

REDEGØRELSE OM ÆLDREOMRÅDET – 2019

APRIL 2019



SUNDHEDS-
OG ÆLDREMINISTERIET

Indledning

Danskerne lever generelt længere, og borgere over 65 år udgør en stadig større andel af befolkningen. Rigtig mange ældre har en høj livskvalitet og et godt fysisk og mentalt helbred, men der er også svækkede ældre, der har en dårlig livskvalitet – fysisk, psykisk og socialt, og som har behov for støtte.

For regeringen hører en værdig ældrepleje til en af grundstenene i vores velfærdssamfund, og det er derfor vigtigt, at vi fortsat har fokus på at videreudvikle et samfund, hvor vi får mest mulig velfærd for pengene til gavn for den enkelte ældre.

Det er afgørende, at de ekstra leveår bliver gode og ikke bare mere tid i slutningen af livet. Det er vigtigt, at ældre har mulighed for at bestemme i eget liv, og man bør ikke blive ensliggjort, heller ikke hvis den ældre får brug for hjælp i hjemmet eller flytter på plejehjem. En god og værdig ældrepleje handler blandt andet om, at ældre mennesker skal ses og respekteres som enkelt individer.

Det er afgørende, at vi behandler vores ældre medborgere med den værdighed, som de fortjener. Vi skal tage de ældre og deres pårørendes tanker og bekymringer alvorligt, og ældre mennesker skal have den hjælp, som de har behov for på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte ældres behov.

Det fremgår af regeringsgrundlaget, at regeringens ældrepolitik tager afsæt i fem grundlæggende værdier:

- Indflydelse på eget liv
- Respekt for forskellighed
- Medmenneskeligheden i fokus
- Gode oplevelser hver dag
- En værdig afslutning på livet

Regeringen ønsker, at ældre mennesker skal have mulighed for at klare sig selv så længe som muligt. Ældre skal kunne leve et aktivt liv sammen med andre mennesker og skal kunne opleve deres alderdom som værdig. En god ældrepleje handler bl.a. om værdier. I marts 2018 præsenterede regeringen sine visioner for ældreområdet "Værdighed i ældreplejen – en hjertesag". I visionen er der opsat fire klare pejlemærker for, hvad regeringen vil opnå med de initiativer, der er igangsat på ældreområdet de seneste år. Pejlemærkerne, som ligger i forlængelse af regeringens værdier for den gode ældrepleje, er:

- Styrkelse af de ældres selvbestemmelse
- Bedre plads til de pårørende
- Adgang til fællesskabet for alle
- Mere nærvær ved livets afslutning

I satspuljeaftalen for 2019 – 2022 fra oktober 2018 blev der afsat 165,1 mio. kr. til Handlingsplanen om "Det gode ældreliv", der skal lægge sporene for en målrettet indsats på ældreområdet over de kommende år, som skal understøtte, at færre ældre rammes af svækkelse, ensomhed og tab af livsmod. Indsatsen skal bl.a. medvirke til, at de svageste ældre får den nødvendige støtte til at forebygge tab af funktionsevne og livskvalitet samt modtager rehabilitering, hvor der er muligt, for at fremme fysisk, psykisk og social trivsel.

Redegørelsen behandler først og fremmest den overordnede udvikling på ældreområdet, den dykker særskilt ned i fire større temaer inden for ældreområdet:

1. Det gode ældreliv
2. Ensomhed
3. Demens
4. Rekrutteringsudfordringer på ældreområdet

Udvikling på ældreområdet

Økonomi

Regeringspartierne har sammen med Dansk Folkeparti siden 2015 prioriteret betydelige løft til ældreområdet. Når der ses på udviklingen i kommunernes udgifter i det seneste årti, fremgår det af tabel 1, at kommunernes årlige udgifter er steget med ca. 5,4 mia. kr. fra 2008-2017, når der tages højde for de løft til ældreområdet, der følger af finanslovsaftalerne for 2014-2017, og som ligger under det statslige delloft for driftsudgifter. Det svarer til en stigning på 13,2 pct. og viser, at ældreområdet generelt har været prioriteret både i kommuner og fra centralt hold. Derudover bruger kommunerne ligeledes en større andel af deres samlede budget på ældreområdet.

Tabel 1. Realiserede serviceudgifter på ældreområdet (regnskab), inkl. og ekskl. korrektioner for løft under det statslige udgiftsloft (delofter for drift), 2008-2017, mia. kr., 2019-pi

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Mia. kr.										
Ældreudgifter, ekskl. korrektioner for løft	40,9	42,4	42,1	41,2	41,2	42,2	42,5	43,3	44,0	44,9
Ældreudgifter, inkl. korrektioner for løft	40,9	42,4	42,1	41,2	41,2	42,2	43,5	44,5	45,2	46,4
Procent										
Ældreudgifternes (inklusive korrektion for løft) andel i procent af samlede serviceudgifter	16,2	16,4	16,4	16,7	16,7	17,1	17,5	17,8	18,2	18,5

Anm.: Der er korrigeret for meropgaver i medfør af DUT mv. til budget 2019-niveau samt ændrede pris- og lønforudsætninger. Som følge af afrunding summerer udgiftsudviklingen ikke nødvendigvis til forskellen på udgiftsniveauerne som angivet i tabellen. Udgifterne er afgrænset til nettodriftsudgifter konteret på funktionerne 5.32.32-5.32.35 og 5.32.37. Der er foretaget en skønmæssig afgrænsning af udgifterne til hhv. ældre- og handicapområdet baseret på fordelingsnøgler opgjort af Økonomi- og Indenrigsministeriet. Udgifterne til ældre- og handicapområdet fordeles fra og med budget 2018 entydigt i den kommunale kontoplan på hhv. ældre- og handicapområdet. Den nye metode indebærer et databrud, hvor de opgjorte udgifter til de to områder ikke er sammenlignelige med tidligere års opgørelser. Udgifterne for 2018 og frem kan derfor ikke sammenlignes med udgifterne i tidligere år. Sundheds- og Ældreministeriet gav i 2016 kommunerne tilladelse til at overføre uforbrugte midler svarende til 24 pct. af den samlede værdighedsmilliard for 2016 til 2017. Ifølge foreløbige tal har kommunerne endvidere fået lov til at overføre ca. 10,9 pct. af de samlede værdighedsmidler for 2017, dvs. inkl. overførte midler fra 2016, til 2018.

Kilde: Danmarks Statistik, Finansministeriets meropgaveopgørelse samt egne beregninger.

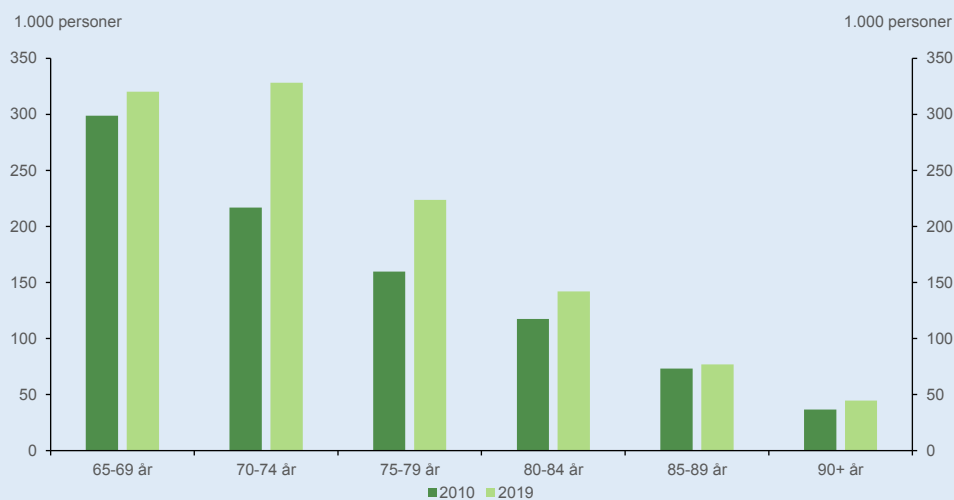
Regeringen og KL har desuden med økonomiaftalerne for 2018 og 2019 aftalt at hæve den kommunale serviceramme til styrket velfærd, herunder for at understøtte den nære sundhedsindsats og kommunernes arbejde med at yde værdig pleje og omsorg for ældre borgere med henholdsvis 0,8 mia. kr. og 1,7 mia. kr. i forhold til udgangspunktet.

Demografi

Antallet af danskere over 65 år er fra 2010 til 2019 steget med 26 pct. fra 903.000 til 1.136.000 personer. Som det fremgår af figur 1, er stigningen i antallet af ældre særlig stor i gruppen af 70-74-årige, hvor der ses en stigning på ca. 111.000 personer.

I samme periode er der til sammenligning kommet ca. 36.000 flere ældre over 80 år. Den store stigning i antallet af 70-74-årige skyldes hovedsageligt de store efterkrigs-generationer, som følge af at fødselsraterne i årene omkring afslutningen på 2. verdenskrig var særligt høje samt den generelle stigning i levealderen.

Figur 1. Befolkningen 65+ år opdelt på aldersgrupper, 2010 og 2019

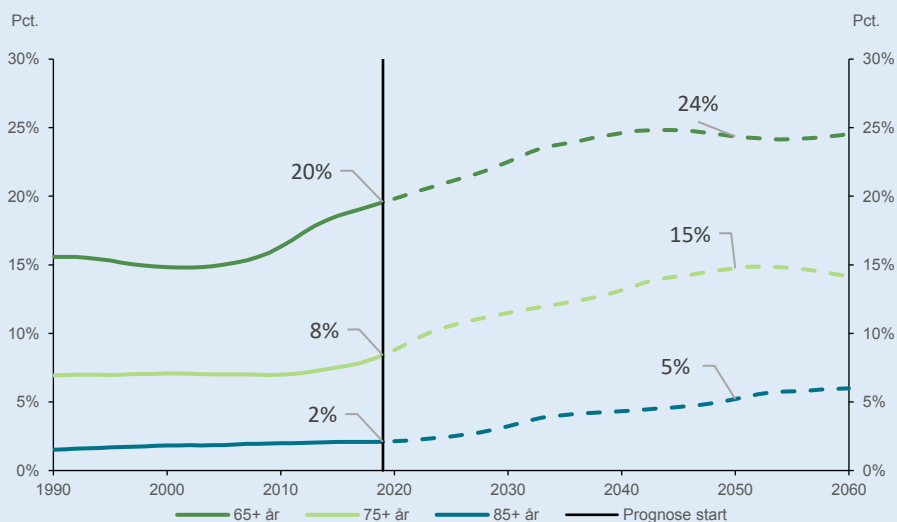


Anm.: Folketal pr. 1. januar. Antal i 1000 personer

Kilde: Danmarks Statistik

Siden 1990 er den samlede befolkning i Danmark ligeledes steget fra ca. 5,1 mio. indbyggere til ca. 5,8 mio. indbyggere i 2019. Som det fremgår af figur 2, er andelen af borgere over 75 år steget marginalt fra ca. 7 pct. i 1990 til ca. 8 pct. i 2019. Ligeledes fremgår det af figuren, at det forventes, at denne andel fortsat vil stige frem mod ca. 2050, inden andelen vil begynde at falde igen.

Figur 2. Andel af befolkningen over hhv. 65, 75 og 85 år, 1990-2060



Anm.: Den lodrette streg angiver overgangen fra historiske år til prognose år. De historiske tal er opgjort pr. 1. januar.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

Frit valg

I starten af 00'erne blev der etableret frit valg på store dele af ældreområdet for at sikre borgerne mulighed for at vælge mellem de tilbud, der passer dem bedst. Samtidig viser brugertilfredshedsundersøgelser, at størstedelen af hjemmehjælpsmodtagerne mener, at det frie valg af leverandør er vigtigt¹.

Udviklingen i andelen, der er visiteret til hjemmehjælp, og som benytter en privat leverandør, viser, at andelen steg fra 2010 til 2014, men siden hen er faldet en smule. Som det fremgår af tabel 2, er det særligt de borgere, der modtager praktisk hjælp, der benytter private leverandører, hvor det knap er hver tiende, der udelukkende modtager personlig pleje, som har valgt en privat leverandør.

Procent	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Modtagere af hjemmehjælp i alt, der benytter privat leverandør	31,4	33,9	36,2	36,1	37,9	36,8	35,7	35,2
Modtagere der udelukkende modtager personlig pleje, der benytter privat leverandør	4,4	5,6	6,5	8	8,8	9,2	8,4	9,0
Modtagere der udelukkende modtager praktisk hjælp, der benytter privat leverandør	41,7	44,8	47,9	47,7	49	47,1	45,1	44,7
Modtagere af både personlig pleje og praktisk hjælp, der benytter privat leverandør	25,7	28,2	31,1	31,4	34,0	33,7	33,7	32,7
Anm:	I 2016 har 9 kommuner ikke indsendt valide oplysninger og de optræder som uoplyst. Tal for hele landet samt regionerne er fremkommet ved beregning på baggrund af tal fra de 89 kommuner, samt tal tidligere år for de 9 manglende kommuner. Andel er beregnet ud fra borgerens hjælp i alt. I gruppen Modtagere af både personlig pleje og praktisk hjælp kan der derfor være modtagere, der udelukkende får praktisk hjælp fra en privat leverandør og udelukkende personlig pleje fra en kommunal leverandør.							
Kilde:	Danmarks Statistik, Tabel AED12							

I 2017 var der ca. 18.000 personer registreret på ventelisten til plejehjem og plejebolig. Antallet af personer på ventelisten har ligget forholdsvis stabilt siden 2009. En borger, der er visiteret til en plejebolig, har ret til frit at vælge en plejebolig uanset boligens beliggenhed. I 2017 valgte ca. 5.000 borgere at stå på den generelle venteliste, og ca. 13.000 borgere valgte at benytte det frie valg, svarende til at ca. 72 pct. benytter sig af det frie valg af plejebolig/plejehjem.

¹ Brugertilfredsundersøgelse i ældreplejen, gennemført af Epinion i 2017 for Sundheds- og Ældreministeriet

Tema 1: Det gode ældreliv

Middellevetiden

Udviklingen i antallet af ældre påvirkes bl.a. af middellevetiden i befolkningen. I 2017 kunne en 0-årig dreng forvente at blive ca. 79 år gammel, mens en 65-årig mand kunne forvente at leve ca. 18 år mere. Middellevetiden og restlevetiden er en smule højere for kvinder. I 2017 kunne en 0-årig pige forvente at blive ca. 83 år gammel, mens en 65-årig kvinde kunne forvente at leve ca. 21 år mere.

Middellevetiden forventes at fortsætte med at stige i de kommende år. Der ses dog en gennemsnitlig lavere stigning i levetiden i fremtidige år sammen lignet med de historiske år. I 2050 kan en 0-årig dreng forvente at blive knap 86 år gammel, og en 0-årig pige kan forvente at blive knap 89 år gammel². Stigende levetid kan være et udtryk for, at befolkningen har et bedre helbred og flere gode leveår i dag i forhold til tidligere.

Ældres helbred

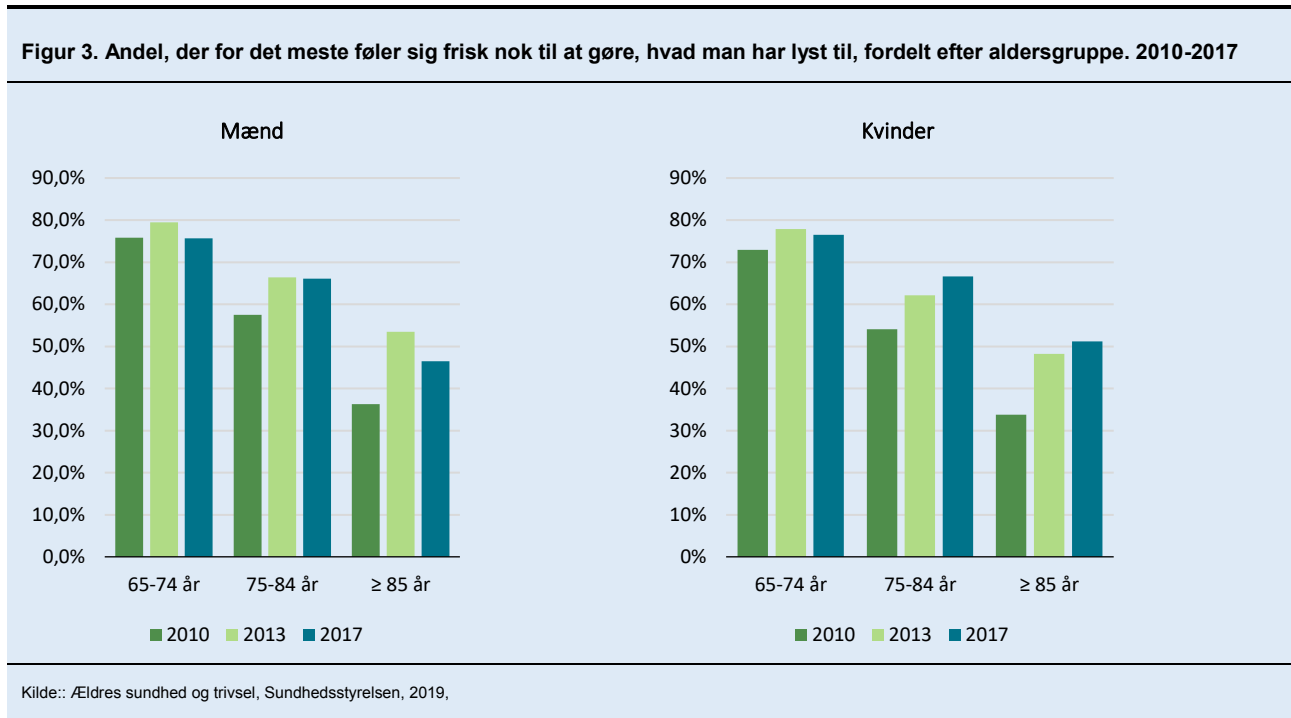
I 2017 vurderer mere end tre fjerdedele af ældrebefolkningen på 65 år og derover, at deres helbred er fremragende, vældig godt eller godt. Det fremgår af tabel 3, at både blandt mænd (82,6 pct.) og blandt kvinder (80,6 pct.) er andelen størst i aldersgruppen 65-74 år, mens andelen er mindst i aldersgruppen 85 år eller derover (63,4 pct. og 57,4 pct.) blandt henholdsvis mænd og kvinder.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
Mænd				
Procent	82,6	76,4	63,4	79,3
Kvinder				
Procent	80,6	70,3	57,4	74,6
Antal svarpersoner	16.999	7.933	2.241	27.173

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017

² Kilde: Danmarks Statistik

Udviklingen i andelen blandt ældre, der føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til, fra 2010 til 2017 vises i figur 3. Både blandt mænd og kvinder er der i aldersgruppen 65-74 år ikke store forskelle i andelen mellem årene. Blandt de 75-84-årige er der både blandt mænd og kvinder sket en stigning i andelen, der føler sig friske nok til at gøre det, de har lyst til. I den ældste aldersgruppe på 85 år og derover er der sket en stigning i andelen, der føler sig friske nok til at gennemføre det, som de har lyst til, fra 36,3 pct. til 46,5 pct. blandt mænd og fra 33,8 pct. til 51,2 pct. blandt kvinder i perioden 2010 til 2017.



Tema 2: Ensomhed

De personlige og menneskelige omkostninger ved ensomhed kan være store. Ensomheden hos ældre kan forringe deres livskvalitet og have en række alvorlige, sundhedsmæssige konsekvenser som fx forhøjet blodtryk, dårlig søvn, stress og hjerte-kar-sygdomme.

At opleve at være alene, når man helst ville være sammen med andre, kan medføre ensomhed. I tabel 4 ses andelen af ældre på 65 år eller derover, der ofte er uønsket alene. Andelen, der er uønsket alene, stiger med stigende alder både blandt mænd og kvinder. Stigningen er størst mellem aldersgruppen 75-84 år og aldersgruppen 85 år eller derover.

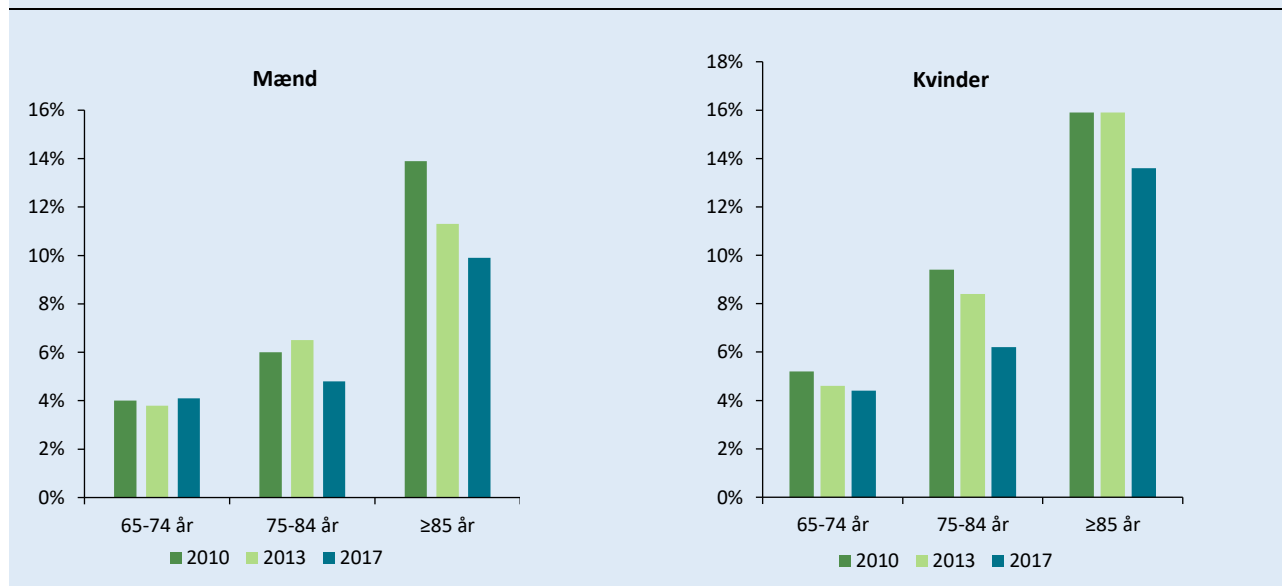
Tabel 4. Andel, der ofte er uønsket alene, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

	65-74 år	75-84 år	≥ 85 år	I alt
MÆND				
Procent	4,1	4,8	9,9	4,7
KVINDER				
Procent	4,4	6,2	13,6	6,0

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Figur 4 viser udviklingen i andelen, der ofte er uønsket alene fra 2010 til 2017. Andelen, der ofte er uønsket alene er generelt faldet, særligt blandt kvinder i aldersgrupperne 75 – 84 år og 85 år og derover samt blandt mænd i alderen 85 år eller derover.

Figur 4. Andel, der ofte er uønsket alene, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017



Kilde: Ældres sundhed og trivsel, Sundhedsstyrelsen, 2019.

Ensomhed kan medføre, at risikoen for depression og selvmord stiger. En opgørelse over antallet af selvmord i perioden 2007-2017 viser, at ældres andel af selvmord er næsten dobbelt så høj som den andel, de udgør af befolkningen. I 2017 udgjorde ældres selvmord 26 procent af alle selvmord i Danmark, svarende til 151 selvmord af i alt 570 selvmord. Dermed udgør ældres andel af det samlede antal selvmord fem procentpoint mere i 2017 end i 2007.

Tabel 5. Andelen af selvmord i 2017 fordelt på alder, procent

År	15-19 år	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70+ år	Andel 70+ af den samlede befolkning
2007	1	8	14	22	20	15	21	11%
2008	2	8	13	21	20	17	20	11%
2009	2	6	13	20	20	18	22	11%
2010	3	7	8	20	24	17	21	11%
2011	2	7	10	23	23	16	18	11%
2012	3	6	11	22	21	17	20	11%
2013	3	6	11	21	18	20	20	12%
2014	3	7	10	21	22	16	21	12%
2015	1	8	9	22	21	17	22	12%
2016	2	11	10	18	20	17	23	13%
2017	3	9	8	18	20	16	26	13%

Kilde: Center for Selvmordsforsknings statistikbank. <http://statistik.selvmordsforskning.dk/> og Danmarks Statistik.

Sammenhæng mellem bortfald af ægtefælle og gennemsnitligt antal indlæggelser på somatiske sygehuse

Personer med stærke sociale relationer bliver ikke så let syge som personer med svage sociale relationer. Dertil kommer de sig hurtigere, hvis de bliver syge og har mindre risiko for at dø tidligt sammenlignet med personer med svage sociale relationer. Personer, som betragter sig selv som ensomme, har en større dødelighed og sandsynlighed for indlæggelse³.

Tabet af en ægtefælle kan være årsag til at mange ældre mennesker føler sig ensomme og dermed har en øget risiko for eksempelvis depression. Den største andel af personer, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom og ofte føler sig ufrivilligt alene, ses blandt enker (fx sammenlignet med gifte, ugifte eller skilte).⁴

Tabet af en ægtefælle har tilsyneladende også betydning for antallet af indlæggelser og omfanget af hjemmehjælp, jf. figur 5 og 6. Der er en stigning i det gennemsnitlige antal indlæggelser i årene efter bortfaldet af ægtefællen end årene før, og de ældre visiteres i gennemsnit til flere timers hjemmehjælp.

Stigningen i indlæggelser pr. indbygger afspejler især, at en større andel af populationen bliver indlagt, mens antal indlæggelser pr. patient ikke ændres væsentligt.

Stigningen i antallet af indlæggelser og visiterede timer er større for mændene end for kvinderne. For visiteret hjemmehjælp ses det også, at kvinderne i den udvalgte population modtager mere hjemmehjælp end mændene inden bortfaldet af ægtefællen. Dette forhold vendes rundt efter tabet af ægtefælle. Niveaulet for modtagelsen af hjemmehjælp er højere efter tabet af ægtefælle for både mænd og kvinder. Kvinders modtagelse af hjemmehjælp ser ud til at aftage ca. 2 år efter tabet af ægtefælle, mens det for mænd ser ud til, at niveaulet for modtagelsen af hjemmehjælp er

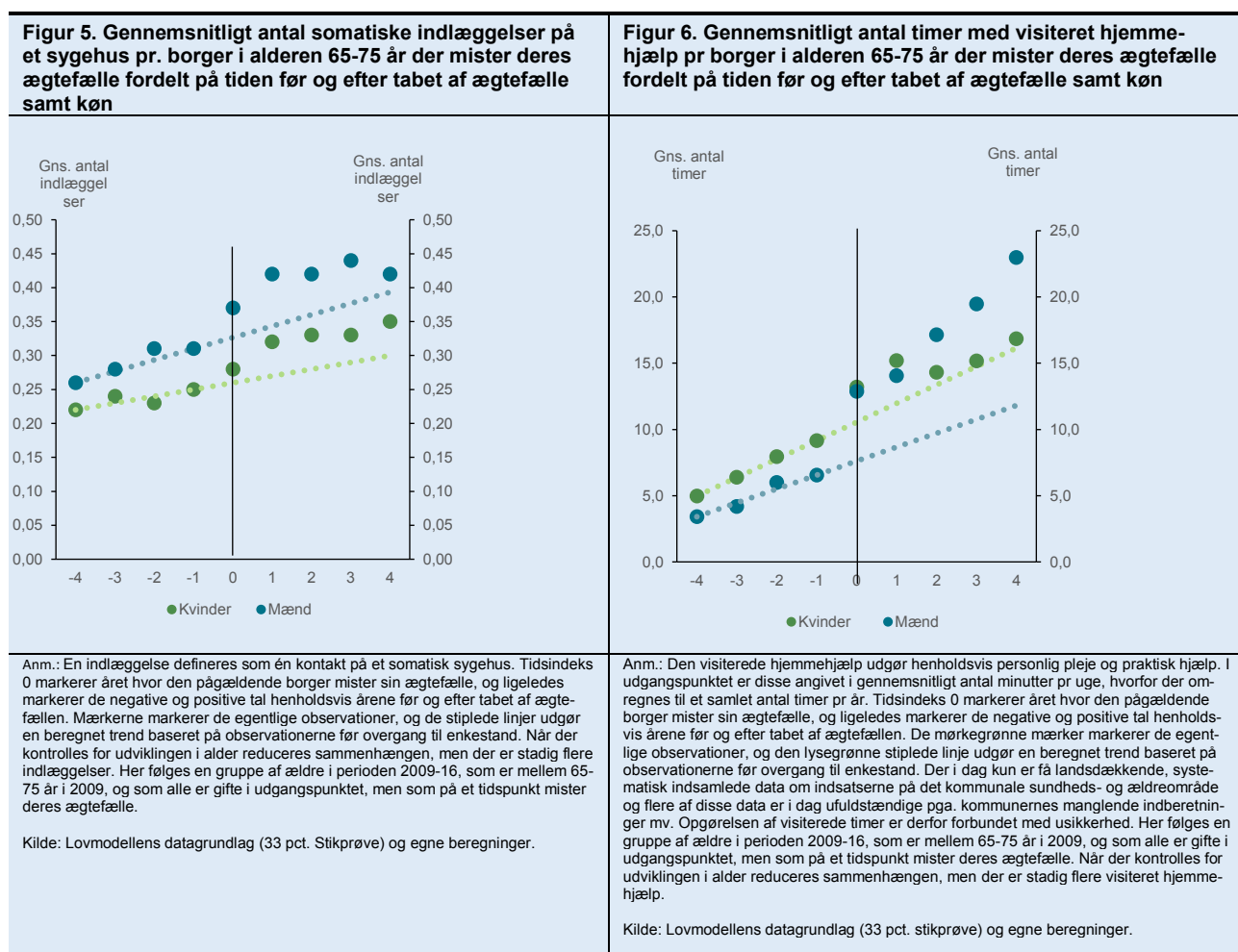
³ Sundheds- og Ældreministeriet (2018): "Sundheds- og Ældreøkonomisk Analyse"

⁴ Sundheds- og Ældreministeriet (2018): "Sundheds- og Ældreøkonomisk Analyse"

højere efter tabet af ægtefælle, og at tendensen er stadig stigende. Det kan være udtryk for, at mændene er mere sårbare over for tabet af deres ægtefælle. En del af stigningen kan dog henføres til, at borgeren bliver ældre.

Stigningen i antallet af indlæggelser og visiterede timer blandt ældre, som mister en ægtefælle, kan afspejle mange forskellige forhold. Flere studier finder, at enker og enkemænd ikke oplyser om et dårligere selvvalueret helbred og funktionsevne i daglige aktiviteter end gifte, når der tages højde for forudgående helbred og andre forhold. Der er dog ligeledes studier som finder, at enkestanden kan være forbundet højere grad af psykisk mistrivsel.⁵

Stigningen i antallet af visiterede hjemmehjælpstimer kan således mere være et udtryk for, at den ældre mangler ressourcer og hjælp til daglige gøremål, end en nedgang i fysisk funktionsevne. Studier peger i lidt forskellige retninger, når det kommer til indlæggelserne. Nogle studier finder, at enkestanden ikke er forbundet med flere indlæggelser end blandt gifte, hvilke kan siges at være i overensstemmelse med, at selvvalueret helbred ikke er forskelligt, mens andre finder større indlæggelseshyppighed. Nedenstående indikerer, at tidspunktet efter tabet af ægtefælle er forbundet med større indlæggelseshyppighed.

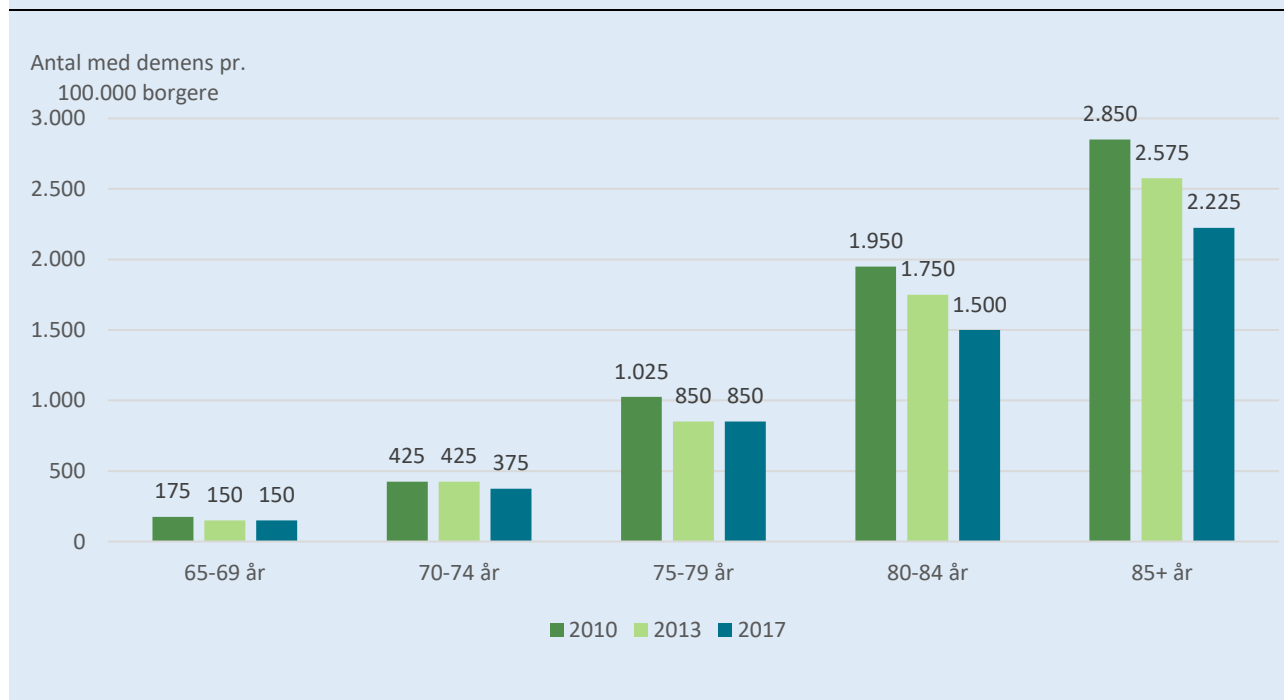


⁵ KORA (2013): "Enkestand – hvad fører det med sig?"

Tema 3: Demens

Som det fremgår af figur 7 er der siden 2010 sket et fald i andelen af ældre, der bliver identificeret med demens. Denne tendens harmonerer med, hvad man ser i andre lande. Man skal dog være opmærksom på, at det større antal ældre i fremtiden betyder, at forventningen er, at der i de kommende år alt andet end lige kan forventes flere ældre med demens. Det faktiske antal af ældre, der har fået en demensdiagnose er steget fra ca. 32.000 i 2007 til ca. 36.000 i 2015. Man anslår dog, at omkring 87.000 danskere reelt har en demenssygdom, hvorfor der er tale om et stort mørketal⁶.

Figur 7. Antal nye sygdomstilfælde med demens pr. 100.000 borgere i aldersgruppen, 2010, 2013 og 2017



Anm.: Nye sygdomstilfælde pr. 100.000 borgere er opgjort op baggrund af registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) Nye sygdomstilfælde er opgjort som en optælling af antal borgere, der debuterer med den kroniske sygdom i løbet af et givent år. Debutdatoen er dato, hvor den første relevante hændelse har fundet sted. En hændelse er en kontakt i LPR eller en indlæsning af receptpligtig medicin. Bemærk at tallene, der er præsenteret her, er baseret på en opgørelse pr. 1. september 2017. Det betyder, at tallene kan afvige fra tal, der tidligere er offentliggjorte på baggrund af denne algoritme, da kildedata kan have ændret sig og algoritmen løbende justeres ud fra ny viden. Desuden er de algoritme-baserede tal afrundet til nærmeste 25, for at reflektere, at der er tale om registerbaserede afgrænsninger, hvor der er foretaget nogle valg og ikke konkrete registreringer af de enkelte kronikere.

Kilde: eSundhed.dk, Sundhedsdatastyrelsen.

Med den nationale demenshandlingsplan fra 2017 opstilles tre nationale mål for demensindsatsen frem imod 2025, der vil fungere som struktur for dette tema.

⁶ <http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/forskningsnyheder/2018/05/nye-landsdaekkende-tal-for-demens-i-danmark/>

Mål 1: Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner

Et af målene i den nationale demenshandlingsplan 2025 er, at Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner. Det kan fx være ved:

- At have en lokal demensstrategi, der beskriver kommunens politik og indsatser på demensområdet.
- At information om støtte, rådgivning, aktiviteter og pleje- og behandlingsindsatsen på demensområdet er let tilgængelig og overskuelig for mennesker med demens og deres pårørende.
- At de fysiske rammer og ikke mindst plejeboligerne er demensvenligt indrettet.
- At det offentlige rum generelt tænkes og indrettes mere demensvenligt, fx i forhold til indkøbsmuligheder, transportmuligheder, lokalplaner m.v.

En stor del af de i alt 470 mio. kr., som er afsat til demenshandlingsplanen, er gået til kommunerne og til styrkelse af demensindsatsen, og som det fremgår af tabel 6, har de fleste kommuner igangsat initiativer, der giver støtte og rådgivning til mennesker med demens og deres pårørende.

	Har kommunen formuleret en politik på demensområdet?			Igangsatte indsatser der skal styrke kommunens indsats på demensområdet				
	Ja	Kommunen påtænker at formulere en indenfor det næste ½ år	Nej	Støtte og rådgivning til pårørende til mennesker med demens	Kompetence-udvikling af pleje- og sundhedspersonale, der er i kontakt med demente borgere	Tilbud om fysisk træning og aktiviteter til demente	Andre	Kommunen har ikke iværksat initiativer på demensområdet
2017	65%	16%	18%	99%	95%	83%	57%	0%

Kilde: KL's årlige dataindsamling, september 2017
Anm.: Alle kommunerne har besvaret undersøgelsen.

Mål 2: Flere mennesker med demens skal udredes, og 80 pct. skal have en specifik diagnose

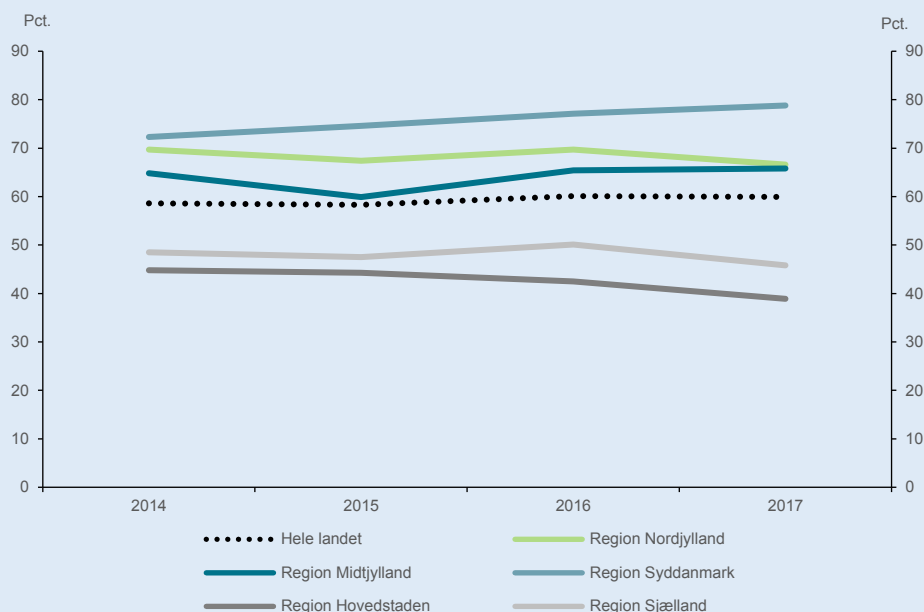
At få en specifik demensdiagnose er vigtigt bl.a. i forhold til tilrettelæggelsen af det bedst mulige behandlings- og plejeforløb, som er tilpasset den enkeltes individuelle behov, da forskellige demenssygdomme skal behandles forskelligt, både med hensyn til den medicinske behandling og til den psykosociale støtte.

Diagnosen "uspecifik demens" bør derfor reserveres til de tilfælde, hvor det efter relevant udredning er klart, enten at patienten opfylder kriterierne for demens, men hvor det ikke er muligt uden yderligere opfølgning at afklare årsagen, at patienten ikke ønsker yderligere udredning eller, at det på grund af patientens tilstand i øvrigt ikke skønnes at være relevant at afklare, hvilken sygdom det drejer sig om. Ambitionen er derfor, at 80 pct. af de udredte skal have en specifik diagnose i 2025.

Som det fremgår af figur 8, er andelen, der får en specifik demensdiagnose nogenlunde konstant omkring 60 pct. Tallene dækker dog over regionale forskelle, men ser man på andelen, der får en specifik demensdiagnose ved demensudredningsenhederne, er tallet over 90 pct. i alle regioner⁷. Der er med demenshandlingsplanen afsat 145 mio. kr. til at etablere færre tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder i alle regioner.

⁷ https://www.sundhed.dk/content/cms/66/97066_demens_%C3%A5rsrapport2017_endelig_060219_anonymiseret.pdf

Figur 8. Andel borgere (65+år) med en specifik første demensdiagnose på sygehus, region, 2014-2017



Kilde: Landspatientregisteret (pr. 10. maj 2018) & CPR-registret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm: Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 og i Region Sjælland fra og med november 2017 kan have indflydelse på opgørelsen. Indikatoren opgøres på baggrund af data fra Landspatientregisteret, der opdateres løbende. Dette betyder, at der kan ses ændringer ved senere opdatering af opgørelsen. Der er afgrænset til borgere, der er 65+ år og har en gyldig bopælskommune på tidspunktet for den først registrerede demensdiagnose på offentligt sygehus, jf. Landspatientregisteret.

Der indgår borgere med demensdiagnoser, aktions- og bidiagnoser, registreret på offentlige somatiske og psykiatriske sygehuse i forbindelse med alle typer kontakter. Det vil sige demensdiagnoser registreret i forbindelse med både ambulante besøg og indlæggelser uanset, om kontakten er planlagt eller akut og uanset, om kontakten er afsluttet eller uafsluttet.

Udvalgte demensdiagnosekoder (ICD-10):

Specifikke demensdiagnoser:

F00.* (demens ved Alzheimers sygdom), F01.* (vaskulær demens), F02.* (demens ved andre sygdomme klassificeret andetsteds), G30.* (Alzheimers sygdom), G31.0* (Lokaliseret hjerneatrofi), G31.8* (Anden degenerativ sygdom i nervesystemet)

Ikke specifikke demensdiagnoser:

F03.* (Ikke specificeret demens), G31.9 (Degenerativ sygdom i nervesystemet UNS)

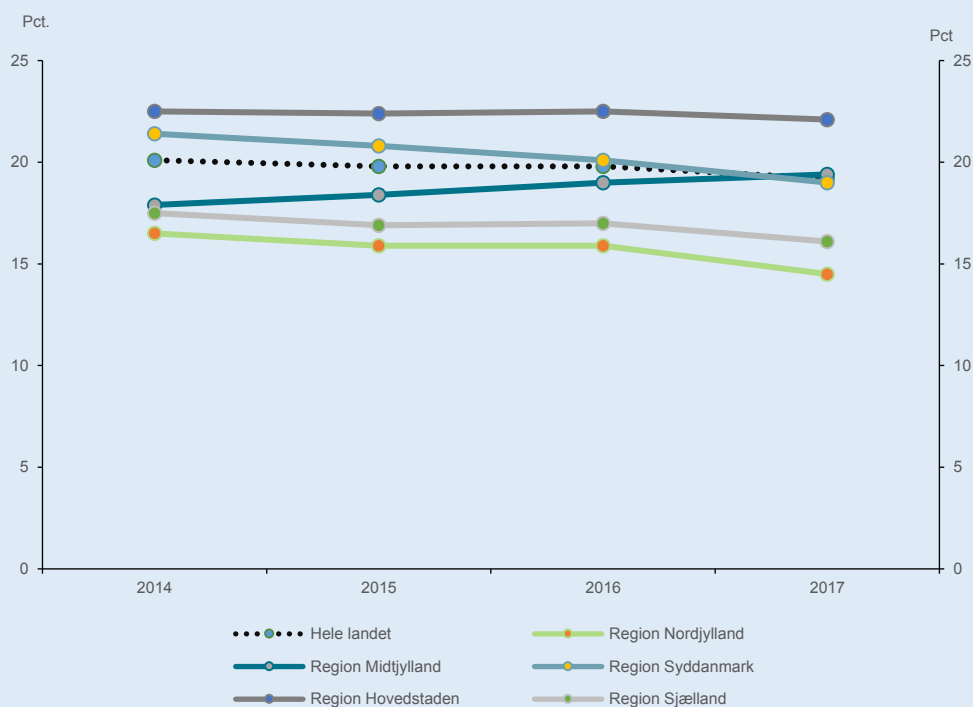
*og underkoder.

Mål 3: En forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens med 50 pct. frem mod år 2025

Borgere med en demenssygdom bør som udgangspunkt ikke få antipsykotisk medicin, da der er risiko for alvorlige bivirkninger. Med den nationale demenshandlingsplan er der derfor opstillet et mål om at reducere andelen af mennesker med demens, der modtager antipsykotisk medicin fra 20 pct. til 10 pct. For at reducere forbruget har man med demenshandlingsplanen afsat midler til at styrke kvaliteten i behandlings- og plejeindsatsen, skabe de rette fysiske rammer for mennesker med demens samt til at sikre et højt fagligt niveau hos medarbejderne på demensområdet.

Som det fremgår af figur 9, er andelen af ældre der modtager antipsykotisk medicin nogenlunde konstant. Også her er der imidlertid tale om regionale forskelle, hvor der i Region Nordjylland eksempelvis er under 15 pct. af de ældre med demens, der modtager antipsykotisk medicin mod over 22 pct. i Region Hovedstaden.

Figur 9. Udvikling i andelen af ældre borgere med demens over 64 år med receptindløsning på antipsykotisk medicin, opdelt på region 2014-2017



Kilde: Landspatientregisteret (pr. 10. maj 2018) & CPR-registreret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 og i Region Sjælland fra og med november 2017 kan have indflydelse på opgørelsen. Indikatoren opgøres på baggrund af data fra Landspatientregisteret, der opdateres løbende. Dette betyder, at der kan ses ændringer ved senere opdatering af opgørelsen.

Der er afgrænset til borgere, der er 65+ år og har en gyldig bopælskommune på tidspunktet for den først registrerede demensdiagnose på offentligt sygehus, jf. Landspatientregisteret.

Der indgår borgere med demensdiagnoser, aktions- og bidiagnoser, registreret på offentlige somatiske og psykiatriske sygehuse i forbindelse med alle typer kontakter. Det vil sige demensdiagnoser registreret i forbindelse med både ambulante besøg og indlæggelser uanset, om kontakten er planlagt eller akut og uanset, om kontakten er afsluttet eller uafsluttet.

Udvalgte demensdiagnosekoder (ICD-10):

Specifikke demensdiagnoser:

F00.* (demens ved Alzheimers sygdom), F01.* (vaskulær demens), F02.* (demens ved andre sygdomme klassificeret andetsteds), G30.* (Alzheimers sygdom), G31.0* (Lokaliseret hjerneatrofi), G31.8* (Anden degenerativ sygdom i nervesystemet)

Ikke specifikke demensdiagnoser:

F03.* (Ikke specificeret demens), G31.9 (Degenerativ sygdom i nervesystemet UNS)

*og underkoder.

Tema 4: Rekrutteringsudfordringer på ældreområdet

Der er i december 2018 offentliggjort en kortlægning af rekrutteringsudfordringer for bl.a. social- og sundhedspersonale og sygeplejersker i kommunerne og regioner. De sundhedsfaglige fuldtidsbeskæftigede, som ofte finder beskæftigelse på ældreområdet, dækker over flere forskellige faggrupper. I nedenstående ses kun på beskæftigelsen for hhv. sygeplejersker og social- og sundhedspersonale i kommunerne. Det bemærkes, at social- og sundhedsmedarbejdere mv. også er beskæftiget på andre områder end sundhed og ældre, herunder med personer med handicap/udsatte voksne. I 2018 er der samlet ca. 12.100 fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker i kommunerne. Siden 2008 har der været en stigning i fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker på ca. 22 pct. i kommunerne. Det skyldes især en stigning i antal ikke-ledende sygeplejersker – der er i perioden ansat ca. 2.500 flere ikke-ledende fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker, svarende til en stigning på 34 pct.

I 2018 er ca. 65.400 fuldtidsbeskæftigede social- og sundhedspersonale i kommunerne. Siden 2008 har der været et fald i fuldtidsbeskæftigede social- og sundhedspersonale på ca. 3 pct. i kommunerne. Det skyldes bl.a., at lukkede grupper (dækkende over bl.a. fuldtidsbeskæftigede hjemmehjælpere, sygehjælpere, plejehjemsassistenter og plejere) er faldet med ca. 63. pct. i perioden, hvilket skal ses i lyset af, at uddannelserne ikke længere eksisterer.

Dertil er ikke-uddannet fuldtidsbeskæftigede social- og sundhedspersonale næsten halveret i perioden - dog ses en stigning i antallet fra 2017 til 2018. I perioden 2008 til 2018 er fuldtidsbeskæftigede social- og sundhedsassistenter steget med ca. 73 pct. og fuldtidsbeskæftigede social- og sundhedshjælpere i kommunerne er omtrent uændret.

Tabel 7. Fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker, social- og sundhedspersonale, fordelt på område og stillinger, 2008, 2017 og 2018

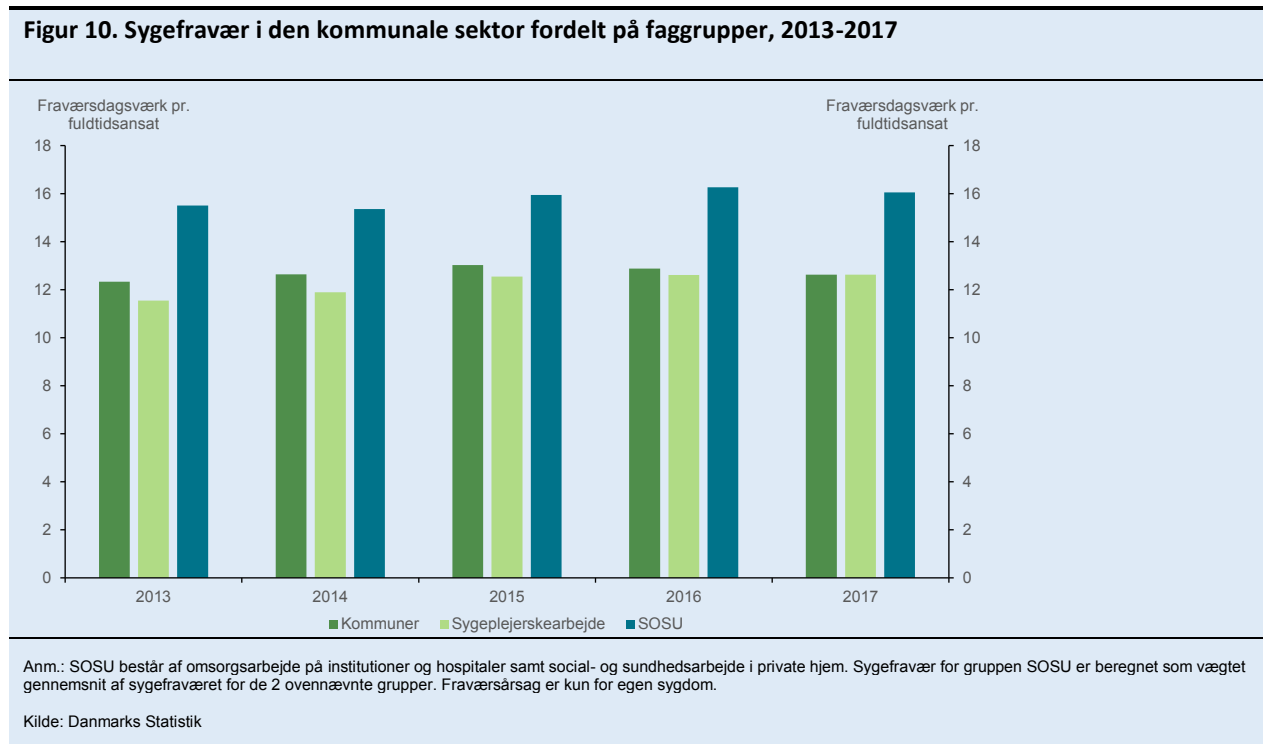
Det kommunale område					
	2008	2017	2018	Vækst, 2008-2018, pct.	Vækst 2017-2018, pct.
Sygeplejersker					
Ledende sygeplejersker	2.400	2.000	2.000	-16	1,4
Sygeplejersker	7.500	9.600	10.000	34	3,8
I alt	9.900	11.700	12.100	22	3,4
Social og sundhedspersonale					
Social- og sundhedsassistent	14.600	24.200	25.300	73	4,6
Social- og sundhedshjælper	31.100	29.700	30.100	-3	1,4
Lukkede grupper	11.500	4.600	4.300	-63	-8,2
Ikke-uddannet	9.000	4.000	5.000	-45	23,8
Øvrigt	1.200	700	600	-48	-7,5
I alt	67.500	63.300	65.400	-3	3,2

Anm.: Antal fuldtidsbeskæftigede opgjort i januar måned for hvert år og forventes dermed ikke påvirket af sygeplejekonflikten i april 2008. Opgørelsen er ekskl. elever, fleksjobbere og ekstraordinært ansatte. Tallene er afrundet til nærmeste 100, men væksten er beregnet ud fra de ikke-afrundede tal. Som følge af afrundingen er i alt ikke nødvendigvis summen af de enkelte kategorier i tabellen. Tallene er ikke sæsonkorrigerede.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger

Social- og sundhedspersonalet har det højeste sygefravær i den kommunale sektor på tværs af alle arbejdsfunktioner i den kommunale sektor i 2013, 2015 og 2016, og i 2014 var sygefraværet det næsthøjeste.

I 2017 var sygefraværet for social- og sundhedspersonalet på godt 16 dage pr. fuldtidsansat. Sygefraværet for denne gruppe beskæftigede var således godt 3 dage højere end det gennemsnitlige sygefravær for fuldtidsansatte i den kommunale sektor, jf. figur 10. For sygeplejersker ligger sygefraværet under gennemsnittet for alle i den kommunale sektor. I 2017 var sygefraværet således på knap 13 dage pr. fuldtidsansat, jf. figur 10.

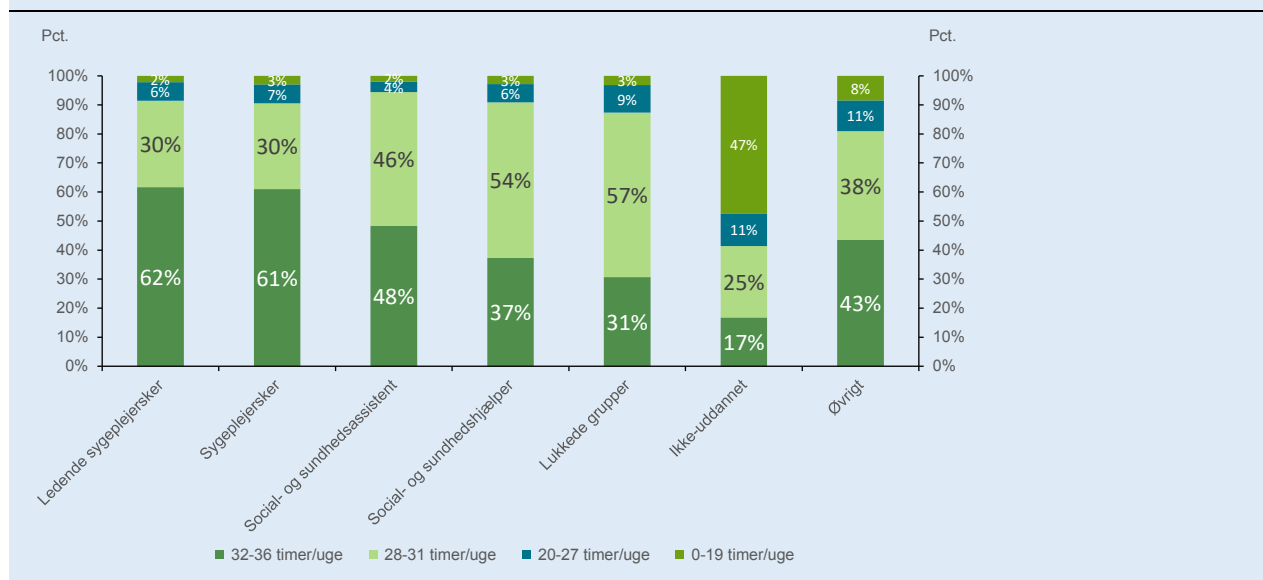


Deltidsansatte sygeplejersker og social- og sundhedspersonale arbejder primært mellem 28-36 timer om ugen på nær ikke-uddannet social- og sundhedspersonale, som arbejder mellem 0-19 timer om ugen. Hovedparten af deltidsansatte (ledende og ikke-ledende) sygeplejersker i kommunerne arbejder mellem 32-36 timer om ugen i 2018. Ca. 46 pct. af social- og sundhedsassistenter ansat i kommunen arbejder mellem 32-36 timer om ugen, og ca. 48 pct. arbejder mellem 28-31 timer om ugen i 2018.

Hovedparten af deltidsansatte (ledende og ikke-ledende) sygeplejersker i regionerne og kommunerne arbejdede mellem 32 og 36 timer om ugen i 2018. Deltidsansatte ledende sygeplejersker udgør dog et begrænset antal. Ca. 46 pct. af social- og sundhedsassistenter ansat i kommunen arbejdede mellem 32 og 36 timer om ugen, og ca. 48 pct. arbejdede mellem 28 og 31 timer om ugen i 2018. Til sammenligning arbejder ca. 62 pct. af social- og sundhedsassistenterne i regionerne mellem 32 og 36 timer og ca. 27 pct. mellem 28 og 31 timer om ugen.

I 2018 var ledende kommunalt ansatte sygeplejersker hovedsageligt månedslønnede fuldtidsansatte. Ikke-ledende sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere samt lukkede grupper var derimod i langt højere grad deltidsansatte. Hovedparten af ikke-uddannet social- og sundhedspersonale var timelønnede.

Figur 11. Beskæftigelsesgrad for deltidsansatte sygeplejersker og social- og sundhedspersonale i kommunerne, 2018



Anm.: Antal personer opgjort i november måned. Opgørelsen er ekskl. elever, fleksjobbere, ekstraordinært ansatte og timelønnede

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

Det fremgår af figur 12, at rekrutteringssituationen for social- og sundhedsassistenter er karakteriseret som 'mangel' på arbejdskraft frem til og med 1. halvår 2010. Herefter vurderes der at være 'gode beskæftigelsesmuligheder' frem til 1. halvår 2013, dog bortset fra 1. halvår 2012, hvor der generelt er 'mindre gode beskæftigelsesmuligheder'. Herefter er rekrutteringssituationen frem til seneste opgørelse for 1. halvår 2019 overordnet karakteriseret ved 'mangel' og 'omfattende mangel'.

Figur 12. Rekrutteringssituationen for social- og sundhedsassistenter, 1. halvår 2007 – 1. halvår 2019

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
RAR Bornholm													
RAR FYN													
RAR Hovedstaden													
RAR Nordjylland													
RAR Sjælland													
RAR Syddjylland													
RAR Vestjylland													
RAR Østjylland													
	Omfattende mangel			Rekrutteringsproblemer i et flertal af områderne det seneste år og hvor ledigheden på landsplan er lav									
	Mangel			Stillinger med rekrutteringsproblemer og lav ledighed i området									
	Gode jobmuligheder			Stillinger uden rekrutteringsproblemer og med lav ledighed og høj jobsætning i området									
	Paradoks			Stillinger med rekrutteringsproblemer og høj ledighed i området									
	Mindre gode jobmuligheder			Stillinger uden rekrutteringsproblemer og med høj ledighed og lav jobsætning i RAR-området									
Note: Opgørelsen viser rekrutteringssituationen for social- og sundhedsassistenter (discoams 3231001 (2007-2008), 5133051 (2009-2011) og 5321200 (2012-2018)).													
Kilde: STAR's arbejdsmarkedsbalance.													

Det fremgår af figur 13, at rekrutteringssituationen for social- og sundhedshjælpere er karakteriseret som 'mangel' på arbejdskraft frem til og med 1. halvår 2010, dog med undtagelse af situationen i 2. halvår 2007, hvor der på samme tid registreres forgæves rekrutteringer og høj ledighed, hvorfor rekrutteringssituationen kategoriseres som 'paradoks'. Fra 2. halvår 2010 og frem til seneste opgørelse for 1. halvår 2019 er rekrutteringssituationen gennemgående kategoriseret som ikke at have rekrutteringsproblemer, dog med enkelte lokale mangelsituationer, bl.a. i Hovedstaden.

Figur 13. Rekrutteringssituationen for social- og sundhedshjælpere, 1. halvår 2007 – 1. halvår 2019

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
RAR Bornholm													
RAR FYN													
RAR Hovedstaden													
RAR Nordjylland													
RAR Sjælland													
RAR Syddjylland													
RAR Vestjylland													
RAR Østjylland													
	Omfattende mangel				Rekrutteringsproblemer i et flertal af områderne det seneste år og hvor ledigheden på landsplan er lav								
	Mangel				Stillinger med rekrutteringsproblemer og lav ledighed i området								
	Gode jobmuligheder				Stillinger uden rekrutteringsproblemer og med lav ledighed og høj jobomsætning i området								
	Paradoks				Stillinger med rekrutteringsproblemer og høj ledighed i området								
	Mindre gode jobmuligheder				Stillinger uden rekrutteringsproblemer og med høj ledighed og lav jobomsætning i RAR-området								
Note: Opgørelsen viser rekrutteringssituationen for social- og sundhedshjælpere (discoams 5132011 (2007-2011) og 5321100 (2012-2018)).													
Kilde: STAR's arbejdsmarkedsbalance.													

Det fremgår af figur 14, at rekrutteringssituationen for sygeplejersker er karakteriseret som 'mangel' på arbejdskraft frem til og med 1. halvår 2010. Herefter vurderes der gennemgående at være 'gode beskæftigelsesmuligheder' frem til 1. halvår 2012. Herefter er rekrutteringssituationen frem til seneste opgørelse for 1. halvår 2019 gennemgående karakteriseret ved 'mangel' og 'omfattende mangel'.

Figur 14. Rekrutteringssituationen for sygeplejersker, 1. halvår 2007 – 1. halvår 2019

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
RAR Bornholm													
RAR FYN													
RAR Hovedstaden													
RAR Nordjylland													
RAR Sjælland													
RAR Syddjylland													
RAR Vestjylland													
RAR Østjylland													
	Omfattende mangel				Rekrutteringsproblemer i et flertal af områderne det seneste år og hvor ledigheden på landsplan er lav								
	Mangel				Stillinger med rekrutteringsproblemer og lav ledighed i området								
	Gode jobmuligheder				Stillinger uden rekrutteringsproblemer og med lav ledighed og høj jobomsætning i området								
	Paradoks				Stillinger med rekrutteringsproblemer og høj ledighed i området								
	Mindre gode jobmuligheder				Stillinger uden rekrutteringsproblemer og med høj ledighed og lav jobomsætning i RAR-området								
Note: Opgørelsen viser rekrutteringssituationen for sygeplejersker (discoams 3231002 (2007-2011) og 2221202 (2012-2018)).													
Kilde: STAR's arbejdsmarkedsbalance.													

Bilag 1: Regeringens initiativer på ældreområdet

Værdighedspolitikker og værdighedsmilliard

Med finanslovsaftalen for 2016 blev det besluttet, at kommunerne skal formulere en værdighedspolitik, hvor den enkelte kommune skal beskrive sine overordnede værdier og prioriteringer på ældreområdet. Det blev endvidere aftalt at styrke kommunernes arbejde med en værdig ældrepleje ved at tilføre ældreområdet 1 mia. kr. årligt fra 2016 og frem.

Den nationale demenshandlingsplan 2025

Regeringen og satspuljepartierne indgik i december 2016 en aftale om den nationale demenshandlingsplan 2025. Handlingsplanen opstiller tre mål for demensindsatsen frem mod 2025: 1) Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner, 2) Flere mennesker med demens skal udredes og 80 pct. skal have en specifik diagnose og 3) En forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens med 50 procent frem mod år 2025. Med handlingsplanen udmøntes 470 mio. kr. til 23 konkrete initiativer, bl.a. flere og bedre tilbud om fysisk træning og aktivitet, flere og mere meningsfulde dag- og aflastningstilbud, etablering af 13 rådgivnings- og aktivitetscentre samt flere demensegnede plejeboliger.

Afbureaukratiseringsindsats på ældreområdet

I december 2016 igangsatte ældreministeren og KL et arbejde om forenkling af regler og dokumentationskrav i ældreplejen. Rapporten, der blev offentliggjort i januar 2018, indeholder 14 anbefalinger. KL og Sundheds- og Ældreministeriet er enige om at følge op på anbefalingerne i rapporten. Konkret i forhold til anbefalingen om at afskaffe tilsynspolitikkerne er det besluttet ikke at implementere anbefalingen. Afbureaukratisering på ældreområdet indgår også i regeringens afbureaukratiseringsreform, herunder i Kuglegravningen af ældreområdet. Derudover indgår ældreområdet i "Meld en regel" på velfærdsområdet samt i frikommuneforsøg II, hvor kommuner bl.a. kan søge om at blive undtaget for regler på ældreområdet.

Klippekort til plejhjemsbeboerne

Finanslovsaftalen for 2017 styrkede plejhjemsbeboernes selvbestemmelsesret, når det handler om selv at prioritere, hvad de ønsker hjælp til. Ordningen indebar, at den enkelte plejhjemsbeboer fik hvad der svarer til ca. en halv times ekstra hjælp og støtte om ugen, og beboeren bestemte selv, hvordan den halve time skal bruges. Der blev afsat 380 mio. kr. årligt fra 2017 og frem til klippekortet. Midlerne blev i 2017 og 2018 udmøntet som en pulje, hvorefter midlerne er blevet fordelt gennem bloktilskuddet.

Flere plejecentre får egne køkkener

Med køkkenpuljen, der følger af finansloven for 2017, blev der givet 425 mio. kr. i tilskud til at renovere, etablere eller genetablere knap 800 køkkener på plejecentre i hele Danmark, så maden kan laves tættere på de ældre i lokale køkkener på hvert enkelt plejecenter.

Tryghed om det frie valg på ældreområdet

For at sikre tryghed om det frie valg for de ældre indgik regeringen i oktober 2017 en aftale med alle Folketingets partier, der skal forebygge konkurser blandt private leverandører. Kommunerne skal fremover sikre, at de indgår kontrakt med robuste virksomheder. Serviceloven er ændret, så kommunerne forpligtes til løbende – og mindst én gang årligt – at efterberegne deres afregningspriser samt lave beredskabsplaner for håndteringen af eventuelle konkurser blandt private leverandører af hjemmepleje. Lovændringen af serviceloven trådte i kraft 1. juli 2018.

Plejehjemsoversigt

Det skal være nemmere for de ældre og deres pårørende at træffe et oplyst valg om, hvilket plejehjem de ønsker at bo på. Derfor er der etableret en plejhjemsoversigt med oplysninger om plejehjem, plejeboliger og friplejeboliger i Danmark målrettet ældre. Plejhjemsoversigten er en del af satspuljeaftalen for 2018. Lovgivningen bag plejhjemsoversigten trådte i kraft 1. juli 2018.

Tilsyn

Med satspuljeaftalen for 2018 er der afsat 60 mio. kr. til i en forsøgsperiode på fire år at føre et risikobaseret tilsyn med den social- og plejefaglige indsats på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder med henblik på at udvikle og afprøve et uafhængigt og risikobaseret tilsyn med den social- og plejefaglige indsats. Lovgivningen om et styrket og risikobaseret tilsyn på ældreområdet trådte i kraft 1. juli 2018.

Nationalt videnscenter for en værdig pleje

Som led i satspuljeaftalen for 2018-2021 er der afsat 59,7 mio. kr. til at etablere et nationalt videnscenter for en værdig pleje, herunder et udgående rejsehold, i perioden 2018 - 2021. Videnscenteret skal særligt have fokus på, hvordan der sikres en værdig ældrepleje i kommunerne til gavn for både de ældre og deres pårørende. Der er nedsat et uafhængigt nationalt råd, som er tilknyttet videnscenteret.

Pulje til mere hjemlighed på plejehjem

Plejehjem er den enkelte beboers hjem og ikke en institution, hvor man opholder sig midlertidigt. Med satspuljen for 2018 er der afsat 20 mio. kr. i 2021 til en pulje, hvor kommuner, selvejende institutioner, friplejeboligleverandører og andre, der ejer eller driver plejecentre, kan søge midler til at skabe mere hjemlige rammer med afsæt i beboernes ønsker.

Ensomme skal have klippekort til fælleskab

Ensomme ældre hjemmehjælpsmodtagere skal i en række forsøgskommuner have mulighed for at få et fælleskabsklippekort, der kan bruges til ekstra hjælp til ledsagelse til aktiviteter eller tilbud i frivillige foreninger og det øvrige civilsamfund, fx mandeklubber, cykling uden alder, spisevenner m.v. Der er i satspuljen for 2018 afsat 29,4 mio. kr. over fire år til forsøg med fælleskabsklippekort i 8-10 kommuner.

For at muliggøre at flere ældre kan få glæde af fælleskabsklippekortet, er der med satspuljeaftalen for 2019 afsat yderligere 21,1 mio. kr. til en ansøgningspulje i perioden 2019 – 2021.

Udbredelse af indsatsen LÆR AT TACKLE hverdagen som pårørende

Med satspuljeaftalen for 2018 udbredes kursusforløbet "LÆR AT TACKLE hverdagen som pårørende" til alle landets kommuner. Kursusforløbet er målrettet voksne pårørende til mennesker med demens og andre langvarige sygdomme. Formålet med initiativet er at forebygge, at rollen som pårørende bliver så belastende, at den medfører mistrivsel, isolation, ensomhed, stress og/eller depression hos den pårørende. Der er afsat 15,8 mio. kr. over fire år.

Bedre bemanning på plejehjem og i hjemmeplejen

For at styrke bemanningen i hjemmeplejen og på plejehjem, plejecentre og friplejeboliger blev der med finansloven for 2018 afsat 500 mio. kr. årligt til at ansætte nye medarbejdere eller opjustere arbejdstiden for eksisterende medarbejdere.

Bedre indsats mod sygefravær

Regeringen og Dansk Folkeparti blev med finanslovsaftalen for 2018 enige om, at det er vigtigt at styrke indsatsen for at reducere sygefraværet i ældreplejen til gavn for medarbejderne og de ældre borgere. Der er derfor afsat en ansøgningspulje til nye kommunale initiativer, der systematisk skal nedbringe sygefraværet i ældreplejen på 10 mio. kr. i 2018 og 20 mio. kr. årligt i perioden 2019-2021.

En værdig død

Der er med finanslovsaftalen for 2018 afsat 60 mio. kr. årligt til at understøtte kommunerne i deres opgave med at sikre ældre døende, som kommunerne er i kontakt med, en god og værdig afslutning på livet. Det kan bl.a. ske ved involvere civilsamfundet, fx ved at inddrage frivillige fra vågetjenester.

Hjælp og aflastning til pårørende

Pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal have gode vilkår. Der er med finansloven for 2018 afsat 60 mio. kr. årligt til, at kommunernes indsats for pårørende styrkes. Som led i initiativet er der indført en forpligtigelse for kommunerne til i deres værdighedspolitikker at beskrive, hvorledes kommunerne understøtter pårørende.

Styrket frit valg på ældreområdet

For at styrke de ældres frie valg blev der med finanslovsaftalen for 2018 afsat 25 mio. kr. årligt i perioden 2018-2021 til en forsøgsordning, der systematisk skal afprøve, hvordan man kan understøtte en øget inddragelse af private leverandører i udførelsen af rehabiliteringsforløb samt udvidet brug af fritvalgsbeviser på madservice.

Forsøg med friinstitutioner

Som led i Sammenhængsreformen gennemføres et forsøg med friinstitutioner på bl.a. ældreområdet, hvor de enkelte plejehjem får mere frihed til at styrke kvaliteten samtidig med, at den målrettede opfølgning på resultater, kvalitet og effektivitet styrkes. I forsøget kigger man både på lokal, kommunal og statslig regulering, som tager tid fra kerneopgaven. Forsøget løber i perioden 2018 - 2021.

Etablering af seniorfællesskaber

Mange ældre har en drøm om at bo i et seniorbofællesskab. Sundheds- og Ældreministeriet, Transport-, Bygnings- og Boligministeriet og Erhvervsministeriet har derfor igangsat en fælles undersøgelse af mulighederne for at understøtte og udbrede etableringen af flere seniorbofællesskaber i Danmark - både som ejer-, andels- og almene boliger.

Politisk aftale om revision af magtanvendelsesreglerne på demensområdet

I august 2018 blev der indgået en politisk aftale om revision af servicelovens regler om magtanvendelse på demensområdet. Tilsvarende blev der indgået en aftale om revision af reglerne på handicapområdet. De politiske aftaler er en opfølgning på det serviceeftersyn af magtanvendelsesreglerne i serviceloven, som blev igangsat som led i et initiativ i den nationale demenshandlingsplan. Formålet med revision af reglerne er at give kommunerne de bedst mulige rammer for at varetage omsorgspligten overfor voksne med betydeligt og varigt nedsat psykisk funktionsevne, herunder mennesker med demens, som ikke kan tage vare på sig selv.

Handlingsplanen "Det gode ældreliv"

Med satspuljeaftalen for 2019 er der afsat 165,1 mio. kr. til handlingsplanen "Det gode ældreliv", der skal lægge sporene for en målrettet indsats på området de kommende år, og som skal understøtte, at færre ældre rammes af svækkelse, ensomhed og tab af livsmod. Handlingsplanen har fokus på a) En god overgang til ældrelivet, b) Forebyggelse og rehabilitering i det gode ældreliv, c) Pårørende, fællesskaber, aktiviteter og omgivelsernes betydning i det gode ældreliv og mod ensomhed, d) Målrettet indsats for de svageste ældre, og e) En værdig død.

Initiativer til understøttelse af det gode ældreliv

Med satspuljeaftalen for 2019 iværksættes der seks konkrete initiativer med start i 2019: 1) Partnerskaber om den gode overgang til livet uden for arbejdsmarkedet, 2) Ældrevenlige byer, 3) Godt helbred på egne præmisser, 4) Styrkelse af de forbyggende hjemmebesøg, 5) Udvikling af og støtte til kommunernes pårørendeindsats og 6) Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre med særlige behov.

Sammenhængende indsatser imod ensomhed og mistrivsel hos ældre

Med satspuljeaftalen for 2019 er der afsat i alt 35 mio. kr. til en pulje til at sikre sammenhængende indsatser imod ensomhed og mistrivsel hos ældre – med særlig fokus på ældre mænd. Puljen kan eksempelvis søges med henblik på at afprøve eller videreudvikle aktiviteter, indsatser eller projekter, der særligt appellerer til ældre mænd i risiko for ensomhed, mistrivsel eller selvmord.

Bedre hjælp til borgere med demens i det offentlige rum (demens-badge)

Med satspuljeaftalen for 2019 er der afsat i alt 12,2 mio. kr. til at indføre en ordning med demens-badge til mennesker med demens, der på en værdig måde kan være med til at skabe synlighed omkring borgere med demens i det omgivende lokalsamfund, så fx buschaufføren eller ekspedienten får mulighed for at spotte, at en borger måske har brug for hjælp.

Gruppeterapeutisk behandlingstilbud til ældre med komplicerede sorgreaktioner

Med satspuljeaftalen for 2019 er der afsat i alt 5,2 mio. kr. til, at Det Nationale Sorgcenter udvikler et gruppeterapeutisk behandlingstilbud til ældre med komplicerede sorgreaktioner.

Forebyggelse af inkontinens hos ældre

Med satspuljeaftalen for 2019 er der afsat 2,5 mio. kr. til et forebyggelsesinitiativ, der skal understøtte kommunernes indsats i forhold til forebyggelse af inkontinens med særlig fokus på ældre kvinder.

Frivillige tryghedspersoner til mennesker med demens på sygehuse

Med satspuljeaftalen for 2019 er der afsat 7 mio. kr. til et forsøgsprojekt med frivillige tryghedspersoner, der kan tilbyde at være omkring mennesker med demens, der er indlagt på sygehuset. Initiativet skal ses i relation til, at der som led i den nationale demenshandlingsplan 2025 blev igangsat et forsøgsprojekt med demensvenlige sygehuse.

Undersøgelse af mulighederne for nærvær for nærtstående til døende, der dør uden for hjemmet

Med satspuljeaftalen for 2019 er der aftalt at igangsætte en undersøgelse af, hvilke muligheder for nærvær for nærtstående til døende, der plejes uden for hjemmet, har adgang til, de sidste dage indtil døden indtræffer.

Stop for egenbetaling på kommunale akutpladser

Borgere skal ikke kunne opkræves egenbetaling ved ophold på en kommunal akutplads. Flere kommuner har etableret akutfunktioner i hjemmesygeplejen, der kan varetage særlige sygeplejefaglige opgaver, som ikke kan håndteres i den almindelige hjemmesygepleje. Regeringen og Dansk Folkeparti er med finansloven for 2019 enige om, at borgere ikke skal kunne opkræves egenbetaling for kost, linned, tøjvask o. lign. ved ophold på en kommunal akutplads. I forlængelse heraf er regeringen og Dansk Folkeparti enige om, at det i regelgrundlaget præciseres, at begrebet kommunal akutplads er en del af hjemmesygeplejen, som alene er reguleret efter sundhedsloven.

Bekæmpelse af ensomhed, tab af livsmod, sorg og selvmord

Regeringen og Dansk Folkeparti har med finansloven for 2019 afsat 100 mio. kr. årligt til at understøtte kommunernes arbejde med at opspore ensomme ældre og bekæmpe ensomhed, tab af livsmod, sorg og selvmord blandt ældre borgere. Som led i initiativet er der indført en forpligtigelse for kommunerne til i deres værdighedspolitikker at beskrive, hvorledes kommunerne bekæmper ensomhed.

Styrket indsats mod uplanlagt vægttab og underernæring

Med aftale om finansloven for 2019 har regeringen og Dansk Folkeparti afsat 5 mio. kr. til, at Dansk Selskab for Patientsikkerhed skal udvikle og afprøve en metode, der skal bidrage til at begrænse uplanlagt vægttab og underernæring hos ældre borgere, der modtager hjemmepleje eller hjemmesygepleje i eget hjem eller på plejehjem og plejecentre mv.

Rekruttering af kvalificeret arbejdskraft på sundheds- og ældreområdet

Med aftale om finansloven for 2019 har regeringen og Dansk Folkeparti iværksat en række initiativer for at støtte kommunerne i deres arbejde med at løse rekrutteringsudfordringerne på sundheds- og ældreområdet. Der er afsat 149,3 mio. kr. til initiativerne i perioden 2019-2022.

Handlingsplan til bekæmpelse af udadreagerende adfærd overfor ansatte i ældreplejen

Udadreagerende adfærd i form af f.eks. vold eller trusler om vold i ældreplejen påvirker trivsel og arbejdsmiljø på plejecentre og har negative konsekvenser for de øvrige beboere og pårørende. Med finanslovsaftalen 2019 blev der afsat 60 mio. kr. fra 2019-2022 til en handlingsplan med henblik på at understøtte en mere målrettet og sammenhængende indsats til at reducere udadreagerende adfærd.

Opfølgning på arbejdet med udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen

Regeringen og Dansk Folkeparti blev med Aftale om finansloven for 2018 enige om, at kvaliteten og resultaterne af indsatserne i ældreplejen bør være i fokus i fremtiden. I forlængelse heraf samt Aftalen om kommunernes økonomi for 2019 er der nedsat en arbejdsgruppe, som skal komme med forslag til modeller for kvalitetsindikatorer, herunder valg af konkrete indikatorer. Der er med Aftale om finansloven for 2019 afsat 10 mio. kr. årligt i perioden 2019-2022 til opfølgning på arbejdet med udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen.

Lovforslag om målretning af de forebyggende hjemmebesøg

For at understøtte indsatsen mod ensomhed og de utilsigtede konsekvenser, det kan have både for helbredet og livskvalitet hos den enkelte ældre, justeres servicelovens § 79 a således, at kommunerne fra 1. juli 2019 skal tilbyde alle 70-årige, der bor alene i kommunen, et forebyggende hjemmebesøg. Lovforslaget har således til formål at styrke indsatsen i forhold til at opspore og forebygge ensomhed blandt en gruppe af ældre, som kan være udsat i forhold til at opleve ensomhed fx i overgangen til pensionisttilværelsen og som bor alene.

