

# Bilag 3: Metode

Kommunal sygepleje til ældre



Indenrigs- og  
Boligministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.benchmark.dk](http://www.benchmark.dk)

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen  
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

## Indhold

1 Centrale begreber .....	3
1.1 Kommunal sygepleje .....	3
1.2 Personalegrupper .....	3
1.3 Sundheds- og ældreområdet .....	4
1.4 Ældre i kommunerne .....	4
2 Antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i kommunerne.....	6
2.1 Data.....	6
2.2 Afgrænsning af populationer .....	6
2.2.1 Kontoplansændring og afgrænsning af det kommunale sundheds- og ældreområde før 2018 .....	7
2.3 Karakteristik af ældre hjemmesygeplejemodtagere .....	9
2.4 Sammenhænge og mønstre .....	10
3 Varetagelse af sygeplejeindsatser i kommunerne .....	13
3.1 Data.....	13
3.2 Indikator.....	14
3.3 Læringspunkter ved data fra Fælles Sprog III.....	17
4 Arbejdsdeling i forhold til sygeplejeindsatser i kommunerne .....	21
4.1 Data.....	21
4.2 Indikator.....	21
5 Opmærksomhedspunkter ved den undersøgte tidsperiode.....	25

# 1 Centrale begreber

## 1.1 Kommunal sygepleje

I denne rapport har vi fokus på den kommunale sygepleje. Kommunal sygepleje er afgrænset til sundhedslovens § 138 (SUL § 138). SUL § 138 lyder som følgende:

*Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvi-  
ning til personer med ophold i kommunen<sup>1</sup>.*

SUL § 138 er det lovmæssige grundlag for al sygepleje i kommunerne, hvilket indebærer hjemme-  
sygepleje (inkl. sygepleje ydet af akutteams), sygepleje ydet på sygeplejeklinikker, sygepleje ydet  
på akutpladser og øvrige midlertidige pladser, sygepleje ydet på plejehjem og plejeboliger samt  
sygepleje ydet på psykiatriske/socialt botilbud<sup>2</sup>. Når vi undersøger varetagelse af sygeplejeindsat-  
ser i hovedrapportens kapitel 5, er det således indsatser efter SUL § 138. Læs mere i ”3 Varetage-  
lse af sygeplejeindsatser i kommunerne”.

## 1.2 Personalegrupper

I hovedrapportens kapitel 4 fokuserer vi på sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, da  
disse to personalegrupper er autoriserede sundhedspersoner og i høj grad varetager kommunale  
sygeplejeindsatser. Se definition på autoriserede sundhedspersoner i boks 1.1. I ”2.2 Afgrænsning  
af populationer” er personalegruppernes afgrænsning i den autoriserede kontoplan beskrevet.

### Boks 1.1

#### Autoriserede sundhedspersoner

I Danmark kan en række faggrupper opnå en autorisation, herunder læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter  
(men ikke social- og sundhedshjælpere), som giver retten til at arbejde som autoriseret sundhedsperson og anvende en be-  
stemt titel (eks. sygeplejerske). En autorisation udstedes på baggrund af en gennemført uddannelse og betyder, at man bli-  
ver omfattet af autorisationsloven. Det giver ansvar, visse rettigheder og pligter i udførelsen af arbejdet som sundhedsperson.  
Derudover står autoriserede sundhedspersoner opført i autorisationsregisteret.

Kilde: Styrelsen for Patientsikkerhed (2021): Hvad vil det sige at være autoriseret sundhedsperson?

I hovedrapportens kapitel 6 fokuserer vi på arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og social- og  
sundhedspersonale. Det betyder, at vi i kapitel 6 samler social- og sundhedsassistenter, social- og  
sundhedshjælpere, ufaglært social- og sundhedspersonale samt øvrig social- og sundhedspersona-  
le i én gruppe. Læs mere om dette valg i ”4.2 Indikator”. I Tabel 1.1 er det muligt at se, hvilke per-  
sonalegrupper der er autoriserede sundhedspersoner og social- og sundhedspersonale.

<sup>1</sup> Sundheds- og Ældreministeriet (2019): LBK nr 903 af 26/08/2019 Bekendtgørelse af sundhedsloven

<sup>2</sup> VIVE (2021): Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne – En analyse af udviklingen i uddannelserne, opga-  
verne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området.

**Tabel 1.1****Oversigt over personalegrupper i forhold til, om de er autoriserede sundhedspersoner og social- og sundhedspersonale**

Personalegruppe	Autoriserede sundhedspersoner?	Social- og sundhedspersonale?
Sygeplejersker	Ja	Nej
Social- og sundhedsassistenter	Ja	Ja
Social- og sundhedshjælpere	Nej	Ja
Ufaglært social- og sundhedspersonale	Nej	Ja
Øvrig social- og sundhedspersonale	Nej	Ja

### 1.3 Sundheds- og ældreområdet

I kapitel 4 har vi fokus på personalekapaciteten på det kommunale sundheds- og ældreområde. Det kommunale sundheds- og ældreområde er afgrænset ved hjælp af den autoriserede kontoplan – konkret ud fra hvilken hovedfunktion de ansatte aflønnes på. I denne rapport medtages ansatte, der aflønnes på hovedfunktion 5.30 "Tilbud til ældre" og hovedfunktion 4.62 "Sundhedsudgifter m.v."<sup>3</sup>. Vi ville helst kun have haft fokus på ældreområdet (hovedfunktion 5.30), men sundhedsområdet (hovedfunktion 4.62) er medtaget, da vi har erfaret, at flere kommuner har konteret akutfunktion i hjemmesygeplejen på denne hovedfunktion. Vi vurderer, at fejlkilden vil være større, hvis vi ikke medtager ansatte på hovedfunktion 4.62. Læs mere i "2.2 Afgrænsning af populationer".

### 1.4 Ældre i kommunerne

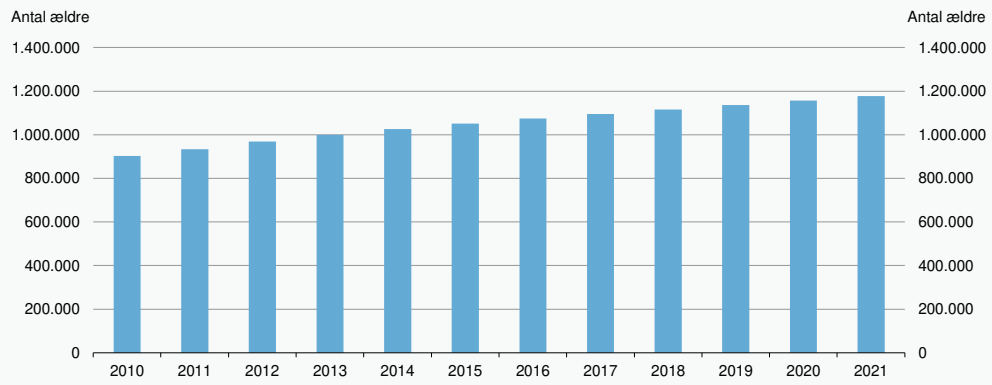
I hovedrapportens kapitel 4 og 5 tager vi højde for antallet af ældre i kommunerne, når vi undersøger antallet af ansatte på det kommunale sundheds- og ældreområde og antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser. Vi ser fx på antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre i kapitel 4. Det er ikke kun ældre, der modtager sygepleje, men da det primært er dem, vurderer vi, at det er mest hensigtsmæssigt at tage højde for antallet af ældre i stedet for hele befolkningen. Antal ældre afgrænses i denne analyse til antal borgere i alderen 65 år eller derover. Nedenfor vises antal ældre i perioden 2013-2021 på landsplan.

---

<sup>3</sup> For opgørelser for 2018 inddrages hovedfunktion 5.32 "Tilbud til ældre og handicappede" ved hjælp af en fordelingsnøgle. Antallet af ansatte på denne hovedfunktion er imidlertid relativt begrænset, idet de nye hovedfunktioner er rettet tilbage i tiden. Ansatte på den gamle hovedfunktion består derfor kun af tvivlstilfælde, hvor de ansatte ikke entydigt kan tilbagesendes til ældre- eller socialområdet. Læs mere i "2.2.1 Kontoplansændring og afgrænsning af det kommunale sundheds- og ældreområde før 2018".

**Figur 2.1**

**Udvikling i antal ældre, 2013-2021.**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 2 Antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i kommunerne

### 2.1 Data

Hovedrapportens kapitel 4 baserer sig på kommunalt personaledata fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) på kommuneniveau. Data fra KRL gør det muligt at afgrænse de ansatte i kommunerne inden for specifikke overenskomstområder, arbejdsfunktioner og stillingsgrupper. Data er opgjort hvert år fra 2013-2021 i september måned, og der er således tale om punktnedslag. Datagrundlaget fra KRL er suppleret med registerdata fra hovedsageligt Danmarks Statistik til karakteristik af ældre hjemmesygeplejemodtagere og korrelationsanalyser. Læs mere i "2.3 Karakteristik af ældre hjemmesygeplejemodtagere" og "2.4 Sammenhænge og mønstre".

### 2.2 Afgrænsning af populationer

I hovedrapportens kapitel 4 medtages kun ansatte, som arbejder på det kommunale sundheds- og ældreområde. Som nævnt i afsnit 1.3 er det kommunale sundheds- og ældreområde afgrænset ved hjælp af den autoriserede kontoplan – konkret ud fra hvilken hovedfunktion de ansatte aflønnes på. I denne rapport medtages ansatte, der aflønnes på hovedfunktion 5.30 "Tilbud til ældre" og hovedfunktion 4.62 "Sundhedsudgifter m.v.". Vi vil helst kun have afgrænset til hovedfunktion 5.30, så vi udelukkende fokuserede på det kommunale ældreområde, men hovedfunktion 4.62 er medtaget, da vi har erfaret, at flere kommuner har konteret akutfunktion i hjemmesygeplejen på denne hovedfunktion (særligt 4.62.88 "Sundhedsfremme og forebyggelse"). Den korrekte kontering er at placere det på 5.30.28 "Hjemmesygeplejen". Vi vurderer, at udfordringen er større, hvis vi ikke medtager ansatte på hovedfunktion 4.62, fordi det medfører, at særligt antallet af sygeplejersker i en række kommuner vil være lavere end virkeligheden, fordi de har konteret den kommunale akutfunktion forkert. Dog vil vi med denne afgrænsning komme til at medtage ansatte, som ikke arbejder på det kommunale ældreområde, men sundhedsområdet. Her er det dog vigtigt at påpege, at dette er en mindre udfordring, da andelen af kommunale sygeplejersker ansat på hovedfunktion 4.62. på landsplan er maksimalt 5,5 pct. i løbet af perioden 2013-2021.

Grundet kontoplansændringer i 2018 er hovedfunktionen, de ansatte aflønnes på, tilbageført før 2018 for at sikre sammenlignelighed over tid, men der er dog meget få ansatte, som ikke entydigt kan rettes bagudrettet til enten ældre- eller socialområdet. Derfor vil vi for opgørelser før 2018 inddrage de få ansatte, der er aflønnet på hovedfunktion 5.32 "Tilbud til ældre og handicappede", ved hjælp af en fordelingsnøgle. Se mere om denne afgrænsning i data i "2.2.1 Kontoplansændring og afgrænsning af det kommunale ældreområde før 2018".

De ansatte er desuden afgrænset til ordinært ansatte, hvilket er medarbejdere, der er overenskomstansatte eller tjenestemænd. Derimod indgår elever, ansatte i fleksjob og ekstraordinært ansatte ikke. Antallet af ansatte opgøres som antallet af årsværk, som tager højde for, at de ansatte kan have forskellige arbejdstider. Ét årsværk er i denne rapport defineret som en ansat, der i gennemsnit arbejder 37 timer pr. uge i hele september måned. Har en ansat eksempelvis 18,5 timer pr. uge i gennemsnit, tæller den ansatte som 0,5 årsværk.

De ansatte på det kommunale sundheds- og ældreområde opdeles i følgende personalegrupper i kapitel 4 i hovedrapporten: sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundheds-

hjælper, ufaglært social- og sundhedspersonale og øvrig social- og sundhedspersonale. I tabel 2.1 vises personalegrupperne med angivelse af, hvordan de er afgrænset ud fra overenskomstområde og stillingskategori samt antallet af årsværk i september 2021 på landsplan.

**Tabel 2.1**

**Afgrænsning af personalegrupper på det kommunale sundheds- og ældreområde.**

Personalegruppe	Overenskomstområde	Stillinger	Antal ansatte i årsværk (2021)
Sygeplejersker	Syge- og sundhedspersonale – basis, KL	Sygeplejersker	8.977
Social- og sundhedsassistenter	Social- og sundhedspersonale, KL	Social- og sundhedsassistenter og assistenter, aften/nat	20.316
Social- og sundhedshjælpere	Social- og sundhedspersonale, KL	Social- og sundhedshjælpere	26.603
Ufaglært social- og sundhedspersonale	Social- og sundhedspersonale, KL	Social- og sundhedspersonale, ikke udd.	8.499
Øvrig social- og sundhedspersonale	Social- og sundhedspersonale, KL	Hjemmehjælper, sygehjælper, plejehjemsassistenter, plejere, beskæftigelsesvejledere, afdelingsledere, sundhedsmedhjælper samt øvrig social- og sundhedspersonale	2.765

Kilde: KRL og egne beregninger.

Udover at have særligt fokus på sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i rapporten har vi også fokus på sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter samlet. Det har vi valgt at gøre, da begge personalegrupper er autoriserede sundhedspersoner og i høj grad varetager kommunale sygeplejeindsatser. Se definition på autoriserede sundhedspersoner i boks 1.1 og afgrænsning af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i tabel 2.1.

## 2.2.1 Kontoplansændring og afgrænsning af det kommunale sundheds- og ældreområde før 2018

I hovedrapportens kapitel 4 er der fokus på personalegrupper på det kommunale sundheds- og ældreområde. Det kommunale sundheds- og ældreområde er afgrænset ud fra hovedfunktioner i den autoriserede kontoplan, som de ansatte aflønnes på. Ansatte på det kommunale sundheds- og ældreområde er afgrænset til hovedfunktion 5.30 "Tilbud til ældre" og 4.62 "Sundhedsudgifter m.v." jf. afsnit 2.2. Før 2018 fandtes hovedfunktion 5.30 ikke, og ældreplejen og tilbud til voksne med særlige behov var sammenlagte på hovedfunktion 5.32 "Tilbud til ældre og handicappede". Derfor kan ældreområdet ikke entydigt afgrænses før 2018.

Dette har KRL taget højde for i deres data ved at tilbageføre den nye hovedfunktion 5.30 bagudrettet ved hjælp af de institutioner, de ansatte arbejder på. Ved hjælp af den nye autoriserede kontoplan identificeres institutioner, som er på ældreområdet, og ansatte ved de samme institutioner henføres til ældreområdet også før 2018. Dette skaber imidlertid en udfordring blandt de ansatte på institutioner, som ikke eksisterer efter 2018. Disse kan dermed ikke herudfra placeres på enten ældreområdet eller socialområdet, og de vil således forblive på hovedfunktion 5.32.

I tabel 2.2 nedenfor er udfordringen med kontoplansændringen i 2018 illustreret. Da tilbageføringen tager udgangspunkt i de nuværende institutioner, bliver udfordringen med at henføre de ansatte til ældreområdet eller socialområdet større, desto længere væk fra ændringen i 2018, man kommer. I 2017 var der således 0 sygeplejersker, der var tvivl om, imens det i 2013 drejer sig om 106 syge-



plejersker. Kontoplansændringen har ikke betydning for tallene for 2017-2021, og kun en mindre betydning for udviklingen siden 2013. For vores rapport har kontoplansændringen således relativt begrænset betydning. Dog hvis vi valgte at gå længere tilbage end 2013, vil udfordringen blive markant større, hvilket også er forklaringen på, at vores startår er 2013.

**Tabel 2.2**

**Antal sygeplejersker (årsværk) fordelt på hovedfunktioner, 2013-2021.**

År	5.30 "Tilbud til ældre"	4.62 "Sundhedsudgifter m.v."	5.32 "Tilbud til ældre og handicappede (udgået)"	I alt
2013	6419	284	106	6809
2014	6938	339	75	7353
2015	7296	399	45	7741
2016	7480	406	9	7896
2017	7692	431	0	8128
2018	8192	463	0	8655
2019	8506	501	0	9007
2020	8400	476	0	8876
2021	8.512	465	0	8.977

Kilde: KRL og egne beregninger

### Fordelingsnøgle

For at imødegå den mindre udfordring med kontoplansændringen i 2018 benytter vi en fordelingsnøgle for ansatte, som ikke har kunnet blive placeret på enten ældre- eller socialområdet, fordi de har været ansat på institutioner, som ikke eksisterer efter 2018, og de således stadig er placeret på hovedfunktion 5.32 "Tilbud til ældre og handicappede". For at kunne fordele de ansatte retvisende ser vi på, hvordan de ansatte på hovedfunktion 5.32 blev fordelt på ældre- og socialområdet, da kontoplansændringen trådte i kraft i januar 2018. Konkret udregnes der en fordelingsnøgle for hver personalegruppe i hver kommune ved at se for hver kommune og personalegruppe, hvor stor en procentandel af de ansatte (årsværk) på hovedfunktion 5.32 i november 2017, som i januar 2018 var placeret på hhv. ældreområdet, dvs. hovedfunktion 5.30 "Tilbud til ældre", og socialområdet, dvs. hovedfunktion 5.38 "Tilbud til voksne med særlige behov". Denne fordeling bruges til fordelingsnøglen for hver personalegruppe i hver kommune tilbage i tid blandt de ansatte, som ikke kan placeres, da det viser, hvor stor en andel af hovedfunktion 5.32 var hhv. ældre- og socialområdet omkring kontoplansændringen.

Da fordelingsnøglen angiver, hvor stor en andel af de ansatte på hovedfunktion 5.32 i november 2017, som blev placeret på hhv. ældre- og socialområdet, da den nye kontoplan trådte i kraft i januar 2018, kan vi fordele de ansatte, som stadig er placeret på hovedfunktion 5.32 før 2018 forholdsvis retvisende mellem ældre- og socialområdet for hver personalegruppe i hver kommune. En udfordring med fordelingsnøglen er dog, at det er udtryk for fordelingen på et tidspunkt. Det er kun omkring kontoplansændringen i januar 2018, at det er muligt at se, hvor stor en andel af hovedfunktion 5.32, som er hhv. ældre- og socialområdet. Vi vurderer dog, at vi med fordelingsnøglen i højere grad placerer de ansatte på hovedfunktion 5.32 retvisende, end hvis vi ikke forsøgte at fordele dem på ældre- og socialområdet. Og som nævnt vedrører det under alle omstændigheder relativt få ansatte.

## 2.3 Karakteristik af ældre hjemmesygeplejemodtagere

I "4.1.1 Karakteristik af ældre hjemmesygeplejemodtagere" i hovedrapporten undersøger vi ældre hjemmesygeplejemodtageres socioøkonomiske profil og sundhedsforhold i 2014 og 2020.

Ældre hjemmesygeplejemodtagere er afgrænset til modtagere af hjemmesygepleje i eget hjem i alderen 65 år eller derover. Disse oplysninger baserer sig på Danmarks Statistiks register for hjemmesygepleje i eget hjem (AEHJSP). Da nogle kommuner indberetter både hjemmesygeplejeydelser i eget hjem, på plejehjem/almen bolig, psykiatriske botilbud mv. til Danmarks Statistik, mens andre kommuner udelukkende indberetter hjemmesygeplejeydelser i eget hjem, har Danmarks Statistik valgt at trække beboere på plejehjem/almen bolig ud af deres data, så deres hjemmesygeplejeregister kun dækker hjemmesygepleje i eget hjem.

Vi vil helst have undersøgt udviklingen mellem 2013 og 2021, så vi fulgte resten af kapitlets undersøgte tidsperiode, men det er desværre ikke muligt, så vi undersøger 2014 og 2020. 65 kommuner er medtaget i karakteristikken, da de resterende kommuner ikke har hjemmesygeplejedata i alle måneder i 2014 og/eller 2020. Vi benytter hjemmesygeplejedata fra 2014, da det ikke er muligt at afgrænse til modtagere af hjemmesygepleje i eget hjem i 2013. Vi undersøger 2020, da der på tidspunktet for rapportens udgivelse endnu ikke er offentliggjort hjemmesygeplejedata for 2021. COVID-19 kan muligvis have betydning for tallene i 2020 – særligt tallene for aktivitet i sygehussektoren. Af den grund har vi foretaget en robusthedstest, hvor vi har set på udviklingen mellem 2014 og 2019. Det viste de samme tendenser som mellem 2014 og 2020. I nedenstående tabel 2.3 er de benyttede variable til karakteristikken dokumenteret med konkret kilde.

**Tabel 2.3**

**Oversigt over benyttede variable i karakteristikkene af ældre hjemmesygeplejemodtagere**

Variable	Kilde	Bemærkning
Hjemmesygepleje i eget hjem	DST – AEHJSP	Data fra 65 kommuner er medtaget. De resterende kommuner har ikke hjemmesygeplejedata i alle måneder i 2014 og/eller 2020.
Alder, køn, herkomst, civilstand, enke/enkemand året før	DST – BEF og DOD	Enke/enkemand året før er opgjort som partner død året før (hhv. 2013 og 2019).
Uddannelse	DST – UDDA	Opgjort som højeste fuldførte uddannelse.
Boligtype	DST – BBREENHED	
Polyfarmaci	DST – LMDB	Polyfarmaci defineres til samtidig brug af mere end fem lægemidler.
Hjemmepleje	DST – AEFV	Hjemmepleje er opgjort for eget hjem. Data fra 43 kommuner er medtaget. 22 kommuner er udgået grundet manglende hjemmeplejedata i 2014 og/eller 2020.
Alvorlig sygdom, psykisk sygdom, demens, somatisk/psykiatrisk indlæggelse, somatisk/psykiatrisk ambulant besøg	Sundhedsdatastyrelsen – LPR og RUKS	Alvorlig sygdom og psykisk sygdom er opgjort uden demens. Alvorlig sygdom, psykisk sygdom og demens er afgrænset til diagnoser stillet de sidste 5 år. Alvorlig sygdom er baseret på Charlson Comorbidity Index (CCI). For både alvorlig sygdom og psykisk sygdom er det kun diagnoser, der er stillet i forbindelse med besøg på sygehusene, som indgår. Sygdomme, der behandles i primærsektoren, medtages altså ikke. Dog har vi med RUKS beriget alvorlig sygdom med hjertesvigt, KOL, astma, diabetes type I og II, så det også gælder for primærsektoren for disse diagnoser.
Indlæggelse 0-7 dage før første hjemmesygeplejedato	Sundhedsdatastyrelsen – LPR og DST – AEHJSP	Da vi gerne vil sikre, at der er tale om nye hjemmesygeplejemodtagere, medtages kun borgere med første hjemmesygeplejedato i februar i året.
Kontakt til almen praksis, kontakt til speciallæge, kontakt til psykolog og/eller psykiater	DST – SSSY	

## 2.4 Sammenhænge og mønstre

I "4.4 Sammenhænge og mønstre" i hovedrapporten undersøger vi, hvordan antallet af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre i 2021 hænger sammen med udvalgte faktorer på kommuneniveau. Det undersøges med bivariate korrelationer. I tabel 2.4 præsenteres de udvalgte faktorer med konkret kilde.

**Tabel 2.4**

**Oversigt over benyttede variable i analysen**

Variabel	Kilde	Bemærkning
Socioøkonomisk indeks	Indenrigs- og Boligministeriet	Socioøkonomisk indeks opgør kommunens relative udgiftsbehov i forhold til andre kommuner på basis af en række socioøkonomiske kriterier, der indgår med forskellig vægt i beregningen. Det er kriterier som f.eks. 'Antal 20-59-årige uden beskæftigelse' og 'Antal psykiatriske patienter'. En værdi over 1 betyder, at kommunen har et større udgiftsbehov relativt til gennemsnittet af kommunerne, mens en værdi lavere end 1 betyder et lavere udgiftsbehov relativt til gennemsnittet. Socioøkonomisk indeks er opgjort for 2021.
Andel ældre med demens	Sundhedsdatastyrelsen – LPR og RUKS	Demens er afgrænset til diagnoser stillet de sidste 5 år. Det er opgjort for 2020.
Andel ældre der er polyfarmacipatienter	DST – LMDB	Polyfarmaci afgrænses til samtidig brug af mere end fem lægemidler. Det er opgjort for 2020.
Andel ældre som modtager hjemmesygepleje	DST – AEHJSP	Hjemmesygeplejemodtagere er afgrænset til modtagere af hjemmesygepleje i eget hjem. Det er opgjort for 2020. Data fra 95 kommuner er medtaget. De resterende kommuner har ikke hjemmesygeplejedata i alle måneder i 2020.
Forgæves rekrutteringsrate (FFR) for sygeplejersker	Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering	Den forgæves rekrutteringsrate angives som en andel og er forholdet mellem de rekrutteringsforsøg, som har været forgæves i forhold til alle rekrutteringsforsøg (summen af succesfulde og forgæves rekrutteringsforsøg) i perioden april 2021 til september 2021. Den forgæves rekrutteringsrate indsamles gennem Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings rekrutteringssurvey. Forgæves rekrutteringsrate opgøres for de otte regionale arbejdsmarkedsråd, så kommuner i samme regionale arbejdsmarkedsråd har den samme værdi. Bornholms Kommune er ikke medtaget ved denne variabel, da datamængden for RAR Bornholm er for begrænset.
Gns. afstand til nærmeste akutsygehus for ældre	Dataforsyningen, BEFADR og BYSTRB	Beregnet på baggrund af ældres bopælsogn og det sogn, det nærmeste sygehus ligger i. Grundet tekniske udfordringer indgår Fanø ikke. Det er opgjort for 2021.

Anm.: Ældre er afgrænset til borgere i alderen 65 år eller derover.

Tabel 2.5 er som tabel 4.2 i rapporten, men her vises korrelationskoefficienterne og en mere detaljeret inddeling af signifikansniveauet.

Tabel 2.5

**Bivariate sammenhænge mellem udvalgte faktorer og antal sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (autoriserede sundhedspersoner) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre, 2021.**

	Sygeplejersker	SOSU-assistenter	Sygeplejersker og SOSU-assistenter
Socioøkonomisk indeks	-0,03	0,30***	0,25**
Andel ældre med demens	-0,05	0,32***	0,26***
Andel ældre der er polyfarmacipatienter <sup>1</sup>	0,10	0,45***	0,44***
Forgæves rekrutteringsrate (FFR) for sygeplejersker <sup>2</sup>	-0,54***	0,04	-0,15
Gns. afstand til nærmeste akutsygehus for ældre <sup>3</sup>	0,24**	-0,03	0,06
Andel ældre som modtager hjemmesygepleje <sup>4</sup>	0,49***	0,18*	0,33***

Anm.: \*p<0,1 \*\*p<0,05 \*\*\*p<0,01. Personalegrupperne er afgrænset i "2.2.1 Personalegrupper på det kommunale sundheds- og ældreområde". <sup>1</sup>Polyfarmaci afgrænses til samtidig brug af mere end fem lægemidler. <sup>2</sup>Forgæves rekrutteringsrate (FFR) måles for hver af de otte regionale arbejdsmarkedsråd, så kommuner i samme regionale arbejdsmarkedsråd har den samme værdi. FFR indsamles gennem Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings rekrutteringssurvey. Bornholms Kommune er ikke medtaget, da datamængden for RAR Bornholm er for begrænset. Da forgæves rekrutteringsrate for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i meget høj grad korrelerer, er der her sat fokus på forgæves rekrutteringsrate for sygeplejersker. <sup>3</sup>Fanø Kommune er udgået på grund af tekniske udfordringer. <sup>4</sup>Andel ældre som modtager hjemmesygepleje er afgrænset til hjemmesygeplejemodtagere i eget hjem, og 95 kommuner er medtaget. De sidste 3 kommuner har ikke hjemmesygeplejedata i alle måneder. Læs mere i Tabel 2.4 om definitioner på de udvalgte faktorer. Ældre er defineret som personer i alderen 65 år eller derover.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL, Indenrigs- og Boligministeriet, Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, Dataforsyningen samt egne beregninger.

## 3 Varetagelse af sygeplejeindsatser i kommunerne

### 3.1 Data

Kapitel 5 i hovedrapporten baserer sig på data fra Fælles Sprog III (FSIII), som vi har indsamlet fra kommunerne. I boks 3.1 har vi uddybet, hvad FSIII er.

#### Boks 3.2

##### Fælles Sprog III

Fælles Sprog III (FSIII) er en fælleskommunal standard for registrering af data på sundheds- og ældreområdet i kommunerne, som kommunerne skal anvende. FSIII har tre niveauer til klassifikation af data: Niveau 1 er de paragraffer, en indsats ydes efter. FSIII rummer indsatser efter service- og sundhedsloven. På servicelovsområdet dækker FSIII alle kommunale indsatser efter §§ 83, 83a, 84 og 86, og på sundhedslovsområdet dækker FSIII indsatser efter § 138. Niveau 2 rummer de fælleskommunale indsatser. At indsatserne er fælleskommunale, betyder, at alle kommuner skal benytte de fælleskommunale indsatser i deres dokumentation. Niveau 1 og 2 er obligatoriske i den kommunale dokumentation. Niveau 3 er en yderligere udspecificering af indsatserne på niveau 2. Indsatser på niveau 3 findes der ikke en fælles kommunal standard for, og de er ikke obligatoriske.

Kilde: VIVE (2021): Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne – En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området.

Da indsatserne på niveau 2 i FSIII både er de mest detaljerede indsatser, som er obligatoriske og fælleskommunale, er de bedst egnet til at indsamle og sammenligne data om, hvilke indsatser kommunerne varetager. Da vores fokus er på sygeplejeindsatser, har vi valgt at indsamle FSIII-data efter sundhedslovens § 138 på niveau 2 (de fælleskommunale indsatser). Sundhedslovens § 138 er det lovmæssige grundlag for al sygepleje i kommunerne<sup>4</sup>.

På sundhedslovsområdet (SUL § 138) i FSIII er der formuleret 39 fælleskommunale indsatser samt fire såkaldte 0-ydelser. 0-ydelserne er udeladt i vores dataindsamling grundet registreringsudfordringer<sup>5</sup>. I tabel 3.1 er de 39 indsatser oplistet.

<sup>4</sup> Sundheds- og Ældreministeriet (2019): LBK nr 903 af 26/08//2019 Bekendtgørelse af sundhedsloven

<sup>5</sup> 0-ydelserne er følgende fire indsatser: Sygeplejefaglig udredning, koordinering, opfølgning og generel 0-ydelse.

**Tabel 3.1**

**De 39 fælleskommunale indsatser under sundhedslovens § 138 i FSIII.**

Anlæggelse og pleje af kateter	Kompressionsbehandling	Samarbejde med netværk
Behandling med ortopædiske hjælpemidler	Medicinadministration	Sekretsugning
Behandling og pleje af hudproblem	Medicindispensering	Sondeernæring
Behandling og pleje af mave-tarmproblem	Nonfarmakologisk smertelindring	Stomipleje
Cirkulationsbehandling	Oplæring	Støtte til ADL-aktivitet
Dialyse	Parenteral ernæring	Subkutan væskebehandling
Drænpleje	Personlig pleje	Supplerende udredning
Ernæringsindsats	Pleje ved anvendelse af personlige hjælpemidler	Særlig kommunikationsform
Forflytning og mobilisering	Psykiatrisk pleje	Sårbehandling
Itbehandling	Psykisk støtte	Trakeostomipleje
Inkontinensbehandling	Rehabilitering	Undersøgelser og måling af værdier
Intravenøs medicinsk behandling	Respirationsbehandling	Vejledning
Intravenøs væskebehandling	Respiratorbehandling	Væske per os

Anm.: Da de fire 0-ydelser ikke indgår i rapporten, er de udeladt i tabellen.  
 Kilde: KL (2019): Fælles Sprog III Indsatskatalog (sundhedslov) Version 1.6.

Vi har indsamlet FSIII-data ved at udsende et Excel-ark til alle kommuner, som vi har bedt kommunerne om at udfylde ved at trække FSIII-data fra deres omsorgssystemer for september 2021. Det har været valgfrit for kommunerne, hvem der har udfyldt Excel-arket, men vi har dog anbefalet at benytte en medarbejder, der kan trække data fra kommunens omsorgssystem. Der er således ét svar pr. kommune. Vi har modtaget besvarelser fra 93 kommuner. Kommunernes besvarelser er anonyme. Tre kommuners datakvalitet har vist sig efterfølgende ikke at være tilstrækkelig. I kapitel 5 i hovedrapporten er der således medtaget FSIII-data fra 90 kommuner.

Der er en række udfordringer ved FSIII-data, som kan have betydning for datakvaliteten. Der er dog stadig så store forskelle mellem kommunerne, at det næppe blot er udtryk for forskelle i datakvalitet. Her er det også vigtigt at påpege, at det er første gang, at der er blevet indsamlet FSIII-data fra så mange kommuner. I "3.3 Læringspunkter ved data fra Fælles Sprog III" har vi samlet de mest centrale lærings- og opmærksomhedspunkter i forhold til brugen af FSIII-data, som vi har erfaret i vores dataindsamling.

## 3.2 Indikator

I hovedrapportens kapitel 5 undersøger vi kommunernes varetagelse af sygeplejeindsatser ved at se på antal aktive bevillinger til indsatser efter sundhedslovens § 138 på niveau 2 i FSIII (de fælleskommunale indsatser) i september 2021. Antal aktive bevillinger er defineret som antal borgere i kommunen, der i september 2021 har en aktiv bevilling til indsats. Her har vi indsamlet data for borgere i alt og borgere i eget hjem. Borgere i eget hjem er afgrænset til borgere, der ikke bor på plejehjem, plejebolig eller psykiatriske/socialt botilbud, men har bopælsadresse i eget hjem. Borge-

re, der benytter sygeplejeklinikker og midlertidige pladser (herunder akutpladser), har stadig bopælsadresse i eget hjem, og ses derfor som borgere i eget hjem<sup>6</sup>.

Ved hver sygeplejeindsats tælles unikke antal borgere. Dog kan borgere godt tælle med flere gange, når der ses på det samlede antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser, hvis de har en aktiv bevilling til flere forskellige sygeplejeindsatser. Aktiv bevilling betyder, at vi har medtaget borgere, der i september 2021 eller før har fået bevilget sygeplejeindsats, og som stadig er bevilget indsatsen i hele eller dele af september 2021. Valg af antal aktive bevillinger som indikator beskrives nærmere i *"3.3 Læringspunkter ved data fra Fælles Sprog III"*.

I nedenstående tabel 3.2 er antal borgere med en aktiv bevilling i alt og i eget hjem til hver fælleskommunale indsats opgjort på landsplan i september 2021.

---

<sup>6</sup> Danmarks Statistik (2021): Statistikdokumentation for sociale ydelser til ældre 2020



**Tabel 3.2**
**Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i alt og i eget hjem pr. 1.000 ældre, september 2021.**

Indsats	I alt	I eget hjem
Anlæggelse og pleje af kateter	15,0	10,6
Behandling med ortopædiske hjælpemidler	1,0	0,7
Behandling og pleje af hudproblem	12,7	5,7
Behandling og pleje af mave-tarmproblem	4,3	1,3
Cirkulationsbehandling	5,4	2,3
Dialyse	0,1	0,1
Drænpleje	0,6	0,5
Ernæringsindsats	18,3	5,4
Forflytning og mobilisering	2,7	0,7
Ittbehandling	1,1	0,6
Inkontinensbehandling	6,0	3,5
Intravenøs medicinsk behandling	0,8	0,8
Intravenøs væskebehandling	0,3	0,2
Kompressionsbehandling	33,8	25,3
Medicinadministration	87,1	51,7
Medicindispensering	107,2	71,3
Nonfarmakologisk smertelindring	0,9	0,4
Oplæring	0,8	0,7
Parenteral ernæring	0,3	0,2
Personlig pleje	1,6	0,6
Pleje ved anvendelse af personlige hjælpemidler	2,5	0,7
Psykiatrisk pleje	1,5	0,7
Psykisk støtte	11,0	5,6
Rehabilitering	1,3	0,7
Respirationsbehandling	3,6	1,8
Respiratorbehandling	0,1	0,1
Samarbejde med netværk	3,5	2,1
Sekretsgugning	0,1	0,0
Sondeernæring	2,3	1,2
Stomipleje	3,2	2,5
Støtte til ADL-aktivitet	1,6	0,3
Subkutan væskebehandling	0,4	0,2
Supplerende udredning	5,9	3,5
Særlig kommunikationsform	0,6	0,3
Sårbehandling	29,7	22,1
Trakeostomipleje	0,1	0,1
Undersøgelser og måling af værdier	33,4	13,5
Vejledning	4,6	2,9
Væske per os	1,7	0,5

Anm.: FSIII-data fra 90 kommuner er medtaget i tabellen. Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover.  
 Kilde: Danmarks Statistik, FSIII-data fra kommunernes omsorgssystemer og egne beregninger.

### 3.3 Læringspunkter ved data fra Fælles Sprog III

#### **Antal aktive bevillinger er mest sammenligneligt**

I hovedrapportens kapitel 5 undersøger vi kommunernes varetagelse af sygeplejeindsatser ved at se på antal aktive bevillinger til indsatser efter sundhedslovens § 138 på niveau 2 i FSIII (de fælleskommunale indsatser). Selvom der er andre indikatorer, som muligvis i højere grad kan måle omfanget af sygepleje som fx leveret eller visiteret tid, så er disse indikatorer i mindre grad sammenlignelige mellem kommunerne, da tid i mindre grad er standardiserede på tværs af kommunerne end antal borgere med aktive bevillinger. Der er forskelle i registreringspraksis blandt kommunerne, som også kan påvirke kvaliteten af antal aktive bevillinger, men forskelle i registreringspraksis påvirker i højere grad kvaliteten af leveret og visiteret tid, da disse kræver mere af kommunernes registreringspraksis.

#### **Stort set alle kommuner kan levere FSIII-data**

Klart størstedelen af de kommuner, vi har været i kontakt med i forbindelse med vores indsamling af FSIII-data, har kunnet sende os data for antal aktive bevillinger til indsatser efter sundhedslovens § 138 på niveau 2 i FSIII (de fælleskommunale indsatser) for borgere i alt og i eget hjem i september 2021. Af de 93 kommuner, som vi har været i kontakt med, har 90 kommuner leveret brugbart FSIII-data. Der er visse udfordringer med FSIII-data, som også er fremhævet nedenfor, men det er positivt, at så mange kommuner har kunnet levere data til os. Tre kommuners data er blevet udeladt i rapporten. For den første kommune skyldtes det, at de ikke havde implementeret FSIII endnu. For den anden kommune skyldtes det, at de ikke kunne skelne mellem borgere i eget hjem og ikke eget hjem i deres omsorgssystem. For den tredje kommune skyldtes det store registreringsproblemer, som betød, at deres aktivitetsdata var meget lav.

#### **FSIII-data er mere præcist blandt borgere i eget hjem**

FSIII-data er mere præcist for borgere i eget hjem, end det er for borgere, der ikke er i eget hjem, hvilket også betyder, at vi i hovedrapportens kapitel 5 hovedsageligt har fokus på FSIII-data for borgere i eget hjem<sup>7</sup>. Data er mere præcist blandt borgere i eget hjem, fordi der i hjemmesygeplejen og hjemmeplejen er behov for mere detaljeret planlægning i forhold til fx kørelister til medarbejdere. På plejehjem og plejeboliger er der en mere fleksibel og flydende opgavefordeling, hvilket også betyder, at de ikke i samme grad har fokus på registreringspraksis<sup>8</sup>. Konkret er den store udfordring i registreringspraksissen på plejehjem og plejeboliger, at de i mindre grad tilsyneladende afslutter borgernes bevillinger, selvom borgerne ikke længere modtager den givne sygeplejeindsats. Det kan også være en udfordring i forhold til borgere i eget hjem, men ikke i samme grad. Udfordringen med ikke-afsluttede bevillinger har gjort, at tre kommuner har sendt os FSIII-data med udgangspunkt i leverede og planlagte indsatser. For den ene kommune skyldes det hovedsageligt, at de er overgået til et nyt omsorgssystem i 2021.

#### **Variation i fortolkning af de fælleskommunale indsatser**

Vi har oplevet i dataindsamlingen, at der kan være forskelle i, hvordan kommunerne fortolker, hvornår en given indsats vælges frem for en anden sygeplejeindsats på niveau 2 i FSIII-indsatskataloget (de fælleskommunale indsatser). Eksempelvis har en kommune valgt at lægge indsatser til "Kompressionsbehandling" og "Cirkulationsbehandling" kun på "Cirkulationsbehand-

---

<sup>7</sup> Dette følger også Danmarks Statistiks praksis i forhold til hjemmesygeplejedata, da de trækker beboere på plejehjem/almen bolig ud af hjemmesygeplejedata, da nogle kommuner indberetter både hjemmesygeplejeydelser i eget hjem, på plejehjem/almen bolig, psykiatriske botilbud mv., mens andre kommuner udelukkende indberetter hjemmesygeplejeydelser i eget hjem.

<sup>8</sup> VIVE (2021): Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne – En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området

ling". Endvidere er det også blevet nævnt, at der kan være udfordringer med at skelne mellem enkelte fælleskommunale indsatser efter sundhedsloven og enkelte fælleskommunale indsatser efter serviceloven, fordi deres beskrivelse i høj grad ligner hinanden. Et eksempel på dette er "Ernæringsindsats" efter sundhedsloven og "Ernæring" efter serviceloven. Ydermere kan der være en mindre udfordring med, at dele af indsatser efter sundhedsloven indlejres i plejepakker efter serviceloven. En kommune nævner, at de har valgt at placere dele af to indsatser efter sundhedslovens § 138, "Kompressionsbehandling" og "Medicinadministration", i plejepakker efter serviceloven. Det betyder, at antallet af bevillinger på de to sygeplejeindsatser vil være lavere i deres omsorgssystem, end det reelt er.

### **De fælleskommunale indsatser er bredt defineret**

Mange kommuner har nævnt, at flere sygeplejeindsatser på niveau 2 i FSIII-indsatskataloget (de fælleskommunale indsatser) er for bredt defineret, således at der er stor forskel i ressourceforbrug og specialiseringsgrad for indsatser under samme fælleskommunale indsats. Et eksempel på det er "Kompressionsbehandling", som både dækker behandling med kompressionsforbinding samt på- og aftagning af kompressionsstrømper. Den første indsats er mere specialiseret og varetages typisk af sygeplejersker, mens på- og aftagning af kompressionsstrømper er en mindre ressource-tung og specialiseret indsats, som typisk varetages af social- og sundhedshjælpere. Den store variation i ressourceforbrug og specialiseringsgrad internt i flere af de fælleskommunale indsatser har medført, at en del kommuner har valgt at oprette deres egne lokale indsatser på niveau 3, som udspecificerer de fælleskommunale indsatser i flere indsatser.

### **Manglende 'mapning' mellem niveau 2 og 3**

Som nævnt ovenfor har kommunerne mulighed for at oprette lokale indsatser på niveau 3, men det er et krav, at disse 'mappes' til de fælleskommunale indsatser på niveau 2. Det vil sige, at indsatser, der oprettes på niveau 3, entydigt skal kunne knyttes til specifikke indsatser på niveau 2 og dermed 'oversættes' til de fælleskommunale indsatser. Vores klare vurdering ud fra vores dataindsamling er, at klart de fleste kommuner, som har indsatser på niveau 3, har 'mappet' indsatserne til indsatser på niveau 2, så de kan trække tal for unikke borgere på begge niveauer. Dog er der få kommuner, der ikke har indsatserne på niveau 3 "mappet" op til niveau 2. Det har medført, at disse få kommuner har skullet i gang med en ressource-tung opgave med at oversætte indsatserne på niveau 3 til indsatserne på niveau 2.

### **"Gamle indsatser" spøger ved enkelte kommuner**

Enkelte kommuner har stadig både "gamle" og "nye" fælleskommunale indsatser i deres omsorgssystem. Det drejer sig om indsatserne "Vurdering" og "Ernæringscreening", som blev erstattet med "Supplerende udredning", da FSIII overgik til version 1.6 i 2019<sup>9</sup>. Der er dog kun tale om enkelte kommuner, hvilket indikerer, at klart de fleste kommuner har implementeret de opdaterede fælleskommunale indsatser i FSIII.

### **0-ydelserne er en black-box**

Second opinion-opgaver samt oplæring og undervisning af kollegaer findes ikke som fælleskommunale indsatser i FSIII. Det betyder, at kommunerne enten registrerer disse indsatser i en supplerende systemløsning eller på 0-ydelserne i FSIII-indsatskataloget – særligt "Generel 0-ydelse" og "Koordinering". Det gør det svært at sammenligne 0-ydelserne på tværs af kommunerne, og vi har

---

<sup>9</sup> KL (2018): Advisering om release af Fælles Sprog III version 1.6

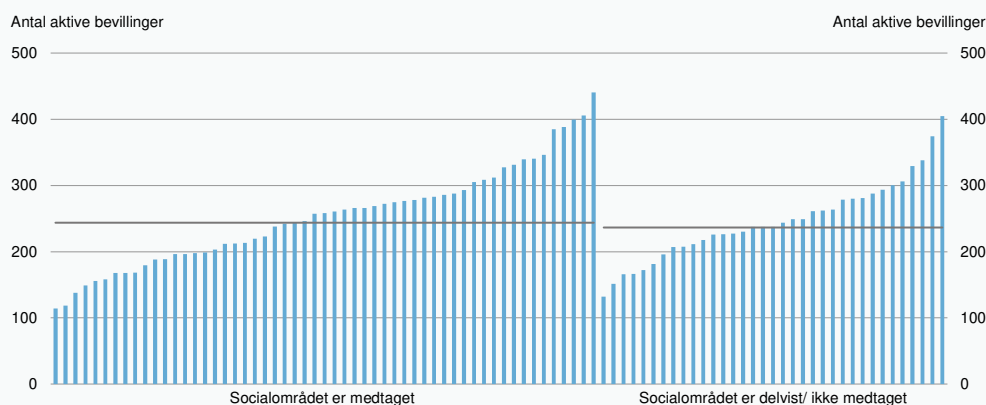
derfor valgt ikke at medtage 0-ydelserne i analysen. 0-ydelserne er følgende fire indsatser: Sygeplejefaglig udredning, koordinering, opfølgning og generel 0-ydelse<sup>10</sup>.

### Bevillinger fra socialområdet registreres i forskellig grad

Ud af de 90 deltagende kommuner har 55 kommuner angivet, at bevillinger til sygeplejeindsatser fra socialområdet er medtaget i deres besvarelse. 35 ud af de 90 deltagende kommuner har delvist eller slet ikke medtaget sygeplejeindsatser bevilget af socialområdet i deres FSIII-data. Det skyldes, at disse kommuner enten er i gang med eller ikke har startet på at implementere FSIII på socialområdet. Fælles for alle 35 kommuner, som ikke har eller delvist har medtaget bevillinger fra socialområdet, er, at hvis borgere tilknyttet socialområdet får bevilget en sygeplejeindsats af en ansat fra ældreområdet, særligt hjemmesygeplejen, så vil det optræde i deres data. Der er forskel blandt kommunerne i forhold til, om det er botilbuddene eller hjemmesygeplejen, som i højeste grad står for bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere tilknyttet socialområdet. Der er dog ikke variation i antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre mellem kommunerne, som har bevillinger fra socialområdet medtaget, og kommunerne, som ikke har medtaget eller delvist medtaget bevillinger fra socialområdet, jf. figur 3.1.

Figur 3.1

Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre fordelt på kommuner og om bevillinger fra socialområdet er medtaget, september 2021.



Anm.: Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser er nærmere defineret i "3.2 Indikator". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Den vandrette linje angiver det vægtede gennemsnit.

Kilde: Danmarks Statistik, FSIII-data fra kommunernes omsorgssystemer og egne beregninger.

### Kommunale forskelle i registrering af sygeplejeklinikker og midlertidige pladser

I vores analyse er borgere i eget hjem afgrænset til borgere, der ikke bor på plejehjem, plejebolig eller psykiatriske/sociale botilbud, men har bopælsadresse i eget hjem. Borgere, der benytter sygeplejeklinikker og midlertidige pladser (herunder akutpladser), har stadig bopælsadresse i eget hjem, så de skal ses som borgere i eget hjem<sup>11</sup>. I vores dataindsamling har vi oplevet en udfordring omkring, at flere kommuner ikke i første omgang har angivet borgere, der benytter sygeplejeklinikker og særligt midlertidige pladser, som borgere i eget hjem. Kommunernes forklaring til, at sygeplejeklinikker er angivet som ikke i eget hjem, er, at klinikkerne er placeret uden for borgerenes eget

<sup>10</sup> Carve Consulting (2019): Dataunderstøttelse af kommunale akutfunktioner

<sup>11</sup> Danmarks Statistik (2021): Statistikdokumentation for sociale ydelser til ældre 2020

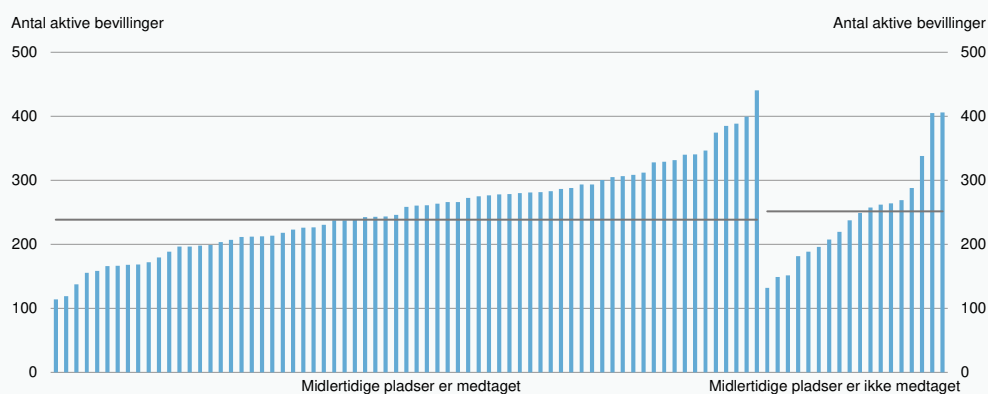
hjem. Det har dog været nemt for kommunerne at rette sygeplejeklinikker til eget hjem. Kun en kommune i analysen har ikke borgere på sygeplejeklinikker med som borgere i eget hjem. Kommunernes forklaring til, at midlertidige pladser er angivet som ikke i eget hjem, er, at borgere på midlertidige pladser opholder sig og overnatter der, og pladserne er tit placeret sammen med plejeboliger, hvilket betyder, at pladserne ofte er varetaget af plejeboligpersonale. Der var klart flere kommuner, som havde placeret midlertidige pladser som ikke i eget hjem i forhold til sygeplejeklinikker. Få kommuner har ikke eller delvist ikke fået implementeret FSIII på midlertidige pladser, så de har ikke kunnet rette deres FSIII-data, men mange af kommunerne har kunnet rette deres FSIII-data, som de har sendt til os, så borgere på midlertidige pladser indgår blandt borgere i eget hjem.

Overordnet set har kommunernes rettelser ikke ændret meget i kommunernes antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem i september 2021. Det skyldes, at borgere på midlertidige pladser sjældent er der i en hel måned, og de vil ofte også før og/eller efter få sygeplejeindsatser i eget hjem i september 2021. De vil derfor alligevel indgå i opgørelserne for borgere i eget hjem i vores rapport. Dog kan der være en problematik i, at de mest specialiserede sygeplejeindsatser gives på et midlertidigt ophold, og de vil således ikke indgå.

For flere kommuner har det været en tung proces at rette deres tal i forhold til midlertidige pladser, fordi de skulle ind i de enkelte borgeres journaler for at adskille borgere på midlertidige pladser fra borgere i plejeboliger. Det har også medført, at ikke alle kommuner har valgt at prioritere at rette det, fordi det ændrer meget lidt i deres FSIII-data. Der er ikke nævneværdig forskel i antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre mellem kommuner, som har bevillinger fra midlertidige pladser medtaget og ikke medtaget i borgere i eget hjem, jf. figur 3.2. Gennemsnittet er faktisk endda lidt højere for kommunerne, som ikke har medtaget midlertidige pladser som i eget hjem.

**Figur 3.2**

**Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre fordelt på kommuner og om bevillinger fra midlertidige pladser er medtaget i eget hjem, september 2021.**



Anm.: Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser er nærmere defineret i "3.2 Indikator". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Den vandrette linje angiver det vægtede gennemsnit. 3 kommuner er udeladt, da vi ikke ved, om midlertidige pladser er medtaget eller ikke medtaget i borgere i eget hjem.

Kilde: Danmarks Statistik, FSIII-data fra kommunernes omsorgssystemer og egne beregninger.

## 4 Arbejdsdeling i forhold til sygeplejeindsatser i kommunerne

### 4.1 Data

Hovedrapportens kapitel 6 baserer sig på data fra et spørgeskema, vi har udsendt til kommunerne i efteråret 2021. Her bad vi om, at en leder med ansvar for hjemmesygeplejen besvarede spørgeskemaet på vegne af kommunen. Der er således én besvarelse pr. kommune. 92 kommuner har besvaret spørgeskemaet. Kommunernes besvarelser er anonyme. Ideelt set ville vi gerne have brugt FSIII-data til at undersøge arbejdsdelingen, men det viste sig ikke at være muligt at indsamle, fordi mange kommuner ikke kunne opgøre hvilken personalegruppe, der har varetaget FSIII-indsatsen i deres omsorgssystem.

### 4.2 Indikator

#### **Arbejdsdeling**

Arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedspersonale i forhold til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem undersøges med følgende spørgsmål:

*"For borgere i eget hjem - I hvilken grad er det sygeplejersker, der udfører følgende sygeplejeindsatser?"*

Her kunne kommunerne svare på en skala fra 1-5, hvor 1 angiver "Slet ikke", og 5 angiver "I meget høj grad" for hver af de udvalgte sygeplejeindsatser. "Slet ikke" indikerer, at sygeplejersker slet ikke varetager den givne sygeplejeindsats, hvilket også betyder, at indsatsen i høj grad varetages af social- og sundhedspersonale. "I meget høj grad" indikerer, at sygeplejersker i meget høj grad varetager den givne sygeplejeindsats, hvilket også betyder, at social- og sundhedspersonale i mindre grad varetager indsatsen.

Ud fra vores indsamling af FSIII-data har vi udvalgt de syv hyppigste fælleskommunale sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem på landsplan målt på antal aktive bevillinger til at afdække arbejdsdeling af sygeplejeindsatser i spørgeskemaet. Følgende fælleskommunale sygeplejeindsatser fra FSIII er medtaget i spørgeskemaet:

- Anlæggelse og pleje af kateter
- Behandling og pleje af hudproblem
- Kompressionsbehandling
- Medicinadministration
- Medicindispensering
- Sårbehandling
- Undersøgelse og måling af værdier

Da vi har undersøgt arbejdsdeling med udgangspunkt i udvalgte fælleskommunale indsatser fra FSIII, er det blevet fremhævet af flere respondenter, at det har været en udfordring at vurdere arbejdsdelingen ved flere FSIII-indsatser, da de fælleskommunale indsatser er defineret bredt, så indsatser under flere fælleskommunale indsatser varierer i grad af arbejdsdeling mellem sygeplejersker og social- og sundhedspersonale. Læs mere herom i "3.3 Læringspunkter ved data fra Fælles Sprog III". Selvom der er denne udfordring med FSIII-indsatserne, så har vi stadig valgt at foku-

sere på dem, da det har gjort, at vi har kunnet fokusere på arbejdsdeling i forhold til de hyppigste sygeplejeindsatser i kommunerne.

I spørgeskemaet er der udelukkende fokus på arbejdsdeling for indsatser, der udføres i borgernes eget hjem. Dette er gjort for at sikre sammenhæng til hovedrapportens kapitel 5. Borgere i eget hjem er borgere, der ikke bor på plejehjem, plejebolig eller psykiatriske/socialt botilbud, men har bopælsadresse i eget hjem.

I spørgeskemaet skelnes der kun mellem sygeplejersker og social- og sundhedspersonale til at undersøge arbejdsdeling af sygeplejeindsatser. For det første har vi valgt det, fordi vi har primært fokus på, i hvilket omfang sygeplejersker varetager de hyppigste sygeplejeindsatser, og for det andet var det også et hensyn om ikke at gøre spørgeskemaet for komplekst.

### **Begrundelser for arbejdsdeling**

Ud over arbejdsdeling af sygeplejeindsatser har vi i spørgeskemaet også spurgt til begrundelser for arbejdsdeling. Begrundelser for arbejdsdeling undersøges med følgende spørgsmål:

*"For borgere i eget hjem – I hvilken grad ligger følgende begrundelser til grund, når social- og sundhedspersonale varetager sygeplejeindsatser?"*

Her kunne kommunerne svare på en skala fra 1-5, hvor 1 angiver "Slet ikke", og 5 angiver "I meget høj grad" for hver af de udvalgte begrundelser. "Slet ikke" indikerer, at begrundelsen slet ikke ligger til grund for, at social- og sundhedspersonale varetager sygeplejeindsatser. "I meget høj grad" indikerer, at begrundelsen i meget høj grad ligger til grund for, at social- og sundhedspersonale varetager sygeplejeindsatser<sup>12</sup>.

Følgende begrundelser er kommunerne blevet spurgt om i spørgeskemaet:

- Sygeplejeindsatsen er ikke kompleks, men på basalt/elementært niveau
- Borgerens forløb er ikke komplekst
- Social- og sundhedspersonale har stærke sundhedsfaglige kompetencer
- Den social- og sundhedsansatte har en tæt relation til borgeren
- Kontinuitet i borgerkontakten (højspleje)
- Mangel på sygeplejersker
- Politisk/ledelsesmæssig prioritering
- Andet

### **Organisering af hjemmesygeplejen**

Ud over arbejdsdeling af sygeplejeindsatser og begrundelser for arbejdsdeling har vi spurgt kommunerne til deres organisering af hjemmesygeplejen. Det er gjort med følgende spørgsmål:

*Er hjemmesygeplejen en integreret del af hjemmeplejen i jeres kommune?*

Kommunerne kunne vælge mellem tre svarmuligheder: "Ja, hjemmesygeplejen er integreret i de enkelte hjemmeplejegrupper", "Nej, hjemmesygeplejen er en selvstændig enhed" eller "Anden organisering af hjemmesygeplejen". De to første svarmuligheder er valgt, da der overordnet kan skelnes mellem to organiseringsformer af hjemmesygeplejen. I den første organiseringsform er

---

<sup>12</sup> Det kan ikke udelukkes, at graden af arbejdsdeling kan variere i løbet af året. Spørgeskemaet er besvaret i efteråret 2021.

hjemmesygeplejen integreret i hjemmeplejen, så sygeplejersker og social- og sundhedspersonale er ansat i de samme hjemmeplejegrupper. I den anden organiseringsform er hjemmesygeplejen organiseret i en selvstændig enhed<sup>13</sup>.

Nedenfor i tabel 4.1 er det fulde spørgeskema vist, og i tabel 4.2 er kommunernes besvarelser af det fulde spørgeskema vist.

Tabel 4.1	
Spørgeskema "Arbejdsdeling i forhold til sundhedsindsatser efter sundhedslovens § 138"	
Spørgsmål	Svarkategorier
Er hjemmesygeplejen en integreret del af hjemmeplejen i jeres kommune?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, hjemmesygeplejen er integreret i de enkelte hjemmeplejegrupper</li> <li>• Nej, hjemmesygeplejen er en selvstændig enhed</li> <li>• Anden organisering af hjemmesygeplejen (fritekst)</li> </ul>
<p>I hvilken grad benyttes dosisdispensering, når der dispenseres medicin, som er egnet til dosisdispensering, til borgere i eget hjem i jeres kommune?</p> <p><i>Dosisdispenseret medicin er medicin, som apoteket pakker i doseringsposer til borgeren. Lægen vurderer, om en borger er egnet til at få dosisdispenseret medicin. Lægemiddelsstyrelsen afgør, hvilken medicin der er egnet til dosisdispensering, og det registreres i Medicinpriser.</i></p> <p><i>Her undersøges arbejdsdeling mellem sygeplejersker og SOSU-personale i forhold til udvalgte sundhedsindsatser (SUL § 138) i borgerens eget hjem. Det gøres ved at spørge til, i hvilken grad sygeplejersker udfører indsatserne (fremfor SOSU-personale). Borgere i eget hjem er borgere, der ikke bor på plejehjem, plejebolig eller psykiatriske/sociale botilbud.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I meget høj grad</li> <li>• I høj grad</li> <li>• I nogen grad</li> <li>• I mindre grad</li> <li>• Slet ikke</li> <li>• Ved ikke</li> </ul>
<p><u>For borgere i eget hjem</u> - I hvilken grad er det sygeplejersker, der udfører følgende sundhedsindsatser?</p> <p>Anlæggelse og pleje af kateter Behandling og pleje af hudproblem Kompressionsbehandling Medicinadministration Medicindispensering Sårbehandling Undersøgelse og måling af værdier</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I meget høj grad</li> <li>• I høj grad</li> <li>• I nogen grad</li> <li>• I mindre grad</li> <li>• Slet ikke</li> <li>• Ved ikke</li> </ul>
<p><u>For borgere i eget hjem</u> - I hvilken grad ligger følgende begrundelser til grund, når SOSU-personale varetager sundhedsindsatser (SUL § 138)?</p> <p>Sundhedsindsatsen er ikke kompleks, men på basalt/elementært niveau Borgerens forløb er ikke komplekst SOSU-personale har stærke sundhedsfaglige kompetencer Den SOSU-ansatte har en tæt relation til borgeren Kontinuitet i borgerkontakten (helhedspleje) Mangel på sygeplejersker Politisk/ledelsesmæssig prioritering Andet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I meget høj grad</li> <li>• I høj grad</li> <li>• I nogen grad</li> <li>• I mindre grad</li> <li>• Slet ikke</li> <li>• Ved ikke</li> </ul>
<p>I det forrige spørgsmål angav I, at "Andet" i meget høj grad eller i høj grad ligger til grund, når SOSU-personale varetager sundhedsindsatser (SUL § 138). Vil I venligst uddybe det?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fritekst</li> </ul>
<p>Spørgeskemaet er færdigt. Hvis I har kommentarer til jeres besvarelse af spørgeskemaet, kan I uddybe dem her.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fritekst</li> </ul>

<sup>13</sup> VIVE (2021): Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne – En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området



Tabel 4.2

**Kommunernes besvarelser af spørgeskema "Arbejdsdeling i forhold til sundhedsindsatser efter sundhedslovens § 138"**

	Ja, hjemmesygeplejen er integreret i de enkelte hjemmepleje-grupper.	Nej, hjemmesygeplejen er en selvstændig enhed	Anden organisering af hjemmesygeplejen			
Er hjemmesygeplejen en integreret del af hjemmeplejen i jeres kommuner?	35%	56%	9%			
	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
I hvilken grad benyttes dosisdispensering, når der dispenseres medicin, som er egnet til dosisdispensering, til borgere i eget hjem i jeres kommuner?	3%	6%	34%	54%	3%	0%
	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
For borgere i eget hjem - I hvilken grad er det sygeplejersker, der udfører følgende sundhedsindsatser?						
Anlæggelse og pleje af kateter	21%	33%	33%	13%	1%	0%
Behandling og pleje af hudproblem	2%	13%	32%	52%	0%	1%
Kompressionsbehandling	5%	25%	38%	32%	0%	0%
Medicinadministration	2%	9%	26%	61%	2%	0%
Medicindispensering	5%	35%	50%	9%	1%	0%
Sårbehandling	25%	57%	14%	4%	0%	0%
Undersøgelse og måling af værdier	10%	29%	53%	8%	0%	0%
	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
For borgere i eget hjem - I hvilken grad ligger følgende begrundelser til grund, når SOSU-personale varetager sundhedsindsatser (SUL § 138)?						
Sundhedsindsatsen er ikke kompleks, men på basalt/elementært niveau	61%	35%	4%	0%	0%	0%
Borgerens forløb er ikke komplekst	49%	37%	14%	0%	0%	0%
SOSU-personale har stærke sundhedsfaglige kompetencer	7%	49%	33%	10%	0%	2%
Den SOSU-ansatte har en tæt relation til borgeren	4%	26%	34%	26%	10%	0%
Kontinuitet i borgerkontakten (helhedspleje)	5%	39%	43%	11%	1%	0%
Mangel på sygeplejersker	1%	2%	21%	52%	24%	0%
Politisk/ledelsesmæssig prioritering	3%	16%	28%	27%	22%	3%

Anm.: 92 kommuner har besvaret spørgeskemaet.

Kilde: Spørgeskemabesvarelser og egne beregninger.

## 5 Opmærksomhedspunkter ved den undersøgte tidsperiode

I denne rapport har vi særligt fokus på data for september 2021, hvilket er gjort for at få de mest aktuelle data som muligt. Da vi tager afsæt i september 2021, kan det ikke udelukkes, at COVID-19 kan have en vis betydning for resultaterne i rapporten. Vi vurderer dog ikke, at det har afgørende betydning. For det første var presset fra COVID-19 på sundhedsvæsnet relativt lavt i september 2021 i forhold til tidligere faser af COVID-19. For det andet er det langt fra givet, at COVID-19 har betydning for personalekapacitet og antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser i kommunerne.

Sygeplejerskestrejken i juni 2021 til august 2021 vurderes heller ikke at have særlig betydning, da strejken var overstået i september 2021, og nødberedskabet var således genindtrådt i deres vanlige månedslønnede stillinger. Under strejken var de indberettet som timelønnede.