

# Kommunal sygepleje til ældre

Maj 2022



Indenrigs- og  
Boligministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

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

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

## Indhold

1 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 sygeplejersker<sup>1</sup>. 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

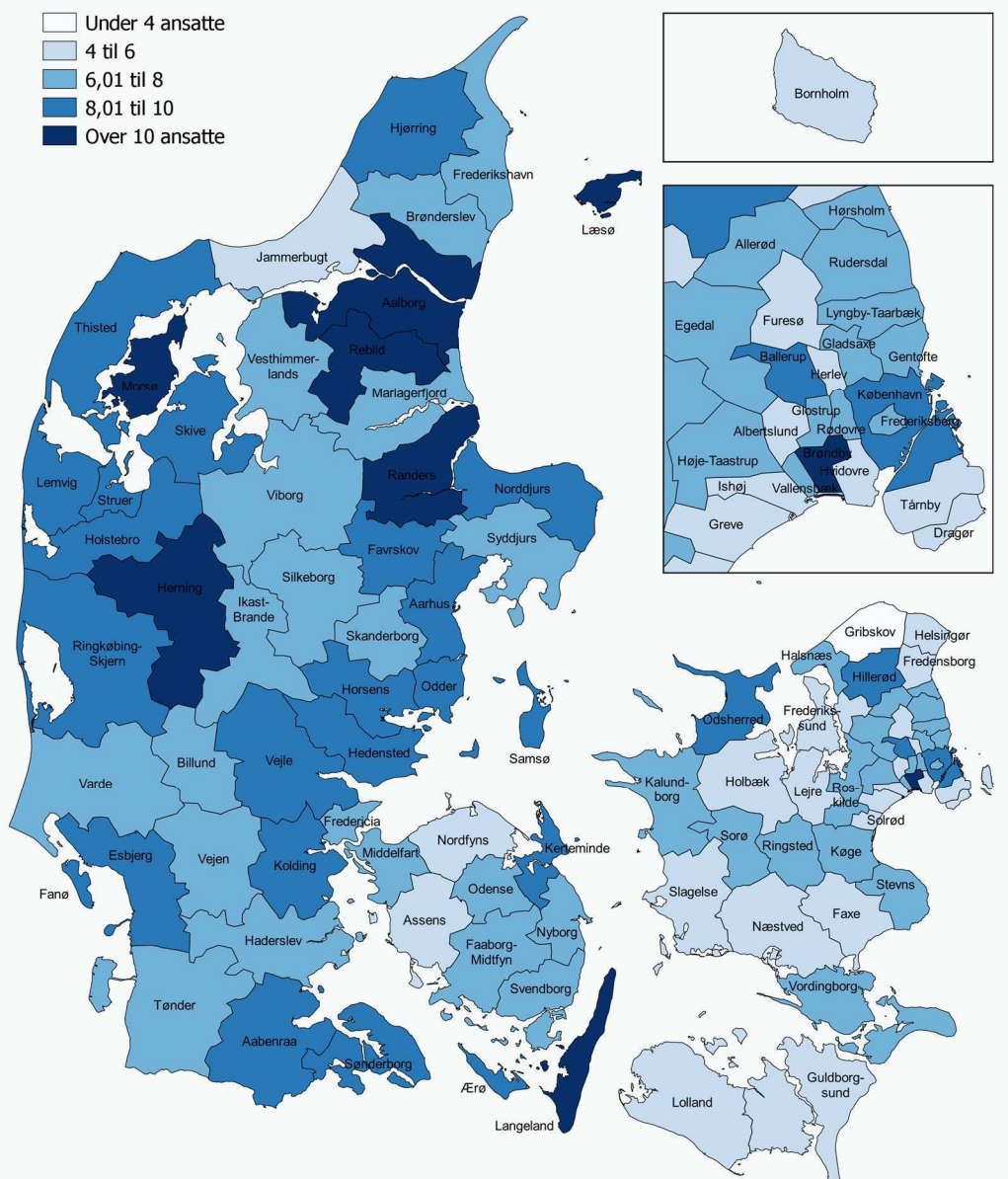
---

<sup>1</sup> 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.

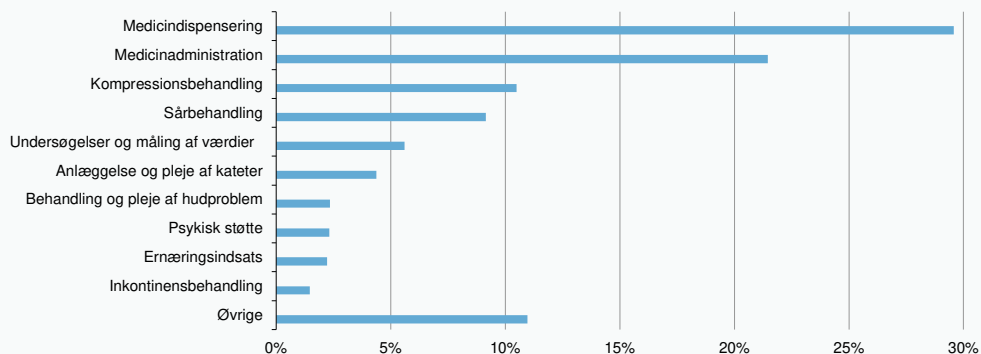
Med dette in mente er der blandt de 90 deltagende kommuner 407 aktive bevillinger til sygeplejeindsatser pr. 1.000 ældre i september 2021<sup>2</sup>. 59 pct. af bevillingerne er til borgere i eget hjem. Da kvaliteten af FSIII-data er væsentlig bedre for borgere i eget hjem, har vi hovedfokus på sygeplejeindsatser 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.

---

<sup>2</sup> 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

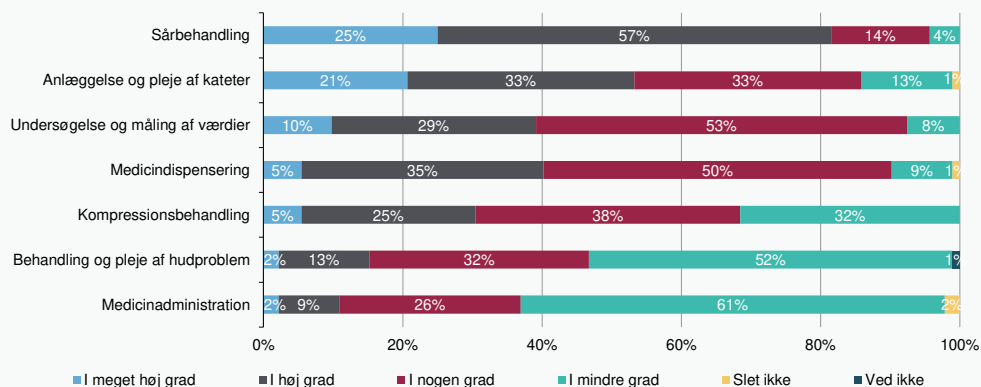
Til at undersøge arbejdsdelingen mellem personalegrupper for de hyppigste sygeplejeindsatser for borgere i eget hjem har vi udsendt et spørgeskema til alle kommuner. 92 kommuner har besvaret spørgeskemaet. Når vi undersøger arbejdsdeling, skelner vi kun mellem sygeplejersker og social- og sundhedspersonale.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

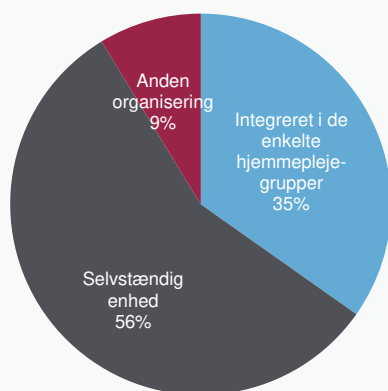
Henholdsvis 96 pct. og 86 pct. af kommunerne har angivet, at indsatsens kompleksitet og kompleksiteten af borgerens forløb har betydning for, om social- og sundhedspersonale varetager sygeplejeindsatser. Kun 3 pct. har svaret, at mangel på sygeplejersker har en betydning for dette.

**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.

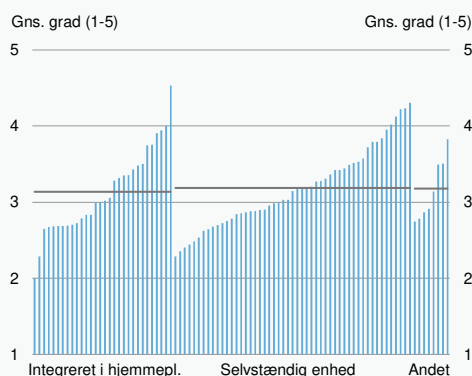
**Figur 1.4**

**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+-årige<sup>3</sup>, 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.

---

<sup>3</sup> 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 kommunerne<sup>4</sup>.

#### **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 kontoplan 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.

---

<sup>4</sup> 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 kontoplan<sup>5</sup>. Vi ville helst kun have haft fokus på ældreområdet (hovedfunktion 5.30), men sundhedsområdet (hovedfunktion 4.62) er medtaget, da vi har erfaret, at flere kommuner har konteret akutfunktion i hjemmesygeplejen på denne hovedfunktion. Vi vurderer, at fejlkilden vil være større, hvis vi ikke medtager ansatte på hovedfunktion 4.62. Læs mere i 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 måned<sup>6</sup>, 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 –

<sup>5</sup> 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".

<sup>6</sup> 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, ufraglært 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 kommunerne<sup>7</sup>. 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-

<sup>7</sup> 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 hjem<sup>8</sup>.

Ved hver sygeplejeindsats tælles unikke antal borgere. Dog kan borgere godt tælle med flere gange, når der ses på det samlede antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser, hvis de har en aktiv bevilling til flere forskellige sygeplejeindsatser. Aktiv bevilling betyder, at vi har medtaget borgere, der i september 2021 eller før har fået bevilget sygeplejeindsats, og som stadig er bevilget indsatsen i hele eller dele af september 2021.

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:

---

<sup>8</sup> 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 indsatsen<sup>9</sup>.

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 spørgeskemaet<sup>10</sup>. 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.

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

<sup>10</sup> 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.

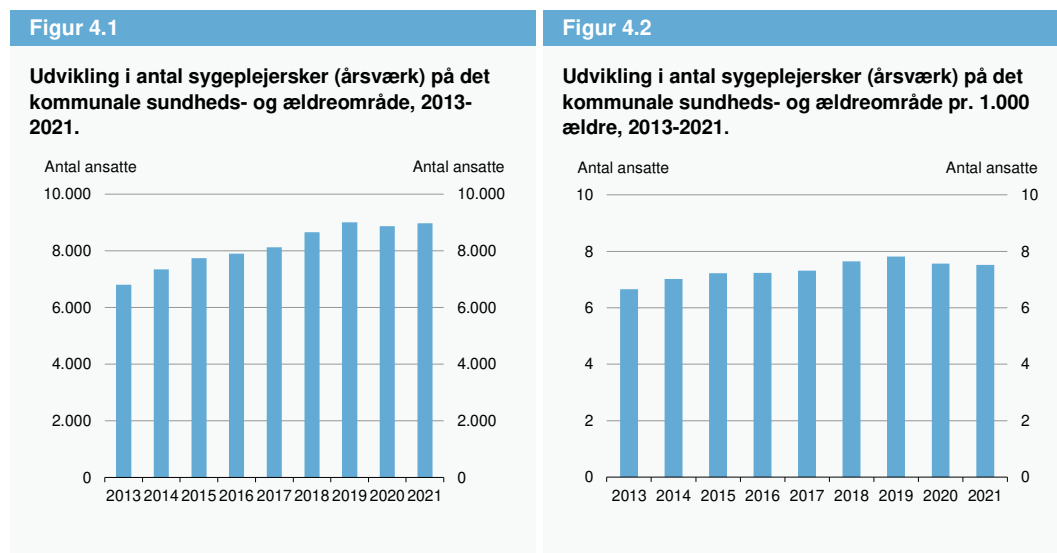
---

### 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.

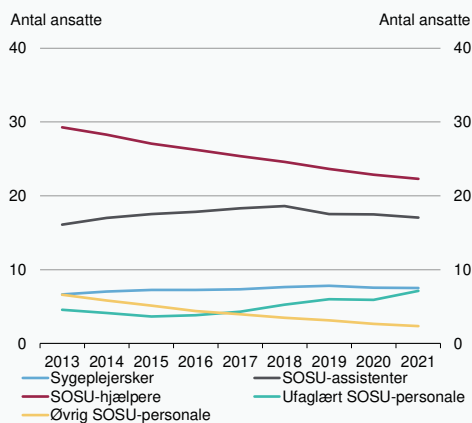


Anm.: Sygeplejersker er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover.  
 Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

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.

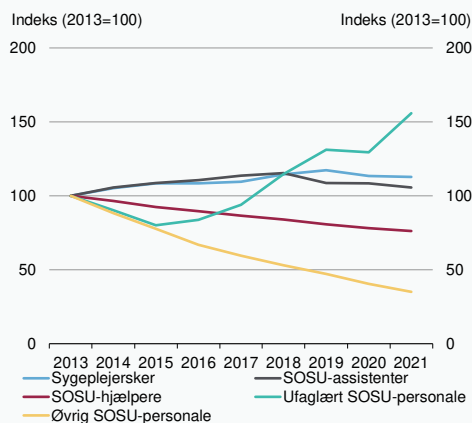
**Figur 4.3**

**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).**



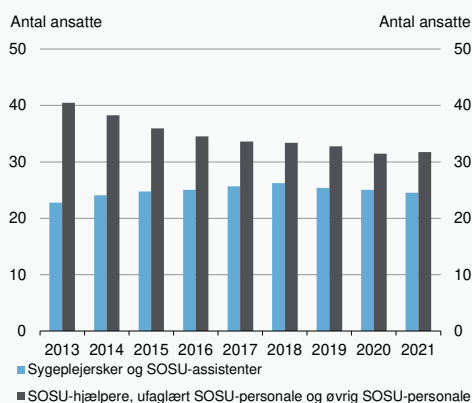
Anm.: Personalegrupperne er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Læs mere i Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover.  
Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

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.

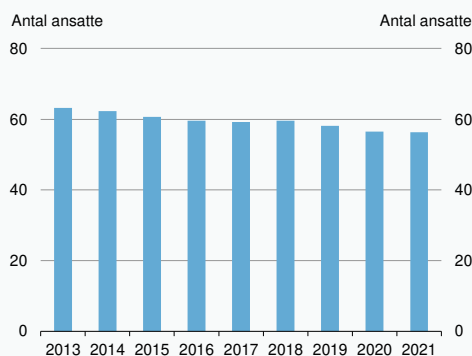
Figur 4.5

**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 hjem<sup>11</sup>. Vi vil helst have undersøgt udviklingen mellem 2013 og 2021, så vi fulgte resten af kapitlets undersøgte tidsperiode, men det er desværre ikke muligt, så vi undersøger 2014 og 2020<sup>12</sup>. 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

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> 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 hjemmesygeplejemoedtagere<sup>1</sup> i 2014 og 2020.**

	2014	2020
<b>Socioøkonomisk profil</b>		
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.
<b>Sundhedsforhold</b>		
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 <sup>2</sup>	80,5 pct.	79,7 pct.
<b>Sundhedsaktivitet</b>		
Andel hjemmeplejemoedtagere <sup>3</sup>	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 hjemmesygeplejemoedtagelse	12,9 pct.	14,7 pct.
Andel med somatisk ambulante besøg i løbet af året	78,5 pct.	79,4 pct.
Andel med psykiatrisk ambulante besøg i løbet af året	7,4 pct.	6,4 pct.

Anm.: <sup>1</sup>Ældre hjemmesygeplejemoedtagere er moedtagere af hjemmesygepleje i eget hjem i alderen 65 år eller derover. 65 kommuner er medtaget i tabellen. De resterende kommuner er udgået grundet manglende hjemmesygeplejemoedtagelse i 2014 og/eller 2020. <sup>2</sup>Polyfarmaci defineres til samtidig brug af mere end fem lægemidler. <sup>3</sup>I andel hjemmeplejemoedtagere er 43 kommuner medtaget. 22 kommuner er udgået grundet manglende hjemmesygeplejemoedtagelse 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.

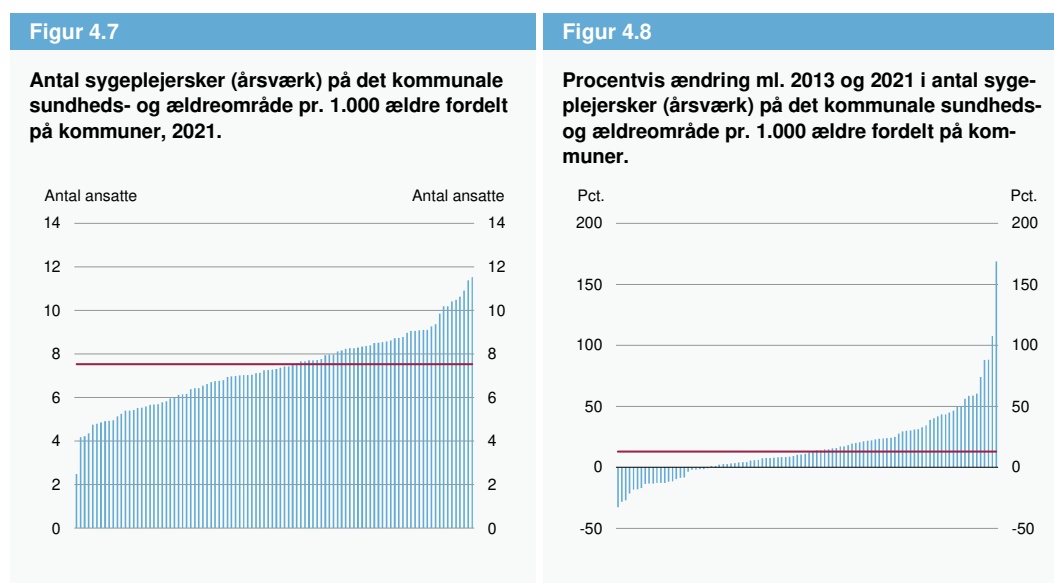
## 4.2 Tendenser på tværs af kommuner

### 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.

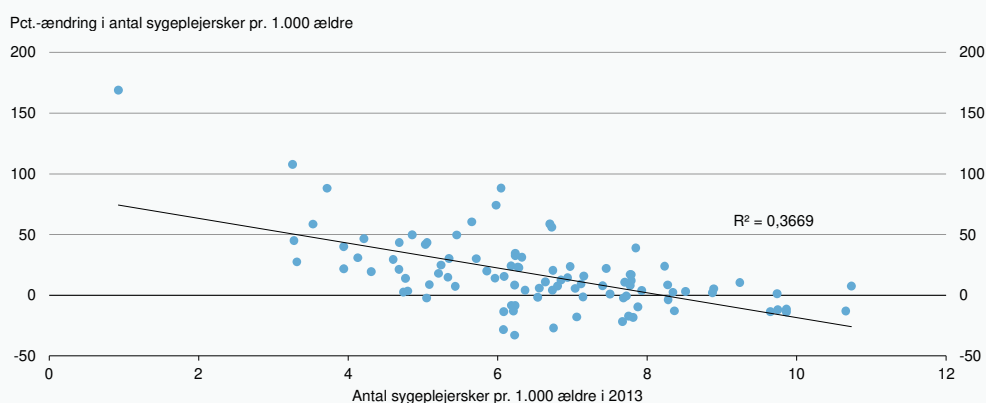
Kommunernes procentvise udvikling i antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021 skal blandt andet ses i lyset af det niveau, de enkelte kommuner havde tilbage i 2013. Vi finder en moderat negativ sammenhæng mellem niveauet i 2013 og udviklingen i perioden 2013-2021, jf. figur 4.9. Det betyder,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

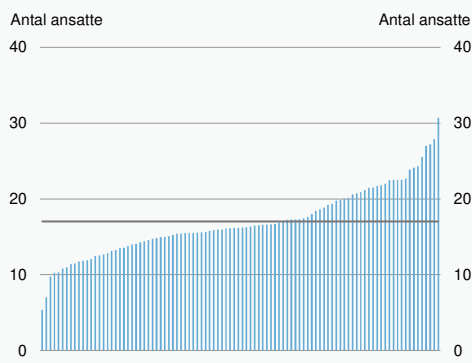
## 4.2.2 Social- og sundhedsassistenter

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.

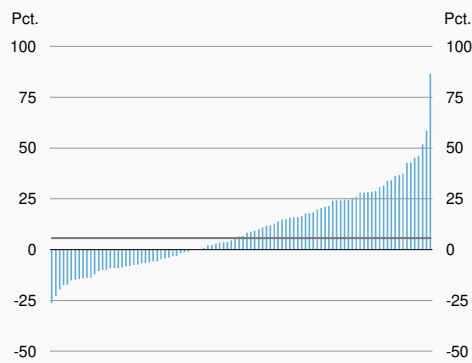
Når vi ser på den procentvise udvikling i antal social- og sundhedsassistenter, er der ligeledes stor kommunal variation, jf. figur 4.11. 36 kommuner har haft et fald i antal social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021, mens 62 kommuner har haft en stigning. De 10 kommuner med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

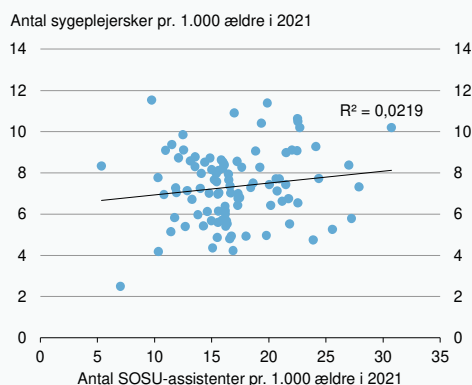
Modsat finder vi en svag positiv sammenhæng mellem den procentvise udvikling i antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021 og den procentvise udvikling i antal social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre i samme periode, jf. figur 4.13<sup>13</sup>. Det betyder, at der er en tendens 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.

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



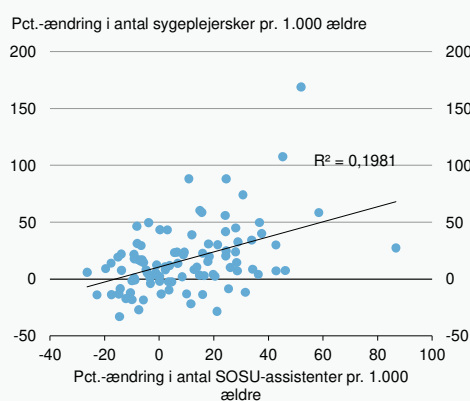
Figur 4.12

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.

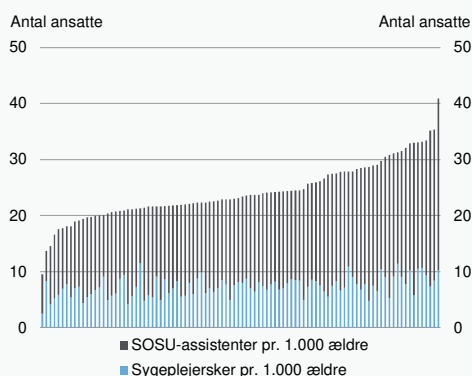
### 4.2.3 Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (autoriserede sundhedspersoner)

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.

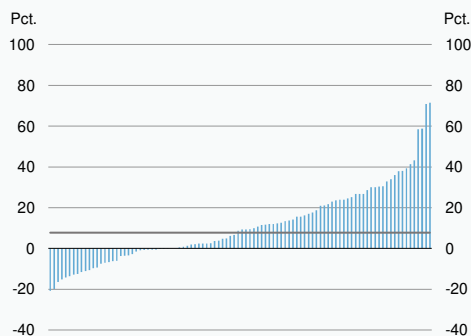
På tværs af kommunerne er der også markante forskelle i den procentvise udvikling i det samlede antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, jf. figur 4.15. 67 kommuner har haft en stigning i antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021, mens 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.

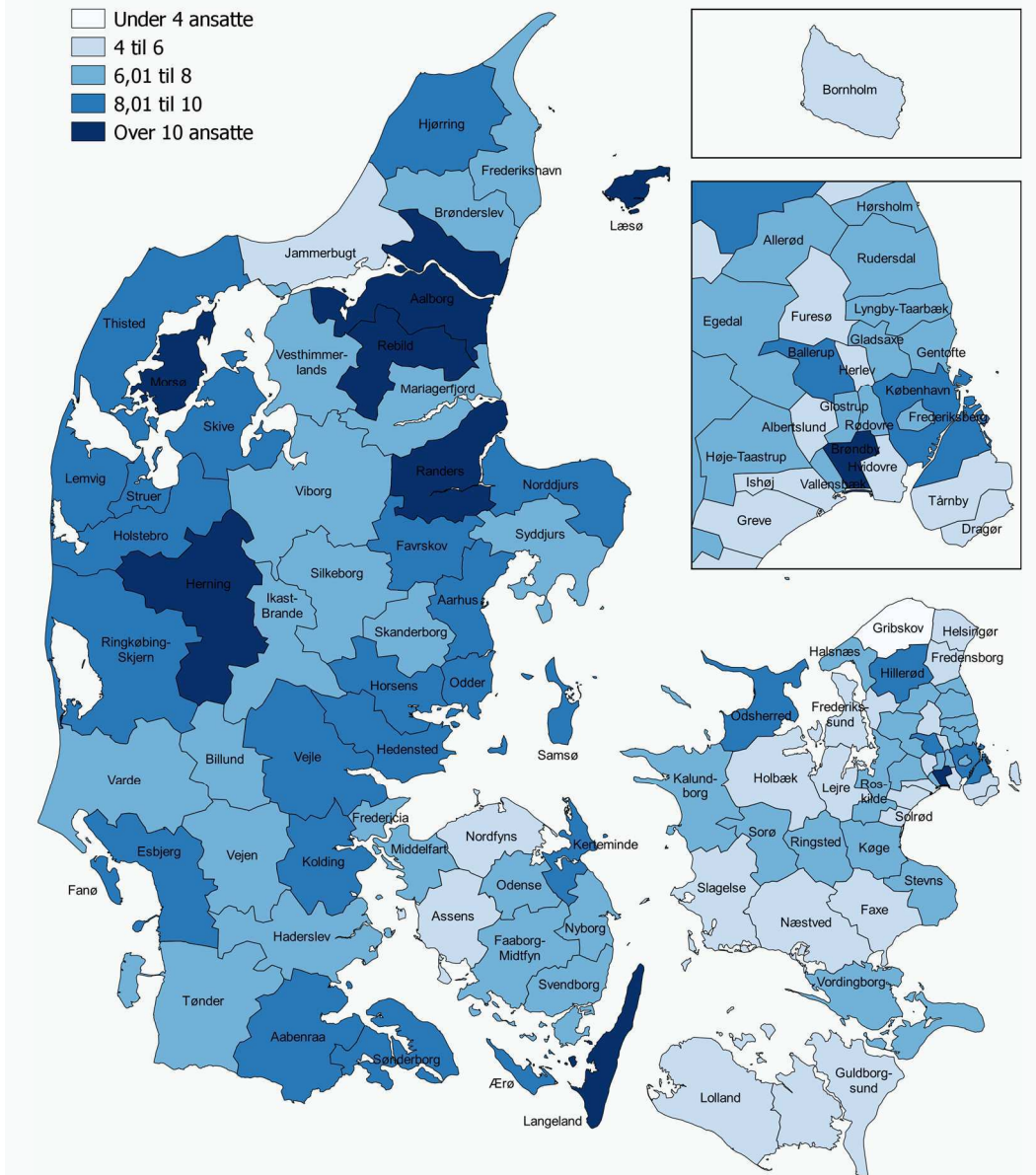
## 4.3 Geografiske tendenser

### 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.

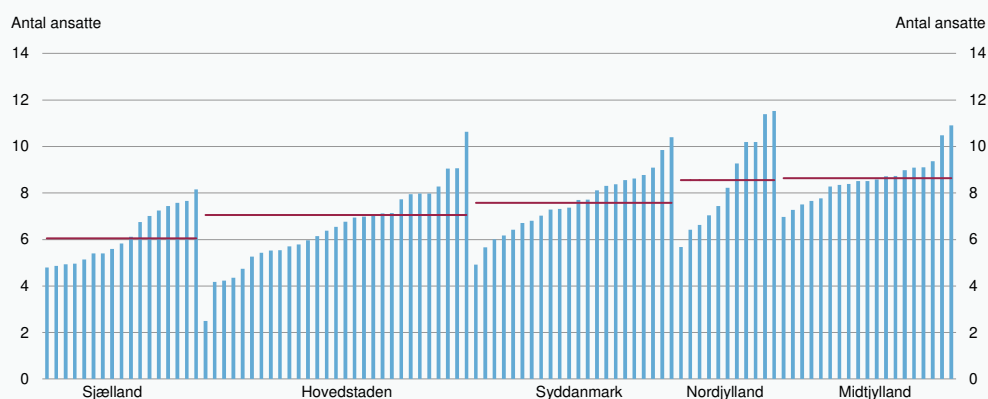
Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

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.

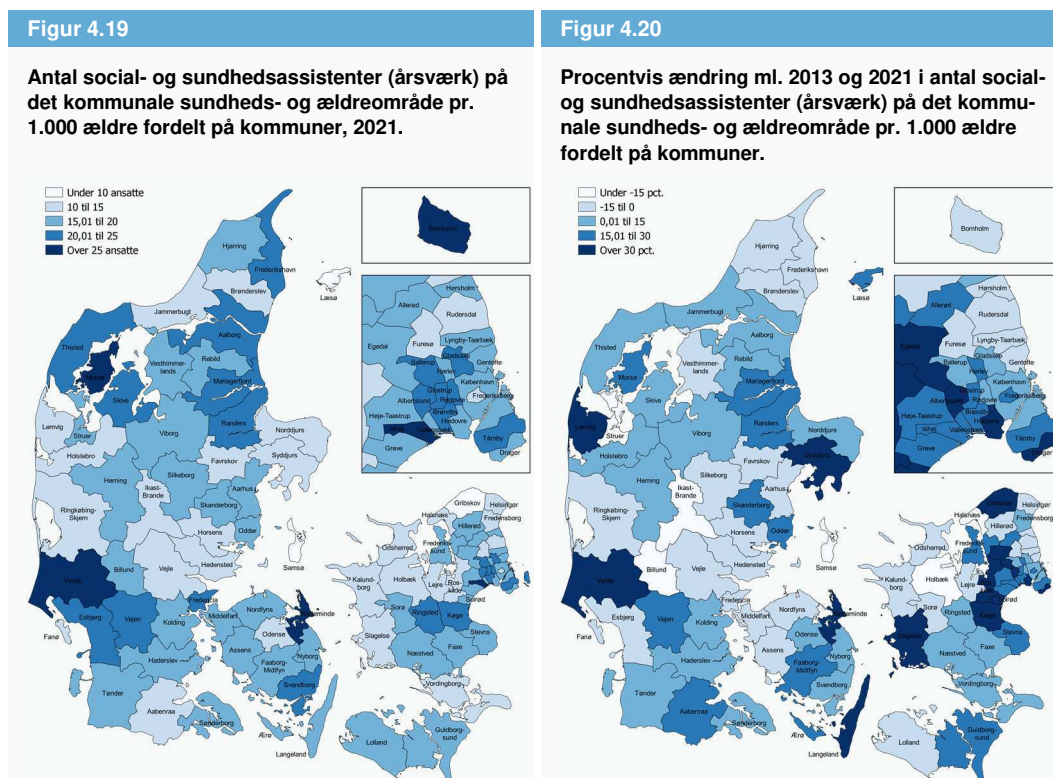
Når vi ser på udviklingen mellem 2013 og 2021 i antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre, så ser vi ikke de samme geografiske tendenser på tværs af Danmark, jf. figur 4.18. I forhold til udviklingen er der i højere grad variation blandt kommuner inden for samme landsdel, end der er variation mellem landsdele.





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.

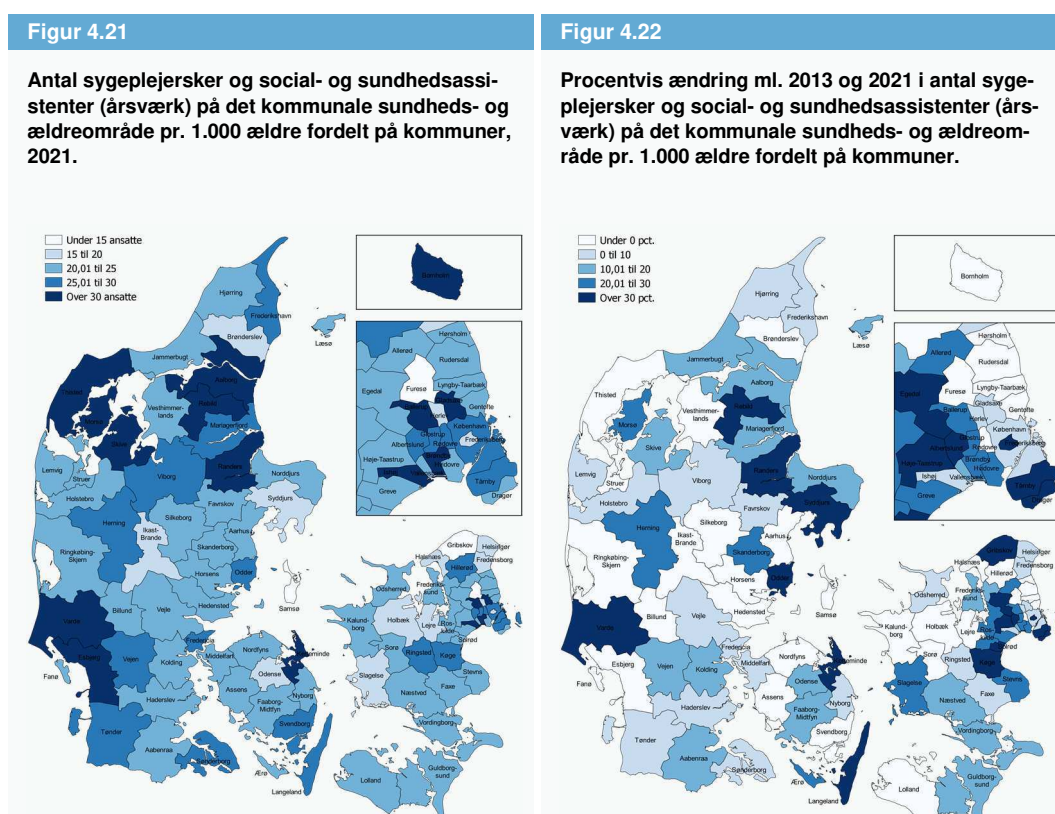
### 4.3.3 Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (autoriserede sundhedspersoner)

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 <sup>1</sup>	●	▲	▲
Forgæves rekrutteringsrate (FFR) for sygeplejersker <sup>2</sup>	▼	●	●
Gns. afstand til nærmeste akutsygehus for ældre <sup>3</sup>	▲	●	●
Andel ældre som modtager hjemmesygepleje <sup>4</sup>	▲	▲	▲

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. <sup>1</sup>Polyfarmaci afgrænses til samtidig brug af mere end fem lægemidler. <sup>2</sup>Forgæves rekrutteringsrate (FFR) måles for hver af de otte regionale arbejdsmarkedsråd, så kommuner i samme regionale arbejdsmarkedsråd har den samme værdi. FFR indsamles gennem Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings rekrutteringssurvey. Bornholms Kommune er ikke medtaget, da datamængden for RAR Bornholm er for begrænset. <sup>3</sup>Fanø Kommune er udgået på grund af tekniske udfordringer. <sup>4</sup>Andel ældre som modtager hjemmesygepleje er afgrænset til hjemmesygeplejemodtagere i eget hjem, og 95 kommuner er medtaget. De sidste 3 kommuner har ikke hjemmesygeplejedata i alle måneder. Læs mere i 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 borgeres/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 sundhedsassistenter<sup>14</sup>.

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.

---

<sup>14</sup> 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.

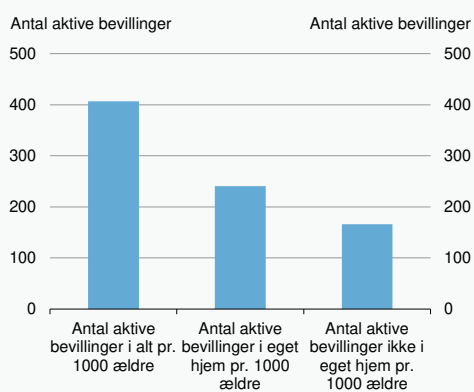
Aktiv bevilling betyder, at vi har medtaget borgere, der i september 2021 eller før har fået bevilget sygeplejeindsats, og som stadig er bevilget indsatsen i hele eller dele af september 2021. Bevillingerne behøver således ikke nødvendigvis være givet præcist i september 2021.

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.

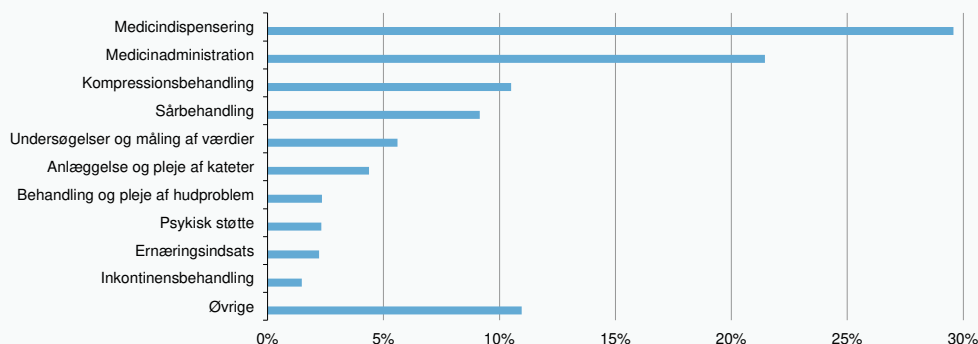
*Borgere ikke i eget hjem* er afgrænset til borgere, der bor på plejehjem, plejebolig eller psykiatriske/sociale botilbud.

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".

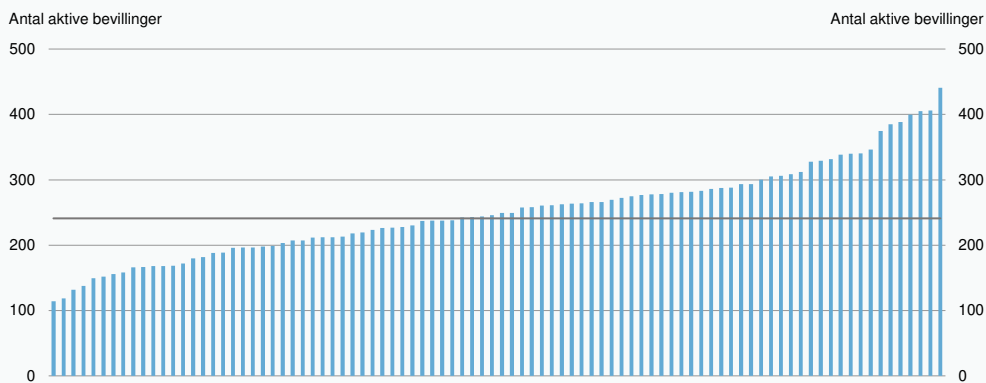
Kilde: FSIII-data fra kommunernes omsorgssystemer og egne beregninger.

## 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.**

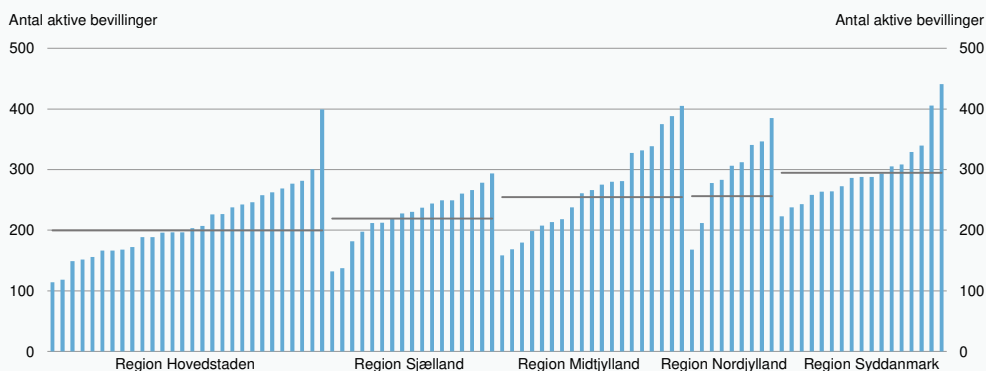


Anm.: Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser er nærmere defineret i boks 5.1 og Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Den vandrette linje angiver det vægtede landsgennemsnit.  
Kilde: Danmarks Statistik, FSIII-data fra kommunernes omsorgssystemer 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.**



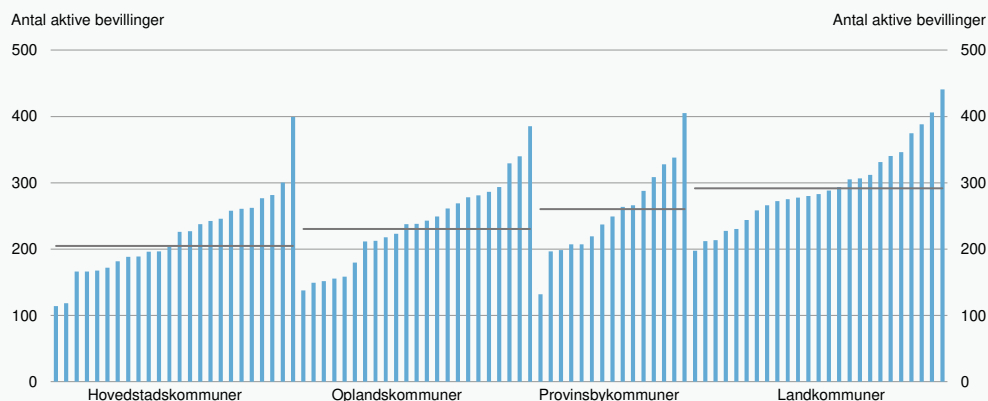
Anm.: Antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser er nærmere defineret i boks 5.1 og Bilag 3: "Metode". Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Den vandrette linje angiver det vægtede regionsgennemsnit.  
Kilde: Danmarks Statistik, FSIII-data fra kommunernes omsorgssystemer 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 ældre<sup>15</sup>. 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.

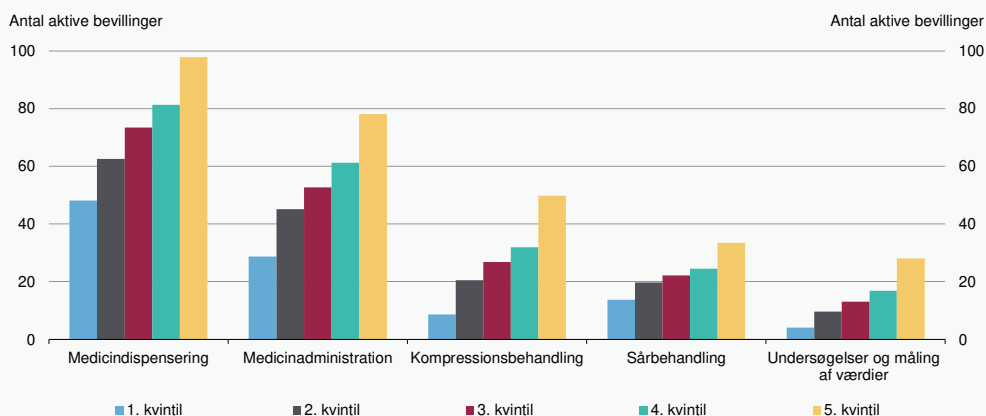
Den kommunale variation ses også ved de andre hyppige sygeplejeindsatser på landsplan. I forhold til medicinadministration og kompressionsbehandling, som er den anden og tredje hyppigste sygeplejeindsats, har kommunerne i 1. kvartil i gennemsnit 29 aktive bevillinger til medicinadministration pr. 1.000 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.

<sup>15</sup> 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

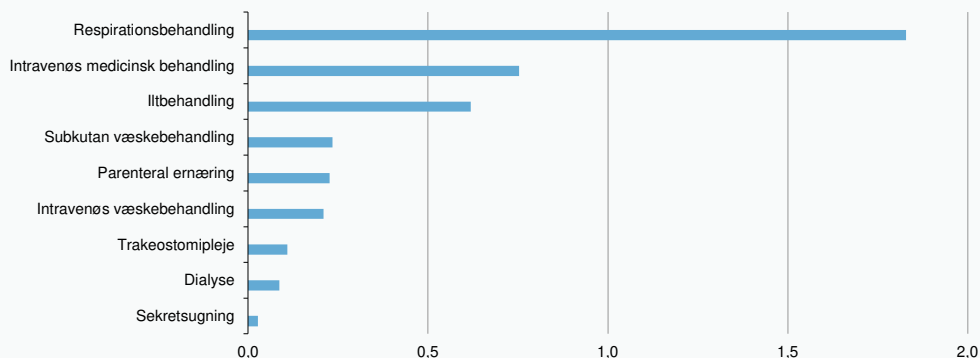
I dette afsnit undersøger vi ni udvalgte sygeplejeindsatser i FSIII-indsatskataloget, som kan anses for at være de mest specialiserede sygeplejeindsatser i kommunerne. De ni specialiserede sygeplejeindsatser er dialyse, iltbehandling, intravenøs medicinsk behandling, intravenøs væskebehandling, parenteral 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 hjem<sup>16</sup>. Data er mere præcist blandt borgere i eget hjem, fordi der i hjemmesygeplejen og hjemmeplejen er behov for mere detaljeret planlægning i forhold til fx kørelister til medarbejdere. På plejehjem og plejeboliger er der en mere fleksibel og flydende opgavefordeling, hvilket også betyder, at de ikke på samme måde har fokus på at registrere korrekt<sup>17</sup>.

- **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-ydelserne<sup>18</sup>. Det gør det svært at sammenligne 0-ydelserne på tværs af kommunerne, og vi har derfor valgt ikke at medtage 0-ydelserne i rapporten<sup>19</sup>.
- **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.

---

<sup>16</sup> Dette følger også Danmarks Statistiks praksis i forhold til hjemmesygeplejedata, da de trækker beboere på plejehjem/almen bolig ud af hjemmesygeplejedata, da nogle kommuner indberetter både hjemmesygeplejeydelser i eget hjem, på plejehjem/almen bolig, psykiatriske botilbud mv., mens andre kommuner udelukkende indberetter hjemmesygeplejeydelser i eget hjem.

<sup>17</sup> VIVE (2021): Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne – En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området

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

<sup>19</sup> 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 hjem<sup>20</sup>. 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.

---

<sup>20</sup> 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

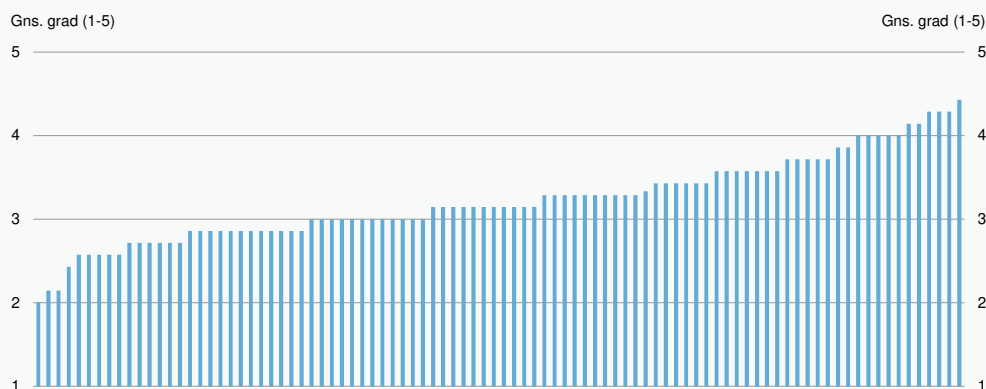
givne sygeplejeindsats, hvilket også betyder, at indsatsen i høj grad varetages af social- og sundhedspersonale. "I meget høj grad" indikerer, at sygeplejersker i meget høj grad varetager den givne sygeplejeindsats, hvilket også betyder, at social- og sundhedspersonale i mindre grad varetager indsatsen. 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.**



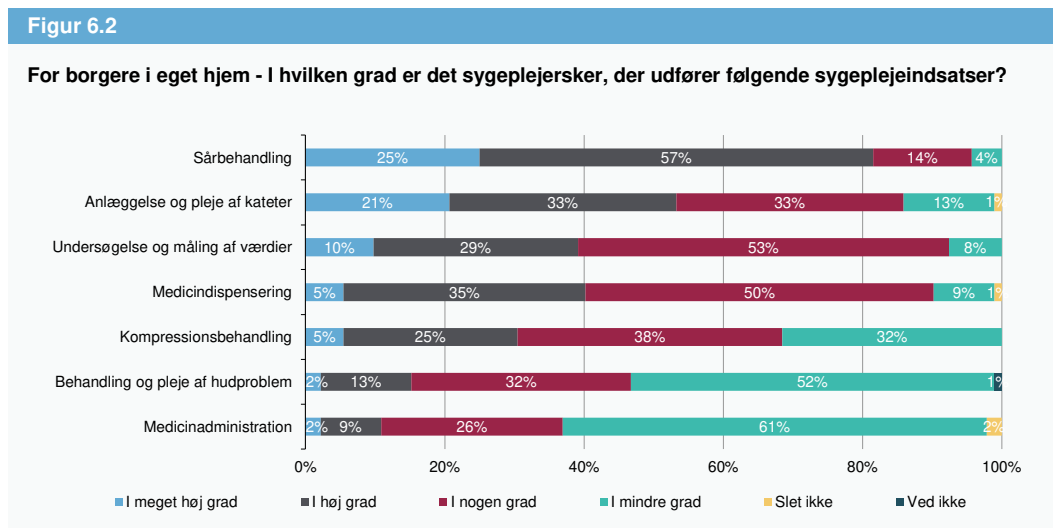
Anm.: 1 angiver "Slet ikke", mens 5 angiver "I meget høj grad". Gennemsnitlig grad sygeplejersker varetager de syv hyppigste sygeplejeindsatser for hver kommune er udregnet som et gennemsnit af kommunens vurderinger af sygeplejerskers varetagelse af de syv hyppigste indsatser. Gennemsnittet er vægтет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

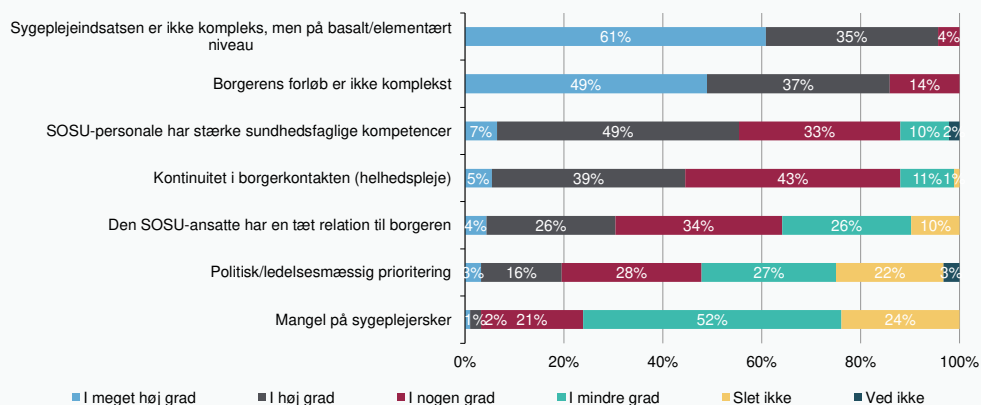


Kilde: Spørgeskemabesvarelser og egne beregninger.

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 hjemmeplejegrupper<sup>21</sup>.

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.

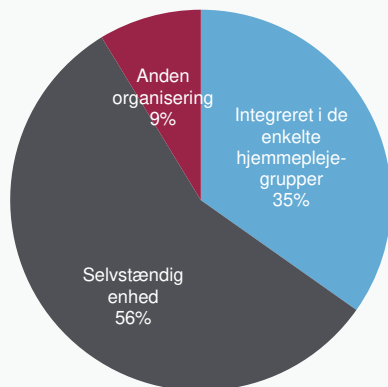
I figur 6.5 ses det, at der er stor regional variation i organisering af hjemmesygeplejen. Særligt kommunerne i Region Midtjylland og Region Syddanmark har organiseret deres hjemmesygepleje som en selvstændig enhed. I de to regioner har henholdsvis 68 pct. og 67 pct. af kommunerne denne organisering. 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.

<sup>21</sup> VIVE (2021): Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne – En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området



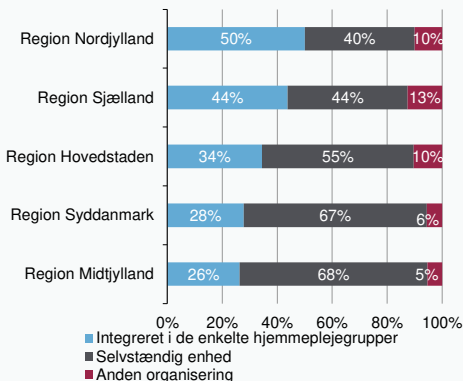
Figur 6.4

Organisering af hjemmesygepleje. Pct.



Figur 6.5

Organisering af hjemmesygepleje fordelt på regioner. Pct.



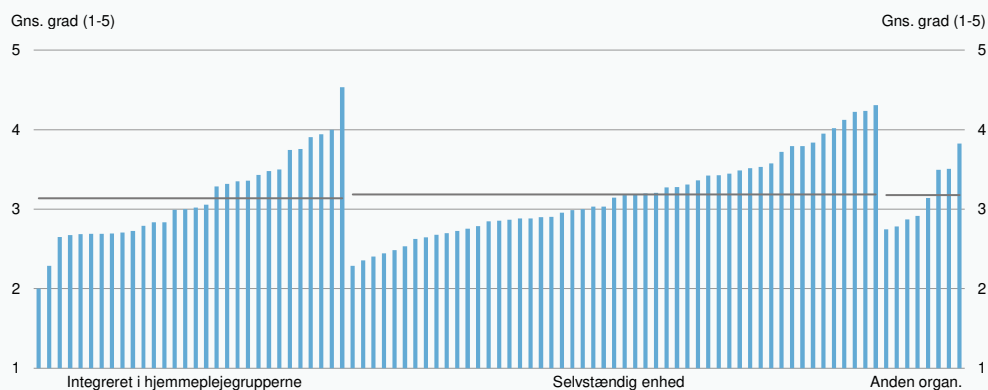
Kilde: Spørgeskemabesvarelser og egne beregninger.

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.

## Bilag

I det efterfølgende præsenteres analysens tilhørende bilag, som der løbende er refereret til i analysen. Bilagene med figurer om hvordan den enkelte kommune, region eller sygehus placerer sig er ikke særskilt tilgængeliggjort, da der i stedet refereres til de tilgængeliggjorte bilag med tabeller på kommune-, region- eller sygehusniveau hvori alle de tal, der ligger til grund for de udeladte figurbilag, kan findes.

---

# Bilag 2: Kommunespecifikke nøgletal

Kommunal sygepleje til ældre



Indenrigs- og  
Boligministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

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

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

## Indhold

1 Læsevejledning.....	3
2 Antal sygeplejersker på det kommunale sundheds- og ældreområde i perioden 2013-2021..	4
3 Antal social- og sundhedsassistenter på det kommunale sundheds- og ældreområde i perioden 2013-2021 .....	6
4 Antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på det kommunale sundheds- og ældreområde i perioden 2013-2021 .....	8
5 Antal social- og sundhedshjælpere samt ufaglært og øvrig social- og sundhedspersonale på det kommunale sundheds- og ældreområde i perioden 2013-2021 .....	10
6 Antal ansatte på det kommunale sundheds- og ældreområde i perioden 2013-2021 .....	12

# 1 Læsevejledning

I dette bilag præsenteres en række kommunespecifikke nøgletal. I bilaget er tallene afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. Læs mere i Bilag 3: "Metode".

Dette bilag omhandler kun kommunernes personalekapacitet på sundheds- og ældreområdet. Kommunernes varetagelse af sygeplejeindsatser og arbejdsdeling af sygeplejeindsatser kan vi ikke vise kommunespecifikke nøgletal for, da vi i vores dataindsamling lovede kommunerne anonymitet. Alle tallene er opgjort pr. september måned.

## **Tabel 1: Antal sygeplejersker på det kommunale sundheds- og ældreområde i perioden 2013-2021**

I Tabel 1 vises antal sygeplejersker på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021 for hver enkelt kommune. Derudover vises den procentvise udvikling i antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre fra 2013 til 2021 for hver kommune. Antal sygeplejersker er opgjort som antallet af årsværk.

## **Tabel 2: Antal social- og sundhedsassistenter på det kommunale sundheds- og ældreområde i perioden 2013-2021**

I Tabel 2 vises antal social- og sundhedsassistenter på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021 for hver enkelt kommune. Derudover vises den procentvise udvikling i antal social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre fra 2013 til 2021 for hver kommune. Antal social- og sundhedsassistenter er opgjort som antallet af årsværk.

## **Tabel 3: Antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på det kommunale sundheds- og ældreområde i perioden 2013-2021**

I Tabel 3 vises antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021 for hver enkelt kommune. Antal sygeplejersker og antal social- og sundhedsassistenter er begge autoriserede sundhedspersoner. Ud over antallet vises også den procentvise udvikling i antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter pr. 1.000 ældre fra 2013 til 2021 for hver kommune. Antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er opgjort som antallet af årsværk.

## **Tabel 4: Antal social- og sundhedshjælpere samt ufaglært og øvrig social- og sundhedspersonale på det kommunale sundheds- og ældreområde i perioden 2013-2021**

I Tabel 4 vises antal social- og sundhedshjælpere, ufaglært social- og sundhedspersonale og øvrig social- og sundhedspersonale på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021 for hver enkelt kommune. Derudover vises den procentvise udvikling fra 2013 til 2021 for hver kommune. Antal social- og sundhedshjælpere, ufaglært social- og sundhedspersonale og øvrig social- og sundhedspersonale er opgjort som antallet af årsværk.

## **Tabel 5: Antal ansatte på det kommunale sundheds- og ældreområde i perioden 2013-2021**

I Tabel 5 vises det samlede antal ansatte på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021 for hver enkelt kommune. Derudover vises den procentvise udvikling i det samlede antal ansatte pr. 1.000 ældre fra 2013 til 2021 for hver kommune. Det samlede antal ansatte er antal sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufaglært social- og sundhedspersonale og øvrig social- og sundhedspersonale lagt sammen. Antal ansatte er opgjort som antallet af årsværk.

## 2 Antal sygeplejersker på det kommunale sundheds- og ældreområde i perioden 2013-2021

Tabel 1

Antal sygeplejersker (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Udvikling fra 2013-2021 (pct.)
Albertslund	3,9	3,6	4,9	6,0	6,0	6,4	6,0	6,3	5,5	40,1
Allerød	6,9	6,9	7,2	7,4	8,8	8,8	9,0	9,0	7,9	14,5
Assens	6,7	6,5	7,0	6,7	6,6	7,4	7,2	5,2	4,9	-27,0
Ballerup	5,7	8,0	8,9	9,5	10,6	10,3	11,0	9,6	9,1	60,4
Billund	6,0	6,8	7,0	7,8	9,0	8,6	9,1	7,5	6,8	14,0
Bornholm	7,1	7,6	6,5	5,7	5,5	5,6	5,5	5,4	5,8	-18,0
Brøndby	6,7	7,8	8,3	9,2	10,6	10,7	12,6	11,5	10,6	58,7
Brønderslev	7,1	8,2	8,3	8,3	8,2	8,1	7,9	6,9	7,0	-1,4
Dragør	3,3	4,1	4,6	3,7	3,6	3,5	4,8	5,1	4,2	27,5
Egedal	3,3	3,5	4,7	5,2	4,8	5,6	6,8	7,4	6,8	107,7
Esbjerg	7,8	7,9	7,4	8,7	9,4	9,8	9,7	9,2	9,1	17,0
Fanø	9,7	8,0	10,0	8,3	9,3	7,9	7,5	9,8	9,8	1,1
Favrskov	7,8	8,0	9,2	8,4	8,4	9,2	9,5	9,2	9,1	16,9
Faxe	5,0	5,6	5,3	5,8	6,0	5,9	6,2	5,9	4,9	-2,3
Fredensborg	4,8	5,1	5,1	5,2	5,4	5,0	5,0	5,3	5,4	13,8
Fredericia	6,8	7,3	7,8	7,7	7,5	7,7	7,7	7,4	7,7	12,5
Frederiksberg	5,0	6,5	7,1	5,9	7,1	6,9	6,7	6,5	7,1	41,8
Frederikshavn	7,0	8,0	8,3	8,4	7,8	8,0	8,3	7,4	7,4	5,6
Frederikssund	6,2	7,5	7,5	6,4	6,5	6,2	5,7	6,1	5,7	-8,5
Furesø	6,2	6,6	6,6	4,7	4,1	3,9	4,0	4,4	4,2	-32,9
Faaborg-Midtfyn	6,1	6,0	7,1	8,1	6,8	7,1	6,6	7,0	7,0	15,5
Gentofte	7,4	7,8	8,3	7,7	7,7	7,6	7,9	7,9	8,0	7,7
Gladsaxe	6,3	6,7	7,3	6,3	6,1	7,6	8,1	8,2	7,7	23,2
Glostrup	5,2	5,8	6,7	7,5	6,3	6,6	7,2	7,0	6,5	24,8
Greve	4,1	3,8	3,9	5,4	5,2	5,5	5,7	5,4	5,4	30,9
Gribskov	0,9	0,5	0,9	0,9	1,2	2,9	3,4	2,5	2,5	168,9
Guldborgsund	4,7	4,3	4,5	5,0	5,1	5,1	5,3	4,8	4,9	2,5
Haderslev	6,6	6,6	7,1	7,1	7,0	7,1	7,0	6,9	7,4	11,0
Halsnæs	6,6	5,2	5,2	6,2	7,6	7,7	7,7	7,0	6,9	5,9
Hedensted	8,9	8,4	9,6	10,5	10,1	10,1	10,2	9,6	9,4	5,4
Helsingør	4,6	5,2	4,9	5,4	5,7	5,7	5,9	6,8	6,0	29,5
Herlev	6,1	4,9	4,1	4,5	5,4	5,2	5,9	4,8	4,4	-28,3
Herning	7,8	9,8	9,5	10,4	10,7	11,5	11,2	10,8	10,9	39,0
Hillerød	7,2	8,5	7,9	7,2	6,7	7,5	8,7	7,7	8,3	15,8
Hjørring	7,9	8,4	8,4	8,5	7,9	8,0	7,9	7,7	8,2	3,8
Holbæk	4,3	4,6	5,3	5,4	4,5	5,0	5,1	5,0	5,1	19,4
Holstebro	7,8	8,8	8,8	7,6	8,3	8,7	8,9	8,8	8,7	12,0
Horsens	7,5	7,5	7,4	7,0	7,6	8,5	9,7	8,2	9,1	22,0
Hvidovre	5,1	4,9	5,3	5,5	5,3	5,6	6,2	6,2	5,5	8,8
Høje-Taastrup	3,7	4,0	4,8	5,7	6,0	6,7	6,7	6,5	7,0	88,1
Hørsholm	5,2	6,5	7,0	7,3	6,9	6,4	6,5	6,3	6,1	18,0
Ikast-Brande	7,1	7,9	9,1	9,0	8,5	7,9	8,3	8,3	7,8	9,2
Ishøj	6,1	5,9	6,6	5,9	6,3	6,0	5,4	5,2	5,3	-13,5
Jammerbugt	4,7	5,8	5,4	5,0	5,4	6,4	7,0	6,3	5,7	21,3
Kalundborg	5,3	5,8	5,7	5,8	5,7	6,4	6,4	6,8	6,1	14,7
Kerteminde	6,2	8,2	7,4	6,9	7,4	8,3	8,5	9,0	8,4	34,3
Kolding	7,0	7,3	8,8	9,1	9,7	9,3	9,0	8,9	8,6	23,7

København	8,9	9,3	9,9	9,8	9,9	10,1	10,1	10,1	9,1	2,0
Køge	5,7	6,4	6,7	6,3	6,5	6,8	7,6	7,3	7,4	30,1
Langeland	6,0	5,9	6,0	6,1	7,5	8,1	8,7	10,8	10,4	74,1
Lejre	6,2	6,2	6,0	5,5	5,3	5,8	5,8	5,5	5,4	-13,0
Lemvig	9,9	10,2	10,9	10,9	11,3	11,1	10,9	10,4	8,7	-11,5
Lolland	3,9	4,4	4,0	4,2	4,3	4,4	5,3	5,1	4,8	21,7
Lyngby-Taarbæk	7,8	9,3	9,3	7,5	7,5	8,2	8,6	6,4	6,4	-18,3
Læsø	10,7	14,6	15,5	16,2	14,6	15,9	12,5	13,0	11,5	7,4
Mariagerfjord	6,4	7,4	6,9	6,4	6,6	6,3	6,6	6,1	6,6	4,1
Middelfart	4,2	4,5	5,0	4,9	4,4	5,5	5,7	5,9	6,2	46,5
Morsø	9,2	9,9	9,0	8,3	9,2	10,2	10,0	9,3	10,2	10,3
Norddjurs	7,7	9,3	9,8	8,9	9,4	8,8	8,4	8,2	8,5	10,6
Nordfyn	6,2	6,1	6,3	7,0	6,9	7,5	6,8	5,3	5,7	-8,3
Nyborg	7,7	7,0	6,7	6,6	7,4	6,9	7,3	6,7	6,0	-21,7
Næstved	4,8	4,5	4,1	4,0	4,0	4,2	4,6	4,7	5,0	3,4
Odder	6,2	6,8	9,0	7,2	7,0	6,5	6,4	7,2	8,3	32,7
Odense	4,7	4,0	4,1	4,6	4,1	5,5	6,1	6,2	6,7	43,3
Odsherred	5,5	6,2	6,2	7,0	6,7	7,4	7,4	7,3	8,2	49,6
Randers	6,7	7,8	8,6	8,9	9,4	9,9	10,1	10,7	10,5	56,0
Rebild	6,0	7,0	7,5	7,1	7,5	9,6	10,6	10,6	11,4	88,3
Ringkøbing-Skjern	9,7	9,3	9,0	8,3	8,5	9,2	9,0	8,8	8,6	-12,0
Ringsted	6,2	7,0	7,1	6,4	5,7	7,0	7,3	6,4	6,7	8,4
Roskilde	6,7	7,4	7,4	7,5	7,4	8,3	7,7	7,6	7,0	4,2
Rudersdal	8,3	8,4	8,7	7,8	7,8	7,5	7,4	7,6	8,0	-3,7
Rødovre	7,9	8,4	8,0	8,8	7,4	8,3	7,9	7,9	7,1	-9,6
Samsø	9,6	10,7	9,2	7,6	11,6	11,3	10,9	7,3	8,3	-13,6
Silkeborg	7,7	8,4	7,9	7,9	8,6	9,0	9,3	8,7	7,7	-0,7
Skanderborg	5,3	4,6	5,4	5,6	6,0	6,7	7,7	7,2	7,0	30,2
Skive	8,3	9,8	9,5	9,3	9,0	8,9	9,0	8,1	9,0	8,5
Slagelse	5,4	5,3	6,3	5,7	5,1	5,0	5,4	5,8	5,8	7,3
Solrød	3,5	4,2	4,9	4,2	4,5	4,9	5,6	5,5	5,6	58,5
Sorø	7,5	7,1	6,3	6,3	7,1	7,3	8,0	7,7	7,6	0,9
Stevns	6,2	6,1	6,1	6,7	6,6	6,7	6,9	7,1	7,7	24,0
Struer	9,9	10,0	10,3	11,5	10,9	11,0	10,3	9,8	8,5	-13,8
Svendborg	6,5	6,6	6,6	6,7	6,2	6,3	6,3	6,5	6,4	-1,8
Syddjurs	4,9	5,9	6,1	8,4	8,9	9,3	9,2	8,2	7,3	49,8
Sønderborg	8,3	8,3	8,8	8,4	9,1	9,3	8,7	8,4	8,6	2,5
Thisted	10,7	9,5	9,7	7,7	8,9	8,2	8,5	9,1	9,3	-13,0
Tønder	8,4	8,6	8,6	8,6	8,1	8,0	8,6	8,1	7,3	-12,9
Tårnby	3,3	3,1	3,3	3,1	3,4	4,1	5,2	5,8	4,7	45,0
Vallensbæk	5,9	5,0	4,3	5,8	6,4	6,6	6,3	6,3	7,0	19,9
Varde	6,8	7,0	7,2	6,7	6,9	6,9	7,2	6,8	7,3	7,6
Vejen	6,3	6,5	7,3	7,8	7,5	8,3	8,1	7,4	7,7	22,8
Vejle	6,3	6,3	6,8	7,0	7,1	8,0	7,8	7,9	8,3	31,3
Vesthimmerland	7,7	7,2	7,8	6,9	6,1	6,6	6,9	6,6	6,4	-17,1
Viborg	7,7	8,0	8,4	7,7	7,8	8,6	8,2	7,5	7,5	-2,3
Vordingborg	5,1	5,6	5,4	6,0	6,2	6,4	6,8	6,6	7,2	43,4
Ærø	6,7	8,2	7,7	8,5	9,0	7,0	7,7	7,5	8,1	20,4
Aabenraa	8,5	8,4	8,4	9,1	8,8	9,0	9,7	8,5	8,8	3,1
Aalborg	8,2	9,1	8,9	8,9	8,6	8,8	9,0	8,8	10,2	23,8
Aarhus	7,8	8,0	7,8	8,1	8,2	8,7	8,9	8,6	8,4	8,0
<b>Landsgennemsnit</b>	<b>6,7</b>	<b>7,0</b>	<b>7,2</b>	<b>7,2</b>	<b>7,3</b>	<b>7,6</b>	<b>7,8</b>	<b>7,6</b>	<b>7,5</b>	<b>12,9</b>

Anm.: Sygeplejersker er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.



### 3 Antal social- og sundhedsassistenter på det kommunale sundheds- og ældreområde i perioden 2013-2021

Tabel 2

Antal social- og sundhedsassistenter (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Udvikling fra 2013-2021 (pct.)
Albertslund	15,9	16,6	17,4	22,5	21,4	21,5	19,2	19,5	21,8	37,5
Allerød	12,8	15,3	17,7	16,5	17,5	16,9	15,0	17,2	16,5	28,4
Assens	19,4	20,8	21,6	20,8	22,6	23,3	20,0	19,6	18,0	-7,5
Ballerup	19,6	22,1	22,2	23,5	24,5	24,5	23,1	23,5	22,5	14,9
Billund	21,2	24,0	24,0	25,2	22,7	24,3	23,1	21,3	17,5	-17,6
Bornholm	30,2	29,4	30,1	30,5	30,6	32,3	29,3	29,3	27,2	-9,9
Brøndby	19,5	20,4	21,9	22,7	23,6	25,3	24,7	24,3	22,5	15,6
Brønderslev	13,2	14,2	14,2	13,5	12,6	13,8	13,1	12,9	11,9	-10,0
Dragør	9,0	12,1	14,0	14,7	15,5	15,7	15,1	17,1	16,9	86,7
Egedal	11,9	12,4	12,4	15,2	16,2	16,3	14,9	17,1	17,3	45,3
Esbjerg	23,5	23,3	22,4	21,9	23,1	24,2	22,6	22,5	22,0	-6,3
Fanø	12,9	13,4	16,1	14,2	16,2	15,2	13,1	13,7	12,5	-3,3
Favrskov	13,6	15,1	15,1	13,2	14,2	13,0	11,6	12,2	12,5	-7,6
Faxe	16,2	18,5	18,5	19,4	18,4	18,3	18,0	17,1	16,7	3,4
Fredensborg	13,3	13,0	14,4	13,7	13,2	13,8	13,3	14,1	14,3	6,8
Fredericia	21,1	21,8	21,7	23,2	23,0	24,4	23,1	20,9	20,9	-0,9
Frederiksberg	10,3	11,9	12,7	8,8	11,9	12,5	13,3	13,1	12,9	24,3
Frederikshavn	20,3	20,7	21,5	22,4	22,7	22,1	21,2	21,1	20,0	-1,3
Frederikssund	12,7	12,8	14,5	15,0	16,2	17,9	16,9	16,7	15,9	25,4
Furesø	12,1	12,2	12,3	9,6	9,7	10,3	10,2	10,0	10,3	-14,6
Faaborg-Midtfyn	13,3	13,9	14,8	17,3	17,2	17,8	16,0	15,8	15,6	17,8
Gentofte	17,9	19,8	20,4	17,8	18,5	18,2	15,4	15,1	15,4	-13,8
Gladsaxe	23,1	23,9	27,0	25,6	26,5	25,8	24,5	24,7	24,4	5,6
Glostrup	18,1	16,7	17,9	17,8	20,2	21,9	22,3	22,5	22,5	24,5
Greve	13,7	11,9	12,5	12,5	13,3	15,3	13,2	15,3	16,2	18,0
Gribskov	4,6	5,0	4,5	4,6	4,7	8,4	7,8	6,8	7,0	51,9
Guldborgsund	12,9	13,2	14,8	16,2	16,9	16,4	15,2	15,3	15,5	20,4
Haderslev	16,2	17,4	18,3	16,7	17,5	17,5	16,5	16,2	16,6	2,2
Halsnæs	14,7	13,9	12,9	12,7	13,8	14,2	12,1	11,5	10,8	-26,4
Hedensted	12,0	13,4	14,5	14,6	14,4	14,2	13,0	12,6	11,5	-4,3
Helsingør	14,8	16,1	15,7	14,4	13,7	14,0	14,2	14,3	13,8	-6,6
Herlev	12,4	12,1	13,3	15,8	14,5	15,1	16,5	16,5	15,1	21,2
Herning	15,1	17,8	16,1	16,7	18,0	19,1	17,4	17,4	17,0	12,0
Hillerød	20,6	24,1	23,8	23,7	24,3	21,9	20,4	20,1	19,2	-6,7
Hjørring	16,3	17,4	18,2	18,9	18,4	18,9	17,5	16,2	16,0	-1,8
Holbæk	13,5	13,4	15,9	14,3	11,4	9,8	9,8	10,0	11,4	-15,1
Holstebro	14,3	13,8	13,8	14,0	15,1	14,5	14,2	14,4	14,8	3,8
Horsens	12,7	12,2	11,0	10,3	10,9	11,3	11,1	10,7	11,0	-13,9
Hvidovre	12,2	12,4	12,2	13,2	15,0	15,2	15,9	16,0	16,3	34,2
Høje-Taastrup	13,9	14,3	14,7	15,8	16,7	15,7	16,0	17,3	17,3	24,5
Hørsholm	17,1	17,8	15,4	16,7	15,6	15,3	15,6	15,6	15,6	-9,1
Ikast-Brande	12,8	13,8	13,9	13,2	12,0	12,8	12,0	12,0	10,3	-19,6
Ishøj	22,1	23,1	22,9	22,0	23,4	23,2	22,1	23,2	25,6	15,9
Jammerbugt	13,7	15,7	15,3	12,2	11,7	13,1	14,0	14,4	15,0	8,9
Kalundborg	15,5	15,8	15,9	16,3	15,7	16,0	15,2	15,3	14,6	-5,7
Kerteminde	20,2	21,9	24,7	25,4	26,3	29,5	27,6	27,4	27,0	33,9
Kolding	14,9	17,1	17,5	17,7	17,8	18,1	16,8	16,8	15,8	6,6

København	17,4	18,3	19,5	20,2	20,8	21,2	19,1	19,4	18,8	8,4
Køge	15,0	14,9	15,1	15,9	17,8	19,9	21,5	22,1	21,5	42,7
Langeland	14,8	15,0	16,6	14,6	15,7	18,1	18,8	19,3	19,3	30,7
Lejre	14,9	14,2	14,1	15,5	15,4	15,4	14,2	13,0	12,7	-14,8
Lemvig	9,2	10,0	10,9	11,4	10,9	12,8	12,6	11,3	12,1	31,5
Lolland	18,3	20,2	20,2	18,8	19,0	18,9	17,8	17,6	16,6	-9,2
Lyngby-Taarbæk	17,2	17,6	19,5	18,2	19,2	20,3	18,0	16,3	16,2	-5,8
Læsø	7,6	5,3	-	-	4,2	4,2	7,0	6,7	9,7	28,6
Mariagerfjord	17,7	20,1	24,1	24,8	26,1	24,2	21,7	21,9	21,2	19,8
Middelfart	17,6	18,0	17,6	17,8	17,5	16,8	15,4	16,3	16,2	-8,2
Morsø	24,4	25,8	27,1	27,2	27,9	30,7	31,2	30,3	30,7	26,0
Norddjurs	12,6	13,4	14,0	14,2	13,9	15,6	13,8	14,6	14,4	13,8
Nordfyn	19,0	20,9	20,2	21,5	23,1	22,5	20,5	17,9	16,3	-14,3
Nyborg	14,5	17,3	17,4	16,8	17,0	17,9	16,6	18,4	16,2	11,6
Næstved	17,2	18,3	18,3	19,1	18,8	19,6	19,6	21,1	19,8	14,8
Odder	13,7	14,3	15,5	14,8	14,6	16,1	15,2	16,1	17,6	28,8
Odense	12,9	13,5	13,6	14,2	13,8	14,4	12,7	13,3	13,3	3,0
Odsherred	15,6	15,1	16,4	15,8	17,6	16,5	15,0	14,8	15,0	-3,9
Randers	18,1	19,6	20,4	23,0	25,0	25,1	23,2	23,3	22,5	24,2
Rebild	17,9	20,7	21,2	22,2	22,5	24,7	23,4	23,7	19,9	10,9
Ringkøbing-Skjern	14,7	13,8	12,8	12,6	13,1	13,6	12,7	12,3	13,1	-10,5
Ringsted	21,2	20,3	21,5	22,0	22,4	21,8	21,4	21,6	21,7	2,3
Roskilde	10,8	12,2	12,5	13,5	14,9	14,0	14,0	15,3	14,8	36,3
Rudersdal	14,6	15,0	15,8	15,6	16,4	15,0	14,5	14,6	14,1	-3,2
Rødovre	20,0	20,0	20,5	21,9	23,9	23,0	20,9	22,1	20,7	3,6
Samsø	6,5	8,3	9,9	8,2	8,4	7,2	6,5	6,5	5,3	-17,4
Silkeborg	16,7	17,6	17,1	17,4	18,8	20,1	18,7	16,7	15,2	-8,8
Skanderborg	12,8	13,5	14,5	15,6	15,1	14,6	16,1	15,7	15,5	21,4
Skive	19,1	21,1	21,7	22,9	24,3	25,3	23,9	23,4	21,5	12,8
Slagelse	8,2	10,2	11,3	12,8	13,0	11,8	10,6	12,1	11,7	42,8
Solrød	9,8	11,7	12,2	13,9	14,0	16,6	17,4	16,7	15,5	58,5
Sorø	17,0	18,4	19,7	18,4	18,9	19,9	17,4	16,3	15,4	-9,1
Stevns	12,9	13,7	13,9	14,3	14,4	15,0	16,0	17,0	16,5	27,9
Struer	20,7	18,9	18,6	20,6	20,3	19,9	15,9	15,2	16,0	-22,8
Svendborg	20,1	20,1	21,0	21,4	21,5	20,7	19,5	20,0	20,2	0,2
Syddjurs	8,7	8,6	8,6	10,8	11,4	11,7	12,5	11,3	11,8	36,7
Sønderborg	17,2	17,9	18,8	18,9	20,3	20,2	18,6	18,1	17,2	0,2
Thisted	23,9	25,0	24,9	24,3	25,1	26,8	24,2	24,6	24,1	0,8
Tønder	16,7	19,0	20,2	20,6	20,3	20,4	20,2	20,6	18,4	10,1
Tårnby	18,7	20,3	23,4	25,8	27,3	27,5	26,2	26,0	23,9	28,0
Vallensbæk	14,1	14,3	14,2	15,7	18,3	18,8	19,7	16,5	16,7	18,3
Varde	19,1	21,6	23,6	25,9	26,4	26,8	26,8	26,7	27,9	46,1
Vejen	17,8	18,7	18,8	19,8	21,3	21,4	20,3	20,6	20,6	15,9
Vejle	14,7	15,7	15,6	15,7	15,3	15,3	13,9	13,7	13,5	-8,0
Vesthimmerland	19,7	18,4	18,2	17,9	17,8	17,9	17,0	17,1	17,3	-12,2
Viborg	17,8	18,2	17,7	19,0	20,2	20,4	19,3	19,3	18,6	4,6
Vordingborg	14,0	13,6	13,9	14,7	15,0	14,9	13,2	13,1	14,0	0,3
Ærø	12,5	12,6	12,6	13,3	14,4	16,0	16,0	14,9	15,6	24,4
Aabenraa	11,6	14,5	14,2	14,5	15,2	14,9	13,9	13,7	13,5	16,5
Aalborg	20,8	22,1	23,1	24,4	25,4	25,5	24,3	23,7	22,7	9,2
Aarhus	16,9	18,8	19,2	19,5	19,6	19,5	18,2	17,3	16,1	-4,8
<b>Landsgennemsnit</b>	<b>16,1</b>	<b>17,0</b>	<b>17,5</b>	<b>17,8</b>	<b>18,3</b>	<b>18,6</b>	<b>17,5</b>	<b>17,5</b>	<b>17,0</b>	<b>5,7</b>

Anm.: Social- og sundhedsassistenter er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Der vises ikke opgørelser i tabellen, som beror på mindre end 3 social- og sundhedsassistenter. Af den grund har Læsø ikke tal for 2015 og 2016.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

## 4 Antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på det kommunale sundheds- og ældreområde i perioden 2013-2021

Tabel 3

Antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Udvikling fra 2013-2021 (pct.)
Albertslund	19,8	20,3	22,3	28,4	27,4	27,9	25,2	25,9	27,3	38,0
Allerød	19,7	22,2	24,9	23,8	26,4	25,7	24,0	26,1	24,4	23,5
Assens	26,2	27,3	28,7	27,5	29,1	30,7	27,2	24,9	22,9	-12,5
Ballerup	25,2	30,1	31,0	33,1	35,2	34,8	34,2	33,1	31,5	25,1
Billund	27,1	30,8	31,0	33,0	31,6	32,9	32,1	28,7	24,2	-10,7
Bornholm	37,3	37,1	36,7	36,3	36,2	37,9	34,8	34,7	33,0	-11,5
Brøndby	26,2	28,3	30,2	31,9	34,2	36,1	37,4	35,8	33,1	26,6
Brønderslev	20,4	22,3	22,5	21,9	20,8	21,9	21,0	19,9	19,0	-7,0
Dragør	12,3	16,2	18,6	18,5	19,1	19,2	19,9	22,1	21,1	70,8
Egedal	15,2	15,9	17,1	20,4	21,1	21,9	21,7	24,5	24,0	58,7
Esbjerg	31,3	31,2	29,7	30,5	32,5	34,0	32,3	31,7	31,1	-0,5
Fanø	22,6	21,4	26,1	22,5	25,6	23,1	20,6	23,5	22,3	-1,4
Favrskov	21,4	23,1	24,3	21,6	22,7	22,2	21,1	21,4	21,6	1,3
Faxe	21,2	24,1	23,8	25,2	24,4	24,2	24,1	23,1	21,6	2,1
Fredensborg	18,1	18,2	19,5	18,9	18,6	18,8	18,2	19,4	19,7	8,7
Fredericia	28,0	29,1	29,5	30,8	30,5	32,1	30,8	28,3	28,6	2,4
Frederiksberg	15,4	18,4	19,8	14,7	19,0	19,4	20,0	19,6	20,0	30,0
Frederikshavn	27,3	28,7	29,8	30,8	30,4	30,1	29,5	28,5	27,5	0,5
Frederikssund	18,9	20,3	21,9	21,3	22,7	24,1	22,6	22,8	21,6	14,2
Furesø	18,3	18,9	18,9	14,3	13,7	14,2	14,3	14,4	14,5	-20,8
Faaborg-Midtfyn	19,4	20,0	21,9	25,4	24,0	24,9	22,6	22,8	22,7	17,1
Gentofte	25,3	27,6	28,7	25,4	26,2	25,7	23,3	23,0	23,4	-7,5
Gladsaxe	29,3	30,5	34,3	31,9	32,7	33,5	32,6	32,9	32,1	9,4
Glostrup	23,3	22,5	24,6	25,2	26,5	28,5	29,5	29,5	29,1	24,6
Greve	17,9	15,7	16,4	18,0	18,5	20,8	18,9	20,7	21,6	21,0
Gribskov	5,5	5,5	5,3	5,5	5,8	11,2	11,2	9,3	9,5	71,5
Guldborgsund	17,6	17,5	19,2	21,2	22,1	21,5	20,5	20,1	20,3	15,6
Haderslev	22,9	23,9	25,4	23,7	24,5	24,5	23,5	23,1	24,0	4,8
Halsnæs	21,2	19,1	18,1	18,9	21,4	22,0	19,7	18,6	17,8	-16,4
Hedensted	20,9	21,7	24,1	25,1	24,4	24,3	23,2	22,2	20,9	-0,2
Helsingør	19,4	21,3	20,6	19,8	19,4	19,7	20,1	21,2	19,7	2,0
Herlev	18,5	16,9	17,4	20,2	19,9	20,3	22,4	21,3	19,4	4,9
Herning	23,0	27,7	25,5	27,1	28,7	30,5	28,7	28,2	27,9	21,2
Hillerød	27,7	32,5	31,7	30,9	31,0	29,4	29,1	27,8	27,5	-0,9
Hjørring	24,2	25,8	26,5	27,4	26,3	26,8	25,4	23,9	24,2	0,0
Holbæk	17,8	18,0	21,2	19,7	15,9	14,8	14,9	15,0	16,6	-6,7
Holstebro	22,1	22,6	22,6	21,6	23,4	23,2	23,1	23,3	23,6	6,7
Horsens	20,2	19,7	18,4	17,3	18,5	19,8	20,8	18,9	20,1	-0,6
Hvidovre	17,3	17,3	17,5	18,7	20,3	20,8	22,0	22,2	21,9	26,7
Høje-Taastrup	17,6	18,4	19,6	21,5	22,8	22,4	22,7	23,8	24,3	37,9
Hørsholm	22,3	24,3	22,4	24,0	22,5	21,7	22,1	21,9	21,7	-2,8
Ikast-Brande	19,9	21,6	23,0	22,1	20,5	20,8	20,3	20,2	18,1	-9,3
Ishøj	28,1	29,0	29,5	27,8	29,7	29,2	27,5	28,3	30,8	9,5
Jammerbugt	18,4	21,4	20,7	17,2	17,0	19,6	21,0	20,7	20,6	12,1
Kalundborg	20,8	21,6	21,6	22,1	21,4	22,3	21,6	22,1	20,7	-0,5

Kerteminde	26,4	30,1	32,1	32,3	33,8	37,8	36,1	36,4	35,4	34,0
Kolding	21,8	24,4	26,4	26,8	27,5	27,3	25,9	25,7	24,4	12,0
København	26,3	27,5	29,5	30,1	30,7	31,3	29,2	29,5	27,9	6,2
Køge	20,8	21,3	21,7	22,2	24,3	26,6	29,1	29,4	28,9	39,2
Langeland	20,8	20,9	22,6	20,7	23,2	26,2	27,5	30,1	29,7	43,2
Lejre	21,1	20,5	20,1	21,0	20,8	21,2	20,0	18,6	18,1	-14,3
Lemvig	19,1	20,2	21,8	22,3	22,2	23,9	23,5	21,7	20,8	9,2
Lolland	22,2	24,6	24,1	22,9	23,3	23,3	23,1	22,8	21,4	-3,7
Lyngby-Taarbæk	25,0	26,8	28,8	25,7	26,6	28,6	26,6	22,7	22,5	-9,7
Læsø	18,3	19,9	-	-	18,8	20,1	19,5	19,8	21,3	16,2
Mariagerfjord	24,0	27,4	31,0	31,2	32,7	30,5	28,2	28,1	27,8	15,6
Middelfart	21,8	22,5	22,6	22,6	21,9	22,3	21,1	22,2	22,4	2,4
Morsø	33,6	35,6	36,1	35,4	37,1	40,9	41,2	39,5	40,9	21,7
Norddjurs	20,3	22,7	23,8	23,1	23,3	24,3	22,3	22,9	22,9	12,6
Nordfyn	25,2	27,0	26,5	28,5	30,0	30,0	27,2	23,2	21,9	-12,8
Nyborg	22,2	24,3	24,2	23,4	24,4	24,8	23,9	25,1	22,2	0,1
Næstved	22,0	22,8	22,4	23,1	22,9	23,7	24,2	25,8	24,7	12,3
Odder	19,9	21,1	24,5	21,9	21,6	22,6	21,6	23,3	25,9	30,1
Odense	17,6	17,5	17,7	18,8	17,9	19,9	18,8	19,4	20,0	13,8
Odssherred	21,0	21,2	22,6	22,8	24,4	23,8	22,4	22,1	23,1	10,0
Randers	24,9	27,4	29,0	31,9	34,4	35,0	33,4	34,0	33,0	32,8
Rebild	24,0	27,7	28,7	29,3	30,0	34,3	34,0	34,4	31,2	30,4
Ringkøbing-Skjern	24,4	23,1	21,8	20,9	21,5	22,9	21,7	21,2	21,7	-11,1
Ringsted	27,5	27,4	28,5	28,4	28,1	28,8	28,7	28,0	28,5	3,7
Roskilde	17,6	19,6	20,0	21,0	22,3	22,3	21,7	22,9	21,8	24,0
Rudersdal	22,8	23,4	24,5	23,4	24,1	22,5	21,9	22,1	22,1	-3,4
Rødovre	27,9	28,3	28,5	30,6	31,3	31,3	28,8	29,9	27,8	-0,1
Samsø	16,1	19,0	19,1	15,8	20,0	18,5	17,4	13,9	13,7	-15,1
Silkeborg	24,4	25,9	24,9	25,4	27,4	29,1	28,0	25,4	22,9	-6,3
Skanderborg	18,1	18,1	20,0	21,2	21,1	21,3	23,8	22,9	22,5	24,0
Skive	27,3	30,9	31,1	32,3	33,4	34,2	32,9	31,5	30,5	11,5
Slagelse	13,7	15,5	17,5	18,4	18,1	16,8	16,0	17,9	17,6	28,7
Solrød	13,3	15,8	17,1	18,2	18,5	21,5	23,0	22,2	21,1	58,5
Sorø	24,5	25,5	26,0	24,6	26,0	27,2	25,3	24,1	23,0	-6,1
Stevns	19,1	19,7	20,0	21,0	20,9	21,7	22,9	24,1	24,2	26,7
Struer	30,6	29,0	28,9	32,1	31,2	31,0	26,2	25,0	24,5	-19,9
Svendborg	26,7	26,7	27,6	28,1	27,7	27,0	25,8	26,5	26,6	-0,3
Syddjurs	13,5	14,5	14,7	19,2	20,3	21,0	21,7	19,5	19,1	41,4
Sønderborg	25,5	26,2	27,6	27,3	29,4	29,5	27,3	26,5	25,8	0,9
Thisted	34,6	34,5	34,6	32,0	33,9	35,1	32,7	33,7	33,4	-3,5
Tønder	25,1	27,6	28,7	29,2	28,4	28,5	28,8	28,6	25,7	2,4
Tårnby	21,9	23,3	26,7	28,9	30,6	31,6	31,4	31,8	28,6	30,5
Vallensbæk	19,9	19,3	18,5	21,5	24,7	25,4	25,9	22,8	23,7	18,8
Varde	25,9	28,6	30,8	32,6	33,3	33,7	34,0	33,6	35,2	36,0
Vejen	24,1	25,1	26,0	27,7	28,8	29,7	28,3	28,0	28,3	17,7
Vejle	21,0	21,9	22,4	22,7	22,4	23,2	21,7	21,6	21,8	3,8
Vesthimmerland	27,4	25,6	25,9	24,8	23,9	24,5	23,8	23,8	23,7	-13,6
Viborg	25,5	26,2	26,1	26,7	28,0	29,0	27,4	26,8	26,1	2,5
Vordingborg	19,0	19,2	19,3	20,7	21,3	21,3	19,9	19,6	21,3	11,8
Ærø	19,3	20,8	20,2	21,9	23,3	23,0	23,8	22,4	23,7	23,0
Aabenraa	20,1	22,9	22,6	23,6	24,0	23,9	23,6	22,3	22,3	10,8
Aalborg	29,0	31,2	32,0	33,3	34,0	34,2	33,2	32,5	32,9	13,3
Aarhus	24,7	26,8	27,1	27,7	27,9	28,1	27,1	25,8	24,5	-0,8
<b>Landsgennemsnit</b>	<b>22,8</b>	<b>24,0</b>	<b>24,8</b>	<b>25,1</b>	<b>25,6</b>	<b>26,3</b>	<b>25,3</b>	<b>25,1</b>	<b>24,6</b>	<b>7,8</b>

Anm.: Personalegrupperne er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover. Der vises ikke opgørelser i tabellen, som beror på mindre end 3 sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter. Derfor har Læsø ikke tal for 2015 og 2016.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

## 5 Antal social- og sundhedshjælpere samt ufaglært og øvrig social- og sundhedspersonale på det kommunale sundheds- og ældreområde i perioden 2013-2021

Tabel 4

Antal social- og sundhedshjælpere samt ufaglært og øvrig social- og sundhedspersonale (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Udvikling fra 2013-2021 (pct.)
Albertslund	27,1	27,3	28,7	29,1	30,3	38,3	41,6	39,0	39,0	43,7
Allerød	25,1	26,2	26,9	25,5	24,4	27,5	26,6	28,2	27,3	8,9
Assens	40,8	37,6	35,2	34,2	32,1	31,6	28,9	27,0	27,4	-32,8
Ballerup	35,0	35,2	32,6	30,3	31,7	31,8	31,1	31,8	33,0	-5,9
Billund	42,4	38,0	34,5	34,1	30,9	31,6	33,4	30,4	31,5	-25,8
Bornholm	43,1	37,4	34,3	35,8	32,7	31,6	31,6	29,0	30,2	-30,0
Brøndby	45,6	46,3	45,5	45,6	41,8	39,1	36,6	35,1	31,6	-30,8
Brønderslev	43,6	42,4	40,7	43,0	39,1	38,7	34,0	33,5	35,8	-17,9
Dragør	41,3	36,8	36,9	38,4	35,0	32,3	30,7	30,7	25,4	-38,5
Egedal	25,8	25,6	25,1	27,8	26,2	24,9	25,5	24,5	24,7	-4,2
Esbjerg	46,4	43,1	39,2	38,2	36,4	37,5	37,4	34,2	34,5	-25,5
Fanø	41,9	36,5	33,8	35,2	33,2	33,0	28,4	33,5	33,9	-19,3
Favrskov	39,8	43,6	36,7	35,8	34,4	36,7	32,0	31,0	31,8	-20,1
Faxe	40,0	38,7	36,3	36,4	36,6	40,0	39,9	37,8	34,8	-13,1
Fredensborg	34,2	32,8	29,7	28,7	28,4	28,2	27,9	26,5	26,0	-24,0
Fredericia	41,0	38,7	35,9	36,1	35,0	35,7	39,2	35,9	35,0	-14,7
Frederiksberg	36,0	34,4	29,8	22,1	24,3	23,8	22,8	22,6	23,7	-34,3
Frederikshavn	47,0	45,0	39,9	37,3	35,5	33,9	32,7	30,4	32,0	-31,9
Frederikssund	32,7	30,2	30,1	28,3	27,4	26,4	26,5	26,7	25,5	-22,0
Furesø	29,0	30,5	31,6	23,8	24,0	23,2	25,1	25,5	26,8	-7,5
Faaborg-Midtfyn	37,9	36,8	33,2	31,4	32,2	32,3	29,8	29,6	29,7	-21,8
Gentofte	45,2	44,4	40,2	33,9	31,5	30,4	27,5	26,9	25,6	-43,4
Gladsaxe	38,9	34,6	37,6	36,3	35,8	35,9	37,1	36,8	37,8	-2,8
Glostrup	39,1	38,8	38,2	39,7	41,7	43,8	43,5	42,3	41,6	6,4
Greve	25,9	20,7	18,9	18,5	18,5	19,2	21,2	23,8	24,0	-7,3
Gribskov	12,2	9,5	9,7	10,5	9,8	10,6	11,4	17,0	14,7	20,3
Guldborgsund	38,2	36,7	35,6	34,8	35,6	34,6	32,9	32,0	31,6	-17,4
Haderslev	41,3	38,4	36,2	34,1	33,0	31,9	31,4	29,5	31,6	-23,5
Halsnæs	38,4	35,1	33,2	32,1	29,8	27,4	26,2	26,5	25,7	-33,0
Hedensted	41,5	40,9	39,2	38,5	36,6	35,3	36,0	31,4	31,4	-24,3
Helsingør	42,4	42,4	37,8	35,1	32,3	31,6	29,1	28,7	26,7	-37,0
Herlev	31,0	26,7	25,5	27,1	28,4	28,5	30,3	30,4	29,5	-4,9
Herning	30,9	31,1	27,4	27,2	26,0	27,6	26,9	25,7	27,5	-11,1
Hillerød	40,9	38,5	35,7	34,3	33,1	32,5	35,6	33,2	33,8	-17,3
Hjørring	50,2	45,3	43,2	41,4	39,0	37,4	36,6	33,4	35,4	-29,5
Holbæk	28,2	26,3	29,5	29,1	22,3	21,4	23,0	22,0	24,5	-13,2
Holstebro	40,5	38,6	35,5	32,8	31,5	30,3	29,5	29,6	27,4	-32,4
Horsens	45,1	42,3	40,4	40,8	41,3	40,1	38,8	32,6	38,1	-15,6
Hvidovre	42,1	41,2	39,6	39,3	37,8	37,5	38,2	36,9	36,1	-14,3
Høje-Taastrup	34,7	36,5	33,1	29,6	27,9	26,5	25,5	25,5	27,1	-22,0
Hørsholm	37,4	35,1	35,5	37,4	26,8	26,3	27,2	28,9	27,9	-25,2
Ikast-Brandø	32,0	31,3	28,5	26,3	28,0	28,0	26,9	25,9	25,8	-19,4
Ishøj	37,5	35,3	35,6	35,2	30,0	27,1	27,8	28,7	28,7	-23,4
Jammerbugt	46,0	42,6	36,6	26,2	23,9	25,5	26,1	24,4	27,0	-41,3
Kalundborg	35,9	34,4	33,8	33,1	33,1	34,6	34,1	31,1	31,8	-11,4

Kerteminde	41,6	43,1	33,7	29,2	29,4	28,3	28,0	26,8	28,7	-31,0
Kolding	34,0	34,7	34,5	34,0	36,1	33,5	33,0	30,4	30,9	-9,3
København	51,1	44,3	42,8	41,6	39,1	37,4	35,9	34,1	34,5	-32,5
Køge	33,4	32,4	29,7	28,8	28,5	28,3	32,9	32,8	32,1	-3,8
Langeland	58,9	54,6	53,5	51,5	53,9	55,1	54,4	52,5	53,5	-9,2
Lejre	37,8	34,4	33,9	32,0	30,9	33,1	31,9	30,9	27,1	-28,2
Lemvig	47,1	43,0	41,6	41,7	39,1	39,8	35,9	33,6	34,4	-26,9
Lolland	39,7	40,7	40,5	34,0	37,5	35,5	35,6	35,1	33,8	-14,9
Lyngby-Taarbæk	51,9	53,1	50,9	47,1	48,0	46,7	45,0	40,1	37,7	-27,3
Læsø	62,8	65,0	65,5	57,2	63,0	53,5	50,2	57,0	47,0	-25,1
Mariagerfjord	46,8	43,1	38,6	37,8	39,9	38,9	36,5	35,9	35,9	-23,2
Middelfart	39,1	38,4	38,2	35,2	35,6	34,7	33,6	31,4	30,7	-21,4
Morsø	54,7	52,0	45,7	45,8	45,0	44,1	43,9	38,1	38,8	-29,1
Norddjurs	51,1	50,2	49,8	46,5	44,1	43,3	40,1	40,5	40,8	-20,2
Nordfyn	51,4	49,7	43,2	38,3	37,6	38,1	38,1	34,1	33,6	-34,6
Nyborg	39,8	37,8	36,7	36,9	38,9	38,1	40,1	39,1	40,6	1,9
Næstved	35,9	34,3	29,1	28,5	28,9	28,6	29,8	31,3	32,8	-8,7
Odder	38,5	37,4	35,7	32,3	31,9	30,9	30,3	28,9	30,2	-21,6
Odense	32,8	28,7	25,8	25,5	24,1	24,0	23,6	23,6	24,1	-26,6
Ods herred	30,5	28,3	26,7	28,3	27,4	25,9	26,3	25,7	24,7	-18,9
Randers	53,5	51,8	44,3	39,3	38,6	38,7	37,0	35,5	38,7	-27,6
Rebild	57,3	49,5	43,3	40,9	42,4	43,5	41,5	37,8	39,0	-32,0
Ringkøbing-Skjern	32,6	31,0	30,1	27,7	28,3	29,9	28,2	27,8	29,8	-8,6
Ringsted	30,0	27,3	27,4	24,5	26,1	25,3	26,6	28,1	30,0	0,1
Roskilde	37,2	38,3	35,0	36,0	36,5	35,1	35,1	35,5	33,4	-10,3
Rudersdal	45,9	44,3	46,3	44,0	42,1	40,6	41,0	39,2	37,2	-18,9
Rødovre	41,5	42,1	38,4	40,3	40,9	40,5	39,4	42,0	40,1	-3,4
Samsø	61,0	61,8	61,5	57,7	56,0	62,7	62,6	59,2	55,6	-8,9
Silkeborg	42,1	39,6	35,4	33,7	32,8	34,4	34,1	31,2	30,2	-28,3
Skanderborg	38,0	34,5	36,3	34,8	34,6	35,7	36,8	35,1	33,6	-11,6
Skive	50,3	47,0	41,8	40,2	40,2	42,5	39,5	36,4	34,8	-30,9
Slagelse	39,0	38,6	43,6	40,2	39,7	37,9	38,9	39,1	38,3	-1,8
Solrød	22,1	19,7	19,7	21,6	22,2	22,9	24,2	22,7	24,0	8,5
Sorø	45,0	45,4	37,9	33,3	39,1	37,1	37,4	33,9	34,1	-24,3
Stevns	30,4	30,8	27,8	23,3	22,7	23,6	25,3	25,0	25,9	-14,7
Struer	38,8	33,8	26,8	24,6	25,2	27,8	24,3	25,4	27,0	-30,4
Svendborg	52,6	51,0	47,7	47,0	46,7	44,6	41,7	40,8	42,8	-18,6
Syddjurs	38,0	37,1	34,7	38,7	36,4	35,4	34,2	30,7	28,6	-24,7
Sønderborg	40,0	38,4	36,3	35,8	36,3	37,0	34,3	32,7	34,8	-13,1
Thisted	53,1	46,5	40,0	37,7	40,7	40,3	36,6	33,3	33,6	-36,6
Tønder	42,4	44,4	42,6	40,3	34,2	35,0	35,3	32,8	32,3	-23,8
Tårnby	33,6	39,5	36,9	35,0	33,4	33,7	34,8	33,8	31,0	-7,9
Vallensbæk	26,4	23,5	21,1	20,2	19,8	20,8	22,8	20,3	23,3	-11,7
Varde	41,1	37,9	34,6	31,7	29,9	27,8	25,5	23,4	23,0	-44,0
Vejen	44,3	40,8	39,0	37,9	36,6	35,9	35,7	33,8	37,7	-15,1
Vejle	35,2	33,9	32,0	31,2	30,2	32,0	29,7	28,9	28,6	-18,7
Vesthimmerland	55,8	51,2	48,2	45,3	43,7	41,6	39,1	39,1	38,0	-31,9
Viborg	35,1	32,4	29,1	29,0	29,5	28,2	28,3	28,0	28,5	-18,7
Vordingborg	43,9	39,6	38,0	41,0	37,9	35,2	37,0	36,9	36,0	-17,9
Ærø	58,7	57,0	52,6	51,8	53,2	50,5	51,4	48,4	46,8	-20,3
Aabenraa	36,9	37,7	35,7	36,7	34,4	33,0	35,6	32,6	34,0	-7,8
Aalborg	43,8	36,5	33,7	32,4	31,4	32,3	31,5	30,1	31,6	-27,9
Aarhus	38,8	39,1	36,4	35,5	34,9	36,4	35,6	32,6	33,5	-13,7
<b>Landsgennemsnit</b>	<b>40,4</b>	<b>38,3</b>	<b>35,9</b>	<b>34,5</b>	<b>33,6</b>	<b>33,3</b>	<b>32,8</b>	<b>31,5</b>	<b>31,7</b>	<b>-21,5</b>

Anm.: Personalegrupperne er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.

## 6 Antal ansatte på det kommunale sundheds- og ældreområde i perioden 2013-2021

Tabel 5

Det samlede antal ansatte (årsværk) på det kommunale sundheds- og ældreområde pr. 1.000 ældre i perioden 2013-2021.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Udvikling fra 2013-2021 (pct.)
Albertslund	46,9	47,5	51,0	57,6	57,7	66,3	66,8	64,9	66,3	41,3
Allerød	44,9	48,4	51,8	49,4	50,8	53,2	50,6	54,3	51,7	15,3
Assens	67,0	64,9	63,9	61,7	61,2	62,3	56,1	51,9	50,3	-24,9
Ballerup	60,2	65,4	63,6	63,4	66,8	66,6	65,2	64,9	64,5	7,1
Billund	69,5	68,8	65,5	67,1	62,5	64,5	65,6	59,1	55,7	-19,9
Bornholm	80,4	74,4	71,0	72,1	68,8	69,5	66,4	63,7	63,2	-21,4
Brøndby	71,8	74,6	75,7	77,5	76,0	75,2	74,0	70,9	64,7	-9,9
Brønderslev	63,9	64,7	63,2	64,9	60,0	60,6	55,0	53,3	54,7	-14,4
Dragør	53,6	53,0	55,5	56,9	54,1	51,5	50,6	52,8	46,5	-13,3
Egedal	41,0	41,4	42,2	48,2	47,3	46,7	47,2	49,0	48,8	19,1
Esbjerg	77,6	74,2	68,9	68,7	69,0	71,5	69,8	65,9	65,7	-15,4
Fanø	64,6	57,9	59,8	57,8	58,8	56,1	49,0	57,0	56,2	-13,0
Favrskov	61,2	66,7	60,9	57,4	57,0	58,8	53,1	52,4	53,4	-12,6
Faxe	61,2	62,8	60,2	61,6	60,9	64,3	64,1	60,9	56,4	-7,8
Fredensborg	52,3	51,0	49,2	47,6	47,1	47,0	46,1	46,0	45,7	-12,7
Fredericia	69,0	67,7	65,4	67,0	65,6	67,8	70,0	64,2	63,6	-7,8
Frederiksberg	51,4	52,8	49,7	36,7	43,3	43,2	42,8	42,2	43,7	-15,0
Frederikshavn	74,3	73,7	69,7	68,1	65,9	63,9	62,2	58,9	59,5	-20,0
Frederikssund	51,6	50,5	52,0	49,6	50,1	50,5	49,1	49,5	47,1	-8,7
Furesø	47,3	49,4	50,5	38,1	37,8	37,5	39,4	39,9	41,3	-12,6
Faaborg-Midtfyn	57,3	56,7	55,0	56,8	56,2	57,2	52,4	52,5	52,3	-8,6
Gentofte	70,5	72,0	69,0	59,3	57,7	56,2	50,8	49,9	49,0	-30,6
Gladsaxe	68,2	65,1	71,9	68,1	68,5	69,4	69,7	69,7	69,9	2,4
Glostrup	62,4	61,3	62,7	64,9	68,2	72,3	73,0	71,9	70,7	13,2
Greve	43,8	36,4	35,3	36,5	37,0	40,0	40,1	44,5	45,6	4,3
Gribskov	17,8	15,0	15,0	15,9	15,6	21,9	22,6	26,3	24,2	36,3
Guldborgsund	55,8	54,2	54,8	56,0	57,6	56,1	53,4	52,2	51,9	-6,9
Haderslev	64,2	62,4	61,5	57,8	57,6	56,4	54,9	52,6	55,6	-13,4
Halsnæs	59,6	54,1	51,3	51,0	51,2	49,3	46,0	45,1	43,4	-27,1
Hedensted	62,5	62,7	63,3	63,6	61,0	59,6	59,2	53,7	52,3	-16,3
Helsingør	61,8	63,7	58,4	54,9	51,7	51,3	49,3	49,9	46,5	-24,8
Herlev	49,6	43,6	43,0	47,3	48,3	48,8	52,6	51,7	49,0	-1,2
Herning	53,8	58,7	52,9	54,3	54,7	58,1	55,6	53,9	55,3	2,8
Hillerød	68,7	71,0	67,4	65,2	64,2	61,9	64,8	61,0	61,3	-10,7
Hjørring	74,3	71,1	69,7	68,8	65,3	64,2	62,0	57,3	59,6	-19,9
Holbæk	46,0	44,3	50,7	48,8	38,2	36,2	37,9	37,0	41,1	-10,7
Holstebro	62,6	61,2	58,1	54,4	54,9	53,5	52,6	52,9	50,9	-18,6
Horsens	65,2	61,9	58,7	58,0	59,6	59,9	59,6	51,5	58,1	-10,9
Hvidovre	59,4	58,4	57,1	58,0	58,1	58,3	60,2	59,1	58,0	-2,4
Høje-Taastrup	52,3	54,8	52,7	51,1	50,6	48,9	48,2	49,3	51,4	-1,9
Hørsholm	59,7	59,4	57,9	61,5	49,3	48,0	49,3	50,8	49,6	-16,8
Ikast-Brande	51,9	53,0	51,5	48,5	48,5	48,7	47,1	46,2	43,8	-15,5
Ishøj	65,6	64,3	65,1	63,0	59,7	56,3	55,3	57,0	59,5	-9,3
Jammerbugt	64,3	64,0	57,3	43,4	40,9	45,1	47,1	45,0	47,6	-25,9
Kalundborg	56,7	56,0	55,4	55,2	54,5	56,9	55,8	53,2	52,5	-7,4
Kerteminde	68,0	73,2	65,8	61,5	63,2	66,1	64,0	63,1	64,1	-5,7
Kolding	55,8	59,1	60,8	60,8	63,6	60,9	58,9	56,0	55,3	-1,0

København	77,3	71,8	72,3	71,7	69,8	68,7	65,0	63,6	62,4	-19,3
Køge	54,1	53,8	51,4	51,0	52,8	54,9	62,0	62,1	61,0	12,7
Langeland	79,7	75,5	76,2	72,2	77,1	81,2	82,0	82,5	83,2	4,4
Lejre	58,9	54,8	54,0	53,0	51,6	54,3	51,8	49,5	45,2	-23,2
Lemvig	66,2	63,3	63,4	64,0	61,3	63,7	59,4	55,3	55,2	-16,5
Lolland	61,9	65,2	64,6	56,9	60,8	58,8	58,7	57,8	55,2	-10,9
Lyngby-Taarbæk	76,8	80,0	79,8	72,8	74,6	75,3	71,6	62,8	60,2	-21,6
Læsø	81,1	84,9	83,0	73,4	81,7	73,6	69,7	76,7	68,3	-15,8
Mariagerfjord	70,8	70,5	69,6	69,0	72,6	69,4	64,8	64,0	63,7	-10,0
Middelfart	60,9	60,9	60,8	57,8	57,5	57,0	54,7	53,5	53,1	-12,9
Morsø	88,3	87,7	81,8	81,3	82,1	84,9	85,1	77,7	79,7	-9,7
Norddjurs	71,4	73,0	73,6	69,6	67,4	67,7	62,4	63,4	63,7	-10,8
Nordfyn	76,6	76,7	69,8	66,8	67,5	68,1	65,3	57,2	55,6	-27,4
Nyborg	62,0	62,0	60,9	60,3	63,3	62,8	64,0	64,2	62,8	1,2
Næstved	57,9	57,1	51,5	51,6	51,7	52,4	54,0	57,1	57,5	-0,7
Odder	58,4	58,6	60,1	54,2	53,5	53,5	51,9	52,3	56,1	-4,0
Odense	49,9	45,8	43,5	44,2	42,0	43,9	42,4	43,0	44,1	-11,7
Odsherred	51,5	49,5	49,3	51,1	51,8	49,7	48,7	47,8	47,9	-7,1
Randers	78,3	79,3	73,2	71,2	73,0	73,8	70,3	69,5	71,8	-8,3
Rebild	81,3	77,3	72,0	70,2	72,5	77,8	75,5	72,2	70,2	-13,6
Ringkøbing-Skjern	57,0	54,0	51,9	48,6	49,8	52,8	49,9	49,0	51,5	-9,7
Ringsted	57,4	54,6	56,0	52,9	54,2	54,1	55,3	56,1	58,5	1,8
Roskilde	54,8	57,9	54,9	57,0	58,8	57,4	56,8	58,4	55,1	0,7
Rudersdal	68,7	67,7	70,8	67,4	66,2	63,0	62,9	61,3	59,3	-13,7
Rødovre	69,4	70,4	66,9	71,0	72,3	71,8	68,2	71,9	68,0	-2,0
Samsø	77,1	80,9	80,6	73,5	76,0	81,2	80,0	73,0	69,3	-10,2
Silkeborg	66,5	65,5	60,3	59,0	60,2	63,5	62,1	56,6	53,1	-20,2
Skanderborg	56,2	52,5	56,2	56,0	55,7	57,0	60,6	58,0	56,1	-0,1
Skive	77,7	77,9	72,9	72,5	73,5	76,8	72,4	67,9	65,3	-16,0
Slagelse	52,7	54,2	61,2	58,6	57,8	54,7	54,8	57,0	55,9	6,1
Solrød	35,4	35,6	36,8	39,8	40,7	44,4	47,2	44,9	45,1	27,3
Sorø	69,5	70,8	63,8	57,9	65,1	64,3	62,7	58,0	57,1	-17,9
Stevns	49,5	50,5	47,7	44,3	43,6	45,3	48,2	49,1	50,1	1,3
Struer	69,4	62,8	55,7	56,7	56,4	58,8	50,5	50,4	51,5	-25,8
Svendborg	79,3	77,7	75,3	75,1	74,4	71,6	67,5	67,3	69,4	-12,4
Syddjurs	51,5	51,7	49,4	57,9	56,8	56,4	55,9	50,2	47,7	-7,4
Sønderborg	65,5	64,6	63,9	63,1	65,7	66,5	61,6	59,2	60,5	-7,6
Thisted	87,7	80,9	74,6	69,7	74,6	75,4	69,3	67,0	67,0	-23,6
Tønder	67,5	72,0	71,3	69,5	62,6	63,5	64,0	61,5	58,0	-14,0
Tårnby	55,6	62,9	63,7	63,9	64,1	65,3	66,2	65,6	59,6	7,3
Vallensbæk	46,3	42,8	39,6	41,7	44,5	46,3	48,8	43,2	47,0	1,5
Varde	67,0	66,5	65,3	64,4	63,2	61,5	59,5	56,9	58,2	-13,1
Vejen	68,4	65,9	65,1	65,5	65,5	65,6	64,0	61,9	66,0	-3,5
Vejle	56,2	55,8	54,4	54,0	52,7	55,3	51,4	50,6	50,4	-10,3
Vesthimmerland	83,2	76,8	74,1	70,2	67,6	66,1	62,9	62,9	61,7	-25,9
Viborg	60,6	58,6	55,2	55,7	57,5	57,2	55,7	54,7	54,6	-9,8
Vordingborg	62,9	58,8	57,3	61,6	59,2	56,5	57,0	56,6	57,3	-8,9
Ærø	78,0	77,7	72,8	73,7	76,5	73,5	75,2	70,8	70,5	-9,6
Aabenraa	57,1	60,5	58,3	60,4	58,4	56,9	59,2	54,8	56,4	-1,2
Aalborg	72,8	67,7	65,7	65,7	65,4	66,5	64,7	62,6	64,5	-11,5
Aarhus	63,5	65,8	63,4	63,2	62,8	64,5	62,7	58,5	58,0	-8,6
<b>Landsgennemsnit</b>	<b>63,2</b>	<b>62,3</b>	<b>60,7</b>	<b>59,5</b>	<b>59,2</b>	<b>59,6</b>	<b>58,1</b>	<b>56,5</b>	<b>56,3</b>	<b>-10,9</b>

Anm.: Det samlede antal ansatte er sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufraglært social- og sundhedspersonale og øvrig social- og sundhedspersonale. De er afgrænset ud fra den autoriserede kontoplan. Antal ældre er afgrænset som antal borgere i alderen 65 år eller derover.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL og egne beregninger.



# Bilag 3: Metode

Kommunal sygepleje til ældre



Indenrigs- og  
Boligministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

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

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

## Indhold

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

# 1 Centrale begreber

## 1.1 Kommunal sygepleje

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

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

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

## 1.2 Personalegrupper

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

### Boks 1.1

#### Autoriserede sundhedspersoner

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

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

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

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

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

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

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

### 1.3 Sundheds- og ældreområdet

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

### 1.4 Ældre i kommunerne

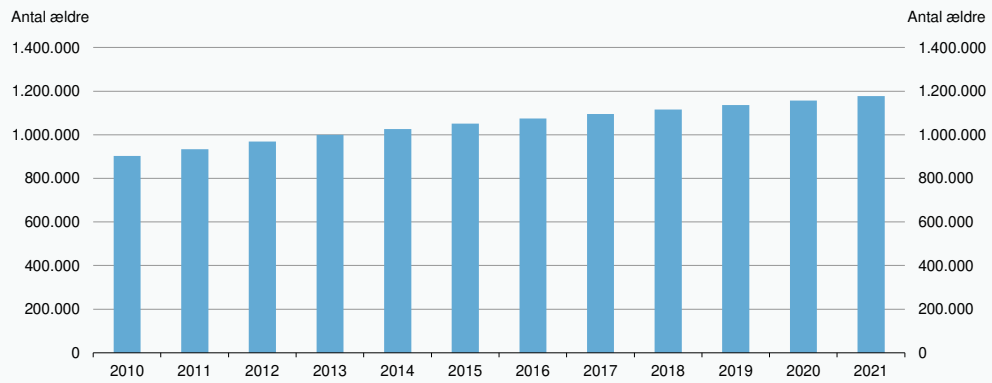
I hovedrapportens kapitel 4 og 5 tager vi højde for antallet af ældre i kommunerne, når vi undersøger antallet af ansatte på det kommunale sundheds- og ældreområde og antal aktive bevillinger til sygeplejeindsatser. Vi ser fx på antal sygeplejersker pr. 1.000 ældre i kapitel 4. Det er ikke kun ældre,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

---

<sup>3</sup> For opgørelser 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 "2.2.1 Kontoplansændring og afgrænsning af det kommunale sundheds- og ældreområde før 2018".

**Figur 2.1**

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



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

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

### 2.1 Data

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

### 2.2 Afgrænsning af populationer

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

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

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

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

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

**Tabel 2.1**

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

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

Kilde: KRL og egne beregninger.

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

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

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

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

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



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

**Tabel 2.2**

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

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

Kilde: KRL og egne beregninger

### Fordelingsnøgle

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

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

## 2.3 Karakteristik af ældre hjemmesygeplejemodtagere

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

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

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

**Tabel 2.3**

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

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

## 2.4 Sammenhænge og mønstre

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

**Tabel 2.4**

**Oversigt over benyttede variable i analysen**

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

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

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

Tabel 2.5

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

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

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

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

## 3 Varetagelse af sygeplejeindsatser i kommunerne

### 3.1 Data

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

#### Boks 3.2

##### Fælles Sprog III

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

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

Da indsatserne på niveau 2 i FSIII både er de mest detaljerede indsatser, som er obligatoriske og fælleskommunale, er de bedst 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 på niveau 2 (de fælleskommunale indsatser). Sundhedslovens § 138 er det lovmæssige grundlag for al sygepleje i kommunerne<sup>4</sup>.

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

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

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

**Tabel 3.1****De 39 fælleskommunale indsatser under sundhedslovens § 138 i FSIII.**

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

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

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

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

## 3.2 Indikator

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

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

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

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

---

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



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

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

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

### 3.3 Læringspunkter ved data fra Fælles Sprog III

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

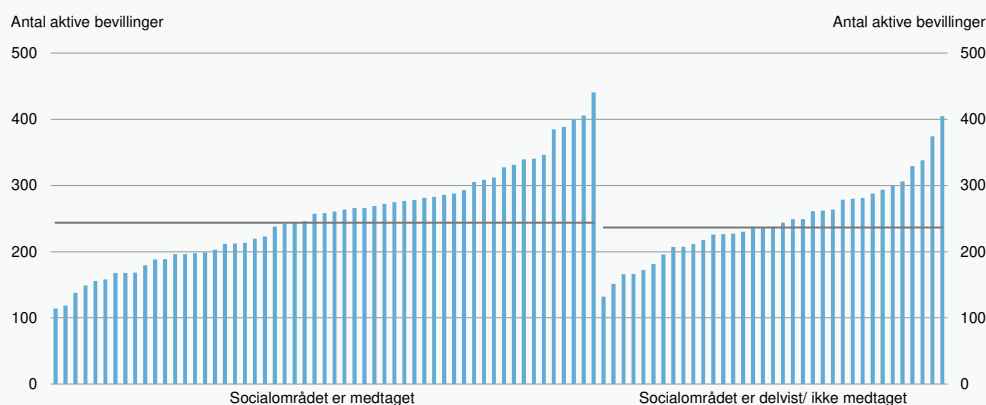
derfor valgt ikke at medtage 0-ydelserne i analysen. 0-ydelserne er følgende fire indsatser: Sygeplejefaglig udredning, koordinering, opfølgning og generel 0-ydelse<sup>10</sup>.

### Bevillinger fra socialområdet registreres i forskellig grad

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

Figur 3.1

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



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

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

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

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

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

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

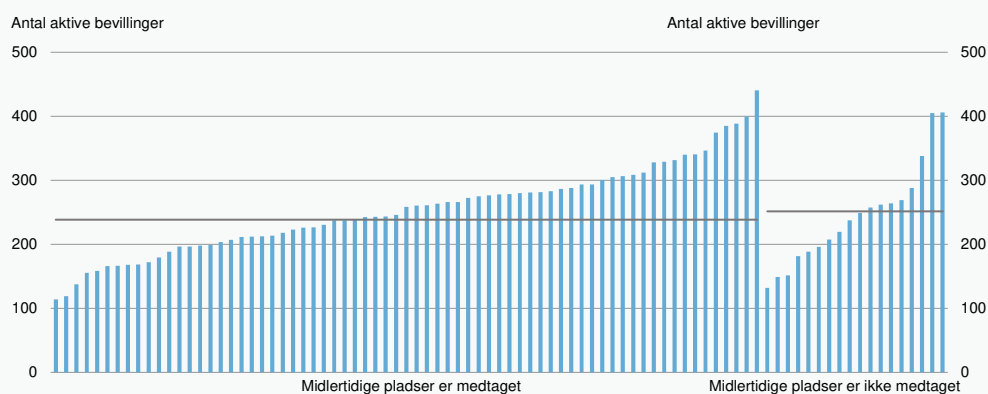
hjem. Det har dog været nemt for kommunerne at rette sygeplejeklinikker til eget hjem. Kun en kommune i analysen har ikke borgere på sygeplejeklinikker med som borgere i eget hjem. Kommunernes forklaring til, at midlertidige pladser er angivet som ikke i eget hjem, er, at borgere på midlertidige pladser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

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

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

**Figur 3.2**

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



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

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

## 4 Arbejdsdeling i forhold til sygeplejeindsatser i kommunerne

### 4.1 Data

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

### 4.2 Indikator

#### Arbejdsdeling

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Begrundelser for arbejdsdeling**

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

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

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

Følgende begrundelser er kommunerne blevet spurgt om i spørgeskemaet:

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

### **Organisering af hjemmesygeplejen**

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

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

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

---

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

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

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

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

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



Tabel 4.2

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

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

Anm.: 92 kommuner har besvaret spørgeskemaet.

Kilde: Spørgeskemabesvarelser og egne beregninger.

## 5 Opmærksomhedspunkter ved den undersøgte tidsperiode

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

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