34 patienter i 2012, hvilket er en stigning fra 28 patienter i 2010. Heraf var der 25 65+-årige patienter, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ansvaret for at hjemtage. Antallet af 65+-årige færdigbehandlede patienter er steget fra 21 patienter per dag i 2010 til 25 patienter per dag i 2012. Kommunen lever derved ikke op til målsætningen om, at der maksimalt må vente 11 færdigbehandlede patienter per dag.

Løsningen på udfordringen med antal ventedage er ikke entydig. Forvaltningen har identificeret en række faktorer, der har indflydelse på det forhøjede antal ventedage, som udgør en stor udfordring for forvaltningen. Forklaringen på stigningen er blandt andet, at der på grund af moderniseringsplanen har været et ekstra stort pres på plejeboligpladserne i 2012, da en del plejeboliger lukkede ned, uden at der er skabt nye plejeboligpladser i samme tempo. Dette har givet en afsmittende effekt på de midlertidige døgnpladser. Borgere på en midlertidig plads, som venter på en plejeboligplads, har måttet blive længere på den midlertidige plads. Dermed bliver der færre midlertidige pladser til rådighed for de borgere, der venter på hospitalet.

Stort set alle de borgere, der opholder sig på hospitalet, efter at de er færdigbehandlede, venter på at få en midlertidig døgnplads. Det skyldes, at det vurderes, at de ikke umiddelbart vil kunne klare sig i hjemmet - selv med massiv støtte og hjælp fra kommunen. Der skal arbejdes med disse udfordringer på flere fronter. Dels skal det overvejes, om hjælpen i hjemmet kan tilrettelægges, således at flere borgere vil kunne klare sig i hjemmet. Dels skal det overvejes, om kapaciteten på de midlertidige døgnpladser kan anvendes mere effektivt, og hvorvidt antallet af pladser svarer til behovet. I forbindelse hermed ser forvaltningen på behovet for at tilpasse kapaciteten af de midlertidige døgnpladser.

Dette alene er dog ikke nok til at forklare stigningen. Det er forvaltningens oplevelse, at hospitalerne i nogle tilfælde melder patienter færdigbehandlede, der reelt ikke er klar til udskrivning. Ud fra dette perspektiv er tallene for antallet af ventedage ikke fuldstændig retvisende.

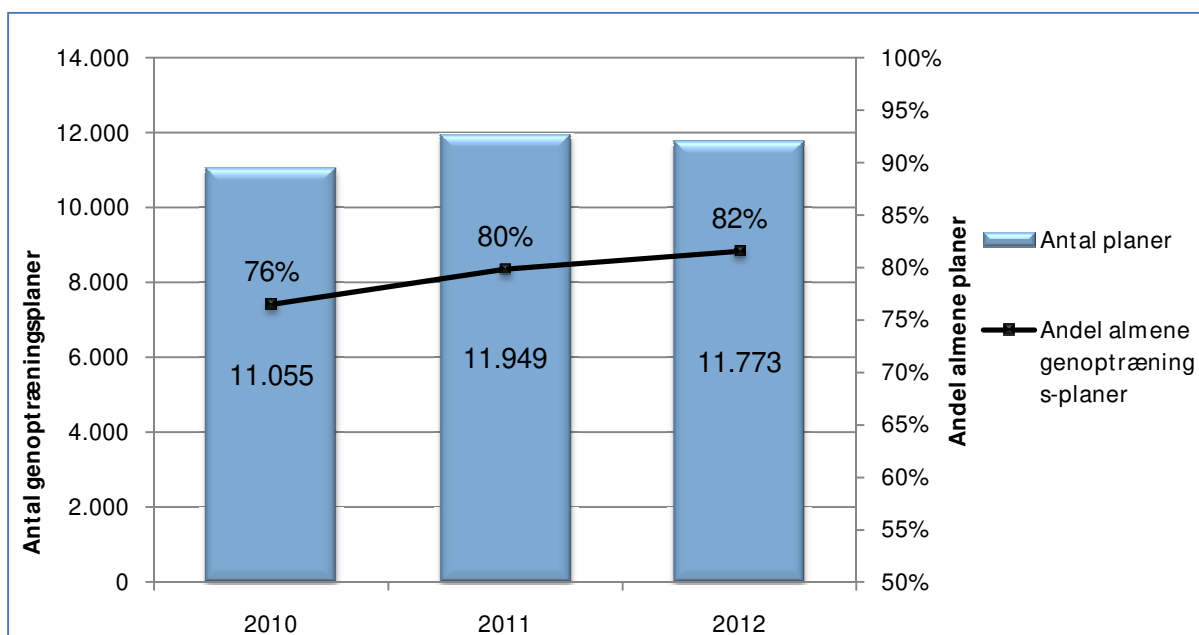
## 7.2 GENOPTRÆNING

Genoptræningsområdet omfatter dels genoptræning efter Serviceloven, som er rettet mod 65+-årige borgere, dels genoptræning efter Sundhedsloven, som er rettet mod borgere, der efter hospitalsindlæggelse har brug for genoptræning.

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 borgers funktionsniveau. *Specialiserede* genoptræningsforløb finder sted ambulantly 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.

Figuren nedenfor viser udviklingen i antal genoptræningsplaner og andel almene træningsforløb.

Figur 29– Genoptræningsplaner



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

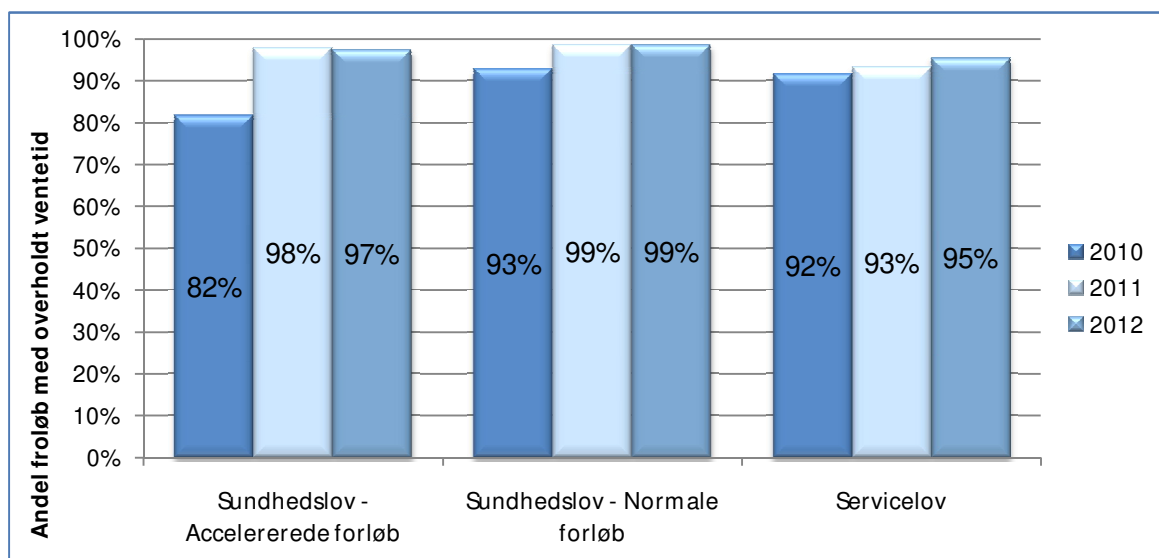
Andelen af almene genoptræningsforløb, der varetages af kommunen, er steget fra 76 % i 2010 til 82 % i 2012. Det samlede antal genoptræningsplaner er steget med 6,5 % fra 11.055 i 2010 til 11.773 i 2012. Kommunen har ikke indflydelse på antal af genoptræningsplaner fra hospitalerne.

### Ventetid på genoptræning

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fastlagt et mål om, at borgere maksimalt må vente 15 hverdage på genoptræning efter Sundhedsloven, efter forvaltningen har modtaget genoptræningsplanen. Hvis borgere grundet sundhedsfaglige forhold har behov for en kortere ventetid, er ventetiden fastsat til maksimalt 7 hverdage (såkaldt accelererede forløb). Tilsvarende har Sundheds- og Omsorgsudvalget fastlagt et mål om, at der for træningsforløb efter Serviceloven højst må gå 20 hverdage, fra visitationen har modtaget en ansøgning, til første aftale med et træningscenter.

Figuren nedenfor viser andel træningsforløb, hvor ventetiderne er overholdt.

Figur 30– Ventetider på genoptræning



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og Sundhedsportalen

For de accelererede forløb overholdt forvaltningen ventetiden i 97 % af tilfældene, mens ventetiderne blev overholdt for 99 % af de normale forløb efter Sundhedsloven og for 95 % af genoptræningsforløbene efter Serviceloven. For alle tre typer forløb er der sammenlignet med 2010 sket en stigning i andelen af forløb, hvor ventetiden overholdes.

De korte ventetider skyldes blandt andet, at der arbejdes målrettet på at kunne håndtere spidsbelastningsperioder.

## 7.3 FOREBYGGELSE

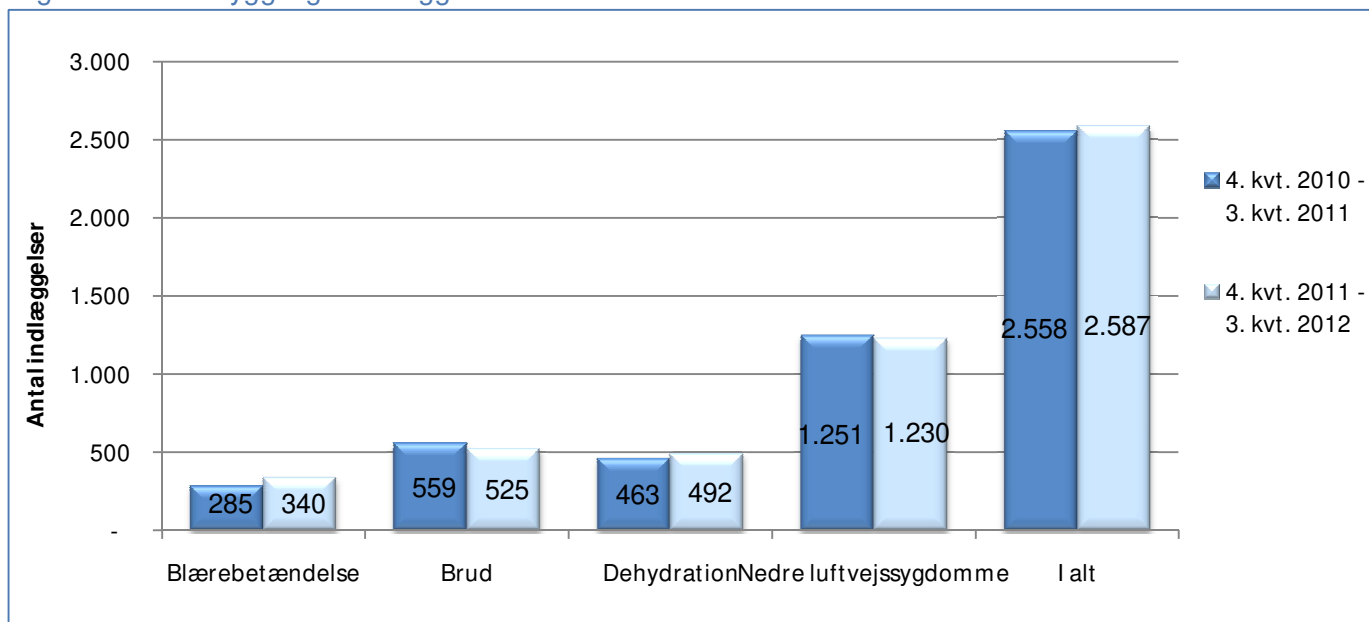
### Forebyggelige indlæggelser

Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser, som potentielt kan forebygges ved en kommunal indsats. Det er en indikator i sundhedspolitikken *Længe Leve København*, at antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser for 65+-årige borgere, der er kendt af forvaltningen inden indlæggelse, skal falde til 1.125 indlæggelser i 2014.

Figuren nedenfor viser antallet af forebyggelige indlæggelser blandt 65+-årige borgere, som bor i plejebolig, opholder sig på en midlertidig plads eller modtager hjemme- og sygepleje. Antal forebyggelige indlæggelser er i tabellen opgjort for to perioder af hver ét års varighed, henholdsvis perioden 4. kvartal 2010 til 3. kvartal 2011 samt perioden 4. kvartal 2011 til 3. kvartal 2012.



Figur 31 – Forebyggelige indlæggelser



Kilde: Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS).

Note: Forvaltningen anvender Kommunaløkonomisk 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 ét kvartal.

Antallet af forebyggelige indlæggelser af 65+-årige borgere har været stort set uændret i 2011 og 2012 og udgjorde ca. 2.600 indlæggelser årligt. Der er dermed et stykke vej til at kunne indfri målsætningen om at nedbringe antallet til 1.125 forebyggelige indlæggelser om året i 2014.

Forvaltningen har iværksat en række forskellige indsatser med henblik på at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser, herunder modeller for samarbejde mellem hospitaler, praktiserende læger og forvaltningen. Det forventes dog ikke, at indsatserne kan nå at påvirke antallet af forebyggelige indlæggelser i 2013, da der går lidt tid inden effekterne i form af færre indlæggelser kan opnås.

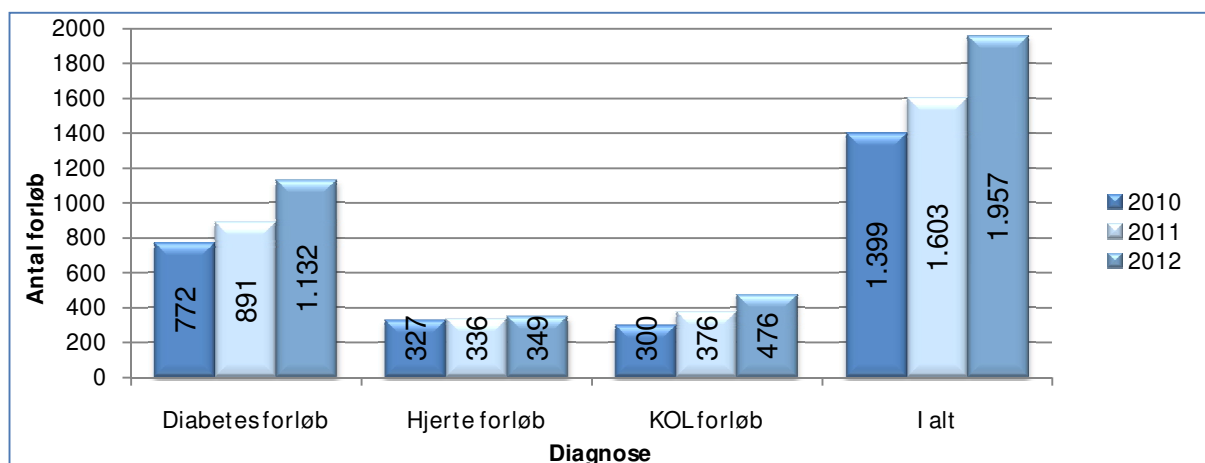
### Patientrettet forebyggelse

Patientrettede forebyggelsesforløb er tilbud, hvor kronisk syge borgere 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.

Det er en indikator i *Længe Leve København*, at antallet af påbegyndte forebyggelsesforløb skal stige til 2.000 årlige forløb i 2014.

Borgere med kroniske sygdomme kan henvises til et patientrettet forebyggelsesforløb enten af deres praktiserende læge eller af Bispebjerg, Amager eller Hvidovre Hospital. Figuren nedenfor viser antallet af påbegyndte patientrettede forebyggelsesforløb fordelt på diagnoser.

Figur 32 – Patientrettede forebyggelsesforløb



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS) og Sundhedsportalen

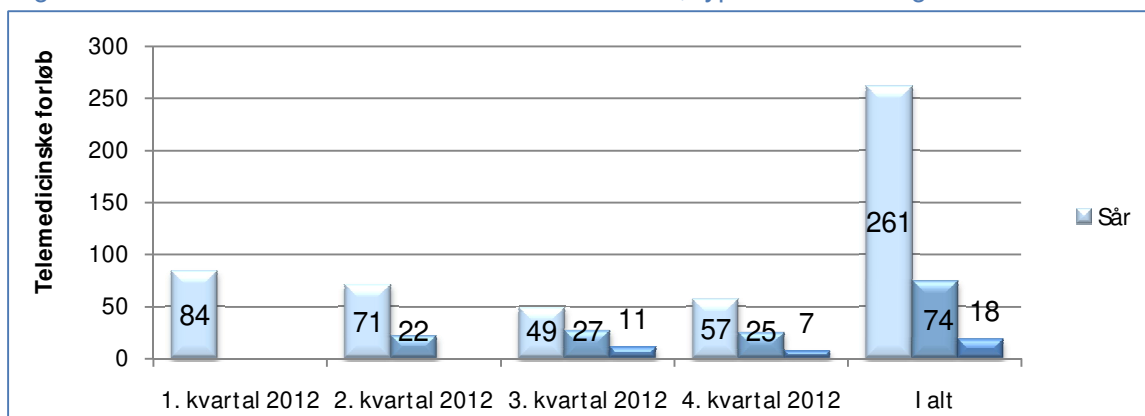
Samlet set modtog 1.957 borgere med kroniske sygdomme et forebyggelsesforløb i 2012. Forvaltningen var således allerede ved udgangen af 2012 tæt på at nå målet for 2014 om 2.000 årlige forløb.

Stigningen i antallet af forløb skyldes blandt andet, at der er kommet øget kapacitet, idet der er åbnet et nyt forebyggelsescenter i Vanløse i 2011. Samtidig arbejder forvaltningen løbende på at forbedre kommunikation mellem forebyggelsescentrene og de henvisende instanser.

## Telemedicin

Det er en indikator i *Længe Leve København*, at antallet af forløb med sår og KOL, som understøttes af telemedicin, skal stige til 800 forløb i 2014.

Figur 33 – Antallet af telemedicinske forløb med sår, type2 diabetes og KOL



Kilde: DanskTelemedicin A/S & indberetninger fra sygeplejeklinikker

Note: Telemedicinsk forløb med KOL og diabetes startede op henholdsvis i april 2012 og juli 2012.

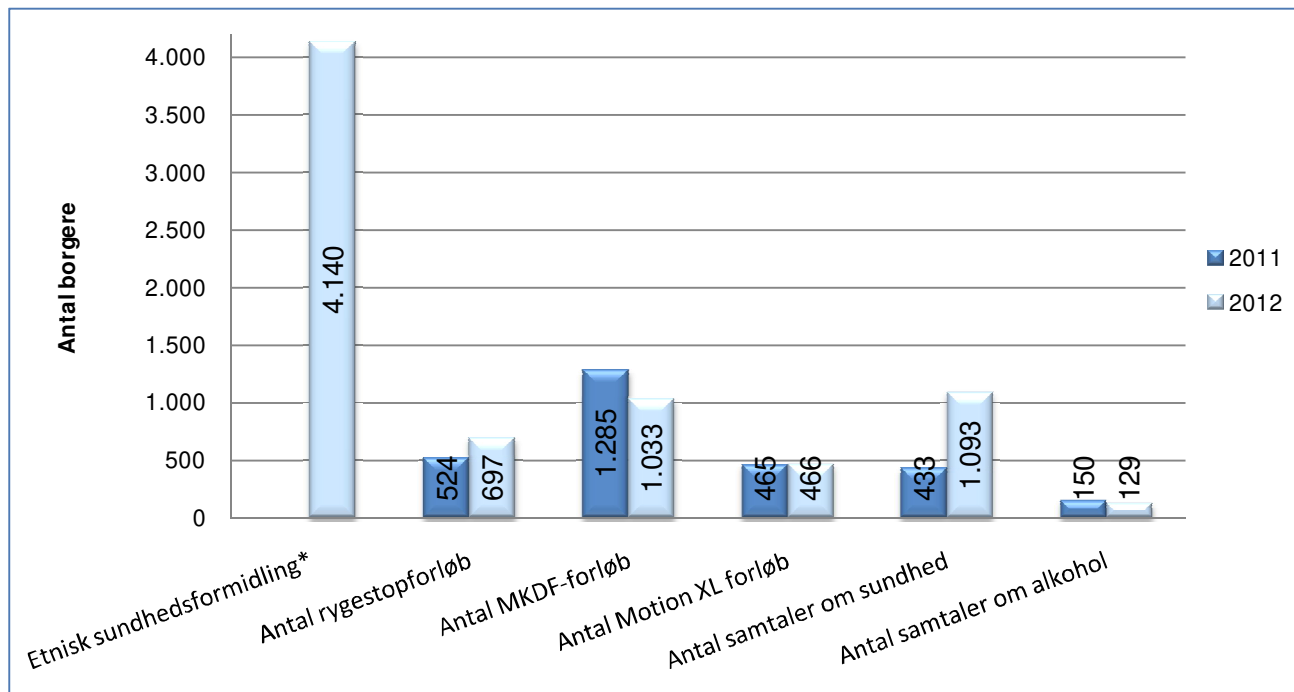
Note: For projektet med telemedicinsk understøttelse af sårbehandling er der data for hele året, hvorimod der for KOL først er data fra 2. kvartal 2012 og for diabetes fra 3. kvartal.

I 2012, hvor indsatserne med telemedicin har været i opstartsfasen, har der været 353 forløb med telemedicinsk understøttelse af enten sårbehandling, KOL eller diabetes. For KOL og sårbehandling alene er der tale om 335 forløb. Forvaltningen vurderer, at antallet af forløb vil stige i de kommende år, således at målet om 800 forløb i 2014 kan nås.

## Borgerrettet forebyggelse

Det er en indikator i *Længe Leve København*, at 8.000 borgere i 2014 skal modtage borgerrettede forebyggelsestilbud vedrørende kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet.

Figur 34 - Borgerrettede forebyggelsesforløb



Kilde: Indrapporteringer fra Forebyggelsescentrene

Note: Grundet forskellig opgørelsesmetode er det ikke muligt at sammenligne antal personer med etnisk baggrund, der har deltaget i et dialogmøde i 2011 og 2012.

\*Opgørelsen i "Etnisk sundhedsformidling" omhandler antal personer, med etnisk minoritetsbaggrund, der har deltaget i et dialogmøde.

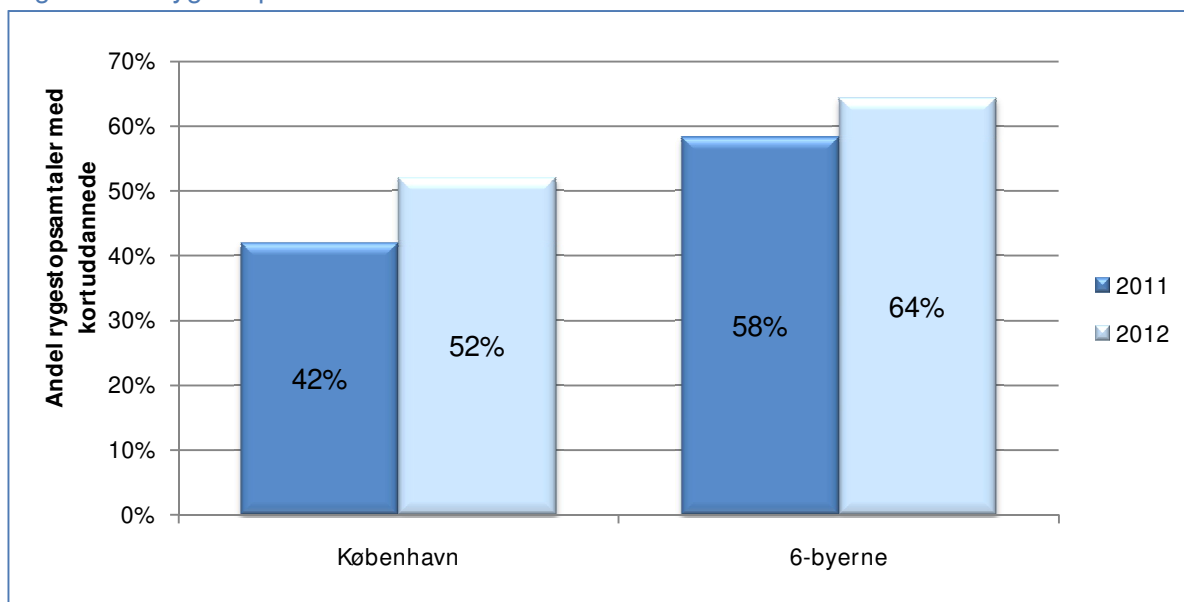
I 2012 var der i alt 7.558 borgere, som modtog et forebyggelsestilbud vedrørende kost, fysisk aktivitet, rygning og alkohol. Forvaltningen vil således formodentlig kunne nå målet om 8.000 borgere i 2014.

Forvaltningen har i 2012 blandt andet gennemført projektet "Sundhed i Nærmiljøet", som er en rekrutteringsindsats i boligområder for at oplyse borgerne om tilbuddene i forebyggelsescentrene - og få dem til at tage imod tilbuddene. BIF-SUF-SOF-samarbejdet, hvor ledige kan komme i et forebyggelsesforløb som et led i deres aktivering, har ligeledes bidraget til at øge antallet af borgere, der kommer i et forebyggelsesforløb.

## Rygestopsamtaler med kortuddannede borgere

Det er en indikator i *Længe Leve København*, at andelen af rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere via STOPLINIEN skal stige fra 33 % i 2010 til 40 % i 2014. Nedenstående figur viser andelen af rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere sat i forhold til alle rygestopsamtaler med 30+-årige københavnere.

Figur 35 – Rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere



Kilde: STOPLINIEN

Note: Kortuddannede borgere, defineres som borgere hvis højeste afsluttede uddannelse er folkeskole, gymnasium (STX, HF, HH, HTX, HHX), kortere uddannelser (specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser mv.), erhvervsuddannelser (faglært inden for håndværk, handel, kontor m.m.) og anden faglig uddannelse.

Note: Der findes ikke data for 1. halvår 2010, da data er opgjort som en del af kampagnen, 'Hver eneste cigaret skader dig'.

Note: 6-byerne omfatter ikke København.

I 2012 var der 310 kortuddannede københavnere, der deltog i en rygestopsamtale med STOPLINIEN. Det svarer til 52 % af alle de rygestopsamtaler med københavnere, som STOPLINIEN foretog. Dette er en stigning i forhold til 2011, hvor 211 kortuddannede københavnere (42 %) deltog i en rygestopsamtale.

I 2012 har der, som en del af indsatsen Sundhed i Nærmiljøet, været et særligt fokus på at markedsføre STOPLINIEN overfor kortuddannede i området omkring Forebyggelsescenter Nørrebro. Borgere fra Nørrebro har væsentligt flere rådgivningssamtaler på STOPLINIEN end andre bydele. Dette kan muligvis forklare en del af stigningen af kortuddannede københavnere, der har benyttet STOPLINIEN. Desuden genoptog Sundhedsstyrelsen i perioden november 2011 til januar 2012 den landsdækkende rygestopkampagne 'Hver eneste cigaret skader dig'.

## 7.4 BRUGERUNDERSØGELSE 2012

### Genoptræning

I oktober 2012 gennemførte forvaltningen en brugerundersøgelse med 887 hjemmeboende borgere, som har gennemført et træningsforløb på et af kommunens træningscentre. I undersøgelsen er brugerne først og fremmest blevet spurgt til deres tilfredshed med og oplevede udbytte af genoptræningen. Derudover er borgerne blevet spurgt til deres trivsel i hverdagen. De 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.

Undersøgelsen giver ligesom i 2011 overordnet et billede af en udbredt tilfredshed med genoptræningsforløbene blandt brugerne. 87 % svarede, at de er meget tilfredse eller tilfredse, mens 6 % svarede, at de er utilfredse eller meget utilfredse.

Selvom tilfredsheden på langt de fleste parametre er høj, viser undersøgelsen, at brugerne er lidt mere moderate i deres vurdering af, hvorvidt de har nået det mål, de havde sat sammen med personalet. 62 % 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 indlæggelse, sygdom eller for mange smerter.

72 % af deltagerne har svaret, at genoptræningsforløbet har medvirket til, at de bedre kan klare dagligdagens gøremål.

### Patientrettet forebyggelse

I oktober 2012 gennemførte forvaltningen en brugerundersøgelse med 417 borgere over 18 år, som har diagnosen KOL, hjerte-karsygdom og/eller diabetes 2, og som desuden har deltaget i et forebyggelsesforløb på et af kommunens fem forebyggelsescentre. I undersøgelsen er brugerne først og fremmest blevet spurgt til deres tilfredshed med og oplevede udbytte af forebyggelsesforløbet samt til deres trivsel i hverdagen.

Undersøgelsen viser, at borgerne generelt er meget tilfredse med forløbene. 98 % af brugerne svarede, at de var tilfredse eller meget tilfredse med det samlede forløb.

Brugere er blevet spurgt, hvorvidt de har nået de mål med forløbet, de satte sammen med personalet. 70 % svarer, at de har nået deres mål, mens 9 % svarer, at de ikke har.

Der er gennemført en opfølgende effektundersøgelse blandt de brugere, der har gennemført deres forløb. 4-6 måneder efter første interview er de blevet spurgt til, i hvilken grad de har fastholdt deres livsstilsændringer. Det overordnede billede i denne undersøgelse er, at effekten af forebyggelsesforløbene i større eller mindre grad er faldende over tid, således at færre brugere fastholder livsstilsændringerne efter 4-6 måneder.

## KAPITEL 8: TILSYN OG KLAGER

Kapitlet indeholder oplysninger om kommunale tilsyn, embedslægetilsyn og klagesager.

### 8.1 TILSYN

#### Kommunale tilsyn

Sundheds- og Omsorgsudvalget har besluttet, at der skal gennemføres årlige uanmeldte tilsyn med hjemmeplejen. Ifølge Københavns Kommunes kvalitetsmål må ingen hjemmeplejeenheder eller plejeboligheder, der er genstand for uanmeldte kommunale tilsyn, gå igennem et kalenderår uden at blive godkendt ved tilsynet. Dette mål opdeles i to kvalitetskrav:

- Mindst 90 % af de hjemmeplejeleverandører eller plejeboligheder, der er genstand for tilsyn, godkendes ved årets ordinære uanmeldte tilsyn.
- De enheder, der ikke godkendes ved det ordinære tilsyn, opnår godkendelse ved det efterfølgende tilsyn.

I 2012 blev der gennemført et uanmeldt tilsyn med alle kommunale hjemmeplejeleverandører samt med de private leverandører, der servicerer mindst 100 borgere, som modtager personlig og/eller praktisk hjælp. Private leverandører, der servicerer under 100 borgere, modtager tilsyn hvert tredje år. Tilsynene gennemføres af BDO. Hvorvidt et tilsyn godkendes eller ej afhænger blandt andet af sammensætningen og typer af fejl, der findes ved tilsynet.

En leverandør kan enten blive *godkendt*, *godkendt med mangler* eller få bedømmelsen *alvorlige fejl og mangler*.

Nedenfor vises resultaterne fra uanmeldte tilsyn med hjemmeplejeleverandører i 2012.

Tabel 4 – Kommunale tilsyn med hjemmeplejeleverandører 2012

Leverandør	Tilsynsresultater
AMA	Godkendt med mangler ved ordinært tilsyn i september 2012.
BIN	Godkendt ved ordinært tilsyn i september 2012
IBØ	Godkendt ved ordinært tilsyn i juni 2012
VBH	Godkendt med mangler ved ordinært tilsyn i august 2012
VKV	Godkendt ved ordinært tilsyn i november 2012
Private leverandører	Fire leverandører er godkendt og seks leverandører er godkendt med mangler ved ordinært tilsyn i 2012

Kilde: BDO Kommunernes Revision

Som det ses af tabellen, blev alle hjemmeplejeleverandører, der modtog tilsyn, godkendt med eller uden mangler. Kvalitetsmålet om at alle enheder skal godkendes i løbet af kalenderåret, er dermed opfyldt.

I 2012 blev der gennemført uanmeldte tilsyn med alle kommunale sygeplejeleverandører. Tilsynet gennemføres af BDO. Hvorvidt et tilsyn godkendes eller ej, afhænger blandt andet af sammensætning og typer af fejl, der er noteret ved tilsynet.

Nedenfor præsenteres resultaterne fra de uanmeldte tilsyn med sygeplejeleverandører i 2012.

Tabel 5 – Kommunale tilsyn med sygeplejeleverandører

Leverandør	Tilsynsresultat 2012, sygepleje
AMA	Godkendt ved ordinært tilsyn i september 2012.
BIN	Godkendt med mangler ved ordinært tilsyn i september 2012 (sygeplejen Nørrebro blev ikke godkendt ved opfølgende tilsyn i april 2012 – men er efterfølgende blevet godkendt i det samlede tilsyn med Bispebjerg/Nørrebro)
IBØ	Godkendt med mangler ved ordinært tilsyn i juni 2012
VBH	Godkendt med mangler ved ordinært tilsyn i august 2012
VKV	Godkendt med mangler ved ordinært tilsyn i november 2012

Kilde: BDO Kommunernes Revision

Alle sygeplejeleverandører blev i løbet af 2012 godkendt eller godkendt med mangler. Kvalitetsmålet er dermed opfyldt.

Ifølge lovgivningen skal kommunen gennemføre ét årligt uanmeldt tilsyn på hver plejeboligenhed. Hensigten med de kommunale tilsyn er at vurdere, om leverandørerne lever op til de krav til pleje og omsorg, som fremgår af lovgivning samt kommunalt fastsatte politikker og kvalitetsstandarder.

Tabel 6 – Kommunale tilsyn med plejeboligenheder

	2012	2011	2010
<b>Tilsynsresultater</b>			
Antal godkendte tilsyn	36	37	37
Antal tilsyn godkendt med mangler	1	5	8
Antal tilsyn, der ikke er godkendt	0	0	0
Andel gennemførte tilsyn	100 %	100 %	100 %

Kilde: BDO Kommunernes Revision

Der er i 2012 gennemført og afrapporteret 37 kommunale uanmeldte tilsyn. Alle 37 plejeboligenheder blev godkendt – kun 1 af de 37 plejeboligenheder blev godkendt med mangler. Dermed er Københavns Kommunes kvalitetsmål opnået. Som det fremgår af tabellen, er der i perioden 2010-2012 sket en fremgang i antallet af plejeboligenheder, der blev godkendt uden mangler.

## Embedslægetilsyn

Embedslægeinstitutionen gennemfører som udgangspunkt ét årligt tilsyn med hver af de københavnske plejeboligheder. Tilsynene er lovpligtige, og fokus er de sundhedsfaglige forhold på plejebolighederne.

Tilsynsresultaterne opgøres på en skala fra 1-5, hvor 1 angiver at der ingen bemærkninger var ved tilsynet, mens 5 angiver at tilsynet gav anledning til alvorlig kritik.

Tabel 7 – Embedslægetilsyn med plejeboligheder

	I alt 2012	I alt 2011	I alt 2010
<b>Tilsynsresultater</b>			
1. Ingen bemærkninger	3	1	0
2. Fejl og mangler, meget lille patient-sikkerhedsrisiko	12	15	4
3. Fejl og mangler med patient-sikkerhedsrisiko	14	20	27
4. Alvorlige fejl og mangler	2	3	3
5. Anledning til alvorlig kritik	0	0	0
Andel tilsyn i kategori 1, 2 eller 3	94%	92%	91%
Gennemsnitlig score for tilsynsresultater	2,5	2,6	3,0

Kilde: Embedslægens tilsynsrapporter

Note: Gennemsnitlig score opgøres på en skala fra 1-5, hvor 1 er bedst og 5 er dårligst.

Embedslægeinstitutionen har gennemført 31 tilsynsbesøg på københavnske plejeboligheder i 2012. Tilsynsresultaterne i 2012 er forbedrede i forhold til 2010 og 2011. I 2012 lå 94 % af plejebolighederne således i en af de tre bedste kategorier, mens det i 2010 var 91 %. Den gennemsnitlige score for embedslægetilsynene er forbedret fra 3,0 i 2010 til 2,5 i 2012.

Ved tilsynene med to af plejebolighederne blev der konstateret alvorlige fejl og mangler. I begge tilfælde er det ved opfølgende tilsyn konstateret, at forholdene efterfølgende er blevet forbedret.

## 8.2 KLAGER

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen behandler alle klager over forvaltningen, der ikke hører under en særskilt klagemyndighed, herunder også mundtlige klager. Klagerne kan inddeles i 4 kategorier:

- Klage over en afgørelse: Det vil sige en beslutning truffet af en forvaltningsmyndighed i en konkret sag om en konkret borger – typisk et afslag på en ansøgning. Herunder falder også klager over sagsbehandlingen og sagsbehandlingstider i forbindelse med afgørelsen.
- Klage over den praktiske udførelse: Det vil sige den faktiske udførelse af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver efter den sociale lovgivning, heriblandt at den modtagne hjælp afviger fra den tildelte, at hjælpen ikke svarer til kvalitetsstandarderne, og/eller at hjælpen ydes på en måde, som borger ikke bryder sig om.
- Klage over personalets opførsel og adfærd: Det vil sige en optræden personalet har udvist, og som borger ikke bryder sig om.
- Andet: Herunder falder klager, som ikke kan rubriceres i de øvrige kategorier.



Når en borger indgiver en klage, kan henvendelsen indeholde flere emner - eksempelvis både den praktiske udførelse og en afgørelse. Én klage kan altså indeholde flere klagetemaer. Hvert af disse klagetemaer bliver behandlet separat og kan have forskelligt udfald.

Tabellen nedenfor viser antallet af færdigbehandlede klagesager i 2012. I tabellen er klagerne fordelt på udfald ('ikke medhold'/'Medhold'/'Andet'), samt udfald af de enkelte klagetemaer i klagesagerne.

Tabel 8 – Klager

	Ikke medhold	Medhold	Andet	I alt	2011
Antal klagesager	143	50	5	198	189
<b>Klagetemaer</b>					
Afgørelse	80%	18%	2%	100%	n/a
Praktisk udførelse	49%	49%	2%	100%	n/a
Personalets adfærd	20%	60%	20%	100%	n/a
Andet	50%	25%	25%	100%	n/a
I alt	72%	26%	2%	100%	n/a
Antal færdigbehandlede klagesager per 1.000 brugere i forvaltningen	6,1	2,1	0,2	8,5	7,4

Kilde: Juridisk afdeling, Københavns Omsorgs System (KOS), VI-systemet, omsorgstandplejen og lokalområdekontorerne.

Note: En klagesag registreres i det kvartal, hvor klagen er indkommet, men den indgår først i opgørelsen, når sagen er færdigbehandlet. Derfor kan der ske efterregistreringer af antal klager i takt med, at sagerne færdigbehandles.

Note: I tabellen betyder 'Ikke medhold', at borger ikke får medhold i alle klagetemaer. 'Medhold' betyder, at borger får fuldt eller delvist medhold i mindst ét klagetema. 'Andet' dækker eksempelvis over, at klagen er frafaldet, eller borger er afgået ved døden.

I 2012 har forvaltningen færdigbehandlet 198 klagesager. Antallet af klagesager er steget en smule i forhold til 2011. Stigningen skyldes blandt andet, at en række borgere har klaget over at modtage tilbud om hverdagsrehabilitering frem for hjemmepleje. I 26 % af alle klager blev der givet medhold i mindst ét af klagetemaerne. Den største andel af medhold ses inden for klagetemaet 'Personalets adfærd' (60 %), mens den laveste andel ses for 'Afgørelse' (18 %).

## KAPITEL 9: MEDARBEJDERE

I dette kapitel præsenteres opgørelser over antallet fuldtidsstillinger og andel mænd i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Herefter beskrives omfanget af sygefravær. Endelig præsenteres tal for fastholdelse af medarbejdere.

### 9.1 MEDARBEJDERE

Tabel 9 – Antal fuldtidsstillinger opdelt på medarbejdere med direkte og indirekte brugertid

	Antal ansatte 2012	Antal fuldtidsstillinger 2012	Procentfordeling fuldtidsstillinger	Udvikling i fuldtidsstillinger ifht. 2010
<b>Medarbejdere med direkte brugertid</b>	<b>4.813</b>	<b>4.186</b>	<b>53%</b>	<b>-3%</b>
Sygeplejersker	666	602	8%	21%
Social- og sundhedsassistenter	1.133	985	13%	10%
Social- og sundhedshjælpere	2.397	2.057	26%	-11%
Social- og sundhedspersonale uuddannet	160	115	1%	-56%
Ergo-/Fysioterapeuter	457	427	5%	16%
<b>Medarbejdere med indirekte brugertid</b>	<b>1.845</b>	<b>1.733</b>	<b>22%</b>	<b>-9%</b>
Chefer/Ledere	500	490	6%	-7%
Akademiske medarbejdere	277	261	3%	0%
Teknisk-/Kontor personale	889	810	10%	-14%
Økonomaer/Ernæring	179	173	2%	-2%
<b>Medarbejdere uden for opdeling</b>	<b>1.303</b>	<b>1.260</b>	<b>16%</b>	<b>-17%</b>
Elever og studerende	1.188	1.188	15%	-19%
Øvrigt personale	115	72	1%	13%
I alt fastansatte	7.961	7.179	91%	-7%
Timelønnede	4.368	673	9%	-9%
I alt fastansatte og timelønnede	12.329	7.852	100%	-8%

Kilde: Rubin + OPUS

Note: Antallet af elever, som indgår i nøgletallene i denne årsrapport, er afgrænset til at omfatte sosu-elever i hele kommunen samt enkelte kontorelever, ernæringsassistent-elever mv. med arbejdssted i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Denne afgrænsning er valgt for at undgå et databrud i 2012. Fra 1. september 2012 har Grunduddannelse København overtaget ansvaret for alle kommunens elever, herunder også PGU (Pædagogisk Grunduddannelse)-elever mv. Fra 2013 vil alle kommunens elever indgå i nøgletallene i årsrapporten.

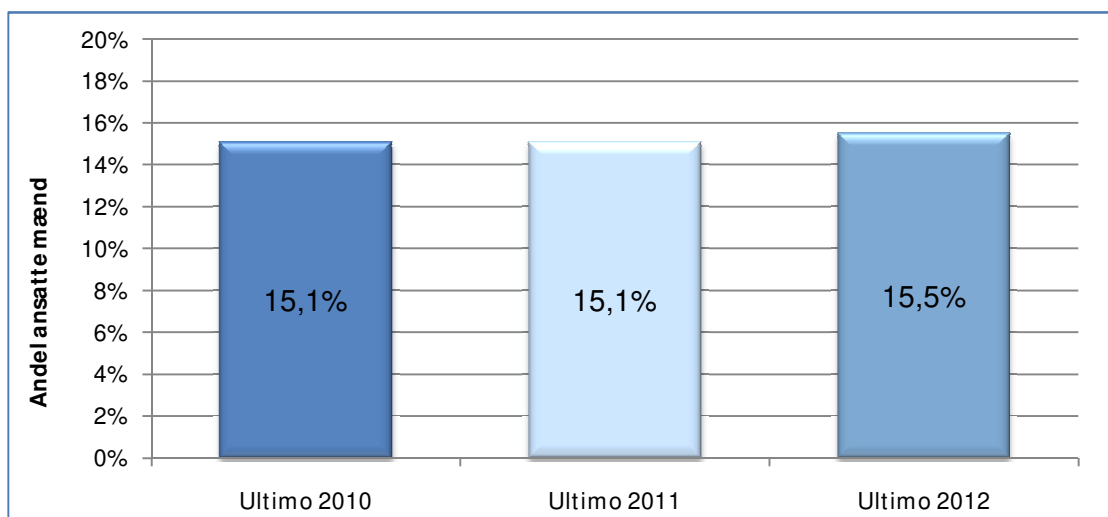
Note: Pension København flyttede 86 personer til Københavns Borgerservice primo 2011, og derved skete der et fald i 'Teknisk-/Kontorpersonale' i 2011.

Ultimo 2012 havde Sundheds- og Omsorgsforvaltningen 7.961 fastansatte medarbejdere, svarende til 7.179 fuldtidsstillinger. Inklusiv timelønnede medarbejdere lyder det samlede antal ansatte ultimo 2012 på 12.329 personer, svarende til 7.852 fuldtidsstillinger. Som det ses af tabellen, er dette udtryk for et fald i antal ansatte sammenlignet med 2010. Det samlede antal fuldtidsstillinger, medregnet både time- og fastansatte, er faldet med 8 %.

Der er sket en markant stigning i antallet af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i perioden. Opgjort i fuldstillinger er der for sygeplejersker sket en stigning på 21 % og for social- og sundhedsassistenter 10 %. Samtidig er antallet af stillinger for uuddannet social- og sundhedspersonale mere end halveret i perioden. Dermed illustrerer tabellen, at uddannelsesniveaue er steget for social- og sundhedspersonalet ansat i forvaltningen. I *Aktiv og Tryk Hele Livet* bliver der lagt vægt på øget faglighed blandt medarbejderne i forvaltningen. Dermed hænger nedgangen i uuddannet personale godt sammen med forvaltningens øgede fokus på faglighed.

Figur 36 – Andel mandlige ansatte

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



Kilde: Rubin

Andelen af mandlige ansatte i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ligget nogenlunde stabilt i perioden 2010-2012. Ultimo 2012 var andelen af mænd i forvaltningen 15,5 %, hvilket er en lille stigning fra 2010, hvor andelen udgjorde 15,1 %. Med det nuværende tempo vil målet om, at 20 % af de ansatte skal være mænd i 2015, ikke blive nået.

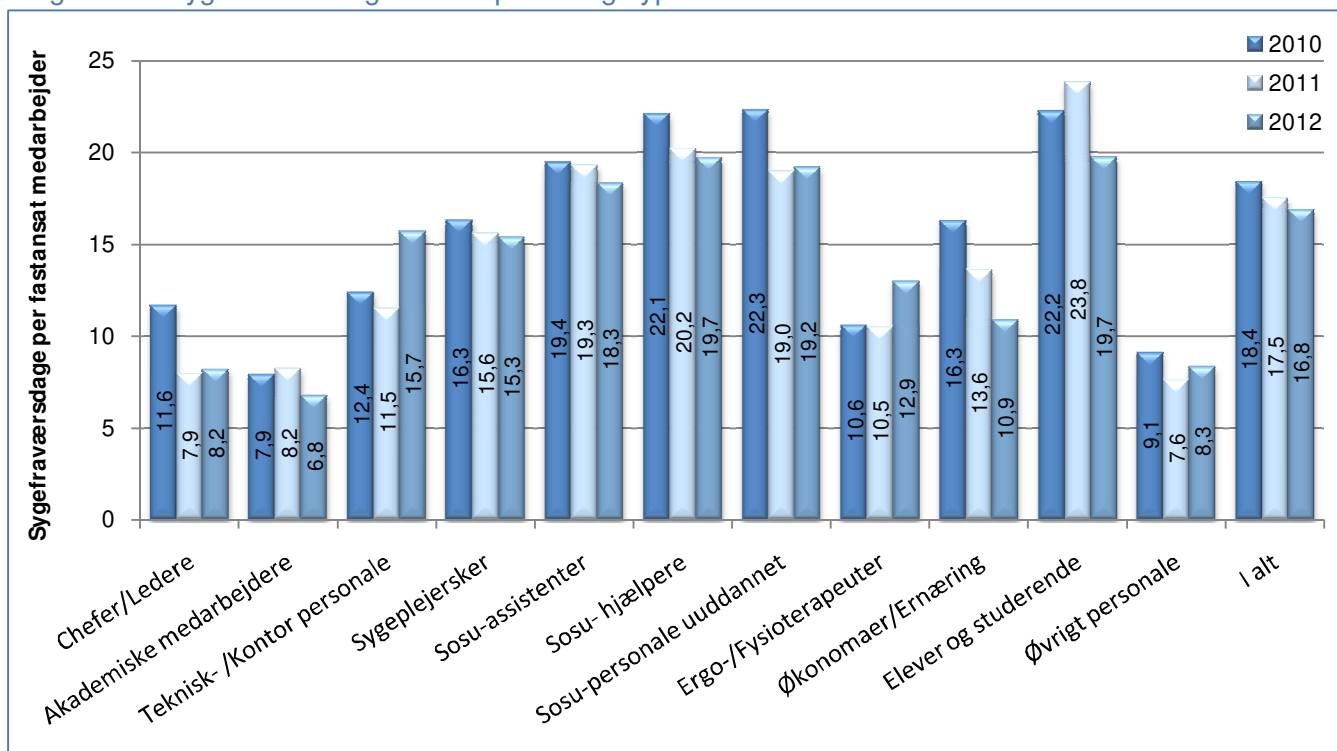
I kommunens ligestillingsplan samt Sundheds- og Omsorgsforvaltningens handleplan for ligestilling 2012-2014 er der iværksat forskellige initiativer med henblik på at ændre kønssammensætningen inden for omsorgsfag. Disse initiativer er både møntet elevområdet og den generelle medarbejderrekruttering.

Borgerrepræsentationen vedtog i december 2012 en ny ligestillingspolitik for Københavns Kommune. I henhold til Ligestillingspolitikken er der i 2013 påbegyndt et arbejde i regi af Det Centrale Ligestillingsudvalg, som omhandler fastsættelse af nye måltal for mænd i omsorgsfag. I den forbindelse vil initiativer til at fremme andelen af mænd i omsorgsfag også blive drøftet.

## 9.2 SYGEFRAVÆR

Nedenstående figur viser det gennemsnitlige antal sygefraværdsdage per fastansat medarbejder fordelt på stillingstype.

Figur 37 – Sygefraværdsdage fordelt på stillingstype



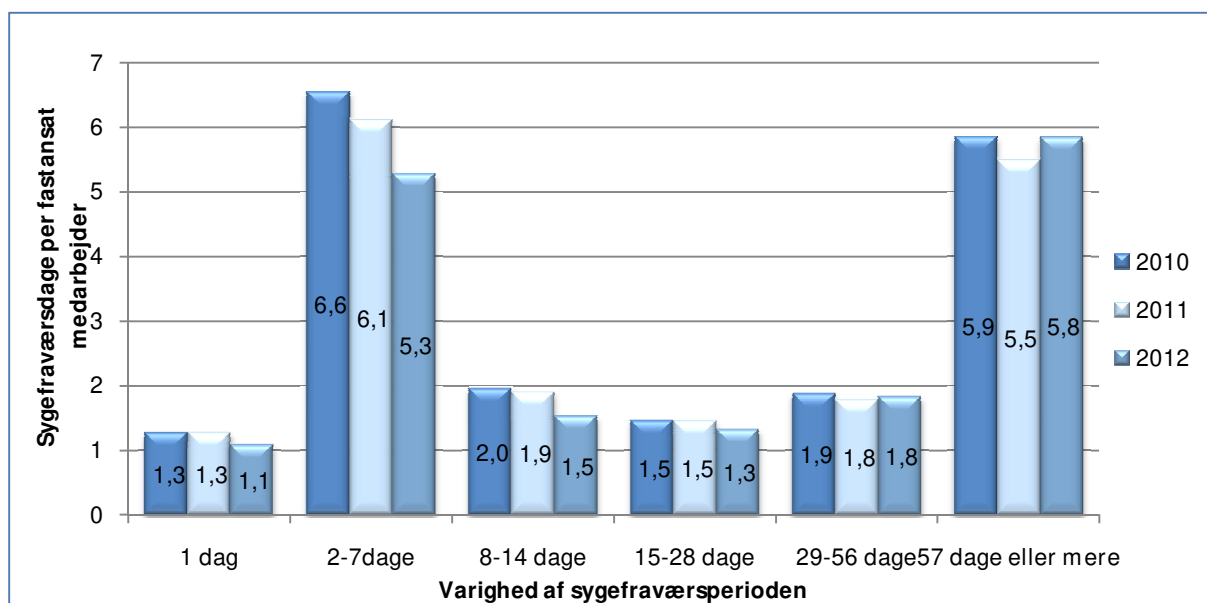
Kilde: Rubin

Note: Sygefraværet tæller perioder der er registreret som sygdom (SY) eller tilskadekomst i tjenesten (TT) og er opgjort i antal kalenderdage per fastansat. Dvs. sygefraværet tæller alle kalenderdage fra en medarbejder melder sig syg indtil medarbejderen igen er raskmeldt, uafhængigt af hvor mange dage medarbejderen skulle have arbejdet i perioden.

Blandt de forskellige stillingstyper er der en stor variation i sygefraværet. 'Akademiske medarbejdere' har det laveste sygefravær på gennemsnitligt 6,8 kalenderdage fravær per fastansat medarbejder. 'Elever og studerende' samt 'Sosu-hjælpere' har forvaltningens højeste sygefravær på 19,7 kalenderdage per ansat i 2011.

For de fleste stillingstyper er sygefraværet faldet eller ligger stabilt sammenlignet med foregående år. Blandt 'Ergo-/Fysioterapeuter' og 'Teknisk-/Kontorpersonale' er der dog sket en stigning i sygefraværet.

Figur 38 – Sygefravær fordelt på sygefraværsvareghed



Kilde: Rubin

Note: Sygefraværet tæller perioder der er registreret som sygdom (SY) eller tilskadekomst i tjenesten (TT) og er opgjort i antal kalenderdage per fastansat. Dvs. sygefraværet tæller alle kalenderdage fra en medarbejder melder sig syg indtil medarbejderen igen er raskmeldt, uafhængigt af hvor mange dage medarbejderen skulle have arbejdet i perioden.

Figuren viser, at sygefraværet fortrinsvis fordeler sig på intervallerne 2-7 dage og 57+ dage. Det lange sygefravær er - sammen med sygefraværet på 2-7 dage – det, der vejer tungest i forvaltningen, og en nedbringelse af dette sygefravær har derfor en stor positiv virkning på det samlede sygefravær.

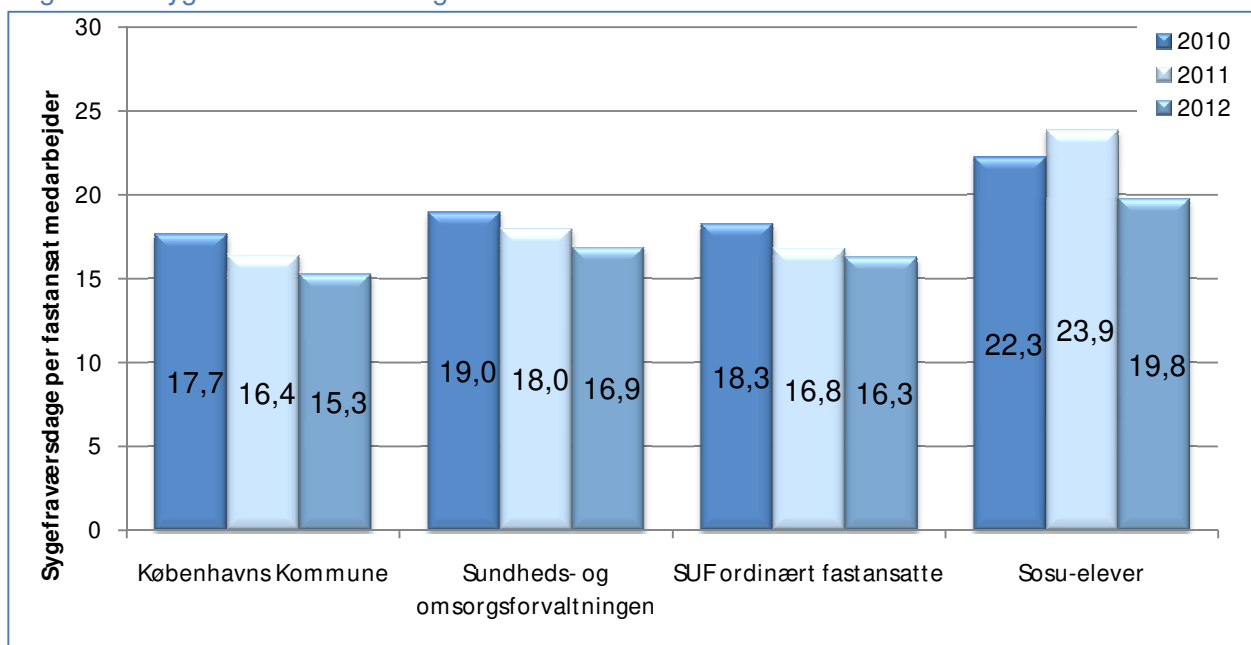
Der er i 2012 sket et fald i sygefravær med en varighed på mindre end 28 dage. Det lange sygefravær på 57+ dage ligger i 2012 på niveau med 2010-tallet.

### Nedbringelse af sygefraværet

Borgerrepræsentationen har besluttet, at alle forvaltninger skal nedbringe sygefraværet med 1 dag per fastansat medarbejder per år med udgangspunkt i 2009-niveau. For Sundheds- og Omsorgsforvaltningen svarer det til en nedbringelse fra 20,6 dage i 2009 til 17,6 dage i 2012. For hele Københavns Kommune svarer det til en nedbringelse fra 18,6 dage i 2009 til 15,6 dage i 2012.

Nedenstående figur viser det gennemsnitlige antal sygefraværdsdage per fastansat medarbejder for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen sammenlignet med hele Københavns Kommune.

Figur 39– Sygefravær sammenlignet med Københavns Kommune



Kilde: Rubin

Note: Sygefraværet tæller perioder der er registreret som sygdom (SY) eller tilskadekomst i tjenesten (TT) og er opgjort i antal kalenderdage per fastansat. Dvs. sygefraværet tæller alle kalenderdage fra en medarbejder melder sig syg indtil medarbejderen igen er raskmeldt, uafhængigt af hvor mange dage medarbejderen skulle have arbejdet i perioden.

Sygefraværet er faldet i perioden, både for Københavns Kommune som helhed og for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. I SJF ses et fald i sygefraværet både blandt ordinært ansatte og blandt sosu-eleverne.

Forvaltningens sygefravær udgjorde 16,9 kalenderdage per fastansat medarbejder i 2012, hvilket er et fald på 2,1 kalenderdage pr. ansat siden 2010. Borgerrepræsentationens mål for sygefravær i 2012 er således nået.

Sygefraværet for sosu-elever steg en anelse fra 2010 til 2011, men er siden faldet med hele 4,1 kalenderdage pr. ansat på ét år - fra 23,9 kalenderdage pr. ansat i 2011 til 19,8 kalenderdage pr. ansat i 2012. Det markante fald hænger sammen med, at der er igangsat en målrettet indsats for at nedbringe sosu-hjælper elevernes fravær.

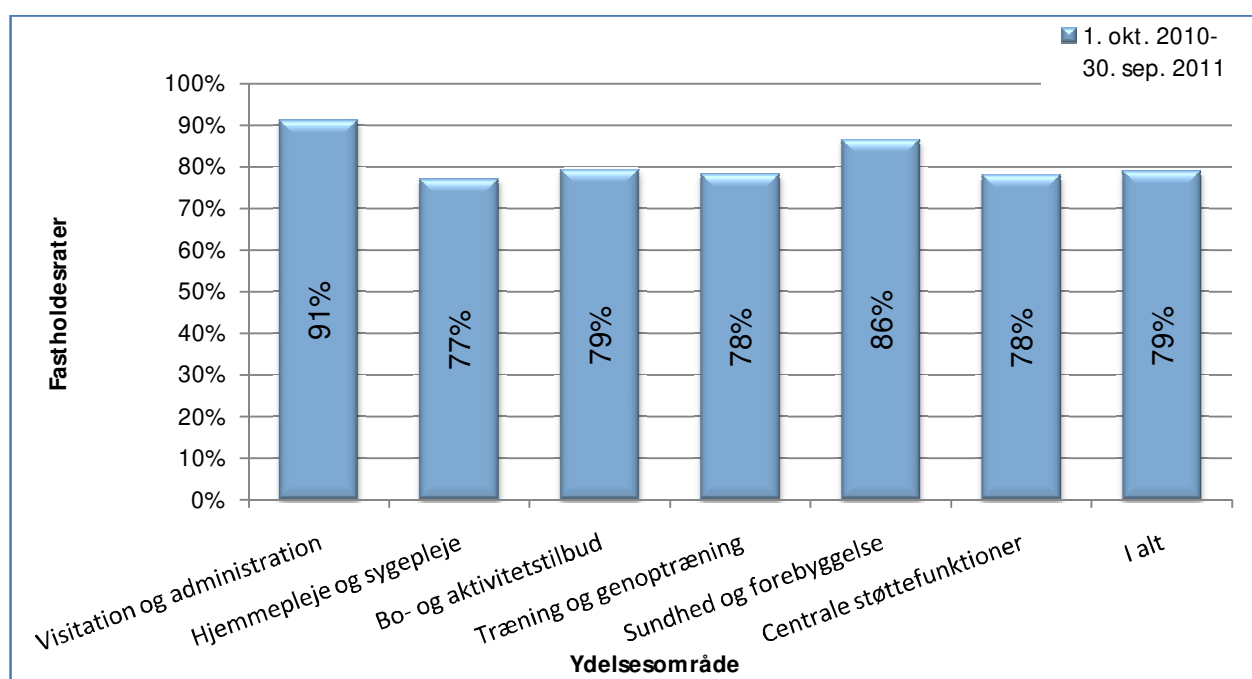
Sundheds- og Omsorgsforvaltningens sygefravær er gennemgående højere end sygefraværet i hele Københavns Kommune. Det højere sygefravær i forvaltningen skyldes til dels, at en række særlige forhold gør sig gældende for medarbejdere i forvaltningen, som præges af meget borgerkontakt og jobfunktioner, der er fysisk og psykisk nedslidende.

## 9.3 FASTHOLDELSE

I *Aktiv og Tryk Hele Livet* er der fastlagt et mål for 2015 om, at 80 % af nyansatte medarbejdere fortsat skal være ansat et år efter, de har påbegyndt deres ansættelse i forvaltningen.

Der er i oktober 2012 gennemført en særlig analyse af fastholdelse og fratrædelser blandt nyansatte medarbejdere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Analysen er udarbejdet, fordi det har vist sig, at de tidligere opgørelser af fastholdelsesrater ikke har været retvisende. Det skyldes, at opgørelserne har omfattet medarbejdere, som er ansat i tidsbegrænsede stillinger. Analysen er baseret på manuelle kortlægninger i hele forvaltningen. Der er indsamlet data for medarbejdere, som blev ansat i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i perioden mellem 1. oktober 2010 og 30. september 2011.

Figur 40 - Fastholdelsesrater fordelt på ydelsesområde



Kilde: Rubin + Indberetninger fra administrative fællesskaber og enkelte institutioner

Den samlede fastholdelsesrate for nyansatte medarbejdere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen udgjorde 79 %. Det vil sige, at 79 % af alle medarbejdere ansat i ikke-tidsbegrænsede stillinger fortsat var ansat ved udgangen af deres første år. Det politiske mål for 2015 om, at 80 % af de nyansatte medarbejdere fortsat skal være ansat et år efter de er startet, er derfor stort set opfyldt.

## FIGUR- OG TABELOVERSIGT

Figur 1 – Middellevetid – udvikling og sammenligning med andre kommuner.....	11
Figur 2 – Middellevetid opgjort på bydele .....	12
Figur 3 – Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver.....	13
Figur 4 – Antal brugere af forvaltningens omsorgsydelser.....	14
Figur 5 – Brug af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens sundhedsydelser fordelt på antal brugere .....	15
Figur 6 – Andel brugere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser fordelt på alder.....	16
Figur 7 – Andel modtagere af personlig pleje blandt borgere i alderen 65+ år .....	18
Figur 8 – Andel brugere af praktisk hjælp blandt borgere i alderen 65+ år fordelt på køn, civilstand og etnisk herkomst .....	19
Figur 9 – Kommunale hjemmeplejebesøg og hjemmeplejeborgere.....	20
Figur 10 – Visiterede timer til brugere, der har valgt private hjemmeplejeleverandører .....	21
Figur 11 – Hjemmeplejeborgere fordelt på plejetyngde .....	21
Figur 12 – Sagsbehandlingstider på hjemmeplejeområdet.....	23
Figur 13 – Brug af hverdagsrehabiliterende ydelser blandt nyvisiterede og kendte borgere .....	24
Figur 14 – Brug af aktiverende ydelser til nyvisiterede borgere .....	25
Figur 15 – Andel besøg leveret af primær og sekundær hjælper.....	26
Figur 16 – Faktorer der driver tilfredsheden med hjemmeplejen.....	28
Figur 17 – Andel brugere af hjemmesygepleje blandt borgere i alderen 65+ fordelt på køn, civilstand og etnisk herkomst .....	30
Figur 18 – Sygeplejebesøg og sygeplejeborgere.....	31
Figur 19 – Sygeplejeydelser.....	31
Figur 20 – Borgere i sygeplejeklinik.....	32
Figur 21 – Medicinkæden .....	33
Figur 22 – Ophold i plejebolig og midlertidige døgnpladser .....	35
Figur 23 – Andel 80+-årige, der bor i plejebolig, fordelt på køn, civilstand og etnisk herkomst.....	36
Figur 24 – Sagsbehandlingstider på plejeboligområdet .....	37
Figur 25 – 4-ugersgarantien for plejeboliger.....	38
Figur 26 – Tidligere flytning til plejebolig .....	39
Figur 27– Vigtigste faktorer bag beboernes overordnede tilfredshed .....	40
Figur 28 – Antal ventende færdigbehandlede patienter per dag .....	42
Figur 29– Genoptræningsplaner .....	43
Figur 30– Ventetider på genoptræning .....	44
Figur 31 – Forebyggelige indlæggelser.....	45
Figur 32 – Patientrettede forebyggelsesforløb .....	46
Figur 33 – Antallet af telemedicinske forløb med sår, type2 diabetes og KOL .....	46
Figur 34 - Borgerrettede forebyggelsesforløb.....	47
Figur 35 – Rygestopsamtaler med kortuddannede københavnere .....	48
Figur 36 – Andel mandlige ansatte.....	55
Figur 37 – Sygefraværdsdage fordelt på stillingstype.....	56
Figur 38 – Sygefravær fordelt på sygefraværsvareghed .....	57
Figur 39– Sygefravær sammenlignet med Københavns Kommune .....	58
Figur 40 - Fastholdelsesrater fordelt på ydelsesområde .....	59



Tabel 1 – Borgere i Københavns Kommune fordelt på aldersgrupper, køn, civilstatus og etnisk oprindelse.....	9
Tabel 2 – Prognose for udvikling i ældrebefolkningen 2012-2025 .....	10
Tabel 3 – Ventedage efter færdigbehandling .....	41
Tabel 4 – Kommunale tilsyn med hjemmeplejeleverandører 2012 .....	50
Tabel 5 – Kommunale tilsyn med sygeplejeleverandører .....	51
Tabel 6 – Kommunale tilsyn med plejeboligheder .....	51
Tabel 7 – Embedslægetilsyn med plejeboligheder .....	52
Tabel 8 – Klager .....	53
Tabel 9 – Antal fuldtidsstillinger opdelt på medarbejdere med direkte og indirekte brugertid .....	54

**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
**Sundheds- og Omsorgsforvaltningen**  
**Strategi og Analysestab**  
**Sjællandsgade 40**  
**2200 København N**  
**[www.suf.kk.dk](http://www.suf.kk.dk)**  
**Kontaktperson: Linda Klubben**  
**Telefon: 3530 4511**  
**E-mail: [yr51@suf.kk.dk](mailto:yr51@suf.kk.dk)**