

**Skriftlig redegørelse**

(Redegørelsen er optrykt i den ordlyd, hvori den er modtaget).

Redegørelse af 12/4 19 om ældreområdet 2019.

(Redegørelse nr. R 16).

Ældreministeren (Thyra Frank):

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 forsat 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 (deloft for drift), 2008-2017, mia. kr., 2019-pl

	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 netdriftsudgifter konteret på funktionerne 5.32.32-5.32.35 og 5.32.37. Der er foretaget en skønsmæssig 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.

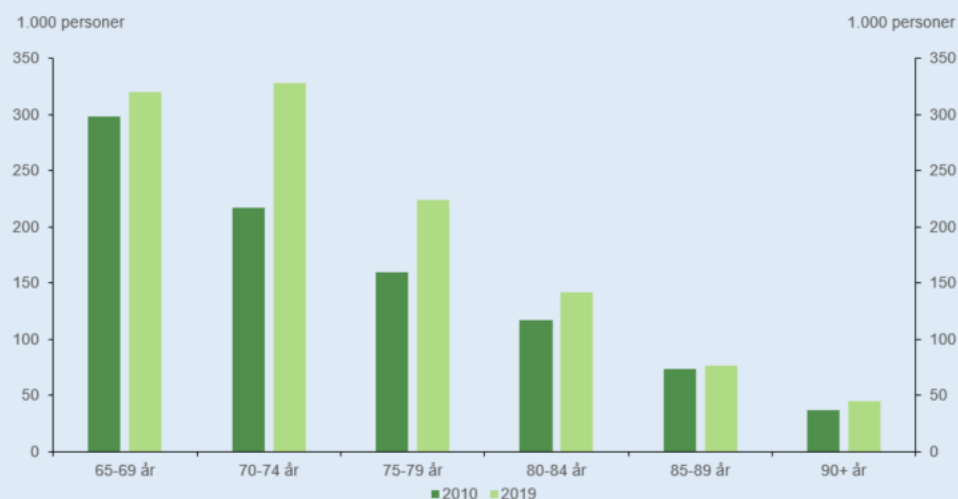
Demografi

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



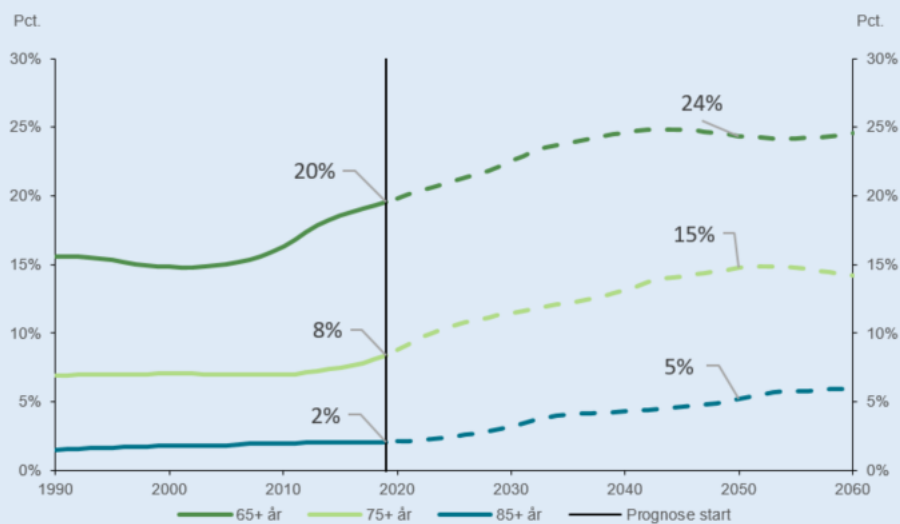
Anm.: Folketal pr. 1. januar. Antal i 1000 personer

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.

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

Tabel 2. Modtagere visiteret til hjemmehjælp, der benytter privat leverandør, hele landet, procent, 2010-2017

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.

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.

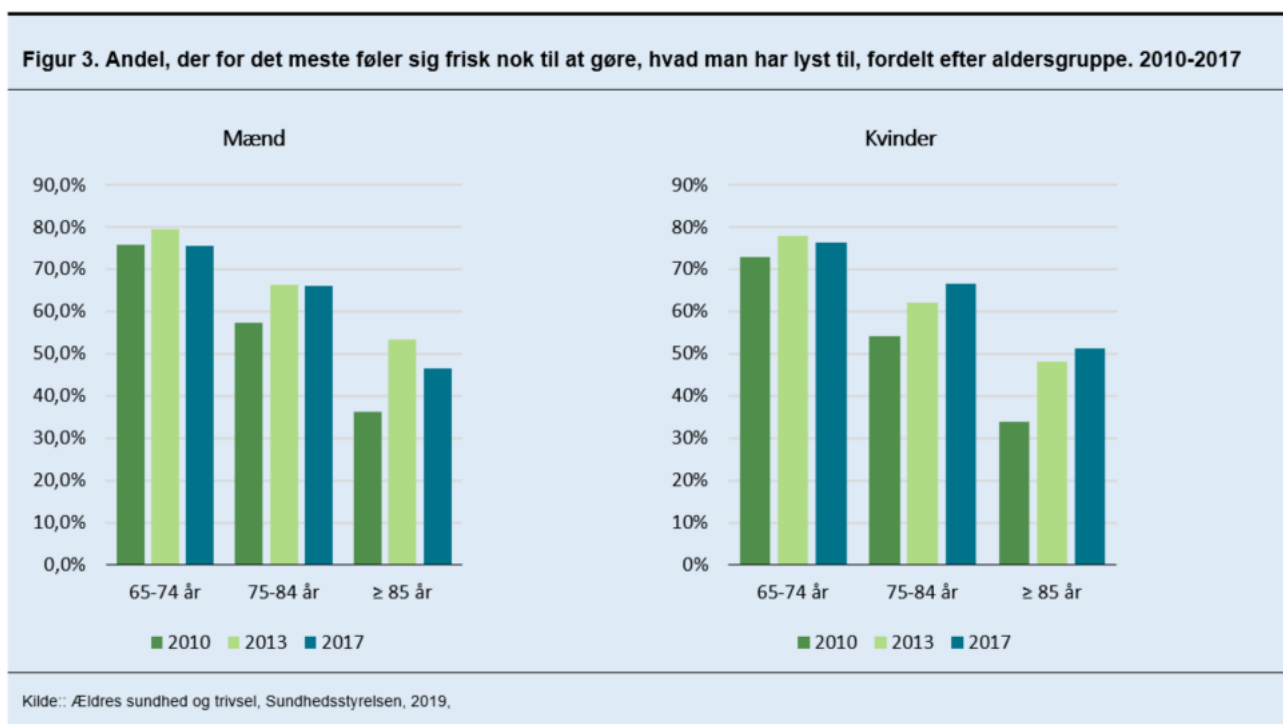
² Kilde: Danmarks Statistik

Tabel 3. Andel ældre med fremragende, vældig godt eller godt selvvalueret helbred, fordelt efter aldersgruppe, 2017

	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			

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.

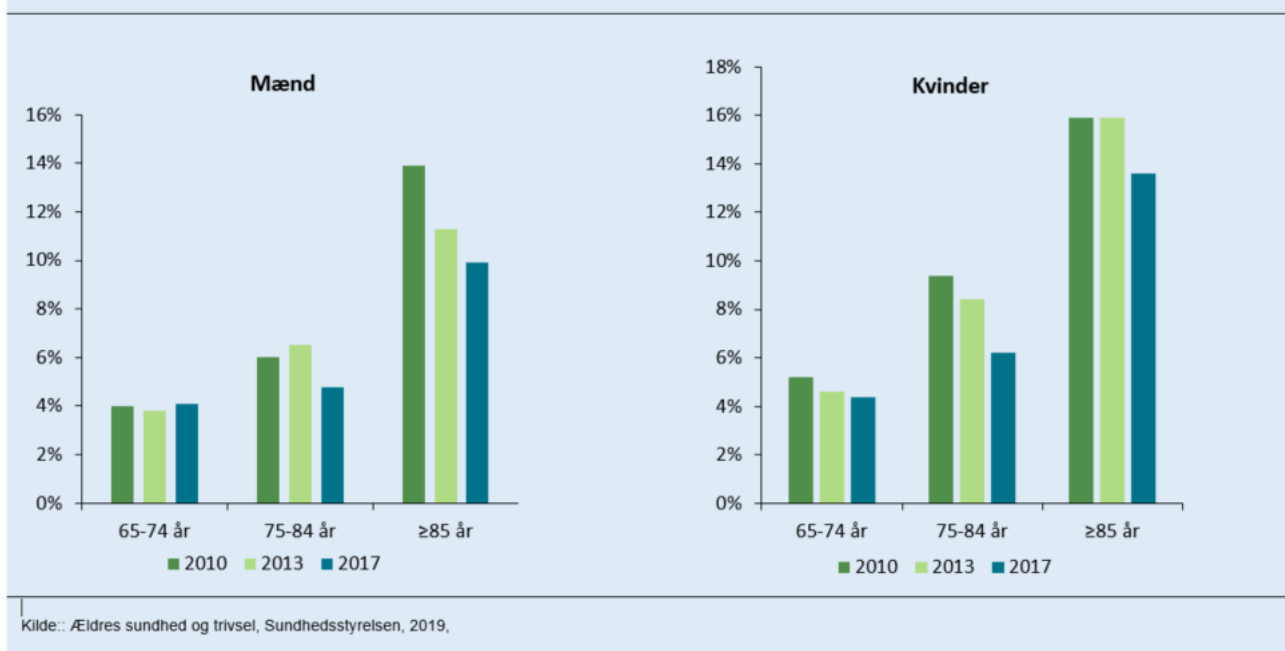
	65-74 år	75-84 år	≥ 85 år	I alt
MÆND				
Procent	4,1	4,8	9,9	4,7
KVINDER				
Procent	4,4	6,2	13,6	6,0

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



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 re-

lationer. 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

³ Sundheds- og Ældreministeriet (2018): »Sundheds- og Ældreøkonomisk Analyse«

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 niveauet for modtagelsen af hjemmehjælp er højere efter tabet af ægtefælle.

⁴ Sundheds- og Ældreministeriet (2018): »Sundheds- og Ældreøkonomisk Analyse«

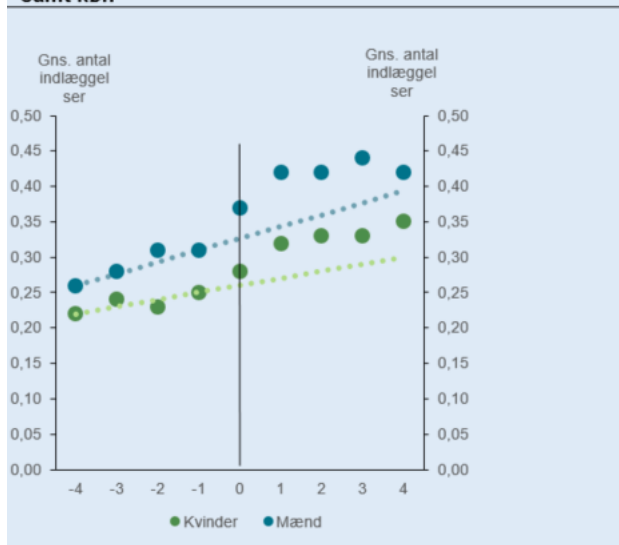
fælle, og at tendensen er stadig stigende. Det kan være udtryk for, at mændene er mere sårbare over for tabet af deres ægtefælle. En del af stigningen kan dog henføres til, at borgeren bliver ældre.

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 enke-mænd ikke oplyser om et dårligere selv vurderet 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 selv vurderet 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?«

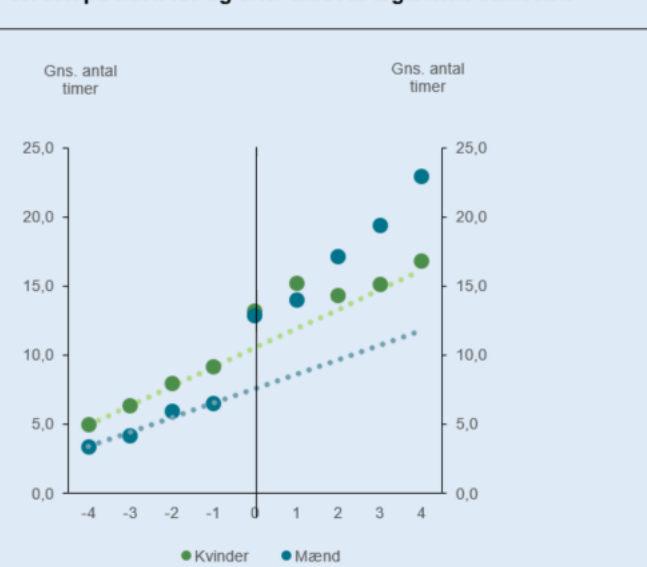
Figur 5. Gennemsnitligt antal somatiske indlæggelser på et sygehus pr. borger i alderen 65-75 år der mister deres ægtefælle fordelt på tiden før og efter tabet af ægtefælle samt køn



Anm.: En indlæggelse defineres som én kontakt på et somatisk sygehus. Tidsindeks 0 markerer året hvor den pågældende borger mister sin ægtefælle, og ligeledes markerer de negative og positive tal henholdsvis årene før og efter tabet af ægtefællen. Mærkerne markerer de egentlige observationer, og de stiplede linjer udgør en beregnet trend baseret på observationerne før overgang til enkestand. Når der kontrolleres for udviklingen i alder reduceres sammenhængen, men der er stadig flere indlæggelser. Her følges en gruppe af ældre i perioden 2009-16, som er mellem 65-75 år i 2009, og som alle er gifte i udgangspunktet, men som på et tidspunkt mister deres ægtefælle.

Kilde: Lovmodellens datagrundlag (33 pct. Stikprøve) og egne beregninger.

Figur 6. Gennemsnitligt antal timer med visiteret hjemmehjælp pr borger i alderen 65-75 år der mister deres ægtefælle fordelt på tiden før og efter tabet af ægtefælle samt køn



Anm.: Den visiterede hjemmehjælp udgør henholdsvis personlig pleje og praktisk hjælp. I udgangspunktet er disse angivet i gennemsnitligt antal minutter pr uge, hvorfor der omregnes til et samlet antal timer pr år. Tidsindeks 0 markerer året hvor den pågældende borger mister sin ægtefælle, og ligeledes markerer de negative og positive tal henholdsvis årene før og efter tabet af ægtefællen. De mørkegrønne mærker markerer de egentlige observationer, og den lysegrønne stiplede linje udgør en beregnet trend baseret på observationerne før overgang til enkestand. Der i dag kun er få landsdækkende, systematisk indsamlede data om indsatserne på det kommunale sundheds- og ældreområde og flere af disse data er i dag ufuldstændige pga. kommunernes manglende indberetninger mv. Opgørelsen af visiterede timer er derfor forbundet med usikkerhed. Her følges en gruppe af ældre i perioden 2009-16, som er mellem 65-75 år i 2009, og som alle er gifte i udgangspunktet, men som på et tidspunkt mister deres ægtefælle. Når der kontrolleres for udviklingen i alder reduceres sammenhængen, men der er stadig flere visiteret hjemmehjælp.

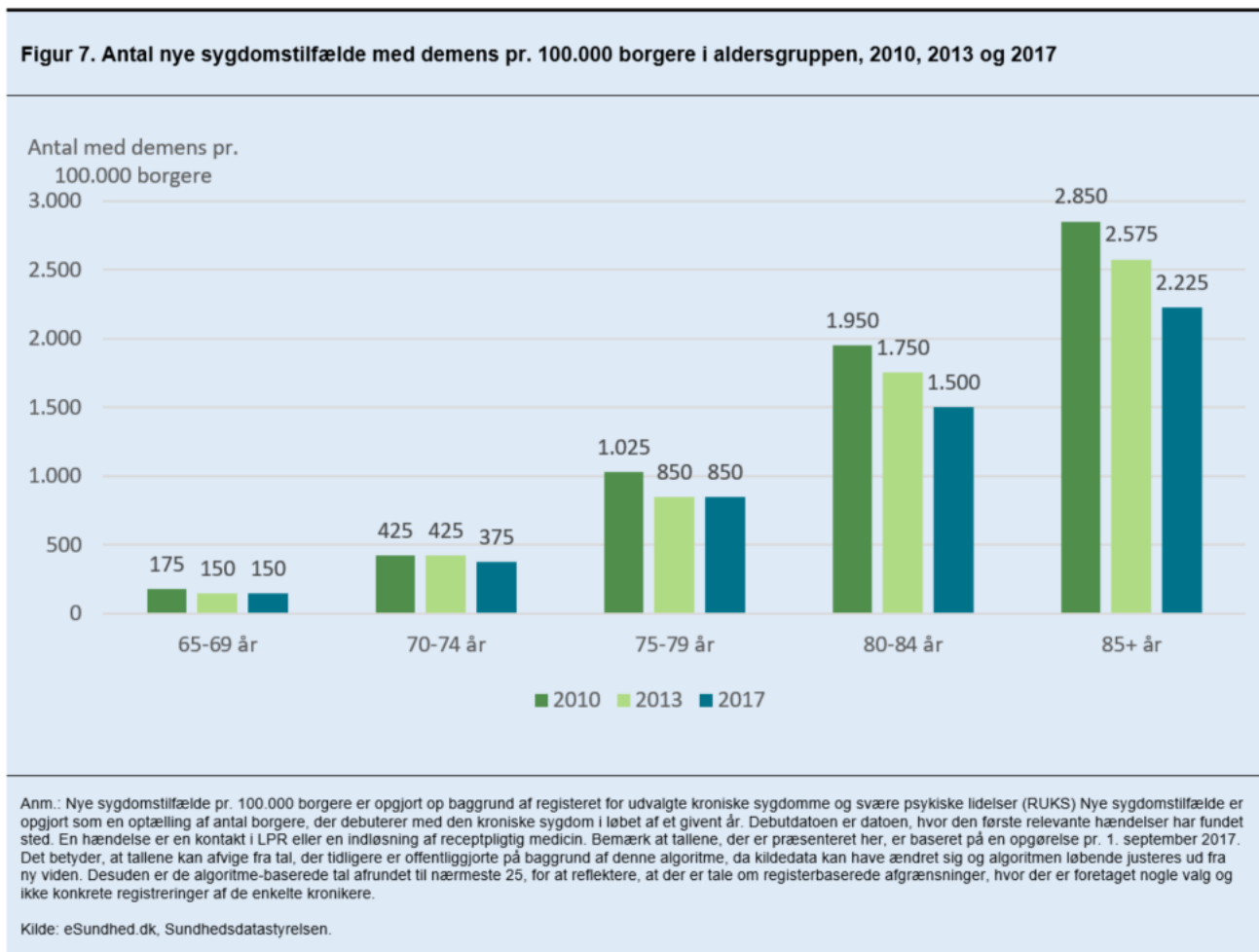
Kilde: Lovmodellens datagrundlag (33 pct. stikprøve) og egne beregninger.

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.

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



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

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 indsats på demensområdet.
- At information om støtte, rådgivning, aktiviteter og pleje- og behandlingsindsatsen på demensområdet er let tilgæ-

gelig 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.

Tabel 6. Udvikling i indsatser der skal styrke kommunens demensvenlighed

	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.

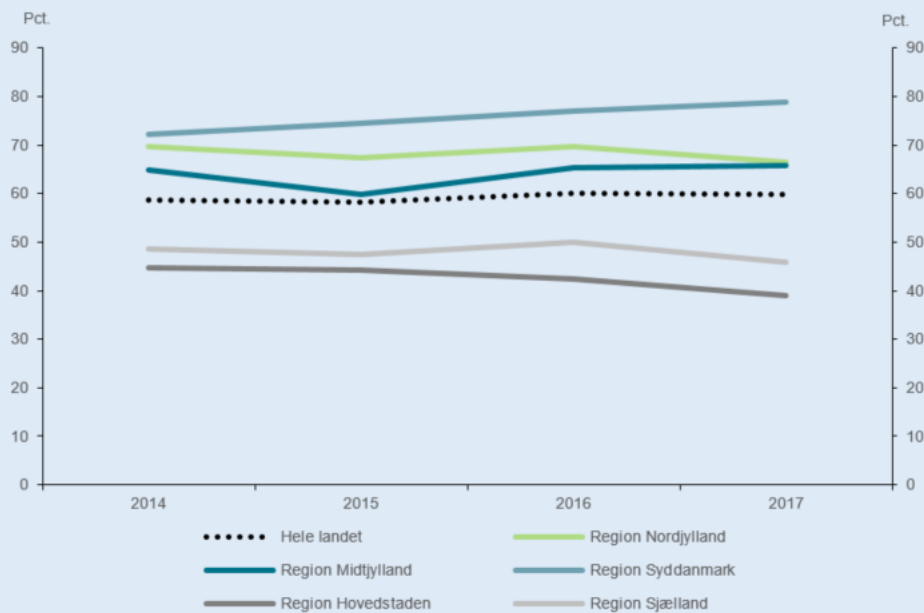
Diagnosen »uspecifik demens« bør derfor reserveres til de tilfælde, hvor det efter relevant udredning er klart, enten at patienten opfylder kriterierne for demens, men hvor det ikke er muligt uden yderligere opfølgning at afklare årsagen, at patienten ikke ønsker yderligere udredning eller, at det på grund af patientens tilstand i øvrigt ikke skønnes at være re-

levant 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 bi-diagnoser, 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 syge-

plejersker – 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

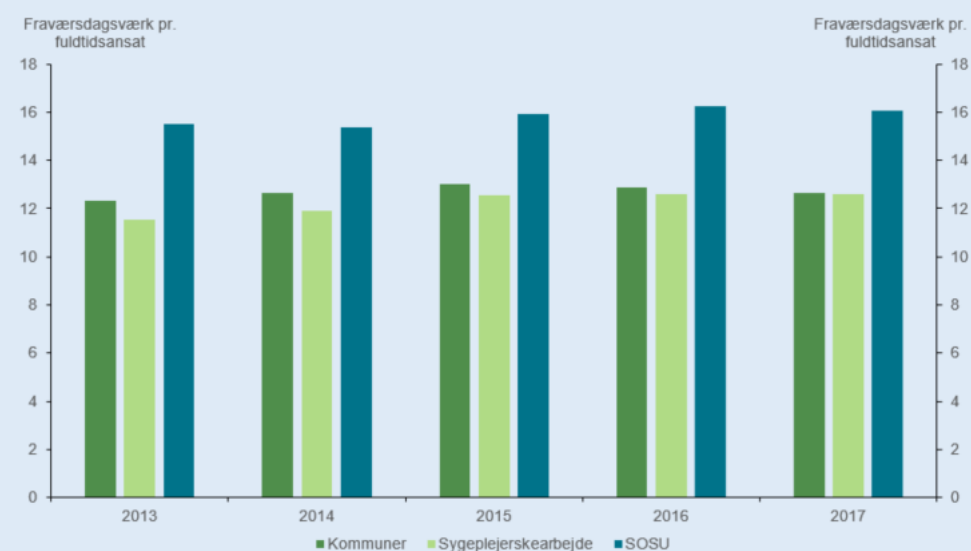
Anm.: Antal fuldtidsbeskæftigede opgjort i januar måned for hvert år og forventes dermed ikke påvirket af sygeplejerskonflikten i april 2008. Opgørelsen er ekskl. elever, fleksjobbere og ekstraordinært ansatte. Tallene er afrundet til nærmeste 100, men væksten er beregnet ud fra de ikke-afrundede tal. 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.

Figur 10. Sygefravær i den kommunale sektor fordelt på faggrupper, 2013-2017

Anm.: SOSU består af omsorgsarbejde på institutioner og hospitaler samt social- og sundhedsarbejde i private hjem. Sygefravær for gruppen SOSU er beregnet som vægdet gennemsnit af sygefraværet for de 2 ovennævnte grupper. Fraværsårsag er kun for egen sygdom.

Kilde: Danmarks Statistik

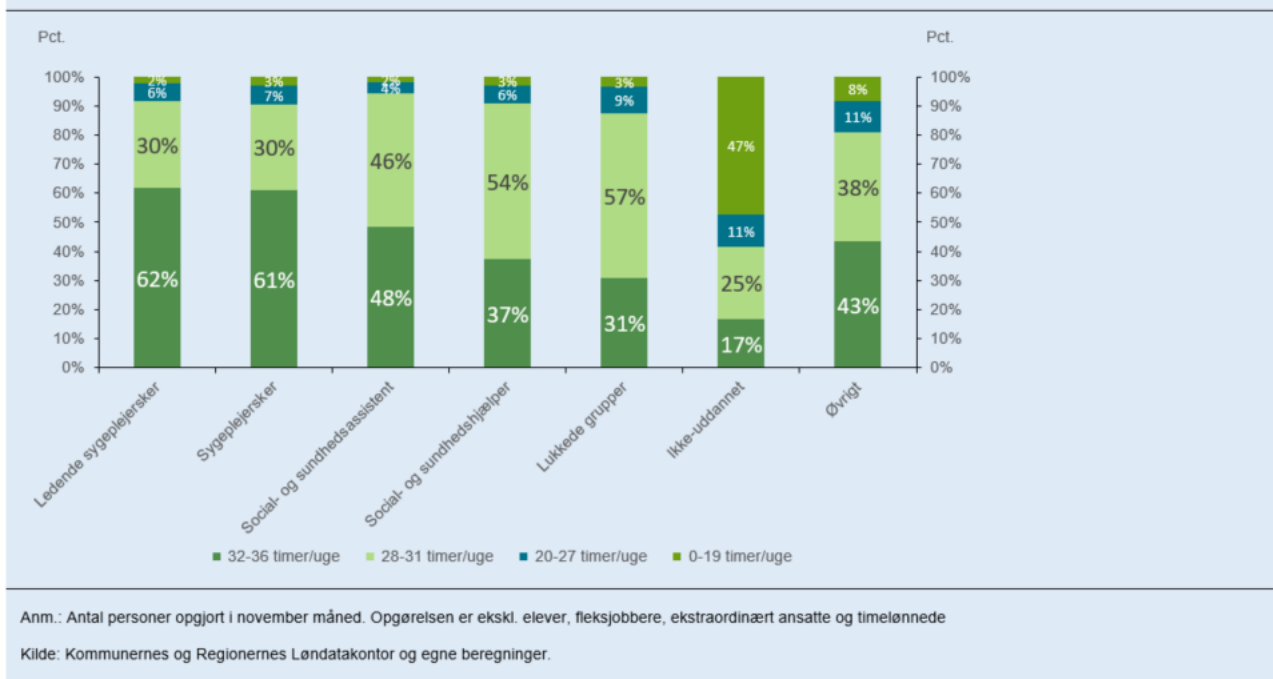
Deltidsansatte sygeplejersker og social- og sundhedspersonale arbejder primært mellem 28-36 timer om ugen på nær ikke-uddannet social- og sundhedspersonale, som arbejder mellem 0-19 timer om ugen. Hovedparten af deltidsansatte (ledende og ikke-ledende) sygeplejersker i kommunerne arbejder mellem 32-36 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 soci-

al- 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



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 Sydjylland													
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 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 sundhedshjælperere er karakteriseret som »mangel« på ar-

bejdskraft frem til og med 1. halvår 2010, dog med undtagelse af situationen i 2. halvår 2007, hvor der på samme tid regi-

streres 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 Sydjylland													
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 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. halv-

år 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 Sydjylland													
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 sygeplejersker (discoams 3231002 (2007-2011) og 2221202 (2012-2018)).													
Kilde: STAR's arbejdsmarkedsbalance.													

Hermed slutter redegørelsen.