

INDHOLD

<u>KAPITEL 1: INDLEDNING</u>	3
<u>KAPITEL 2: RESUMÉ</u>	4
<u>KAPITEL 3: BORGERE & BRUGERE</u>	9
<u>3.1: KØBENHAVNS KOMMUNES BORGERE</u>	9
<u>3.2: SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGENS OPGAVER OG BRUGERE</u>	13
<u>3.3: BRUGERTILFREDSHED</u>	16
<u>KAPITEL 4: HJEMMEHJÆLP</u>	19
<u>KAPITEL 5: HJEMMESYGEPLEJE</u>	25
<u>KAPITEL 6: PLEJEBOLIGER</u>	28
<u>KAPITEL 7: HJEMTAGNING OG GENOPTRÆNING</u>	33
<u>KAPITEL 8: MEDARBEJDERE</u>	36
<u>8.1: ANTAL MEDARBEJDERE</u>	36
<u>8.2: SYGEFRAVÆR</u>	40
<u>8.3: PERSONALEOMSÆTNING</u>	47
<u>8.4: TRIVSEL</u>	48

KAPITEL 1: INDLEDNING

Hensigten med *Årsrapport 2009 for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen* er at tegne et billede af, hvordan 2009 forløb for de borgere, forvaltningen servicerer, og de medarbejdere som forvaltningen beskæftiger. Desuden er det hensigten at følge op på de politiske mål, der har været styrende for forvaltningens prioriteringer og indsats.

I de fleste tilfælde dækker tallene 2009, og som oftest sammenlignes der med 2007 frem for 2008 for at give Sundheds- og Omsorgsudvalget et længere perspektiv på udviklingen. Enkelte steder er der taget tal med fra undersøgelser gennemført i 2008. Det er gjort i de tilfælde, hvor der ikke findes nyere data og ud fra den betragtning, at der er tale om en ny samling, og at der dermed er et behov for en grundig introduktion til forvaltningens borgere, medarbejdere og ydelser.

En del af de nøgletal, som rapporten indeholder, vil udkomme kvartalsvist i en kortere variant af indeværende rapport.

Rapporten er opbygget som følger:

I **kapitel 3** beskrives Københavns Kommunes **befolkning** i dag og i fremtiden, og der tegnes en profil af de **borgere**, der benytter Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser. Desuden beskrives **brugernes** vurdering af forvaltningens ydelser.

Kapitlerne 4-6 gennemgår ét efter ét forvaltningens tre største serviceområder, nemlig **hjemmehjælp, hjemmesygepleje og plejeboliger**. Kapitlerne indeholder oplysninger om, hvem der modtager ydelsen, hvor meget hjælp de modtager, og hvordan kvaliteten vurderes af tilsynsmyndighederne.

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

Endelig indeholder **kapitel 8** en række oplysninger, der tilsammen har til hensigt at tegne et billede af **medarbejderne** i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Kapitlet indeholder nøgletal om antal medarbejdere, fravær, personaleomsætning og arbejdsglæde.

Rapporten er udarbejdet af Dokumentationsstaben.

God læselyst

Sundheds- og Omsorgsborgmester

Administrerende direktør

Ninna Thomsen

Lene Sillasen

KAPITEL 2: RESUMÉ

Befolkningen

Københavns Kommune havde 528.074 borgere ved udgangen af 2009. 10% af borgerne var 65 år eller derover, mens 3% var 80 år eller derover. Siden udgangen af 2008 er der blevet 3% flere borgere i alderen 65-79 år, mens antallet af borgere i alderen 80 år og derover er faldet 4% (tabel 1).

Tendensen med færre "gamle" ældre og flere "unge" ældre fortsætter i de kommende 10 år. Således stiger andelen af 65-79-årige, ifølge prognosen, 13% frem til 2020, mens andelen af 80+-årige falder 30% (tabel 2).

Den ændrede alderssammensætning har betydning for Sundheds- og Omsorgsforvaltningens arbejde, da plejehøvet er markant stigende med alderen (figur 5).

København hører til den halvdel af kommunerne i Region Hovedstaden, hvor færrest borgere har en kort uddannelse. Omvendt befinder kommunen sig i den halvdel af regionens kommuner, hvor flest borgere står uden for arbejdsmarkedet, og i den fjerdedel hvor borgerne har den laveste bruttoindkomst (figur 1).

Middellevetiden i København er 74,4 år for mænd, mens den for kvinder er 79,3 år. I forhold til landsgennemsnittet er middellevetiden 3,3 år lavere for københavnske mænd og 2,3 år lavere for københavnske kvinder (figur 2).

Opgaver og brugere

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har serviceret 6% af Københavns borgere i 2009. Tallet dækker over, at forvaltningen har ydet service til 77% af borgerne i alderen 80 år eller derover og 26% af borgerne mellem 65 og 79 år (figur 5).

Praktisk hjælp er den ydelse i forvaltningen, som flest borgere modtager (15.846). Herefter følger hjemmesygepleje (11.873) og personlig pleje (9.702). Antallet af borgere, der modtager disse ydelser er faldet i perioden 2007 til 2009. I 2009 havde 4.328 borgere en ældrebolig og 5.149 en plejebolig. Det er for både pleje- og ældreboliger en anelse færre end de foregående to år. Antallet af borgere, der modtager midlertidige botilbud, er vokset 33% siden 2007 (figur 4).

På en skala fra 1 til 5 var tilfredsheden med hjemmeplejen blandt kommunens brugere i 2008 på 4,1. Det er på niveau med landets øvrige store kommuner. For plejeboligernes vedkommende blev den samlede tilfredshedsscore på 4,2 i 2008 (tabel 3 og 4).

Hjemmepleje

14% af borgerne over 65 år modtog personlig pleje i 2009, og 24% modtog praktisk hjælp. Disse andele har været faldende siden 2007, hvilket dækker over, at der i perioden er blevet færre "gamle ældre". Ugifte og borgere med dansk eller vestlig oprindelse har en markant højere dækningsgrad end gifte og borgere med ikke-vestlig oprindelse (figur 8).

Den faldende dækningsgrad afspejles også i, at det antal besøg, som leveres af hjemmeplejen, har været faldende mellem 2007 og 2009 (figur 10). I samme periode er andelen af borgere, der vælger en privat leverandør vokset fra 16 til 21% for den praktiske hjælp, mens den ligger stabilt omkring 5-6% for personlig pleje (figur 11).

70% af de borgere, der modtager hjemmehjælp, får mindre end 2 timers hjælp om ugen eller modtager kun ordninger (tøjvask og indkøb). Kun 2% af hjemmehjælpsmodtagerne modtager mere end 20 timers hjælp om ugen (figur 9).

Der blev i alt gennemført 15 tilsyn med kommunale og private hjemmeplejeleverandører i 2009. 14 tilsyn blev godkendt. Et tilsyn blev ikke godkendt i første omgang, men er siden hen blevet godkendt ved et opfølgende tilsyn (tabel 5).

Hjemmesygepleje

15% af borgerne over 65 år modtog i 2009 hjemmesygepleje. Denne andel har været faldende siden 2007, hvilket også i dette tilfælde bl.a. dækker over en ændret alderssammensætning blandt de ældre borgere (figur 12). Parallelt med, at dækningsgraden falder, er antallet af leverede besøg steget (figur 14). Hver borger modtager flere besøg, og det indikerer muligvis en øget kompleksitet og et øget plejebestand blandt de borgere, der modtager sygepleje.

Ligesom det var tilfældet med hjemmeplejen, gælder det også for hjemmesygeplejen, at ugifte og borgere med dansk eller vestlig oprindelse har en markant højere dækningsgrad end gifte/samboende og borgere med ikke-vestlig oprindelse (figur 12).

Langt hovedparten af hjemmesygeplejen består af hjælp til medicin og sårbehandling (figur 13).

Plejeboliger

15% af de københavnske borgere i alderen 80+ bor i en plejebolig. Dækningsgraden har været stabil i perioden 2007 til 2009. Dækningsgraden er højest for kvinder, ugifte og borgere med dansk eller vestlig oprindelse (figur 15).

Fra 2007 til 2009 er andelen af sager, hvor 4-ugersgarantien er overholdt, steget fra 90% til 98%. Det betyder, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i praksis indfrie de garantier i 2009 (figur 16).

Der er i 2009 gennemført et anmeldt og et uanmeldt kommunalt tilsyn på hvert af Københavns Kommunes plejehjem – svarende til 87 tilsyn. Samtlige tilsyn med undtagelse af ét anmeldt tilsyn blev godkendt (tabel 6).

Embedslægen gennemførte 46 besøg på københavnske plejehjem i 2009. Tolv besøg fik vurderingen "ingen bemærkninger" eller "fejl og mangler med lille risiko". 29 af tilsynene resulterede i bemærkningen "Fejl og mangler med patient-sikkerhedsrisiko". Fire plejehjem fik "alvorlige fejl og mangler", mens ét tilsyn gav anledning til "alvorlig kritik" (figur 17). Fordelingen af vurderinger i Københavns Kommune følger nogenlunde landsgennemsnittet.

På seks plejehjem var der behov for særlig opfølgning fra Embedslægens side. Tre af disse plejehjem fik opfølgende tilsyn i 2009. I alle tre tilfælde vurderede Embedslægen, at der blev arbejdet systematisk og fremadrettet med Embedslægens anbefalinger. De tre resterende plejehjem vil først få opfølgende tilsyn i 2010.

Hjemtagning og genoptræning

Ifølge Sundhedsaftale 2008 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.

I 2009 blev langt de fleste borgere (98,7%) udskrevet uden ventedage. I løbet af året ventede 0,4% af borgerne (324) i over 15 dage (tabel 7).

Det gennemsnitlige antal færdigbehandlede patienter pr. dag, der venter på hjemtagning, har været nogenlunde stabilt fra 2007 til 2009. I løbet af 2009 er det dog lykkedes at nedbringe antallet af ventende markant – til 15 per dag i december (tallet for december kan dog ændre sig på grund af efterregistreringer) (figur 18).

Der kan være flere årsager til, at borgere har ventedage. For eksempel vil der i en række tilfælde være tale om borgere med efterfølgende, komplekse plejebestanden, som stiller særlige krav til det plejetilbud, der skal afløse indlæggelsen (fx et midlertidigt rehabiliteringstilbud). Hjemtagningen af disse borgere vil i særlig grad give sig udslag i ventedage i de tilfælde, hvor kommunen først varsles af hospitalet kort tid inden udskrivelsen. Forvaltningens egne undersøgelser tyder i denne sammenhæng på, at der er en række tilfælde, hvor udskrivningerne er direkte for sent varslede – eller forkert varslede i den forstand, at borgerne reelt ikke er parate til hjemtagning.

En række af de borgere, der udskrives fra hospitalerne, skal genoptrænes. Her viser rapporten, at der er sket en stigning i antallet af genoptræningsplaner i 2009 sammenlignet med 2008 og 2007. Samtidig er andelen af almene genoptræningsplaner, der varetages af kommunen, steget, mens andelen af specialiserede genoptræningsplaner, der varetages af hospitalerne, er faldet. Denne forskydning fra specialiserede til almene genoptræningsforløb følger forvaltningens mål (figur 19).

Medarbejdere

Der var ved udgangen af 2009 7.573 fastansatte medarbejdere samt 1.236 elever i forvaltningen, hvilket svarer til i alt 8.003 fuldtidsstillinger. Desuden arbejdede 5.580 timelønnede medarbejdere i løbet af 2009 i forvaltningen, hvilket svarer til 723 fuldtidsstillinger. Siden udgangen af 2008 har antallet af fastansatte medarbejdere været stabilt, mens antallet af elever er vokset 32%. En årsag til væksten i antallet af elever er,

at Social- og Sundhedsskolen har haft et stigende elevoptag, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har en aftale om at aftage (tabel 8).

Det suverænt største område rent medarbejdermæssigt er "bo- og aktivitetstilbuddene", som i 2009 beskæftiger 3.787 personer svarende til 44% af alle fastansatte medarbejdere i forvaltningen. Der er sket en tilbagegang på 3% på dette område siden 2007. Kun ét andet område har haft tilbagegang i medarbejderantallet, nemlig området "hjemmepleje og sygepleje", der – som det næststørste ydelsesområde rent medarbejdermæssigt – er arbejdsplads for 25% af de fastansatte medarbejdere, og som i 2009 har 3% færre medarbejdere end i 2007. Særligt inden for områderne sundhed og forebyggelse (+25%) og lovpligtige uddannelser (+48%) er antallet af fastansatte medarbejdere vokset (tabel 9).

Social- og sundhedsassistenterne er den personalegruppe der er vokset mest (+16%) siden 2007. Det skyldes bl.a., at der har været en bevidst strategi på plejehjemmene om at styrke fagligheden ved at ansætte flere assistenter, og at der i samme tidsrum har været en forbedret rekrutteringssituation (tabel 10).

Når vi sammenligner medarbejderprofilen 2009 for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen med den generelle borgerprofil for Københavns Kommune 2009, fremgår det, at forvaltningen har en stærk overrepræsentation af kvindelige ansatte, idet 86% af medarbejderne er kvinder sammenlignet med 51% af borgerne. Medarbejdernes fordeling på etnisk oprindelse stemmer næsten præcist med befolkningens sammensætning (tabel 1 og 11).

Sygefravær

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens samlede sygefravær var i 2009 på 20,6 kalenderdage per medarbejder mod 18,6 dage for kommunen samlet. Forvaltningens højere fravær skyldes bl.a., at arbejdet i forvaltningen er præget af megen borgerkontakt, jobfunktioner der er fysisk og psykisk nedslidende samt et begrænset rekrutteringsgrundlag (figur 22).

I perioden 2007 til 2009 har sygefraværet været faldende både i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og i Københavns Kommune generelt. På trods af denne positive udvikling nåede hverken Københavns Kommune eller Sundheds- og Omsorgsforvaltningen den målsætning for sygefravær, som Borgerrepræsentationen har fastsat for 2009 (figur 22).

25% af forvaltningens medarbejdere – på tværs af stillingskategorier – har lidt eller intet sygefravær (tabel 12). Det lange sygefravær på over 8 uger er faldet 8% fra 2007 til 2009. Lange sygefraværperioder er dog stadig årsag til en tredjedel af det samlede sygefravær i forvaltningen (figur 24).

Der er en betydelig spredning i sygefraværet plejehjemmene imellem. Forskellen mellem top og bund svarer til, at sygefraværet blandt de fem plejehjem med det højeste sygefravær er 3,5 gange højere end sygefraværet blandt de fem plejehjem med det laveste sygefravær (figur 25).

I 2010 forventer Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, at den faldende udviklingstendens, som ses for perioden 2007 til 2009, vil fortsætte. Forvaltningens indsats for at få nedbragt sygefraværet omfatter en række forskellige virkemidler, som alle har til formål at professionalisere trivselsarbejdet. Indsatserne ligger dels inden for arbejdsmiljø, sundhed og trivsel og dels på ledelsesområdet (figur 22).

Personaleomsætning

Personaleomsætningen er faldet fra 31% i 2007 til 23% i 2009. Dermed lever Sundheds- og Omsorgsforvaltningen mere end op til Borgerrepræsentationens mål om en årlig reduktion på 1%. Uddannede social- og sundhedshjælpere har klart den højeste fratrædelsesrate. Den laveste fratrædelsesrate findes for gruppen af chefer, ledere og akademiske medarbejdere (figur 26).

Medarbejdertrivsel

Den seneste medarbejdertrivselsundersøgelse blev gennemført i 2008. Den viste, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er den forvaltning i Københavns Kommune, hvor medarbejderne tilkendegiver, at de trives bedst. Mere præcist var trivselsscoren for forvaltningen 4,6 på en skala fra 1 til 6. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen var samtidig den forvaltning, der med en fremgang på 7% oplevede den næstmest positive udvikling blandt samtlige forvaltninger (tabel 13).

De statistiske analyser af resultaterne viste bl.a., at værdsættelse og sammenhold på arbejdspladsen samt det daglige arbejde har størst indflydelse på medarbejdernes arbejdsglæde. Derimod er der ingen eller ringe sammenhæng mellem medarbejdernes arbejdsglæde og deres vurdering af det fysiske arbejdsmiljø, arbejdspladsens mangfoldighed, sundhed og kompetencer (figur 27).

Med afsæt i den statistiske analyse blev der afholdt en række fokusgrupper med forvaltningens medarbejdere, der havde til hensigt at sætte "kød og blod" på resultaterne fra analysen. Fokusgrupperne viste bl.a., at specielt social- og sundhedsassistenter og -hjælpere oplever, at *personlige* relationer til kolleger og ikke mindst oplevelsen af at gøre en forskel for borgerne er helt centralt for arbejdsglæden. For ledere, medarbejdere med en mellemlang uddannelse og til dels de unge social- og sundheds-assistenter er faglige udfordringer mere centrale for arbejdsglæden.

Fokusgrupperne viste endvidere, at medarbejderne opfatter Sundheds- og Omsorgsforvaltningen som et sted med høj grad af menneskelig rummelighed. Det er et træk ved kulturen, som medarbejderne er bevidste om, og som hovedparten værdsætter og er stolte af. Medarbejderne er gennemgående af den opfattelse, at de på professionel vis udfylder en vigtig rolle i velfærdssamfundet. Det giver, som nævnt ovenfor, en grundlæggende arbejdsglæde. Potentialet i denne "kilde" til arbejdsglæde bliver dog langt fra udnyttet, da medarbejderne samtidig oplever, at det omkringliggende samfund ikke deler deres opfattelse. Medarbejdernes fortolkning af medie billedet er således, at deres fag og funktion ikke i tilstrækkelig grad respekteres eller anerkendes.

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. Desuden beskrives brugernes vurdering af forvaltningens ydelser.

3.1: 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 4. kvartal 2009.

	Kvinder	Mænd	Gift/partnerskab	Dansk oprindelse	Vestlig oprindelse	Ikke-vestlig oprindelse	I alt	Procentfordeling	Udvikling siden 2008
Københavns Kommunes borgere fordelt på alder									
0-64 år	233.813	239.187	113.138	364.750	34.290	73.876	473.000	90%	2%
65-79 år	21.180	17.415	16.687	33.803	2.013	2.770	38.595	7%	3%
80+ år	11.979	4.500	3.371	15.363	705	406	16.479	3%	-4%
I alt	266.972	261.102	133.196	413.916	37.008	77.052	528.074	100%	2%
Procentfordeling	51%	49%	25%	78%	7%	15%	100%		
Udvikling siden 2008	2%	2%	2%	1%	6%	3%	2%		

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 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

Københavns Kommunes befolkning udgøres af 528.074 borgere ved udgangen af 4. kvartal 2009, hvilket er en stigning på 2% sammenlignet med samme tidspunkt 2008. 7% af borgerne – svarende til 38.595 borgere – er 65-79 år, mens 3% – svarende til 16.479 borgere – er 80 år eller derover.

Befolkningssammensætningen blandt ældre har ændret sig på den måde, at der er blevet 3% flere borgere i alderen 65-79 år, mens antallet af borgere i alderen 80 år og derover er faldet 4%.

25% (133.196) af kommunens befolkning er gift eller har indgået registreret partnerskab. Andelen er størst blandt de 65-79-årige, hvor 43% (16.687) lever i et ægteskab, mens andelen for de 80+-årige er 21% (3.371).

Den kønsmæssige sammensætning ændrer sig markant med alderen. Således er fordelingen 55% kvinder (21.180) og 45% mænd (17.415) i aldersgruppen 65-79 år, mens 73% (11.979) af borgerne i alderen 80+ er kvinder.

Udviklingen i den etniske sammensætning viser, at der bliver forholdsvis flere borgere med dansk oprindelse, jo ældre aldersgruppen er. Således har 77% (364.750) af borgerne i aldersgruppen 0-64 år dansk oprindelse, mens det gælder for 88% (33.803) af borgerne i aldersgruppen 65-79 år og 93% (15.363) af borgerne i alderen 80 år og derover.

Tabel 2 – Prognose for udvikling i ældrebefolkningen

Tabellen viser prognosen for udviklingen i antal borgere på 65 år og derover i Københavns Kommune fra 2009-2020.

År	Alder	Amager	Bispebjerg / Nørrebro	Indre by / Østerbro	Vanløse / Brønshøj / Husum	Vesterbro / Kgs. Enghave / Valby	I alt	Procentfordeling
2009								
	65-79 år	7.574	7.157	10.319	6.712	6.815	38.577	70%
	80+ år	2.945	3.589	3.406	3.621	2.924	16.485	30%
	I alt	10.519	10.746	13.725	10.333	9.739	55.062	100%
2015								
	65-79 år	9.062	8.089	12.187	7.577	7.985	44.900	77%
	80+ år	2.496	2.803	2.826	2.737	2.369	13.231	23%
	I alt	11.558	10.892	15.013	10.314	10.354	58.131	100%
2020								
	65-79 år	10.073	8.516	12.830	8.040	8.772	48.231	79%
	80+ år	2.327	2.939	2.710	2.336	2.146	12.458	21%
	I alt	12.400	11.455	15.540	10.376	10.918	60.689	100%

Kilde: Københavns Statistik

Når det gælder gruppen af borgere på 65 år og derover, fortsætter tendensen med færre "gamle" ældre og flere "unge" ældre i de kommende 10 år. Således stiger andelen af 65-79-årige ifølge prognosen 13% (fra 70% i 2009 til 79% i 2020), mens andelen af 80+-årige falder 30% (fra 30% i 2009 til 21% i 2020).

Ændringen er interessant, bl.a. fordi der er en markant forskel på de to aldersgruppers plejebehov, jf. figur 5. Det er således ikke kun antallet af ældre, som har betydning for, hvordan indsatsen på ældreområdet skal tilrettelægges, men i lige så høj grad alderssammensætningen blandt de ældre.

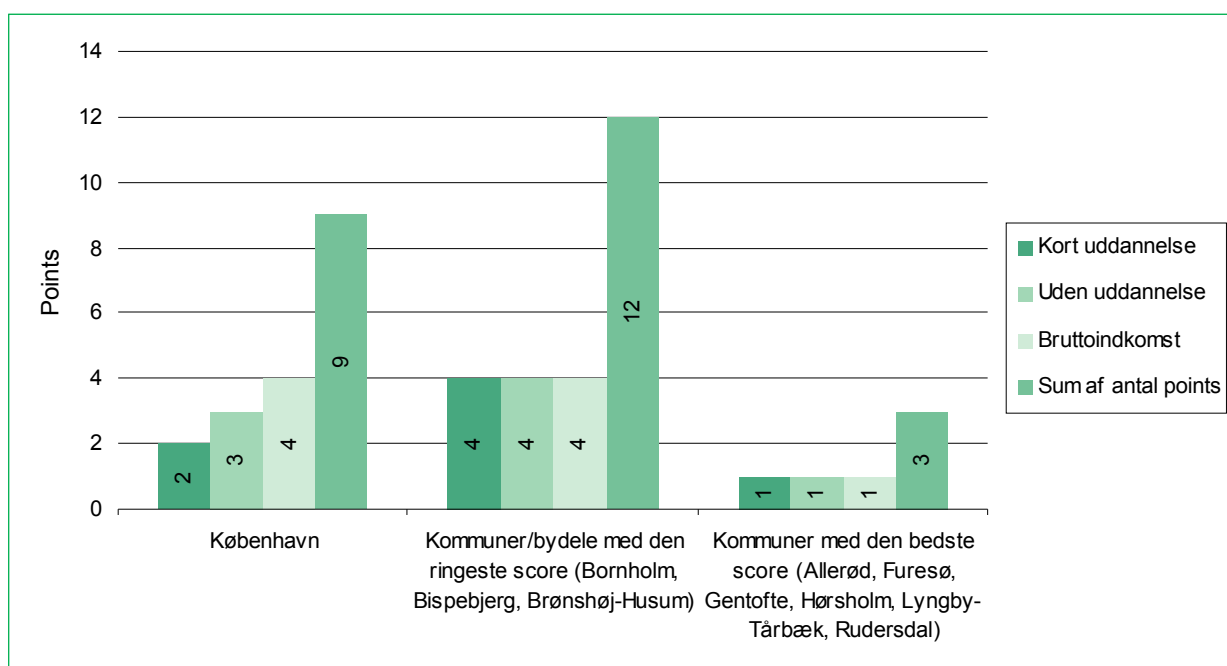
Figur 1 – Befolkningens sociale profil

I figuren sammenlignes Københavns Kommunes borgeres sociale profil med de kommuner i Region Hovedstaden, der har den højeste hhv. laveste score, hvad angår social profil.

Region Hovedstadens Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed udarbejdede i 2008 en opgørelse, hvor hovedstadskommunerne inddeles i fire lige store sociale grupper på baggrund af summen af points fra 1-4 på tre områder: "andel borgere med kort uddannelse", "andel borgere uden for arbejdsmarkedet" og "gennemsnitlig bruttoindkomst".

Hvis en kommune ligger i den fjerdedel af Region Hovedstadens kommuner, som ligger bedst på et område, tildeles 1 point på dette område. Der tildeles 2 points til den fjerdedel, der ligger næstbedst på området. 3 points gives til den fjerdedel, der ligger næstdårligst på området i sammenligning med de andre kommuner. Den fjerdedel af kommunerne, der klarer sig dårligst på et område, får 4 points.

Det betyder, at jo færre points en kommune scorer, i jo mindre grad er kommunens sociale profil præget af korte uddannelser, borgere der står uden for arbejdsmarkedet og lav bruttoindkomst, når man sammenligner med andre kommuner i Region Hovedstaden.



Kilde: Region Hovedstadens Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed 2008. Der publicerer en ny opgørelse ultimo 2010.

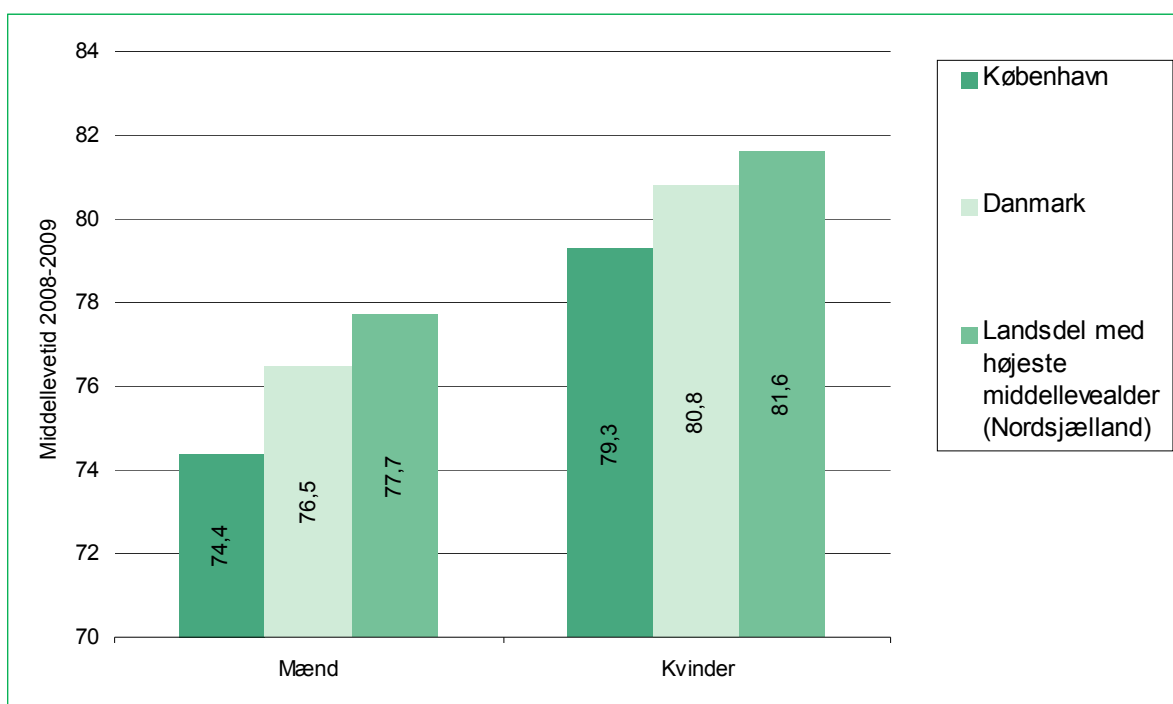
På den positive side ligger København i den halvdel af kommunerne i Region Hovedstaden, hvor færrest borgere har en kort uddannelse. På den negative side ligger kommunen i den halvdel, hvor flest borgere står uden for arbejdsmarkedet, og i den fjerdedel hvor borgerne har den laveste bruttoindkomst. Det giver Københavns Kommune en samlet score på 9 points, hvilket placerer kommunen i den fjerdedel, der har den næstdårligste sociale profil.

Rapporten har medtaget de københavnske bydele i sin opgørelse (ikke vist i figuren). Her fremgår det, at bydelene Indre By (5 points), Vanløse (7 points) og Østerbro (6 points) placerer sig i den fjerdedel, der har den næsthøjeste sociale profil. Modsat placerer Amager Øst (9 points) sig i den næstdårligste fjerdedel, mens Amager Vest (11 points), Bispebjerg (12 points), Brønshøj-Husum (12 points), Nørrebro (10 points), Valby (11 points) og Vesterbro/Kongens Enghave (11 points) alle ligger i den tungeste fjerdedel, hvad angår social profil.

Figur 2 – Middellevetiden fordelt på køn i Københavns Kommune sammenlignet med hele landet og landsdelen med den højeste middellevealder

Figuren viser middellevetiden pr. 2008-9 i København fordelt på køn sammenlignet med hele landet og den landsdel, som har den længste middellevetid.

Middellevetiden er udtryk for det gennemsnitlige antal år, som 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 2008-9).



Kilde: Danmarks Statistik

Middellevetiden i København er 74,4 år for mænd, mens den for kvinder er 79,3 år. I forhold til landsgennemsnittet er middellevetiden i 2008-9 4% (3,3 år) lavere for københavnske mænd og 3% (2,3 år) lavere for københavnske kvinder.

Både blandt mænd og kvinder findes den højeste middellevetid i Nordsjælland, og København har for begge køns vedkommende den laveste middellevetid blandt alle landsdele i Danmark.

3.2: SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGENS OPGAVER OG BRUGERE

Figur 3 – Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgaver

Figuren viser Sundheds- og Omsorgsforvaltningens samlede opgaveportefølje.

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

Ydelser og tilbud til ældre

- Hjemmehjælp
- Sygepleje
- madservice
- dagtilbud
- hjælpemidler
- Forebyggende hjemmebesøg
- Træning
- Midlertidige døgnpladser
- Pleje- og ældreboliger
- Omsorgstandpleje

Ydelser og tilbud til alle

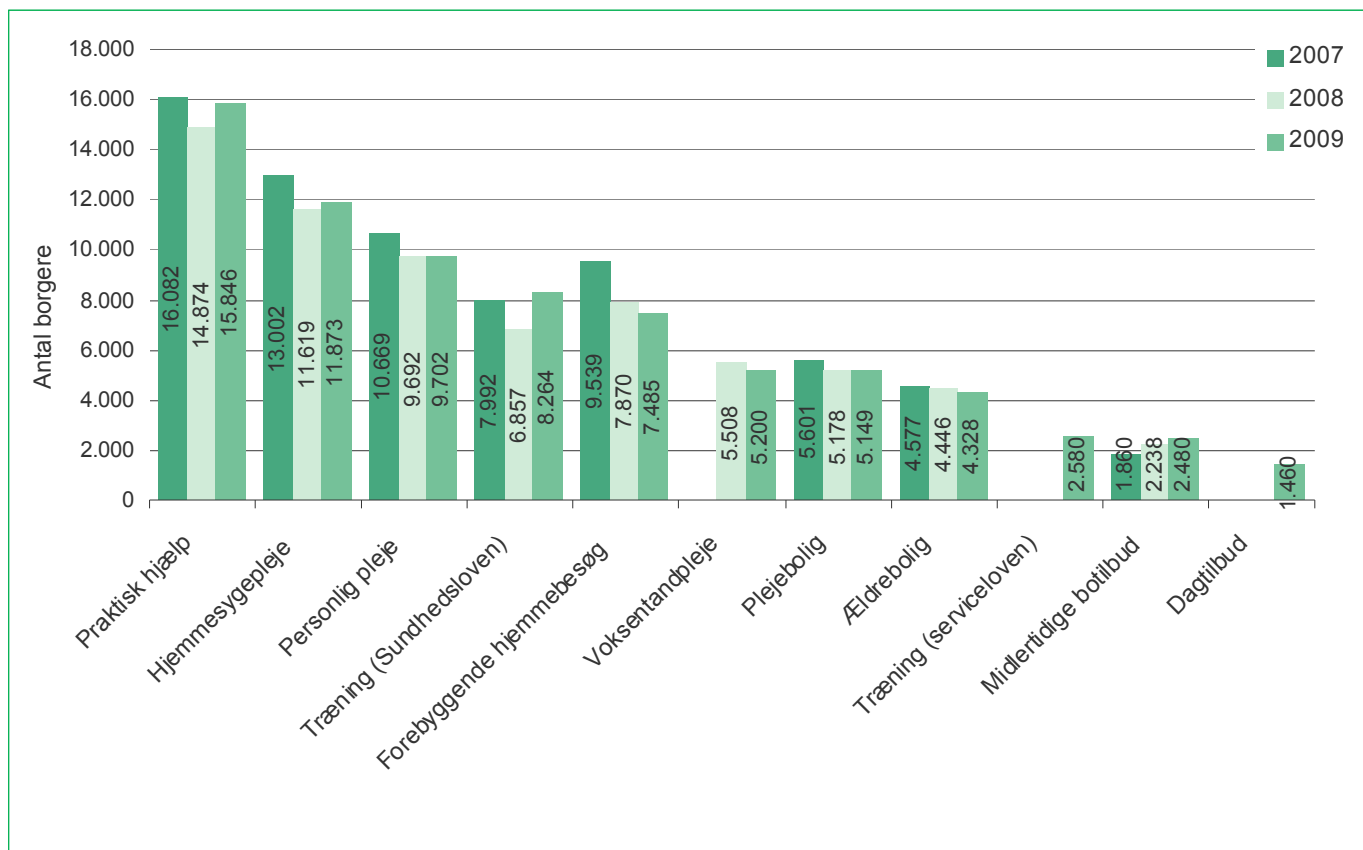
- genoptræning
- specialtandpleje

Øvrige opgaver og tilbud

- Samarbejde med Region Hovedstaden
- Kommunernes Arbejds miljørådgivning
- Sundhedshuse
- Sygeplejeklinikker

Figur 4 – Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser til borgerne

Figuren viser Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser fordelt på antal brugere i 2007 til 2009. En borger kan tælle med flere gange, hvis vedkommende modtager mere end en type ydelse.



Kilde: KOS

Note: Praktisk hjælp dækker hjælp til rengøring, tøjvask og indkøb, og personlig pleje dækker hjælp til personlig hygiejne og toiletbesøg.

Note: For træning efter serviceloven, dagtilbud og voksentandpleje er det kun muligt at udarbejde opgørelser for en del af perioden

Figur 4 viser, at praktisk hjælp er den ydelse i forvaltningen, som flest borgere modtager. Herefter følger hjemmesygepleje og personlig pleje. Antallet af borgere, der modtager disse ydelser er faldet i perioden 2007 til 2009.

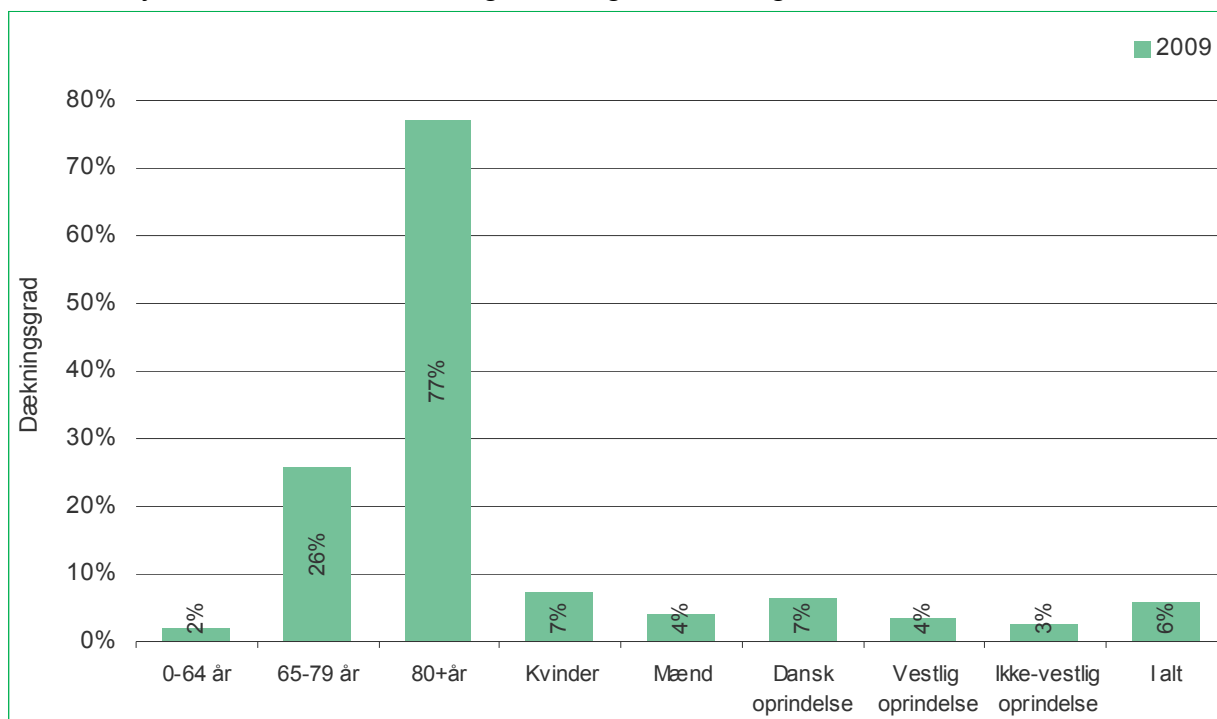
I 2009 havde 4.328 borgere en ældrebolig og 5.149 en plejebolig. Det er for både pleje- og ældreboliger en anelse færre end de foregående to år og afspejler nedgangen i borgere over 80 år.

De ydelser, som færrest borgere modtager, er dagtilbud, midlertidige botilbud og træning efter serviceloven. Antallet af borgere, der modtager midlertidige botilbud, er dog vokset 33% fra 1.860 i 2007 til 2.480 i 2009.

Den største procentvise nedgang siden 2007 ses for antallet af borgere, der modtager forebyggende hjemmebesøg. Her er tallet faldet 22% fra 9.539 i 2007 til 7.485 i 2009.

Figur 5 – Andel modtagere af sundheds- og serviceydelser fordelt på aldersgrupper, køn og etnicitet

Figuren viser andelen af borgere i Københavns Kommune, der i 2009 har modtaget en eller flere ydelser fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.



Kilde: Tabellen er baseret på ikke personhenførbare særtræk fra Danmarks Statistik

Note: Dækningsgraden er alene beregnet ud fra de borgere, der boede i København ultimo 2009

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 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

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har serviceret 6% af Københavns borgere i 2009. Forvaltningens brugere falder næsten udelukkende inden for gruppen af ældre i alderen 65 år og derover. Der er en markant tendens til, at dækningsgraden stiger med alderen. Således er dækningsgraden blandt borgere i alderen 80+ næsten tre gange højere end blandt borgere i alderen 65-79 år.

Næsten dobbelt stor en andel kvinder (7%) som mænd (4%) har modtaget ydelser fra forvaltningen i 2009. Samme billede gør sig gældende, når vi ser på etnicitet, hvor andelen af borgere med dansk oprindelse (7%), der har modtaget ydelser fra forvaltningen i 2009, er omkring dobbelt så stor som andelen af borgere med vestlig (4%) eller ikke-vestlig (3%) oprindelse.

Forskellene i dækningsgrad blandt kvinder og mænd samt blandt borgere med hhv. dansk, vestlig og ikke-vestlig oprindelse hænger sammen med borgernes alderssammensætning. Som det fremgik af tabel 1 er størstedelen af de 65+-årige – og især de 80+-årige – kvinder, og størstedelen af de 65+-årige – og især de 80+-årige – har dansk oprindelse. Dette forklarer til en vis grad, at dækningsgraden er større for kvinder end for mænd, og for danskere end for borgere med vestlig og ikke-vestlig oprindelse.

3.3: BRUGERTILFREDSHED

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har hidtil gennemført en brugerundersøgelse hvert andet år. Seneste måling var i 2008, og den næste måling er i 2010.

Resultater fra brugertilfredshedsundersøgelsen 2008

Tabel 3 nedenfor viser, at på en skala fra 1 til 5 lå tilfredsheden med hjemmeplejen blandt kommunens brugere i 2008 på 4,1. Dette er en stigning på 11% siden den foregående måling i 2005. For plejeboligernes vedkommende blev den samlede tilfredshedsscore på 4,2 i 2008.

Tabel 3 – Brugertilfredshed i Københavns Kommune i 2005/6 og 2008

Hjemmepleje	2005	2008	Udvikling i procent
Praktisk hjælp	3,4	4,0	18%
Personlig pleje	4,0	4,2	6%
Hjemmepleje - samlet	3,7	4,1	11%
Plejeboliger	2006	2008	
Samlet tilfredshed	4,1	4,2	3%

Tabel 4 nedenfor viser endvidere, at niveauet for brugertilfredshed med hjemmepleje er nogenlunde ens i landets fire største kommuner. Det er ikke muligt at sammenligne med andre kommuner for så vidt angår tilfredsheden med plejeboliger.

Tabel 4 – Brugertilfredshed i Københavns Kommune i 2008

	Praktisk hjælp	Personlig Pleje	Gennemsnit pr. by
København	4,0	4,2	4,1
Århus	3,9	4,2	4,1
Odense	3,8	3,9	3,9
Aalborg	4,2	4,2	4,2
Gennemsnit af alle fire byer	4,0	4,1	4,1

Resultater fra opfølgende analyser i 2009

I 2009 gennemførte forvaltningen en statistisk analyse med henblik på at finde frem til, hvad der har størst betydning for borgernes samlede tilfredshed med hhv. personlig pleje og praktisk hjælp. Eller med andre ord: Hvad er vigtigt for borgeren, når Sundheds- og Omsorgsforvaltningen yder hjemmepleje?

Som Figur 6 nedenfor viser, gælder det både for modtagere af personlig pleje og praktisk hjælp, at kvaliteten i den ydelse, man skal modtage, er helt central. Det gælder endvidere

for begge ydelser, at imødekommenhed over for individuelle ønsker har stor indflydelse på tilfredsheden. Her er der en interessant korrespondance til resultaterne fra den trivselsanalyserne (kapitel 8), som netop viser, at muligheden for at imødekomme borgernes individuelle ønsker er en vigtig del af medarbejdernes arbejdsglæde. Med andre ord: Hvis individuelle ønsker imødekommes, er der tale om en "win win" situation, der både gavner brugere og medarbejdere.

Herefter adskiller modtagerne af personlig og praktisk hjælp sig på den måde, at produktivitet er vigtig for modtagerne af praktisk hjælp, mens personlig kontakt er vigtigst for tilfredsheden for de, der modtager personlig pleje.

Analysen viser endvidere, at en række forhold, der alle handler om mødet med medarbejderne, har en vis indvirkning på den samlede tilfredshed (markeret med gul). Dette er tilfældet, både når det gælder personlig pleje og praktisk hjælp. Det har således nogen betydning for tilfredsheden, at antallet af forskellige hjælpere holdes nede, ligesom det har nogen betydning, at hjælpen er ens, uanset hvilken medarbejder der kommer.

Endelig er der en række forhold, hvor der ikke er nogen væsentlig sammenhæng til den samlede tilfredshed. Mulighed for at vælge leverandør (markeret med rød) er taget med som et eksempel ud af mange.

Figur 6: Resultater fra analyse af forklaringer på brugertilfredsheden med hjemmepleje



Den kommende brugerundersøgelse

Forvaltningen er ved at udvikle et ambitiøst forslag til en ny generation af

brugerundersøgelser, der tager afsæt i, at borgernes *oplevelse* af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens indsats er forvaltningens fornemmeste ledestjerne: Hvor dygtig forvaltningen er til at udfylde sin funktion i samfundet, afhænger til syvende og sidst af, hvordan forvaltningens ydelser opleves af brugerne. Nogle af pejlemærkerne for den kommende brugerundersøgelse er følgende:

1. Flere ydelser og målgrupper: Undersøgelsen skal afspejle, at forvaltningen både løser omsorgs- og sundhedsopgaver, hvilket betyder, at undersøgelsen skal udvides til at dække nye omsorgsydelser (fx dagtilbud) og sundhedsydelser (fx træning, hjemmesygepleje og patientrettet forebyggelse). Desuden vil designet tage afsæt i, at brugernes vurdering af SUF formes alle de steder, hvor borgerne møder forvaltningen, og ikke mindst i de situationer hvor den første kontakt finder sted. Derfor bliver visitationen vigtig, når brugeroplevelsen skal kortlægges.
2. Mere kontinuerlig informationsstrøm: Brugernes oplevelse skal afdækkes mere kontinuerligt, hvilket vil give mulighed for at benytte resultaterne mere smidigt til at justere og udvikle forvaltningens arbejde.
3. Fokus på effekter og sammenhænge: Det nuværende fokus på tilfredshed vil blive udvidet med fokus på, om brugerne oplever, at ydelserne har den effekt, som er tiltænkt fra politisk side. Oplever de ældre for eksempel at være mindre ensomme, når de benytter dagtilbud? Desuden vil der blive lagt større vægt på, hvad der er vigtigst – og hvor der dermed er størst gevinst ved at sætte ind – snarere end hvor scorene er lavest.

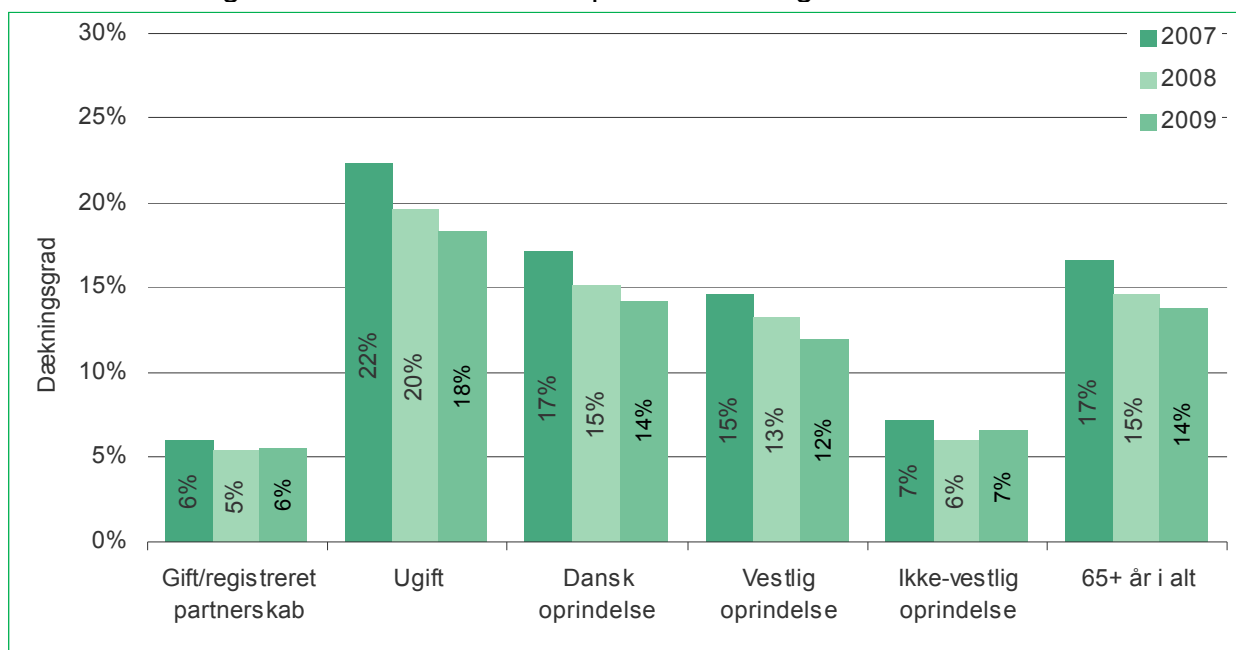
Det nye koncept forventes implementeret i 2. halvår 2010.

KAPITEL 4: HJEMMEHJÆLP

I kapitel 4 gennemgås området hjemmehjælp. Kapitlet indeholder oplysninger om, hvem der modtager ydelsen, hvor meget hjælp de modtager, og hvordan kvaliteten vurderes af tilsynsmyndighederne.

Figur 7 – Andel modtagere af personlig pleje blandt borgere i alderen 65+ fordelt på civilstand og etnicitet

Figuren viser udviklingen i andelen af modtagere af personlig pleje i perioden 2007 til 2009 blandt borgere i alderen 65+ fordelt på civilstand og etnicitet.



Kilde: Tabellen er baseret på ikke personhenførbare særtræk fra Danmarks Statistik

Note: Dækningsgraden er alene beregnet ud fra de borgere, der boede i København ultimo det pågældende år

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 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

14% af borgerne i alderen 65+ modtog i 2009 personlig pleje. Det er et fald på 18% fra 17% i 2007. Det skal ses i sammenhæng med, at andelen af 65-79-årige ældre er vokset i forhold til andelen i alderen 80+ (jf. tabel 1).

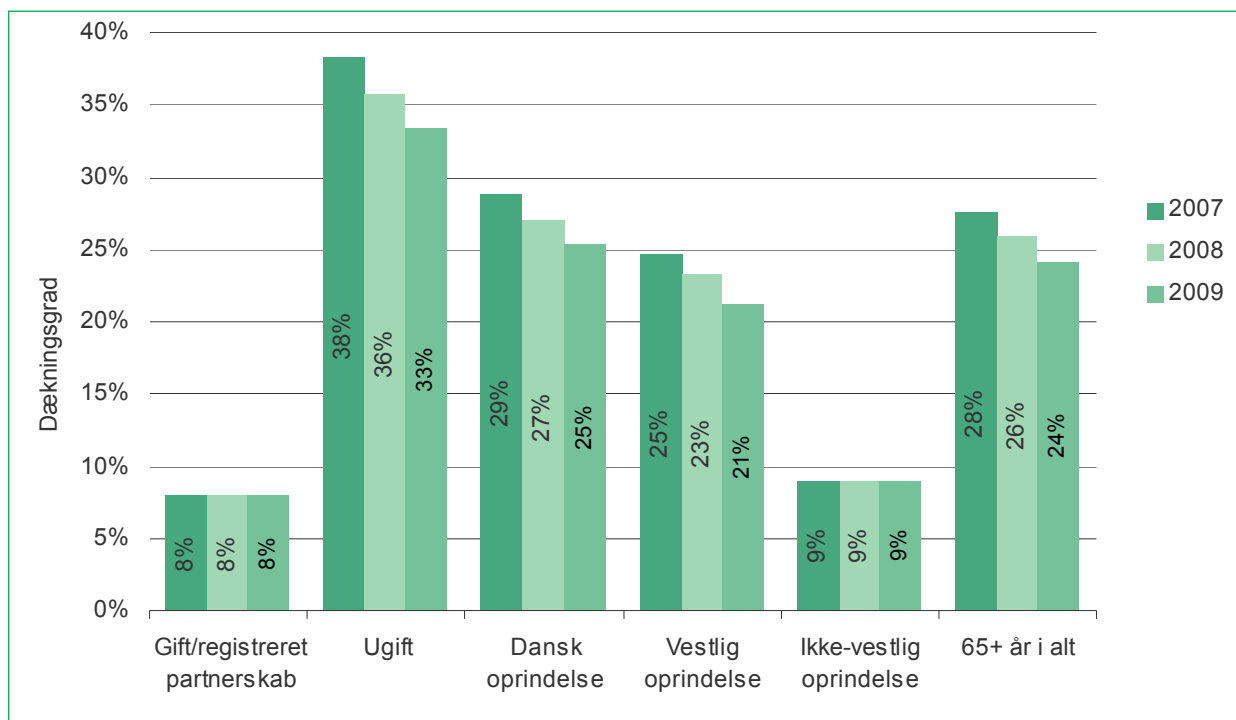
Mens andelen af gifte borgere i alderen 65+, der modtager personlig pleje, ligger stabilt omkring 5-6% i perioden, er dækningsgraden faldet 18% for ugifte borgere (fra 22% i 2007 til 18% i 2009). Alligevel er dækningsgraden for ugifte borgere i 2009 tre gange så høj, som for borgere der lever i et ægteskab.

Dækningsgraden er i perioden faldet 18% for borgere med dansk oprindelse (fra 17% i 2007 til 14% i 2009) og 20% for borgere med vestlig oprindelse (fra 15% i 2007 til 12% i 2009). I forhold til de øvrige etniske grupper modtager omkring halvt så mange borgere

med ikke-vestlig oprindelse personlig pleje. Dette tal ligger stabilt omkring 6-7% i perioden.

Figur 8 – Andel modtagere af praktisk hjælp blandt borgere i alderen 65+ fordelt på civilstand og etnicitet

Figuren viser udviklingen i andelen af modtagere af praktisk hjælp i perioden 2007 til 2009 blandt borgere i alderen 65+ fordelt på civilstand og etnicitet.



Kilde: Tabellen er baseret på ikke personhenførbare særtræk fra Danmarks Statistik

Note: Dækningsgraden er alene beregnet ud fra de borgere, der boede i København ultimo det pågældende år

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 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

24% af borgerne i alderen 65+ modtog i 2009 praktisk hjælp. Dækningsgraden for praktisk hjælp ligger generelt omkring 40% højere end dækningsgraden for personlig pleje (jf. figur 7).

Der er i perioden sket et fald på 14% i dækningsgraden for praktisk hjælp – fra 28% i 2007 til 24% i 2009. Dette skyldes især, at dækningsgraden er blevet 13% mindre for ugifte borgere (fra 38% i 2007 til 33% i 2009), 14% mindre for borgere med dansk oprindelse (fra 29% i 2007 til 25% i 2009) og 16% mindre for borgere med vestlig oprindelse (fra 25% i 2007 til 21% i 2009). Faldet skal ses i sammenhæng med, at andelen af 65-79-årige ældre er vokset i forhold til andelen i alderen 80+ (jf. tabel 1).

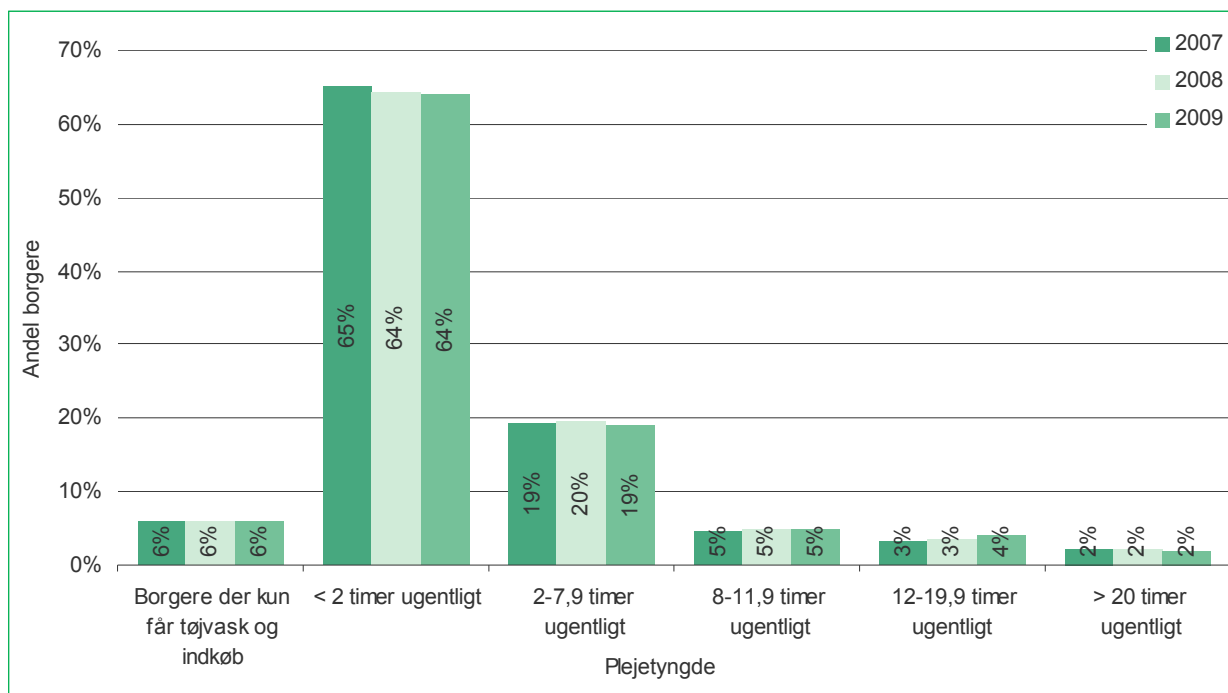
Dækningsgraden for borgere med ikke-vestlig oprindelse er omkring en tredjedel af dækningsgraden for de øvrige grupper og ligger stabilt på 9% i perioden.

Dækningsgraden for ugifte borgere er i 2009 fire gange så høj som for borgere, der lever i et ægteskab. Denne forskel er dog blevet lidt mindre siden 2007.

Figur 9 – Hjemmehjælpsmodtagere fordelt på plejetyngde

Figuren viser, hvordan borgere, der modtager personlig pleje og praktisk hjælp, fordeler sig på plejetyngde – og udviklingen i fordelingen i perioden 2007 til 2009.

Plejetyngden er udtryk for den enkelte borgers behov for hjemmehjælp, og den angives i antal visiterede timer pr. uge. Borgere, der udelukkende får hjælp til tøjvask og indkøb, er angivet i en kategori for sig. Disse borgere har den mindste plejetyngde blandt hjemmehjælpsmodtagerne.



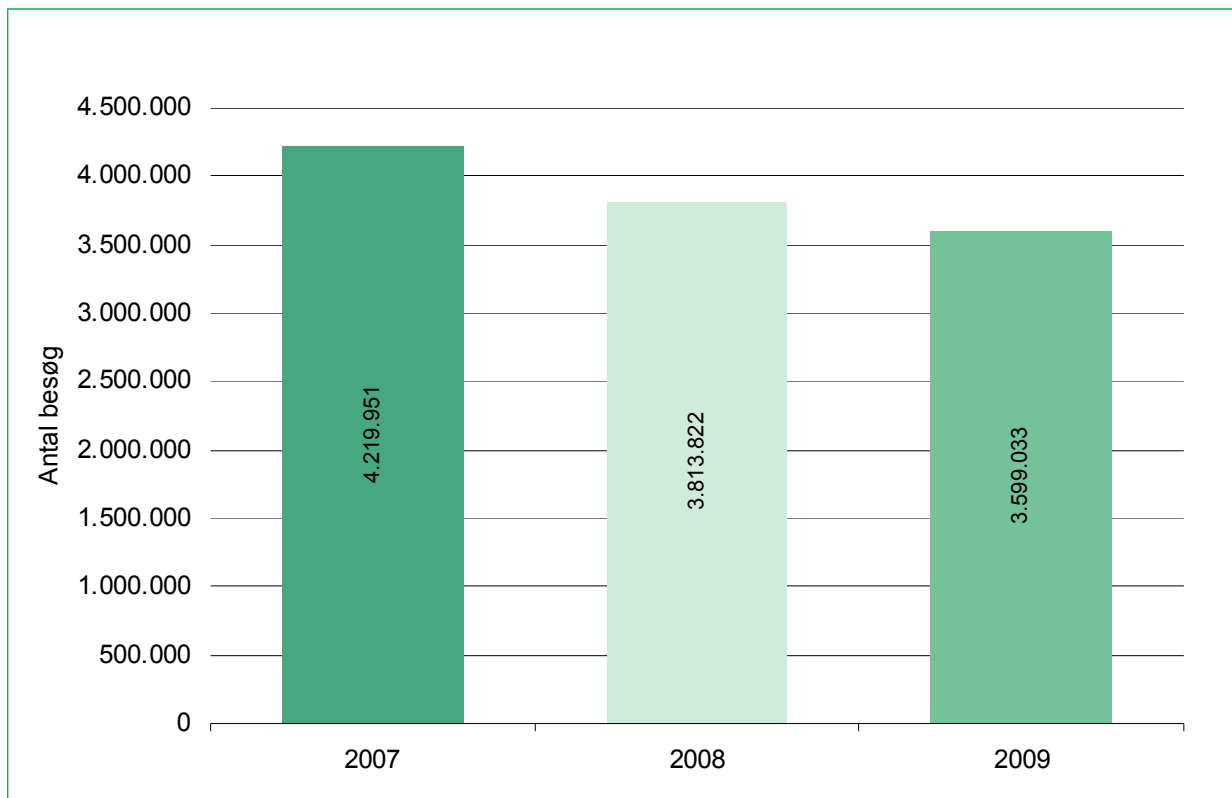
Kilde: KOS

70% af de borgere, der modtager hjemmehjælp, får mindre end 2 timers hjælp om ugen eller modtager kun ordninger (tøjvask og indkøb). Kun 2% af hjemmehjælpsmodtagerne modtager mere end 20 timers hjælp om ugen.

Fordelingen af borgere på plejetyngde er stabil i perioden 2007 til 2009.

Figur 10 – Antal hjemmeplejebesøg

Figuren viser antal leverede besøg i daghjemmepleje- og aftenhjemmeplejegrupperne 2007-2009.



Kilde: KOS

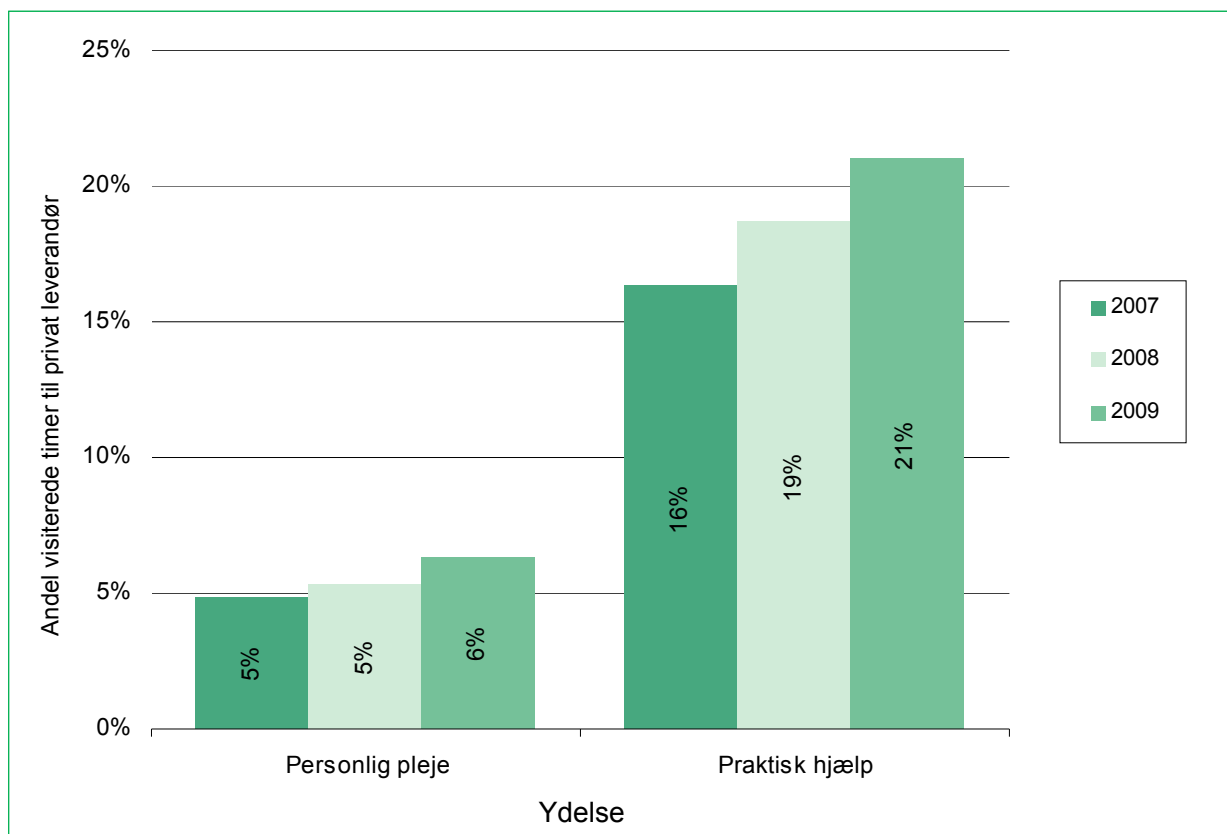
Note: I nogle lokalområder er aftenhjemmeplejen organiseret sådan, at hjemmehjælp og sygepleje leveres af den samme gruppe. Alle besøg fra disse grupper er inkluderet i opgørelsen, dvs. at opgørelsen også indeholder en mindre andel sygeplejebesøg, da data ikke kan adskilles i KOS for disse grupperne

Antallet af leverede besøg i hjemmeplejen er faldet 15% i perioden 2007 til 2009. Det hænger sammen med, at der bliver flere ”yngre” ældre i alderen 65-79 år, som har et mindre plejebæhov end de ”gamle” ældre i alderen 80+ (jf. tabel 1).

Figur 11 – Andel visiterede timer til privat hjemmehjælpsleverandør

Figuren viser udviklingen fra 2007 til 2009 i andelen af visiterede timer til private hjemmehjælpsleverandører.

Ifølge lovgivningen skal borgeren have mulighed for frit leverandørvalg af personlig pleje og praktisk hjælp på ældreområdet. Derfor kan borgere, som er visiteret til hjemmehjælp (personlig pleje, praktisk hjælp og madordning), frit vælge mellem en række private leverandører.



Kilde: KOS

Borgerne er mere tilbøjelige til at vælge en privat leverandør til praktisk hjælp end til personlig pleje. Andelen af visiterede timer til praktisk hjælp, der leveres af en privat leverandør, er 3,5 gange så høj som andelen af visiterede timer til personlig pleje, der leveres af en privat leverandør.

Billedet af, at borgerne foretrækker den kommunale hjemmehjælp til personlig pleje, forstærkes, når vi ser på udviklingen i 2007 til 2009. Mens andelen af visiterede timer til private leverandører af personlig pleje ligger stabilt eller svagt stigende omkring 5-6%, er andelen af visiterede timer til private leverandører af praktisk hjælp vokset 31% i perioden (fra 16% i 2007 til 21% i 2009).

Tabel 5 – Uanmeldte kommunale tilsyn med hjemmeplejen

Figuren viser antal og andel gennemførte og godkendte tilsyn med hjemmeplejeleverandører i 2009. Der gennemføres årligt et uanmeldt tilsyn med hver af de kommunale hjemmeplejeleverandører samt et udvalg af private leverandører. Tilsynene gennemføres af BDO Kommunernes Revision.

Alle leverandører, der får konstateret alvorlige fejl og mangler ved uanmeldte kommunale tilsyn, skal udarbejde en handlingsplan for, hvordan de vil rette op på de alvorlige fejl og mangler. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen følger løbende op på handlingsplanerne, og der foretages opfølgende tilsyn tre måneder efter ikke-godkendt tilsyn.

Det er forvaltningens mål, at alle tilsyn godkendes.

	Kommunale leverandører	Private leverandører	I alt
Tilsynsbesøg			
Antal hjemmeplejeleverandører	9	6	15
Antal gennemførte tilsyn	9	6	15
Andel gennemførte tilsyn	100%	100%	100%
Tilsynsresultater			
Antal godkendte tilsyn	4	1	5
Antal tilsyn godkendt med mangler	5	4	9
Antal tilsyn der ikke er godkendt	0	1	1
Andel godkendte eller godkendte med mangler	100%	83%	93%

Kilde: BDO Kommunernes Revision

Note: Forvaltningen har i 2009 indført et nyt koncept for kommunale tilsyn, hvorfor det ikke kan sammenlignes med tidligere år

Der blev i alt gennemført 15 tilsyn med kommunale og private hjemmeplejeleverandører i 2009. 14 tilsyn blev godkendt – ni af disse blev dog godkendt med mangler.

Et tilsyn blev ikke godkendt. Det skyldtes bl.a. manglende dokumentation af sammenhæng mellem visiterede og leverede ydelser. Ved et opfølgende tilsyn blev det konstateret, at den pågældende leverandør havde rettet op den mangelfulde dokumentation, og leverandøren er således efterfølgende blevet godkendt.

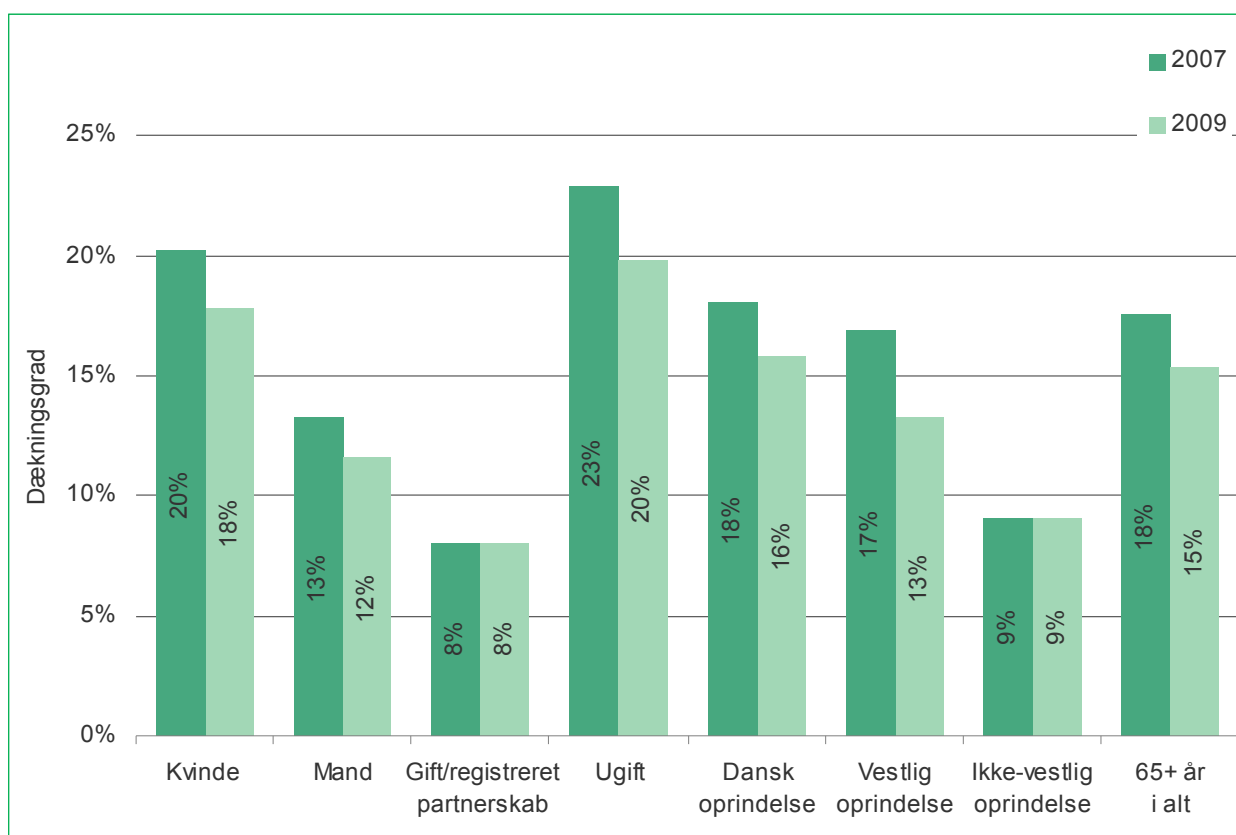
De mangler, der er konstateret i forbindelse med de kommunale tilsyn, relaterer sig særligt til dokumentationen. Forvaltningens igangværende skærpelse af retningslinierne for dokumentation og løbende uddannelse af personalet forventes at kunne reducere fejlene fremover.

KAPITEL 5: HJEMMESYGEPLEJE

I kapitel 5 gennemgås området hjemmesygepleje. Kapitlet indeholder oplysninger om, hvem der modtager ydelsen, og hvor meget hjælp de modtager.

Figur 12 – Andel modtagere af hjemmesygepleje blandt borgere i alderen 65+ opdelt på køn, civilstand og etnicitet

Figuren viser udviklingen i perioden 2007 til 2009 i andelen af hjemmesygeplejemodtagere blandt borgere i alderen 65+ fordelt på køn, civilstand og etnicitet.



Ki

Kilde: Tabellen er baseret på ikke personhenførbare særtræk fra Danmarks Statistik.

Note: Dækningsgraden er alene beregnet ud fra de borgere, der boede i København ultimo det pågældende år

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 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

15% af borgerne i alderen 65+ modtog i 2009 hjemmesygepleje. Det er et fald på 17% fra 18% i 2007. Det skal ses i sammenhæng med, at andelen af 65-79-årige ældre er vokset i forhold til andelen i alderen 80+ (jf. tabel 1).

Blandt de to køn er dækningsgraden højst for kvinder (18%) mod 12% for mænd, hvilket skal ses i sammenhæng med, at der er flere kvinder end mænd blandt de ældste ældre i alderen 80+. Dækningsgraden er i perioden faldet stort set lige meget for de to køn, hhv.

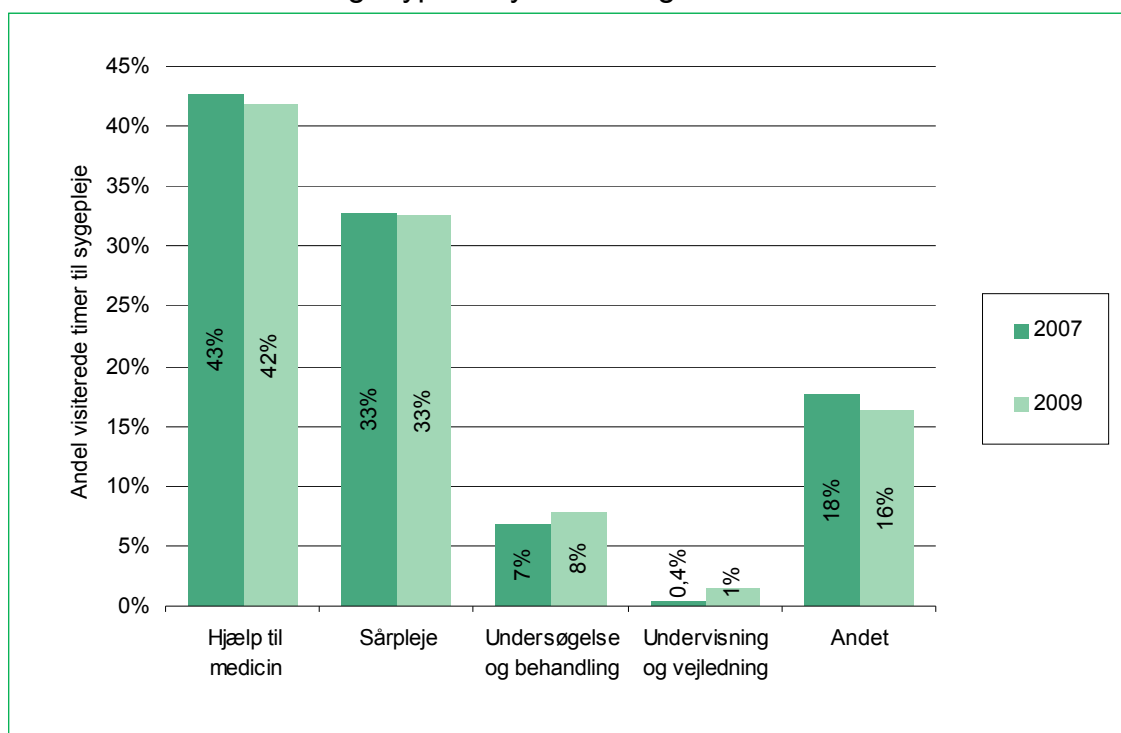
10% for kvinder og 8% for mænd.

Dækningsgraden for borgere, der er gift eller lever i registreret partnerskab, ligger stabilt på 8%. Til sammenligning ligger dækningsgraden for ugifte borgere i 2009 på 20%, hvilket er et fald på 13% fra 23% i 2007.

Ser vi på etnicitet, er dækningsgraden faldet mest blandt borgere med vestlig oprindelse, nemlig 24% (fra 17% i 2007 til 13% i 2009). Dækningsgraden for borgere med dansk oprindelse er faldet 11% (fra 18% i 2007 til 16% i 2009). Mens dækningsgraden for borgere med ikke-vestlig oprindelse, som generelt er lavere end for de to andre grupper, har ligget stabilt på 9% i perioden.

Figur 13 – Hjemmesygepleje fordelt på type af ydelse

I figuren fordeles det samlede antal visiterede timer til hjemmepleje i 2007 og 2009 på hvor store andele forskellige typer af ydelser udgør.



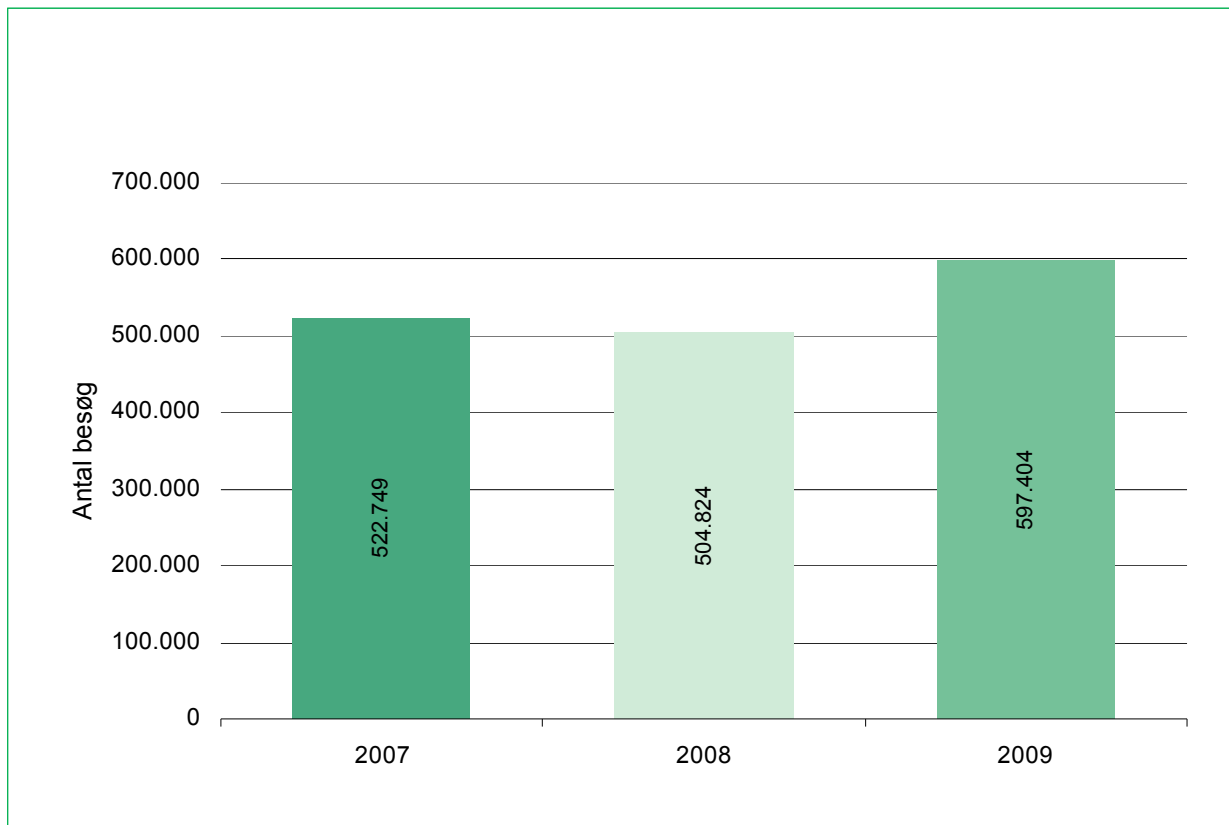
Kilde: KOS

Note: Kategorien "Andet" dækker bl.a. over ernæringsterapi, hjælp ved nødkald i forbindelse med vejrtrækningsproblemer, stomi- og kateterpleje, observationsbesøg, psykisk hjælp og støtte, sondeernæring samt pleje af alvorligt syge

Langt hovedparten af hjemmesygeplejen består af hjælp til medicin og sårbehandling. Der er kun sket mindre ændringer fra 2007 til 2009 – til trods for, at der har været fokus på at indføre dosisdispensering, som havde til hensigt at lette den manuelle arbejdsopgave i forbindelse med medicinindtag.

Figur 14 – Antal hjemmesygepleje-besøg

Figuren viser udviklingen i antal leverede besøg i hjemmesygeplejen i perioden 2007-2009



Kilde: KOS

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

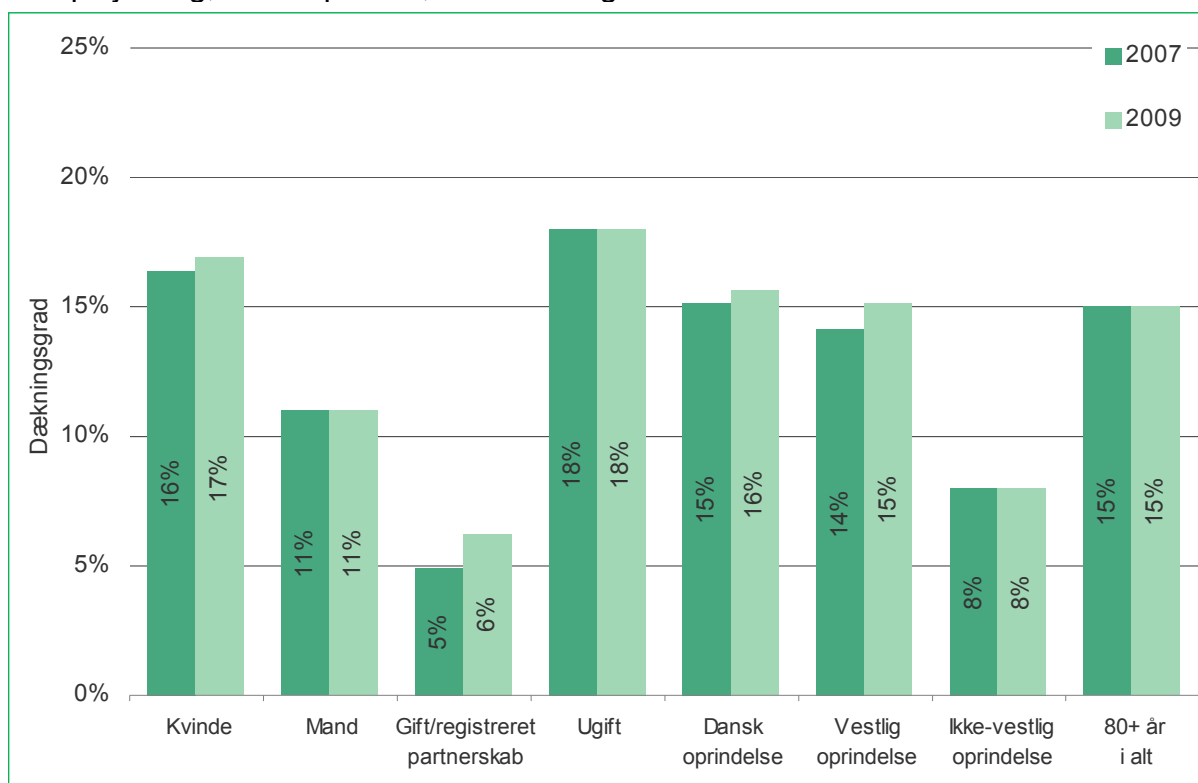
Antallet af besøg i hjemmesygeplejen er steget 14% fra 522.749 i 2007 til 597.404 i 2009. Parallelt med, at dækningsgraden falder, er antallet af leverede besøg dermed steget. Det skyldes, at hver borger modtager flere besøg og indikerer muligvis en øget kompleksitet og et øget plejebestand, blandt de borgere der modtager sygepleje.

KAPITEL 6: PLEJEBOLIGER

I kapitel 6 gennemgås plejeboligområdet. Kapitlet indeholder oplysninger om, hvem der bor i plejeboliger og hvordan kvaliteten vurderes af tilsynsmyndighederne.

Figur 15 – Andel borgere i alderen 80+, der bor i plejebolig, fordelt på køn, civilstand og etnicitet

Figuren viser udviklingen i perioden 2007 til 2009 i andelen af borgere i alderen 80+, der bor i plejebolig, fordelt på køn, civilstand og etnicitet.



Kilde: Tabellen er baseret på ikke personhenførbare særtræk fra Danmarks Statistik.

Note: Dækningsgraden er alene beregnet ud fra de borgere, der boede i København ultimo det pågældende år

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 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

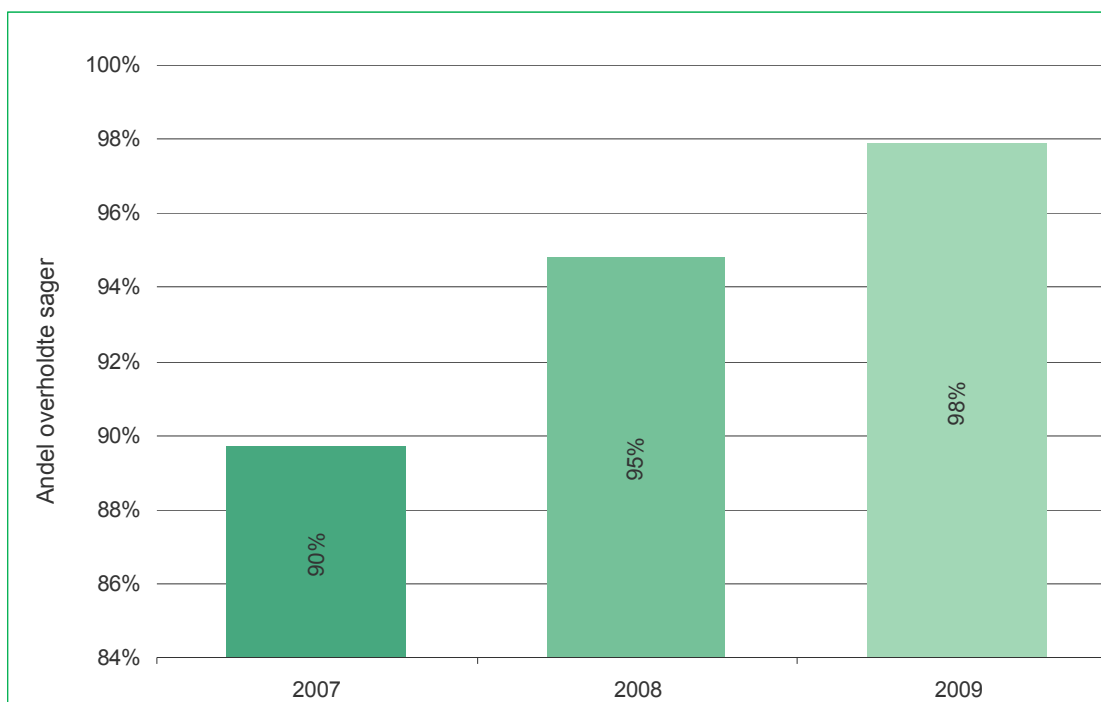
15% af de københavnske borgere i alderen 80+ bor i en plejebolig. Dækningsgraden har været stabil i perioden 2007 til 2009.

Dækningsgraden er højst for kvinder, ugifte og borgere med dansk eller vestlig oprindelse, hvor den ligger mellem 15% og 18%. Kun 8% af københavnske borgere på 80 år eller mere med ikke vestlig oprindelse bor i en plejebolig.

Figur 16 – 4-ugersgaranti for tildeling af plejeboliger

Figuren viser udviklingen i andelen af godkendte ansøgere, der er blevet tildelt en plejebolig inden for 4 uger i 2007-2009.

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

Fra 2007 til 2009 er andelen af sager, hvor 4-ugersgarantien er overholdt, steget fra 90% til 98%. Det betyder, at Sundheds- og omsorgsforvaltningen i praksis indfrieede garantien i 2009.

Tabel 6 – Kommunale tilsyn med plejehjem

Figuren viser antal gennemførte og andel godkendte tilsyn i 2009. Hvorvidt et tilsyn godkendes, godkendes med mangler eller ikke godkendes, afhænger bl.a. af typen og sammensætningen af fejl, der er noteret ved det pågældende tilsyn.

Ifølge lovgivningen skal kommunen gennemføre ét årligt uanmeldt tilsyn på hvert plejehjem. Københavns Kommune har valgt også at gennemføre et årligt anmeldt tilsyn på hvert plejehjem. Tilsynene gennemføres af BDO Kommunernes Revision.

Alle plejehjem, der får konstateret alvorlige fejl og mangler ved uanmeldte kommunale tilsyn, skal udarbejde en handlingsplan for, hvordan de vil rette op. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen følger løbende op på handlingsplanerne, og tre måneder efter et ikke-godkendt tilsyn foretages der et opfølgende tilsyn.

Forvaltningens mål er, at alle tilsyn på kommunens plejehjem er gennemført ved udgangen af året, og at alle tilsyn er godkendt eller godkendt med mangler.

Tilsynsbesøg	Uanmeldte tilsynsbesøg	Anmeldte tilsynsbesøg
Antal plejehjem	44	43
Antal gennemførte tilsyn	44	43
Andel gennemførte tilsyn	100%	100%
Tilsynsresultater		
Antal godkendte tilsyn	39	37
Antal tilsyn godkendt med mangler	5	5
Antal tilsyn der er ikke godkendt	0	1
Andel godkendte eller godkendte med mangler	100%	98%

Kilde: BDO Kommunernes Revision

Note: Der blev indført et nyt tilsynskoncept i 2009, som ikke er sammenligneligt med det tidligere koncept, hvorfor der ikke er medtaget statistik over tilsyn i 2007 og 2008

Note: Når der er gennemført 44 uanmeldte tilsyn og 43 anmeldte tilsyn skyldes det, at Hyltebjerggaard lukkede i 2009 og kun nåede et uanmeldt tilsyn.

Der er i 2009 gennemført et anmeldt og et uanmeldt tilsyn på alle kommunens plejehjem.

Alle 44 uanmeldte tilsyn er godkendt – dog er 5 godkendt med mangler. Blandt de anmeldte tilsyn er 42 tilsyn godkendt – dog er 5 godkendt med mangler.

Ét anmeldt tilsyn blev ikke godkendt. Det skyldtes bl.a. problemer med et ustabil kaldeanlæg, og at aftenvagten på stedet udtrykte bekymring vedrørende udførelse af pleje/omsorg i aftentimerne.

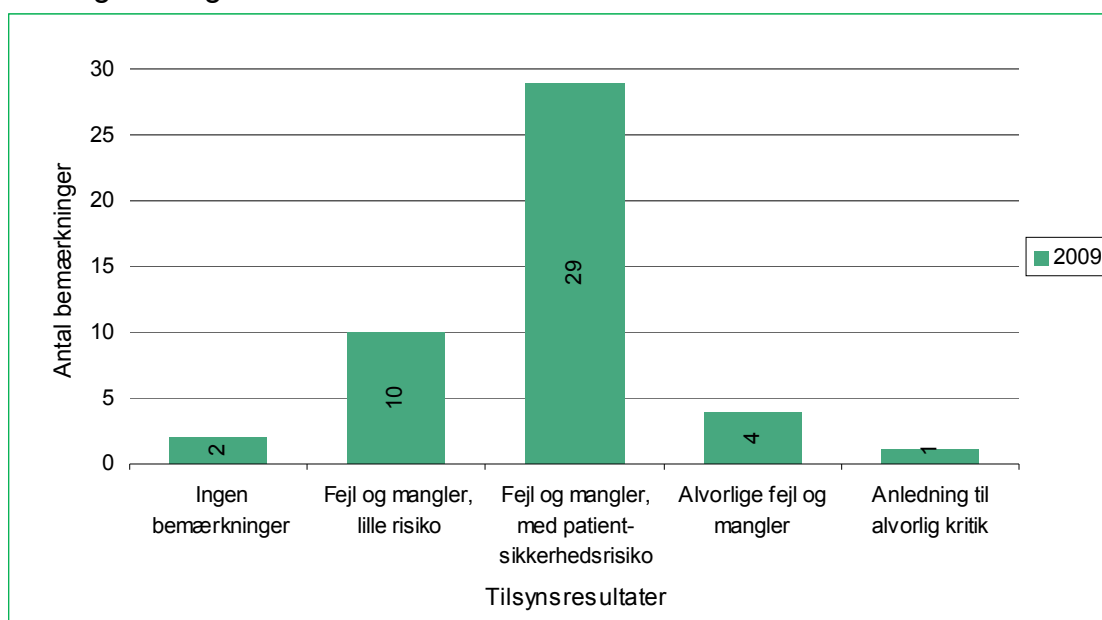
Figur 17 – Embedslægens tilsyn med plejehjem

Figuren viser resultatet fra embedslægens lovpligtige tilsyn med plejehjem for 2009. Embedslægeinstitutionen gennemfører alene tilsyn med de københavnske plejeboliger og kollektivboliger.

Alle plejehjem, der får konstateret "Alvorlige fejl og mangler" eller "Anledning til alvorlig kritik" ved et embedslægetilsyn får et opfølgende tilsyn. Herudover kan Embedslægen vælge at gennemføre opfølgende tilsyn på plejehjem, der får "Fejl og mangler". Sundheds- og Omsorgsforvaltningen følger løbende op på de handlingsplaner, som plejehjemmene udarbejder for at leve op til Embedslægens anbefalinger.

Forvaltningens mål er, at ingen embedslægetilsyn ender i vurderingskategorien "alvorlige fejl og mangler" eller "anledning til alvorlig kritik".

I maj 2010 fremlægger forvaltningen en samlet tilsynsredegørelse for Sundheds- og Omsorgsudvalget.



Kilde: Embedslægens tilsynsrapporter, Sundhedsstyrelsen

Note: Embedslægen ændrede i 2009 vurderingskriterierne, hvorfor resultaterne ikke kan sammenlignes med 2007 og 2008

Embedslægen gennemførte 46 besøg på københavnske plejehjem i 2009. Tolv besøg fik vurderingen "ingen bemærkninger" eller "fejl og mangler med lille risiko". 29 besøg resulterede i bemærkningen "Fejl og mangler med patient-sikkerhedsrisiko". Fire plejehjem fik "alvorlige fejl og mangler", mens ét tilsyn gav "anledning til alvorlig kritik".

På seks plejehjem var der behov for særlig opfølgning fra Embedslægens side. Det drejede sig om de fire plejehjem med "alvorlige fejl og mangler", det plejehjem der havde fået "alvorlig kritik" samt ét plejehjem i kategorien "fejl og mangler med patient-sikkerhedsrisiko". Tre af disse seks plejehjem fik opfølgende tilsyn i 2009. I alle tre tilfælde vurderede Embedslægen, at der blev arbejdet systematisk og fremadrettet med Embedslægens anbefalinger. De tre resterende plejehjem vil først få opfølgende tilsyn i 2010.

Fordelingen af bemærkninger i Københavns Kommune følger nogenlunde landsgennemsnittet. Dog havde Københavns Kommune i 2009 en større andel af embedslægetilsyn med positive vurderinger. Embedslægen har planlagt, at ni af kommunes plejehjem – svarende til 20% – har klaret sig så godt i 2009, at de ikke behøver tilsyn i 2010 – mod et landsgennemsnit på 13%. Samtidig har Københavns Kommune en større andel af plejeboliger (11%), der får ”alvorlige fejl og mangler” eller ”anledning til alvorlig kritik” sammenlignet med landsgennemsnittet på 6%.

I Embedslægens Årsrapport 2009 fra Embedslægen fremhæves Københavns Kommune bl.a. for at have udbredt de instrukser, som Sundhedsstyrelsen anbefaler, og for at arbejde kontinuerligt med at gøre journalen brugervenlig, hvilket er udtryk for, at forvaltningens indsats for at forenkle dokumentationen har virket. Desuden fremhæves Københavns Kommune for at have arbejdet konstruktivt med at sikre registrering af og opfølgning på fejl og utilsigtede hændelser. Endelig nævnes, at kommunen i langt hovedparten af tilfældene har fulgt op på Embedslægens anbefalinger fra tidligere tilsyn. Årsrapporten viser desuden, at medicinbehandling, sundhedsfaglig dokumentation, dokumentation om samtykke og håndhygiejne er områder, hvor der er brug for en styrket indsats. Forvaltningen imødekommer disse behov gennem skærpede retningslinjer for og undervisning i dokumentation. Der er desuden gennemført en kampagne om håndhygiejne i efteråret 2009.

KAPITEL 7: HJEMTAGNING OG GENOPTRÆNING

Kapitlet indeholder oplysninger om, hvor mange borgere der tages hjem fra hospitalerne efter udskrivning, samt hvor længe de venter på hjemtagning. Efterfølgende beskrives de genoptræningsforløb, som en række af de hjemtagne borgere tilbydes efter hjemtagning.

Tabel 7 – Udskrevne borgere fra Københavns Kommune og ventende borgere fordelt på ventedage efter udskrivning

Tabellen viser antallet af borgere fra Københavns Kommune, der er blevet udskrevet fra et hospital i 2007-2009, fordelt på, hvor mange dage, borgeren ventede på at blive udskrevet efter endt behandling.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har hele finansieringsforpligtelsen for færdigbehandlede patienters sengedage på hospitalerne.

Ifølge Sundhedsaftale 2008 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.

	2007	2008	2009	Procentfor deling	Udviklin g ifht. 2007 (%)
0 dage	97.072	92.333	88.661	98,7%	-9%
Ventende borgere:					
1-5 dage	172	290	391	0,4%	127%
6-15 dage	281	438	426	0,5%	52%
+15 dage	321	373	324	0,4%	1%
I alt ventende borgere	774	1.101	1.141		47%

Kilde: Sundhedsstyrelsen og e-Sundhed

Note: Der kan ske efterregistreringer af aktiviteten i 2009 helt frem til marts 2009

Note: Opdateringen af antallet af borgere, der har ventet 0 dage, er foretaget pr. 17. december 2009. Pga. leverandørskift på Landspatientregistret (LPR) har Sundhedsstyrelsen ikke opdateret tallet siden

I 2009 blev langt de fleste københavnske borgere (98,7%) udskrevet uden ventedage. Det dækker dog over, at der siden 2007 er sket et fald i denne gruppe på 9% .

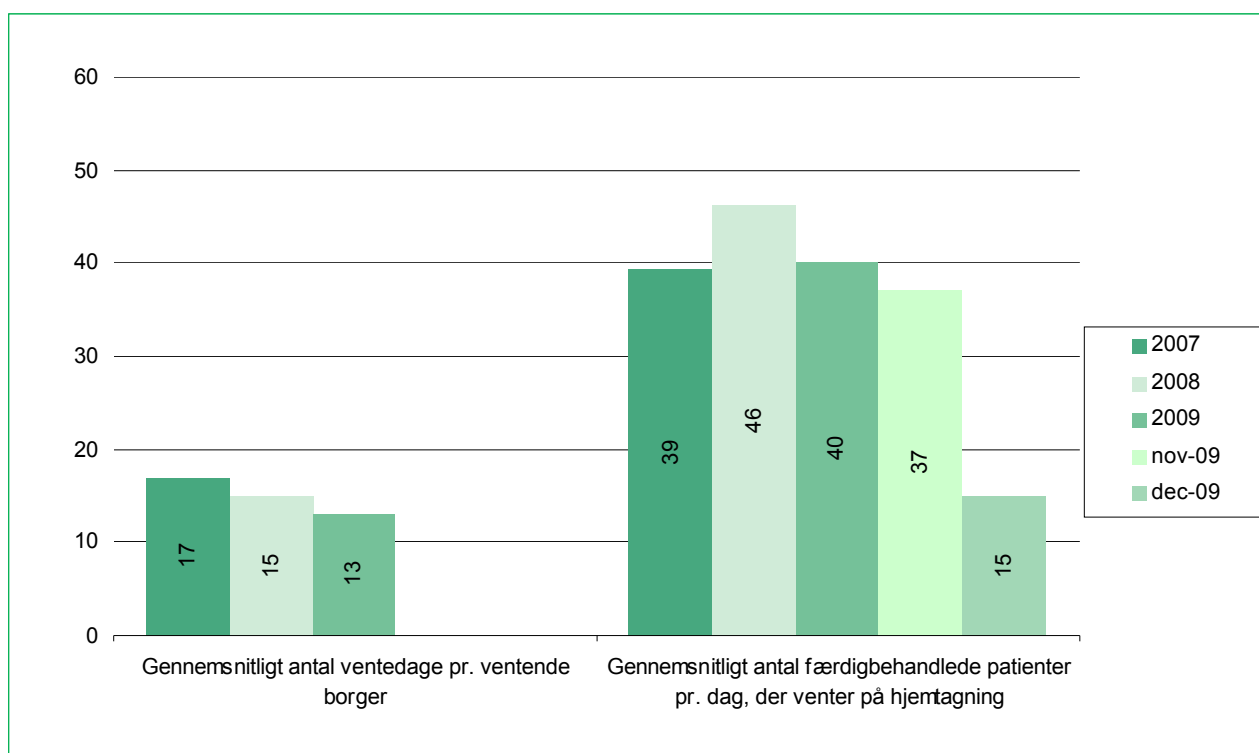
1.141 borgere – svarende til 1,2% - ventede på hospitalet efter udskrivning. 0,4% af borgerne (324) ventede i over 15 dage.

Der kan være flere grunde til, at borgere har ventedage. For eksempel vil der i en række tilfælde, hvor der er tale om borgere med efterfølgende, komplekse plejebestanden der stiller særlige krav til det plejetilbud, der skal afløse indlæggelsen (fx et midlertidigt rehabiliteringstilbud). 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 direkte for sent varslede – eller forkert varslede i den forstand, at borgerne reelt ikke er parate til hjemtagning.

Figur 18 – Gennemsnitligt antal ventedage og antal ventende færdigbehandlede – blandt borgere bosat i Københavns Kommune

Figuren viser udviklingen i 2007 til 2009 i det gennemsnitlige antal ventedage pr. ventende borger samt det gennemsnitlige antal færdigbehandlede patienter pr. dag, der venter på at kunne komme hjem eller blive udskrevet til midlertidigt eller permanent pladstilbud.



Kilde: Sundhedsstyrelsen og e-Sundhed

Note: Strejken i 2008 havde negativ indflydelse på antallet af ventedage og det gennemsnitlige antal ventende patienter

Note: Antallet af ventedage for 2009 og specielt december 2009 vil i høj grad afhænge af antallet af ventedage for borgere, der blev udskrevet i januar 2010 og som endnu ikke er gjort tilgængelige af Sundhedsstyrelsen. Det endelige antal ventende borgere specielt for december 2009 kan derfor ændre sig

I perioden 2007 til 2009 er det gennemsnitlige antal ventedage pr. ventende borger faldet 24%, fra 17 dage i 2007 til 13 dage i 2009.

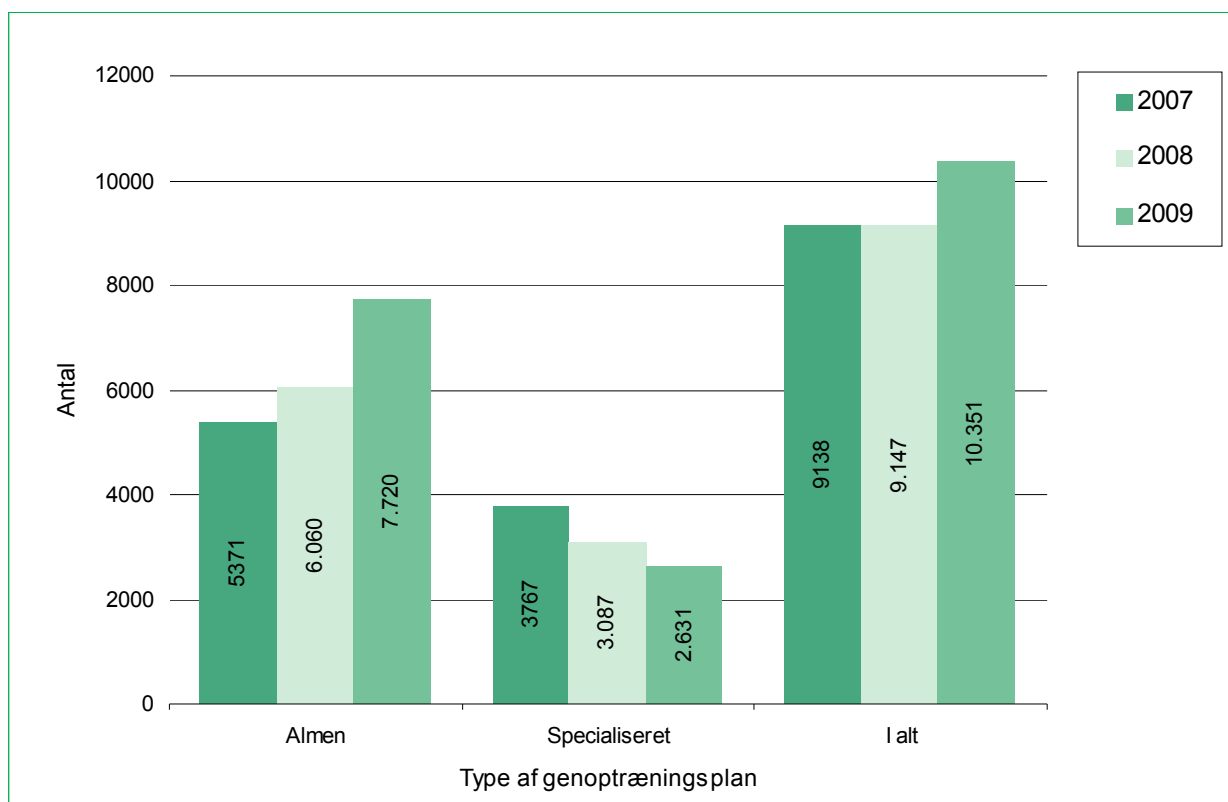
Det gennemsnitlige antal færdigbehandlede patienter pr. dag, der venter på hjemtagning har været nogenlunde stabilt fra 2007 til 2009. Figuren viser dog samtidig, at det i løbet af 2009 er lykkedes at nedbringe antallet af ventende markant. Således viser figuren, at mens antallet af ventende patienter pr. dag for hele 2009 ligger på 40, så er antallet for december helt nede på 15 ventende patienter om dagen. Tallet for december kan dog ændre sig på grund af efterregistreringer (se evt. note til tabellen).

Figur 19 – Antal genoptræningsplaner efter sundhedsloven

Figuren viser udviklingen i antal genoptræningsplaner efter sundhedsloven, der er tildelt borgere i perioden 2007 til 2009.

Der udarbejdes genoptræningsplaner efter sundhedsloven, såfremt borgeren ved udskrivning fra hospitalet ud fra en lægelig vurdering fortsat 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. Kommunen har finansieringsforpligtelsen på begge typer træningsforløb.

Det er forvaltningens mål at øge andelen af almene genoptræningsforløb i forhold til de specialiserede forløb.



Kilde: KOS

Der er generelt sket en stigning i antal genoptræningsplaner i 2009 sammenlignet med 2008 og 2007.

Samtidig er andelen af almene genoptræningsplaner i 2009 steget til 75% (7.720), mens andelen af specialiserede genoptræningsplaner er faldet til 25% (2.631).

KAPITEL 8: MEDARBEJDERE

I dette kapitel præsenteres antallet af medarbejdere. Herefter bliver omfanget af sygefravær og fratrædelser beskrevet. Til sidst i kapitlet præsenteres en analyse af forvaltningens medarbejdertrivselsmåling.

8.1: ANTAL MEDARBEJDERE

Tabel 8 – Antal medarbejdere fordelt på ansættelsesforhold

Tabellen viser antal medarbejdere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ved udgangen af 2009 fordelt på fastansatte medarbejdere, elever og timelønnede medarbejdere.

	Fuldtidsstillinger	I alt antal ansatte	Udvikling ifht. 4. kvartal 2008 (Antal ansatte)
Tjenestemænd	184	190	-12%
Overenskomstansatte	6.626	7.383	1%
Fastansatte ekskl. elever	6.809	7.573	1%
Elever	1.194	1.236	32%
Fastansatte i alt	8.003	8.809	5%
Timelønnede medarbejdere (hele året)	723	5.580	15%

Kilde: KMD OPUS Overblik

Der var ved udgangen af 4. kvartal 2009 7.573 fastansatte medarbejdere samt 1.236 elever i forvaltningen, hvilket svarer til i alt 8.003 fuldtidsstillinger. Desuden arbejdede 5.580 timelønnede medarbejdere i løbet af 2009 i forvaltningen, hvilket svarer til 723 fuldtidsstillinger.

Siden udgangen af 2008 har antallet af fastansatte medarbejdere været stabilt, mens antallet af elever er vokset 32%. En årsag til væksten i antallet af elever er, at Social- og Sundhedsskolen har haft et stigende elevoptag, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har en aftale om at aftage.

Forvaltningen har desuden brugt 15% flere timelønnede medarbejdere i 2009 sammenlignet med 2008. Omregnet til fuldtidsstillinger er der dog ingen ændring. Med andre ord ligger det antal arbejdstimer, der lægges af timelønnede, stabilt.

Tabel 9 – Antal fastansatte medarbejdere fordelt på ydelsesområde

Tabellen viser antal fastansatte medarbejdere (herunder elever) i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ved udgangen af 4. kvartal 2009 fordelt på ydelsesområder.

	2007	2008	2009	Udvikling fra 2007 til 2009
Visitation og administration	427	414	444	4%
Hjemmepleje og sygepleje	2.239	2.203	2.181	-3%
Bo- og aktivitetstilbud	3.893	3.692	3.787	-3%
Træning og genoptræning	170	219	200	15%
Sundhed og forebyggelse	205	260	272	25%
Lovpligtige uddannelser	695	929	1.334	48%
Centrale støttefunktioner	366	381	418	12%
I alt	7.995	8.098	8.636	7%

Kilde: Rubin

Note: Der er en mindre difference mellem opgørelsen over antal fastansatte i denne tabel og tabel 5. Differencen skyldes, at data hentes fra to forskellige systemer, henholdsvis Rubin og KMD OPUS Overblik

Note: Kategorien "Visitation og administration" dækker over forvaltningens centrale kontorer, organisationscenteret med undtagelse af Sosusekretariatet, HMC løn og Arbejdsmiljø København, mens kategorien "Centrale støttefunktioner" dækker over Myndighedscentret, Pension København og lokalområdekontorerne eksklusiv forebyggere.

Generelt er der i perioden 2007 til 2009 blevet 7% flere fastansatte medarbejdere i forvaltningen. Særligt inden for områderne sundhed og forebyggelse (+25%) og lovpligtige uddannelser (+48%) er antallet af fastansatte medarbejdere vokset. Stigningen i de lovpligtige uddannelser skyldes, at eleverne er placeret inden for denne kategori, og at denne gruppe vokser, fordi søgningen til Social- og Sundhedsskolen er gået op. Også ydelsesområderne træning og genoptræning samt de centrale støttefunktioner er vokset, hvad angår antal fastansatte medarbejdere, om end i mindre omfang.

Det suverænt største område rent medarbejdermæssigt er bo- og aktivitetstilbuddene, som i 2009 beskæftiger 3.787 personer svarende til 44% af alle fastansatte medarbejdere i forvaltningen. Der er dog sket en tilbagegang på 3% på dette område siden 2007. Kun ét andet område har haft tilbagegang i medarbejderantallet, nemlig hjemmepleje og sygepleje, der – som det næststørste ydelsesområde rent medarbejdermæssigt – er arbejdsplads for 25% af de fastansatte medarbejdere i forvaltningen, og som i 2009 har 3% færre medarbejdere end i 2007.

Tabel 10 – Antal fastansatte medarbejdere fordelt på stillingskategori

Tabellen viser antal fastansatte medarbejdere i forvaltningen fordelt på stillingskategori.

	2007	2008	2009	Udvikling fra 2007 til 2009
Chefer/Leder/Akademiske medarbejdere	825	854	865	5%
Teknisk-/Kontor personale	1.198	1.140	1.151	-4%
Sygeplejersker	422	404	445	5%
Sosu-assistenten	687	809	820	16%
Sosu-hjælpere	3.042	2.814	2.832	-7%
Sosu-hjælpere uddannet	546	553	516	-6%
Øvrige sundhedsfagligt personale	416	438	496	16%
Økonomaer/Ernæring	144	139	156	8%
Elever og Studerende	714	947	1.355	47%
I alt	7.995	8.098	8.636	7%

Kilde: Rubin

Note: Der er en mindre difference mellem opgørelsen over antal fastansatte i denne tabel og tabel 5. Differencen skyldes, at data hentes fra to forskellige systemer, henholdsvis Rubin og KMD OPUS Overblik

Siden 2007 er der blevet færre fastansatte medarbejdere i forvaltningen inden for tre stillingskategorier, nemlig uuddannede social- og sundhedshjælpere (-6%), teknisk-/kontorpersonale (-4%) og forvaltningens største gruppe, social- og sundhedshjælperne (-7%).

Omvendt er en anden af forvaltningens store grupper, social- og sundhedsassistenter, vokset med 16% siden 2007. Væksten skyldes bl.a., at der har været en bevidst strategi på plejehjemmene om at styrke fagligheden ved at ansætte flere assistenter, og at der i samme tidsrum har været en forbedret rekrutteringssituation.

Gruppen af elever og studerende er vokset med 47%, og skyldes som oven for nævnt en øget tilgang til Social- og Sundhedsskolen.

Tabel 11 – Antal fastansatte medarbejdere fordelt på køn, civilstand og etnicitet

Tabellen viser antal fastansatte medarbejdere fordelt på stillingskategori, civilstand og etnicitet.

	Kvinde	Mænd	Gift/reg. partner skab	Dansk oprinde lse	Vestlig oprinde lse	Ikke- vestlig oprindel se	I alt	Procen tfordeli ng	Udvikli ng siden 2007
Alle fastansatte medarbejdere (ekskl. elever)	7152	1210	3812	6849	364	1149	8362	83%	-12%
Elever og studerende	1424	231	473	858	69	728	1655	17%	518%
I alt	8576	1441	4285	7707	433	1877	10017	100	2%
Procentfordeling	86%	14%	43%	77%	4%	19%	100%		
Udvikling siden 2007	2%	8%	-4%	-4%	4%	44%	2%		

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

Note: Opgørelsen gælder for alle medarbejdere, der har været ansat i løbet af 2009. Derfor figurerer der et antal medarbejdere, der ikke er omfattet af tabel 8, idet denne er opgjort som et tidsbillede ultimo 2009

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 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

Når vi sammenligner medarbejderprofilen 2009 for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen med den generelle borgerprofil for Københavns Kommune 2009 (jf. tabel 1), fremgår det, at forvaltningen har en stærk overrepræsentation af kvindelige ansatte, idet 86% af medarbejderne er kvinder sammenlignet med 51% af borgerne.

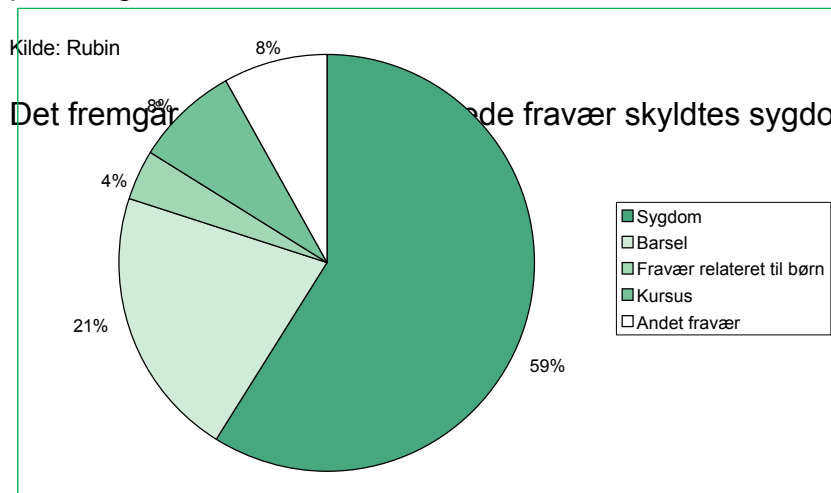
Medarbejdernes fordeling på etnisk oprindelse stemmer næsten præcist overens med borgerprofilen. Således er 77% af medarbejderne og 78% af borgerne af dansk oprindelse, 4% af medarbejderne og 7% af borgerne er af vestlig oprindelse, mens 19% af medarbejderne og 15% af borgerne er af ikke-vestlig oprindelse.

Kigger vi nærmere på, hvordan de to kategorier af medarbejdere fordeler sig på etnicitet, fremgår det, at 82% af de "ordinære" medarbejdere (fastansatte ex. elever) og 52% af eleverne er af dansk oprindelse, mens 4% af de "ordinære" medarbejdere og 4% af eleverne er af vestlig oprindelse, og 14% af de "ordinære" medarbejdere og 44% af eleverne er af ikke-vestlig oprindelse. Med andre ord er langt de fleste "ordinære" medarbejdere af dansk oprindelse, mens andelen af elever med ikke-vestlig oprindelse er næsten lige så stor som andelen med dansk oprindelse.

8.2: SYGEFRAVÆR

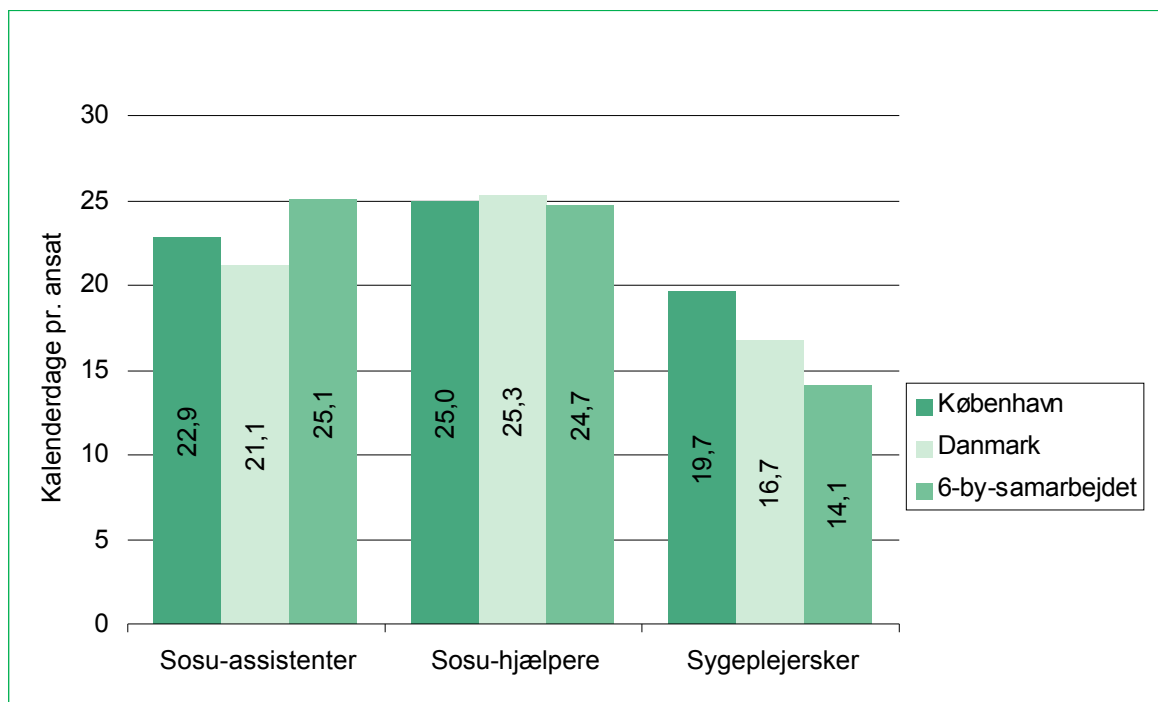
Figur 20 – Samlet fravær

Figuren viser det samlede fravær for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i 2009 fordelt på årsag.



Figur 21 – Nationalt perspektiv på sygefravær i kalenderdage

Figuren sammenligner sygefraværet for tre udvalgte grupper i Københavns Kommune med det gennemsnitlige sygefravær for samme grupper i Danmark og de øvrige "6-byer". Der findes endnu ikke tal for 2009, og det er kun muligt at få tal for hele Københavns Kommune.



Kilde: Det Fælleskommunale Løndatakontor

Note: 6-byerne består af de seks største kommuner i Danmark: København, Århus, Odense, Aalborg, Esbjerg og Randers). I figuren er fraværet i Københavns Kommune ikke inkluderet i opgørelsen for 6-byerne

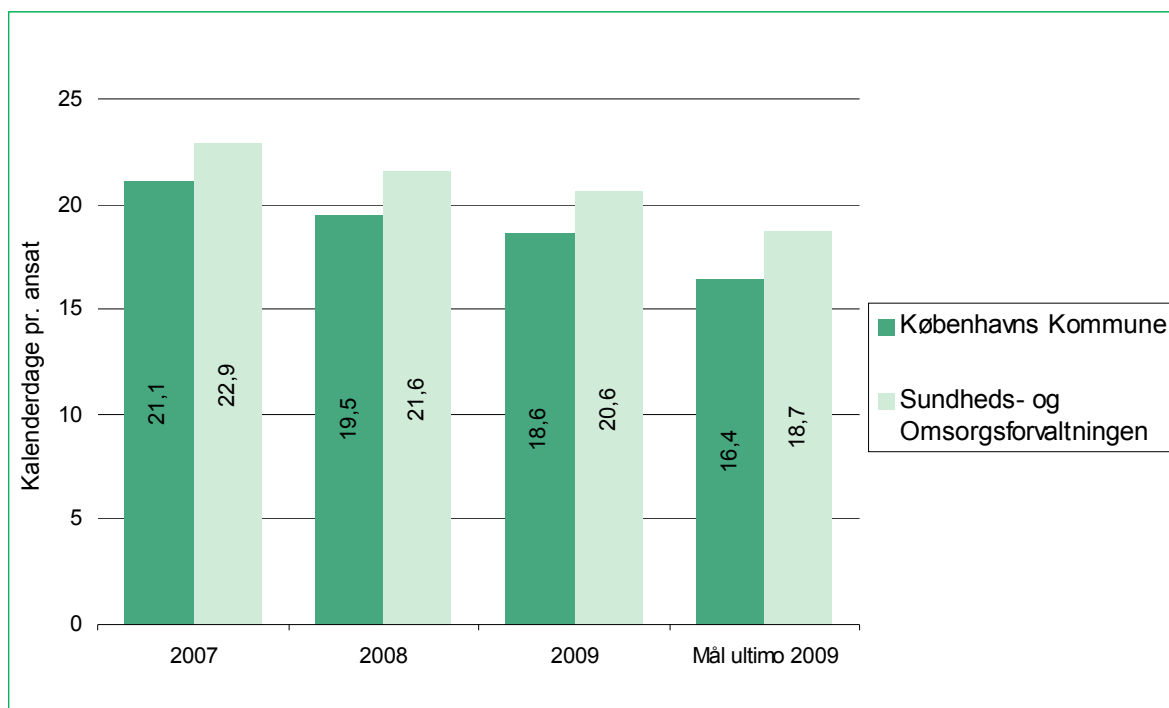
Det fremgår, at sygefraværet blandt social- og sundhedshjælpere i hele Københavns Kommune ligger på 25 kalenderdage pr. år, hvilket er på linje med sygefraværet for denne gruppe i resten af landet.

Sygefraværet for social- og sundhedsassistenter i Københavns Kommune ligger en smule lavere, nemlig på 22,9 kalenderdage pr. år. Det er 1,8 kalenderdage mere end det nationale, gennemsnitlige sygefravær for denne gruppe, men samtidig er det 2,2 kalenderdage færre end det gennemsnitlige sygefravær for denne gruppe i de fem øvrige største kommuner.

Sygeplejerskerne har det laveste sygefravær blandt de tre grupper. I Københavns Kommune ligger det på 19,7 kalenderdage pr. år. Sygefraværet for sygeplejersker i Københavns Kommune ligger dog højere i forhold til det nationale gennemsnit (3 kalenderdages forskel) og især i forhold til gennemsnittet for de fem øvrige største kommuner (5,6 kalenderdages forskel).

Figur 22 – Sygefravær i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen sammenlignet med hele Københavns Kommune

Figuren viser det gennemsnitlige antal sygefraværskalenderdage pr. fastansat medarbejder i 2009 for hele Sundheds- og Omsorgsforvaltningen sammenlignet med Københavns Kommune.



Kilde: Rubin

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

I perioden 2007 til 2009 har sygefraværet været faldende, både i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (2,3 kalenderdage i gennemsnit pr. medarbejder) og i Københavns Kommune generelt (2,5 kalenderdage i gennemsnit pr. medarbejder). På trods af denne positive udvikling, nåede hverken Københavns Kommune eller Sundheds- og Omsorgsforvaltningen den målsætning, som Borgerrepræsentationen har fastsat for 2009. Således lå det gennemsnitlige sygefravær for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen 1,9 kalenderdage fra målsætningen på 18,7 kalenderdage, hvilket blandt andet skyldtes højt fravær i 1. kvartal 2009. Det gennemsnitlige sygefravær i Københavns Kommune lå til sammenligning 2,2 kalenderdage over målsætningen.

I 2010 forventer Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, at den faldende udviklingstendens, som ses for perioden 2007 til 2009, vil fortsætte.

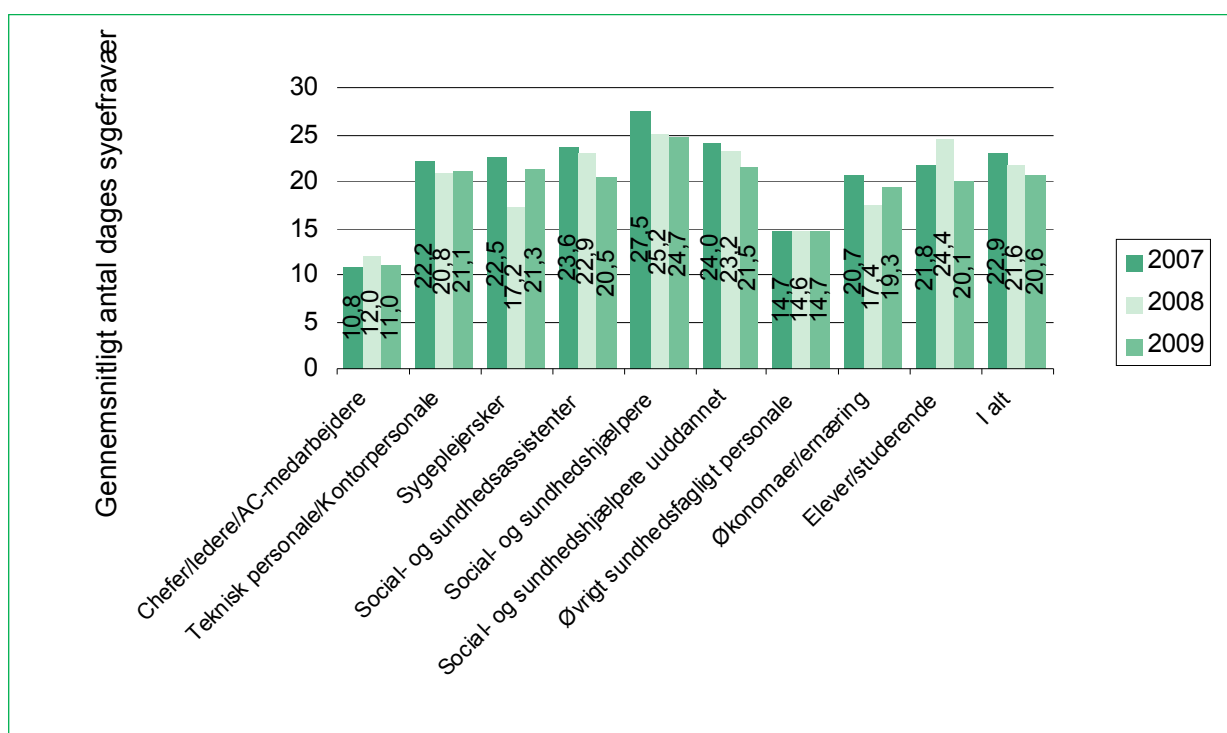
Forvaltningens indsats for at få nedbragt sygefraværet omfatter en række forskellige virkemidler, som alle har til formål at professionalisere trivselsarbejdet. Indsatserne ligger

dels inden for arbejdsmiljø, sundhed og trivsel og dels på ledelsesområdet. Arbejdspladserne i forvaltningerne kan trække på hjælp fra flere enheder i forvaltningen.

Folketingets sygefraværsreform, som træder i kraft i 2010, samt to nye, tværgående tiltag, nemlig "Tidlig Indsats" fra Arbejdsmiljø København og en udvidet krisehjælpsordning, forventes at medvirke til at nedbringe sygefraværet yderligere. Desuden arbejder forvaltningen med en række forslag til at skærpe indsatsen på arbejdspladser med stort fravær, ligesom der vil blive arbejdet med at uddrage viden og erfaringer fra arbejdspladser med lavt fravær.

Figur 23 – Sygefraværdsdage for fastansatte medarbejdere fordelt på stillingstype

Figuren viser det gennemsnitlige antal sygefraværdsdage pr. fastansat medarbejder i henholdsvis 2007, 2008 og 2009 for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fordelt på stillingstype.



Kilde: Rubin

For syv af de ni stillingskategorier ligger sygefraværet i 2009 over eller lige omkring gennemsnittet (20,8 kalenderdage pr. medarbejder). I disse syv grupper varierer sygefraværet fra 19,3 kalenderdage (økonomaer/ernæring) til 24,7 kalenderdage (social- og sundhedshjælpere).

De to øvrige grupper skiller sig ud med et markant lavere sygefravær. Det drejer sig om gruppen af chefer, ledere og akademisk personale, som har det laveste sygefravær på gennemsnitligt 11 kalenderdage pr. medarbejder i 2009, og gruppen af øvrigt sundhedsfagligt personale, som har næstlaveste sygefravær med gennemsnitligt 14,7 kalenderdage pr. medarbejder i 2009. Det er værd at bemærke, at sygefraværnsniveauet

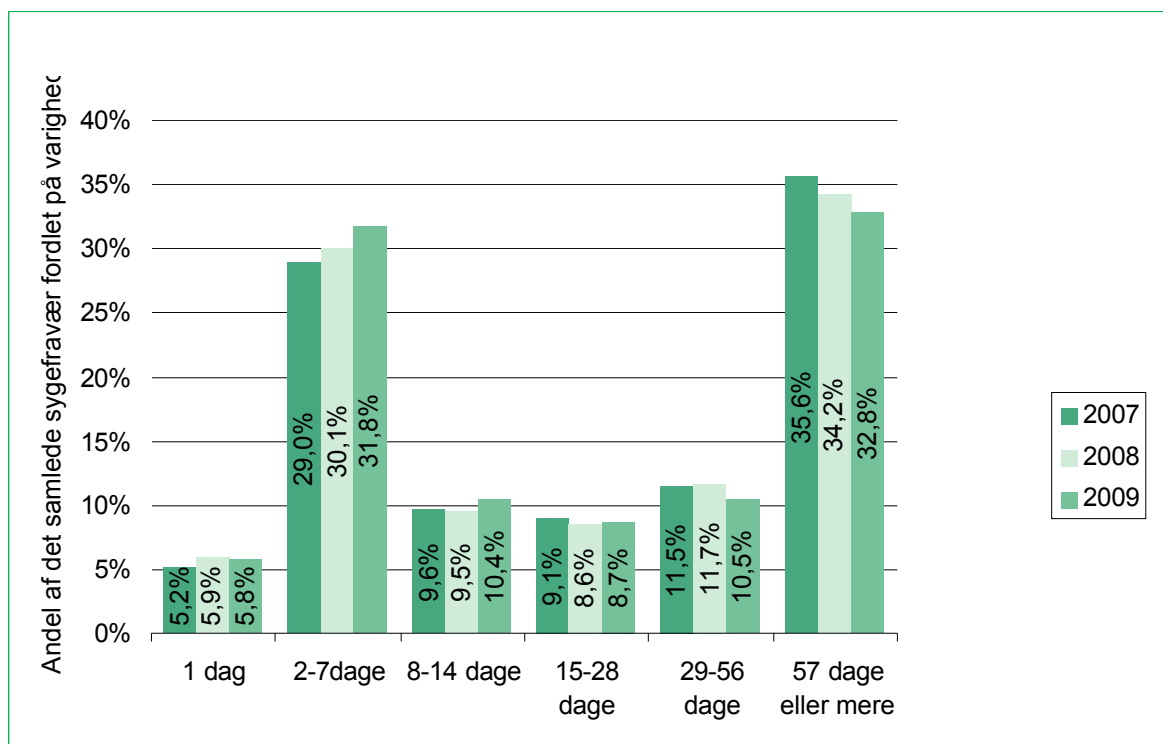
for disse to grupper er stabilt i perioden 2007-2009.

Sygefraværet er faldende for syv af de ni stillingskategorier. Det største fald i sygefravær fra 2007 til 2009 er sket for social- og sundhedsassistenter, hvor faldet er på gennemsnitligt 2,9 kalenderdage pr. medarbejder.

Det er værd at holde øje med sygefraværet hos sygeplejerskerne, som er steget gennemsnitligt 4,1 kalenderdage pr. medarbejder fra 2008 til 2009, svarende til en stigning på 24%.

Figur 24 – Sygefraværddage fordelt på intervaller af sygefraværsvarighed

Figuren viser, hvordan det samlede antal sygefraværddage fordeler sig på forskellige intervaller af sygefraværsvarighed i 2007, 2008 og 2009.



Kilde: Rubin

Det meget lange sygefravær på over 57 dage (8 uger) er faldet 8% fra 2007 til 2009. Men disse lange sygefraværperioder er i 2009 stadig årsag til næsten en tredjedel af det samlede antal sygefraværddage i forvaltningen. Forvaltningen er pt. ved at gennemføre en tilbundsgående undersøgelse af årsagerne bag det lange fravær.

Uddybende analyser af data (ikke vist i figur) viser, at specielt eleverne står for en uforholdsmæssig stor del af både 1-dagsfraværet og det relativt korte fravær. Analyserne viser endvidere, at 1-dagsfravær oftere falder på en mandag eller fredag end på ugens øvrige hverdage.

Tabel 12 – Sygefravær i kalenderdage fordelt på stillingstype og percentiler

Figuren viser spredningen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen sygefravær for hele 2009.

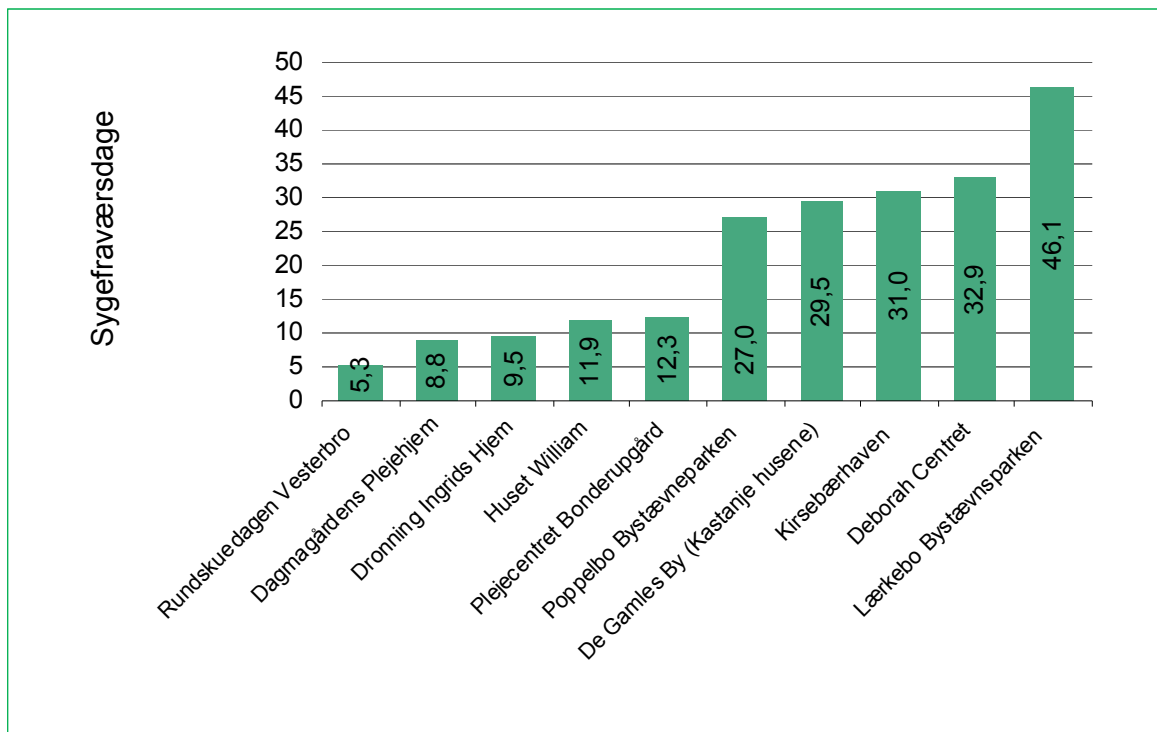
Percentiler	10%	25%	50%	75%	90%
Chefer/ledere/Akademiske medarbejdere	0,0	0,0	3,0	10,0	27,1
Teknisk-/kontor personale	0,0	0,0	6,3	18,0	48,0
Sygeplejersker	0,0	3,0	9,3	24,1	56,5
Social- og sundhedsassistenter	0,0	2,2	10,4	23,7	59,9
Social- og sundhedsmedhjælpere	0,0	5,0	13,0	30,0	79,4
Social- og sundhedshjælpere, uuddannede	0,0	0,0	11,1	28,8	74,0
Øvrige sundhedsfagligt personale	0,0	2,4	8,0	17,3	33,8
Økonomaer/ernæring	0,0	0,0	6,0	16,2	45,6
Elever og studerende	0,0	5,0	14,0	28,8	53,4
Alle	0,0	2,4	10,0	24,0	58,3

Kilde: Rubin

Tabellen viser, at det langt fra er alle ansatte i forvaltningen, der har et højt sygefravær. 25% af forvaltningens medarbejdere – på tværs af stillingskategorier – har lidt eller intet sygefravær.

Det bekræfter billedet fra figur 24 (ovenfor) af, at sygefraværet holdes oppe af en mindre gruppe af medarbejdere med meget lange fraværsperioder.

Figur 25 – De fem plejehjem med henholdsvis højest og lavest sygefravær i 2009
Figuren viser de fem plejehjem, der har henholdsvis flest og færrest sygefraværsdage i 2009.



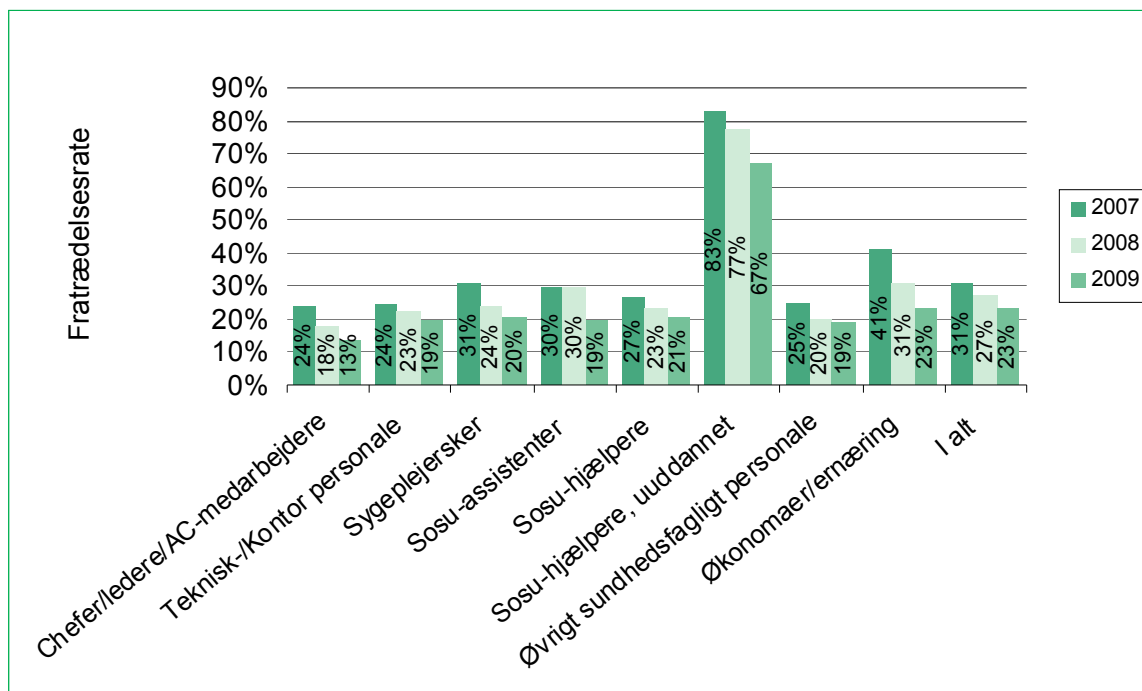
Kilde: Rubin

Der er en betydelig spredning i sygefraværet plejehjemmene imellem. Forskellen mellem top og bund svarer til, at sygefraværet blandt de fem plejehjem med det højeste sygefravær er 3,5 gange højere end sygefraværet blandt de fem plejehjem med det laveste sygefravær.

8.3: PERSONALEOMSÆTNING

Figur 26 – Fratrædelsesrate

Figuren viser fratrædelsesraten for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i perioden 2007-2009. 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.



Kilde: Rubin

Note: Fratrædelsesraten omfatter alle fastansatte medarbejdere eksklusiv elever. 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, er ikke med i opgørelsen.

Personaleomsætningen er blevet mindre fra 2007 til 2009. Andelen af medarbejdere, der stopper om året er således faldet fra 31% (2007) til 23% i 2009. Dermed lever Sundheds- og Omsorgsforvaltningen mere end op til Borgerrepræsentationens mål om en årlig reduktion på 1%.

Uddannede social- og sundhedshjælpere har klart den højeste fratrædelsesrate, men den er dog faldet 19% i perioden (fra 83% i 2007 til 67% i 2009). Den laveste fratrædelsesrate findes for chefer, ledere og akademiske medarbejdere, hvor der endvidere er sket et fald på 46% i perioden (fra 24% i 2007 til 13% i 2009). De øvrige stillingskategorier ligger med fratrædelsesrater omkring 20%.

8.4: TRIVSEL

Trivselsundersøgelsen gennemføres, ligesom brugertilfredshedsundersøgelsen, kun hvert andet år, og blev senest gennemført i 2008.

Resultater fra trivselsmålingen i 2008

Målingen i 2008 viste, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er den forvaltning i Københavns Kommune, hvor medarbejderne tilkendegiver, at de trives bedst. Mere præcist var trivselsscoren for forvaltningen 4,6 på en skala fra 1 til 6. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen var samtidig den forvaltning, der med en fremgang på 7% siden 2006, oplevede den næstmest mest positive udvikling blandt samtlige forvaltninger.

Tabel 13 – Samlede trivselsscorer for Københavns Kommunes forvaltninger

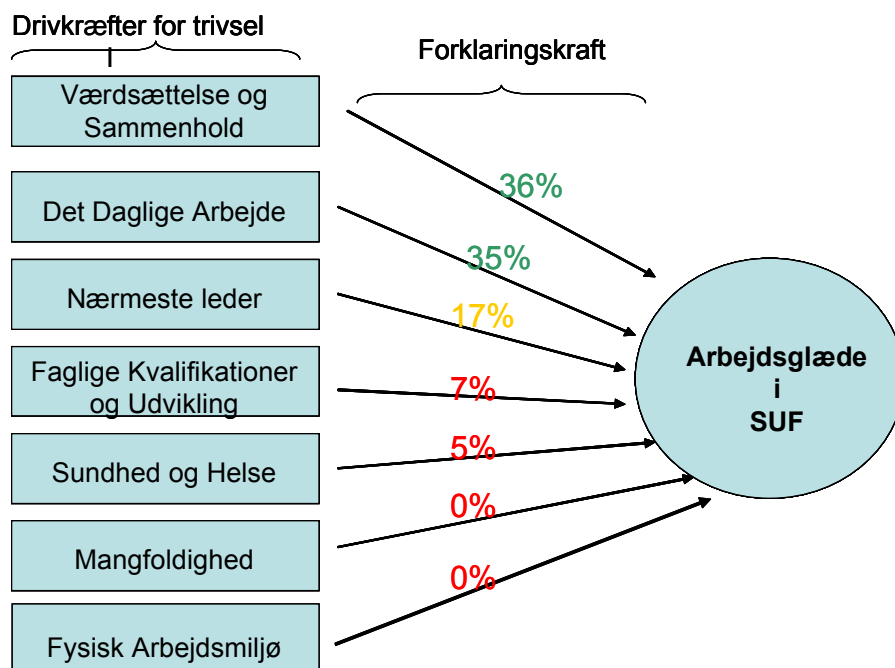
Forvaltning	2007	2008	Forskel i procent
Sundhed og Omsorg	4,3	4,6	7,0
Kultur og Fritid	4,5	4,5	0,0
Børn og Ungdom	4,3	4,4	2,3
Social	4,4	4,4	0,0
Teknik og Miljø	4,5	4,4	-2,2
Økonomi	4,3	4,3	0,0
Beskæftigelse og Integration	3,9	4,2	7,7
Københavns Kommune samlet	4,3	4,5	4,7

Resultater fra opfølgende analyser i 2009

Der var ikke nogen trivselsmåling i 2009. I løbet af året gravede forvaltningen dog dybere ned i resultaterne for trivselsmålingen med særligt fokus på at øge viden om, hvad der er vigtigst for medarbejdernes arbejdsglæde. Det skete ved en kombination af statistiske analyser og fokusgrupper med forvaltningens forskellige grupper af medarbejdere.

De statistiske analyser viste bl.a., at værdsættelse og sammenhold på arbejdspladsen samt det daglige arbejde har markant størst indflydelse på medarbejdernes arbejdsglæde. Derimod er der ingen eller ringe sammenhæng mellem medarbejdernes arbejdsglæde og deres vurdering af det fysiske arbejdsmiljø, arbejdspladsens mangfoldighed, sundhed og kompetencer. Det betyder langt fra, at disse emner ikke er centrale at arbejde med i bestræbelserne på at forbedre Sundheds- og Omsorgsforvaltningen yderligere som arbejdsplads. Det betyder alene, at det ikke er via et fokus på disse emner, at der vil opnås den største gevinst i forhold til arbejdsglæde.

Figur 27 – Forskellige emners betydning for medarbejdernes arbejdsglæde



Note: Analysen er gennemført ved at gruppere samtlige spørgsmål i spørgeskemaet fra trivselsmålingen i en række temaer. Herefter er der foretaget en statistisk analyse af sammenhængen mellem hvad medarbejderne har svaret på de spørgsmål, der ligger inden for hver af de 7 temaer i venstre side af figuren og de fire spørgsmål, der tilsammen udgør "arbejdsglæde-faktoren". De steder, hvor der er en høj grad af sammenhæng, bliver forklaringskraften høj – og vice versa. Eksempel: Der er ingen sammenhæng mellem, hvor tilfredse medarbejderne er med det fysiske arbejdsmiljø, og hvor stor arbejdsglæde de giver udtryk for i spørgeskemaet. Derfor er denne sammenhæng 0.

Med afsæt i den statistiske analyse blev der holdt en række fokusgrupper med forvaltningens medarbejdere, der havde til hensigt at sætte "kød og blod" på resultaterne fra analysen.

Fokusgrupperne viste bl.a. følgende:

Plads til at have hjertet med og gøre en forskel for borgerne: Specielt blandt Social- og Sundhedsassistenter og -hjælpere er *personlige* relationer til kolleger og ikke mindst borgere centrale for arbejdsglæden. I forhold til borgerne er der en udbredt "Robin Hood – identitet", hvor nogle medarbejdere oplever, at de "stjæler tid fra systemet" – og giver den tilbage til borgeren. Det er vigtigt for disse gruppers arbejdsglæde, at der er plads til denne jobidentitet, da det er et væsentligt element i oplevelsen af at skabe værdi for borgeren – og dermed mening i jobbet.

Fokus på faglighed: For ledere, medarbejdere med en mellemlang uddannelse og til dels de unge Social- og Sundheds-assistenter er faglige udfordringer, arbejdsprocesser der giver mulighed for at udfolde sin faglighed og faglig anerkendelse mere centrale for arbejdsglæden end personlige relationer.

Stor rummelighed: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen opfattes af medarbejderne som et sted med høj grad af menneskelig rummelighed. Det er et træk ved kulturen, som medarbejderne er bevidste om, og som hovedparten værdsætter og er stolte af.

Medarbejderne forklarer det med, at de "ligner deres arbejde" i den forstand, at det at arbejde med omsorg for borgere fører til et stort fokus på omsorg medarbejderne imellem. For en mindre gruppe af medarbejderne giver denne rummelighed svækket arbejdsglæde. Det gælder for nogle af dem, der ikke selv er "forbrugere" af omsorgen og derfor oplever, at de trækker et uproportionalt stort læs rent arbejdsmæssigt, uden at de opnår tilsvarende større anerkendelse for det.

Image i offentligheden: Sundheds- og Omsorgsforvaltningens medarbejdere er gennemgående af den opfattelse, at de på professionel vis udfylder en vigtig rolle i velfærdssamfundet. Det giver, som nævnt ovenfor, en grundlæggende arbejdsglæde. Potentialet i denne "kilde" til arbejdsglæde bliver dog langt fra udnyttet, da medarbejderne samtidig oplever, at det omkringliggende samfund ikke deler deres opfattelse. De oplever snarere en mangel på respekt og anerkendelse af deres fag og funktion, som især kommer til udtryk gennem medierne.