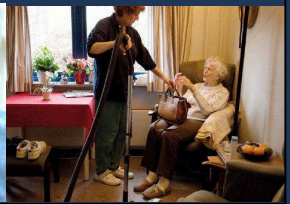


ÅRSRAPPORT 2010  
FOR  
SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN



# INDHOLD

<b><u>KAPITEL 1: INDLEDNING</u></b>	<b>4</b>
<b><u>KAPITEL 2: RESUMÉ</u></b>	<b>5</b>
<b><u>KAPITEL 3: BORGERE &amp; BRUGERE</u></b>	<b>11</b>
<u>3.1: DEMOGRAFISK PROFIL PÅ KØBENHAVNS KOMMUNES BORGERE</u>	11
<u>3.2: SOCIAL PROFIL PÅ KØBENHAVNS KOMMUNES BORGERE</u>	12
<u>3.3: SUNDHEDSPROFIL PÅ KØBENHAVNS KOMMUNES BORGERE</u>	15
<u>3.4: SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGENS OPGAVER</u>	18
<b><u>KAPITEL 4: HJEMMEPLEJE</u></b>	<b>22</b>
<u>4.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER</u>	22
<u>4.2: BORGERE, DER MODTAGER HJEMMEPLEJE</u>	23
<u>4.3: ANTAL HJÆLPERE I BORGERNES HJEM</u>	28
<u>4.4: BRUGERUNDERSØGELSE</u>	30
<b><u>KAPITEL 5: SYGEPLEJE</u></b>	<b>34</b>
<u>5.1: BORGERE, DER MODTAGER SYGEPLEJE</u>	34
<u>5.2: BRUGERUNDERSØGELSE</u>	38
<b><u>KAPITEL 6: PLEJEBOLIGER</u></b>	<b>39</b>
<u>6.1: SAGSBEHANDLINGSTID</u>	39
<u>6.2: BORGERE, DER BOR I PLEJEBOLIG</u>	41
<u>6.3: BRUGERUNDERSØGELSE</u>	44
<b><u>KAPITEL 7: HJEMTAGNING OG GENOPTRÆNING</u></b>	<b>48</b>
<b><u>KAPITEL 8: TILSYN OG DOKUMENTATION</u></b>	<b>51</b>
<b><u>KAPITEL 9: MEDARBEJDERE</u></b>	<b>57</b>
<u>9.1: FASTANSATTE MEDARBEJDERE</u>	57
<u>9.2: SYGEFRAVÆR</u>	61
<u>9.3: PERSONALEOMSÆTNING</u>	65
<u>9.4: TRIVSEL</u>	68

## KAPITEL 1: INDLEDNING

Hensigten med *Årsrapport 2010* er at tegne et samlet billede af, hvordan 2010 forløb for de borgere, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen servicerer, og de medarbejdere, som forvaltningen beskæftiger. Desuden er det hensigten at følge op på de politiske mål, der har været styrende for forvaltningens indsatser og prioriteringer.

I de fleste tilfælde dækker tallene hele 2008, 2009 og 2010, og som oftest sammenlignes tallene for 2010 med 2008 frem for 2009 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 på en række analyser, som forvaltningen har udarbejdet i 2010.

Rapporten er opbygget som følger:

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

I **kapitel 3** beskrives Københavns Kommunes **befolkning** i dag og i fremtiden, og der tegnes en **social- og sundhedsprofil** af Københavns borgere, samt de borgere der benytter Sundheds- og Omsorgsforvaltningens **ydelser**.

**Kapitlerne 4, 5 og 6** gennemgår forvaltningens tre største serviceområder, nemlig **hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejeboliger**. Kapitlerne indeholder bl.a. oplysninger om sagsbehandlingstid, hvem der modtager ydelserne, og hvor meget hjælp borgerne modtager. Desuden indeholder kapitlerne **brugernes** vurdering af forvaltningens ydelser.

I **kapitel 7** sættes der fokus på opgaven med at **hjemtage udskrevne borgere** fra hospitalerne samt den efterfølgende **genoptræning**.

I **kapitel 8** beskrives, hvordan kvaliteten i hjemmeplejen og plejeboligerne vurderes af **tilsynsmyndighederne** og embedslægen. Derudover fokuserer kapitlet på forvaltningens **dokumentation** i form af døgn- og ugeplaner, samt på antallet af klagesager.

**Kapitel 9** indeholder en række oplysninger, der tilsammen har til hensigt at tegne et billede af **medarbejderne** i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Der præsenteres nøgletal om antal medarbejdere, sygefravær, personaleomsætning og medarbejdernes trivsel.

God læselyst.

Sundheds- og Omsorgsborgmester

Ninna Thomsen

Administrerende direktør

Lene Sillasen

## KAPITEL 2: RESUMÉ

### Borgere og brugere (kapitel 3)

Københavns Kommune havde ved udgangen af 2010 539.542 borgere, hvilket er en stigning på 4% sammenlignet med samme tidspunkt i 2008. I samme periode er antallet af borgere over 65 år steget med 2%, hvilket betyder, at der ved udgangen af 2010 var 55.844 borgere over 65 år. Samtidig har befolkningssammensætningen blandt gruppen af ældre ændret sig på den måde, at der er blevet 7% flere borgere i alderen 65-79 år siden 2008, mens antallet af 80+ årige er faldet med 10%. Den ændrede alderssammensætning har betydning for forvaltningens arbejde, da plejebehovet er markant stigende med alderen (tabel 1 og 2).

Københavns Kommune ligger i den halvdel af kommunerne i Region Hovedstaden, hvor færrest borgere har en kort uddannelse. Derimod ligger Københavns kommune i den tunge halvdel med hensyn til borgere, der står uden for arbejdsmarkedet, og i den fjerdedel, hvor borgerne har den laveste bruttoindkomst. Billedet dækker over store interne forskelle inden for Københavns Kommune (figur 1).

I forhold til ensomhed ligger Københavns Kommune i den tunge ende af skalaen med den anden højeste andel af ufrivilligt ensomme (6,9%) ud af samtlige kommuner i Region Hovedstaden.

Middellevetiden for 2009 og 2010 i byen København er 74,7 år for mænd, mens den for kvinder er 80,0 år. Middellevetiden er dermed 2,4 år lavere for mænd og 1,2 år lavere for kvinder set i forhold til landsgennemsnittet. Der er store forskelle i middellevetid mellem de enkelte bydele inden for selve Københavns Kommune. Middellevetiden i København er øget de seneste år. Opgjort pr. 2005 og 2006 var den således henholdsvis 73,4 år og 78,8 år for mænd og kvinder (figur 2 og 3).

Blandt Københavns Kommunes borgere er der potentiale for betydelige forebyggende og sundhedsfremmende indsatser på de såkaldte KRAM-områder. Kun 16 % af borgerne i kommunen lever op til alle anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om ikke at ryge, drikke under genstandsgrænsen, spise en sund kost og være fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen. Der er endvidere en sammenhæng mellem borgernes sociale profil og deres sundhedsadfærd.

57% af Københavns Kommunes borgere lever med mindst én kronisk sygdom, mens 12% lever med mindst tre kroniske sygdomme. Der kan konstateres en sammenhæng mellem borgernes sociale profil, deres sundhedsadfærd og forekomsten af kroniske sygdomme (tabel 3).

I løbet af 2010 modtog 35.537 borgere ydelser fra forvaltningen. Det svarer til 6% af Københavns Kommunes borgere. Langt de fleste modtagere er 65+ årige. I alt har 41% af de 65+ årige borgere modtaget en eller flere ydelser fra forvaltningen i 2010. Dækningsgraden blandt de 80+ årige er tre gange højere end blandt borgere i alderen 65-

79 år (Figur 7 og Figur 8).

Praktisk hjælp er den ydelse i forvaltningen, som flest borgere modtager årligt (14.844 borgere i 2010), herefter følger sygepleje (11.125), træning efter Sundhedsloven (10.569), personlig pleje (8.955) og forebyggende hjemmebesøg (7.084).

Antallet af borgere, der har modtaget træning efter Sundhedsloven og træning efter Serviceloven er steget markant siden 2009. Det samme gælder antallet af brugere af aktivitetstilbud og brugere af de midlertidige botilbud. I samme periode er antallet af borgere, der bor i plejebolig eller modtager personlig og praktisk hjælp faldet (Figur 6).

#### Hjemmepleje (kapitel 4)

Andelen af sager inden for personlig pleje, praktisk hjælp og madservice, der bliver behandlet inden for behandlingstidsfristen på 5 dage er steget markant siden 2008. I 4. kvartal 2010 nåede andelen af sager behandlet inden for tidsfristen op over 80%, som er forvaltningens mål. På hjælpemiddelområdet indfrie de forvaltningen målsætningen om at overholde sagsbehandlingstiderne i 80% af sagerne for hele året 2010 (Figur 9).

Andelen af 65+ årige borgere, der modtager personlig pleje og praktisk hjælp, har været faldende siden 2008, hvilket dækker over, at der i perioden er blevet færre 80+ årige, som har det største plejebestod. Kvinder, ugifte og borgere med dansk eller vestlig oprindelse har en markant højere dækningsgrad end mænd, gifte og borgere med ikke-vestlig oprindelse (Figur 10 og 11).

Antallet af leverede besøg i den kommunale hjemmepleje er faldet 11% til 3.323.311 besøg i 2010. I samme periode er antallet af hjemmeplejemodtagere faldet med 14% til 12.210 i 2010 (figur 13). 70% af de borgere, der i 2010 modtog hjemmepleje, fik mindre end to timers hjælp om ugen eller modtog udelukkende tøjvask, indkøb og/eller madservice, mens 2% af hjemmeplejemodtagerne modtog mere end 20 timers hjælp om ugen (Figur 12).

De seneste to år er der sket en generel stigning i andelen af de visiterede timer, der leveres af en privat hjemmeplejeleverandør. Borgerne vælger i højere grad privat leverandør til praktisk hjælp end til personlig pleje (figur 14).

Antallet af forskellige medarbejdere i borgernes hjem har været nogenlunde konstant i perioden 2008 til 2010 (figur 15). Omtrent 60% af besøgene i dagtimerne leveres af borgerens primære eller sekundære hjælper. Forvaltningen har igangsat en række initiativer for at nedbringe antallet af hjælpere i borgernes hjem, særligt hos den gruppe borgere, der modtager flest besøg. Forvaltningens egen analyse viser, at antallet af hjælpere i borgernes hjem primært afhænger af to faktorer – antal besøg og karakteristika ved den enkelte hjemmeplejegruppe (Figur 16).

Forvaltningens brugerundersøgelse viser, at borgerne i 2010 generelt var tilfredse med den hjemmepleje, de modtog. Tilfredsheden er øget siden sidste måling i 2008, og den ligger på niveau med landets øvrige store kommuner. I forhold til trivsel viser undersøgelsen, at 9% af hjemmeplejemodtagerne ofte og 16% engang imellem føler sig

uønsket alene. Samtidig er hjemmeplejemodtagerne generelt mådeholdne i deres vurdering af egen livskvalitet og helbred (tabel 4, 6, 7 og 8). Brugerundersøgelsen viser, at det, der har størst betydning for borgernes samlede tilfredshed med hjemmeplejen er mødet med hjælperne, kvaliteten i ydelserne, og om modtagernes egne forventninger til hjemmeplejen bliver indfriet (figur 17).

### Sygepleje (kapitel 5)

11.125 borgere modtog hjemmesygepleje i 2010, hvilket er et fald på 4% fra 2008. I samme periode er antallet af besøg i hjemmesygeplejen steget 16% til 623.969 i 2010. At færre borgere modtager sygepleje, samtidig med at timetallet stiger, kan indikere en øget kompleksitet og et øget plejebestand blandt modtagergruppen (Figur 18 og 19).

Antallet af borgere, der er i målgruppen for at modtage sygepleje på en sygeplejeklinik er faldet med 9% siden 2009 til 890 i 2010. I samme periode er antallet af borgere, der visiteres til en sygeplejeklinik steget med 75% til 279 borgere. Det svarer til 31% af målgruppen. Dermed er der stadig et godt stykke til forvaltningens målsætning om, at 90% af målgruppen skal visiteres til sygeplejeklinik (Figur 21).

Forvaltningen gennemførte i 2010 en brugerundersøgelse blandt sygeplejemodtagere, der samtidig modtog hjemmepleje. Undersøgelsen viste, at borgerne generelt er meget tilfredse med den behandling, de får fra den kommunale sygepleje. Det har stor betydning for borgernes tilfredshed med sygeplejen, om sygeplejerskerne er venlige og lyttende. Dernæst følger brugernes oplevelse af om sygeplejen hjælper, som også har en vis indflydelse på den samlede tilfredshed.

### Plejeboliger (kapitel 6)

88% af sagerne om ansøgning om plejebolig blev i 2010 behandlet inden for fristen. Således har forvaltningen indfriet målsætningen om, at sagsbehandlingsfristen skal overholdes i mindst 80% af sagerne (Figur 22). Samtidig overholdt forvaltningen 4-ugersgarantien for stort set alle godkendte borgere (Figur 23).

16% af de københavnske borgere i alderen 80+, bor i en plejebolig. Dækningsgraden er højst for kvinder, ugifte og borgere med dansk eller vestlig oprindelse. Kun 7% af borgerne i alderen 80+ år med ikke-vestlig oprindelse bor i en plejebolig (Figur 24).

34% af disse borgere bor i en plejebolig, der enten er nybygget eller moderniseret. Det er en stigning fra 21% i 2008 (figur 26).

Langt de fleste af Københavns Kommunes plejeboligbeboere (63%) modtager alene en grundpakke. En meget lille andel borgere modtog enten pakke 4 eller specialpakken, der i modsætning til grundpakken indikerer et stort plejebestand (Figur 25).

Forvaltningens brugerundersøgelse på plejeboligområdet viser, at beboerne i 2010 var meget tilfredse med livet i plejebolighederne, og at de føler sig trygge. Tilfredsheden er øget en smule siden sidste måling i 2008, og den ligger på niveau med de større byer, det er muligt at sammenligne sig med. 9% af beboerne føler sig imidlertid ofte og 13% engang imellem uønsket alene. Beboerne er generelt mådeholdne i deres vurdering af egen

livskvalitet og helbred. Samtidig findes en stor spredning i beboernes vurderinger på tværs af plejeboligheder (tabel 9, 11 og 12). Undersøgelsen viser desuden, at kvaliteten i plejen og i hvilken grad forventningerne om livet i plejebolig er indfriet, er de forhold, der har størst betydning for den samlede tilfredshed (figur 27).

#### Hjemtagning og genoptræning (kapitel 7)

I 2010 blev 96% af de 65+ årige borgere, der blev indlagt på hospital, udskrevet uden ventedage. 0,3 pct. af borgerne ventede i mere end 14 dage på hjemtagning efter færdigbehandling. Således lever forvaltningen stort set op til målsætningen i Sundhedsaftalen om, at alle borgere skal hjemtages senest 14 dage efter, at de er færdigbehandlede (Tabel 13). Samtidig er det lykkedes at nedbringe det gennemsnitlige antal færdigbehandlede patienter pr. dag, der venter på hjemtagning, fra 46 til 28 borgere, svarende til et fald på 39%. Forvaltningen lever dog stadig ikke op til målsætningen om maksimalt 11 færdigbehandlede borgere pr. dag i 2010 (Figur 28).

En række af de borgere, der udskrives fra hospitalerne, skal genoptrænes efter sundhedsloven. Det samlede antal af genoptræningsplaner er steget med 21% siden 2008 til 11.055 i 2010. Samtidig er andelen af almene genoptræningsplaner, der varetages af kommunen, steget fra 66% i 2008 til 77% i 2010. Dermed er forvaltningen tæt på sin målsætning om, at mindst 80% af genoptræningsplanerne skal være almene træningsforløb (Figur 29).

#### Tilsyn og Dokumentation (kapitel 8)

Siden 2009 har alle hjemmeplejemodtagere skulle have en døgn- og ugeplan. Ved udgangen af 2010 havde 94% af hjemmeplejemodtagerne en døgn- og ugeplan. Alle borgere, der bor i plejebolig, havde en døgn- og ugeplan (figur 30).

Ifølge Københavns Kommunes kvalitetsmål skal samtlige plejeboliger og samtlige private og kommunale leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp godkendes eller godkendes med mangler af det uanmeldte, eksterne kommunale tilsyn i løbet af et kalenderår.

I 2010 fik samtlige private leverandører, som der blev ført tilsyn med og seks kommunale leverandører resultatet "Godkendt" eller "Godkendt med mangler på enkelte områder" som resultat af de uanmeldte, kommunale tilsyn. Ét tilsyn hos en kommunal leverandør blev ikke godkendt. Forvaltningen har sammen med lokalområdeledelsen for den pågældende leverandør udarbejdet en handleplan, som dels fokuserer på at udbedre de konstaterede fejl og mangler, og dels indeholder en mere langsigtet plan for kvalitetssikring (tabel 14).

De anmærkninger og fejl, som er fundet i forbindelse med tilsynene relaterer sig særligt til to områder – (1) dokumentation af sammenhængen mellem visiteret og leveret pleje og (2) medicindokumentation.

I 2010 er der gennemført 45 uanmeldte tilsyn og 42 anmeldte tilsyn på kommunens plejeboligheder. Alle tilsyn er godkendt – dog er 8 uanmeldte tilsyn og 4 anmeldte tilsyn godkendt med mangler på enkelte områder. Manglerne relaterer sig særligt til



dokumentationen af pleje- og omsorgsindsatsen samt sundhedsfremme og forebyggende indsatser. Forvaltningen har skærpet retningslinierne for dokumentation og sørger for løbende uddannelse af personalet med henblik på at reducere fejl og mangler fremover (Tabel 15).

Embedslægen har gennemført 34 besøg på københavnske plejehjem i 2010. Der er generelt sket en lille forbedring i tilsynsresultaterne sammenlignet med 2009. Fire plejeboligheder har fået vurderingen "fejl og mangler med meget lille patientsikkerhedsrisiko" i 2010, mens 27 tilsyn resulterede i bemærkningen "fejl og mangler med patientsikkerhedsrisiko". Tre plejeboligheder fik konstateret "alvorlige fejl og mangler". Disse angik blandt andet fejl i medicinbehandling og manglende sundhedsfaglig dokumentation. Pågældende plejeboligheder har i samarbejde med forvaltningen udarbejdet handlingsplaner, som følger embedslægens anbefalinger. Resultatet skal ses i lyset af, at de ni plejeboligheder, der klarede sig bedst i 2009, ikke har fået tilsyn i 2010, og derfor ikke indgår i opgørelsen for 2010 (figur 31).

I 2010 var der 177 klagesager, hvilket svarer til fem klagesager per 1.000 modtagere i forvaltningen. I 38% af klagerne blev der givet medhold i mindst ét af klageemaerne, mens der i 56% af sagerne ikke blev givet medhold (Tabel 16).

### Medarbejdere (kapitel 9)

Ved udgangen af 2010 havde forvaltningen 7.097 "ordinære" fastansatte medarbejdere samt 1.453 social- og sundhedselever. Det svarer til 7.749 fuldtidsstillinger, hvilket er en stigning på 6% siden udgangen af 2008. Den primære årsag til stigningen skyldes, at antallet af social- og sundhedselever siden 2008 er steget med 70%. Flest medarbejdere er ansat inden for "bo- og aktivitetstilbud" og "hjemmepleje og sygepleje" med hhv. 45 og 24% af de fastansatte medarbejdere. "Sundhed og forebyggelse" er det område, der efter "lovpligtige uddannelser" har oplevet den største medarbejderstigning siden 2008 (14%) (tabel 17 og 18).

Sammenlignes forvaltningens medarbejderprofil i 2010 med den generelle borgerprofil for Københavns Kommune (jf. Tabel 1) ses, at forvaltningen har en stærk overrepræsentation af kvindelige ansatte. 85% af medarbejderne i forvaltningen er således kvinder sammenlignet med 49 af kommunens borgere mellem 0 og 64 år. Medarbejdernes fordeling på etnisk oprindelse stemmer nogenlunde overens med borgerprofilen (Tabel 20).

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens medarbejdere er i gennemsnit fraværende i 35 arbejdsdage om året (eksklusiv ferie). Dette tal har været nogenlunde konstant siden 2008 (figur 32).

I samme periode er sygefraværet i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen faldet 2,6 kalenderdage pr. medarbejder. Det tilsvarende tal for hele Københavns Kommune er 1,5 kalenderdage (figur 33). Alene fra 2009 til 2010 er sygefraværet faldet med 1,7 kalenderdag per medarbejder i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Dermed har forvaltningen mere end opfyldt målet om et fald på en kalenderdag.

Forvaltningen har udarbejdet en analyse af medarbejdernes sygefravær. Det overordnede resultat er, at særligt tre trivselsfaktorer fører til et fald i medarbejdernes sygefravær, nemlig medarbejdernes selvvaluerede helbred, arbejdsglæde samt det fysiske arbejdsmiljø. Derudover har stillingstype, alder, anciennitet og arbejdstidspunkt betydning for sygefraværet (Figur 39).

Andelen af medarbejdere, der stopper i løbet af året er faldet fra 23% i 2008 til 16% i 2010. Dermed lever forvaltningen mere end op til Borgerrepræsentationens mål om en årlig reduktion i personaleomsætningen på 1% (Figur 37). Det er primært medarbejdere med kort anciennitet, som forvaltningen har svært ved at fastholde (Figur 38).

Københavns Kommune gennemførte en undersøgelse af medarbejdernes trivsel i 2010. Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommunes samlede trivselsscore i 2010 var 4,7 på en skala fra 1 til 6. Samtidig er Sundheds- og Omsorgsforvaltningen blandt de fire forvaltninger, som har oplevet en stigende medarbejdertilfredshed siden 2008 (tabel 21).

Forvaltningen har udarbejdet en statistisk analyse af besvarelserne i trivselsundersøgelsen, som viser, at faktorerne effektivitet og psykisk arbejdsmiljø har størst indflydelse på trivslen (Figur 40).

## KAPITEL 3: BORGERE & BRUGERE

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

### 3.1. DEMOGRAFISK PROFIL PÅ KØBENHAVNS KOMMUNES BORGERE

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

Tabellen viser befolkningsgrundlaget for Københavns Kommune fordelt på aldersgrupper samt køn og etnicitet ved udgangen af 2010.

	Kvinder	Mænd	Gift	Dansk oprindelse	Vestlig oprindelse	Ikke-vestlig oprindelse	I alt	Procentfordeling	Udvikling siden 2008
<b>Københavns Kommunes borgere fordelt på alder</b>									
0-64 år	239.286	244.412	114.808	370.478	36.781	76.352	483.698	90%	4%
65-79 år	21.897	18.281	17.431	35.035	2.143	2.987	40.178	7%	7%
80+ år	11.331	4.335	3.183	14.506	704	453	15.666	3%	-10%
I alt	272.514	267.028	135.422	420.019	39.628	79.792	539.542	100%	4%
<b>Antal 65+ år borgere</b>	<b>33.228</b>	<b>22.616</b>	<b>20.614</b>	<b>49.541</b>	<b>2.847</b>	<b>3.440</b>	<b>55.844</b>	<b>10%</b>	<b>2%</b>

Kilde: Københavns Kommunes Folkeregisteropgørelse og Danmarks Statistik.

Note: I opgørelsen defineres personer med dansk oprindelse som personer – uanset fødested – der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Gruppen af vestlige lande defineres som: Alle EU-lande, Island, Norge, Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, New Zealand, Canada, USA og Australien. Gruppen af ikke-vestlige lande defineres som alle andre lande end de førnævnte og Danmark.

Note: Tabellen summerer ikke op, hvilket skyldes, at 103 borgere i kommunen ikke kan fordeles på etnisk oprindelse.

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

Københavns Kommunes befolkning udgøres af 539.542 borgere ved udgangen af 2010, hvilket er en stigning på 4% sammenlignet med samme tidspunkt 2008. 55.844 borgere – svarende til 10% – er over 65 år. Der er i perioden 2008 til 2010 blevet 2% flere borgere i aldersgruppen 65+.

7% af borgerne er 65-79 år, mens 3% er 80 år eller derover.

Befolkningssammensætningen blandt de ældre har ændret sig på den måde, at der er blevet 7% flere borgere i alderen 65-79 år, mens antallet af 80+ årige borgere er faldet med 10%.

37% af borgerne over 65 år er gift eller har indgået registreret partnerskab. Dette gør sig gældende for 25% af kommunens befolkning generelt. Andelen af gifte borgere er størst blandt de 65-79-årige, hvor 43% lever i ægteskab eller registreret partnerskab, mens andelen for de 80+-årige er 20%.

60% af borgerne i alderen 65+ er kvinder. Der er markant flere kvinder (72%) end mænd (28%) i alderen 80+, mens kønsfordelingen i aldersgruppen 65-79 er mere ligelig.

Der bliver forholdsvis flere borgere med dansk oprindelse, jo ældre aldersgruppen er. Således har 77% (370.478) af borgerne i aldersgruppen 0-64 år dansk oprindelse, mens det gælder for 89% (49.541) af borgerne over 65 år. Især i aldersgruppen 80+ er de fleste borgere af dansk oprindelse, nemlig 93%.

### Tabel 2 – Prognose for udvikling i ældrebefolkningen

Tabellen viser prognosen for udviklingen i antal borgere 65+ årige i Københavns Kommune fra 2010-2020.

År	Alder	AMA	BIN	IBØ	VBH	VKV	I alt	Procentfordeling
<b>2010</b>								
	65-79 år	7.867	7.271	10.917	6.974	7.003	40.032	72%
	80+ år	2.855	3.339	3.267	3.459	2.728	15.648	28%
	I alt	10.722	10.610	14.184	10.433	9.731	55.680	100%
<b>2015</b>								
	65-79 år	9.028	8.266	12.420	7.864	7.976	45.554	77%
	80+ år	2.512	2.870	2.799	2.824	2.329	13.334	23%
	I alt	11.540	11.136	15.219	10.688	10.305	58.888	100%
<b>2020</b>								
	65-79 år	10.135	8.908	13.100	8.556	8.989	49.688	80%
	80+ år	2.434	2.625	2.771	2.512	2.230	12.572	20%
	I alt	12.569	11.533	15.871	11.068	11.219	62.260	100%

Kilde: Københavns Statistik

Tendensen med færre "gamle" ældre og flere "unge" ældre fortsætter i frem til 2020. Således stiger andelen af 65-79-årige ifølge prognosen med 8%-point (fra 72% i 2011 til 80% i 2020), mens andelen af 80+-årige falder 8%-point (fra 28% i 2011 til 20% i 2020). Samlet set stiger antallet af 65+ årige med 12%.

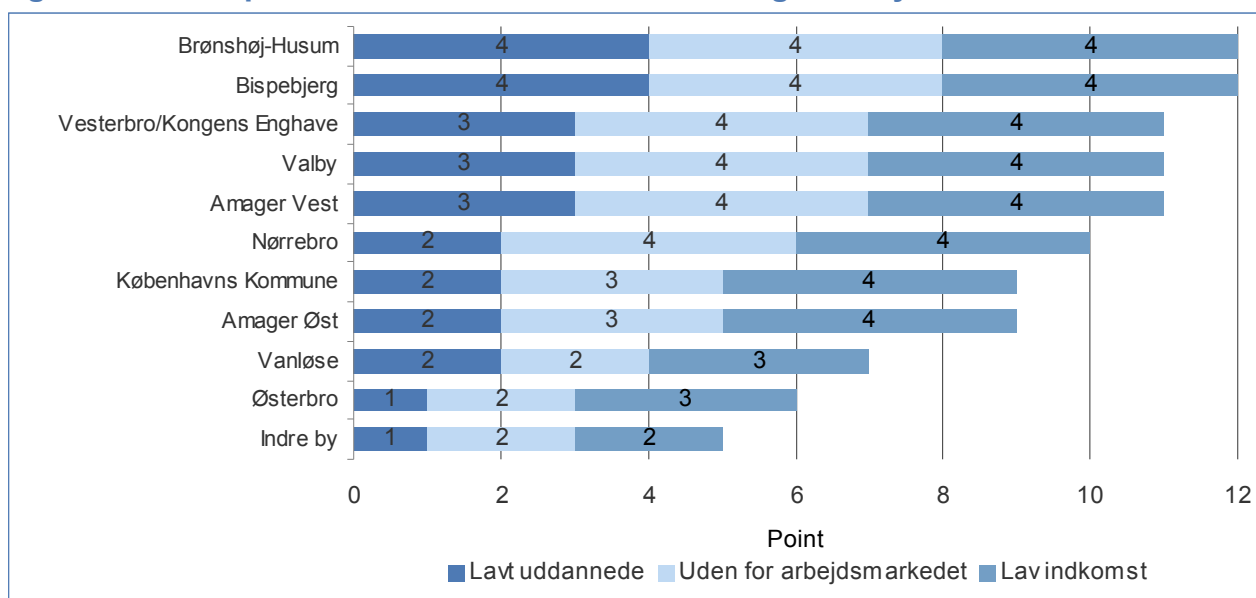
Ændringen er interessant, bl.a. fordi der er en markant forskel på de to aldersgruppers plejebehov, jf. Figur 7. Det er således ikke kun antallet af ældre, som har betydning for, hvordan indsatsen på ældreområdet skal tilrettelægges, men i lige så høj grad alderssammensætningen blandt de ældre.

## 3.2: SOCIAL PROFIL PÅ KØBENHAVNS KOMMUNES BORGERE

Region Hovedstaden og regionens kommuner udgav i februar 2011 *Sundhedsprofil for*

region og kommuner 2010. Publikationen indeholder en opgørelse, der inddeler hovedstadskommunerne samt ti bydele inden for Københavns Kommune i fire lige store sociale grupper, såkaldt kommunesocialgrupper, på baggrund af summen af point fra 1-4 på tre områder: "andel borgere med kort uddannelse", "andel borgere uden for arbejdsmarkedet" og "gennemsnitlig bruttoindkomst". Hvis en kommune eller en bydel inden for Københavns Kommune ligger i den fjerdedel af Region Hovedstadens kommuner, som ligger bedst placeret på et område, tildeles 1 point på dette område. Der tildeles 2 point til den fjerdedel, der ligger næstbedst på området og så fremdeles. Hver kommune/bydel kan således få tildelt mellem 3 og 12 point i alt. Jo flere point en kommune/bydel scorer samlet set, i jo højere grad er kommunens/bydelens sociale profil præget af korte uddannelser, borgere, der står uden for arbejdsmarkedet, og lav bruttoindkomst.

**Figur 1 – Social profil for Københavns Kommune og de ti bydele indenfor**



Kilde: Sundhedsprofil 2010 for region og kommuner 2010, Region Hovedstaden, Koncern Plan og Udvikling, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, 2010

Variationen i den sociale profil er betydelig mellem Københavns Kommunes bydele, hvilket fremgår af ovenstående figur 1. Indre By og Østerbro placerer sig således i den fjerdedel, der har den næsthøjeste sociale profil med henholdsvis 5 og 6 point. Amager Øst placerer sig i den næst dårligste fjerdedel med 9 point, mens Amager Vest, Bispebjerg, Brønshøj-Husum, Nørrebro, Valby og Vesterbro/Kongens Enghave med en score mellem 10 og 12 point alle placerer sig i den tungeste fjerdedel, hvad angår social profil.

København ligger i den halvdel af kommunerne i Region Hovedstaden, hvor færrest borgere har en kort uddannelse (2 point), mens billedet ser mere negativt ud, når der ses på andelen af borgere, der står uden for arbejdsmarkedet og på den gennemsnitlige bruttoindkomst (ikke vist). Københavns Kommune befinder sig således i den halvdel, hvor flest borgere står uden for arbejdsmarkedet (3 point), og i den fjerdedel, hvor borgerne har den laveste bruttoindkomst (4 point). Dette giver Københavns Kommune en samlet score

på 9 point, hvilket placerer kommunen blandt kommuner md den næst dårligste sociale profil. Med få undtagelser (ikke vist) placerer vestegnskommunerne sammen med en del af Københavns Kommunes bydele sig blandt den fjerdedel af kommunerne/bydelene i Region Hovedstaden, som har den dårligste sociale profil, mens den fjerdedel af kommunerne med den mest fordelagtige sociale profil, med undtagelse af Dragør, alle er at finde nord for København.

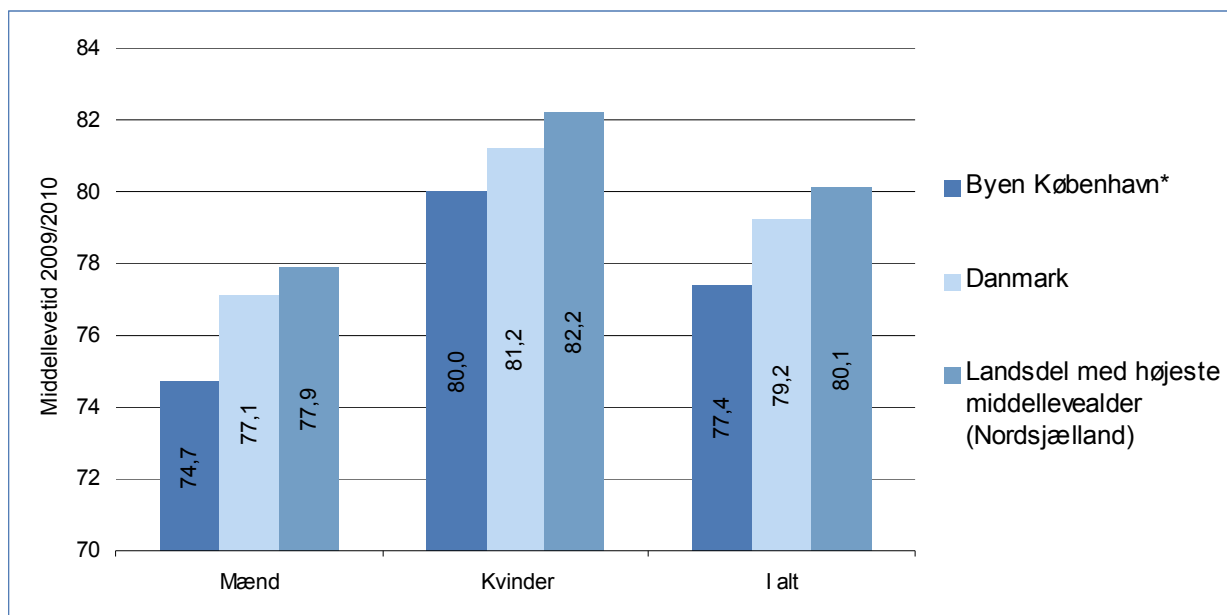
## Ensomhed

Sammenlignes andelen af borgere over 16 år, der angiver, at de ofte føler sig ufrivilligt alene (justeret for køns- og aldersforskelle kommunerne imellem), ligger Københavns Kommune i den tunge ende af skalaen med den anden højeste andel af ufrivilligt ensomme (6,9%) ud af samtlige kommuner i Region Hovedstanden.

I Sundheds- og Omsorgsforvaltningens egen brugerundersøgelse fra 2010 blandt hjemmeplejemodtagere og plejeboligbeboere angav imidlertid hele 9% af de adspurgte hjemmeplejemodtagere og plejeboligbeboere, at de ofte føler sig ufrivilligt ensomme, mens hhv. 16% og 13% angav, at de af og til føler sig ensomme (se i øvrigt kapitel 4). De højere andele ensomme i SUF's brugerundersøgelse kan hænge sammen med, at målgruppen i brugerundersøgelsen var 65+ årige, der modtager enten hjemmepleje eller bor i plejebolig, mens tallene fra Sundhedsprofilen tager udgangspunkt i alle 16+ årige.

## Figur 2 – Middellevetid

Middellevetiden er et udtryk for det gennemsnitlige antal år, personer i en given alder har tilbage at leve i, hvis deres dødelighed fremover svarer til det niveau, som er konstateret i en bestemt periode (her 2009-2010).



Kilde: Danmarks Statistik.

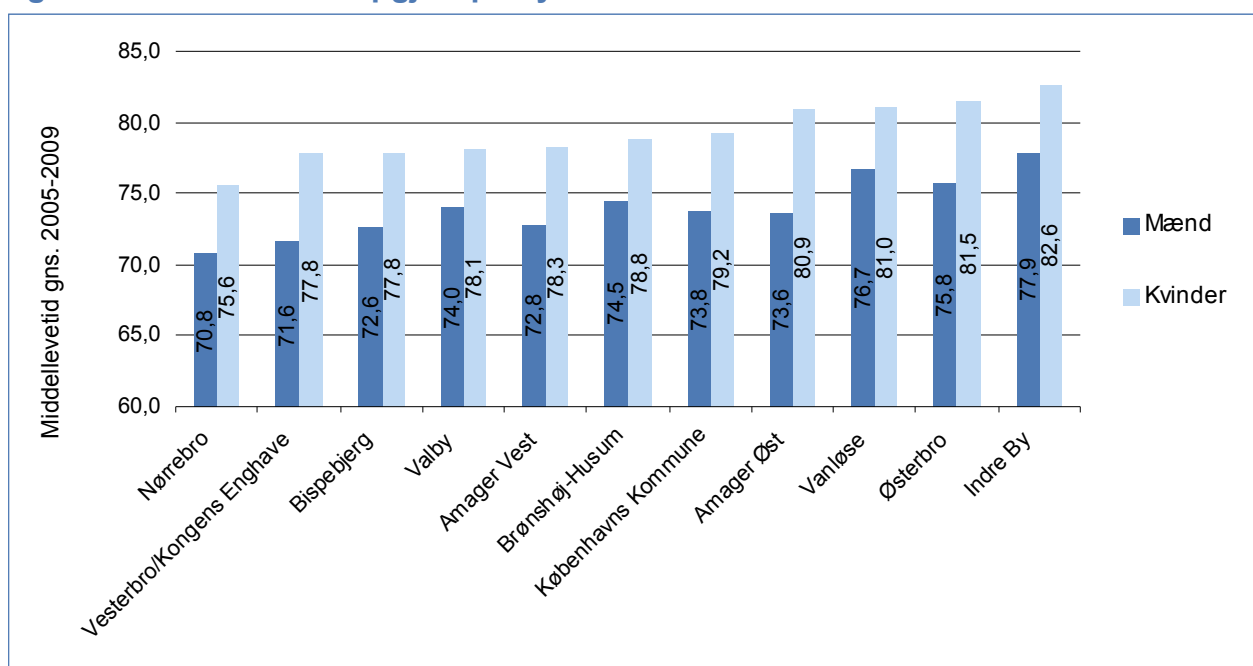
Anm.: \* Byen København svarer til Københavns, Frederiksberg, Dragør og Tårnby kommuner.

Af figuren ses at middellevetiden i byen København er 74,4 år for mænd, mens den for kvinder er 80,0 år. I forhold til landsgennemsnittet er middellevetiden pr. 2009-2010

således 3% (2,4 år) lavere for mænd og 2% (1,2 år) lavere for kvinder bosiddende inden for det område, der dækker Københavns, Frederiksberg, Dragør og Tårnby Kommuner. Det giver for begge køns vedkommende den laveste middellevetid sammenlignet med befolkningen i samtlige øvrige landsdele i Danmark. Den højeste middellevetid findes for begge køns vedkommende blandt personer bosiddende i Nordsjælland.

Også på middellevetiden er der væsentlige forskelle mellem Københavns bydele, hvilket fremgår af nedenstående figur. Middellevetiden i Indre By, som har den højeste gennemsnitlige middellevetid inden for Københavns Kommune, er således syv år højere blandt både mænd og kvinder (hhv. 77,9 og 82,6 år) end på Nørrebro, hvor den som det laveste er hhv. 70,8 og 75,6 år.

**Figur 3 – Middellevetid opgjort på bydele inden for Københavns Kommune**



Kilde: Københavns Kommune, 2011:

<http://www.kk.dk/FaktaOmKommunen/KoebenhavnITalOgOrd/StatistikOmKoebenhavnOgKoebenhavnere/Noegletal/BefolkningOgPrognoser/Middellevetid.aspx?tab=1>.

Middellevetiden følger endvidere den sociale profil inden for Københavns Kommune i den forstand, at middellevetiden generelt er højest i de bydele, som har den mest fordelagtige sociale profil, mens middellevetiden generelt er lavest i de bydele med dårligere sociale profiler. Hermed antydes en social slagside i sundhedstilstanden inden for Københavns Kommune.

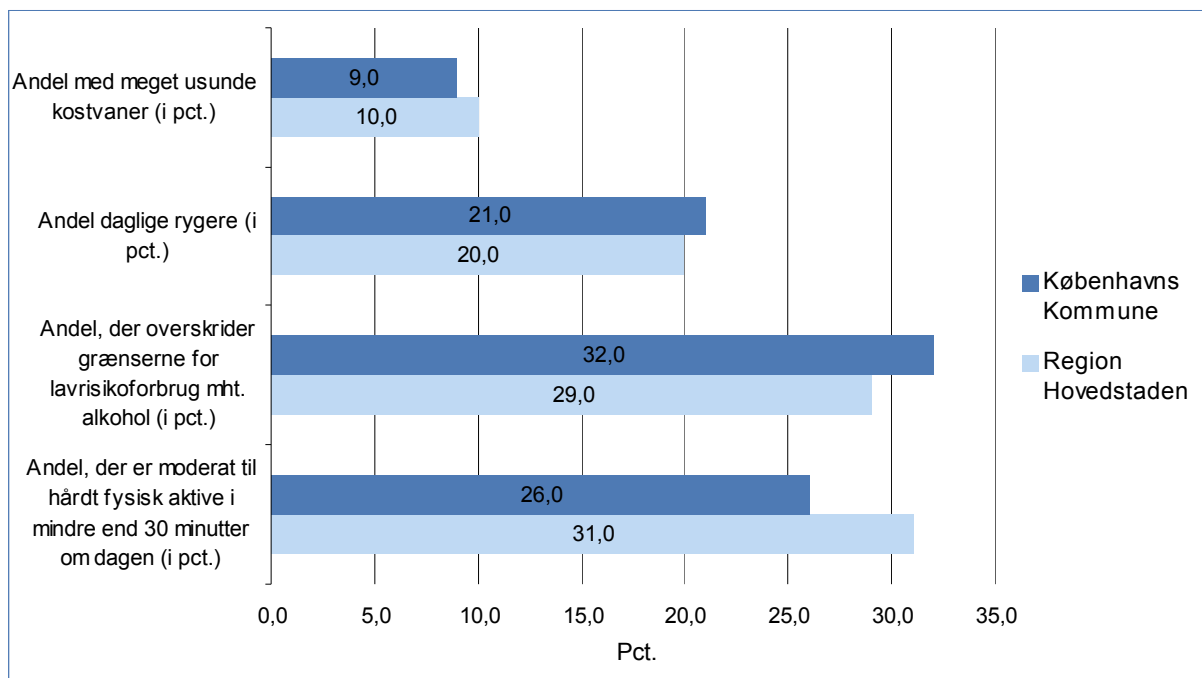
### 3.3: SUNDHEDSPROFIL PÅ KØBENHAVNS KOMMUNES BORGERE

Af *Sundhedsprofil for region og kommuner 2010* fremgår det, at der er potentiale for betydelige forebyggende og sundhedsfremmende indsatser/borgerrettede tilbud i Københavns Kommune på de såkaldte KRAM-områder: Kost, Rygning, Alkohol og Motion.

Kun 16 % af borgerne i kommunen lever op til alle anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om ikke at ryge, drikke under genstandsgrænsen, spise en sund kost og være fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen.

Af figuren neden for fremgår det, at Københavns Kommune ligger en smule bedre placeret hvad angår forekomsten af usunde kostvaner (9% svarende til 36.200 borgere) samt andelen, der dyrker moderat til hård fysisk motion i mindre end 30 minutter om dagen (26% svarende til 111.100 borgere), idet begge andele ligger under andelen for Region Hovedstaden som helhed (hhv. 10% og 31%). Der er desuden sket et signifikant fald på 5 procentpoint i andelen af inaktive i Københavns Kommune siden 2007 blandt de 25-79-årige, flere er således fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen.

**Figur 4 – Københavns Kommunes profil på KRAM-områder sammenlignet med Region Hovedstaden**



Kilde: Uddrag af Sundhedsprofil 2010 for Københavns Kommune, Region Hovedstaden, Koncern Plan og Udvikling, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, 2010

Derimod er en lidt større andel borgere inden for Københavns Kommune daglige rygere (10% svarende til 89.600 borgere) set i forhold til regionen som helhed (9%). Andelen af borgere i Københavns Kommune med en risikabel alkoholadfærd er ligeledes højere (32% svarende til 133.100 borgere overskrider grænserne for lavrisikoforbrug) end i regionen som helhed (29%). Der er dog sket et fald i andelen af daglige rygere inden for Københavns Kommune siden 2007 på 2,5 procentpoint blandt de 25-79-årige.

Opdeles sundhedsadfærd inden for KRAM på køn, alder og uddannelse gælder det gennemgående, at en større andel mænd end kvinder lever risikobetonet på et eller flere



områder. Daglig rygning og risikabel alkoholadfærd er mest udbredt blandt yngre og midaldrende personer, mens de ældre generationer oftere har usunde kost- og motionsvaner. På alle fire faktorer, med undtagelse af risikabel alkoholadfærd, spiller uddannelsesniveau en positiv rolle for sundhedsadfærden, således at jo lavere uddannelsesniveau, jo større andel personer med risikobetonet sundhedsadfærd og omvendt jo højere uddannelsesniveau, jo mindre andel personer med risikobetonet sundhedsadfærd. Der er således langt færre borgere i Københavns Kommune med en lang videregående uddannelse i modsætning til personer med en kortere uddannelse, som dagligt ryger (9% mod 30%), som har meget usunde kostvaner (3% mod 14%) og som kan betegnes som fysisk inaktive (18% mod 34%). Andelen med et risikabelt alkoholindtag er i modsætning hertil større blandt personer med en lang videregående uddannelse end blandt personer med kortere uddannelse. Det er på den baggrund muligt at tale om en social slagside i sundhedsadfærden i stil med den sociale slagside, der blev antydnet i forhold til middellevetiden.

Endvidere fremgår det, at sundhedsadfærden varierer mellem kommuner og mellem bydele inden for Københavns Kommune på den måde, at personer bosiddende i de socialt bedst stillede kommuner/bydele generelt udviser mindre risikobetonet adfærd med hensyn til rygning, kost og motion, end tilfældet er blandt personer bosiddende i kommuner/bydele med en dårligere social profil. Undtagelsen er andelen af borgere med en risikabel alkoholadfærd og andelen af borgere, der cykler til og fra arbejde eller uddannelsessted. Her findes ingen systematiske forskelle i sundhedsadfærden på tværs af sociale profiler. Dog er der en tendens til, at risikabel alkoholadfærd er mest fremtrædende blandt de socialt bedre stillede kommuner/bydele.

### Tabel 3 – Borgere med kronisk sygdom

Borgere med kroniske sygdomme er den patientgruppe, som optager flest ressourcer i sundhedsvæsenet. Dette skyldes blandt andet, at behandlingen af og den efterfølgende kontrol med mange kroniske sygdomme er blevet markant forbedret i løbet af de seneste 10-20 år, hvorfor flere lever længere med en eller flere kroniske sygdomme.

43% af borgerne i Københavns Kommune lever uden kronisk sygdom, samme andel som i Region Hovedstaden som helhed. Der er således også en stor andel af borgerne (57 %), der lever med én eller flere kroniske sygdomme.

Tabellen angiver antallet og andelen af personer, der lider af nogle af de mere livstruende kroniske sygdomme.

	Københavns Kommune Antal (andel i pct.)	Region Hovedstaden Antal (andel i pct.)
Diabetes	16.900 (4%)	58.400 (4%)
KOL	16.600 (4%)	55.800 (4%)
Hjertekarsygdomme	13.800 (3%)	49.000 (4%)
Kræft	6.800 (2%)	29.400 (2%)
I alt	54.100 (13%)	192.600 (14%)
Borgere med én kronisk sygdom	133.000 (32%)	398.300 (31%)

Borgere med to kroniske sygdomme	56.500 (13%)	193.000 (15%)
Borgere med mindst tre kroniske sygdomme	48.500 (12%)	155.000 (12%)
Borgere med mindst én kronisk sygdom i alt	238.000 (57%)	746.300 (57%)

Kilde: Sundhedsprofil 2010 for region og kommuner 2010, Region Hovedstaden, Koncern Plan og Udvikling, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, 2010

Som det fremgår af tabellen har hver tredje borger i Københavns Kommune én kronisk sygdom, 13% har to kroniske sygdomme, mens mere end hver 10. borger har mindst tre kroniske sygdomme. Tallene svarer stort set til andelen for Region Hovedstaden som helhed. Allergi er den kroniske sygdom med størst udbredelse – hele 29% af borgerne i Københavns Kommune lider således af en eller anden form for allergi. Også migræne, forbigående psykisk sygdom, slidgigt og ryg sygdomme er at finde blandt mere end 10% af Københavns Kommunes og Region Hovedstadens befolkning.

Der kan konstateres en social slagside i forekomsten af kroniske sygdomme. Samtidig er der en sammenhæng mellem borgernes sundhedsadfærd og forekomsten af kroniske sygdomme.

### 3.4: SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGENS OPGAVER

#### Figur 5 – Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver

Figuren viser Sundheds- og Omsorgsforvaltningens samlede opgaveportefølje.

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

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

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

## **Sundhedsfremme og forebyggelse**

### *Ydelser og tilbud til alle borgere*

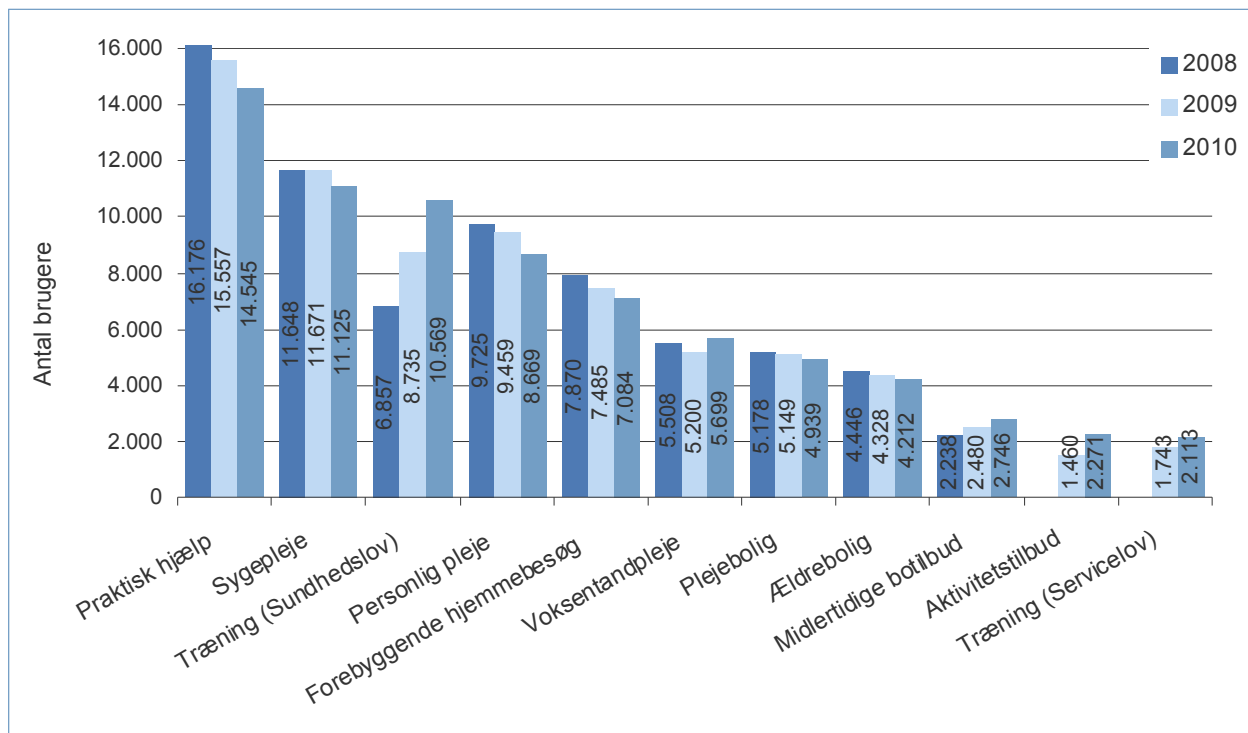
- Genoptræning
- Borgerrettet og patientrettet forebyggelse

### *Øvrige opgaver og tilbud*

- Kommunernes Arbejdsmiljørådgivning
- Sundhedsaftaler
- Specialtandpleje

## Figur 6 – Antal brugere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser

Figuren viser Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser fordelt på antal brugere i 2008 til 2010. En bruger kan tælle med flere gange, hvis vedkommende modtager mere end én type ydelse. I opgørelsen indgår ikke borger- og patientrettet forebyggelse.



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

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

Note: For træning efter Servicelov og aktivitetstilbud er det kun muligt at udarbejde opgørelser for en del af perioden.

Note: Borgere, der er afgået ved døden i løbet af 2010, indgår i opgørelsen.

Note: Borgere der er inaktive indgår ikke i opgørelsen

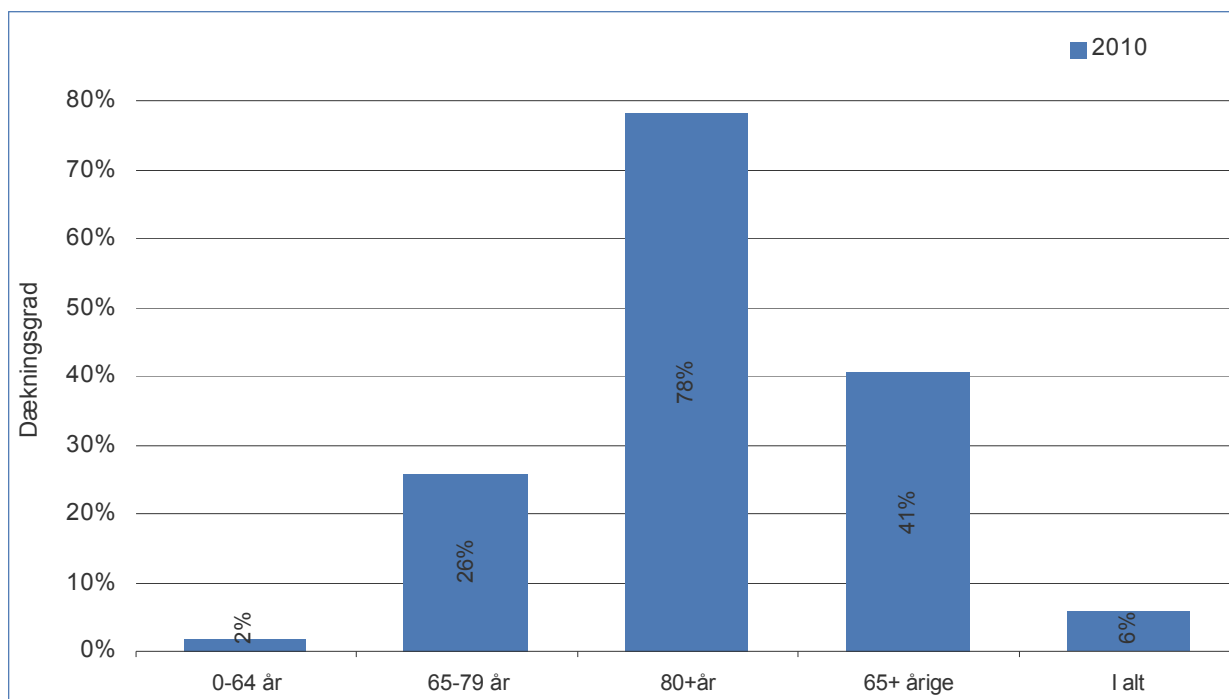
I 2010 modtog i alt 35.537 borgere hjælp fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Dette er en stigning på 2% siden 2009.

Af figuren fremgår det, at praktisk hjælp er den ydelse i forvaltningen, som flest borgere modtager årligt (14.545 brugere i 2010). 8.669 borgere modtager personlig pleje. Endvidere modtager 7.084 borgere forebyggende hjemmebesøg. Antallet af modtagere af hhv. praktisk hjælp, personlig pleje og forebyggende hjemmebesøg er alle faldet med 10 pct. fra 2008 til 2010. Antallet af borgere i plejebolig (4.939) og ældrebolig (4.212) er faldet 5% siden 2008. Alderssammensætningen i aldersgruppen har ændret sig, så der er blevet flere borgere i alderen 65-79 og færre i alderen 80+, som generelt har det største plejebæhov (jf. Tabel 1 og Figur 7).

Antallet af borgere, der har modtaget træning efter Sundhedsloven (10.569) og træning efter Serviceloven (2.113) er steget med henholdsvis 54% siden 2008 og 21% siden 2009. Ligeledes er antallet af brugere af aktivitetstilbud (2.271) steget med 56% siden 2009. Antallet af brugere af de midlertidige botilbud (2.746) er steget med 23% siden 2008.

## Figur 7 – Andel brugere af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser fordelt på alder

Figuren viser andelen af borgere i Københavns Kommune, der i 2010 har modtaget en eller flere ydelser fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Borger- og patientrettet forebyggelse er ikke med i opgørelsen.



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

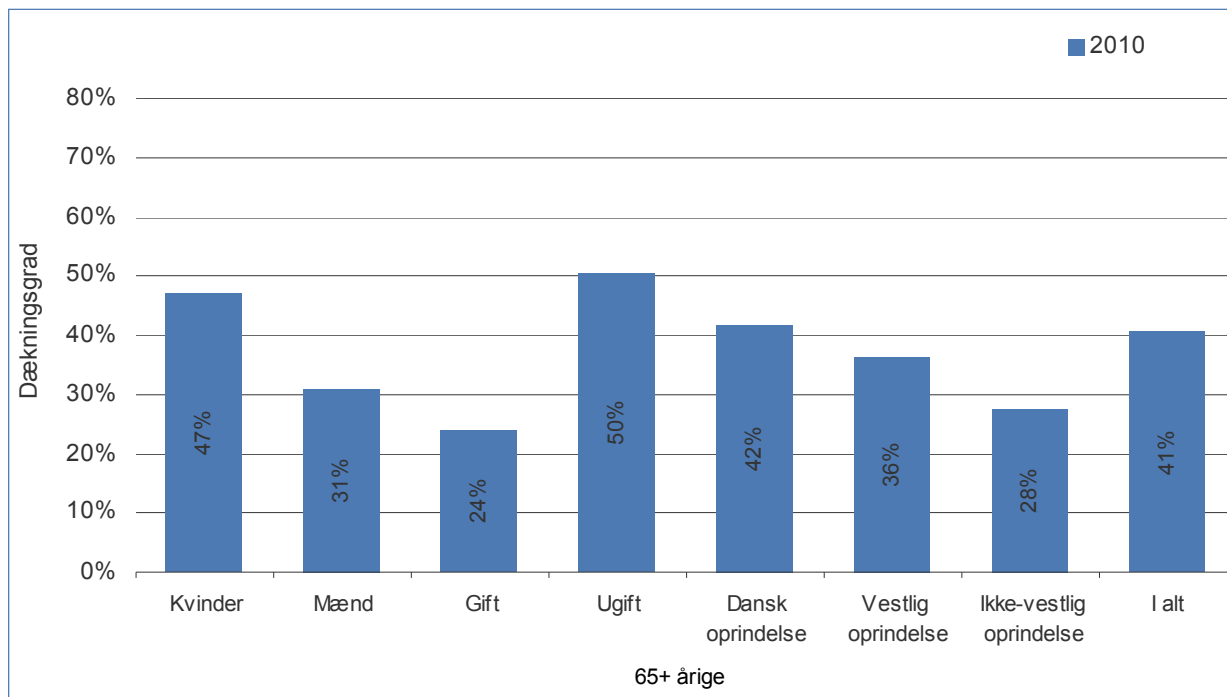
Note: Dækningsgraden er alene beregnet ud fra de borgere, der boede i København ultimo 2010.

Note: Borgere, der er afgået ved døden i løbet af 2010, indgår ikke i opgørelsen.

Ved udgangen af 2010 modtog 6% af Københavns borgere ydelser fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Forvaltningens brugere udgøres næsten udelukkende af gruppen af ældre i alderen 65 år og derover. Der er en markant tendens til, at dækningsgraden stiger med alderen. Således er dækningsgraden blandt borgere i alderen 80+ tre gange højere end blandt borgere i alderen 65-79 år.

### Figur 8 – Andel modtagere af ydelser fordelt på aldersgrupper, køn og etnicitet

Figuren viser andelen af 65+ årige borgere i Københavns Kommune, der i 2010 har modtaget en eller flere ydelser fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, fordelt på køn og etnicitet. Borger- og patientrettet forebyggelse er ikke med i opgørelsen.



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

Note: Dækningsgraden er alene beregnet ud fra de borgere, der boede i København ultimo 2010.

Note: I opgørelsen defineres personer med dansk oprindelse som personer – uanset fødested – der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Gruppen af vestlige lande defineres som: Alle EU-lande, Island, Norge, Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, New Zealand, Canada, USA og Australien. Gruppen af ikke-vestlige lande defineres som alle andre lande end de førnævnte og Danmark.

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).

Note: Borgere, der er afgået ved døden i løbet af 2010, indgår ikke i opgørelsen.

I alt har 41% af borgerne i alderen 65+ modtaget en eller flere ydelser fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i 2010.

47% af kvinderne og 31% af mændene i aldersgruppen har modtaget ydelser fra forvaltningen i 2010. Når der ses på etnicitet, fremgår det, at 42% af borgere med dansk oprindelse, 36% af borgere med vestlig oprindelse og 28% af borgere med ikke-vestlig oprindelse i aldersgruppen har modtaget ydelser fra forvaltningen i 2010. Endelig er andelen af ugifte, der får hjælp, dobbelt så høj som den tilsvarende andel af gifte.

## KAPITEL 4: HJEMMEPLEJE

I dette kapitel gennemgås området hjemmepleje. Kapitlet indeholder oplysninger om sagsbehandlingstid, hvem der modtager ydelsen, og hvor meget hjælp de modtager. Desuden præsenteres brugernes vurdering af hjemmeplejen samt tal for hvor mange forskellige medarbejdere, der kommer i borgernes hjem.

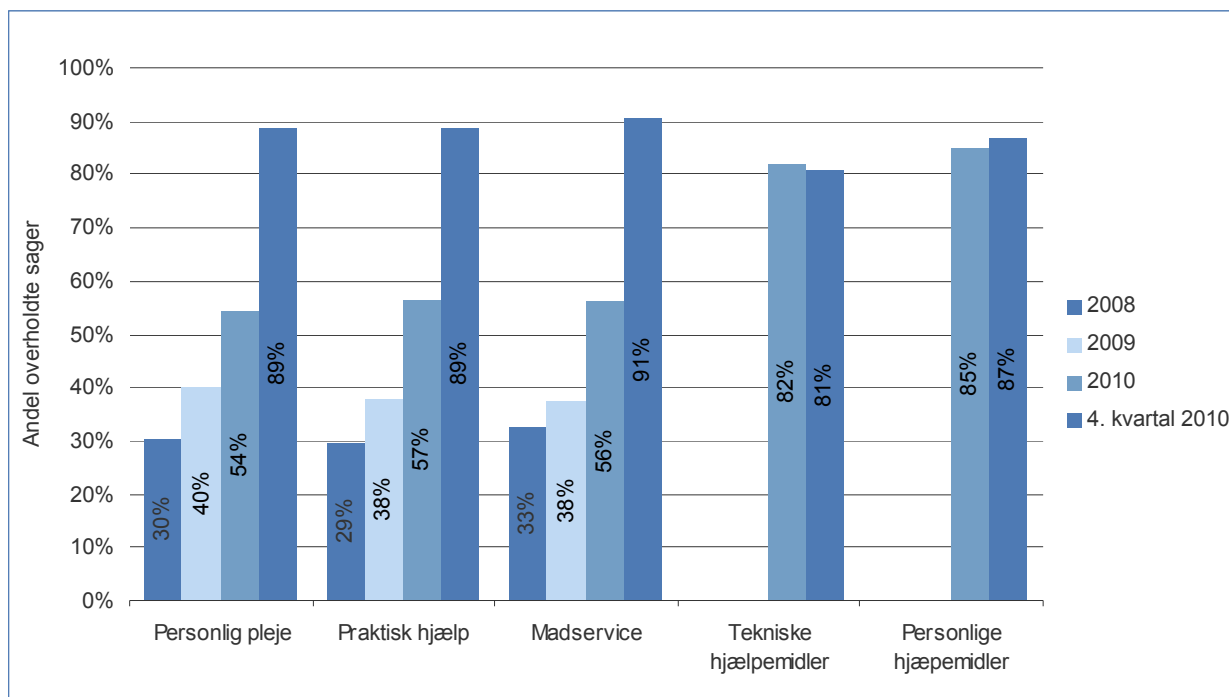
Hjemmepleje består af personlig pleje og praktisk hjælp. Personlig pleje dækker over forskellige former for hjælp til personlig hygiejne, hjælp og støtte til mad og måltider, psykisk pleje og omsorg, hjælp til medicin samt sengeredning, forflytning og lejrning. Praktisk hjælp dækker over hjælp til rengøring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

### 4.1: SAGSBEHANDLINGSTIDER

#### **Figur 9 – Andel sager hvor sagsbehandlingsfristen er overholdt for hjemmepleje, madservice og hjælpemidler**

Tabellen viser andelen af sager, der er blevet behandlet inden for sagsbehandlingsfristerne på de enkelte områder. De politisk fastsatte sagsbehandlingsfrister for hjemmepleje (personlig pleje og praktisk hjælp) og madservice er 5 arbejdsdage, mens de for tekniske og personlige hjælpemidler er 4 uger, og 8 uger hvis sagen involverer 3. part. For udskiftning af personlige hjælpemiddel er sagsbehandlingsfristen 1 uge.

Det er forvaltningens mål, at sagsbehandlingsfristerne overholdes i mindst 80% af sagerne.



Kilde Københavns Omsorgs System (KOS), indberetninger fra lokalområdekontorerne og Hjælpemiddelcentret  
 Note: Der kan ikke laves opgørelser af sagsbehandlingstiden på hjælpemidler i 2008 og 2009 pga. manglende data.

I 2010 blev der behandlet 29.941 sager vedrørende hjemmepleje og hjælpemidler. Andelen af sager, der bliver behandlet inden for behandlingstidsfristen, er steget markant i perioden 2008 til 2010.

I 2010 blev 54% af sagerne om personlig pleje, 57% af sagerne om praktisk hjælp og 56% af sagerne om madservice behandlet inden for behandlingsfristen på 5 arbejdsdage. Således indfrier forvaltningen ikke målsætningen om, at mindst 80% af sagerne skal behandles inden for fristen. Behandlingstider er imidlertid et område, forvaltningen har prioriteret højt i 2010, og tallene for 4. kvartal viser en positiv udvikling, hvor 89% af sagerne om personlig pleje og praktisk hjælp samt 91% af sagerne om madservice behandles inden for fristen. Forvaltningen forventer på den baggrund, at de igangsatte initiativer vil medføre, at fristerne i fremtiden overholdes i mindst 80% af sagerne.

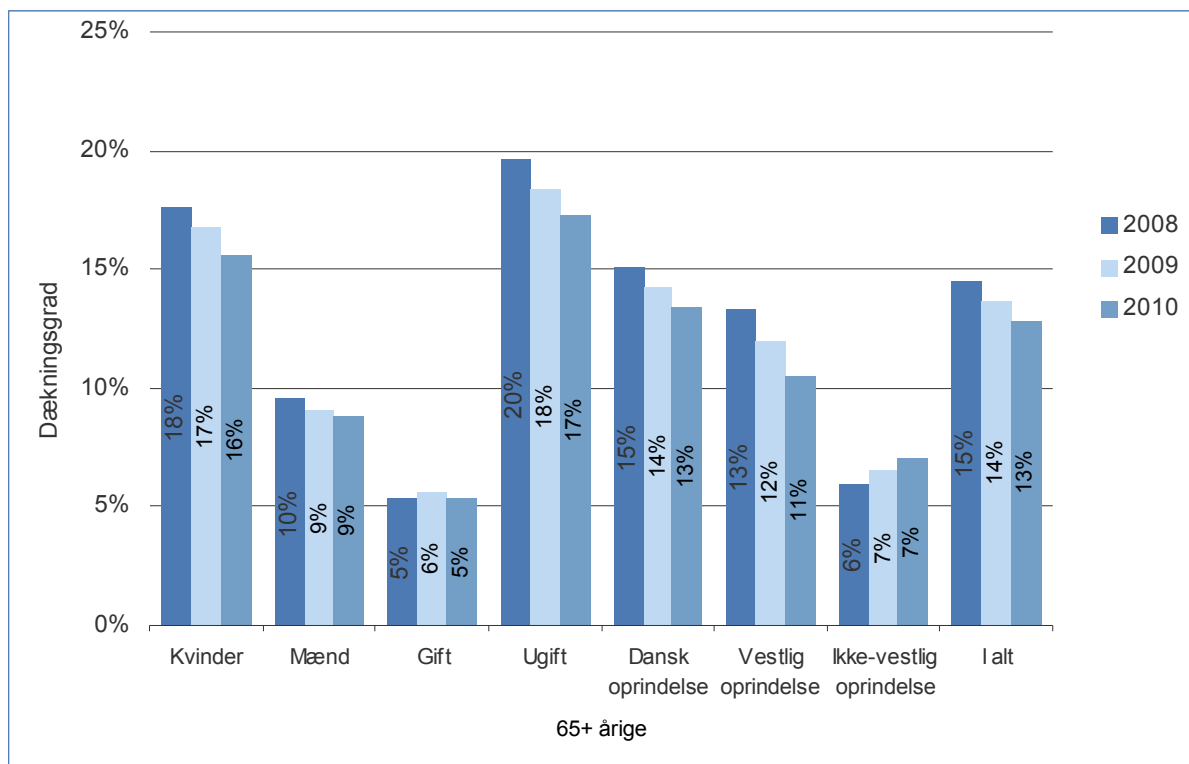
82% af sagerne om tekniske hjælpemidler og 85% af sagerne om personlige hjælpemidler blev i 2010 behandlet inden for sagsbehandlingsfristen. Dermed indfrier forvaltningen sin målsætning om, at mindst 80% af sagerne behandles inden for fristen.

## 4.2: BORGERE, DER MODTAGER HJEMMEPLEJE

### Figur 10 – Andel modtagere af personlig pleje blandt borgere i alderen 65+ fordelt på køn, civilstand og etnicitet

Figuren viser udviklingen i andelen af modtagere af personlig pleje i perioden 2008-2010 blandt borgere i alderen 65+, fordelt på køn, civilstand og etnicitet.





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: I opgørelsen defineres personer med dansk oprindelse som personer – uanset fødested – der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Gruppen af vestlige lande defineres som: Alle EU-lande, Island, Norge, Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, New Zealand, Canada, USA og Australien. Gruppen af ikke-vestlige lande defineres som alle andre lande end de førnævnte og Danmark.

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).

Note: Borgere, der er afgået ved døden i løbet af 2010, indgår ikke i opgørelsen.

13% af borgerne i alderen 65+ modtog personlig pleje i 2010. Det er et fald fra 15% i 2008. 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 og plejebæhov (jf. Tabel 1 og Figur 7).

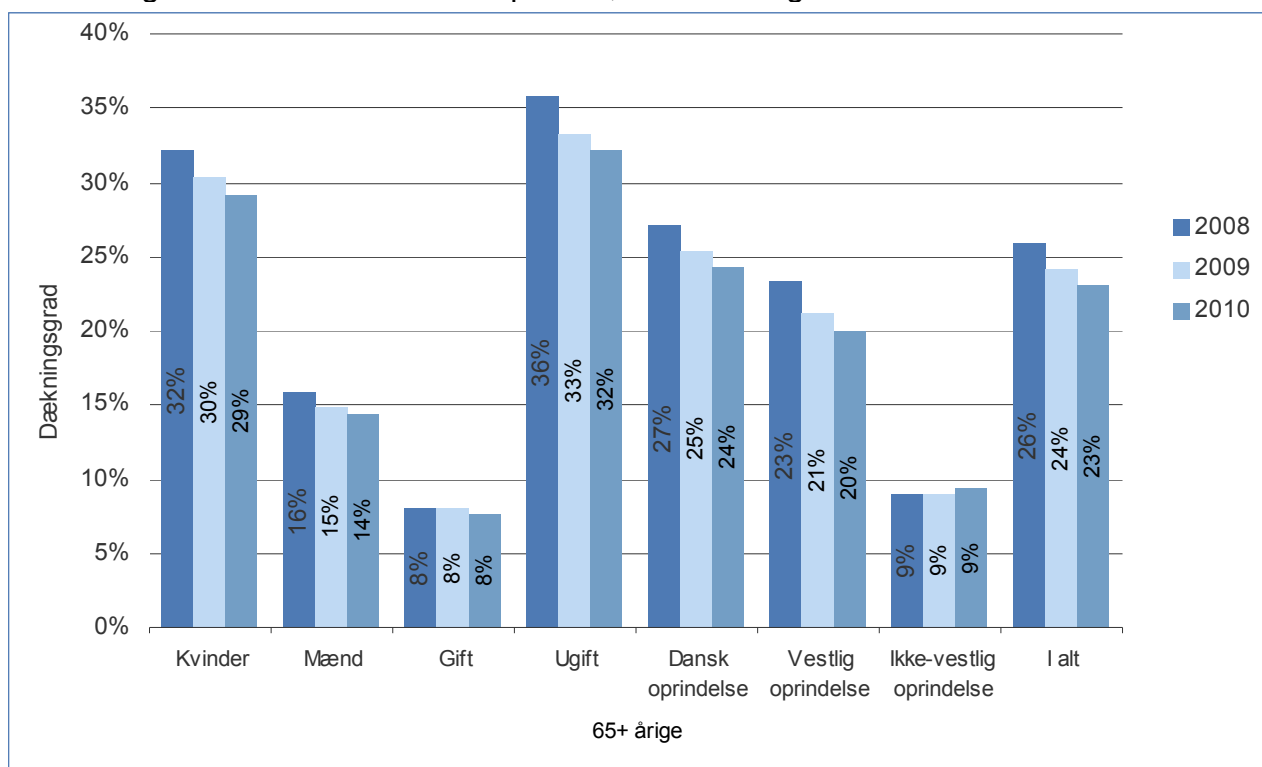
Næsten dobbelt så stor en andel kvinder (16%) som mænd (9%) har modtaget personlig pleje i 2010. Mens andelen af gifte borgere i alderen 65+, der modtager personlig pleje, ligger stabilt omkring 5-6% i perioden, er dækningsgraden faldet 3%-point for ugifte borgere. Alligevel er dækningsgraden for ugifte borgere i 2010 ca. tre gange så høj, som for borgere der lever i et ægteskab.

Dækningsgraden er i perioden faldet 2%-point for borgere med hhv. dansk og vestlig oprindelse. 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 etnicitet hænger også sammen med, at der er flere ugifte og flere borgere med dansk oprindelse blandt de 80+ årige, som har det største plejebæhov.

**Figur 11 – Andel modtagere af praktisk hjælp blandt borgere i alderen 65+ fordelt på**

## køn, civilstand og etnicitet

Figuren viser udviklingen i andelen af modtagere af praktisk hjælp i perioden 2008-2010 blandt borgere i alderen 65+ fordelt på køn, civilstand og etnicitet.



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: I opgørelsen defineres personer med dansk oprindelse som personer – uanset fødested – der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Gruppen af vestlige lande defineres som: Alle EU-lande, Island, Norge, Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, New Zealand, Canada, USA og Australien. Gruppen af ikke-vestlige lande defineres som alle andre lande end de førnævnte og Danmark.

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).

Note: Borgere, der er afgået ved døden i løbet af 2010, indgår ikke i opgørelsen.

23% af borgerne i alderen 65+ modtog praktisk hjælp i 2010. Dækningsgraden for praktisk hjælp ligger generelt højere end dækningsgraden for personlig pleje. For hver borger der modtager personlig pleje, er der 1,8 borgere, der modtager praktisk hjælp (jf. Figur 10).

Parallelt med den personlige pleje er der også for den praktiske hjælp sket et fald i dækningsgraden fra 2008 til 2010 – fra 26% i 2008 til 23% i 2010. Den faldende dækningsgrad hænger sammen med den ovenfor omtalte "foryngning" af gruppen af 65+ årige (jf. Tabel 1 og Figur 7).

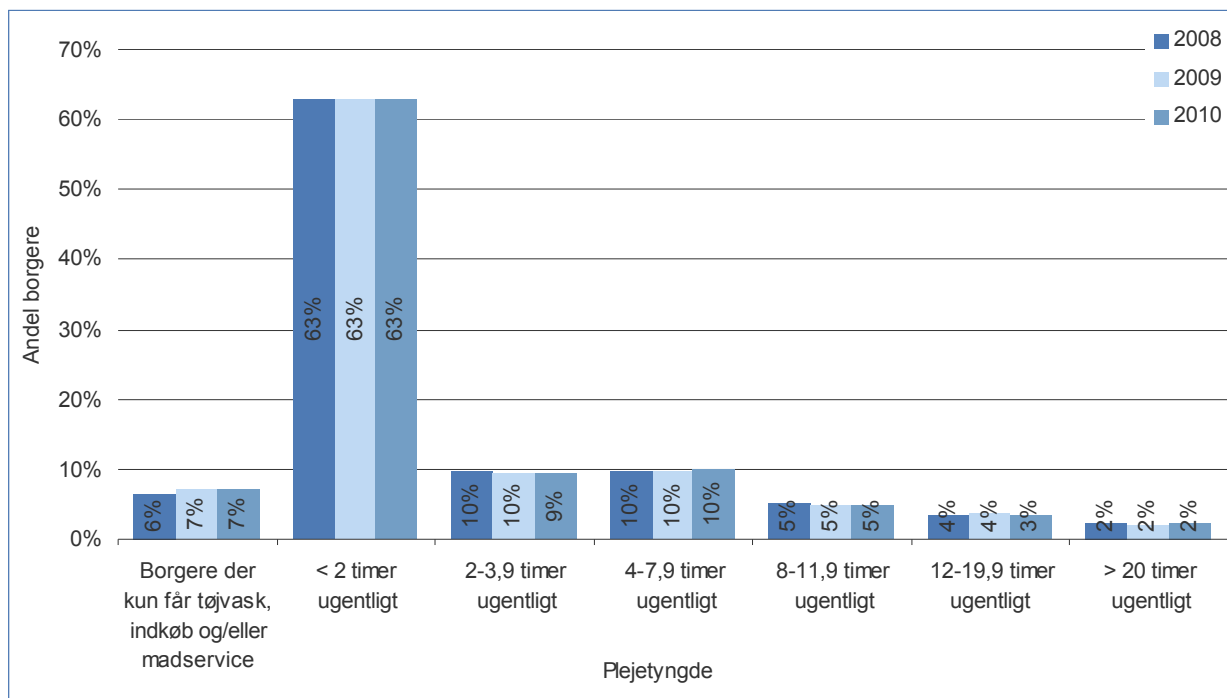
Næsten dobbelt så stor en andel kvinder (29%) som mænd (14%) har modtaget praktisk hjælp i 2010. Dækningsgraden for borgere med ikke-vestlig oprindelse er omkring halvdelen af dækningsgraden for de øvrige etniske grupper og ligger stabilt på 9% i perioden.

Dækningsgraden for ugifte borgere er i 2010 fire gange så høj som for borgere, der lever i et ægteskab. Denne forskel er dog blevet mindre siden 2008. Forskellene i

dækningsgrader for gifte/ugifte hænger sammen med, at der er flere ugifte borgere blandt de 80+ årige, som har det største plejebæbehov.

### Figur 12 – Hjemmeplejemodtagere fordelt på plejetyngde

Figuren viser modtagere af personlig pleje og praktisk hjælp, fordelt på plejetyngde.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

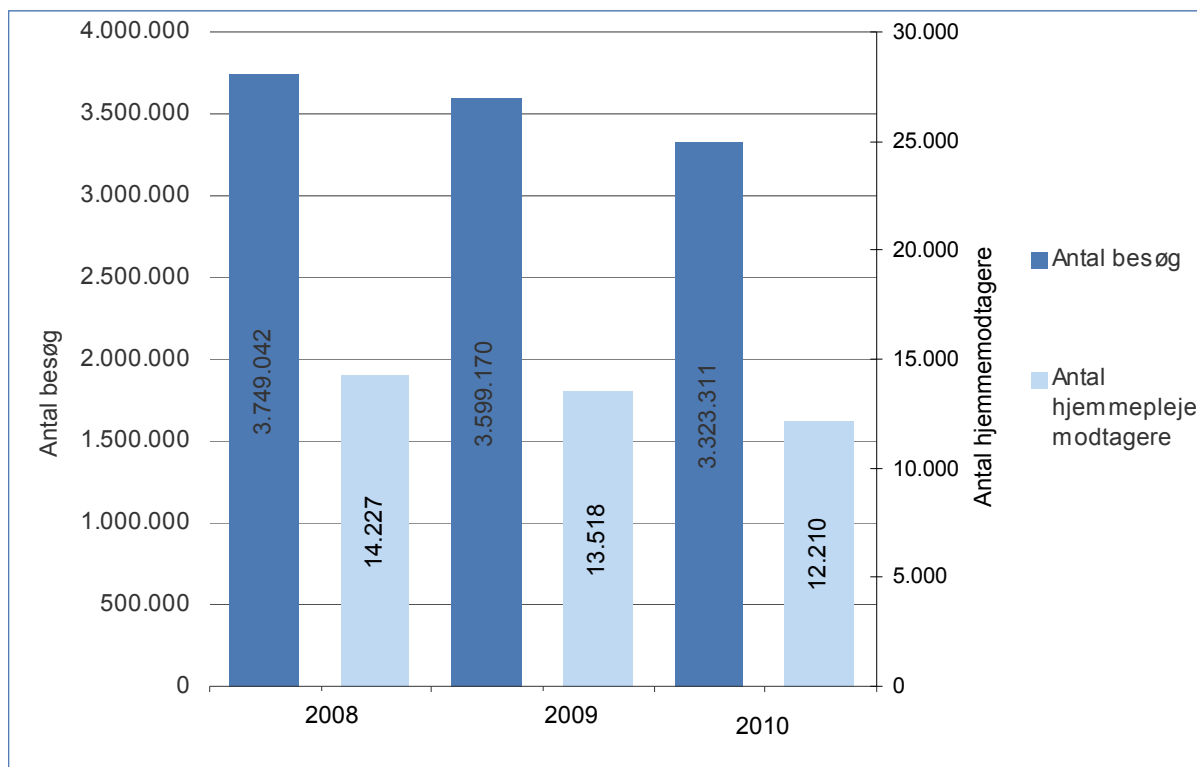
Plejetyngden er udtryk for hvor mange timers hjemmepleje, modtagerne er visiteret til, og den angives i antal visiterede timer per uge. Borgere, der udelukkende får hjælp til tøjvask, indkøb og/eller madservice, er angivet i en kategori for sig.

70% af de borgere, der i 2010 modtager hjemmepleje, får mindre end to timers hjælp om ugen eller modtager udelukkende tøjvask, indkøb og/eller madservice. 2% af hjemmeplejemodtagerne modtager mere end 20 timers hjælp om ugen.

Fordelingen af borgere på plejetyngde er stabil i perioden 2008 til 2010, på trods af at andelen af "gamle ældre" er faldet, mens der er kommet relativt flere "yngre ældre" i perioden.

### Figur 13 – Antal hjemmeplejebesøg og modtagere

Figuren viser antal leverede besøg i de kommunale dag- og aftenhjemmeplejegrupper og antal modtagere af kommunal hjemmepleje i 2008, 2009 og 2010.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Note: I nogle lokalområder er aftenhjemmeplejen organiseret sådan, at hjemmepleje og sygepleje leveres af den samme gruppe. Alle besøg fra disse grupper er inkluderet i opgørelsen, dvs. at opgørelsen også indeholder en mindre andel sygeplejebesøg, da data ikke kan adskilles i Københavns Omsorgs System (KOS) for disse grupper.

Note: Natplejen og Døgnbasen er ikke inkluderet.

Note: Borgere der kun modtager ordninger, har privat leverandør eller er inaktive hele året indgår ikke i tabellen

Antallet af leverede besøg i den kommunale hjemmepleje er faldet med 11% fra 2008 til 2010. I samme periode er antallet af hjemmehjælpemodtagere med kommunal leverandør faldet med 14%.

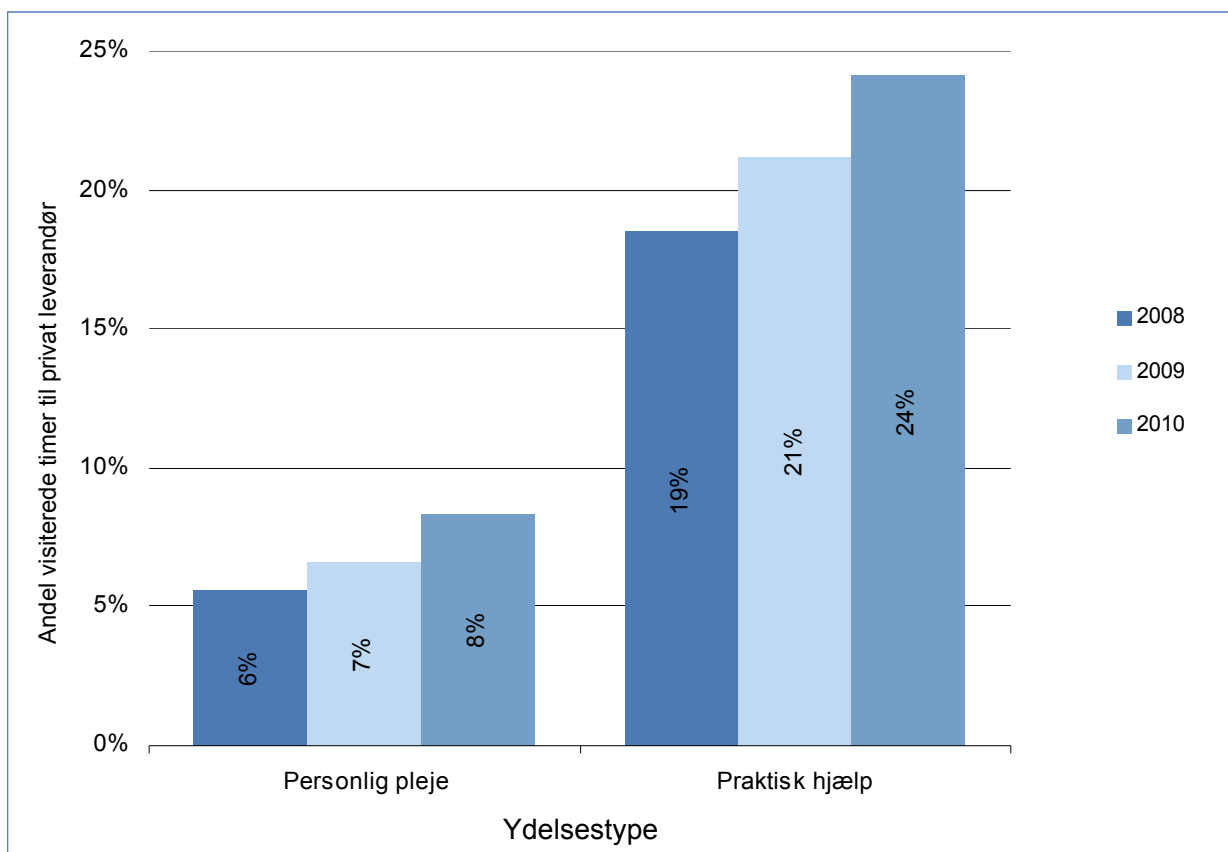
Det gennemsnitlige antal besøg pr. modtager er således steget en smule i perioden, fra ca. 264 besøg pr. modtager pr. år i 2008 til ca. 272 besøg pr. modtager pr. år i 2010. Det gennemsnitlige antal besøg pr. modtager dækker dog over en meget stor spredning, da nogle modtagere kun har modtaget meget få besøg i en kort periode, mens andre modtagere får hjælp hele døgnet rundt.

Faldet i antal kommunale hjemmehjælpemodtagere og besøg skal dels ses i sammenhæng med at der bliver relativt flere "unge ældre", og dels i sammenhæng med, at flere borgere vælger en privat leverandør i stedet for en kommunal leverandør.

#### Figur 14 – Andel visiterede timer til private hjemmeplejeleverandører

Figuren viser udviklingen fra 2008 til 2010 i andelen af visiterede timer til private hjemmeplejeleverandører.

Ifølge lovgivningen skal modtagere af personlige pleje og praktisk hjælp have mulighed for frit leverandørvalg. Derfor kan borgere, som er visiteret til hjemmepleje, frit vælge mellem en række private leverandører.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

De seneste to år er der sket en generel stigning i andelen af de visiterede timer, der leveres af en privat hjemmeplejeleverandør. Borgerne vælger dog i højere grad privat leverandør til praktisk hjælp end til personlig pleje. Således blev 24% af de visiterede timer til praktisk hjælp leveret af en privat leverandør i 2010, mens det samme gjaldt for 8% af de visiterede timer til personlig pleje.

Siden 2008 er andelen af de visiterede timer til privat leverandør vokset 5%-point for praktisk hjælp og 2%-point for personlig pleje.

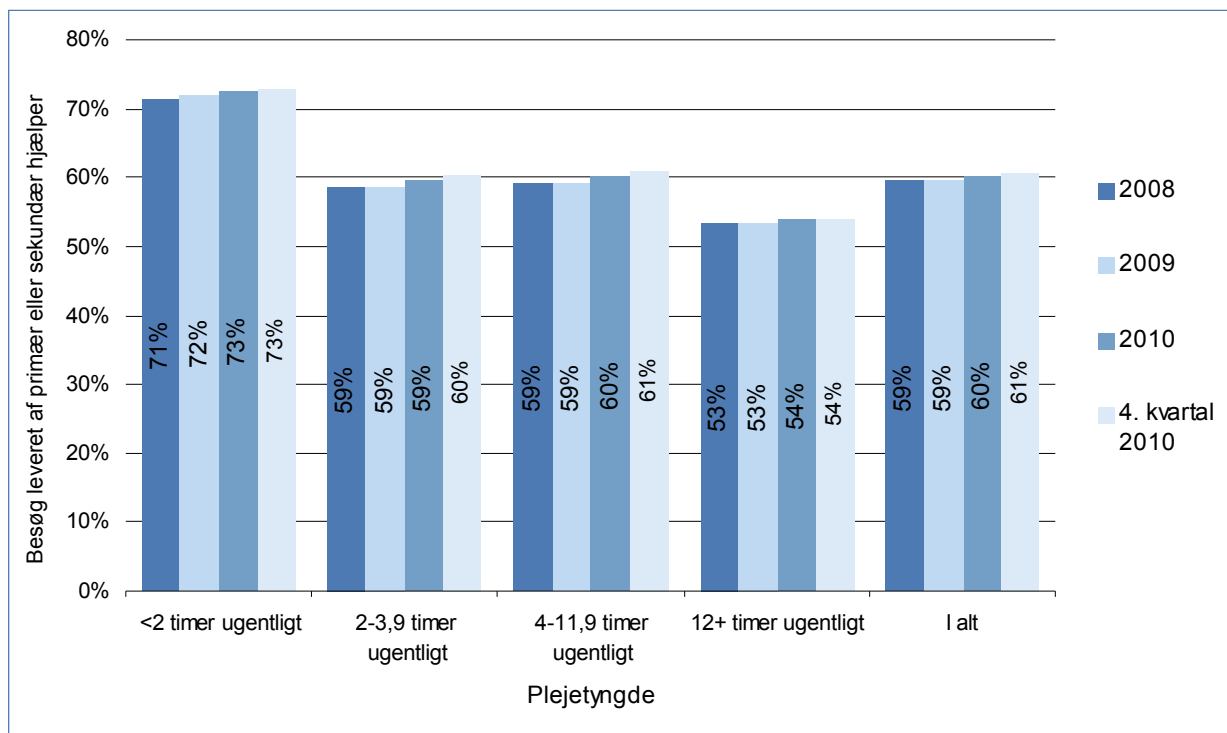
### 4.3: ANTAL HJÆLPERE I BORGERNES HJEM

#### Figur 15 – Andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper for daghjemmeplejen

Figuren viser andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper i *daghjemmeplejen* i 2008, 2009 og 2010 vedrørende levering af personlig pleje og praktisk hjælp (dog ikke tøjvask, indkøb og madservice, idet disse ordninger ikke leveres af den kommunale hjemmepleje).

Sundheds- Og Omsorgsudvalget har i forbindelse med budgetaftalen for 2010 fastlagt et mål om, at antallet af forskellige hjælpere hos borgere med størst plejebenhov skal

nedbringes.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

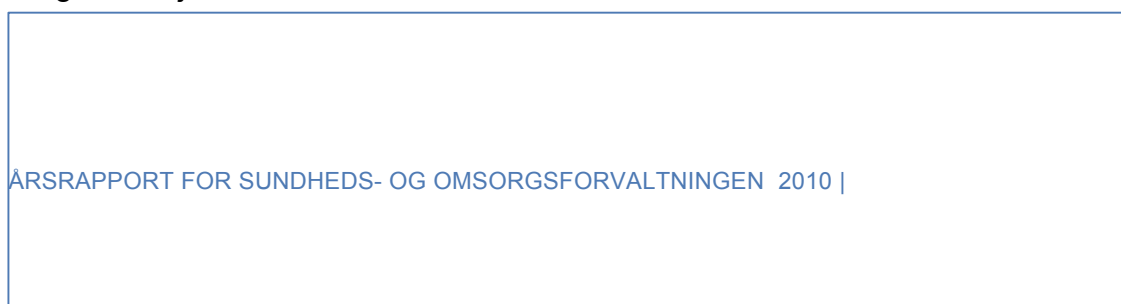
Note: Andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper opgøres ved først at opgøre andel besøg leveret af primær eller sekundær hjælper i en 4-ugers-periode per måned. Dernæst udregnes gennemsnittet for de tre 4-ugers-perioder, og dette gennemsnit udgør andelen af besøg leveret af primær eller sekundær hjælper i det pågældende kvartal.

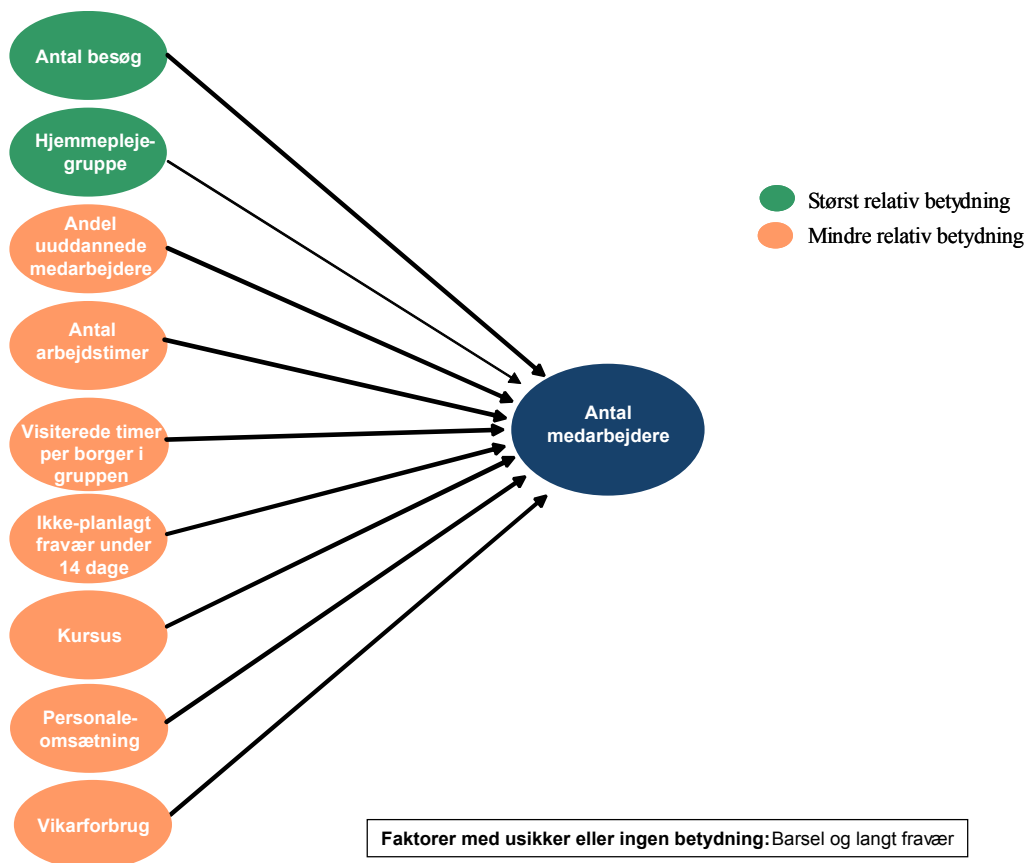
60% af de besøg, daghjemmeplejen har leveret i 2010, er leveret af primær eller sekundær hjælper. Andelen er faldende jo mere hjælp borgerne får.

Der er ikke i perioden 2008-2010 sket nævneværdige ændringer i andelen af besøg leveret af primær eller sekundær hjælper. Lokalområderne har i 2010 afprøvet forskellige metoder til at nedbringe antallet af hjælpere i borgernes hjem. Første del af 2010 udgjorde en udviklings- og implementeringsfase, og derfor er det sandsynligt, at indsatsen endnu ikke manifesterer sig fuldt ud. 4. kvartal 2010 viser, at andel besøg leveret af primær og sekundær hjælper fortsat ikke har ændret sig meget sammenlignet med 2008-2010. Forvaltningen indsamler aktuelt erfaringerne med de igangværende initiativer med henblik på at intensivere indsatsen gennem udbredelse af de indsatser, der har vist sig mest effektive.

### Figur 16 – Faktorer med betydning for antallet af forskellige hjælpere i borgernes hjem

I 2010 udarbejdede forvaltningen en analyse af, hvilke faktorer der påvirker antallet af forskellige hjælpere, der kommer i borgernes hjem. Formålet var at skabe konkret viden om hvor der skal sættes ind hvis antallet af hjælpere i borgernes hjem skal mindskes. Nedenstående figur viser, hvilke faktorer der har betydning for antallet af hjælpere i borgernes hjem.





Det *antal besøg* borgeren modtager har stor, direkte betydning for hvor mange forskellige hjælpere borgeren møder. Jo flere besøg des flere forskellige hjælpere. Det betyder, at borgere med en høj plejetyngde og borgere, der modtager personlig pleje alt andet lige modtager besøg af flere forskellige hjælpere, end borgere med lav plejetyngde og borgere, der kun modtager praktisk hjælp.

Det har ligeledes betydelig indflydelse på antallet af hjælpere, *hvilken hjemmeplejegruppe borgeren tilhører* – selv efter der er taget højde for øvrige forhold såsom plejetyngde, sygefravær og personaleomsætning. Det kunne indikere, at karakteristika ved den lokale ledelse og planlægning af gruppernes indsats gør en forskel i sig selv i forhold til antallet af forskellige hjælpere.

## 4.4: BRUGERUNDERSØGELSE

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen gennemførte i oktober 2010 en brugerundersøgelse af hjemmeplejen. I alt 2.047 københavnske hjemmeplejemodtagere fordelt på de seks kommunale leverandører samt de private leverandører deltog i undersøgelsen.

Brugerundersøgelsen havde fokus på brugertilfredshed, men også – som noget nyt i forhold til forvaltningens tidligere brugerundersøgelser – på livskvalitet og sundhedsmæssig trivsel.

### Undersøgelsens resultater

Undersøgelsens overordnede konklusion er, at borgerne generelt er tilfredse med den hjemmepleje, de modtager. Tilfredsheden med den personlige pleje er høj, mens den er lidt lavere med den praktiske hjælp. Her er det rengøringen, der trækker ned.

Desuden viser undersøgelsen, at borgerne er tilfredse med hjælperne og forvaltningens aktivitetstilbud. Der er lavere tilfredshed med informationen omkring rettigheder til ydelser samt med antallet af forskellige hjælpere i hjemmet. Endvidere ser det ud til at hjemmeplejen ikke helt har levet op til nogle borgeres forventninger.

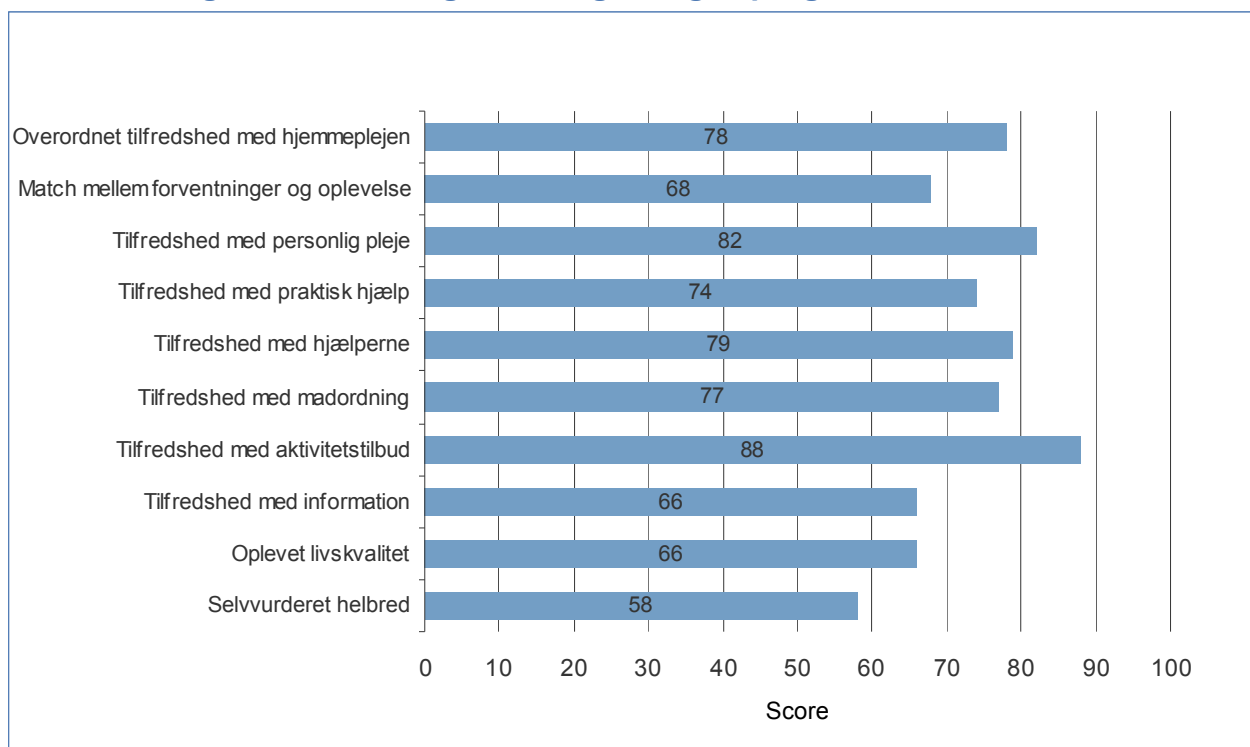
Med hensyn til borgernes trivsel viser undersøgelsen, at 9% af hjemmeplejemodtagerne ofte og 16% engang imellem føler sig uønsket alene. Omvendt føler 60% sig ikke uønsket alene. Samtidig er hjemmeplejemodtagerne generelt mådeholdne i deres vurdering af egen livskvalitet og helbred.

Undersøgelsen viser endvidere, at der er stor spredning i borgernes vurderinger på tværs af leverandører. Indenfor den personlige pleje er tilfredsheden lidt større med de kommunale leverandører end med de private leverandører, mens tilfredsheden med de private leverandører omvendt er højere end de kommunale leverandører, når der ses på rengøringen.

Nedenstående tabel viser hjemmeplejemodtagernes vurdering af en række udvalgte nøglespørgsmål på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er dårligste vurdering, og 5 er bedst. På baggrund af besvarelsene er der udregnet et gennemsnit på en skala fra 0 til 100, hvor 0 er dårligste vurdering, og 100 er bedste vurdering. En score over 70 svarer til, at en tilfredsstillende andel af hjemmeplejemodtagerne har vurderet et spørgsmål positivt.



**Tabel 4 – Borgernes vurdering af udvalgte nøglespørgsmål**



**Tabel 5 – Mål for tilfredsheden i 2011 og 2012**

Sundheds- og Omsorgsudvalget har på baggrund af undersøgelsens resultater fastsat mål for den overordnede tilfredshed med hjemmeplejen samt tilfredsheden med personlig pleje og praktisk hjælp og hjemmeplejen generelt i 2011 og 2012. Tabellen nedenfor viser disse mål.

	Realiseret 2010	Mål 2011	Mål 2012
Overordnet tilfredshed med hjemmeplejen	78	80	82
Tilfredshed med personlig pleje	82	83	84
Tilfredshed med praktisk hjælp	74	77	80

#### Faktorer med betydning for brugertilfredshed

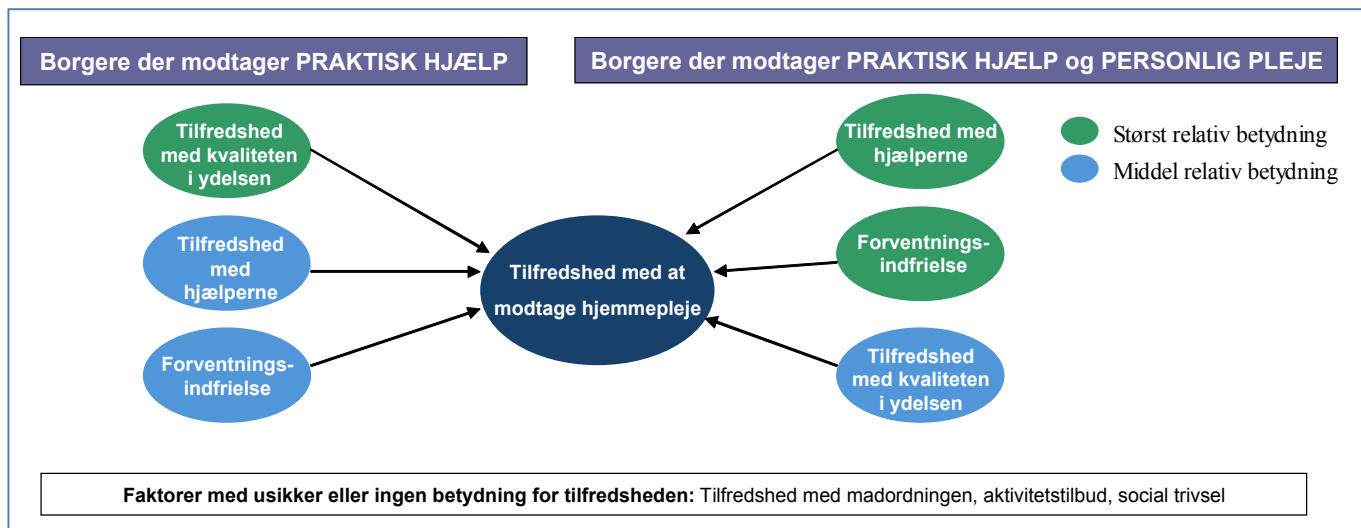
Udover selve borgernes vurdering af, hvad hjemmeplejen gør godt og mindre godt, er det væsentligt at vide, hvad der er vigtigt for borgerne, når de modtager hjemmepleje, således at forvaltningen kan målrette kvalitetsudviklingsindsatserne på de områder, hvor det har størst betydning for borgerne.

Nedenstående figur viser de faktorer, der har stor 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.

For de borgere, der kun modtager praktisk hjælp, er kvaliteten i ydelsen og mødet med hjælperne vigtigst for den samlede tilfredshed. For de borgere, der både modtager

personlig pleje og praktisk hjælp, er mødet med hjælperne og graden af forventningsindfrielse vigtigst efterfulgt af kvaliteten i ydelserne. For denne mere plejkrævende gruppe betyder hjælperne dermed mere, end for de mere selvhjulpne borgere, hvor kvaliteten i selve ydelsen betyder mest.

**Figur 17 – Faktorer der driver tilfredsheden med hjemmeplejen**



En uddybende analyse (ikke vist i figur) viser, at begge grupper i mødet med personalet lægger vægt på at opleve en god kontakt med deres hjælpere, samt at hjælperne ved, hvordan de skal udføre de konkrete opgaver og tager hensyn til borgernes vaner og ønsker. Derimod betyder antallet af forskellige hjælpere mindre for den overordnede tilfredshed med hjælperne.

Forvaltningen har endvidere gennemført en statistisk analyse af, hvad der har betydning for ensomhed blandt hjemmeplejemodtagerne (ikke vist i figur). Analysen viser, at det er manglen på nære relationer, der især driver ensomheden. Relationer til familie og venner har størst betydning, men også relationen til hjælperne har betydning for, hvorvidt borgerne oplever at være ensomme. Det er endvidere sådan, at jo større overensstemmelse borgerne synes, der er mellem deres indledende forventninger til hjælpen og deres oplevelse af hjælpens udførelse, jo sjældnere føler de sig ensomme.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har vedtaget to særlige indsatsområder for kvalitetsudviklingsarbejdet i hjemmeplejen, nemlig "forventningsafstemning" og "kvalitet i ydelserne".

#### Sammenligninger med andre undersøgelser

Tabellen nedenfor viser hjemmeplejemodtagernes tilfredshed med henholdsvis hjemmeplejen generelt, praktisk hjælp og personlig pleje i 2008 og 2010.

**Tabel 6 – Tilfredsheden med hjemmeplejen generelt, personlig pleje og praktisk hjælp i 2010 sammenlignet med 2008**

	Andel tilfredse borgere i 2010	Tilfredshed på skala 0-100 i 2010	Andel tilfredse borgere i 2008
Hjemmeplejen generelt	82%	78	-
Personlig pleje	89%	82	84%
Praktisk hjælp	78%	74	75%

Det fremgår af tabellen, at en større andel af hjemmeplejemodtagerne er tilfredse med personlig pleje og praktisk hjælp i 2010 sammenlignet med 2008.

**Tabel 7 – Sammenligning med andre brugerundersøgelser: hjemmeplejen alt i alt**

Tabellen viser brugernes overordnede tilfredshed med hjemmeplejen i København, Aarhus og Stockholm, som er de større byer i Skandinavien, hvor der er tilgængelige og sammenlignelige data om brugertilfredshed.

By	Andel tilfredse borgere
København (2010)	82%
Stockholm, Sverige (2008-2009)	79%
Aarhus (2008)	81%

Tilfredsheden med hjemmeplejen alt i alt er højere i København end i både Stockholm og Aarhus.

**Tabel 8 – Sammenligning med andre brugerundersøgelser: personlig pleje og praktisk hjælp**

Tabellen viser brugernes tilfredshed med den personlige pleje og praktiske hjælp, som hjemmeplejen i leverer i København, Odense, Aalborg og Aarhus, som er de større byer i Skandinavien, hvor der er tilgængelige og sammenlignelige data om brugertilfredshed

	Personlig pleje	Praktisk hjælp
<b>Andel tilfredse borgere</b>		
København (2010)	89%	78%
Odense (2008)	77%	74%
Aalborg (2009)	89%	85%
Aarhus (2008)	87%	77%

Tilfredsheden med den personlige pleje er højest i København og Aalborg, og er lavest i Odense.

København, Aarhus og Odense ligger nogenlunde på niveau, hvad angår tilfredsheden med den praktiske hjælp. Tilfredsheden er lidt højere i Aalborg.

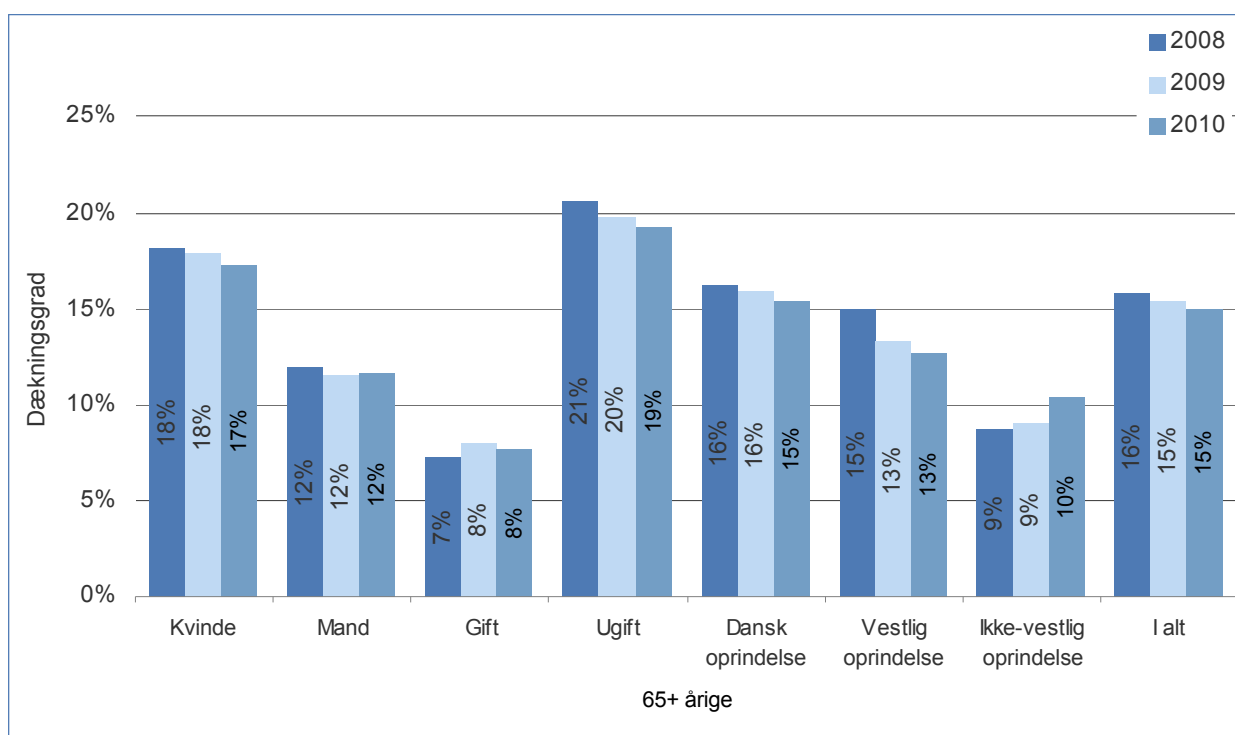
## KAPITEL 5: SYGEPLEJE

I kapitel 5 gennemgås sygeplejeområdet. Kapitlet indeholder oplysninger om, hvem der modtager sygepleje, og hvilke sygeplejeydelser de modtager samt brugen af sygeplejeklinikkerne. Desuden præsenteres brugernes vurdering af kommunens sygepleje.

### 5.1: BORGERE, DER MODTAGER SYGEPLEJE

**Figur 18 – Andel modtagere af hjemmesygepleje blandt borgere i alderen 65+ opdelt på køn, civilstand og etnicitet**

Figuren viser udviklingen i perioden 2008-2010 i andelen af hjemmesygeplejemodtagere blandt borgere i alderen 65+, fordelt på køn, civilstand og etnicitet.



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: I opgørelsen defineres personer med dansk oprindelse som personer – uanset fødested – der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Gruppen af vestlige lande defineres som: Alle EU-lande, Island, Norge, Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, New Zealand, Canada, USA og Australien. Gruppen af ikke-vestlige lande defineres som alle andre lande end de førnævnte og Danmark.

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).

Note: Borgere, der er afgået ved døden i løbet af 2010, indgår ikke i opgørelsen.

15% af borgerne i alderen 65+ modtog sygepleje i 2010 mod 16% i 2008.

Dækningsgraden er 17% for kvinder og 12% for mænd, hvilket skal ses i sammenhæng med, at der er markant flere kvinder end mænd i aldersgruppen 80+, som har generelt har det største plejebæhov.

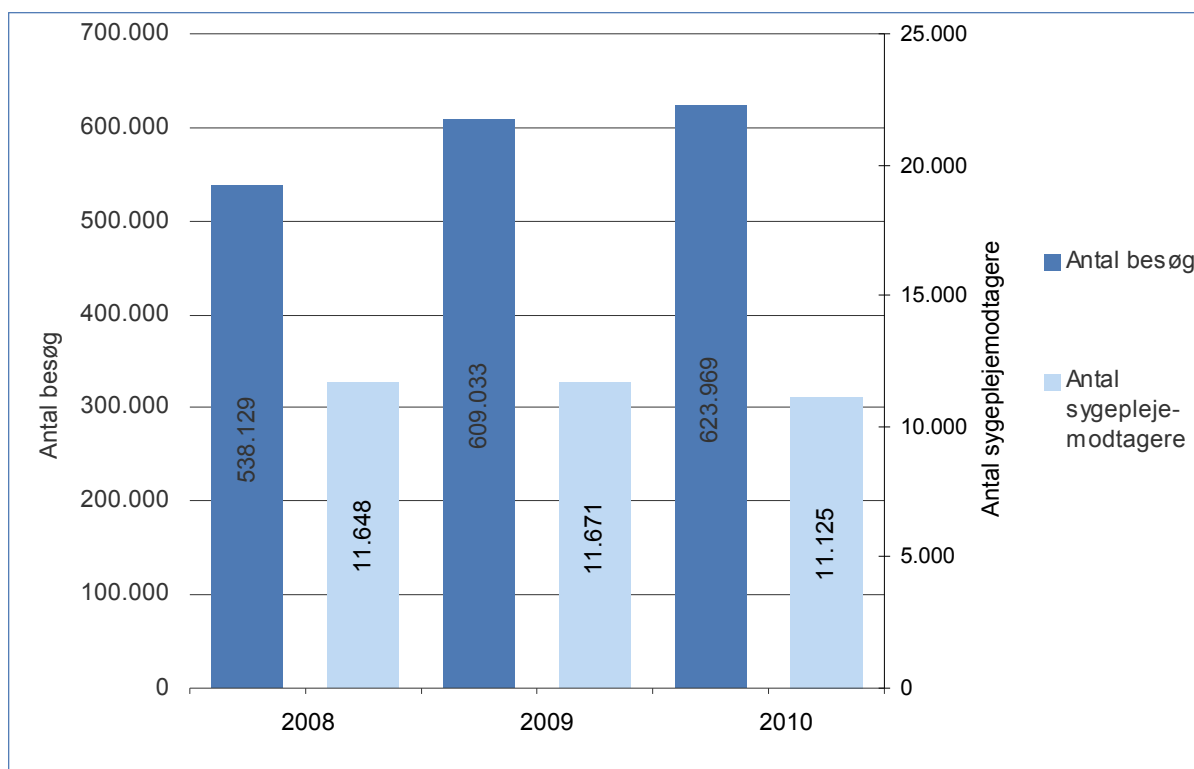
Dækningsgraden for borgere, der er gift, ligger nogenlunde stabilt på 7-8%. Til sammenligning er dækningsgraden for ugifte borgere i 2010 mere end dobbelt så høj, nemlig 19%, hvilket er et fald på 2%-point fra 2008.

Når der ses på etnicitet, er dækningsgraden højst for borgere med dansk og vestlig oprindelse. Der er ikke sket større ændringer på dette punkt siden 2008.

Forskellene i dækningsgrader for gifte/ugifte og for borgere med forskellig etnicitet hænger sammen med, at der er flere ugifte og flere borgere med dansk oprindelse blandt de 80+ årige, som har det største plejebæhov.

### Figur 19 – Antal sygeplejebesøg og sygeplejemodtagere

Figuren viser udviklingen i antal leverede besøg i sygeplejen og antal modtagere af sygepleje i 2008-2010.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

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

Note: Natplejen og Døgnbasen er ikke inkluderet.

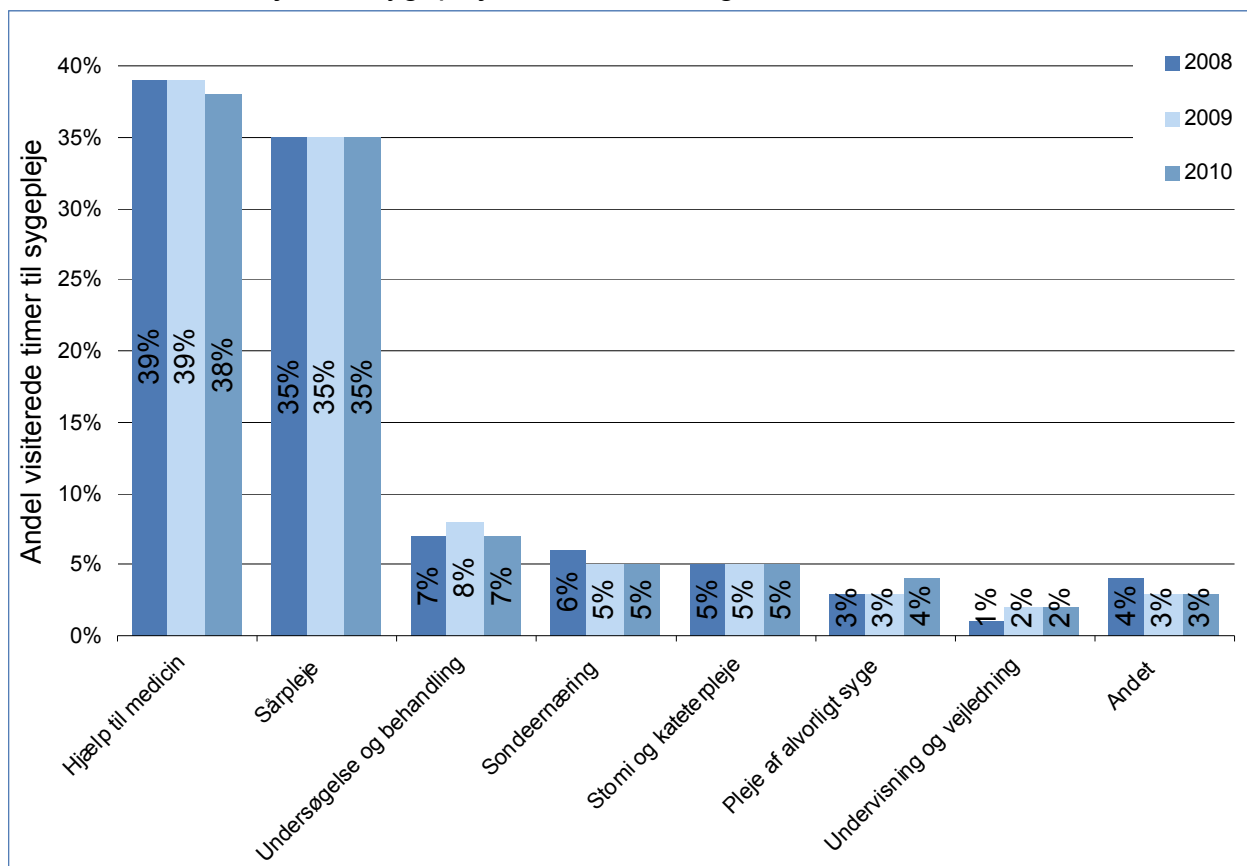
Note: Borgere, der er inaktive hele året indgår ikke.

11.125 borgere modtog hjemmesygepleje i 2010. Det er et fald på 4% fra 2008. I samme periode er antallet af besøg i hjemmesygeplejen steget med 16%. At færre borgere modtager sygepleje, samtidig med at antallet af besøg har været stigende indikerer muligvis en øget kompleksitet og et øget plejebæhov blandt de borgere, der modtager hjemmesygepleje.



## Figur 20 – Hjemmesygepleje fordelt på type af ydelser

Figuren viser, hvor store andele de forskellige ydelser udgør af det samlede antal visiterede timer til hjemmesygepleje i 2008, 2009 og 2010.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Note: Kategorien "Andet" dækker bl.a. over ernæringsterapi, hjælp ved nødkald i forbindelse med vejtrækningsproblemer, observationsbesøg samt psykisk hjælp og støtte.

Der er i alt visiteret 218.283 timer til hjemmesygepleje i 2010.

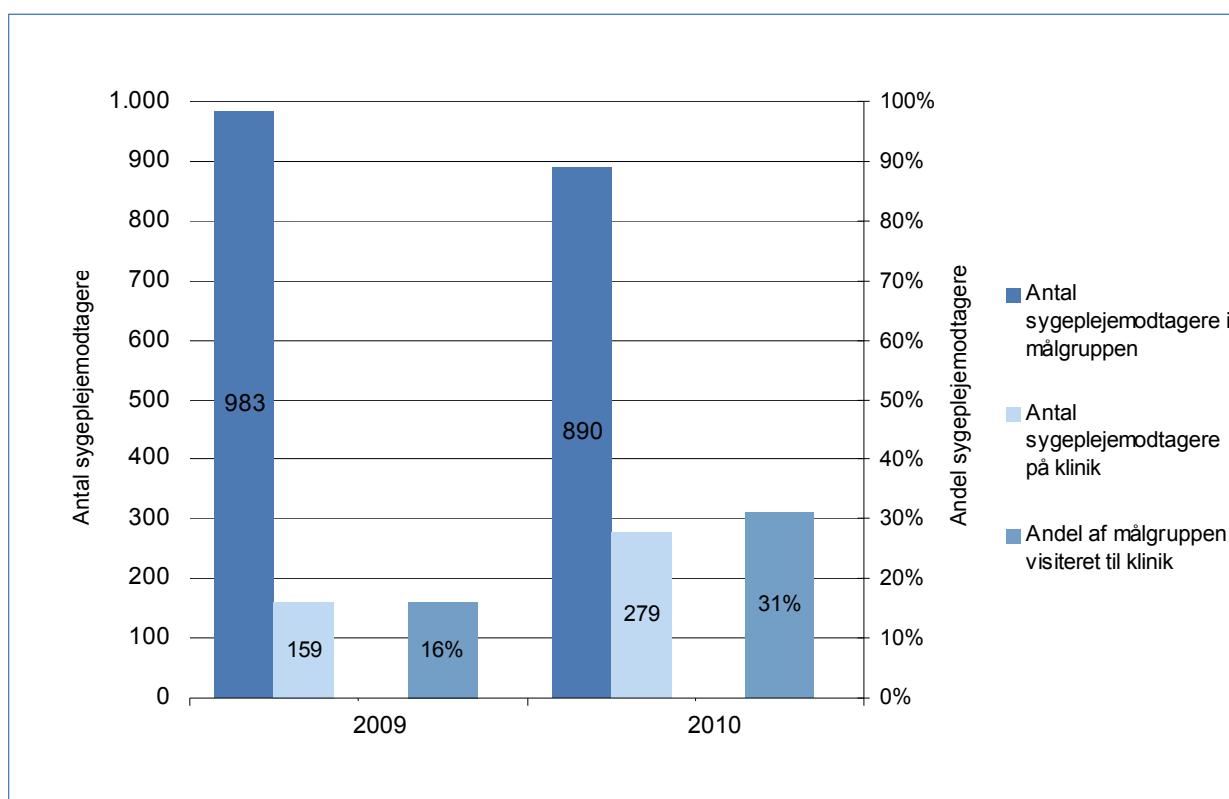
Langt hovedparten (73%) af de visiterede timer til hjemmesygepleje består af ydelserne "hjælp til medicin" og "sårpleje". Der er kun sket mindre forskydninger i fordelingen mellem de forskellige ydelser siden 2008.

### Figur 21 – Antal og andel borgere der modtager sygepleje på klinik

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i 2009 og 2010 etableret seks sygeplejeklinikker. Der vil i løbet af 2011 blive etableret en sygeplejeklinik i lokalområdet Vanløse /Brønshøj/Husum, så alle lokalområder har mindst én sygeplejeklinik.

Forvaltningens mål er, at 90% af borgerne i målgruppen til sygeplejeklinikker skal visiteres til sygeplejeklinik. Målgruppen er borgere, der modtager under 4 timers hjemmepleje om ugen og samtidig ikke modtager indkøbsordning og /eller medicindosering.

Figuren viser antal borgere i målgruppen ved udgangen af 2009 og 2010 samt antal og andel borgere, der er visiteret til en sygeplejeklinik på samme tidspunkt.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Fra 2009 til 2010 er antallet af borgere, der visiteres til en sygeplejeklinik, steget med 75%. I samme periode er antallet af borgere i målgruppen for sygepleje faldet 9% fra 983 i 2009 til 890 i 2010. Ved udgangen af 2009 var 159 borgere – svarende til 16% af målgruppen – visiteret til sygeplejeklinik. Ved udgangen af 2010 var antallet steget til 279 borgere, svarende til 31% af målgruppen. Dette er dog stadig et stykke fra forvaltningens målsætning om, at 90% af målgruppen skal visiteres til sygeplejeklinik.

Der er flere årsager til, at det kan være vanskeligt at øge antallet af modtagere i sygeplejeklinikkerne. Det skyldes bl.a. at en del borgere, der har modtaget sygepleje i hjemmet i mange år, ikke ønsker at ændre praksis. Der er også nogle sygeplejeydelser, som bedst kan udføres i hjemmet, fx fordi de skal udføres lige efter borgeren er vågnet



(kompressionsforbindinger). Forvaltningen har igangsat forskellige initiativer og indsatser for at øge andelen af borgere i sygeplejeklinik, fx gennemgang af borgerjournaler for at vurdere hvilke borgere, der kan modtage sygepleje i klinik, intensiveret information og samarbejde med praktiserende læger og sygehusambulatorier om sygeplejeklinikkerne mv.

Der er en forholdsvis stor udskiftning i sygeplejemodtagerne på sygeplejeklinikkerne. I løbet af 2010 har der således været visiteret i alt 931 borgere til sygeplejeklinikkerne. Ved årets udgang var der – som ovenfor beskrevet – 279 borgere, der var visiteret til sygeplejeklinik.

## 5.2: BRUGERUNDERSØGELSE

I oktober 2010 spurgte forvaltningen 412 hjemmeplejemodtagere, der samtidig modtog sygepleje fra kommunen, om deres vurdering af sygeplejen. Af de borgere, der besvarede spørgsmålet om, hvor de modtog sygepleje, oplyste 84%, at de modtog sygepleje i hjemmet, 11% modtog sygepleje på klinik, og 5% modtog sygepleje både i hjemmet og på klinik.

Undersøgelsen viste, at borgerne generelt er meget tilfredse med den behandling, de får fra den kommunale sygepleje. De oplever, at sygeplejerskerne i høj grad er venlige og lyttende, og at sygeplejen hjælper.

84% af borgerne oplever, at de bliver inddraget i passende omfang i de beslutninger, der træffes om deres sygeplejebehandling, mens 12% oplever, at de bliver inddraget for lidt, og 4% at de bliver inddraget for meget.

Der er ikke forskel i vurderingen mellem borgere, der har modtaget sygepleje i hjemmet, og borgere der har modtaget sygepleje på klinik. Der er heller ikke nævneværdig forskel på tværs af lokalområder.

Statistiske analyser viser, at det har stor betydning for borgernes tilfredshed med sygeplejen, at sygeplejerskerne er venlige og lyttende. Det har lidt mindre betydning for tilfredsheden, om borgerne oplever, at sygeplejebehandlingen hjælper. Borgernes oplevelse af medinddragelse har derimod ikke statistisk betydning i forhold til den samlede tilfredshed.

## KAPITEL 6: PLEJEBOLIGER

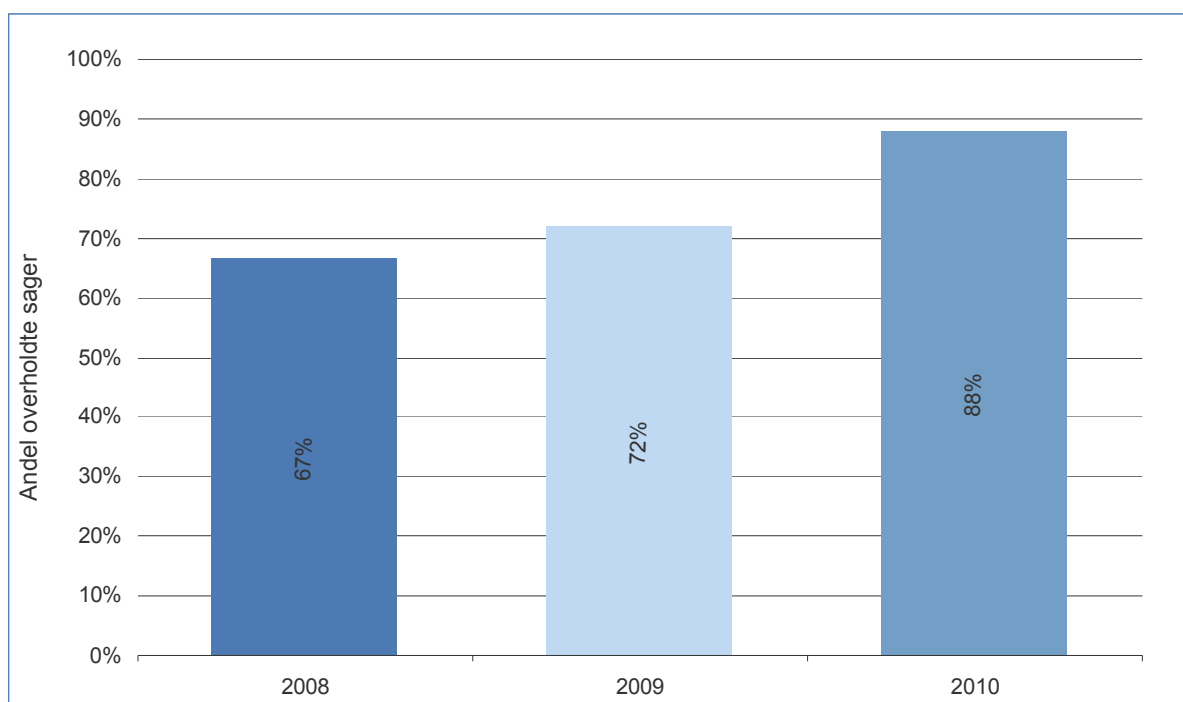
I kapitel 6 gennemgås plejeboligområdet. Kapitlet indeholder oplysninger om sagsbehandlingstid, hvem der bor i plejebolig og hvor mange, der bor i moderniserede plejeboliger. Desuden præsenteres beboernes vurdering af plejebolighederne.

### 6.1: SAGSBEHANDLINGSTID

#### Figur 22 – Andel sager, hvor sagsbehandlingsfristen er overholdt for plejebolig

Figuren viser andelen af sager om ansøgning til plejebolig, der er blevet behandlet inden for den politisk fastsatte sagsbehandlingsfrist på 15 arbejdsdage.

Det er forvaltningens mål, at sagsbehandlingsfristen overholdes i mindst 80% af sagerne.



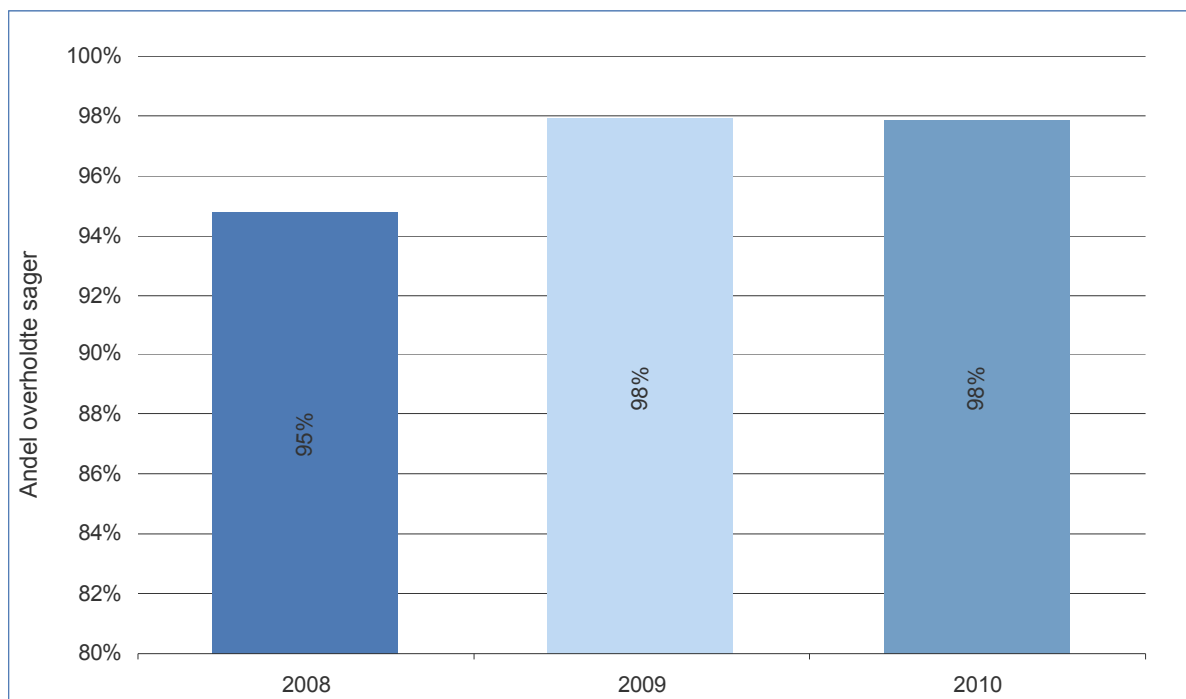
Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Der er i 2010 afsluttet i alt 647 sager. Der er siden 2008 sket en gradvis stigning i andelen af sager, hvor behandlingsfristen er overholdt, således at 88% af sagerne i 2010 er blevet behandlet inden for fristen. Forvaltningen indfrier dermed målsætningen om, at sagsbehandlingsfristen skal overholdes i mindst 80% af sagerne.

### Figur 23 – 4-ugersgaranti for tildeling af plejeboliger

Figuren viser udviklingen i andelen af godkendte ansøgere, der er blevet tildelt en plejebolig inden for fire uger i 2008, 2009 og 2010.

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

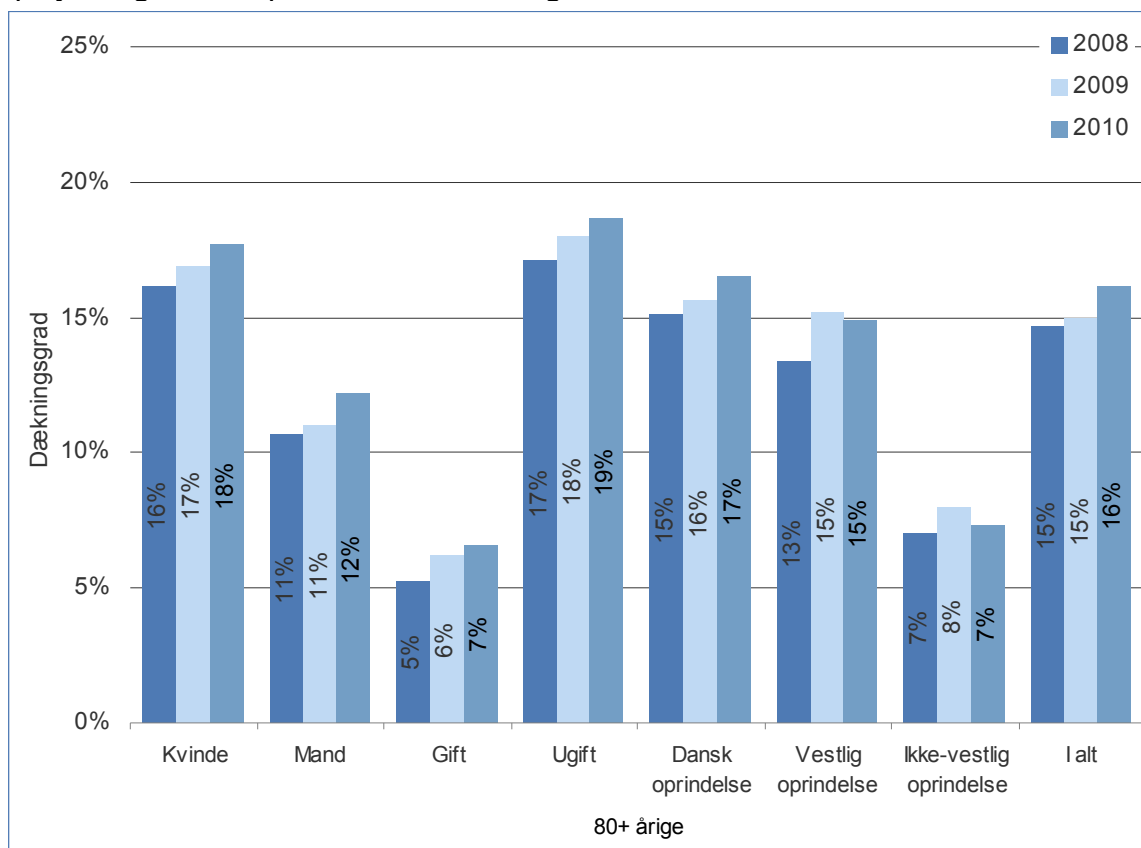


Kilde: VI-systemet

Andelen af sager, hvor 4-ugersgarantien er overholdt, er steget fra 95% i 2008 til 98% i 2010. Det vil i praksis sige, at forvaltningen har overholdt 4-ugersgarantien for stort set alle godkendte borgere (565 borgere var omfattet af 4-ugersgarantien i 2010).

## 6.2: BORGERE, DER BOR I PLEJEBOLIG

**Figur 24 – Andel 80+ årige, der bor i plejebolig, fordelt på køn, civilstand og etnicitet**  
Figuren viser udviklingen i perioden 2008-2010 andelen af borgere i alderen 80+, der bor i plejebolig, fordelt på køn, civilstand og etnicitet.



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: I opgørelsen defineres personer med dansk oprindelse som personer – uanset fødested – der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Gruppen af vestlige lande defineres som: Alle EU-lande, Island, Norge, Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, New Zealand, Canada, USA og Australien. Gruppen af ikke-vestlige lande defineres som alle andre lande end de førnævnte og Danmark.

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).

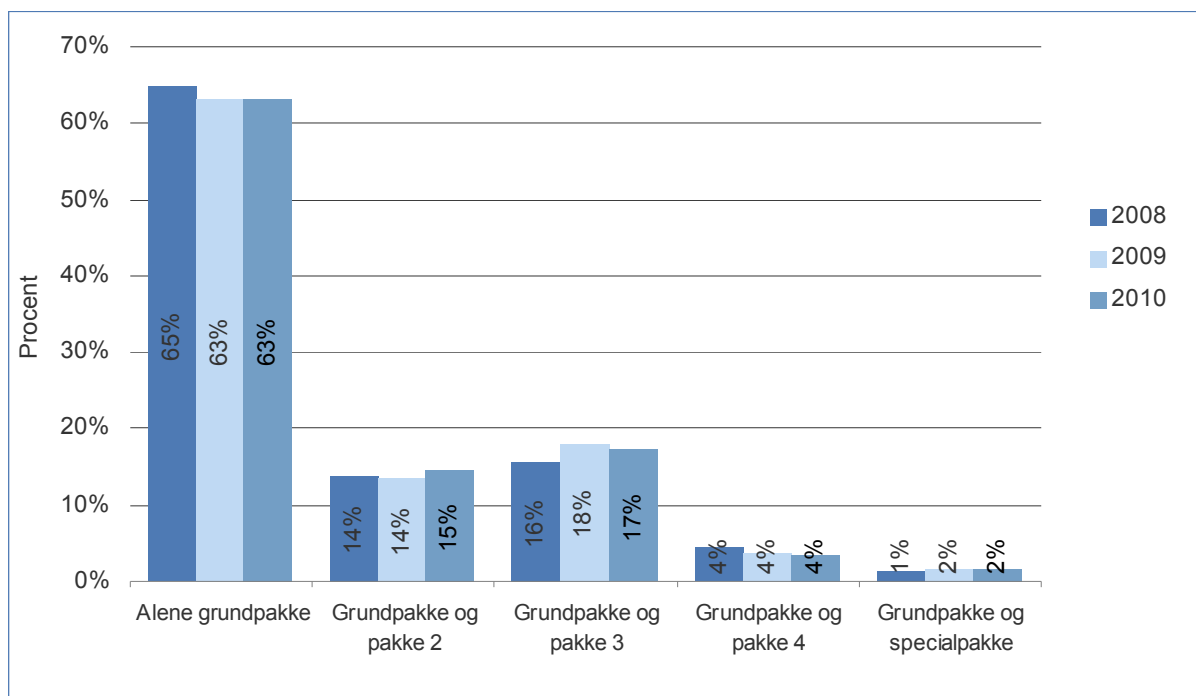
Note: Borgere, der er afgået ved døden i løbet af 2010, indgår ikke i opgørelsen.

16% af de københavnske borgere i alderen 80+ bor i en plejebolig. Dækningsgraden er nogenlunde konstant i perioden 2008 til 2010.

Dækningsgraden er højst for kvinder, ugifte og borgere med dansk eller vestlig oprindelse, hvor den ligger mellem 15% og 19%. Kun 7% af københavnske borgere i alderen 80+ år med ikke-vestlig oprindelse bor i en plejebolig.

## Figur 25 – Borgere i plejebolig, fordelt på plejepakker

Figuren viser borgere i plejebolig fordelt efter, hvilken hjælp de modtager ved udgangen af 2008, 2009 og 2010.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS).

Note: Ægtefæller, der ikke modtager pleje, er ikke inkluderet i opgørelsen. Beskyttede boliger og demenspladser er ikke inkluderet.

Alle borgere i plejeboliger modtager en grundpakke. Desuden modtager de mere plejkrævende borgere yderligere hjælp i form af tillægs-pakker. Inden for alle pakker gælder det, at den konkrete vægtning i ydelser vurderes individuelt afhængigt af den enkelte borgers behov.

Ved udgangen af 2010 modtog langt den største gruppe borgere i plejebolig (63%) udelukkende grundpakken. Grundpakken indeholder otte ydelsesområder, nemlig praktisk hjælp, personlig pleje, psykisk omsorg og pleje, måltider og ernæring, hverdag på plejehjem, undersøgelse og behandling, målrettede pædagogiske opgaver og træning i eget hjem.

Den næsthøjeste andel borgere modtog enten pakke 3 (17%) eller pakke 2 (15%). Disse tillægspakker bevilges til borgere med et moderat plejebenhov. Pakke 2 består af flere ressourcer til at udføre ydelser inden for de otte ydelsesområder i grundpakken. Pakke 3 består af pakke 2 samt flere ressourcer til ydelser inden for området hverdag på plejehjem.

Den mindste andel borgere modtog enten pakke 4 (4%) eller en specialpakke (2%). Borgere der modtager disse pakker, er kendetegnet ved at have et meget stort plejebenhov. Pakke 4 består af pakke 3 samt ekstra ressourcer til ydelser inden for området træning i eget hjem, men mindre tid til målrettede pædagogiske opgaver. Specialpakker består af ekstra ressourcer, som bevilges svært plejkrævende borgere i

ekstraordinære tilfælde, hvor det vurderes, at borgers plejebenhov ikke kan rummes inden for rammerne af pakkekonceptet.

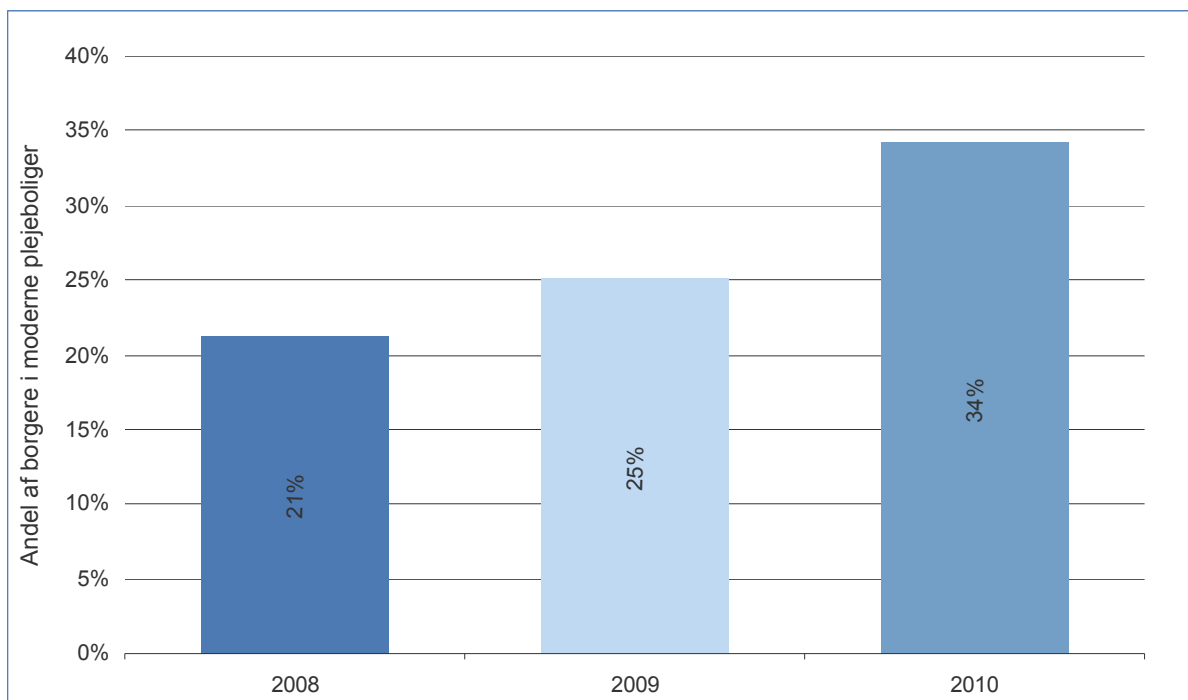
Fordelingen af borgere i plejebolig på plejepakker er nogenlunde stabil i perioden 2008 til 2010.

### Figur 26 – Andel af borgere i moderne plejeboliger

Figuren viser andelen af borgere i plejeboliger, der bor i nye eller moderniserede plejeboliger (plejeboliger bygget efter almenboliglovens bestemmelser) ved udgangen af 2008, 2009 og 2010.

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.

I 2010 blev 340 boliger moderniseret/nybygget efter almenboliglovens bestemmelser. Det betyder at der ved udgangen af 2010 var 1.375 moderne plejeboliger bygget efter almenboliglovens bestemmelser ud af 4.028 plejeboliger i alt (permanente og midlertidige døgnpladser).



Kilde: VI-systemet

Andelen af borgere i plejeboliger, der bor i moderne plejeboliger bygget efter almenboliglovens bestemmelser er steget fra 21% ved udgangen af 2008 til 34% ved udgangen af 2010.

## 6.3: BRUGERUNDERSØGELSE

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen gennemførte i oktober 2010 en brugerundersøgelse blandt beboerne på de københavnske plejeboligheder. I alt 1.025 beboere på 38 plejeboligheder deltog i undersøgelsen.

Undersøgelsen havde fokus på brugertilfredshed, men også – som noget nyt i forhold til forvaltningens tidligere brugerundersøgelser – på livskvalitet og sundhedsmæssig trivsel.

### Undersøgelsens resultater

Undersøgelsen viser overordnet, at beboerne i 2010 er tilfredse med livet på plejebolighederne, og at de føler sig trygge. De er også tilfredse med personalet, deres egen bolig, plejeboligernes aktivitetstilbud (den halvdel der deltager) og kvaliteten af plejeydelserne. Men samtidig lever livet på plejebolighederne ikke altid op til beboernes forventninger. Der er endvidere lavere grad af tilfredshed med maden og stemningen ved måltiderne samt med informationsindsatsen.

### **Tabel 9 – Beboernes vurdering af udvalgte nøglespørgsmål**

Nedenstående tabel viser beboernes vurderinger af en række udvalgte nøglespørgsmål for tilfredsheden med livet i en plejebolig. Beboerne har angivet deres vurderinger på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er dårligste vurdering, og 5 er bedst. På baggrund af besvarelserne er der udregnet et gennemsnit på en skala fra 0 til 100. En score over 70 svarer til, at en tilfredsstillende andel af beboerne har vurderet et spørgsmål positivt.

**Fejl! Objekter kan ikke oprettes ved at redigere feltkoder.**

Når der ses på beboernes trivsel, viser undersøgelsen, at 9% af beboerne ofte og 13% engang imellem føler sig uønsket alene. Omvendt føler 71% sig ikke uønsket alene. Samtidig er beboerne generelt mådeholdne i deres vurdering af egen livskvalitet og helbred.

Undersøgelsen viser ligeledes, at der er stor spredning i beboernes vurderinger på tværs af plejeboligheder.

### **Tabel 10 – Mål for tilfredsheden i 2011 og 2012**

Sundheds- og Omsorgsudvalget har på baggrund af brugerundersøgelsens resultater fastsat mål for den overordnede tilfredshed med at bo i plejebolig i 2011 og 2012. Målene er vist i tabellen nedenfor.

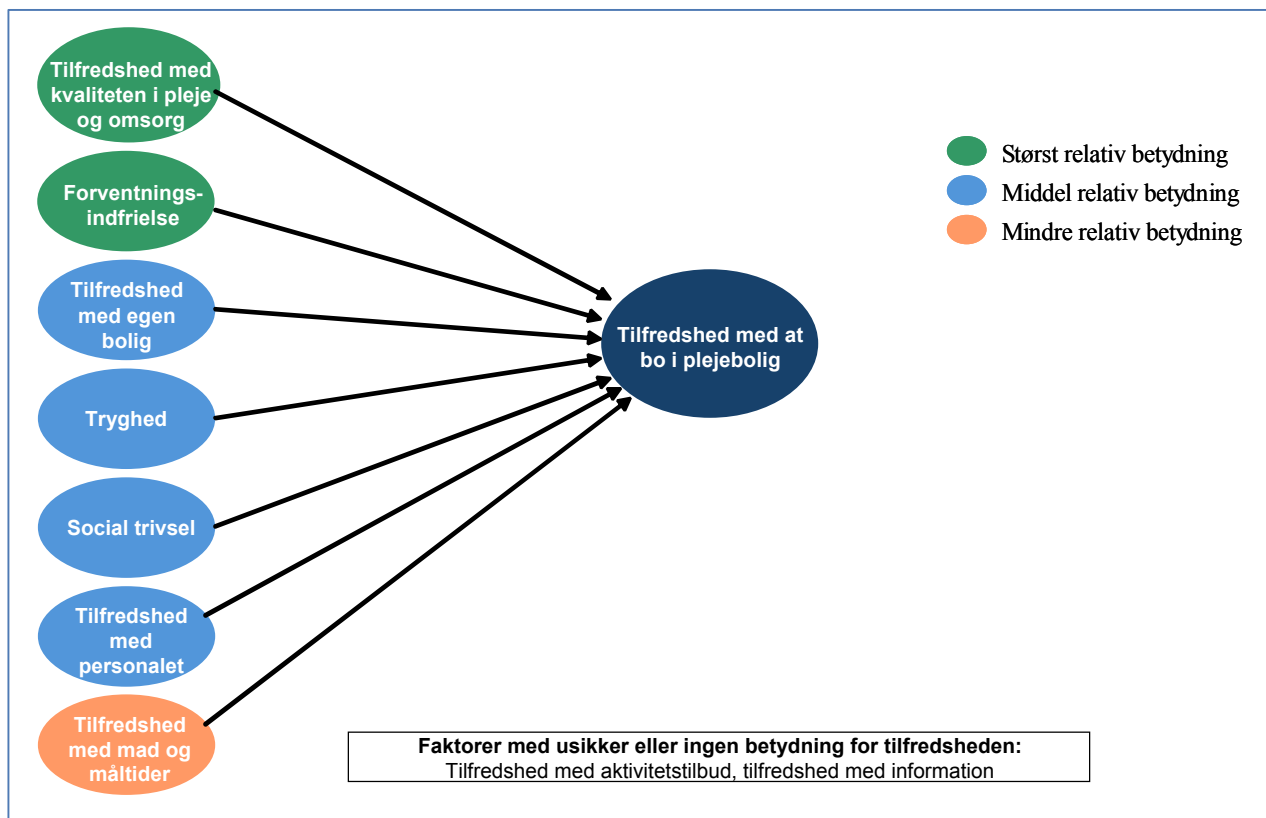
	Realiseret 2010	Mål 2011	Mål 2012
Overordnet tilfredshed med at bo på plejeboligheden	81	82	83

### Faktorer med betydning for brugertilfredshed

Udover selve beboernes vurdering af, hvad der er godt og mindre godt på plejebolighederne, er det væsentligt at vide, *hvad der er vigtigt* for beboernes liv på

plejebolighederne – både hvad angår deres tilfredshed med at bo i plejebolig, og den livskvalitet de oplever. Med den viden kan forvaltningen rette kvalitetsudviklingsindsatsene mod de områder, der har størst betydning for beboerne.

**Figur 27 – Vigtigste faktorer bag beboernes overordnede tilfredshed**



Analysen af mønstre i besvarelserne viser, at især kvaliteten i pleje og hjælp, selve boligen, tryghed, social trivsel, personalet, mad og måltider samt et match mellem forventninger og oplevelse påvirker beboernes vurdering. Tryghed betyder mere for tilfredshed, jo mere hjælp beboeren modtager.

Uddybende analyser (ikke vist i figur) viser, at hjælpen til at gå i bad og på toilettet samt muligheden for selv at være aktiv, når man får hjælp, har særlig stor betydning for vurderingen af kvaliteten i pleje og hjælp. For beboernes vurdering af personalet gælder det, at den personlige kontakt har størst betydning, mens det også har betydning, at personalet udfører den hjælp, beboerne har behov for, og tager hensyn til vaner og ønsker.

Forvaltningen har endvidere lavet en statistisk analyse af, hvad der har betydning for ensomhed blandt beboerne. Analysen viser, at jo mindre tilfredse beboerne er med forholdet til familie og venner samt andre beboere, jo mindre tilfredse de er med de



tilbudte aktiviteter, og jo oftere de er sammen med andre, selvom de helst vil være alene, desto oftere føler de sig ensomme.

Tryghed, kontaktfrekvensen med familie og venner samt tilfredsheden med plejeboligenhedens informationsniveau har også betydning for ensomhed på den måde, at jo mindre trygge beboerne føler sig, jo sjældnere de er i kontakt med familie og venner, og jo dårligere informeret de oplever at være, desto oftere føler de sig ensomme.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har vedtaget to særlige indsatsområder for kvalitetsudviklingsarbejdet på plejeboligområdet, nemlig "forventningsafstemning" og "livskvalitet i hverdagen".

### Sammenligninger med andre undersøgelser

#### **Tabel 11 – Overordnet tilfredshed i 2008 og 2010**

Tabellen nedenfor viser den overordnede tilfredshed med at bo i plejebolig i København i 2008 og 2010.

	Andel tilfredse beboere i 2010	Tilfredshed på skala 0-100 i 2010	Andel tilfredse beboere i 2008
Overordnet tilfredshed med at bo i plejebolig	86%	81	86%

Sammenligningen viser, at 86% af beboerne både i 2008 og 2010 er tilfredse med at bo i plejebolig. Det kan tilføjes, at andelen af meget tilfredse beboere er steget med 9%-point fra 2008 til 2010 (ikke vist i tabel).

## Tabel 12 – Sammenligning med andre brugerundersøgelser: overordnet tilfredshed med at bo i plejebolig

Tabellen viser beboernes overordnede tilfredshed med at bo i plejebolig i København, Aarhus og Stockholm, som er de større byer i Skandinavien, hvor der er tilgængelige og sammenlignelige data om brugertilfredshed.

By	Andel tilfredse beboere
København (2010)	86%
Stockholm, Sverige (2009)	81%
Aarhus (2009)	90%

I forhold til de øvrige byer, som har stillet samme spørgsmål til plejeboligbeboere, placerer København sig i midten – en smule bedre end Stockholm, og en smule efter Aarhus.

## KAPITEL 7: HJEMTAGNING OG GENOPTRÆNING

Kapitlet indeholder oplysninger om hjemtagning af borgere, der har behov for kommunal hjælp efter hospitalsindlæggelse samt om udviklingen i antal genoptræningsplaner.

### Tabel 13 – Udskrevne borgere over 65 år fordelt på ventedage efter udskrivning

Tabellen viser antallet af borgere over 65 år, der er blevet udskrevet fra et hospital i 2008-2010, fordelt på, hvor mange dage, borgeren ventede på at blive udskrevet efter endt behandling.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har finansieringsforpligtelsen for færdigbehandlede patienters ventedage på hospitalerne. Ifølge Sundhedsaftale 2008-2010 for Region Hovedstaden skal Københavns Kommune hjemtage borgerne hurtigst muligt og senest 14 dage efter, at kommunen har modtaget skriftlig information om, at patienten er færdigbehandlet. Denne aftale fortsætter i Sundhedsaftalen for 2011-2014.

	2008	2009	2010	Procent- fordeling	Udvikling ifht. 2008 (%)
Ikke-ventende borgere	27.881	29.824	30.437	96%	9%
<b>Ventende borgere:</b>					
1-5 dage	262	353	592	2%	126%
6-14 dage	410	393	492	2%	20%
15+ dage	315	234	89	0%	-72%
I alt ventende borgere	987	980	1.173	4%	19%
Antal udskrivninger i alt	28.868	30.804	31.610	100%	9%

Kilde: e-Sundhed

Note: Ikke-ventende borgere er borgere, der er blevet udskrevet umiddelbart efter færdigbehandling.

Note: Der kan ske efterregistreringer af aktiviteten i 2010 helt frem til marts 2011

I 2010 blev 96% af de indlagte borgere over 65 år udskrevet uden ventedage. 1.173 borgere – svarende til 4% – ventede på hjemtagning efter færdigbehandling på hospital i 2010, og af dem ventede 89 borgere (0,3% af alle udskrevne borgere) i over 14 dage. Således lever forvaltningen stort set op til målet om, at alle borgere skal hjemtages senest 14 dage efter, at de er færdigbehandlede.

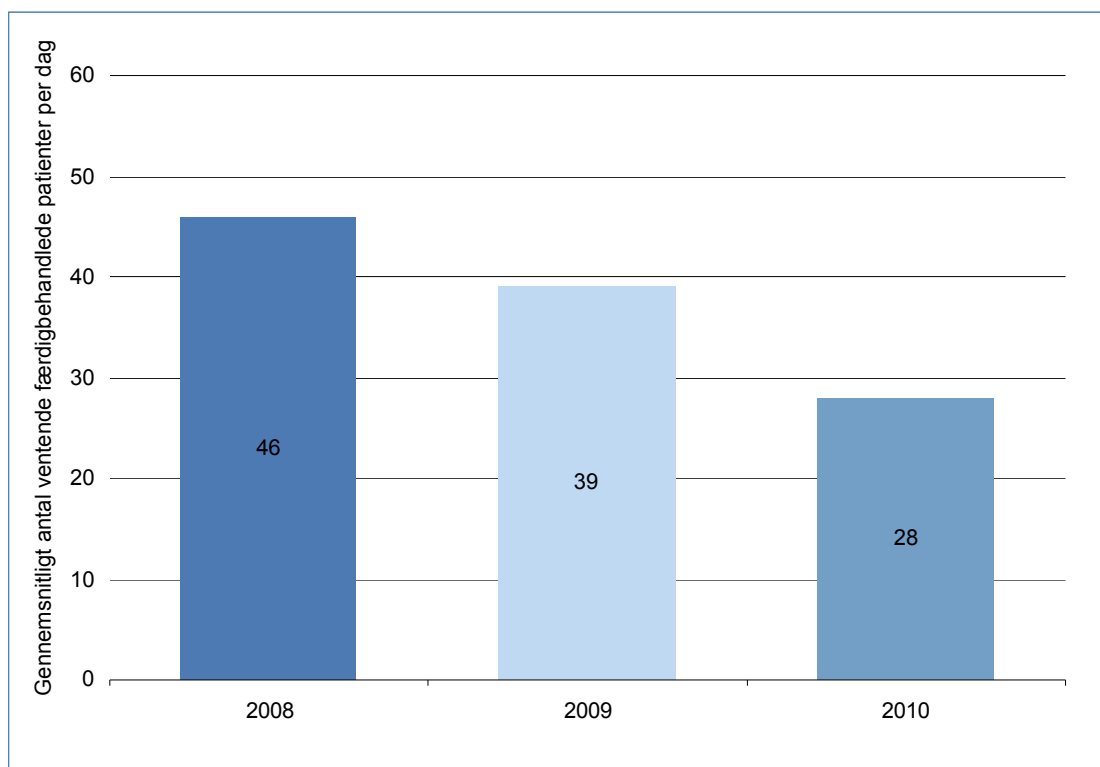
Der kan være flere grunde til, at borgerne ikke kan udskrives umiddelbart efter de er færdigbehandlede på hospitalet. For eksempel vil der i en række tilfælde være tale om borgere med efterfølgende, komplekse plejebehov, som stiller særlige krav til det plejetilbud, der skal afløse indlæggelsen. Hjemtagningen af disse borgere vil specielt give sig udslag i ventedage i de tilfælde, hvor kommunen først varsles af hospitalet kort tid inden udskrivelsen. Forvaltningens egne undersøgelser tyder desuden på, at der er en række tilfælde, hvor udskrivningerne er for sent varslede – eller forkert varslede i den forstand, at borgerne reelt ikke er parate til hjemtagning.

### Figur 28 – Gennemsnitligt antal ventende færdigbehandlede patienter per dag

Figuren viser udviklingen fra 2008 til 2010 i det gennemsnitlige antal færdigbehandlede patienter per dag, der venter på hjemtagning efter færdigbehandling.

I tabellen indgår alle borgere, som Københavns Kommune har finansieringsansvar for, dvs. ikke kun 65+ årige, som i Tabel 13.

Det er forvaltningens mål, at der i gennemsnit maksimalt må være 11 færdigbehandlede patienter per dag, der venter på hjemtagning.



Kilde: e-Sundhed.

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

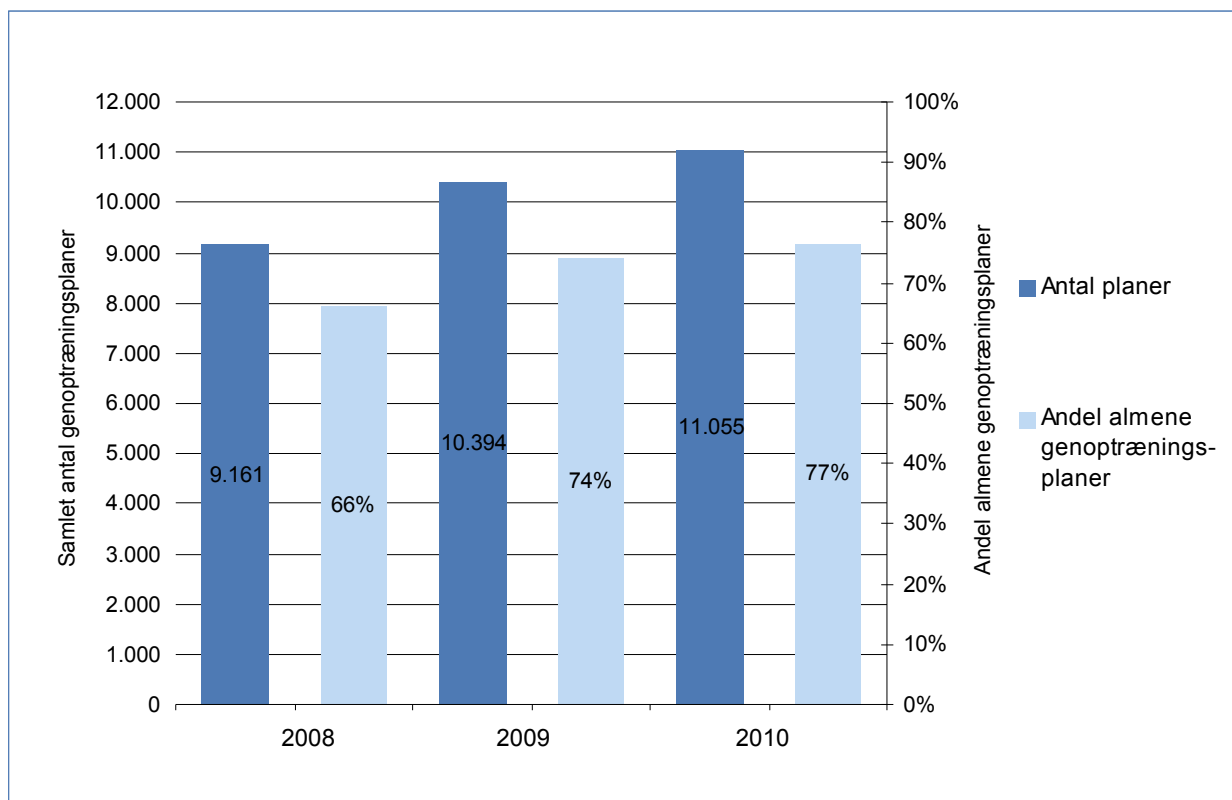
Fra 2008 til 2010 er det lykkedes at nedbringe det gennemsnitlige antal færdigbehandlede patienter per dag, der venter på hjemtagning, fra 46 til 28 borgere, svarende til et fald på 39%. Forvaltningen lever dog stadig ikke op til målsætningen om maksimalt 11 færdigbehandlede borgere per dag i 2010.

## Figur 29 – Genoptræningsplaner efter Sundhedsloven

Figuren viser udviklingen i antal genoptræningsplaner efter Sundhedsloven, der er tildelt borgere i 2008, 2009 og 2010.

Der udarbejdes genoptræningsplaner efter Sundhedsloven, såfremt borgeren ved udskrivning fra hospitalet ud fra en lægelig vurdering har brug for genoptræning, og det vurderes, at genoptræning vil forbedre borgerens funktionsniveau. *Specialiserede* genoptræningsforløb finder sted 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.

Det er forvaltningens mål, at andelen af genoptræningsplaner til almene træningsforløb skal være mindst 80% af alle genoptræningsforløb.



Kilde: Københavns Omsorgs System (KOS)

Det samlede antal af genoptræningsplaner er steget med 21% fra 9.161 i 2008 til 11.055 i 2010.

Samtidig er andelen af almene genoptræningsplaner, der varetages af kommunen, steget fra 66% i 2008 til 77% i 2010, mens andelen af specialiserede genoptræningsplaner, der varetages af hospitalerne, er faldet fra 34% i 2008 til 23% i 2010. Dermed har forvaltningen næsten nået målsætningen om, at mindst 80% af genoptræningsplanerne skal være almene træningsforløb.

## KAPITEL 8: TILSYN OG DOKUMENTATION

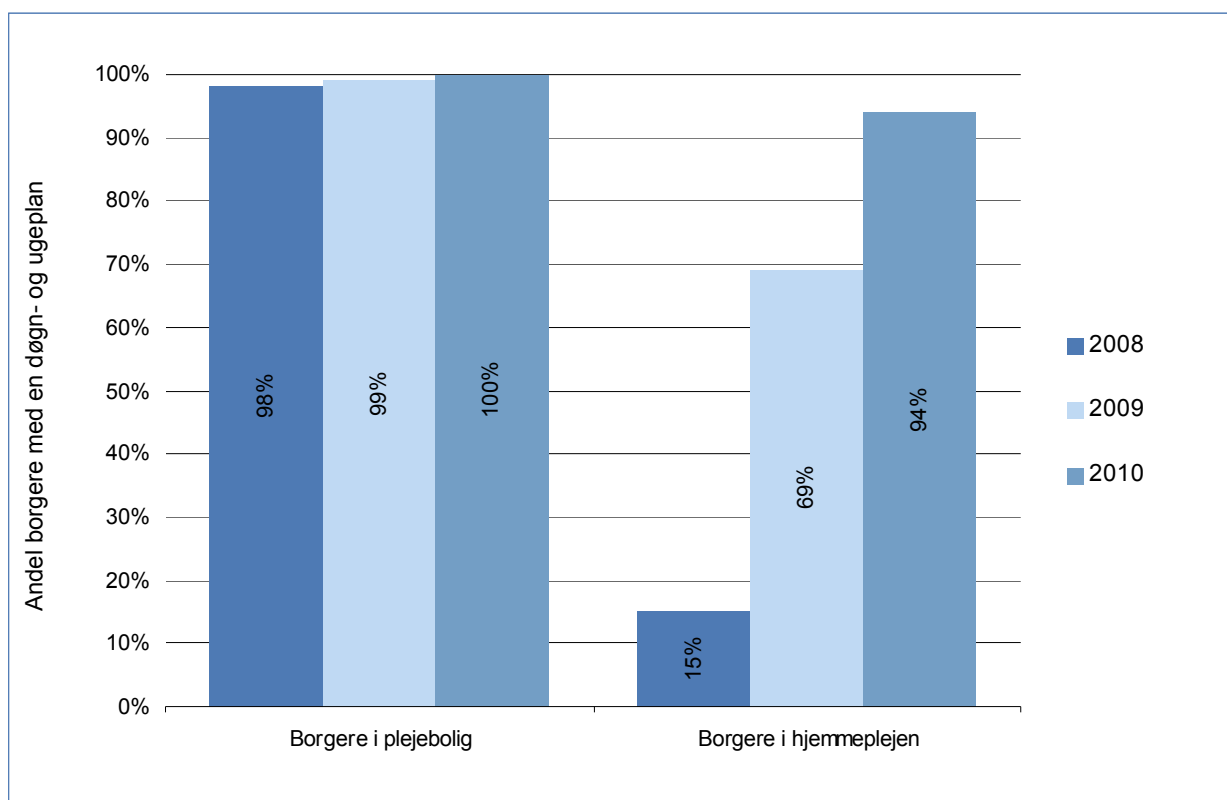
Kapitlet indeholder oplysninger om udviklingen i døgn- og ugeplaner og tilsyn på ældreområdet samt klagesager.

### Figur 30 – Andel borgere med en døgn- og ugeplan

Figuren viser andelen af borgere med en døgn- og ugeplan ved udgangen af 2008, 2009 og 2010.

En døgn- og ugeplan er et arbejdsblad, hvor hjemmeplejen eller plejehjemmet sammen med borgeren beskriver, hvordan den hjælp, som borgeren modtager, mere konkret skal leveres.

Forvaltningens mål er, at alle borgere, der modtager hjemmepleje eller bor i plejebolig, skal have en døgn- og ugeplan.



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

100% af borgere, der bor i plejebolig, og 94% af borgere, der modtager hjemmepleje har en døgn- og ugeplan i 2010.

Andelen af borgere med en døgn- og ugeplan på plejeboligenhederne har ligget på et højt, stabilt niveau i perioden 2008-2010. Siden 2009, hvor målet om at alle hjemmeplejemodtagere skal have en døgn- og ugeplan, blev implementeret, er der sket en stigning på 25%-point i andelen af borgere, der har en døgn- og ugeplan i

hjemmeplejen.

Forvaltningen gennemførte i januar 2011 en stikprøvekontrol af 363 døgn- og ugeplaner, svarende til 5% af de oprettede planer, for at vurdere kvaliteten. I 47% af døgn- og ugeplanerne i stikprøven er alle ydelser, som borgeren får, uddybet, i 37% er kun enkelte af ydelserne uddybet, og i 10% fremgår ydelserne, men de er ikke uddybet. 6% af døgn- og ugeplanerne i stikprøven er tomme.

I 2011 introducerer forvaltningen et nyt kvalitetssikringsværktøj med det formål, at man lokalt i hjemmeplejeenheder og på plejeboligheder kan arbejde målrettet med kvalitetssikring af døgn- og ugeplaner.

#### **Tabel 14 – Uanmeldte kommunale tilsyn med hjemmeplejen**

Borgerrepræsentationen har besluttet, at der skal gennemføres årlige uanmeldte tilsyn med hjemmeplejen. Tilsynene er ikke lovpligtige. I 2010 er der gennemført et uanmeldt tilsyn med hver af de kommunale hjemmeplejeleverandører samt private leverandører, der servicerer minimum 20 borgere, som både modtager personlig pleje og praktisk hjælp.

Hensigten med de kommunale tilsyn er at vurdere, om leverandørerne lever op til de krav til pleje og omsorg, som fremgår af lovgivning samt de kommunalt fastsatte politikker og kvalitetsstandarder. Tilsynene gennemføres af BDO Kommunernes Revision. Alle leverandører, der får konstateret alvorlige fejl og mangler ved uanmeldte kommunale tilsyn, skal udarbejde en handlingsplan for opfølgning. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen følger løbende op på handlingsplanerne, og der foretages et opfølgende tilsyn tre måneder efter et ikke-godkendt tilsyn.

Ifølge Københavns Kommunes kvalitetsmål skal samtlige private og kommunale leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp godkendes eller godkendes med mangler af det uanmeldte, eksterne kommunale tilsyn i løbet af et kalenderår.

	Kommunale leverandører	Private leverandører	I alt
<b>Tilsynsbesøg</b>			
Antal hjemmeplejeleverandører	7	5	12
Antal gennemførte tilsyn	7	5	12
Andel gennemførte tilsyn	100%	100%	100%
<b>Tilsynsresultater</b>			
Antal godkendte tilsyn	1	1	2
Antal tilsyn godkendt med mangler på enkelte områder	5	4	9
Antal tilsyn, der ikke er godkendt	1	0	1
Andel godkendte eller godkendte med mangler	86%	100%	92%

Kilde: BDO Kommunernes Revision

I 2010 er alle tilsyn med kommunale og private hjemmeplejeleverandører gennemført. Alle private leverandører og seks kommunale leverandører fik resultatet "Godkendt" eller "Godkendt med mangler på enkelte områder". Ét tilsyn hos en kommunal leverandør blev ikke godkendt.

De konstaterede anmærkninger og fejl i tilsynene relaterer sig særligt til to områder, nemlig (1) dokumentation af sammenhængen mellem visiteret og leveret pleje samt (2) medicindokumentation. Mht. dokumentationen af visiteret/leveret pleje er fejlene eksempelvis, at medarbejdere ikke er bekendte med visitators retningsgivende mål, og manglende sammenhæng mellem visiterede ydelser, hjemmeplejens besøgsoversigt og borgerens døgn- og ugeplan. På området om medicindokumentation er fejlene eksempelvis manglende kendskab til hjemmeplejens instrukser for korrekt medicin håndtering, og uoverensstemmelser mellem medicinoversigten i borgerens journal og medicinoversigten i hjemmet samt indholdet i borgerens doseringsæske.

Hjemmeplejen Bispebjerg fik ikke godkendt tilsynet i 2010. Umiddelbart efter tilsynet blev der rettet op på de konstaterede mangler hos de besøgte borgere, og lokalområdet udarbejdede i samarbejde med forvaltningen en handleplan for udbedring af de konstaterede fejl og mangler. Handleplanen har fokus på den faglige kvalitet i leveringen af ydelserne og en forbedring af sammenhængen mellem visiteret og leveret pleje. Det opfølgende tilsyn med hjemmeplejen Bispebjerg foregik en måned efter det første (januar 2011), og her fandt tilsynet igen alvorlige fejl og mangler særligt i de leverede sundheds- og sygeplejefaglige ydelser, herunder medicin håndteringen. Tilsynet fandt ikke mangler i levering eller dokumentation af plejeydelserne.

Handleplanen for hjemmeplejen Bispebjerg er herefter suppleret med en plan for udviklingen af samarbejdet mellem hjemmeplejen og sygeplejen samt afklaring af roller og ansvar for henholdsvis hjemmeplejen og sygeplejen i relation leveringen af ydelser i borgerens hjem.

Den samlede proces for opfølgningen på tilsynene i Hjemmeplejen Bispebjerg er delt i to. Der arbejdes dels med en mere akut løsning af konkrete kvalitative problemer, som blev afdækket i tilsynet, og dels en mere langsigtet udviklingsproces som tager afsæt i implementeringen af fremtidens kommunale sygepleje, der har fokus på organisering, faglighed, kvalitet og kompetencer.



## Tabel 15 – Kommunale tilsyn med plejeboligheder

Figuren viser antal og andel gennemførte og godkendte tilsyn i 2010.

Ifølge lovgivningen skal kommunen gennemføre ét årligt *uansmeldt* tilsyn på hver plejeboligheder. Til og med 2010 har Borgerrepræsentationen valgt også at gennemføre et årligt *ansmeldt* tilsyn på hver plejeboligheder. Tilsynene gennemføres af BDO Kommunernes Revision. 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.

Alle plejeboligheder, der får konstateret alvorlige fejl og mangler ved uansmeldte kommunale tilsyn, skal udarbejde en handlingsplan for opfølgning. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen følger løbende op på handlingsplanerne, og tre måneder efter et ikke-godkendt tilsyn foretages der et opfølgende tilsyn.

Ifølge Københavns Kommunes kvalitetsmål skal samtlige plejeboliger godkendes eller godkendes med mangler af det uansmeldte, eksterne kommunale tilsyn i løbet af et kalenderår.

	Uansmeldte tilsynsbesøg	Ansmeldte tilsynsbesøg
<b>Tilsynsbesøg</b>		
Antal plejeboligheder	45	42
Antal gennemførte tilsyn	45	42
Andel gennemførte tilsyn	100%	100%
<b>Tilsynsresultater</b>		
Antal godkendte tilsyn	37	38
Antal tilsyn godkendt med mangler på enkelte områder	8	4
Antal tilsyn, der er ikke godkendt	0	0
Andel godkendte tilsyn eller tilsyn godkendte med mangler	100%	100%

Kilde: BDO Kommunernes Revision

Note: Antallet af ansmeldte tilsyn er lavere end de uansmeldte, da tre plejeboligheder ikke nåede at få et ansmeldt tilsyn, inden de lukkede i 2010.

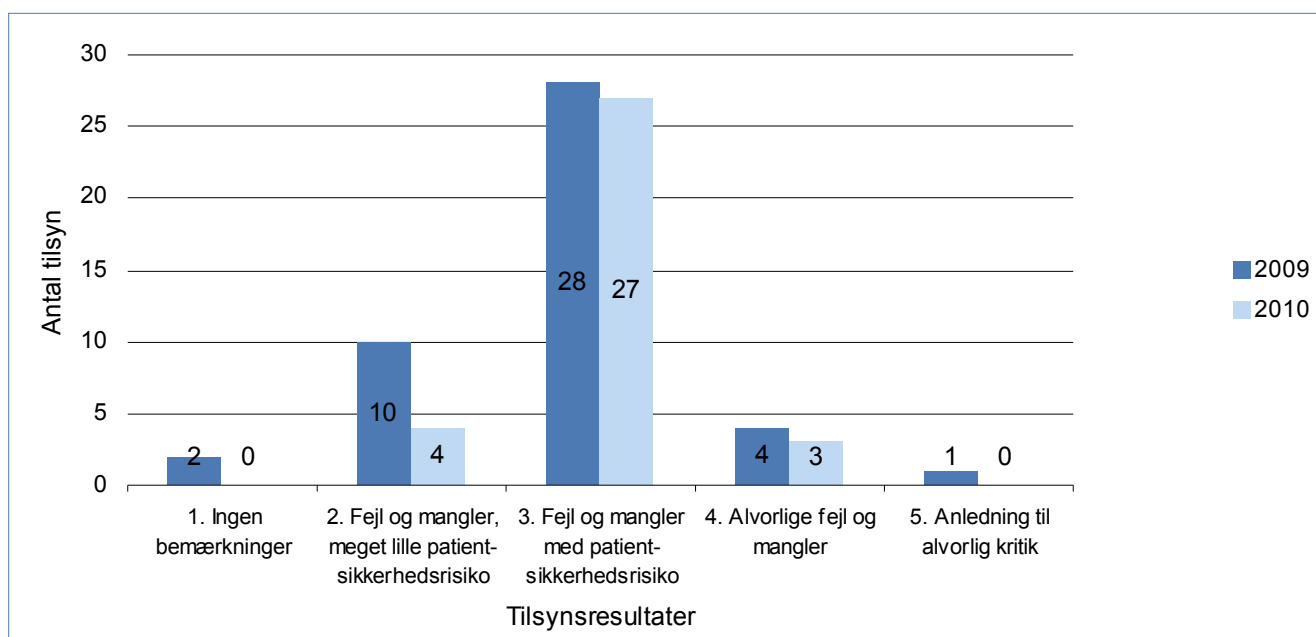
Der er i 2010 gennemført 45 uansmeldte tilsyn og 42 ansmeldte tilsyn på kommunens plejeboligheder. Alle tilsyn er godkendt – dog er 8 uansmeldte tilsyn og 4 ansmeldte tilsyn godkendt med mangler på enkelte områder.

De mangler, der er konstateret, relaterer sig særligt til dokumentationen af pleje- og omsorgsindsatsen samt sundhedsfremme og forebyggende indsatser. Forvaltningen har skærpet retningslinierne for dokumentation og sørger for løbende uddannelse af personalet med det formål at reducere fejl og mangler fremover.

### Figur 31 – Embedslægens tilsyn med plejeboligheder

Embedslægeinstitutionen gennemfører som udgangspunkt ét årligt tilsyn med hver af de københavnske plejeboligheder, Ved tilfredsstillende tilsynsresultat kan embedslægeinstitutionen dog vælge at en plejebolighed ikke skal have embedslægetilsyn det efterfølgende år.

Ved et utilfredsstillende resultat kan embedslægen beslutte, at der skal udarbejdes en handlingsplan og/eller gennemføres et opfølgende tilsyn. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen følger løbende op på de handlingsplaner, som plejebolighederne udarbejder for at leve op til embedslægens anbefalinger.



Kilde: Embedslægens tilsynsrapporter

Embedslægen har gennemført 34 besøg på københavnske plejeboligheder i 2010. Da embedslægen har vurderet, at 9 plejeboligheder kunne fritages for embedslægetilsyn i 2010, og enkelte plejeboligheder er lukket, er antallet af tilsyn i 2010 lavere end i 2009 (45 tilsyn i 2009, 34 tilsyn i 2010).

Hvis der tages højde for at de 9 plejeboligheder, der klarede sig bedst i 2009, ikke indgår i tilsynsstatistikken for 2010, er der sket en lille forbedring i tilsynsresultaterne fra 2009 til 2010.

Fire plejeboligheder har fået vurderingen "fejl og mangler, meget lille patientsikkerhedsrisiko" i 2010. 27 tilsyn resulterede i bemærkningen "fejl og mangler med patientsikkerhedsrisiko". Tre plejeboligheder fik konstateret "alvorlige fejl og mangler". Det skyldtes blandt andet fejl i medicinhåndtering og manglende sundhedsfaglig dokumentation.

Disse plejeboligheder har i samarbejde med Sundheds- og Omsorgsforvaltningen udarbejdet handlingsplaner, som følger embedslægens anbefalinger. De skal ikke have et opfølgende tilsyn af embedslægen, da opfølgende tilsyn som hovedregel kun

forekommer, hvis et tilsyn giver anledning til vurderingen "anledning til alvorlig kritik".

### Tabel 16 – Antal klager fordelt på klagetemaer og udfald af klagen

Tabellen viser antallet af færdigbehandlede klagesager fordelt på udfald, samt udfald af de enkelte klagetemaer i klagesagerne i 2010.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen behandler alle klager over forvaltningen, der ikke hører under en særskilt klagemyndighed, herunder også mundtlige klager. Klagerne kan typisk 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 m.v., 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.

	Ikke medhold	Medhold	Andet	I alt	Udvikling ifht. 2009
<b>Antal færdigbehandlede klagesager fordelt på samlet udfald af klagesagen</b>	104	68	5	177	-27%
<b>Klagetemaer</b>					
Afgørelse	85%	14%	1%	100%	n/a
Praktisk udførelse	34%	56%	9%	100%	n/a
Personalets adfærd	38%	56%	6%	100%	n/a
Andet	45%	48%	6%	100%	n/a
I alt	56%	38%	5%	100%	n/a
Antal færdigbehandlede klagesager per 1.000 brugere i forvaltningen	2,9	1,9	0,1	5,0	-29%

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

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

Note: Grundet ændret registreringspraksis, er det ikke muligt at sammenligne klagetemaer med 2009.

Note: I tabellen betyder "Ikke medhold", at borger ikke får medhold i mindst ét klagetema. "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.

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. Antallet af klagetemaer vil derfor være højere end antallet af klagesager. Hvert af disse klagetemaer bliver behandlet separat og kan have forskelligt udfald.

I 2010 var der 177 klagesager, hvilket svarer til fem klagesager per 1.000 modtagere i forvaltningen. I 38% af klagerne blev der givet medhold i mindst ét af klagetemaerne.

Omvendt blev der i 56% af sagerne ikke givet medhold. Den største andel af medhold ses inden for klagetemaerne "praktisk udførelse" og "personalets adfærd" (begge 56%), mens den laveste andel ses for "afgørelse" (14%).

## KAPITEL 9: MEDARBEJDERE

I dette kapitel præsenteres opgørelser over antallet af medarbejdere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Herefter beskrives omfanget af sygefravær og fratrædelser. Desuden præsenteres resultater fra forvaltningens trivselsundersøgelse og sygefraværsanalyse.

### 9.1: FASTANSATTE MEDARBEJDERE

#### Tabel 17 – Antal fastansatte medarbejdere fordelt på ansættelsesforhold og alder

Tabellen viser antal fastansatte medarbejdere, herunder elever, i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ved udgangen af 2010 sammenlignet med 2008.

	Fuldtids- stillinger	I alt antal ansatte	Udvikling ifht. 2008 (Antal ansatte)
<b>Tjenestemænd</b>	171	178	-16%
<b>Overenskomstansatte</b>	6.125	6.919	-1%
Heraf ansatte under 55 år	4.655	5.258	-3%
Heraf ansatte mellem 55-59 år	919	1.038	4%
Heraf ansatte på 60+ år	551	623	16%
Fastansatte ekskl. elever	6.296	7.097	-1%
<b>Social- og sundhedselever</b>	1.453	1.453	70%
Fastansatte i alt	7.749	8.550	6%
Timelønnede medarbejdere (hele året)	730	5.445	14%

Kilde: Rubin

Ved udgangen af 2010 havde forvaltningen 7.097 "ordinære" fastansatte medarbejdere samt 1.453 social- og sundhedselever, hvilket svarer til i alt 7.749 fuldtidsstillinger.

I forhold til udgangen af 2008 er der samlet set sket en stigning på 6% i antallet af fastansatte medarbejdere. Denne samlede udvikling dækker over, at antallet af overenskomstansatte er stort set stabilt (-1%), mens antallet af tjenestemænd er faldet (-16%), og antallet af elever er steget (+70%). Antallet af ansatte mellem 55-59 år og 60+ år er steget henholdsvis 4% og 16%, mens ansatte under 55 år er faldet med 3%.

### Tabel 18 – Antal fastansatte medarbejdere fordelt på ydelsesområde

Tabellen viser antal fastansatte medarbejdere (herunder elever) i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ved udgangen af 2010 fordelt på ydelsesområder.

	2008	2009	2010	Procent- fordeling	Udvikling fra 2008 til 2010
Visitation, administration og bydækkende tilbud	852	919	889	10%	4%
Hjemmepleje og sygepleje	2.151	2.124	2.007	23%	-7%
Bo- og aktivitetstilbud	3.714	3.780	3.719	43%	0%
Træning og genoptræning	267	249	247	3%	-8%
Sundhed og forebyggelse	207	227	235	3%	14%
Lovpligtige uddannelser	856	1.261	1.453	17%	70%
I alt	8.047	8.560	8.550	100%	6%

Kilde: Rubin

43% af de fastansatte medarbejdere er ansat inden for ydelsesområdet bo- og aktivitetstilbud. Antallet ligger stabilt i forhold til 2008.

Området hjemmepleje og sygepleje er med 23% medarbejdermæssigt det næststørste område. Antallet af ansatte på dette område er faldet med 7% i forhold til 2008.

Det tredjestørste område rent medarbejdermæssigt er de lovpligtige uddannelser, som også omfatter forvaltningens elever. Området udgør 17% af forvaltningens medarbejdere. Der er sket en stigning på 70% i antal ansatte på lovpligtige uddannelser siden 2008, hvilket er den primære årsag til samlede stigning på 6% i antallet af fastansatte medarbejdere. Den store forøgelse af medarbejdere inden for de lovpligtige uddannelser skyldes at søgningen til Social- og Sundhedsskolen er gået op, og forvaltningen har en aftale om at aftage eleverne.

10% af medarbejderne er beskæftiget inden for visitation, administration og bydækkende tilbud i 2010. Antallet er steget 4% siden 2008.

De to mindste ydelsesområder rent medarbejdermæssigt er træning og genoptræning og sundhed og forebyggelse, der begge beskæftiger 3% af medarbejderne. Siden 2008 er antallet af medarbejdere indenfor sundhed og forebyggelse steget med 14 %. I samme periode er der blevet 8% færre medarbejdere indenfor området træning og genoptræning, hvilket skyldes, at Træningscenter Indre By lukkede i 2010. Medarbejderne herfra er flyttet til Rehabiliteringscenter Indre By, der ligger under ydelsesområdet bo- og aktivitetstilbud.

### Tabel 19 – Antal fastansatte medarbejdere fordelt på stillingstype

Tabellen viser antal fastansatte medarbejdere i forvaltningen fordelt på stillingstype.

	2008	2009	2010	Procent- fordeling	Udvikling fra 2008 til 2010
Chefer/Ledere	596	585	537	6%	-10%
Akademiske medarbejdere	237	286	277	3%	17%
Teknisk-/Kontor personale	1.172	1.142	1.028	12%	-12%
Sygeplejersker	407	443	554	6%	36%
Sosu-assistentter	810	911	1.025	12%	27%
Sosu-hjælpere	2.823	2.827	2.660	31%	-6%
Sosu-hjælpere uddannet	544	499	332	4%	-39%
Ergo-/Fysioterapeuter	351	367	394	5%	12%
Økonomaer/Ernæring	141	150	155	2%	10%
Elever og Studerende	880	1.281	1.490	17%	70%
Øvrige sundhedsfagligt personale	86	69	98	1%	14%
I alt	8.047	8.560	8.550	100%	6%

Kilde: Rubin

Note: Væksten i antallet af sygeplejersker (25%) og øvrige sundhedsfagligt personale (14%), skyldes til dels en administrativ omgruppering, således at disse to grupper nu indeholder et antal ledende sygeplejersker, der i 2009 skiftede overenskomst og dermed stillingstype fra "chefer/ledere". Dette er samtidig en af baggrunden for faldet i antallet af chefer/ledere (-10%).

Tabellen viser, at social- og sundhedshjælpere med 31% af alle medarbejdere udgør den største gruppe i forvaltningen. Herefter kommer elever og studerende, som udgør 17%.

I perioden 2008-2010 er der sket et generelt løft af uddannelsesniveaue blandt forvaltningens medarbejdere. Antallet af social- og sundhedshjælpere og uuddannede social- og sundhedshjælpere er faldet med henholdsvis 6% og 39%, mens der er sket en stigning i antallet af social- og sundhedsassistenter (27%) og elever (70%).

## Tabel 20 – Antal fastansatte medarbejdere fordelt på køn, civilstand og etnicitet

Tabellen viser alle fastansatte medarbejdere, der i 2010 har været ansat i forvaltningen fordelt på køn, civilstand og etnicitet. Tabellen indeholder som den eneste i kapitlet antallet af alle medarbejdere, der har været ansat i løbet af 2010.

	Kvinder	Mænd	Dansk oprindelse	Vestlig oprindelse	Ikke-vestlig oprindelse	I alt
Alle fastansatte medarbejdere (ekskl. elever)	7.016	1.154	6.681	356	1.133	8.170
Elever og studerende	1.813	373	1.079	90	1.017	2.186
I alt	8.829	1.527	7.760	446	2.150	10.356
Procentfordeling	85%	15%	75%	4%	21%	100%
Udvikling i alt siden 2009	3%	6%	1%	3%	9%	3%

Kilde: Rubin og Danmarks Statistik – særtræk med ikke-personhenførbare oplysninger

Note: I opgørelsen defineres personer med dansk oprindelse som personer – uanset fødested – der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Gruppen af vestlige lande defineres som: Alle EU-lande, Island, Norge, Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, New Zealand, Canada, USA og Australien. Gruppen af ikke-vestlige lande defineres som alle andre lande end de førnævnte og Danmark

Note: Kategorien "Gift" dækker over civilstandene gift og registreret partnerskab.

Det ses i tabellen, at langt hovedparten af de ansatte er kvinder. Endvidere ses det, at andelen af medarbejdere med ikke-vestlig oprindelse er meget høj blandt elever og studerende, hvor andelen udgør omkring 50 pct.

Når vi sammenligner medarbejderprofilen 2010 for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen med den generelle borgerprofil for Københavns Kommune 2010 (jf. Tabel 1), fremgår det, at forvaltningen har en stærk overrepræsentation af kvindelige ansatte, idet 85% af medarbejderne er kvinder sammenlignet med 49% af de københavnske borgere i aldersgruppen 0-64 år.

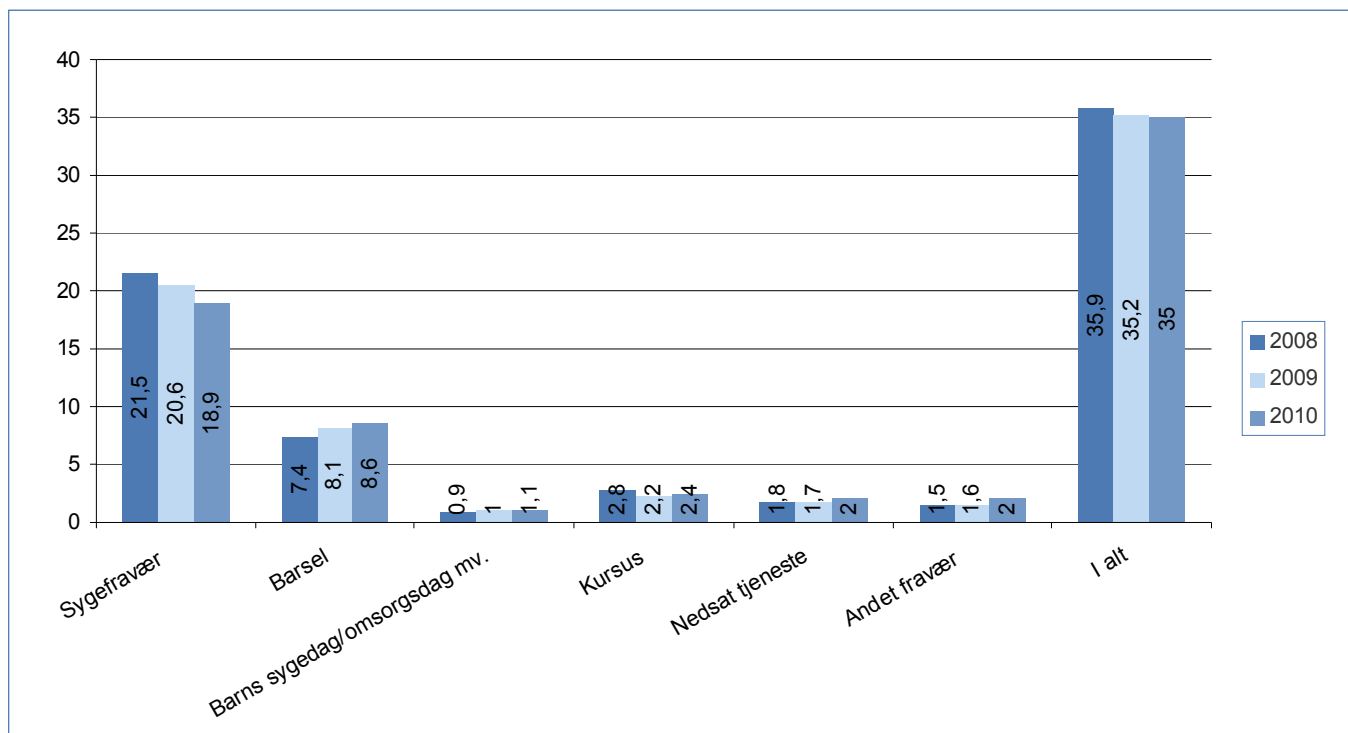
Medarbejdernes fordeling på etnisk oprindelse stemmer nogenlunde overens med borgerprofilen for borgere mellem 0 og 64 år.. Således er 75% af medarbejderne og 76% af borgerne af dansk oprindelse, 4% af medarbejderne og 8% af borgerne er af vestlig oprindelse, mens 21% af medarbejderne og 15% af borgerne er af ikke-vestlig oprindelse.



## 9.2: SYGEFRAVÆR

**Figur 32 – Samlet fravær**

Figuren viser det samlede fravær for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fra 2008 til 2010 fordelt på årsagen til fravær i kalenderdage per fastansat medarbejder.



Kilde: Rubin

Det samlede fravær i forvaltningen er 35 kalenderdage per fastansat medarbejder i 2010, hvilket er et lille fald fra 35,9 kalenderdage i 2008. Figuren viser, at hovedparten (18,9 kalenderdage, svarende til 54%) af det samlede fravær skyldtes sygefravær. 8,6 kalenderdage (25%) skyldtes barsel, og de resterende 7,5 kalenderdage (21%) skyldtes barns sygedag og omsorgsdage, kursus, nedsat tjeneste samt andet fravær.

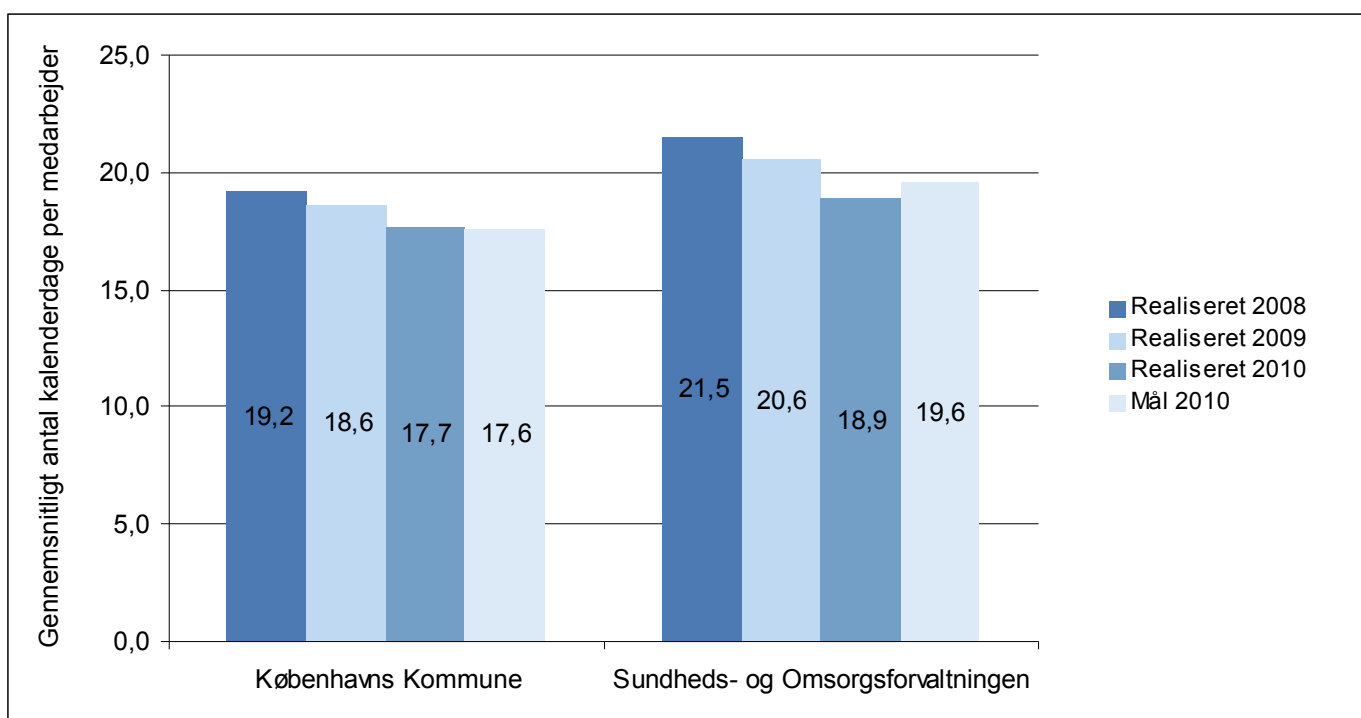
Faldet i fravær sammenlignet med 2008 skyldes et markant fald i sygefraværet. Omvendt er fravær, der skyldes barsel, barns sygedag/omsorgsdag, nedsat tjeneste samt andet fravær, steget i perioden.

Betegnelsen nedsat tjeneste kaldes også delvis raskmelding. Derfor vil en stigning i fravær registreret som nedsat tjeneste, betyde et fald i det lange sygefravær. Nedsat tjeneste er et tiltag i forbindelse med Sygefraværereformen, som trådte i kraft 2010 som indsats over for det lange sygefravær.

### Figur 33 – Sygefravær i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen sammenlignet med hele Københavns Kommune

Figuren viser det gennemsnitlige antal sygefraværskalenderdage per fastansat medarbejder i 2008-2010 for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen sammenlignet med Københavns Kommune generelt.

Borgerrepræsentationen har vedtaget et mål om at alle forvaltningers sygefravær nedbringes med 1 kalenderdag per fastansat medarbejder i 2010 i forhold til det realiserede sygefravær i 2009.



Kilde: Rubin

Note: Sygefraværsopgørelsen for Københavns Kommune omfatter alle medarbejdere, ikke kun ansatte på sundhedsområdet.

Overordnet er sygefraværet faldet siden 2008 – både i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, og i Københavns Kommune generelt.

Forvaltningens sygefravær var 18,9 kalenderdage per fastansat medarbejder i 2010, og det er dermed faldet med 1,7 dage fra 20,6 kalenderdage i 2009, svarende til et fald på 8,3%. Dermed har forvaltningen mere end indfriet målet om at nedbringe sygefraværet med 1 kalenderdag i forhold til 2009.

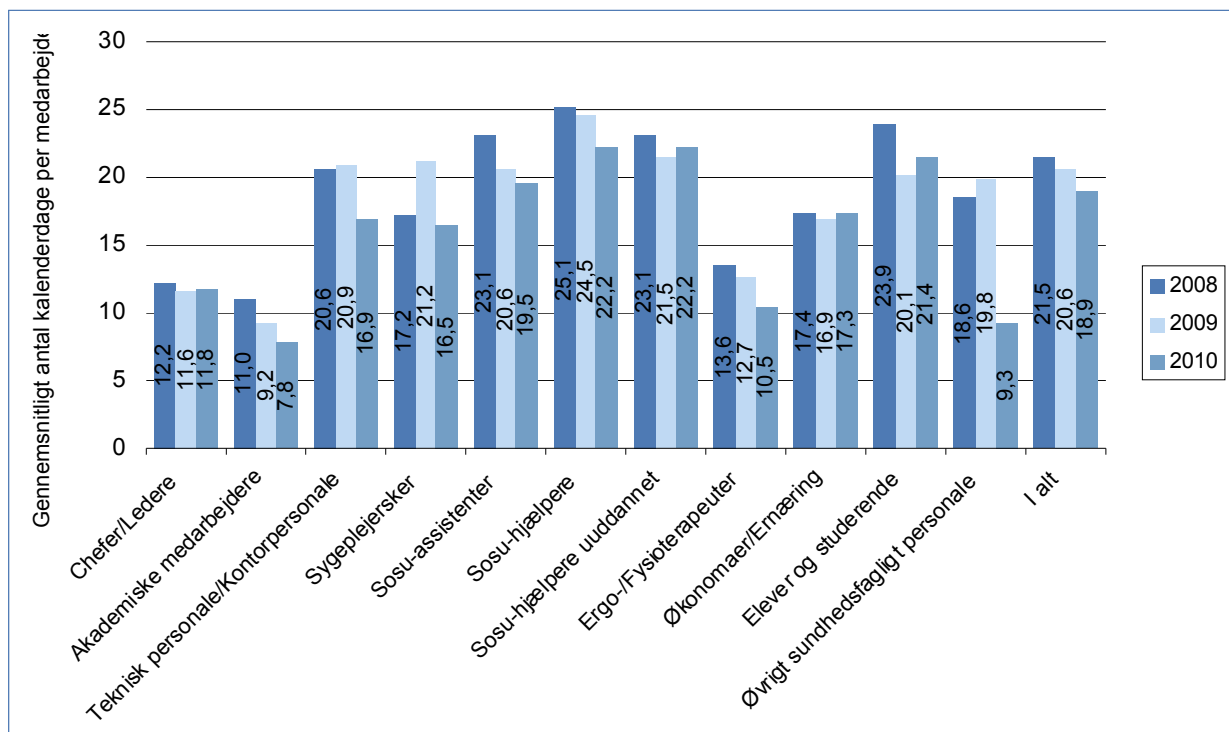
I sammenligning med Københavns Kommune generelt er sygefraværet højere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Det skyldes til dels, at en række særlige forhold gør sig gældende for medarbejderne i forvaltningen, som præges af meget borgerkontakt og jobfunktioner, der er fysisk og psykisk nedslidende.

Sygefraværet i hele Københavns Kommune var på 17,7 kalenderdage i 2010. Det er et fald på 4,8% fra 2009.



### Figur 34– Sygefraværdsdage fordelt på stillingstype

Figuren viser det gennemsnitlige antal sygefraværdsdage per fastansat medarbejder i 2008-2010 for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fordelt på stillingstype.



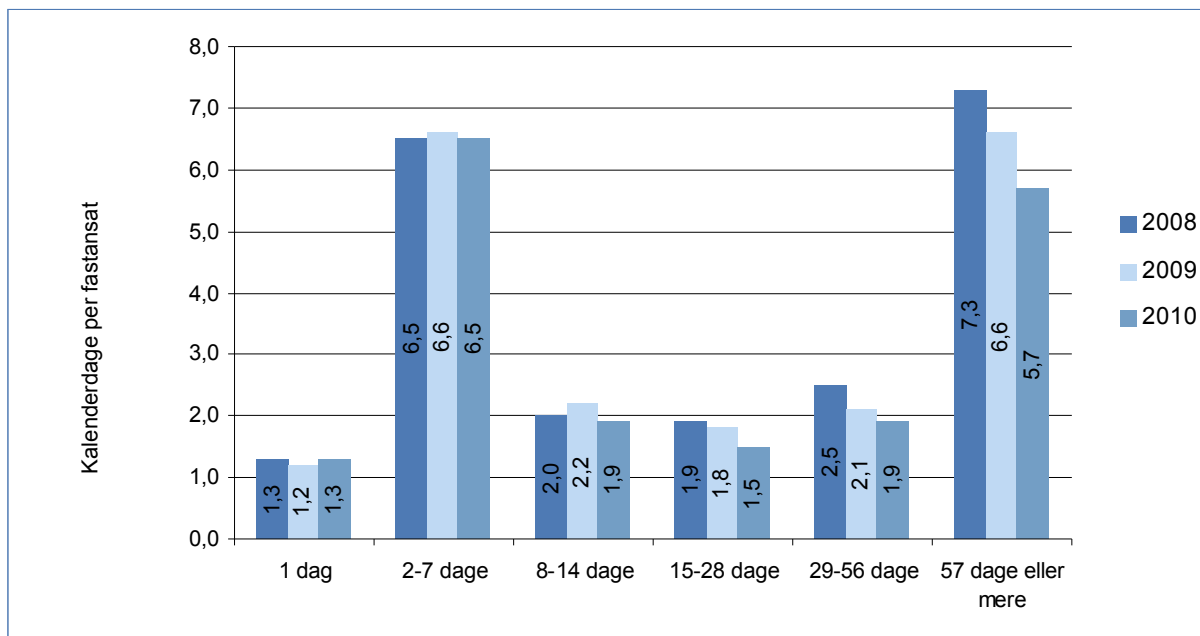
Kilde: Rubin

De stillingstyper, der har det højeste sygefravær i 2010 er sosu-hjælpere og uuddannede sosu-hjælpere, samt elever og studerende. Sygefraværet for disse grupper er 21-22 kalenderdage pr. medarbejder. Gruppen af akademiske medarbejdere skiller sig ud med et markant lavere sygefravær.

Det største fald i sygefraværet fra 2008 til 2010 ses hos øvrigt sundhedsfagligt personale, akademiske medarbejdere og ergo/fysioterapeuter. Der er ingen grupper, der har oplevet en stigning i sygefraværet i perioden 2008-2010.

### Figur 35 – Sygefraværddage fordelt på intervaller af sygefraværsvarethed

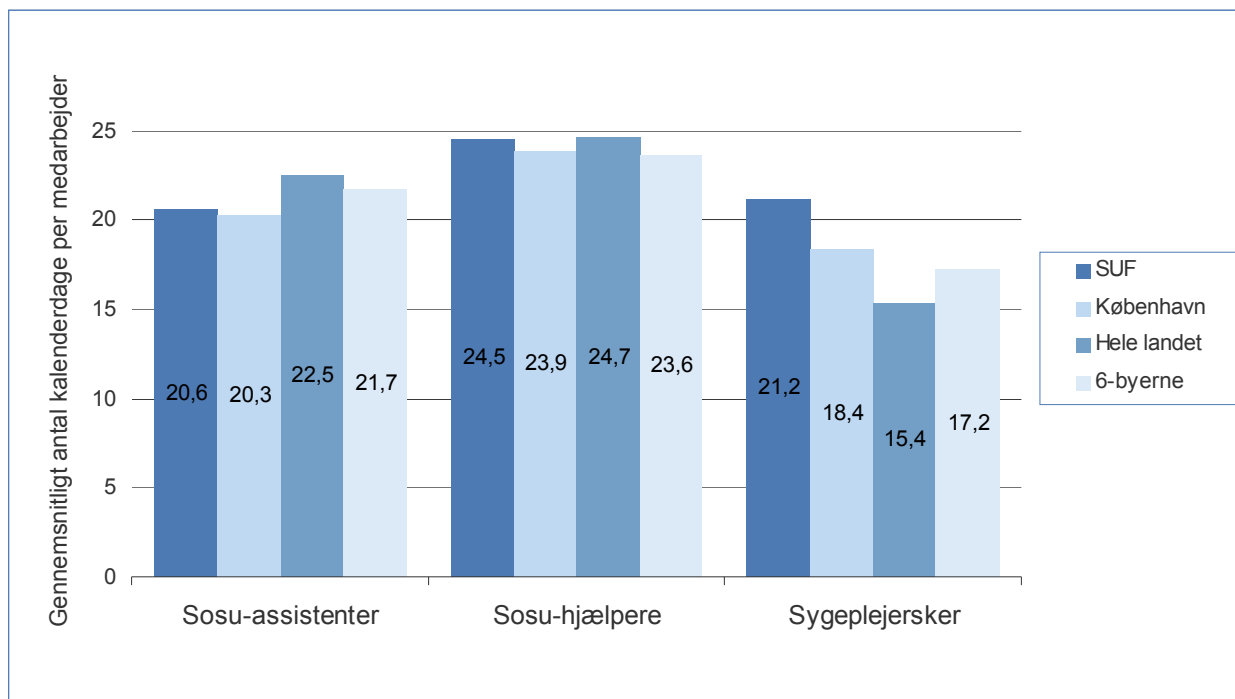
Figuren viser det samlede antal sygefraværddage for fastansatte medarbejdere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fordelt på forskellige sygefraværperioder i 2008-2010.



Kilde: Rubin

Faldet i forvaltningens sygefravær i 2010 sammenlignet med 2008 (jf. Figur 33) skyldes primært et fald i det lange sygefravær på 57 dage eller mere. Det fravær, der skyldes kortere sygeperioder svarende til 1-14 dage, ligger stabilt i perioden.

### Figur 36 – Nationalt perspektiv på sygefraværet



Kilde: Rubin og Det Fælleskommunale Løndatakontor

Note: 6-byerne består af de seks største kommuner i Danmark: København, Aarhus, Odense, Aalborg, Esbjerg og Randers.

Note: Der findes endnu ikke tal for 2010, og det er kun muligt at få tal for hele Københavns Kommune fra Det fælleskommunale Løndatakontor, så tallene er suppleret med data fra Rubin for at sammenligne med forvaltningens sygefravær.

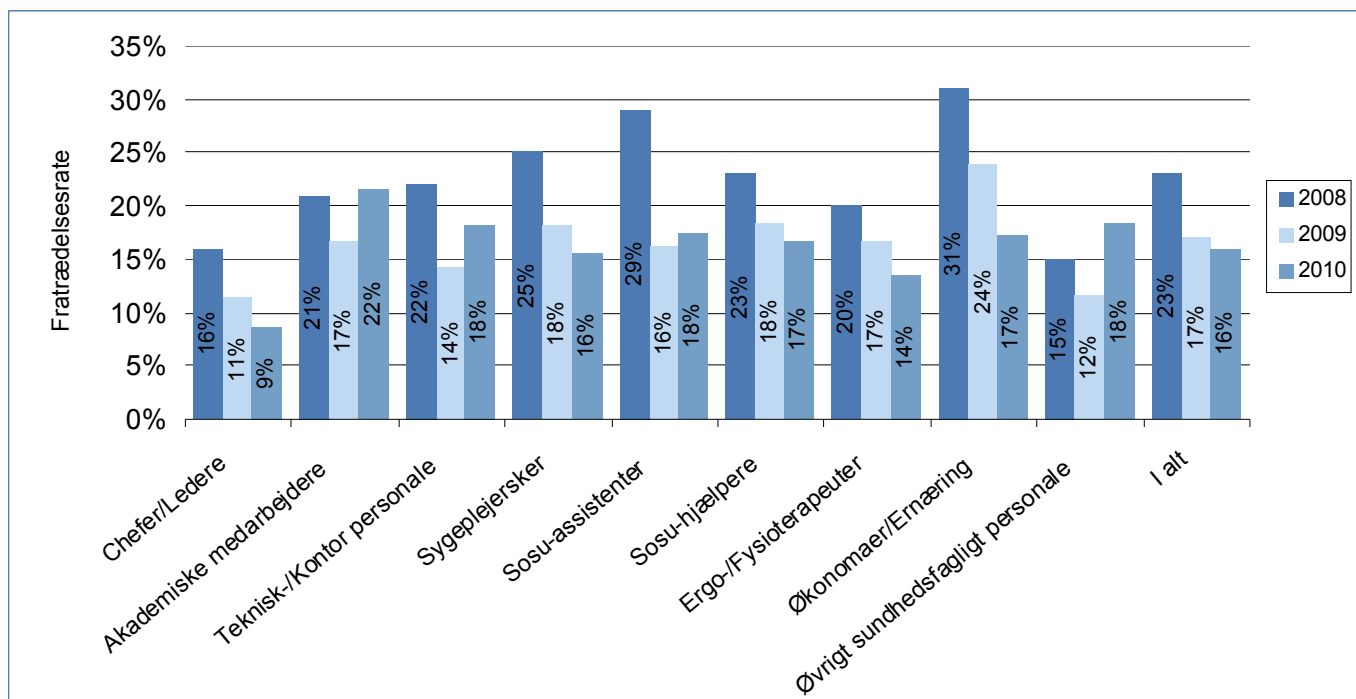
Figuren oven for viser sygefraværet på nationalt plan i 2009 for tre udvalgte medarbejdergrupper. Her sammenlignes SUF med gennemsnittet for København, hele landet og 6-by-kommunerne.

Sygefraværet blandt social- og sundhedshjælpere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen var i 2009 nogenlunde på niveau med København, hele landet og 6-byerne. Sygefraværet for social- og sundhedsassistenter i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen var en anelse højere end i København generelt, men til gengæld lavere sammenlignet med hele landet og 6-byerne. Sygefraværet blandt sygeplejerskerne i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen var højere end både København, 6-byerne og hele landet. Det skal dog bemærkes, at sygefraværet for sygeplejerskerne i Sundheds- og omsorgsforvaltningen er faldet markant fra 2009 til 2010, jf. figur 35.

### 9.3: PERSONALEOMSÆTNING

#### Figur 37 – Fratrædelsesrate for fastansatte medarbejdere fordelt på stillingstype

Figuren viser fratrædelsesraten for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i perioden 2008-2010. Fratrædelsesraten findes ved at sammenholde det antal medarbejdere, der er fratrådt en stilling i forvaltningen i løbet af et år, med det gennemsnitlige antal medarbejdere samme år.



Note: Opgørelsen omfatter alle fastansatte medarbejdere eksklusiv elever og uddannede medarbejdere. De uddannede medarbejdere er ekskluderet, idet en stor del af dem fastansættes i tidsbegrænsede stillinger, hvilket betyder, at en inklusion af denne gruppe vil medføre en skævvridning af fratrædelsesraten.

Note: Udregningen er baseret på den sidst kendte stilling for hver ansat i hhv. 2007, 2008 og 2009. Derved indgår intern rotering af medarbejdere i forvaltningen ikke. Ansatte på plejehjem, der er lukket eller flyttet i perioden, er ikke med i opgørelsen.

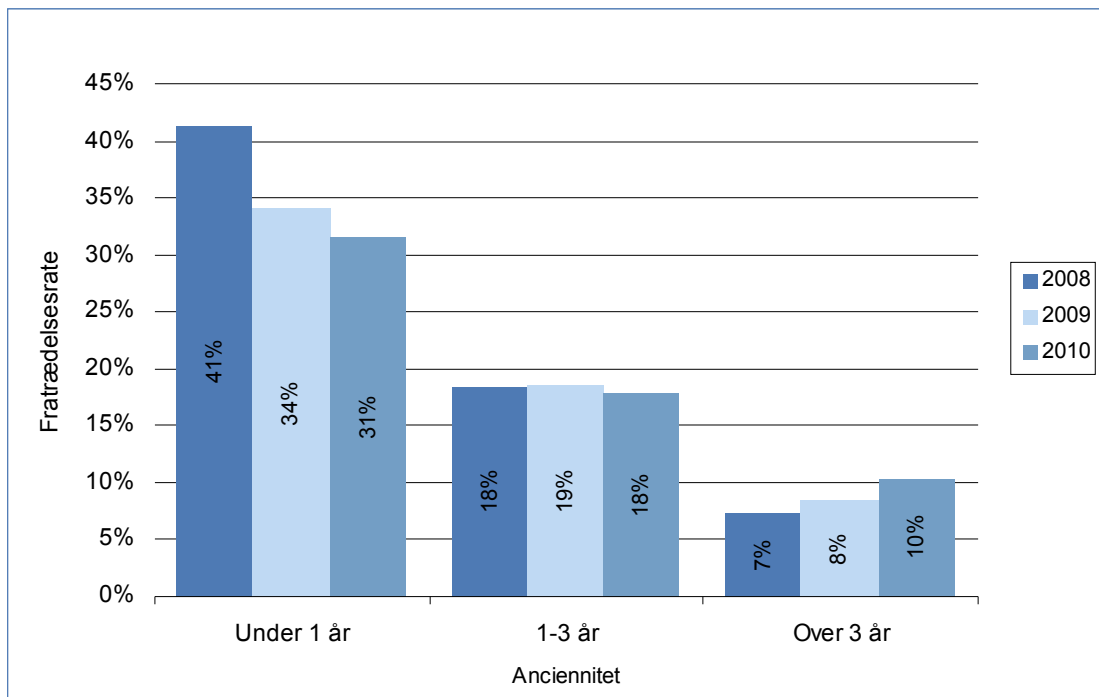
Personaleomsætningen er generelt blevet mindre fra 2008 til 2010. Andelen af medarbejdere, der stopper i løbet af året, er således faldet fra 23% i 2008 til 16% i 2010. Dermed lever Sundheds- og Omsorgsforvaltningen mere end op til Borgerrepræsentationens mål om en årlig reduktion i personaleomsætningen på 1%.

I 2010 havde akademiske medarbejdere den højeste fratrædelsesrate på 22%. Den laveste fratrædelsesrate på 9% findes for chefer/ledere. De øvrige stillingstyper har fratrædelsesrater på mellem 14% og 18%.

Det generelle fald i fratrædelsesraten i perioden 2008 til 2010 ses for alle stillingstyper, bortset fra akademiske medarbejdere og øvrigt sundhedsfagligt personale, hvor der er sket en mindre stigning i personaleomsætningen.

### Figur 38 – Fratrædelsesrate for fastansatte medarbejdere fordelt på anciennitet

Figuren viser fratrædelsesraten fordelt på medarbejdernes anciennitet ved fratrædelsen fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i perioden 2008-2010.



Kilde: Rubin.

Note: Opgørelsen omfatter alle fastansatte medarbejdere eksklusiv elever og uddannede medarbejdere. De uddannede medarbejdere er ekskluderet, idet en stor del af dem fastansættes i tidsbegrænsede stillinger, hvilket betyder, at en inklusion af denne gruppe vil medføre en skævvridning af fratrædelsesraten.

Note: Ansatte på plejehjem, der er lukket eller flyttet i 2010, er ikke med i opgørelsen.

I 2010 var fratrædelsesraten 31% for medarbejdere med under 1 års anciennitet, hvilket er et fald fra 41% i 2008.

Fratrædelsesraten for medarbejdere med 1-3 års anciennitet ligger stabilt i perioden og er på 18% i 2010. For medarbejdere med mere end 3 års anciennitet er fratrædelsesraten er steget en smule fra 7% i 2008 til 10% i 2010.

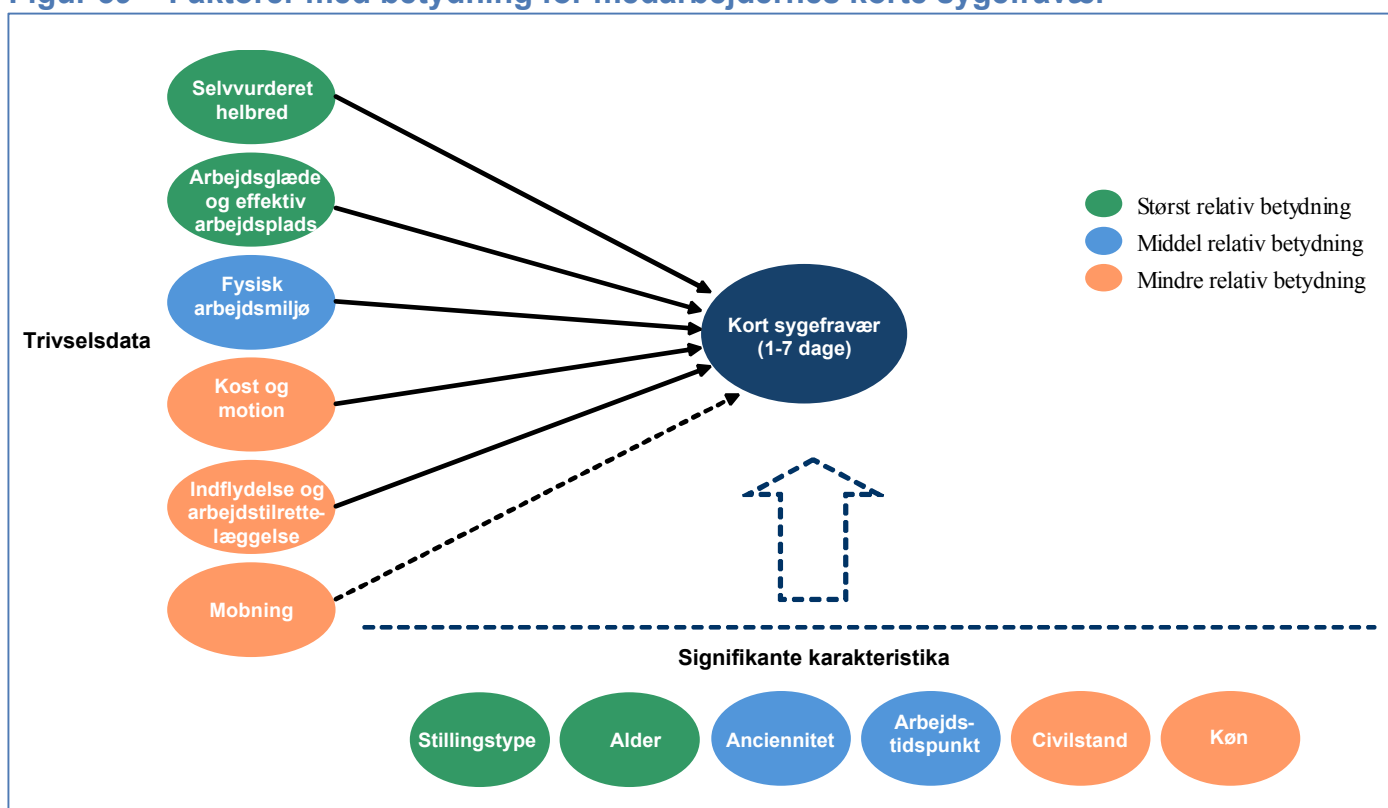


## Analyse af sygefravær

Forvaltningen har gennemført en statistisk analyse af, hvad der ligger bag medarbejdernes sygefravær. Det overordnede resultat af analysen er, at hovedparten af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens medarbejders sygefravær ikke kan forklares af de medtagne variable. Det er dog muligt at forklare en større del af de korte sygefravær (1-7 dages fravær) end det lange sygefravær. Derfor fokuseres der her på det korte sygefravær.

Figur 39 viser de trivselsfaktorer og demografiske faktorer, der har betydning for medarbejdernes korte sygefravær 1(-7 kalenderdage), når der tages højde for faktorenes indbyrdes sammenhæng.

Figur 39 – Faktorer med betydning for medarbejdernes korte sygefravær



Der er især tre trivselsfaktorer, der påvirker medarbejdernes korte sygefravær. Medarbejdernes *selvvurderede helbred* har betydning på den måde, at jo bedre medarbejderne vurderer deres eget helbred til at være, jo færre sygefraværperioder. Derudover har medarbejdernes *arbejdsglæde* betydning på den måde, at jo højere deres arbejdsglæde er, og i jo højere grad de vurderer arbejdspladsen som værende effektiv, jo

færre sygefraværsperioder har de. Endvidere har medarbejderne færre sygefraværsperioder, jo mere tilfredse de er med *det fysiske arbejdsmiljø*. Faktorer med relativt mindre betydning er tilfredshed med arbejdspladsens tilbud inden for kost og motion, tilfredsheden med indflydelse og arbejdstilrettelæggelse, samt mobning.

Analysen viser også, at især *stillingstype*, *alder*, *anciennitet* og *arbejdstidspunkt* hver især betydning for sygefraværet – også efter at der er korrigeret for øvrige variable. Således har *stillingstyperne* chefer/ledere og akademiske medarbejdere færre sygefraværsperioder sammenlignet med 'udførerledet' – sygeplejersker, sosu-assistenters, sosu-hjælper og øvrigt sundhedsfagligt personale. *Alder* har betydning på den måde, at jo ældre medarbejderne er, jo færre sygefraværsperioder på 1-7 dage, men jo flere sygefraværsperioder på 8+ dage. Medarbejdere med *anciennitet* mellem 5-10 år i forvaltningen har færre sygefraværsperioder, sammenlignet med medarbejdere med under 5 års anciennitet. Og medarbejdere, der arbejder om aftenen og natten, har færre sygefraværsperioder under 14 dage, men flere sygefraværsperioder på 14+ dage, sammenlignet med medarbejdere, der arbejder om dagen.

## 9.4: TRIVSEL

Trivselsundersøgelsen gennemføres hvert andet år og blev senest gennemført i 2010.

### Resultater for trivselsundersøgelsen i 2010

Trivselsundersøgelsen indeholder otte spørgsmål om medarbejdernes generelle trivsel på arbejdspladsen. Den samlede trivselsscore i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen beregnes som gennemsnittet af svarene på disse otte trivselsspørgsmål.

Forvaltningens samlede trivselsscore er 4,7 i 2010 på en skala fra 1 til 6. Denne score er en forbedring sammenlignet med tidligere undersøgelser, hvor trivselsscoren var 4,6 i 2008 og 4,3 i 2007. En score mellem 4 og 5 kan betegnes som et tilfredsstillende resultat, hvor der er plads til forbedringer.

### **Tabel 21 – Resultat for Københavns Kommunes forvaltninger**

Tabellen viser scoren for spørgsmålet "Jeg er – alt i alt – godt tilfreds med mit arbejdsliv" for 2007, 2008 og 2010 alle forvaltninger samt Københavns Kommune samlet. Dette spørgsmål er valgt til sammenligning, idet der ikke er udarbejdet en samlet trivselsscore for Københavns Kommune.

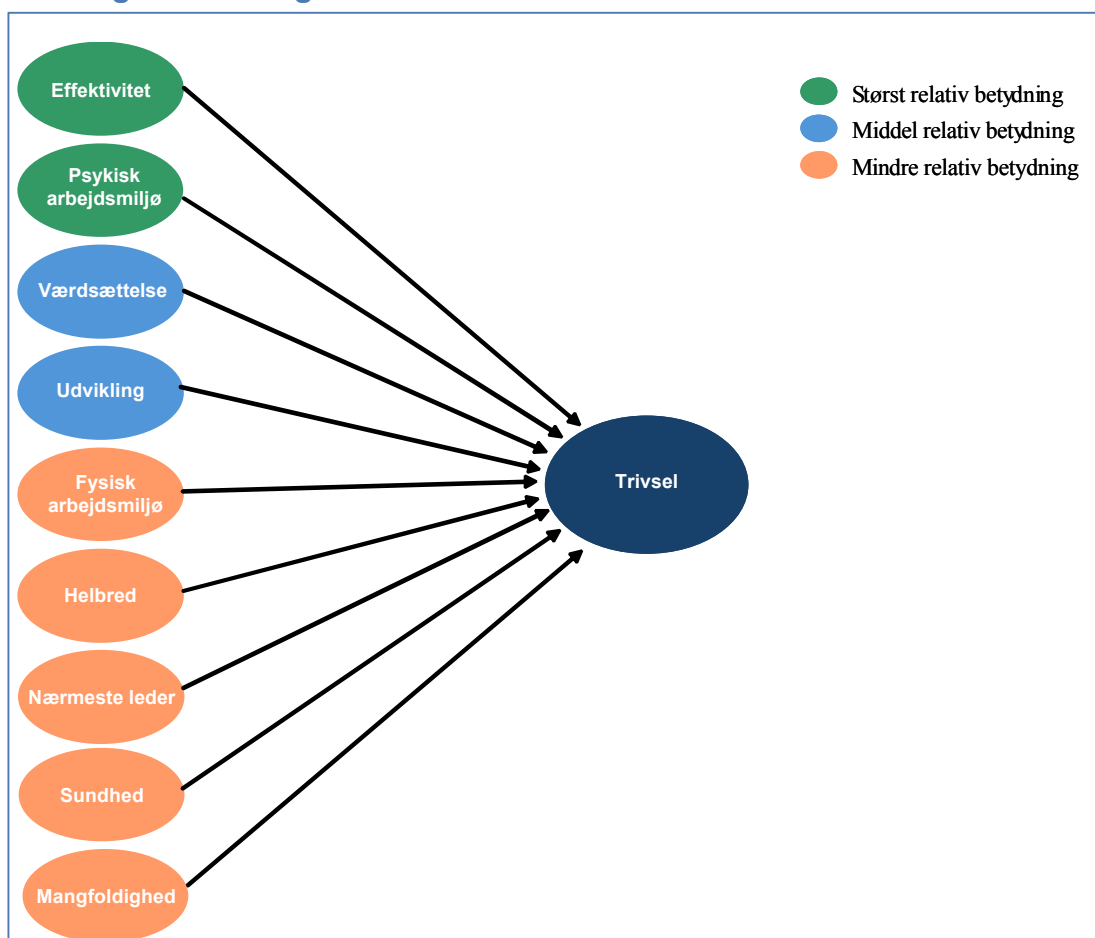
	2007	2008	2010	Forskel i procent fra 2008-2010
<b>Forvaltning</b>				
Sundhed og Omsorg	4,5	4,8	4,9	2,1
Beskæftigelse og Integration	4,0	4,3	4,5	4,7
Kultur og Fritid	4,7	4,7	4,8	2,1
Børn og Ungdom	4,2	4,5	4,6	2,2
Social	4,4	4,6	4,5	-2,2
Teknik og Miljø	4,6	4,8	4,8	0,0
Økonomi	4,3	4,4	4,4	0,0
<b>Københavns Kommune samlet</b>	<b>4,4</b>	<b>4,6</b>	<b>4,7</b>	<b>2,2</b>

Målingen viser, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i 2010 har den højeste score for samlet medarbejdertilfredshed med arbejdslivet. Mere præcist er scoren 4,9 på en skala fra 1 til 6. Samtidig ligger Sundheds- og Omsorgsforvaltningen blandt de fire forvaltninger, som har oplevet en stigning i medarbejdertilfredsheden siden 2008.

### Analyse af, hvad der påvirker medarbejdernes trivsel

Forvaltningen har gennemført en statistisk analyse af besvarelsene i trivselsundersøgelsen med det formål at øge viden om, hvad der er vigtigst for medarbejdernes trivsel.

**Figur 40 – Faktorer med størst betydning for trivselen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen**



Den statistiske analyse viser, at effektivitet og psykisk arbejdsmiljø har størst indflydelse på den samlede trivsel. Effektivitet er en samlebetegnelse, der bla. dækker, at medarbejderne har de nødvendige informationer til at udføre arbejdet, finder, at opgaverne bliver løst på en hensigtsmæssig måde og oplever, at ting bliver ændret, hvis man gør opmærksom på at noget kan gøres bedre. Det psykiske arbejdsmiljø dækker over forhold som passende arbejdsmængde og arbejdstempo, at medarbejderne kan se meningen med deres opgaver og kender målene for arbejdet. Udviklingsmuligheder og værdsættelse har også stor betydning for den samlede trivsel.



**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen  
Dokumentationsstaben  
Søllandsgade 40  
1000 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)