

Kommunal sygepleje til ældre

Maj 2022



Indenrigs- og
Boligministeriets
BENCHMARKINGENHED

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed:
www.benchmark.dk

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

Indhold

1 Ledelsesresumé	3
2 Indledning.....	8
3 Metode	9
3.1 Centrale begreber.....	9
3.2 Antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i kommunerne.....	10
3.3 Varetagelse af sygeplejeindsatser i kommunerne.....	11
3.4 Arbejdsdeling i forhold til sygeplejeindsatser i kommunerne.....	12
3.5 Opmærksomhedspunkter ved den undersøgte tidsperiode	13
4 Antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i kommunerne.....	14
4.1 Tendenser på landsplan	14
4.1.1 Karakteristik af ældre hjemmesygeplejemodtagere.....	17
4.2 Tendenser på tværs af kommuner	19
4.2.1 Sygeplejersker.....	19
4.2.2 Social- og sundhedsassistenter	20
4.2.3 Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (autoriserede sundhedspersoner).....	22
4.3 Geografiske tendenser	23
4.3.1 Sygeplejersker.....	23
4.3.2 Social- og sundhedsassistenter	26
4.3.3 Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (autoriserede sundhedspersoner).....	27
4.4 Sammenhænge og mønstre	28
5 Varetagelse af sygeplejeindsatser i kommunerne	31
5.1 Tendenser på landsplan	31
5.2 Tendenser på tværs af kommuner	33
5.3 Specialiserede sygeplejeindsatser	36
5.4 Læringspunkter ved FSIII-data	37
6 Arbejdsdeling i forhold til sygeplejeindsatser i kommunerne	40
6.1 Tendenser på tværs af kommunerne	40
6.2 Organisering af hjemmesygeplejen	43

1 Ledelsesresumé

Antallet af ældre er steget markant de seneste år og vil fortsætte med at stige i fremtiden, hvilket udgør en central udfordring for sundhedsvæsenet. Som en del af svaret på denne udfordring har sundhedsvæsenet i mange år arbejdet hen imod, at patienter i højere grad bliver behandlet, plejet og rehabiliteret i kommunerne (eller i praksissektoren) i stedet for på sygehusene. Det er i den forbindelse afgørende, at kommunerne har den fornødne sundhedsfaglige personalekapacitet.

Derfor ser Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed i denne analyse nærmere på kommunernes kapacitet af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på sundheds- og ældreområdet, da begge personalegrupper er autoriserede sundhedspersoner og i høj grad varetager kommunale sygeplejeindsatser. Herudover stilles der skarpt på, hvilke konkrete sygeplejeindsatser der varetages i kommunerne, ligesom det undersøges, hvordan arbejdsdelingen mellem personalegrupper er i forhold til en række sygeplejeindsatser. Ud over personaledata anvendes data fra Fælles Sprog III (FSIII) samt spørgeskemadata fra næsten alle landets kommuner. FSIII er en fælleskommunal standard for registrering af data på sundheds- og ældreområdet i kommunerne.

Formålet med rapporten er at skabe mere viden om den kommunale sygepleje – både i forhold til personale, indsatser og arbejdsdeling. Analysen bidrager både med viden om tendenser på landsplan og variationer mellem kommunerne. Samtidig kan den enkelte kommune anvende analysen som afsæt til at overveje egen kapacitet af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, ligesom analysen kan give perspektiver på sygeplejeindsatser og arbejdsdeling i egen kommune set i forhold til andre kommuner.

Udover selve rapporten har vi udarbejdet tre bilag. I Bilag 1: "Sådan placerer din kommune sig" er centrale figurer fra rapporten præsenteret for hver enkelt kommune. I Bilag 2: "Kommunespecifikke nøgletal" kan man finde de væsentligste tal fra rapporten for hver enkelt kommune. I Bilag 3: "Metode" er metoden bag analysen præsenteret.

Kommunerne har øget antallet af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter

Antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre på det kommunale sundheds- og ældreområde er steget fra 6,7 til 7,5 i perioden 2013-2021, hvilket er en stigning på 13 pct. Samtidigt er antal social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre steget fra 16,1 til 17,0. Det er en stigning på 6 pct. Da antallet for begge personalegrupper er steget, er der altså samlet set sket en udvikling hen imod flere autoriserede sundhedspersoner pr. 1.000 ældre. Både for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er antallet dog faldet inden for de sidste par år. Sideløbende er der ikke sket store ændringer i de ældre hjemmesygeplejemodtageres socioøkonomiske og sundhedsmæssige profil.

Store kommunale forskelle i antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter

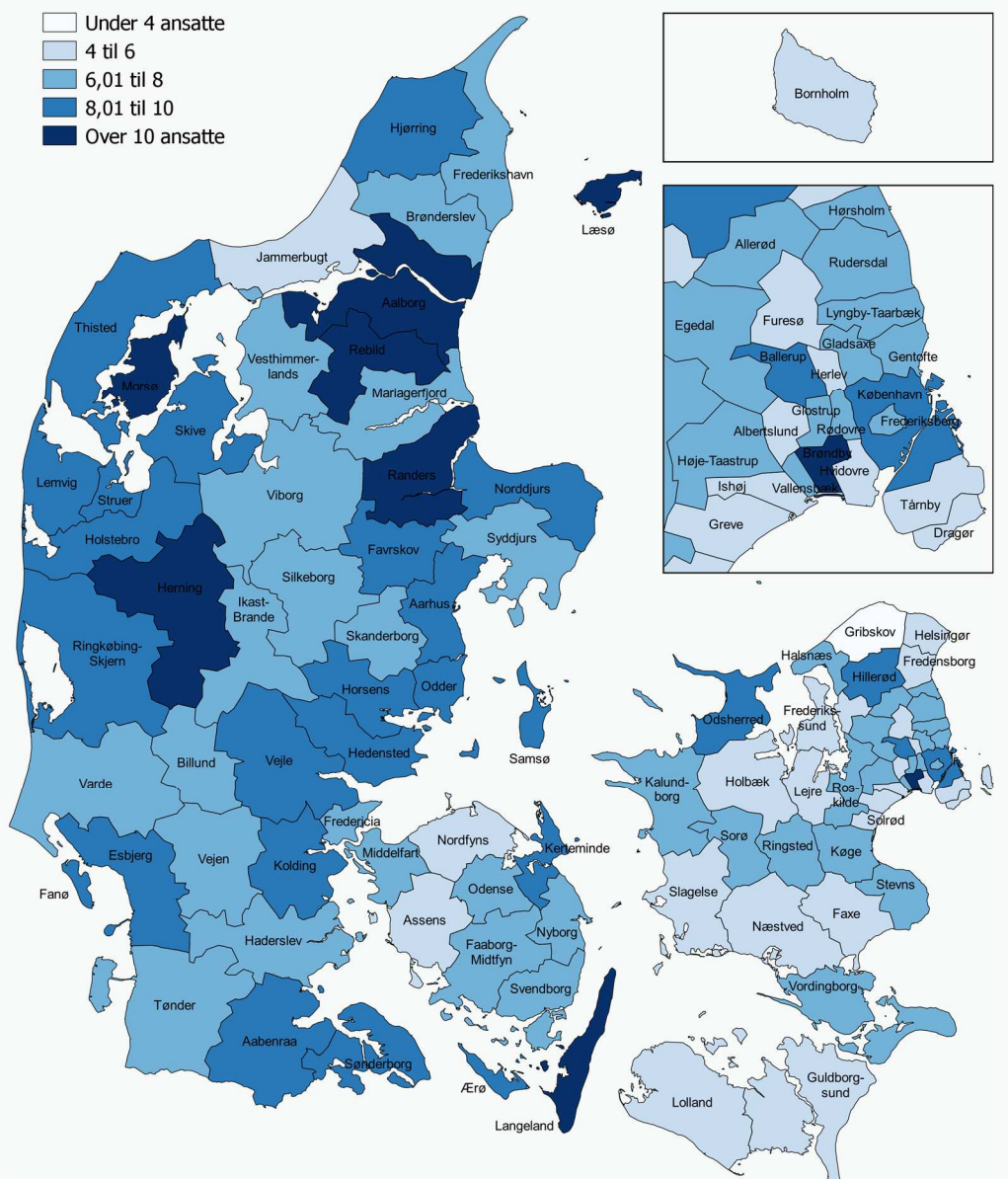
På tværs af kommunerne er der stor variation i antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre i 2021, jf. figur 1.1. De 10 kommuner med flest sygeplejersker har mere end dobbelt så mange sygeplejersker pr. 1.000 ældre sammenlignet med de 10 kommuner med færrest sygeplejersker. Ydermere er der en geografisk tendens til, at kommunerne i Jylland har flere sygeplejersker, mens kommunerne øst for Storebælt har færre. Tendensen kan være drevet af forskelle i rekrutteringsudfordringer for sygeplejersker¹. I en bivariat sammenhængsanalyse ses det, at jo større rekrutteringsudfordringer for sygeplejersker, desto færre sygeplejersker pr. 1.000 ældre har kommunen. Endvidere finder vi, at

¹ Rekruttering af sygeplejersker er målt ved Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings forgæves rekrutteringsrate (FFR) for sygeplejersker. Det er indsamlet gennem styrelsens rekrutteringssurvey.

jo længere afstanden til nærmeste akutsygehus er for de ældre i kommunen, desto flere sygeplejersker pr. 1.000 ældre har kommunen ansat.

Figur 1.1

Antal sygeplejersker (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre fordelt på kommuner, 2021.



Anm.: Sygeplejersker er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

Den kommunale variation er også markant i forhold til antal social- og sundhedsassistenter samt det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre i 2021. Vi finder dog ikke på kommuneniveau en sammenhæng mellem antal social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre og antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre, og vi ser heller ikke for antal social- og sundhedsassistenter den samme geografiske tendens som ved antallet af sygeplejersker. I en

bivariat sammenhængsanalyse finder vi en tendens til, at jo større helbredsmæssige og socioøkonomiske udfordringer kommunens borgere har, desto flere social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre har kommunen. Sammenhængen gør sig også gældende for det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, men vi ser ikke denne sammenhæng i forhold til antal sygeplejersker.

Senere på året offentliggør vi en analyse om ældres indlæggelser på medicinske afdelinger, hvor vi dykker mere ned i sammenhænge og mønstre på tværs af sektorer. Heri vil der blandt andet være fokus på, hvordan den kommunale sygepleje hænger sammen med de ældres indlæggelser på medicinske afdelinger.

Udvikling i personalekapacitet varierer markant på tværs af kommunerne

Selvom antallet af sygeplejersker generelt er steget på landsplan, er der store kommunale forskelle, når man ser på udviklingen i perioden 2013-2021. I de 10 kommuner med de største stigninger har der i gennemsnit været en stigning på 81 pct. i antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre, mens der blandt de 10 kommuner med de største fald i gennemsnit er et fald på 20 pct. Vi finder ingen geografiske tendenser i forhold til udvikling i antal sygeplejersker.

Der ses også markante kommunale forskelle i udviklingen i antal social- og sundhedsassistenter samt det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021. Her ser vi til dels en tendens til, at kommunerne lige vest for København har oplevet den største stigning i både antal social- og sundhedsassistenter og det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

Få sygeplejeindsatser står for en stor del af al sygepleje til borgere i eget hjem

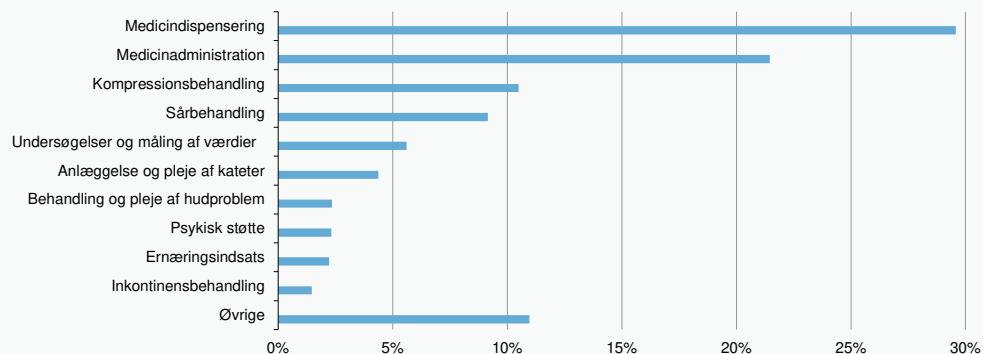
Til at undersøge kommunernes varetagelse af sygeplejeindsatser har vi indsamlet data fra Fælles Sprog III (FSIII) fra 90 kommuners omsorgssystemer. Det skal her nævnes, at der er en række udfordringer ved FSIII-data, som kan have betydning for datakvaliteten. Der er dog stadig så store forskelle mellem 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. Med henblik på at andre kan drage nytte af vores erfaringer med indsamling af FSIII-data, har vi i rapporten beskrevet de mest centrale lærings- og opmærksomhedspunkter.

Med dette in mente er der blandt de 90 deltagende kommuner 407 aktive bevillinger til sygeplejeindsatser pr. 1.000 ældre i september 2021². 59 pct. af bevillingerne er til borgere i eget hjem. Da kvaliteten af FSIII-data er væsentlig bedre for borgere i eget hjem, har vi hovedfokus på sygeplejeindsatser til borgere i eget hjem. De fire hyppigste sygeplejeindsatser er medicindispensering, medicinadministration, kompressionsbehandling og sårbehandling, og de udgør tilsammen 71 pct. af alle aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem i september 2021, jf. figur 1.2. Udover at have fokus på de hyppigste sygeplejeindsatser, har vi også i rapporten et kort afsnit, hvor vi dykker ned i de mest specialiserede sygeplejeindsatser.

² Varetagelse af sygeplejeindsatser i kommunerne undersøges ved at se på antal aktive bevillinger til indsatser efter sundhedslovens § 138 (SUL § 138) på niveau 2 i FSIII (de fælleskommunale indsatser) i september 2021. SUL § 138 er det lovmæssige grundlag for al sygepleje i kommunerne. Antal aktive bevillinger er defineret som antal borgere i kommunen, der i september 2021 har en aktiv bevilling til sygeplejeindsats. 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. Man kan argumentere for, at indikatorer som leveret eller visiteret tid i højere grad måler det reelle omfang af sygepleje end aktive bevillinger, men disse indikatorer er mindre sammenlignelige mellem kommunerne, da de i mindre grad er standardiserede på tværs af kommunerne.

Figur 1.2

Andel aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem fordelt på hyppigste sygeplejeindsatser, september 2021. Pct.



Anm.: De 10 indsatser samt "Øvrige" summerer til 100 pct. "Øvrige" indeholder de resterende 29 sygeplejeindsatser, som hver især har færre aktive bevillinger end de 10 indsatser vist i denne figur.

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

Kommunernes samlede sygeplejeaktivitet varierer meget – det gælder også i forhold til de enkelte sygeplejeindsatser

På tværs af kommunerne er der store forskelle i det samlede antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem. Den femtedel af kommunerne med flest bevillinger har over dobbelt så mange aktive bevillinger til sygeplejeindsatser pr. 1.000 ældre sammenlignet med den femtedel med færrest bevillinger. Særligt landkommunerne har i gennemsnit relativt mange aktive bevillinger til sygeplejeindsatser, mens særligt hovedstadskommunerne har relativt få.

Ser vi nærmere på omfanget af de forskellige sygeplejeindsatser, er der også betydelige kommunale variationer. Hvis vi fx ser på medicindispensering, som er den hyppigste sygeplejeindsats på landsplan, så har den femtedel af kommunerne med flest bevillinger til medicindispensering dobbelt så mange aktive bevillinger til indsatsen pr. 1.000 ældre end den femtedel af kommunerne med det laveste antal bevillinger til indsatsen.

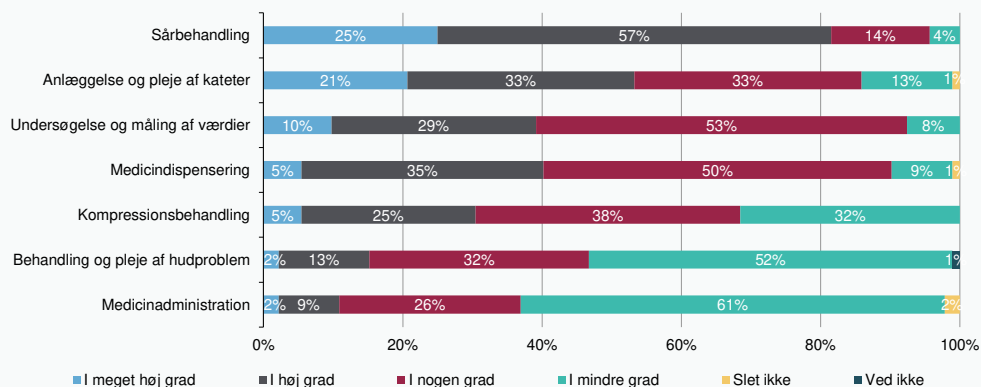
Tydelige forskelle i arbejdsdelingen på tværs af sygeplejeindsatser

Til at undersøge arbejdsdelingen mellem personalegrupper for de hyppigste sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem har vi udsendt et spørgeskema til alle kommuner. 92 kommuner har besvaret spørgeskemaet. Når vi undersøger arbejdsdeling, skelner vi kun mellem sygeplejersker og social- og sundhedspersonale. 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.

Når vi ser på de hyppigste sygeplejeindsatser til borgere i eget hjem, er der stor variation i graden, sygeplejersker varetager indsatsene, jf. figur 1.3. Ved sårbehandling har 82 pct. af de 92 kommuner enten angivet "I meget høj grad" eller "I høj grad" til, at det er sygeplejersker, der varetager indsatsen. Omvendt varetager sygeplejersker i lav grad medicinadministration, hvilket betyder, at det således i højere grad er social- og sundhedspersonale, der varetager indsatsen. Når vi ser på tværs af kommunerne, kan det konstateres, at der er forskel på, i hvilken grad det er sygeplejersker eller social- og sundhedspersonale, som varetager de hyppigste sygeplejeindsatser til borgere i eget hjem.

Figur 1.3

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



Kilde: Spørgeskemabesvarelser og egne beregninger.

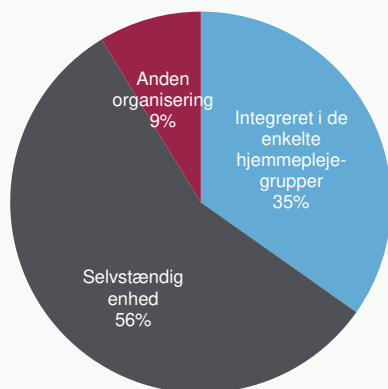
Henholdsvis 96 pct. og 86 pct. af kommunerne har angivet, at indsatsens kompleksitet og kompleksiteten af borgerens forløb har betydning for, om social- og sundhedspersonale varetager sygeplejeindsatser. Kun 3 pct. har svaret, at mangel på sygeplejersker har en betydning for dette.

Kommunernes organisering af hjemmesygepleje hænger ikke sammen med arbejdsdeling

35 pct. af kommunerne har angivet, at hjemmesygeplejen er integreret i de enkelte hjemmeplejegrupper, mens 56 pct. har angivet, at den er organiseret som en selvstændig enhed, jf. figur 1.4. Organisering af hjemmesygeplejen ser ikke ud til at kunne forklare arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedspersonale, da der på tværs af organiseringsformer stort set ikke er forskel på den gennemsnitlige grad, sygeplejersker varetager sygeplejeindsatserne jf. figur 1.5.

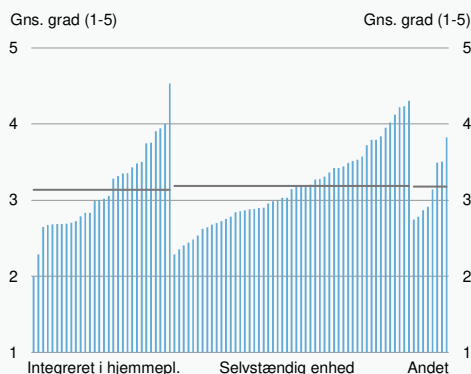
Figur 1.4

Organisering af hjemmesygepleje. Pct.



Figur 1.5

Gennemsnitlig grad sygeplejersker varetager de syv hyppigste sygeplejeindsatser på landsplan for borgere i eget hjem fordelt på organisering af hjemmesygepleje og kommuner.



Anm.: 1 angiver "Slet ikke", mens 5 angiver "I meget høj grad". Gennemsnitlig grad sygeplejersker varetager de syv hyppigste sygeplejeindsatser for hver kommune er udregnet som et gennemsnit af kommunens vurderinger af sygeplejerskers varetagelse af de syv hyppigste indsatser. Den vandrette linje angiver det vægtede gennemsnit for hver organiseringsform af hjemmesygeplejen.

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

2 Indledning

Det er velkendt, at antallet af ældre er steget markant de seneste år. Fra 2013 til 2021 er der kommet 18 pct. flere 65+-årige og 21 pct. flere 80+-årige³, og antallet af ældre vil fortsat stige i de kommende år. Den demografiske udvikling med flere ældre udgør en central udfordring for det danske sundhedsvæsen. Som en del af svaret på denne udfordring har sundhedsvæsenet i de seneste mange år arbejdet hen imod, at patienter i højere grad bliver behandlet, plejet og rehabiliteret i kommunerne (eller i praksissektoren) i stedet for på sygehusene. Som led i at kommunerne i højere grad skal løse flere sygeplejeopgaver, er det centralt, at kommunerne samtidigt opruster deres sundhedsfaglige personalekapacitet.

I den forbindelse er det relevant at undersøge kommunernes kapacitet af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på det kommunale sundheds- og ældreområde, da begge personalegrupper er autoriserede sundhedspersoner og i høj grad varetager kommunale sygeplejeindsatser. Dette ser Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed nærmere på i denne rapport. Herudover vil vi i rapporten undersøge, hvilke konkrete sygeplejeindsatser der varetages i kommunerne og af hvilke personalegrupper. Hertil bruges data fra Fælles Sprog III (FSIII) fra 90 kommuner og spørgeskemadata fra 92 kommuner. 89 kommuner indgår i begge dataindsamlinger.

Formålet med denne rapport er at bidrage med ny viden om den kommunale sygepleje. Hvor mange sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er der egentligt, og er der store variationer på tværs af landet? Hvilke sygeplejeindsatser fylder i kommunerne? Har kommunerne valgt den samme arbejdsdeling af sygeplejeindsatser mellem personalegrupper? Hvordan har kommunerne organiseret deres hjemmesygepleje, og er der en sammenhæng til arbejdsdeling af sygeplejeindsatser?

Det er nogle af de spørgsmål, som rapporten vil give svar på. Rapporten bidrager både med viden om landstendenser og kommunale forskelle, ligesom det kan give den enkelte kommune et bedre grundlag for at vurdere egen tilrettelæggelse af den kommunale sygepleje i forhold til andre kommuner.

I **kapitel 3** præsenterer vi den anvendte metode kort. En mere fyldestgørende beskrivelse af rapportens metode kan læses i Bilag 3: "Metode". I **kapitel 4** ser vi nærmere på niveauet og udviklingen i antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre på landsplan og på tværs af kommuner. I **kapitel 5** undersøger vi, hvilke sygeplejeindsatser der varetages i kommunerne, og i **kapitel 6** går vi i dybden med, hvilken arbejdsdeling der er i forhold til de mest hyppigste sygeplejeindsatser samt kommunernes organisering af hjemmesygeplejen.

I Bilag 1: "Sådan placerer din kommune sig" og Bilag 2: "Kommunespecifikke nøgletal" kan du finde resultaterne for de enkelte kommuner og sammenligne dem med hinanden.

³ Statistikbanken (2022): FOLK1A (hentet d. 16. marts 2022)

3 Metode

I dette kapitel gennemgås det datagrundlag, der ligger til grund for analysens tre kapitler, samt de vigtigste definitioner på indikatorer og populationsafgrænsninger. I Bilag 3: "Metode" er der en bredere gennemgang af analysens metode.

3.1 Centrale begreber

Kommunal sygepleje

I denne rapport har vi fokus på den kommunale sygepleje. Kommunal sygepleje er afgrænset til sundhedslovens § 138 (SUL § 138), som er det lovmæssige grundlag for al sygepleje i kommunerne⁴.

Personalegrupper

I 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 3.1. I "3.2 Antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i kommunerne" er personalegruppernes afgrænsning i den autoriserede kon-toplan beskrevet.

Boks 3.1

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 bestemt titel (eks. sygeplejerske). En autorisation udstedes på baggrund af en gennemført uddannelse og betyder, at man bliver 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 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 sundhedspersonale i én gruppe. Læs mere om dette valg i "3.4 Arbejdsdeling af sygeplejeindsatser i kommunerne". I Tabel 3.1 er det muligt at se, hvilke personalegrupper der er autoriserede sundhedspersoner og social- og sundhedspersonale.

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

Tabel 3.1

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

Sundheds- og ældreområdet

I kapitel 4 har vi fokus på personalekapaciteten på det kommunale sundheds- og ældreområde. I kapitel 4 medtages ansatte, der aflønnes på hovedfunktion 5.30 "Tilbud til ældre" og hovedfunktion 4.62 "Sundhedsudgifter m.v." i den autoriserede kontoplan⁵. 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 Bilag 3: "Metode".

Ældre i kommunerne

I 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.

3.2 Antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i kommunerne

Data

Kapitel 4 baserer sig på personaledata fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) på kommuneniveau. Data er opgjort hvert år fra 2013-2021 i september måned⁶, og der er således tale om punktnedslag. Datagrundlaget fra KRL er suppleret med registerdata fra hovedsageligt Danmarks Statistik.

Populationer

I kapitel 4 har vi to populationer: henholdsvis sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på det kommunale sundheds- og ældreområde. Sygeplejersker er i analysen afgrænset til stillingskategorien "Sygeplejersker", der er ansat efter overenskomstgruppen "Syge- og sundhedspersonale –

⁵ For opgørelser før 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 tilbageføres til ældre- eller socialområdet. Læs mere i Bilag 3: "Metode".

⁶ Valg af 2013 som analysens startår er nærmere beskrevet i "2.2.1 Kontoplansændring og afgrænsning af det kommunale sundheds- og ældreområde før 2018" i Bilag 3: "Metode".

basis, KL”, og som arbejder på det kommunale sundheds- og ældreområde. Social- og sundhedsassistenter er i analysen afgrænset til stillingskategorierne ”Social- og sundhedsassistenter” og ”Assistenter, aften/nat”, der er ansat efter overenskomstgruppen ”Social- og sundhedspersonale, KL”, og som arbejder på det kommunale sundheds- og ældreområde.

Analysen er desuden afgrænset til ordinært ansatte, hvilket er medarbejdere, der er overenskomst-ansatte eller tjenestemænd. Derimod indgår elever, ansatte i fleksjob og ekstraordinært ansatte ikke i analysen. I kapitlet vises også få opgørelser for social- og sundhedshjælpere, uflaglært social- og sundhedspersonale samt øvrig social- og sundhedspersonale. Læs mere om afgrænsning af disse personalegrupper i Bilag 3: ”Metode”.

Antallet af ansatte i denne analyse 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.

3.3 Varetagelse af sygeplejeindsatser i kommunerne

Data

Kapitel 5 baserer sig på data fra Fælles Sprog III (FSIII), som vi har indsamlet fra kommunernes omsorgssystem på kommuneniveau. I boks 3.2 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 sundhedslovområdet dækker FSIII indsatser efter § 138. Niveau 2 rummer de fælleskommunale indsatser. At indsatserne er fælleskommunale, betyder, at alle kommuner skal benytte indsatserne 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 er de mest detaljerede indsatser, som er obligatoriske og fælleskommunale, er de bedst egnede 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 (SUL § 138) på niveau 2 (de fælleskommunale indsatser). SUL § 138 er det lovmæssige grundlag for al sygepleje i kommunerne⁷. På sundhedslovområdet (SUL § 138) i FSIII er der formuleret 39 fælleskommunale indsatser samt fire såkaldte 0-ydelser. 0-ydelserne er udeladt grundet registreringsudfordringer.

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. Der er således én besvarelse pr. kommune. Vi har modtaget besvarelser fra 93 kommuner. Tre kom-

⁷ Sundheds- og Ældreministeriet (2019): LBK nr 903 af 26/08/2019 Bekendtgørelse af sundhedsloven

muners datakvalitet har vist sig efterfølgende ikke at være tilstrækkelig. I kapitel 5 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 "5.4 Læringspunkter ved FSIII-data" har vi samlet de mest centrale lærings- og opmærksomhedspunkter i forhold til brugen af FSIII-data, som vi har erfaret i vores dataindsamling. De centrale lærings- og opmærksomhedspunkter ved FSIII-data er yderligere uddybet i Bilag 3: "Metode".

Indikator

I 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. Borgere, der benytter sygeplejeklinikker og midlertidige pladser (herunder akutpladser), har stadig bopælsadresse i eget hjem og ses derfor som borgere i eget hjem⁸.

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.

Man kan argumentere for, at indikatorer som leveret eller visiteret tid i højere grad måler det reelle omfang af sygepleje end aktive bevillinger, men disse indikatorer er mindre sammenlignelige mellem kommunerne, da de i mindre grad er standardiserede på tværs af kommunerne. Af den grund benyttes aktive bevillinger i rapporten.

3.4 Arbejdsdeling i forhold til sygeplejeindsatser i kommunerne

Data

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. Ideelt 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 sygeplejeindsatsen i deres omsorgssystem.

Indikator

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

⁸ Danmarks Statistik (2021): Statistikdokumentation for sociale ydelser til ældre 2020

"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 indsatsen⁹.

Ud fra vores indsamling af FSIII-data har vi udvalgt de syv hyppigste sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem på landsplan målt på antal aktive bevillinger til at afdække arbejdsdelingen af sygeplejeindsatser i spørgeskemaet¹⁰. Følgende sygeplejeindsatser er medtaget i spørgeskemaet:

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

I spørgeskemaet er der udelukkende fokus på arbejdsdelingen af indsatser, der udføres i borgernes eget hjem. Endvidere skelner vi 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.

Ud over arbejdsdelingen af sygeplejeindsatser har vi i spørgeskemaet også spurgt ind til begrundelser for arbejdsdeling samt organisering af hjemmesygeplejen. Læs mere om spørgeskemaet i Bilag 3: "Metode".

3.5 Opmærksomhedspunkter ved den undersøgte tidsperiode

I denne rapport har vi særligt fokus på data for september 2021, hvilket er gjort for at få så 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.

⁹ Det kan ikke udelukkes, at graden af arbejdsdeling kan variere i løbet af året. Spørgeskemaet er besvaret i efteråret 2021.

¹⁰ I figur 5.3 i kapitel 5 er det muligt at se, hvor stor en andel af det samlede antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem på landsplan de syv udvalgte indsatser hver især udgør.

4 Antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i kommunerne

I dette kapitel viser vi antallet af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på det kommunale sundheds- og ældreområde i september 2021. Endvidere ser vi på udviklingen i antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i perioden 2013-2021. Udover at vise personalekapaciteten på landsplan viser vi også opgørelser på tværs af regioner og kommuner. Vi fokuserer på sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, da disse to personalegrupper er autoriserede sundhedspersoner og i høj grad varetager kommunale sygeplejeindsatser. Antallet af ansatte er opgjørt som antal årsværk. Herudover vil vi i dette kapitel foretage en kort karakteristik af ældre hjemmesygeplejemodtagere samt en kort sammenhængsanalyse mellem personalekapacitet og udvalgte faktorer.

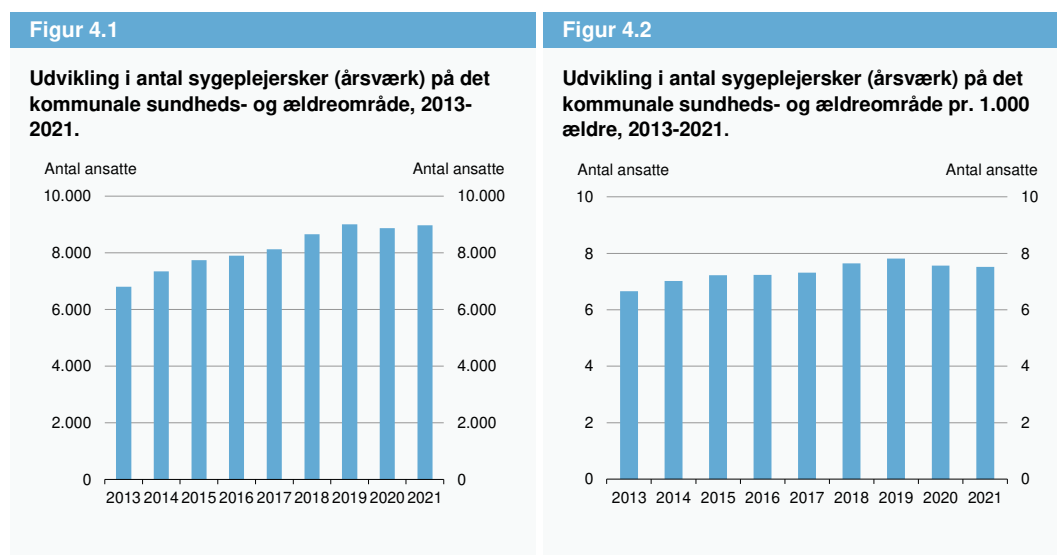
3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Antallet af sygeplejersker pr. 1.000 ældre på det kommunale sundheds- og ældreområde er steget fra 6,7 til 7,5 i perioden 2013-2021, hvilket er en stigning på 13 pct. Samtidigt er social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre steget med 6 pct. Da både antallet af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er steget, er der altså samlet set sket en udvikling hen imod flere autoriserede sundhedspersoner pr. 1.000 ældre. Antallet i begge personalegrupper pr. 1.000 ældre er dog faldet i de seneste år. Sideløbende er der ikke sket store ændringer i de ældre hjemmesygeplejemodtageres socioøkonomiske og sundhedsmæssige profil.
- Der er store kommunale forskelle i antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre i 2021. Der er mere end dobbelt så mange sygeplejersker pr. 1.000 ældre i de 10 kommuner med flest sygeplejersker sammenlignet med de 10 kommuner med færrest sygeplejersker. Denne store kommunale variation gør sig også gældende i forhold til social- og sundhedsassistenter. På tværs af kommunerne er der også store forskelle i udviklingen i antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021.
- Der er en geografisk tendens til, at jyske kommuner har flere sygeplejersker pr. 1.000 ældre i 2021, mens kommunerne øst for Storebælt har færre. Det kan muligvis være drevet af, at kommunerne øst for Storebælt i højere grad har udfordringer med rekruttering af sygeplejersker. Der ses ikke samme geografiske tendenser ved antal social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter samlet.

4.1 Tendenser på landsplan

Antallet af sygeplejersker på det kommunale sundheds- og ældreområde er steget fra 6.805 i 2013 til 8.977 i 2021, jf. figur 4.1. Det er en stigning på 32 pct. I denne procentvise stigning er der dog ikke taget højde for stigningen i antal ældre i samme periode. Når vi tager højde for stigningen i antal ældre, er udviklingen i antal sygeplejersker dog stadig stigende i perioden 2013-2021. Antallet

af sygeplejersker pr. 1.000 ældre er steget fra 6,7 i 2013 til 7,5 i 2021, jf. figur 4.2. Det er en stigning på 13 pct. Der sker således en oprustning af antal sygeplejersker i kommunerne, selvom der tages højde for stigningen i antal ældre. Stigningen er sket mellem 2013-2019, hvor antallet af sygeplejersker pr. 1.000 ældre er steget med 17 pct. I perioden 2019-2021 er antallet faldet med 4 pct.



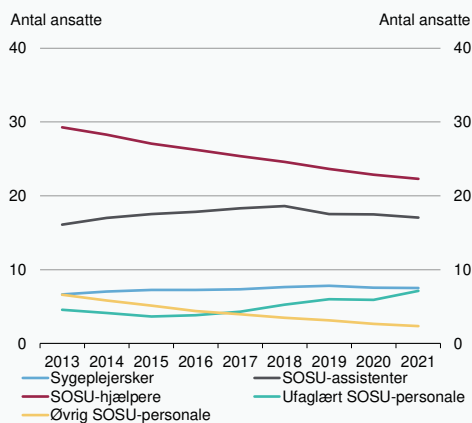
Anm.: Sygeplejersker er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

Samtidigt med stigningen i sygeplejersker er antallet af social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre steget fra 16,1 i 2013 til 17,0 i 2021, jf. figur 4.3. Som det fremgår af figur 4.4, er det en mindre stigning på 6 pct. Ligesom ved sygeplejerskerne viser en nærmere undersøgelse af udviklingen i antal social- og sundhedsassistenter, at stigningen ikke sker i hele perioden. Antal social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre er steget i perioden 2013-2018 med 15 pct., mens antallet er faldet med 8 pct. mellem 2018-2021. Modsat stigningen i sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i perioden 2013-2021 er antallet af social- og sundhedshjælpere pr. 1.000 ældre faldet fra 29,3 til 22,3. Det er et fald på 24 pct.

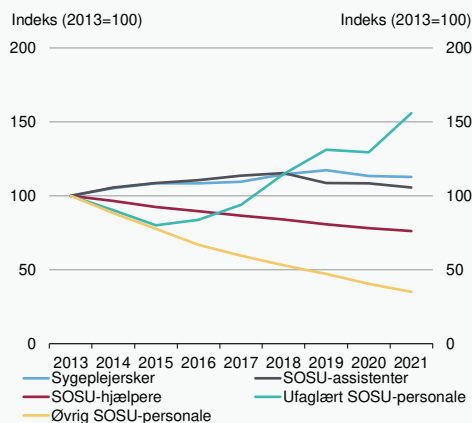
Figur 4.3

Udvikling i antal sygeplejersker og social- og sundhedspersonale (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre fordelt på personalegrupper, 2013-2021.



Figur 4.4

Udvikling i antal sygeplejersker og social- og sundhedspersonale (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre fordelt på personalegrupper, 2013-2021. Indeks (2013 = 100).



Anm.: Personalegrupperne er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover.

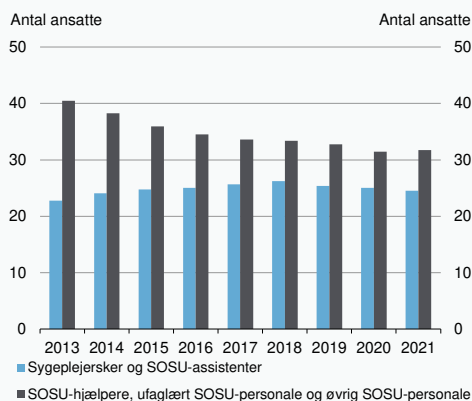
Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

Da både antallet af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er steget, er der således sket en udvikling hen imod flere autoriserede sundhedspersoner pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021. Som det fremgår af figur 4.5, så er det samlede antal af autoriserede sundhedspersoner (sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter) pr. 1.000 ældre steget fra 22,8 i 2013 til 24,6 i 2021, hvilket er en stigning på 8 pct.

Selvom antallet af autoriserede sundhedspersoner pr. 1.000 ældre er steget i perioden 2013-2021, så er det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedspersonale pr. 1.000 ældre på det kommunale sundheds- og ældreområde faldet med 11 pct. i samme periode, jf. figur 4.6. Det skyldes især, at den største personalegruppe, social- og sundhedshjælperne, er faldet markant. Der er således sket en udvikling i retning af flere autoriserede sundhedspersoner (sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter) i kommunernes hjemmesygepleje, hjemmepleje og plejeboliger, men der er sket et fald i det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedspersonale i kommunerne i perioden 2013-2021, når der tages højde for udviklingen i antal ældre.

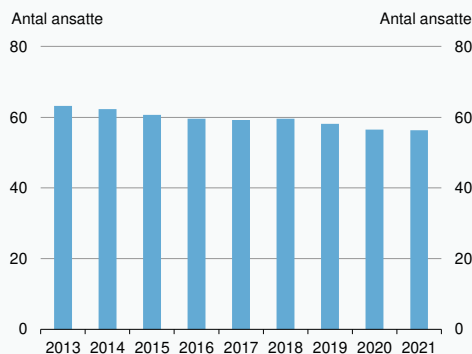
Figur 4.5

Udvikling i antal sygeplejersker og social- og sundhedspersonale (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre fordelt på personalegrupper, 2013-2021.



Figur 4.6

Udvikling i det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedspersonale (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre, 2013-2021.



Anm.: Personalegrupperne er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

4.1.1 Karakteristik af ældre hjemmesygeplejemodtagere

I ovenstående afsnit har vi set, at antallet af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre på det kommunale sundheds- og ældreområde er steget i perioden 2013-2021. I dette afsnit vil vi derfor undersøge kort, om der sideløbende er sket ændringer i de ældre hjemmesygeplejemodtageres socioøkonomiske og sundhedsmæssige profil.

Vi har i dette afsnit fokus på ældre modtagere af hjemmesygepleje i eget hjem¹¹. 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 2020¹². 65 kommuner er medtaget, da de resterende kommuner ikke har hjemmesygeplejedata i alle måneder i 2014 og/eller 2020.

Som det fremgår af tabel 4.1, er der ikke store forskelle i den socioøkonomiske profil mellem de ældre hjemmesygeplejemodtagere i 2014 og 2020. De små ændringer, vi trods alt ser, peger i retning af, at de ældre hjemmesygeplejemodtagere i 2020 har fået en mindre udfordret socioøkonomisk profil i forhold til de ældre hjemmesygeplejemodtagere i 2014. I 2014 havde flere en grundskole som højeste fuldførte uddannelse, flere var enlige, og færre boede i ejerbolig,

Når vi ser på forskelle i de ældre hjemmesygeplejemodtageres sundhedsforhold mellem 2014 og 2020, er der heller ikke store forskelle, jf. tabel 4.1. Igen er der en lille tendens til, at de ældre hjemmesygeplejemodtagere i 2020 er en smule mindre udfordret sundhedsmæssigt end de ældre hjemmesygeplejemodtagere i 2014. I 2014 havde flere en psykisk sygdom, flere havde demens, og

¹¹ 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 data, så de kun dækker hjemmesygepleje i eget hjem.

¹² 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.

flere var polyfarmacipatienter. Det er dog værd at nævne, at andelen af alvorligt syge omvendt er steget mellem 2014 og 2020, hvilket går imod tendensen.

I forhold til de ældre hjemmesygeplejemoedtageres sundhedsaktivitet er der heller ikke sket de store ændringer mellem 2014 og 2020. I 2014 var lidt flere hjemmeplejemoedtagere, samt lidt flere havde en somatisk eller psykiatrisk indlæggelse i løbet af året. Dog er brugen af almen praksis blandt ældre hjemmesygeplejemoedtagere mellem 2014 og 2020 steget markant, og andelen med indlæggelse før hjemmepleje er steget en smule.

Tabel 4.1

Karakteristik af ældre hjemmesygeplejemoedtagere¹ i 2014 og 2020.

	2014	2020
Socioøkonomisk profil		
Gennemsnitlig alder	79,9 år	79,7 år
Andel kvinder	60,5 pct.	57,4 pct.
Andel ikke-vestlige indvandrere	1,7 pct.	2,4 pct.
Andel med grundskole som højeste fuldførte uddannelse	55,9 pct.	47,7 pct.
Andel enlige	64,8 pct.	61,1 pct.
Andel der blev enke/enkemand året før	2,0 pct.	1,9 pct.
Andel i ejerbolig	39,4 pct.	43,0 pct.
Sundhedsforhold		
Andel med alvorlig sygdom (u. demens)	64,9 pct.	67,2 pct.
Andel med psykisk sygdom (u. demens)	13,4 pct.	12,6 pct.
Andel med demens	9,2 pct.	8,2 pct.
Andel polyfarmacipatienter ²	80,5 pct.	79,7 pct.
Sundhedsaktivitet		
Andel hjemmeplejemoedtagere ³	65,7 pct.	62,4 pct.
Andel med 10 eller flere kontakter til almen praksis i løbet af året	35,5 pct.	46,9 pct.
Andel med kontakt til speciallæge i løbet af året	42,7 pct.	44,1 pct.
Andel med kontakt til psykolog og/eller psykiater i løbet af året	0,96 pct.	0,93 pct.
Andel med somatisk indlæggelse i løbet af året	53,3 pct.	50,4 pct.
Andel med psykiatrisk indlæggelse i løbet af året	2,6 pct.	2,2 pct.
Andel med indlæggelse 0-7 dage før første hjemmesygeplejedato	12,9 pct.	14,7 pct.
Andel med somatisk ambulant besøg i løbet af året	78,5 pct.	79,4 pct.
Andel med psykiatrisk ambulant besøg i løbet af året	7,4 pct.	6,4 pct.

Anm.: ¹Ældre hjemmesygeplejemoedtagere er modtagere af hjemmesygepleje i eget hjem i alderen 65 år eller derover. 65 kommuner er medtaget i tabellen. De resterende kommuner er udgået grundet manglende hjemmesygeplejedata i 2014 og/eller 2020. ²Polyfarmaci defineres til samtidig brug af mere end fem lægemidler. ³I andel hjemmeplejemoedtagere er 43 kommuner medtaget. 22 kommuner er udgået grundet manglende hjemmesygeplejedata i 2014 og/eller 2020. Læs mere i Bilag 3: "Metode" om definitioner på de udvalgte variable i tabellen.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

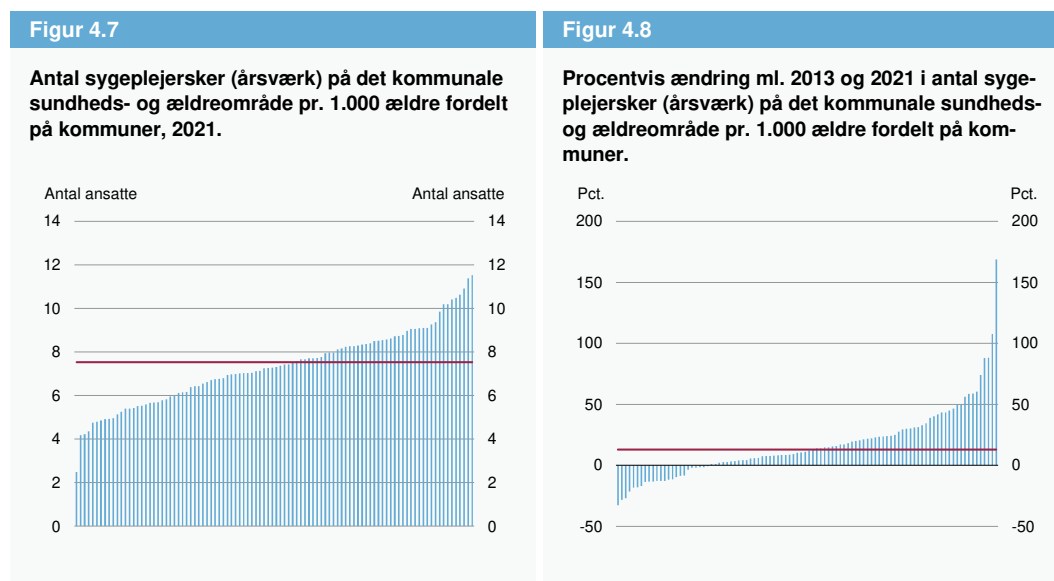
4.2 Tendenser på tværs af kommuner

4.2.1 Sygeplejersker

På tværs af kommunerne er der store forskelle i antal sygeplejersker i 2021, jf. figur 4.7. Blandt de 10 kommuner med færrest antal sygeplejersker er gennemsnittet 4,4 sygeplejersker pr. 1.000 ældre, mens det blandt de 10 kommuner med flest antal sygeplejersker er 10,5. Der er således mere end dobbelt så mange sygeplejersker pr. 1.000 ældre i de 10 kommuner med flest sygeplejersker sammenlignet med de 10 kommuner med færrest antal sygeplejersker.

På landsplan er antallet af sygeplejersker pr. 1.000 ældre steget med 13 pct. mellem 2013 og 2021, men som det kan ses i figur 4.8, er der store kommunale forskelle i udviklingen. 74 kommuner har haft en stigning i antal sygeplejersker i perioden 2013-2021, mens 24 kommuner har haft et fald. I de 10 kommuner med de største stigninger i perioden 2013-2021 er gennemsnittet en stigning på 81 pct. i antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre, mens i de 10 kommuner med de største fald er gennemsnittet et fald på 20 pct.

I Bilag 1: "Sådan placerer din kommune sig" og Bilag 2: "Kommunespecifikke nøgletal" kan du finde opgørelser af personalekapaciteten for de enkelte kommuner og sammenligne dem med hinanden.



Anm.: Sygeplejersker er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Den vandrette linje angiver det vægtede landsgennemsnit.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

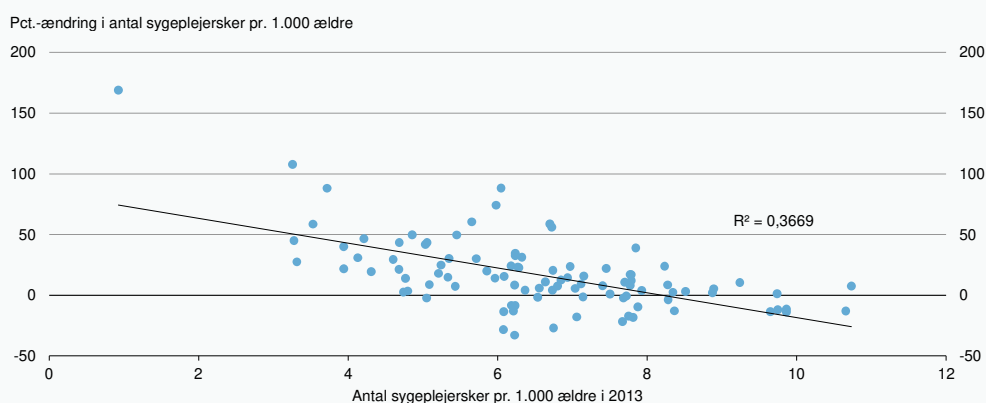
Kommunernes procentvise udvikling i antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021 skal blandt andet ses i lyset af det niveau, de enkelte kommuner havde tilbage i 2013. Vi finder en moderat negativ sammenhæng mellem niveauet i 2013 og udviklingen i perioden 2013-2021, jf. figur 4.9. Det betyder, at der er en tendens til, at kommuner med få sygeplejersker i 2013 havde de største procentvise stigninger i antal sygeplejersker mellem 2013-2021.

Når vi undersøger den procentvise ændring, kan kommuner med meget få sygeplejersker i 2013 opleve en stor procentvis ændring, selvom den absolutte ændring mellem 2013 og 2021 i antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre er lille. Hvis vi undersøger sammenhængen mellem niveauet i 2013

med den absolutte ændring mellem 2013 og 2021 i stedet for den procentvise ændring, er tendensen dog stadig den samme.

Figur 4.9

Sammenhæng mellem antal sygeplejersker (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre i 2013 og den procentvise ændring i antal sygeplejersker (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre ml. 2013 og 2021.



Anm.: Sygeplejersker er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Hver blå prik illustrerer én kommune.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

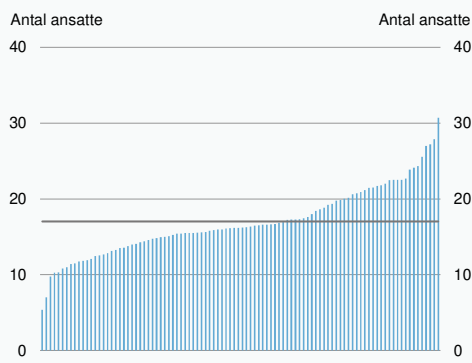
4.2.2 Social- og sundhedsassistenter

Som det fremgår af figur 4.10, er der markante forskelle mellem kommunerne i antallet af social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre i 2021. For de 10 kommuner med færrest social- og sundhedsassistenter er gennemsnittet 9,9 social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre, mens det er 25,6 for de 10 kommuner med flest social- og sundhedsassistenter. Det er en forskel på mere end 150 pct.

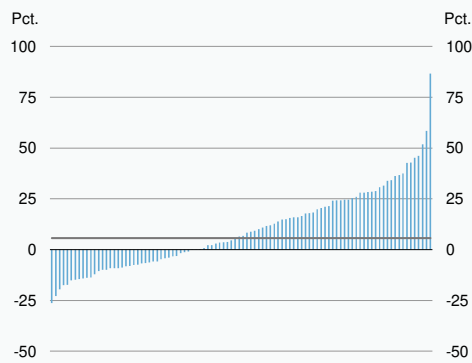
Når vi ser på den procentvise udvikling i antal social- og sundhedsassistenter, er der ligeledes stor kommunal variation, jf. figur 4.11. 36 kommuner har haft et fald i antal social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021, mens 62 kommuner har haft en stigning. De 10 kommuner med de største fald mellem 2013 og 2021 har et gennemsnitligt fald på 18 pct. i antal social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre, mens i de 10 kommuner med de største stigninger er gennemsnittet en stigning på 48 pct.

Figur 4.10

Antal social- og sundhedsassistenter (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre fordelt på kommuner, 2021.

**Figur 4.11**

Procentvis ændring ml. 2013 og 2021 i antal social- og sundhedsassistenter (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre fordelt på kommuner.



Anm.: Social- og sundhedsassistenter er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Den vandrette linje angiver det vægtede landsgennemsnit.
Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

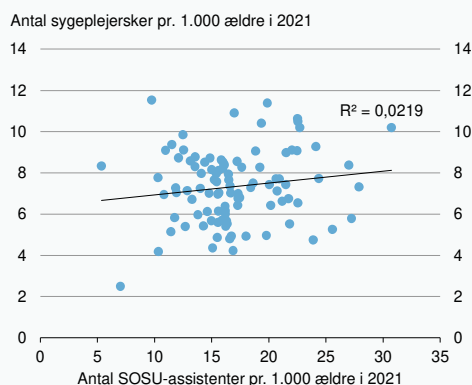
Da sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter begge er autoriserede sundhedspersoner og er de to personalegrupper, som i høj grad varetager sygeplejeindsatser i kommunerne, er det nærliggende at undersøge, om der er en sammenhæng mellem antal sygeplejersker og antal social- og sundhedsassistenter på tværs af kommunerne. I figur 4.12 kan det ses, at vi ikke finder en sammenhæng mellem antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre og antal social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre. Det betyder, at der hverken er en tendens til, at kommuner med mange eller få social- og sundhedsassistenter enten har mange eller få sygeplejersker ansat.

Modsat finder vi en svag positiv sammenhæng mellem den procentvise udvikling i antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021 og den procentvise udvikling i antal social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre i samme periode, jf. figur 4.13¹³. Det betyder, at der er en tendens til, at kommuner med en stor stigning i antal sygeplejersker i perioden 2013-2021 også havde en stor stigning i antal social- og sundhedsassistenter og omvendt.

¹³ Hvis vi udlader de fire outliers i figur 4.13, er der stadig en svag positiv sammenhæng, men sammenhængen er dog lidt svagere ($R^2 = 0,11$).

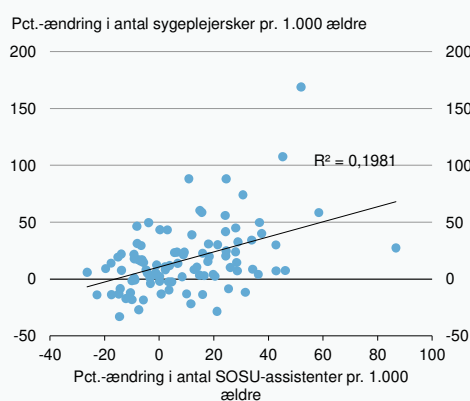
Figur 4.12

Sammenhæng mellem antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre, 2021.



Figur 4.13

Sammenhæng mellem den procentvise ændring i antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre ml. 2013 og 2021.



Anm.: Personalegrupperne er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Hver blå prik illustrerer én kommune.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

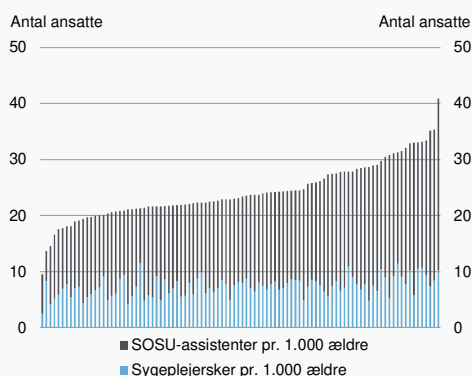
4.2.3 Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (autoriserede sundhedspersoner)

Ser vi på det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (autoriserede sundhedspersoner) i 2021 viser figur 4.14, at der også her er betydelige kommunale forskelle. For de 10 kommuner med færrest antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er gennemsnittet 16,4 sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre, mens det for de 10 kommuner med flest sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er 34,1. Der er altså mere end dobbelt så mange autoriserede sundhedspersoner pr. 1.000 ældre i de 10 kommuner med flest autoriserede sundhedspersoner sammenlignet med de 10 kommuner med færrest.

På tværs af kommunerne er der også markante forskelle i den procentvise udvikling i det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, jf. figur 4.15. 67 kommuner har haft en stigning i antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021, mens 31 kommuner har haft et fald. I de 10 kommuner med de største stigninger mellem 2013 og 2021 er gennemsnittet en stigning på 50 pct. i antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre, mens i de 10 kommuner med de største fald er gennemsnittet et fald på 15 pct.

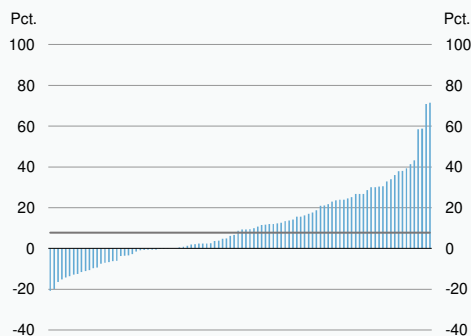
Figur 4.14

Antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre fordelt på personalegrupper og kommuner, 2021.



Figur 4.15

Procentvis ændring ml. 2013 og 2021 i antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre fordelt på kommuner.



Anm.: Personalegrupperne er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Den vandrette linje angiver det vægtede landsgennemsnit.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

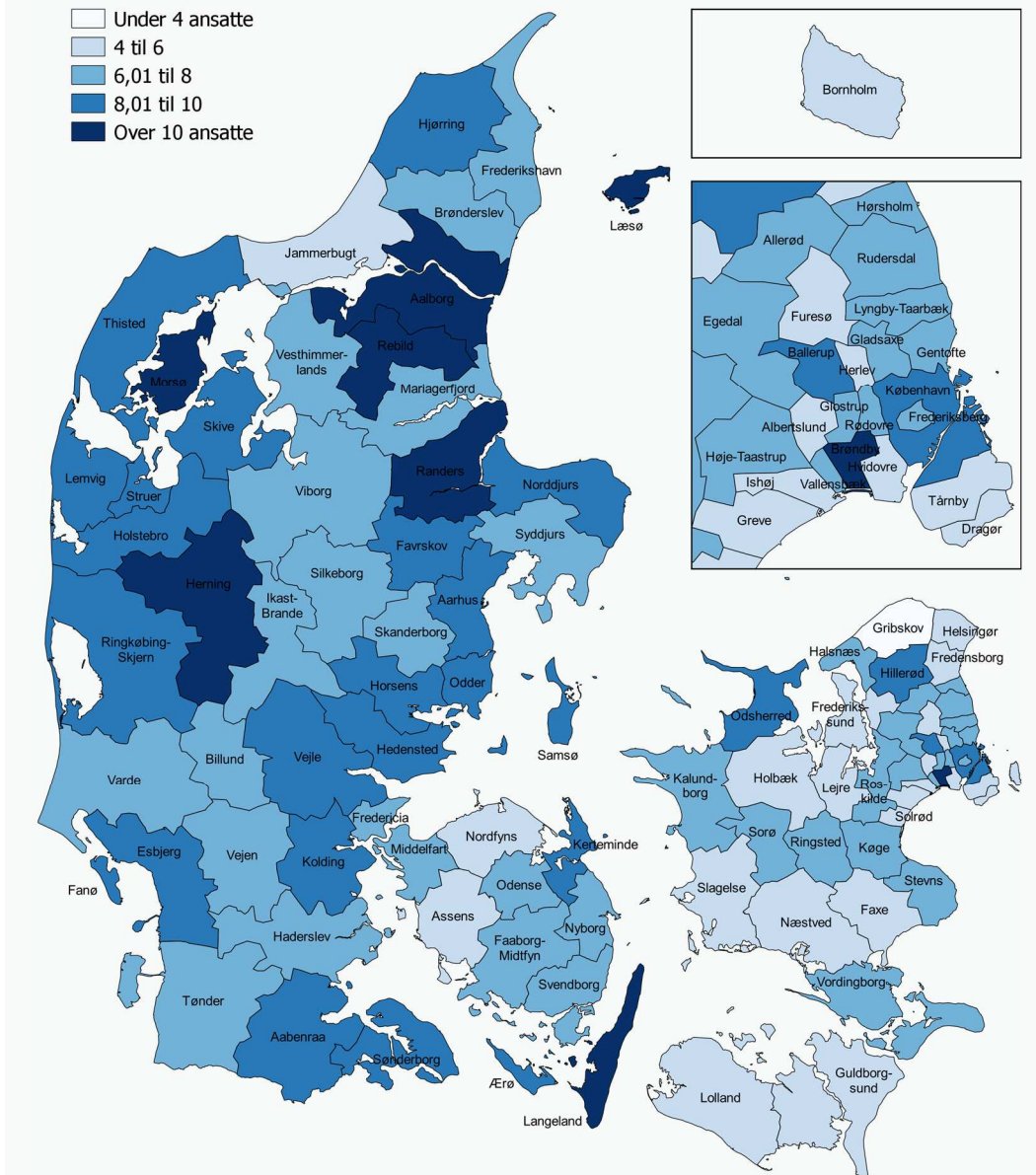
4.3 Geografiske tendenser

4.3.1 Sygeplejersker

Som det fremgår af figur 4.16, så er der på tværs af kommuner inden for samme landsdel store forskelle i antal sygeplejersker i 2021. Dog ses der en geografisk tendens til, at kommunerne i Jylland i højere grad har mange sygeplejersker pr. 1.000 ældre, og kommunerne øst for Storebælt har relativt få. For kommunerne i Jylland er gennemsnittet 8,4 sygeplejersker pr. 1.000 ældre, mens det for kommunerne øst for Storebælt er 6,4. De fynske kommuner placerer sig mellem de jyske kommuner og kommunerne øst for Storebælt med et gennemsnit på 7,0 sygeplejersker pr. 1.000 ældre.

Figur 4.16

Antal sygeplejersker (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre fordelt på kommuner, 2021.



Anm.: Sygeplejersker er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover.

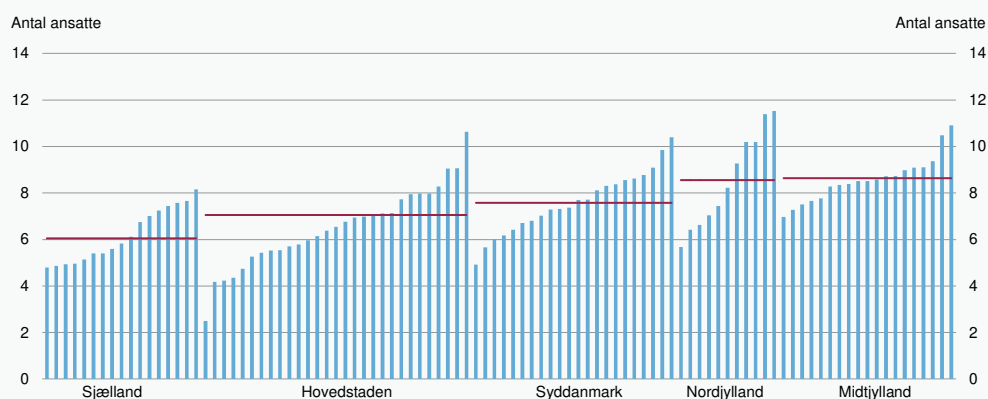
Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

Figur 4.17 viser, at der er stor variation i antal sygeplejersker mellem kommuner inden for samme region. Dog er det igen muligt at finde geografiske tendenser, hvor kommunerne i Region Midtjylland og Region Nordjylland har flest sygeplejersker pr. 1.000 ældre i 2021, mens kommunerne i Region Hovedstaden og Region Sjælland har færrest sygeplejersker. Kommunerne i Region Midtjylland har i gennemsnit 8,6 kommunale sygeplejersker pr. 1.000 ældre, mens kommunerne i Region Sjælland kun har 6,1. Forskellen mellem Region Midtjylland og Region Sjælland er så stor, at kommunen i Region Midtjylland med færrest sygeplejersker har flere sygeplejersker pr. 1.000 ældre end gennemsnittet for kommunerne i Region Sjælland.

Selvom kommunerne i Region Hovedstaden har næstfærrest sygeplejersker, så har de stadig væsentligt flere end Region Sjælland. Kommunerne i Region Hovedstaden har i gennemsnit 7,1 sygeplejersker pr. 1.000 ældre. Dog er dette gennemsnit i høj grad drevet af Københavns Kommune. Uden Københavns Kommune har kommunerne i Region Hovedstaden kun et gennemsnit på 6,5 sygeplejersker pr. 1.000 ældre – noget tættere på gennemsnittet i Region Sjælland.

Figur 4.17

Antal sygeplejersker (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre fordelt på regioner og kommuner, 2021.



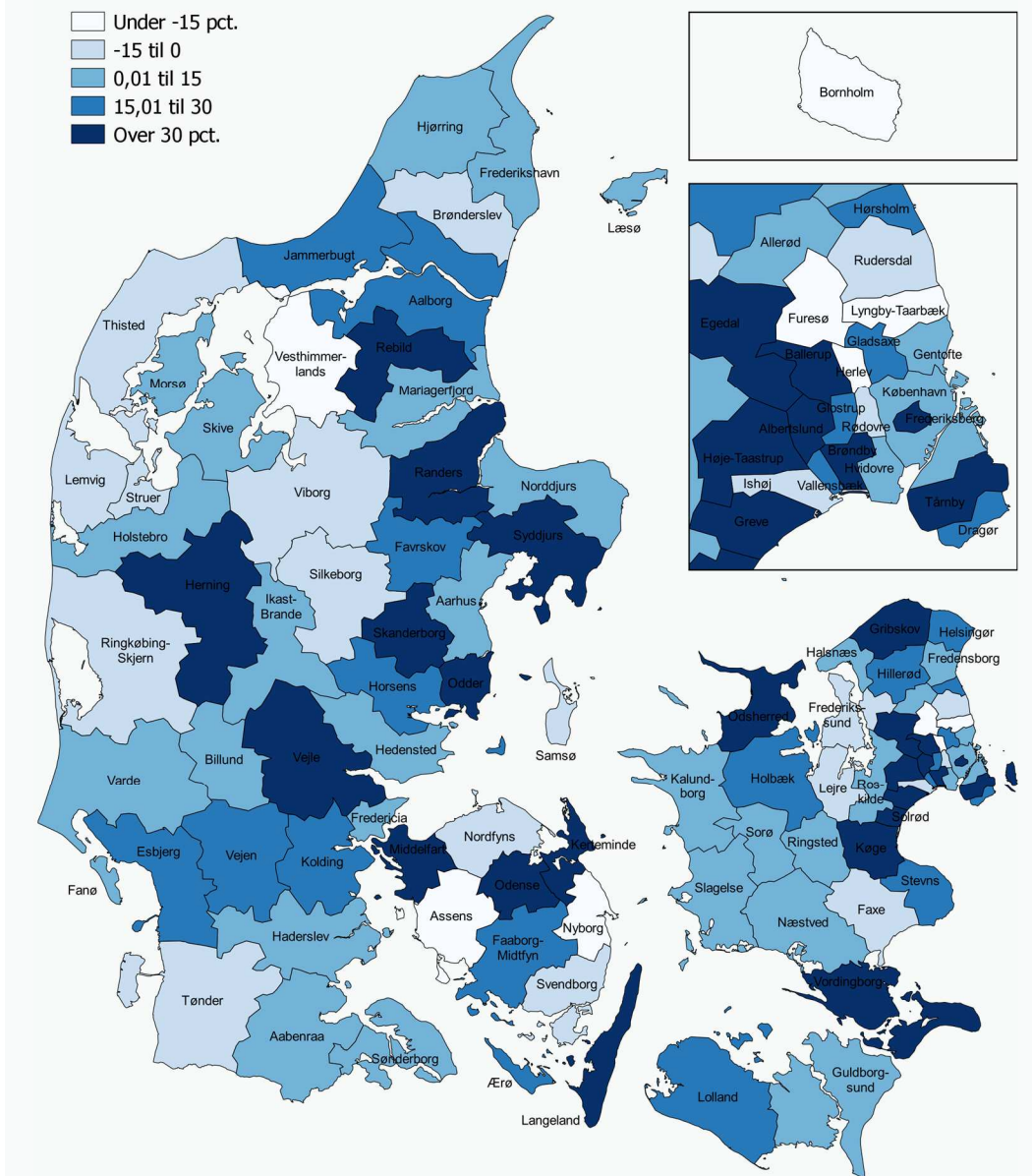
Anm.: Sygeplejersker er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Den vandrette linje angiver det vægtede regionsgennemsnit.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

Når vi ser på udviklingen mellem 2013 og 2021 i antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre, så ser vi ikke de samme geografiske tendenser på tværs af Danmark, jf. figur 4.18. I forhold til udviklingen er der i højere grad variation blandt kommuner inden for samme landsdel, end der er variation mellem landsdele.

Figur 4.18

Procentvis ændring ml. 2013 og 2021 i antal sygeplejersker (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre fordelt på kommuner.



Anm.: Sygeplejersker er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover.

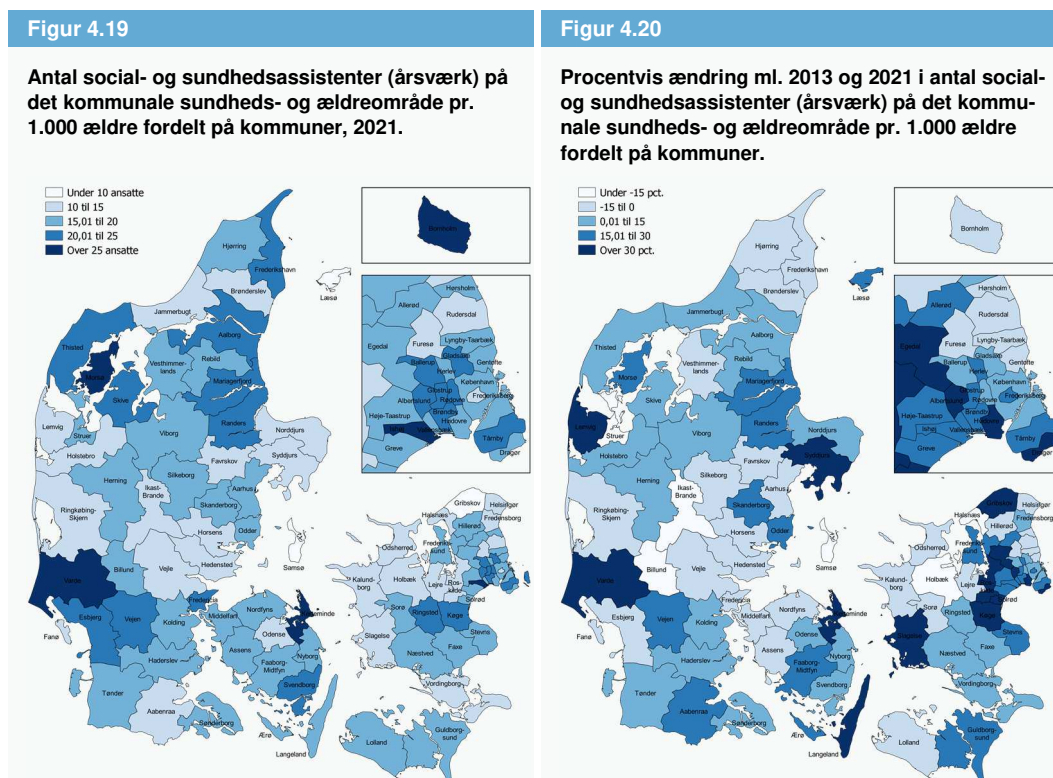
Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

4.3.2 Social- og sundhedsassistenter

Der er store forskelle mellem kommuner inden for samme landsdel i antal social- og sundhedsassistenter i 2021, jf. figur 4.19. I afsnit 4.3.1 så vi, at der er en geografisk tendens til, at kommunerne i Jylland i gennemsnit har væsentligt flere sygeplejersker i forhold til kommunerne øst for Storebælt i 2021. Denne geografiske tendens gør sig ikke gældende for social- og sundhedsassistenter. Kom-

munerne i Jylland har i gennemsnit 16,7 social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre, mens gennemsnittet for kommunerne øst for Storebælt er 17,0.

Udviklingen i antal social- og sundhedsassistenter i perioden 2013-2021 varierer i høj grad mellem kommuner inden for samme landsdel, jf. figur 4.20. Dog har kommuner lige vest for København oplevet store procentvise stigninger i antal social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre. Det kan også ses ved, at kommunerne øst for Storebælt har den største gennemsnitlige stigning på 14 pct. De fynske og jyske kommuner har en gennemsnitlig stigning på henholdsvis 9 pct. og 5 pct.



Anm.: Social- og sundhedsassistenter er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover.
 Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

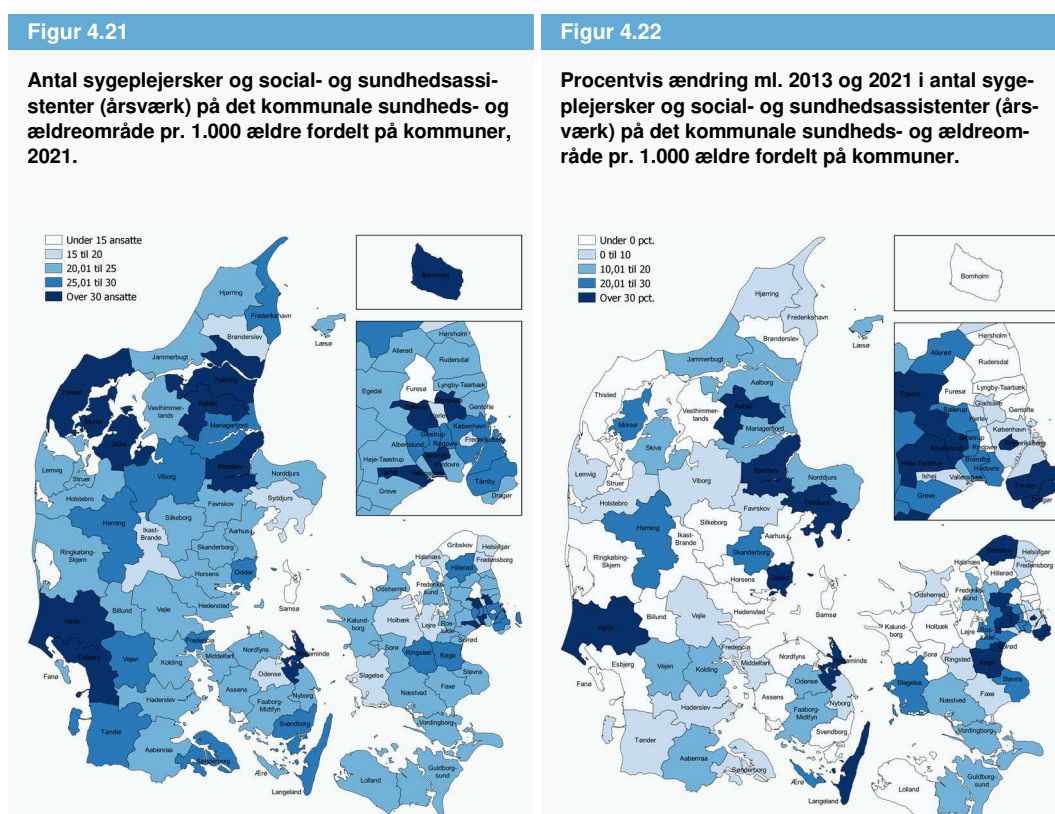
4.3.3 Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (autoriserede sundhedspersoner)

På tværs af kommuner inden for samme landsdel ses markante forskelle i det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i 2021, jf. figur 4.21. Igen ser vi ikke i de samme geografiske tendenser på Danmarkskortet, som vi så ved sygeplejersker, hvor der var stor forskel mellem jyske kommuner og kommuner øst for Storebælt, jf. afsnit 4.3.1. For kommunerne i Jylland er gennemsnittet 25,2 sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre, mens gennemsnittet for kommuner øst for Storebælt er 23,4.

Når vi ser på udviklingen mellem 2013 og 2021 i antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, ser vi igen stor variation mellem kommuner inden for samme landsdel, jf. figur 4.22. Som ved social- og sundhedsassistenter, jf. afsnit 4.3.2, er der en tendens til, at kommuner lige vest for

København har oplevet store procentvise stigninger i det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre. Kommunerne øst for Storebælt oplever også den største gennemsnitlige stigning på 15 pct. De fynske og jyske kommuner har en gennemsnitlig stigning på henholdsvis 11 pct. og 7 pct.

Både niveauet i 2021 og udviklingen mellem 2013-2021 i det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter afspejler i høj grad niveauet og udviklingen i antal social- og sundhedsassistenter. Det skyldes, at der er langt flere social- og sundhedsassistenter i kommunerne i forhold til antal sygeplejersker.



Anm.: Personalegrupperne er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover.
 Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

4.4 Sammenhænge og mønstre

I dette afsnit vil vi kort undersøge, hvilke sammenhænge der er mellem en række udvalgte faktorer på den ene side og på den anden side antallet af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (autoriserede sundhedspersoner).

Her er det væsentligt at påpege, at der er andre relevante faktorer end dem, vi har udvalgt, men da rapportens hovedformål ikke er sammenhængsanalyse, har vi kun udvalgt enkelte faktorer. Endvidere er det vigtigt at bemærke, at der alene er tale om simple bivariate sammenhænge. Det er ikke

ud fra resultaterne i dette afsnit muligt at drage konklusioner om effekt eller kausalitet af de enkelte faktorer.

I løbet af året offentliggør vi en analyse om ældres indlæggelser på medicinske afdelinger, hvor vi dykker mere ned i sammenhænge og mønstre på tværs af sektorer. Heri vil der blandt andet være fokus på, hvordan den kommunale sygepleje hænger sammen med de ældres indlæggelser på medicinske afdelinger.

Tabel 4.2

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	●	▲	▲
Andel ældre med demens	●	▲	▲
Andel ældre der er polyfarmacipatienter ¹	●	▲	▲
Forgæves rekrutteringsrate (FFR) for sygeplejersker ²	▼	●	●
Gns. afstand til nærmeste akutsygehus for ældre ³	▲	●	●
Andel ældre som modtager hjemmesygepleje ⁴	▲	▲	▲

Anm.: ▲ - angiver positiv og signifikant sammenhæng. ▼ - angiver negativ og signifikant sammenhæng. ● - angiver ingen sammenhæng. Ingen sammenhæng betyder, at der ikke er en signifikant sammenhæng, dvs. et signifikansniveau på 0,1 eller over. I Tabel 1.5 i Bilag 3: "Metode" vises korrelationskoefficienterne og en mere detaljeret inddeling af signifikansniveauet. Personalegrupperne er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. ¹Polyfarmaci afgrænses til samtidig brug af mere end fem lægemidler. ²Forgæves 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. ³Fanø Kommune er udgået på grund af tekniske udfordringer. ⁴Andel 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 Bilag 3: "Metode" 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.

I tabel 4.2 fremgår det, at der er en tendens til, at jo mere udfordret kommunens borgere er, målt ved kommunens socioøkonomiske indeks, andel ældre med demens og andel ældre der er polyfarmacipatienter, desto flere social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre har kommunen. Sammenhængene gør sig også gældende for det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Til gengæld finder vi ikke, at de nævnte faktorer har en sammenhæng med antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre. Der kan altså siges at være en overordnet tendens til, at borgere/ældres socioøkonomiske og helbredsmæssige udfordringer i højere grad hænger sammen med antal social- og sundhedsassistenter og det samlede antal autoriserede sundhedspersoner, end det hænger sammen med antallet af sygeplejersker.

Herudover er det interessant, at jo større udfordringer med rekruttering af sygeplejersker, målt ved forgæves rekrutteringsrate for sygeplejersker, desto færre sygeplejersker pr. 1.000 ældre har en kommune ansat. Det kan muligvis forklare den geografiske tendens i figur 4.14, som viste, at kommunerne øst for Storebælt har færrest sygeplejersker, da Hovedstaden og Sjælland har den højeste forgæves rekrutteringsrate for sygeplejersker. Forgæves rekrutteringsrate for sygeplejersker har

dog ingen sammenhæng med antallet af social- og sundhedsassistenter og det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter¹⁴.

Ydermere kan det i tabellen ses, at der er en positiv sammenhæng mellem gennemsnitlig afstand til nærmeste akutsygehus for de ældre og antallet af kommunale sygeplejersker. Jo længere den gennemsnitlige afstand til nærmeste akutsygehus for de ældre i kommunen er, desto flere sygeplejersker pr. 1.000 ældre har kommunen ansat. Omvendt finder vi ikke en signifikant sammenhæng mellem afstand til akutsygehus for ældre og antal social- og sundhedsassistenter og det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

Til sidst i tabellen fremgår det som forventet, at jo større andel ældre som modtager hjemmesygepleje i en kommune, desto flere sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre er der i kommunen.

¹⁴ Da forgæves rekrutteringsrate for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i meget høj grad korrelerer, er der i tabel 4.2 sat fokus på forgæves rekrutteringsrate for sygeplejersker.

5 Varetagelse af sygeplejeindsatser i kommunerne

I dette kapitel går vi i dybden med, hvilke sygeplejeindsatser sygeplejersker og social- og sundhedspersonale varetager i kommunerne, og hvordan dette varierer på tværs af kommunerne. Hertil bruges data fra Fælles Sprog III (FSIII) fra 90 kommuners omsorgssystemer.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Blandt de 90 deltagende kommuner er der 407 aktive bevillinger til sygeplejeindsatser pr. 1.000 ældre i september 2021. 59 pct. af bevillingerne er til borgere i eget hjem. De fire hyppigste sygeplejeindsatser er medicindispensering, medicinadministration, kompressionsbehandling og sårbehandling, og de udgør tilsammen 71 pct. af alle aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem i september 2021.
- Der er mere end dobbelt så mange aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre i den femtedel af kommunerne med flest aktive bevillinger sammenlignet med den femtedel med færrest aktive bevillinger. På tværs af regionerne er der også store forskelle. Særligt kommunerne i Region Hovedstaden og Region Sjælland har i gennemsnit færrest antal aktive bevillinger, mens kommunerne i Region Syddanmark har flest. Endvidere har landkommunerne i gennemsnit relativt mange aktive bevillinger til sygeplejeindsatser, mens særligt hovedstadskommunerne har relativt få.
- Ser vi nærmere på omfanget af de forskellige sygeplejeindsatser, er der betydelige variationer mellem kommunerne. Hvis vi fx ser på medicindispensering, som er den hyppigste sygeplejeindsats på landsplan, så har den femtedel af kommunerne med det højeste antal aktive bevillinger til medicindispensering et gennemsnit, der er dobbelt så højt som den femtedel af kommunerne med det laveste antal bevillinger til medicindispensering.

5.1 Tendenser på landsplan

Varetagelse af sygeplejeindsatser måles som antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser i kommunen i september 2021 med brug af data fra Fælles Sprog III (FSIII). Se definition i boks 5.1. Det skal her nævnes, at 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. Med henblik på at andre kan drage nytte af vores erfaringer med indsamling af FSIII-data, har vi i *"5.4 Læringspunkter ved FSIII-data"* samlet de mest centrale lærings- og opmærksomhedspunkter i forhold til brugen af FSIII-data. Læs også mere omkring vores indsamling af FSIII-data i kapitel 3 og Bilag 3: "Metode".

Boks 5.1

Aktive bevillinger til sygeplejeindsatser

I dette kapitel 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. Sundhedslovens § 138 er det lovmæssige grundlag for al sygepleje i kommunerne. Antal aktive bevillinger er defineret som antal borgere i kommunen, der i september 2021 har en aktiv bevilling til indsats.

Borgere er unikke under hver sygeplejeindsats, således at de kun tæller med én gang ved hver indsats. Dog kan borgere godt tælle med flere gange, når der ses på antal aktive bevillinger på tværs af sygeplejeindsatserne, hvis de har aktive bevillinger til flere forskellige sygeplejeindsatser.

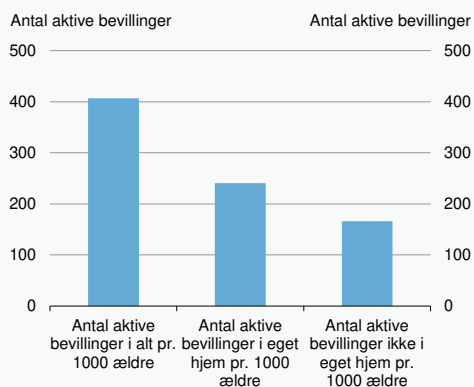
Aktiv bevilling betyder, at vi har medtaget borgere, der i september 2021 eller før har fået bevilget sygeplejeindsats, og som stadig er bevilget indsatsen i hele eller dele af september 2021. Bevillingerne behøver således ikke nødvendigvis være givet præcist i september 2021.

Man kan argumentere for, at indikatorer som leveret eller visiteret tid i højere grad måler det reelle omfang af sygepleje end aktive bevillinger, men disse indikatorer er mindre sammenlignelige mellem kommunerne, da de i mindre grad er standardiserede på tværs af kommunerne. Af den grund benyttes aktive bevillinger.

Med ovennævnte opmærksomhedspunkter in mente er der blandt de 90 deltagende kommuner 407 aktive bevillinger til sygeplejeindsatser pr. 1.000 ældre i september 2021, jf. figur 5.1. Som det fremgår af figur 5.2, er 59 pct. af alle bevillinger til borgere i eget hjem, og 41 pct. af bevillingerne er til borgere, der ikke er i eget hjem.

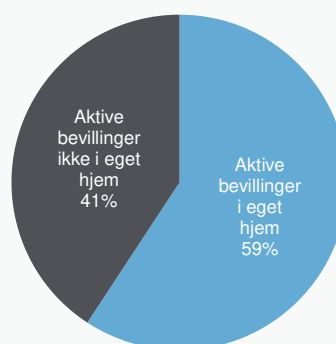
Figur 5.1

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



Figur 5.2

Andel aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem og ikke i eget hjem, september 2021. Pct.



Anm.: Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser er nærmere defineret i boks 5.1 og Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover.

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

Afgrænsningen af borgere i eget hjem og borgere ikke i eget hjem er beskrevet i boks 5.2. Da kvaliteten af FSIII-data er væsentlig bedre for borgere i eget hjem, er der i resten af kapitlet kun fokus på sygeplejeindsatser til borgere i eget hjem. Læs mere i "5.4 Læringspunkter ved FSIII-data" og Bilag 3: "Metode".

Boks 5.2

Borgere i eget hjem og ikke i eget hjem

Borgere i eget hjem er 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 ses som borgere i eget hjem.

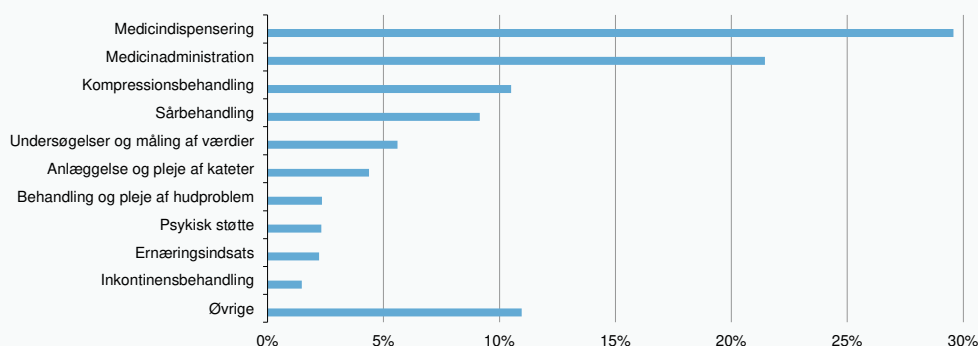
Borgere ikke i eget hjem er afgrænset til borgere, der bor på plejehjem, plejebolig eller psykiatriske/sociale botilbud.

Kilde: Danmarks Statistik (2021): Statistikdokumentation for sociale ydelser til ældre 2020

Retter man fokus på de konkrete sygeplejeindsatser, der gives til borgere i eget hjem, er det tydeligt at se, at få sygeplejeindsatser står for en stor andel af de aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem, jf. figur 5.3. De fire hyppigste sygeplejeindsatser er medicindispensering, medicinadministration, kompressionsbehandling og sårbehandling, og de udgør tilsammen 71 pct. af alle aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem i september 2021. Medicindispensering og medicinadministration står alene for 51 pct.

Figur 5.3

Andel aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem fordelt på hyppigste sygeplejeindsatser, september 2021. Pct.



Anm.: Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser er nærmere defineret i boks 5.1 og Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. De 10 indsatser samt "Øvrige" summerer til 100 pct. "Øvrige" indeholder de resterende 29 sygeplejeindsatser, som hver især har færre aktive bevillinger end de 10 indsatser vist i denne figur. Find opgørelser for alle sygeplejeindsatser i Bilag 3: "Metode".

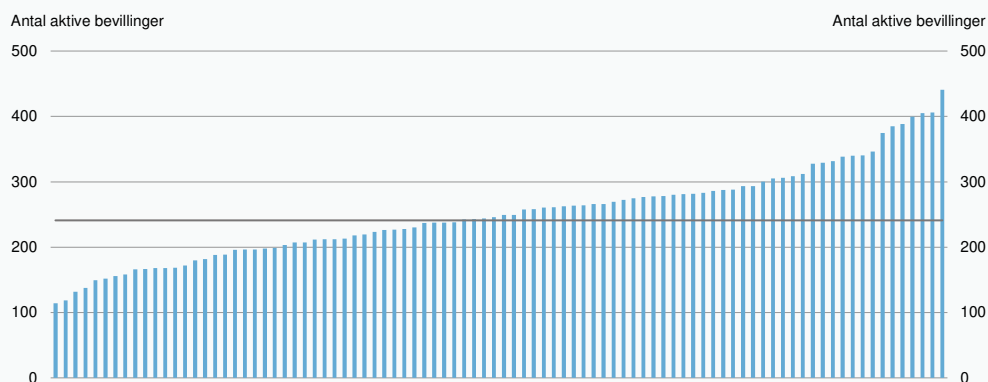
Kilde: FSIII-data fra kommunernes omsorgssystemer og egne beregninger.

5.2 Tendenser på tværs af kommuner

Der er store forskelle mellem kommunerne i antallet af aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem, jf. figur 5.4. For den femtedel af kommunerne med færrest aktive bevillinger til sygeplejeindsatser er der i gennemsnit 159 aktive bevillinger til sygeplejeindsatser pr. 1.000 ældre, mens der for den femtedel af kommunerne med flest aktive bevillinger er 355. Der er således mere end dobbelt så mange aktive bevillinger til sygeplejeindsatser i den femtedel af kommunerne med flest aktive bevillinger sammenlignet med den femtedel med færrest bevillinger.

Figur 5.4

Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre fordelt på kommuner, september 2021.



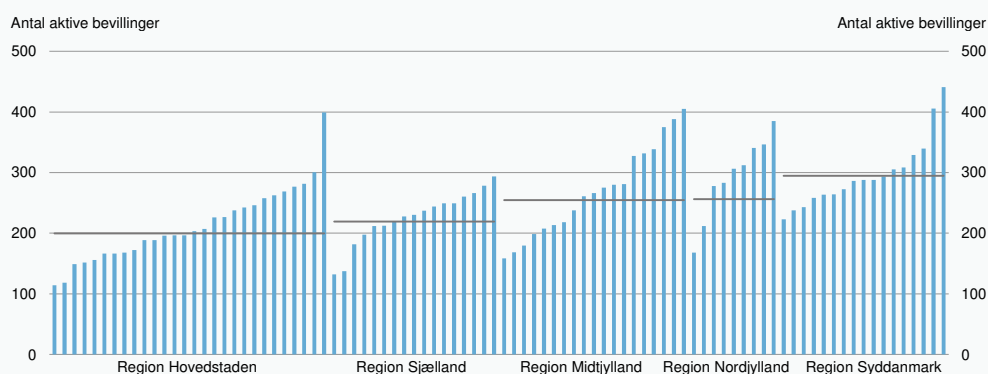
Anm.: Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser er nærmere defineret i boks 5.1 og Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Den vandrette linje angiver det vægtede landsgennemsnit.

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

Som det fremgår af figur 5.5, er der også regionale forskelle i antallet af aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem, hvor særligt kommunerne i Region Hovedstaden og Region Sjælland i gennemsnit har færrest aktive bevillinger, og kommunerne i Region Syddanmark har flest. For kommunerne i Region Hovedstaden er gennemsnittet 200 aktive bevillinger til sygeplejeindsatser pr. 1.000 ældre, mens det i Region Syddanmark er 295. Figuren viser dog samtidigt også, at der er betydelige forskelle mellem kommuner inden for samme region.

Figur 5.5

Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre fordelt på regioner og kommuner, september 2021.



Anm.: Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser er nærmere defineret i boks 5.1 og Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Den vandrette linje angiver det vægtede regionsgennemsnit.

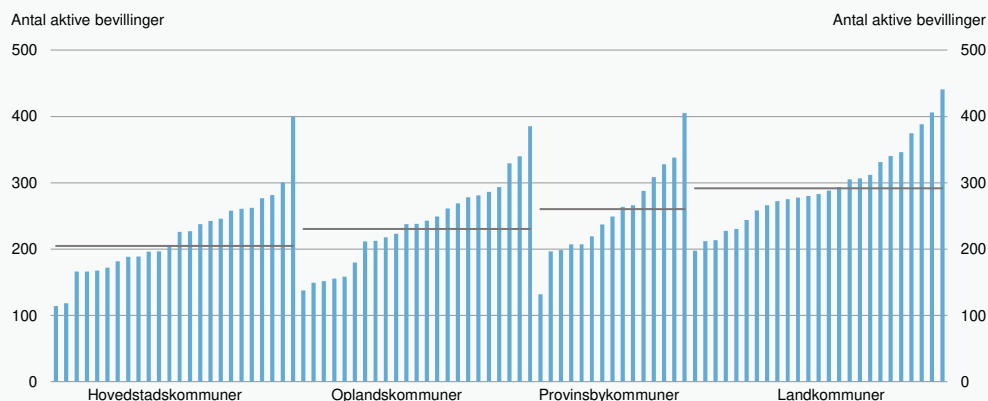
Kilde: Danmarks Statistik, FSIII-data fra kommunernes omsorgssystemer og egne beregninger.

Mellem kommuner inden for samme kommunetype er der også stor variation i aktive bevillinger til sygeplejeindsatser, jf. figur 5.6. Figuren viser dog også, at særligt landkommunerne i gennemsnit har relativt mange aktive bevillinger til sygeplejeindsatser, mens særligt hovedstadskommunerne

har relativt få. Blandt landkommunerne er gennemsnittet 292 aktive bevillinger pr. 1.000 ældre, mens det blandt hovedstadskommunerne er 205.

Figur 5.6

Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre fordelt på kommunetyper og kommuner, september 2021.



Anm.: Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser er nærmere defineret i boks 5.1 og Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Den vandrette linje angiver det vægtede gennemsnit for hver kommunetype. Af diskretioners hensyn er de tre storbykommuner udeladt i denne figur.

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

Ser vi nærmere på omfanget af de forskellige sygeplejeindsatser, er der betydelige variationer mellem kommunerne. I figur 5.7 er der taget udgangspunkt i de hyppigste sygeplejeindsatser på landsplan, og 1. kvartil er den femtedel af kommunerne med det laveste antal aktive bevillinger til den givne sygeplejeindsats for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre, mens 5. kvartil er den femtedel af kommunerne med den højeste antal aktive bevillinger til den givne sygeplejeindsats for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre.

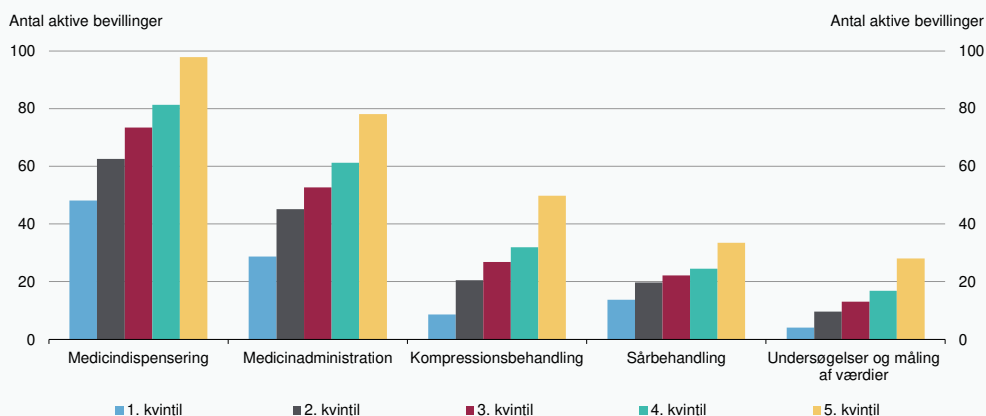
Ser man på medicindispensering, som er den hyppigste sygeplejeindsats på landsplan, viser figuren, at kommunerne i 1. kvartil i gennemsnit har 48 aktive bevillinger til medicindispensering for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre, mens kommunerne i 5. kvartil i gennemsnit har 98 aktive bevillinger til medicindispensering for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre¹⁵. Således har den femtedel af kommunerne med det højeste antal aktive bevillinger til medicindispensering et gennemsnit, der er dobbelt så højt som den femtedel af kommunerne med det laveste antal bevillinger til medicindispensering.

Den kommunale variation ses også ved de andre hyppige sygeplejeindsatser på landsplan. I forhold til medicinadministration og kompressionsbehandling, som er den anden og tredje hyppigste sygeplejeindsats, har kommunerne i 1. kvartil i gennemsnit 29 aktive bevillinger til medicinadministration pr. 1.000 ældre og 9 aktive bevillinger til kompressionsbehandling pr. 1.000 ældre. For kommunerne i 5. kvartil er det gennemsnitlige antal aktive bevillinger pr. 1.000 ældre 78 for medicinadministration og 50 for kompressionsbehandling.

¹⁵ Vi har spurgt til kommunernes brug af dosisdispensering på en skala fra 1-5, hvor 1 angiver "Slet ikke, og 5 angiver "I meget høj grad". Vi finder en lille tendens til, at kommuner, der har angivet, at de i højere grad benytter sig af dosisdispensering, har færre antal aktive bevillinger til medicindispensering for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre. Korrelationskoefficienten er 0,19 og er signifikant på 0,1-niveau.

Figur 5.7

Antal aktive bevillinger til hyppigste sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre fordelt på kvintiler, september 2021.



Anm.: Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser er nærmere defineret i boks 5.1 og Bilag 3: "Metode". Kommuner opdeles i fem kvintiler pba. deres antal aktive bevillinger til den givne sygeplejeindsats. 1. kvintil viser den femtedel af kommunerne med det laveste antal aktive bevillinger til den givne sygeplejeindsats for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre, mens 5. kvintil viser den femtedel af kommunerne med det højeste antal aktive bevillinger til den givne sygeplejeindsats for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre.

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

5.3 Specialiserede sygeplejeindsatser

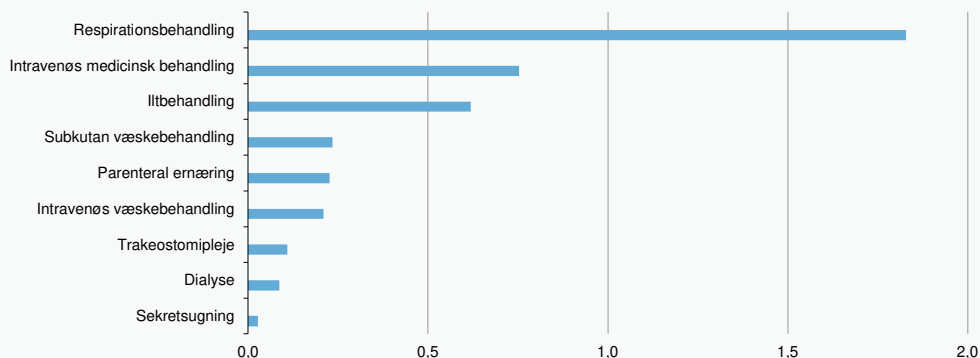
I dette afsnit undersøger vi ni udvalgte sygeplejeindsatser i FSIII-indsatskataloget, som kan anses for at være de mest specialiserede sygeplejeindsatser i kommunerne. De ni specialiserede sygeplejeindsatser er dialyse, iltbehandling, intravenøs medicinsk behandling, intravenøs væskebehandling, parenteral ernæring, respirationsbehandling, sekretsugning, subkutan væskebehandling samt trakeostomipleje. De ni specialiserede sygeplejeindsatser er blevet udvalgt i dialog med KL.

Blandt de 90 deltagende kommuner er der 4,1 aktive bevillinger til de specialiserede sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre i september 2021. De ni specialiserede sygeplejeindsatser udgør således tilsammen 1,7 pct. af alle aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem i september 2021. Hvorvidt de ni specialiserede sygeplejeindsatser er mere tidskrævende end de resterende sygeplejeindsatser i FSIII-indsatskataloget, har vi ikke haft mulighed for at undersøge. 61 pct. af bevillingerne til de specialiserede sygeplejeindsatser er til borgere i eget hjem, mens 39 pct. er til borgere ikke i eget hjem. Det stemmer meget overens med det generelle billede på tværs af alle sygeplejeindsatser, jf. figur 5.2.

Blandt de specialiserede sygeplejeindsatser er det særligt respirationsbehandling, som flest borgere har en aktiv bevilling til, jf. figur 5.8. Der er 1,8 aktive bevillinger for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre til respirationsbehandling. Intravenøs medicinsk behandling og iltbehandling fylder også en del, men det er dog væsentlig mindre end respirationsbehandling.

Figur 5.8

Antal aktive bevillinger til specialiserede sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre fordelt på sygeplejeindsatser, september 2021.



Anm.: Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser er nærmere defineret i boks 5.1 og Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Samlet set udgør de specialiserede sygeplejeindsatser 1,7 pct. af alle aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem.

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

På tværs af kommunerne er der store forskelle i antal aktive bevillinger til de ni specialiserede sygeplejeindsatser. For den femtedel af kommunerne med færrest aktive bevillinger til de specialiserede sygeplejeindsatser er der i gennemsnit 1,6 aktive bevillinger til indsatserne for borgere i eget hjem pr. 1.000 ældre, mens der for den femtedel af kommunerne med flest aktive bevillinger er 9,0.

5.4 Læringspunkter ved FSIII-data

I forbindelse med vores indsamling og brug af data fra Fælles Sprog III (FSIII) har vi gjort os nogle erfaringer, som andre kan drage nytte af. Derfor har vi i dette afsnit samlet de mest centrale lærings- og opmærksomhedspunkter ved indsamlingen og brugen af FSIII-data. Nedenstående læringspunkter er uddybet i Bilag 3: "Metode". Følgende punkter er de mest centrale læringspunkter ved brugen af FSIII-data:

- **Aktive bevillinger er mest sammenligneligt:** Man kan argumentere for, at indikatorer som leveret eller visiteret tid i højere grad måler det reelle omfang af sygepleje end aktive bevillinger, men disse indikatorer er mindre sammenlignelige mellem kommunerne, da de i mindre grad er standardiserede på tværs af kommunerne. Af den grund benyttes aktive bevillinger i denne rapport.
- **Stort set alle kommuner kan levere FSIII-data:** 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.
- **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 ikke i eget hjem, hvilket også betyder, at vi i

dette kapitel hovedsageligt har fokus på FSIII-data for borgere i eget hjem¹⁶. 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 på samme måde har fokus på at registrere korrekt¹⁷.

- **Variation i fortolkning af de fælleskommunale indsatser:** Vi har oplevet, at flere kommuner i nogle tilfælde har udfordringer i registreringen i forhold til, hvornår en sygeplejeindsats vælges frem for en anden sygeplejeindsats, da indsatsernes beskrivelser kan ligne hinanden. Eksempelvis har en kommune valgt at lægge "Kompressionsbehandling" og "Cirkulationsbehandling" sammen på "Cirkulationsbehandling". Denne udfordring gør sig også gældende for indsatser på tværs af sundhedsloven og serviceloven. Et eksempel på dette er "Ernæringsindsats" efter sundhedsloven og "Ernæring" efter Serviceloven.
- **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 indsatser på niveau 2. Det 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 niveau 3 i FSIII:** Det er et krav, at lokale indsatser på niveau 3 entydigt kan knyttes til specifikke fælleskommunale indsatser (niveau 2). Klart de fleste kommuner overholder dette krav, men få kommuner overholder ikke kravet. Det har medført, at disse få kommuner har skullet i gang med en ressourceoptagelse og 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. Der er dog kun tale om enkelte kommuner, hvilket indikerer, at klart de fleste kommuner har implementeret de nuværende 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-ydelserne¹⁸. Det gør det svært at sammenligne 0-ydelserne på tværs af kommunerne, og vi har derfor valgt ikke at medtage 0-ydelserne i rapporten¹⁹.
- **Bevillinger fra socialområdet registreres i forskellig grad:** 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. Der er dog ikke en tendens til, at kommuner, som delvist eller slet ikke har medtaget bevillinger fra socialområdet, har færre antal aktive bevillinger pr. 1.000 ældre.

¹⁶ 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.

¹⁷ 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

¹⁸ 0-ydelserne er følgende fire indsatser: Sygeplejefaglig udredning, koordinering, opfølgning og generel 0-ydelse.

¹⁹ Carve Consulting (2019): Dataunderstøttelse af kommunale akutfunktioner

- **Kommunale forskelle i registrering af sygeplejeklinikker og midlertidige pladser:**
Borgere, der benytter sygeplejeklinikker og midlertidige pladser (herunder akutpladser), skal ifølge Danmarks Statistik ses som borgere i eget hjem²⁰. Vi har dog oplevet, at flere kommuner ikke i første omgang har angivet disse borgere som borgere i eget hjem. I forhold til sygeplejeklinikker var det nemt for kommunerne at rette, men det var lidt sværere i forhold til midlertidige pladser. Der er dog ikke en tendens til, at de kommuner, som ikke har angivet bevillinger fra midlertidige pladser som i eget hjem, har færre antal aktive bevillinger pr. 1.000 ældre. Ydermere er det vores erfaring, at det ændrer meget lidt i kommunernes antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem i september 2021 at få kommunerne til at tilføje borgere på midlertidige pladser til borgere i eget hjem. Det skyldes, at borgere på midlertidige pladser sjældent er der i en hel måned, så de vil ofte også før og/eller efter modtage sygeplejeindsatser i eget hjem i september 2021. De vil derfor alligevel indgå i opgørelserne for borgere i eget hjem.

²⁰ Danmarks Statistik (2021): Statistikdokumentation for sociale ydelser til ældre 2020

6 Arbejdsdeling i forhold til sygeplejeindsatser i kommunerne

I dette kapitel undersøger vi arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedspersonale i forhold til varetagelsen af de hyppigste sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem, herunder forskelle i arbejdsdelingen på tværs af kommuner. Vi har undersøgt arbejdsdeling af sygeplejeindsatser gennem et spørgeskema, som 92 kommuner har besvaret i efteråret 2021. Ud over arbejdsdeling af sygeplejeindsatser vil vi til sidst i kapitlet kort se nærmere på kommunernes organisering af hjemmesygeplejen.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Der er store forskelle på tværs af kommunerne i forhold til, i hvilken grad det er sygeplejersker eller social- og sundhedspersonale, som varetager sygeplejeindsatserne.
- Når vi ser på tværs af de syv hyppigste sygeplejeindsatser til borgere i eget hjem, er der stor forskel på, i hvilken grad sygeplejersker varetager indsatserne. Særligt sårbehandling samt anlæggelse og pleje af kateter varetages af sygeplejersker. Omvendt varetager sygeplejersker i lav grad medicinadministration samt behandling og pleje af hudproblem. Kommunerne har særligt peget på, at social- og sundhedspersonalet i højere grad varetager sygeplejeindsatser, hvis selve indsatsen ikke er kompleks, men på basalt/elementært niveau, eller hvis borgerens forløb ikke er komplekst. Omvendt vurderer kommunerne over en bred kam, at mangel på sygeplejersker ikke har den store betydning for, om social- og sundhedspersonalet varetager sygeplejeindsatser.
- 35 pct. af de 92 deltagende kommuner har angivet, at deres hjemmesygepleje er integreret i de enkelte hjemmeplejegrupper, mens 56 pct. har angivet, at hjemmesygeplejen er organiseret som en selvstændig enhed. Særligt kommunerne i Region Midtjylland og Region Syddanmark har organiseret hjemmesygeplejen som en selvstændig enhed, mens kommunerne i Region Sjælland og Region Nordjylland i højere grad har integreret hjemmesygeplejen i de enkelte hjemmeplejegrupper. På tværs af organisering af hjemmesygeplejen er der stort set ingen forskel i arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedspersonale i forhold til sygeplejeindsatser.

6.1 Tendenser på tværs af kommunerne

Arbejdsdeling af sygeplejeindsatser mellem sygeplejersker og social- og sundhedspersonale 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 sygeplejeindsats. "Slet ikke" indikerer, at sygeplejersker slet ikke varetager den

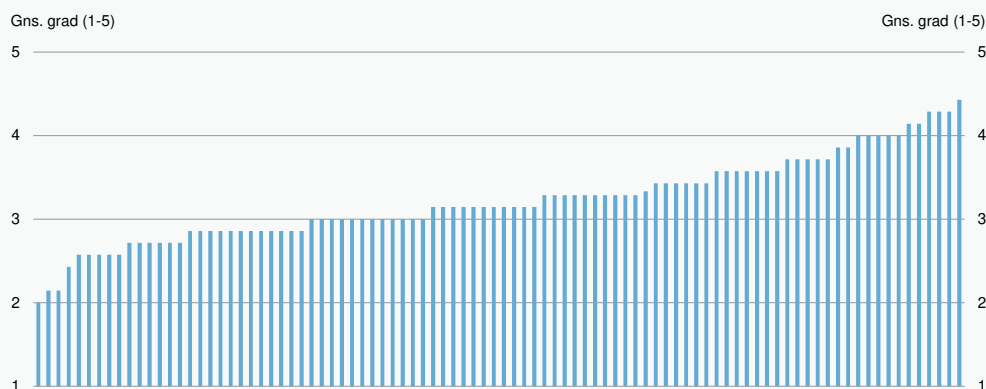
givne sygeplejeindsats, hvilket også betyder, at indsatsen i høj grad varetages af social- og sundhedspersonale. "I meget høj grad" indikerer, at sygeplejersker i meget høj grad varetager den givne sygeplejeindsats, hvilket også betyder, at social- og sundhedspersonale i mindre grad varetager indsatsen. Ud fra vores indsamling af FSIII-data har vi udvalgt de syv hyppigste sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem på landsplan målt på antal aktive bevillinger til at afdække arbejdsdeling af sygeplejeindsatser i spørgeskemaet.

I spørgeskemaet skelner vi 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.

På tværs af kommunerne er der store forskelle, i hvilken grad det er sygeplejersker eller social- og sundhedspersonale, som varetager de syv hyppigste sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem på en skala fra 1-5, hvor 5 angiver "I meget høj grad", jf. 6.1.

Figur 6.1

Gennemsnitlig grad sygeplejersker varetager de syv hyppigste sygeplejeindsatser på landsplan for borgere i eget hjem fordelt på kommuner.



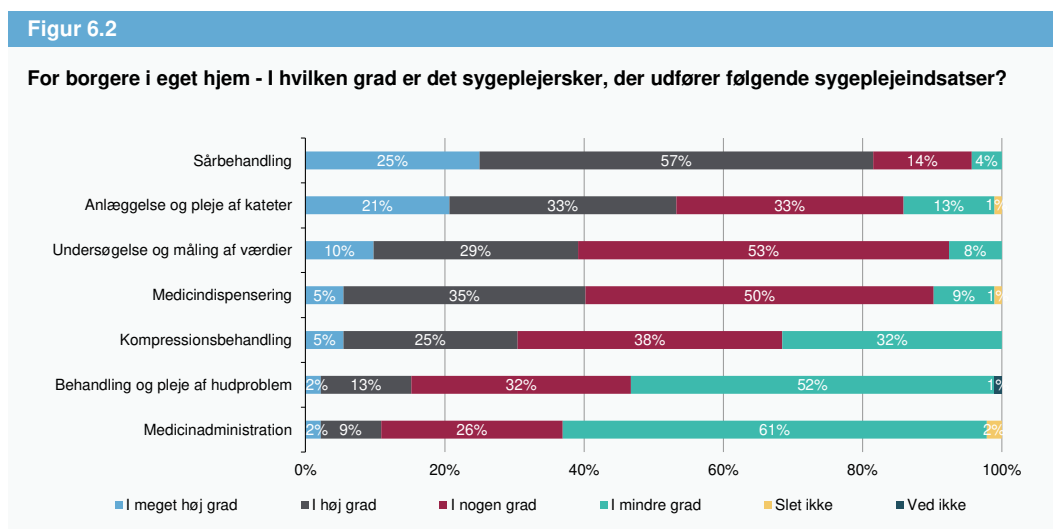
Anm.: 1 angiver "Slet ikke", mens 5 angiver "I meget høj grad". Gennemsnitlig grad sygeplejersker varetager de syv hyppigste sygeplejeindsatser for hver kommune er udregnet som et gennemsnit af kommunens vurderinger af sygeplejerskers varetagelse af de syv hyppigste indsatser. Gennemsnittet er vægтет i forhold til, hvor mange aktive bevillinger blandt borgere i eget hjem kommunen har ved hver af sygeplejeindsatserne. Dette måles med brug af FSIII-data. 89 kommuner optræder i figuren. 3 kommuner udgår, da deres FSIII-datas kvalitet ikke er tilstrækkelig god.

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

På tværs af regioner og kommunetyper er der stort set ingen variation i, om det er sygeplejersker eller social- og sundhedspersonale, der varetager indsatserne mest. Modsat er der betydelige forskelle blandt kommuner inden for samme region og samme kommunetype.

Når vi ser på hver enkelt af de syv hyppigste sygeplejeindsatser på landsplan til borgere i eget hjem, er der stor variation i graden, sygeplejersker varetager indsatserne. I figur 6.2 kan det ses, at sårbehandling samt anlæggelse og pleje af kateter i høj grad varetages af sygeplejersker. Ved sårbehandling samt anlæggelse og pleje af kateter har henholdsvis 82 pct. og 53 pct. af kommunerne enten svaret "I meget høj grad" eller "I høj grad" til, at det er sygeplejersker, der varetager indsatsen. Omvendt svarer mere end flertallet af kommunerne, at medicinadministration samt behandling og pleje af hudproblem "I mindre grad" eller "Slet ikke" varetages af sygeplejersker, så det således i højere grad er social- og sundhedspersonale, der varetager disse. Selvom der er en del

variation blandt de syv indsatser i forhold til, hvor meget sygeplejersker og dermed social- og sundhedspersonale varetager indsatserne, så er det tydeligt at se, at social- og sundhedspersonalet i høj grad også varetager sygeplejeindsatser i kommunerne.

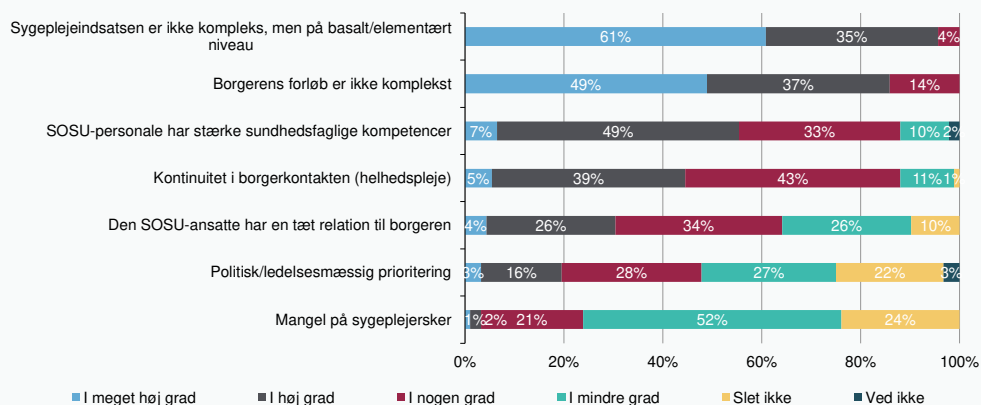


Kilde: Spørgeskemabesvarelser og egne beregninger.

Der er mange faktorer, der kan spille ind på, om det er sygeplejersker eller social- og sundhedspersonale, der varetager sygeplejeindsatser, men de deltagende kommuner har særligt peget på, at social- og sundhedspersonalet i højere grad varetager sygeplejeindsatser, hvis selve indsatsen ikke er kompleks, men på basalt/elementært niveau, eller hvis borgerens forløb ikke er komplekst, jf. figur 6.3. Henholdsvis 96 pct. og 86 pct. af kommunerne har angivet, at indsatsens kompleksitet og kompleksiteten af borgerens forløb "I meget høj grad" eller "I høj grad" har betydning for, om social- og sundhedspersonalet varetager sygeplejeindsatser. Omvendt er det overraskende, at særligt mangel på sygeplejersker ikke vurderes til at være særlig betydningsfuld for, om social- og sundhedspersonalet varetager sygeplejeindsatser. Kun 3 pct. af kommunerne har svaret "I meget høj grad" eller "I høj grad" til, at mangel på sygeplejersker har betydning for, om social- og sundhedspersonalet varetager sygeplejeindsatser.

Figur 6.3

I hvilken grad ligger følgende begrundelser til grund, når social- og sundhedspersonale varetager sygeplejeindsatser?



Kilde: Spørgeskemabesvarelser og egne beregninger.

6.2 Organisering af hjemmesygeplejen

I spørgeskemaet har vi også spurgt kommunerne ind til deres organisering af hjemmesygeplejen. Selvom kommunerne kan have forskelle i deres organisering, kan der overordnet skelnes mellem to organiseringsformer af hjemmesygeplejen. I den første organiseringsform er hjemmesygeplejen organiseret i en selvstændig enhed. I den anden organiseringsform er hjemmesygeplejen integreret i hjemmeplejen, så sygeplejersker og social- og sundhedspersonale er ansat i samme hjemmeplejegrupper²¹.

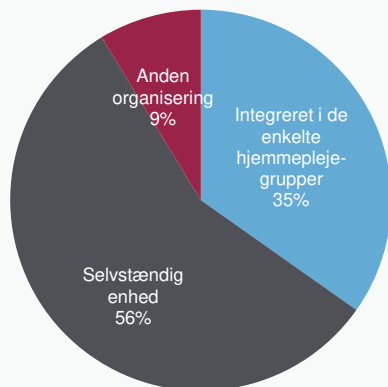
Som det fremgår af figur 6.4, så har 35 pct. af de 92 deltagende kommuner angivet, at hjemmesygeplejen er integreret i de enkelte hjemmeplejegrupper, mens 56 pct. af kommunerne har angivet, at hjemmesygeplejen er organiseret som en selvstændig enhed. 9 pct. har angivet, at deres hjemmesygepleje har anden organisering.

I figur 6.5 ses det, at der er stor regional variation i organisering af hjemmesygeplejen. Særligt kommunerne i Region Midtjylland og Region Syddanmark har organiseret deres hjemmesygepleje som en selvstændig enhed. I de to regioner har henholdsvis 68 pct. og 67 pct. af kommunerne denne organisering. Modsat gør kommunerne i Region Sjælland og Region Nordjylland i højere grad brug af den anden organiseringsform, hvor hjemmesygeplejen er integreret i de enkelte hjemmeplejegrupper.

²¹ 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

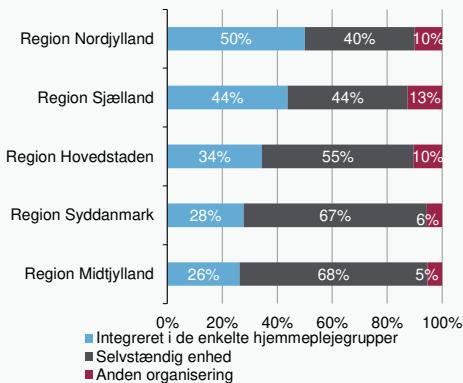
Figur 6.4

Organisering af hjemmesygepleje. Pct.



Figur 6.5

Organisering af hjemmesygepleje fordelt på regioner. Pct.



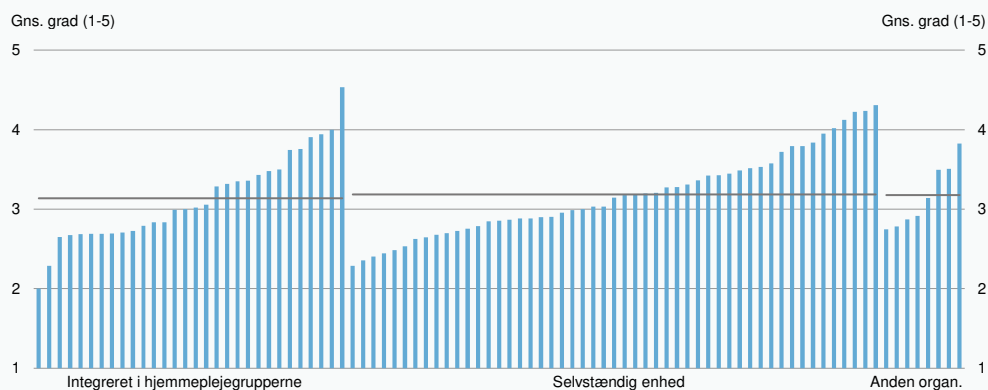
Kilde: Spørgeskemabesvarelser og egne beregninger.

Forskelle i organisering af hjemmesygeplejen rejser spørgsmålet om, hvorvidt det er organiseringen, der er afgørende for arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedspersonale. Det er der imidlertid intet der tyder på, jf. figur 6.6. På tværs af organisering af hjemmesygeplejen er der stort set ingen forskel på den gennemsnitlige grad, sygeplejersker varetager indsatserne. Derimod er der betydelige forskelle mellem kommunerne, der har angivet samme organiseringsform.

Ydermere finder vi heller ikke sammenhæng mellem organisering af hjemmesygeplejen i en kommune og henholdsvis antal sygeplejersker, antal social- og sundhedsassistenter samt det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre i en kommune.

Figur 6.6

Gennemsnitlig grad sygeplejersker varetager de syv hyppigste sygeplejeindsatser på landsplan for borgere i eget hjem fordelt på organisering af hjemmesygepleje og kommuner.



Anm.: 1 angiver "Slet ikke", mens 5 angiver "I meget høj grad". Gennemsnitlig grad sygeplejersker varetager de syv hyppigste sygeplejeindsatser for hver kommune er udregnet som et gennemsnit af kommunens vurderinger af sygeplejerskers varetagelse af de syv hyppigste indsatser. Gennemsnittet er vægтет i forhold til, hvor mange aktive bevillinger blandt borgere i eget hjem kommunen har ved hver af sygeplejeindsatserne. Dette måles med brug af FSIII-data. Den vandrette linje angiver det vægtede gennemsnit for hver organiseringsform af hjemmesygeplejen. 89 kommuner optræder i figuren. 3 kommuner udgår, da deres FSIII-datas kvalitet ikke er tilstrækkelig god.

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