



EKSTERNT NOTAT Behovet for øget dimensionering af sundhedsplejersker

Sunde børn og unge, der trives, er vigtige, hvis vi ønsker at bevare det danske velfærdssamfund. Det er i barn- og ungdommen, at grundstenene til et velfungerende voksenliv bliver lagt. Men ulighed i sundhed præger børnene, fra de er små – og det kan forebygges. Sundhedsplejersker har som den eneste fagprofession adgang til alle børnefamilier i Danmark – og det betyder, at de har en helt unik og stærk mulighed for en tidlig opsporing og forebyggende indsats. Men kommunerne oplever stigende problemer med rekruttering af sundhedsplejersker. Derfor er der aktuelt et stort behov for at tale om øget dimensionering af sundhedsplejersker.

I dette notat tages der udgangspunkt i tre minimumsparametre, hvoraf to er i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for nybagte forældre. Den sidste (3-års besøget) er valgt ud fra foreliggende viden om god praksis. Andre og flere parametre, der også går ud over barnets tre første leveår, kunne have været valgt, hvorfor de følgende parametre er et minimum:

1. Graviditetsbesøg for alle førstegangsfødende
2. Et besøg når barnet er omkring 3 år (3-års besøget)
3. Minimum 5 hjemmebesøg for alle fødende i løbet af barnets første leveår

Langt fra alle kommuner følger disse minimums anbefalinger. Således viser tallene at kun 32 % af kommunerne udbyder graviditetsbesøget, 34% har ikke min. 5 hjemmebesøg til førstegangsfødende (og 53% har ikke for det efterfølgende barn) og endelig udbyder kun 19 % af kommunerne 3-års besøget.

Hvis kommunerne skal kunne følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger, **mangler der lige nu 78 sundhedsplejersker** i kommunerne, et tal, der vil stige til **93 sundhedsplejersker i 2025** som følge af et kraftigt stigende børnetal. Såfremt manglen skal løses i 2025 udelukkende gennem en øget dimensionering, så skal den nuværende **dimensionering øges med 16 pladser årligt**.

Fremskrivningen af behovet er udelukkende baseret på udvidelsen af de ovenstående 3 opgaver til at omfatte alle børn i alle kommuner. Behovet vil stige såfremt den enkelte sundhedsplejerske også skal varetage andre opgaver, samtidig med at der skal afsættes mere tid til transport og dokumentation mv.

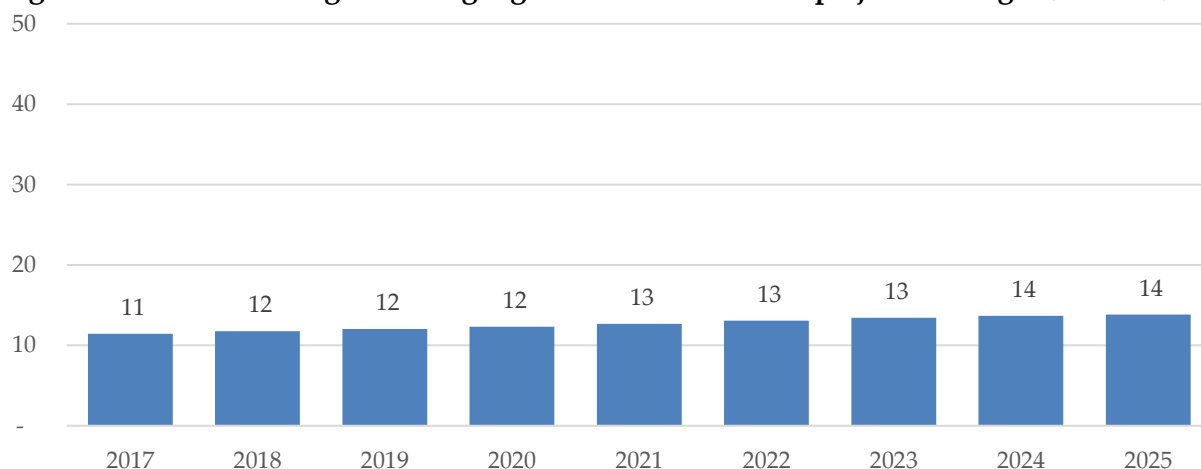
1. Graviditetsbesøg for alle førstegangsfødende

32 % af kommunerne har angivet, at de har tilbud om graviditetsbesøg til alle førstegangsfødende¹. Såfremt tilbuddet skal bredes ud til alle kommuner, og opgaverne skal varetages af sundhedsplejersker, så er der pt. behov for yderligere 11 sundhedsplejersker

¹ Kommunale Sundhedsordninger 2016, August 2016, DSR

(årsværk) (se figur 1). Behøvet vil stige til 14 sundhedsplejersker (årsværk) frem mod 2025 som følgende af stigende børnetal.

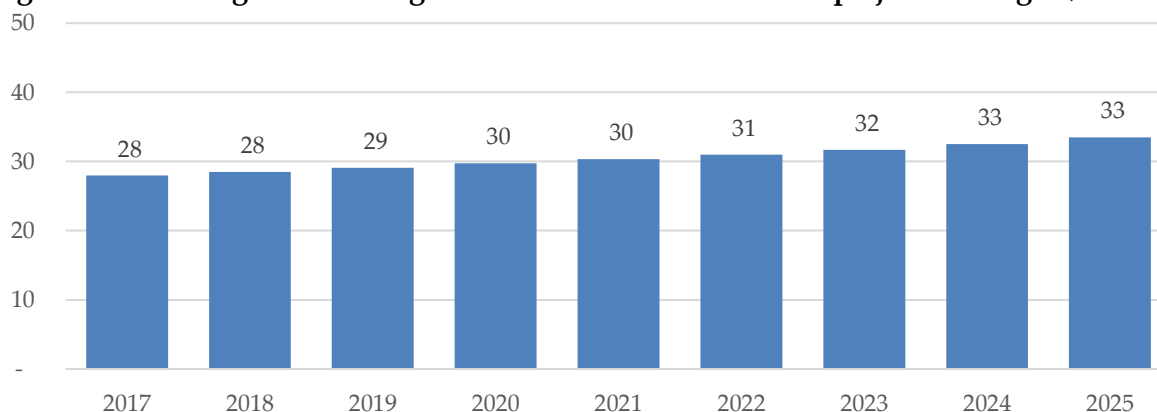
Figur 1. Graviditetsbesøg til førstegangsfødende – Sundhedsplejerskemangel (årsværk)



2. 3-års besøget for alle børn

19% af kommunerne har angivet, at de tilbyder 3-års besøget til alle børn². Såfremt tilbuddet udvides til at omfatte alle kommuner, så er der pt. behov for yderligere 28 sundhedsplejersker (se figur 2). Behøvet forventes at stige til 33 ekstra sundhedsplejersker i 2025 i forhold til nu.

Figur 2. 3-års besøg til alle 3-årige i alle kommuner – Sundhedsplejerskemangel (årsværk)



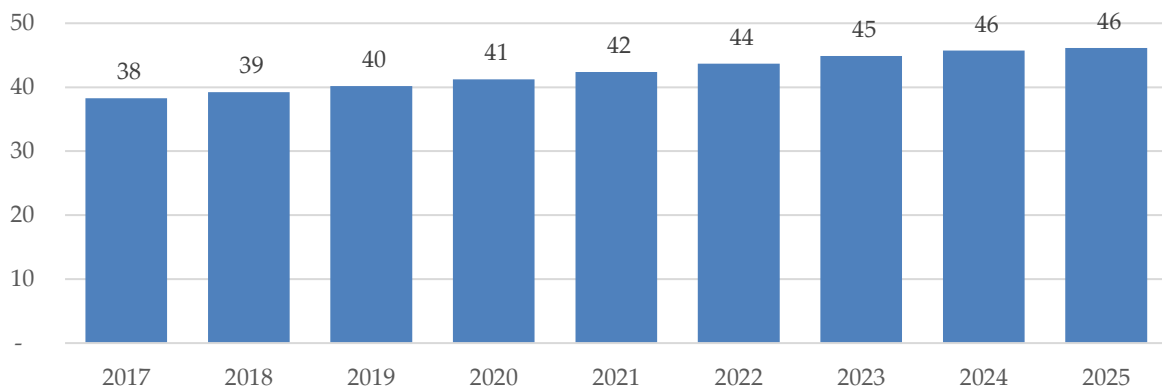
3. Minimum 5 hjemmebesøg til alle børn

66% af kommunerne tilbyder min. 5 hjemmebesøg inden for barnets første leveår for de førstegangsfødende og 47% for de efterfølgende barn³. Såfremt hjemmebesøget skal udvides til alle kommuner og for alle børn, så er der behov for yderligere 36 sundhedsplejersker (årsværk) lige nu og stigende til 46 sundhedsplejersker i 2025 (se figur 3).

² Kommunale Sundhedsordninger 2016, august 2016, DSR

³ Ledelsesforhold og kapacitet – et øjebliksbillede, marts 2015, Foreningen for ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark

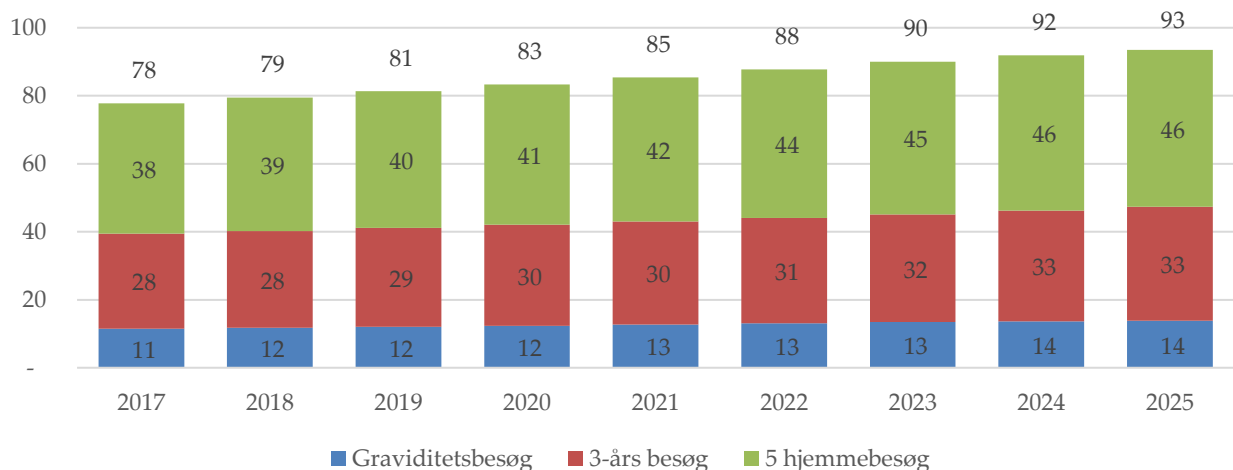
Figur 3. 5 hjemmebesøg til nyfødte i første år – Sundhedsplejerskemangel (årsværk)



Ser vi udelukkende på de 3 tiltag, som inkluderer anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen, så er der i 2017 behov for at ansatte yderligere 78 sundhedsplejersker for at kunne varetage disse opgaver (se figur 4). Dette tal vil stige til 93 sundhedsplejersker i 2025.

Tallet er betinget af, at hver af disse opgaver i gennemsnit tager 1 time (5 hjemmebesøg = 5 timer i alt). I praksis bruges der særskilte tid på transport, dokumentation mv. i forbindelse med hvert besøg, som er vurderet til ligeledes at tage 1 time. Såfremt dette medregnes i prognosen, vil det fordoble behovet for flere sundhedsplejersker (155 i 2017 til 187 i 2025).

Figur 4. Samlet behov for yderligere sundhedsplejersker (årsværk)



Dimensioneringsbehovet

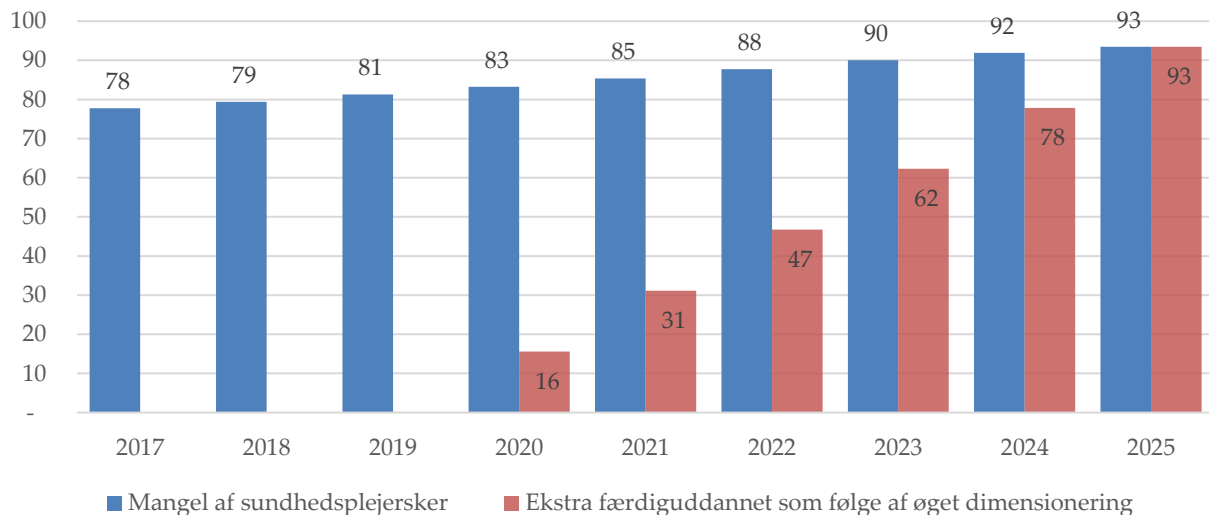
Såfremt manglen på 93 sundhedsplejersker skal afhjælpes i 2025, og løsningen udelukkende skal ske gennem øget dimensionering på specialuddannelsen til sundhedsplejersker, så skal dimensioneringen fra næste årgang (januar 2018) øges med 16 pr. årgang (ved en optagelsesrate på 95 %)⁴, så der således fra og med 2020⁵ bliver uddannet 16 ekstra sundhedsplejersker om året frem mod 2025. Dette vil afhjælpe den forventede mangel på 93 sundhedsplejersker i 2025 som illustreret i figur 5. På nuværende tidspunkt er den årlige dimensionering på sundhedsplejerskeuddannelsen 100 pladser, hvorfor stigningen på 16 pladser svarer til 16 % af nuværende årligt optag.

⁴ For at påbegynde sundhedsplejerskeuddannelsen, så kræves der både optagelsen på selve uddannelsesstedet samt en ansættelsesaftale fra en kommune. Det vurderes at ca. 5 %, der bliver optaget på uddannelsen ikke få en ansættelsesaftale, hvorfor disse pladser ikke bliver brugt.

⁵ Uddannelsen til sundhedsplejerske tager 1,5 år med årligt optag om foråret. Sundhedsplejersker bliver derfor færdiguddannet om sommeren året efter. For simplicitets skyld antages videreuddannelsen til sundhedsplejerske dog at vare 2 år.

Forslaget til øgning af dimensioneringen er funderet på en gennemsnitlig besøgstid på 1 time pr. besøg. I praksis vil der også være behov for at afsætte tid til blandt andet transport som allerede nævnt, hvilket vil øge behovet for sundhedsplejersker yderligere.

Figur 5. Forventet mangel på sundhedsplejersker og ekstra færdiguddannet som følge af øget dimensionering



Metode og bemærkninger

Prognosen foretaget i dette notat er baseret på en række antagelser om udviklingen frem mod 2025. Bemærk at prognosen først og fremmest er en teknisk fremskrivning. Der er ikke vurderet på faktorer som opgaveflytning, kvalitet af de udførte opgaver, lokale forhold i enkelte kommuner, fremtidig arbejdsmarkedet mv. Der er således en række forhold, som er værd at have in mente ved læsning af tallene.

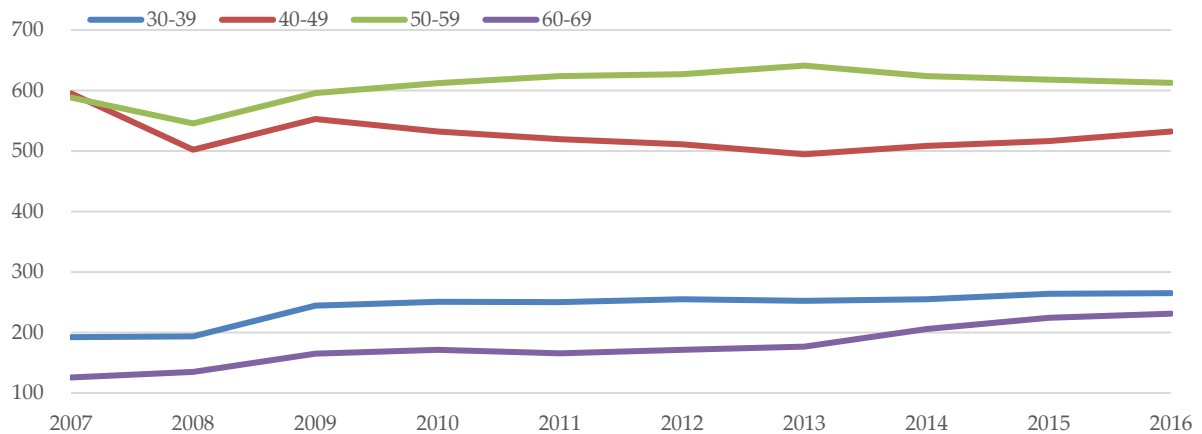
Aldersfordeling – Til- og afgang

Dimensioneringsbehovet er udelukkende baseret på (fremtidigt) børnetal. En anden vigtig faktor i vurderingen af dimensioneringsbehovet er aldersfordelingen blandt de nuværende sundhedsplejersker. Hvis afgang (fx pensionering) er større end tilgang (fx nyuddannede sundhedsplejersker), så vil der være behov for at øge dimensioneringen endnu mere, end hvad notatet som udgangspunkt lægger op til. Tilsvarende med omvendt fortegn, såfremt tilgangen er større end afgang.

Tal fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) viser, at antallet af 60+ årige sundhedsplejersker er steget fra 126 i 2007 til 231 i 2016, dvs. tæt på en fordobling (se figur B1), mens gennemsnitsalderen i samme periode er steget med ca. 0,5 år (ikke vist). En årsag til "aldringen" blandt sundhedsplejerskerne kan muligvis tilskrives senere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, som der også ses blandt sygeplejersker i almindelighed.

Det er derfor vigtigt i planlægningsøjemed at undersøge mere præcist, hvordan den voksende gruppe af ældre sundhedsplejersker og deres fremtidig tilbagetrækning påvirker udbuddet og dermed behovet for sundhedsplejersker.

Figur B1. Udvikling af sundhedsplejersker (basisstilling) fordelt på aldersgrupper.



Dimensioneringsbehovet

Dimensioneringsbehovet tager udgangspunkt i målet om at tilbyde de 3 nævnte sundhedsplejersketilbud til alle børn (hhv. 0 og 3-årige i 2025). Såfremt målet om opfyldelse af behovet skal ske tidligere eller senere, så vil størrelsen på dimensioneringsbehovet tilsvarende ændres. Det er endvidere vigtigt at overveje, hvordan et øget dimensioneringsniveau tilpasses efterfølgende, når/hvis balancen mellem behovet og udbuddet af sundhedsplejersker nås i fremtiden i 2025.

Generelle og tekniske bemærkninger:

- Det antages, at 47% af fødslerne pr. år er førstegangsfødende. Dette er andelen, som er set over de seneste år (2013-2015, Det Medicinske Fødselsregister, E-sundhed).
- Som approksimation på fremtidigt fødselstal benyttes prognosen for 0-årige (Danmarks Statistik). Der er en forskel mellem disse to tal, som skyldes 0-årige, der ikke er født i landet eksempelvis indvandring og adoptioner. Dette giver en afvigelse på op til 1% mellem fødselstallet (58.828 i 2015, Det Medicinske Fødselsregister) og børnetallet for 0-årige (58.605 i 2015, Danmarks Statistik).
- Et besøg (3-årsbesøg, graviditetsbesøg, hjemmebesøg) tager i gennemsnit 1 time. Tid til transport, dokumentation mv. relateret til besøget er ikke indregnet. Disse afledte opgaver vurderes til at tage 1 time for hvert besøg, dvs. det vil fordoble den tid, som sundhedsplejersker bruger pr. besøg og dermed også behovet for sundhedsplejersker.
- 76% af kommunerne har deltaget i undersøgelsen fra DSR, og omfatter tilsammen 84% af 0-årige i landet. Det betyder en overestimering i prognosen. Modsat er der en underestimering i prognosen, fordi der er en overhyppighed af kommuner med færre børn, der tilbyder de pågældende ordninger. Det vurderes, at disse to effekter til en hvis grad udligner hinanden.
- Omfanget af kommuner, der udbyder de forskellige ordninger, er baseret på 2 undersøgelser, der omfatter hhv. 74 og 82 kommuner. Undersøgelserne er fra henholdsvis 2016 og 2015. Det er formodet i notatet, at resultatet fra disse undersøgelser fortsat er gældende for de kommunale sundhedsordninger her i 2017 og i prognoseperioden frem mod 2025.
- Et årsværk er sat til 1.680 timer pr. år (svarende til en arbejdsuge på 37 timer).