



ULIGHED KOSTER

Ulighed blandt ældre

FOAs forslag til at skabe
mere lighed blandt ældre

Værdighed
sund kost
offentlig forsørgelse
medicinregning
Frivilligt arbejde
Lægebesøg
rehabilitering
genindlæg
demen
ældre
patient
ulighe
det koster
fattigdom

Indhold

Forord	3
FOAs anbefalinger til en bedre ældrepleje	4
Livsvilkår blandt ældre	7
Uligheden øges	8
Rehabilitering	9
De demente	10
Ældre medicinske patienter	12
Kost og ernæring	14
Madordninger til ældre	14
Medicin	16
De frivillige	17
Tandpleje	19
Digitalisering og ældre	21

Politisk ansvarlig: Karen Stæhr **Redaktion:** Kasper Manniche, Klaus Lange, Ulla Rosenkvist og Mie Andersen **Foto:** Colourbox og Niels Åge Skovbo [s. 19]
Layout: Maja Honoré **Produktion:** Pjec1heden og FOAs trykkeri

Forord

Decideret fattigdom blandt ældre ses heldigvis sjældent i Danmark. Men der er desværre stor ulighed mellem forskellige grupper af ældre. Det kommer til udtryk ved, at der er forskellig adgang til behandling, pleje og omsorg.

Uligheden har store konsekvenser for svage ældres dagligdag og for deres velfærd. At uligheden er i hastig stigning blandt ældre, gør det endnu vigtigere, at vi også tager fat på problemerne.

Formelt er der lige adgang til velfærdsgoder i Danmark, men virkeligheden er en helt anden. Økonomi, uddannelse og netværk hænger fundamentalt sammen med dine chancer for at få en god alderdom.

Ældre, der ikke har et stærkt og veluddannet netværk til at sørge for dem, får målbart mindre hjælp end ældre, der har ressourcestærke børn og venner. Uligheden gør sig også gældende på social- og sundhedsområdet. Det gælder fx i forhold til lægebesøg, hjemmehjælp og pleje.

Som samfund står vi over for en kæmpe udfordring på demensområdet. Et stigende antal af danskere forventes at blive ramt af demens. Udfordringerne gælder også pårørende og eksempelvis indretning af egnede plejehjemsboliger.

Svage og ensomme ældre har risiko for at blive underernærede. Mange – men særligt svage ældre – har fået svært ved at begå sig på de offentlige hjemmesider i takt med digitaliseringen.

FOAs medlemmer er blandt de faggrupper, der dagligt kan konstatere ulighedskløften på ældreområdet. De arbejder blandt andet i hjemmeplejen og på plejecentrene og oplever uligheden hver dag. Her er vores bud på, hvad der skal til, for at bekæmpe det voksende problem.

Venlig hilsen



Karen Stæhr,
formand for Social-
og Sundhedssektoren

FOAs anbefalinger til en bedre ældrepleje

23 bud på mere lighed blandt ældre.

Livsvilkår blandt ældre

- Hver kommune skal have en **værdighedspolitik**. Det vil skabe bedre fokus på den enkelte borgers ønsker og behov og modarbejde ulighed.
- Der skal holdes skarpt fokus på, om kommunerne bruger **rehabilitering som nedskæringsmetode**, der efterlader sårbare ældre i ensomhed.
- Når en borger visiteres til hjælp, skal der være et særligt fokus på borgerens **sociale situation**, så ensomhedens konsekvenser kan modvirkes.

De demente

- Der skal udarbejdes en **national handlingsplan** i forhold til demens, der baserer sig på en koordineret indsats og prioriterer demens, som en kritisk sygdom.
- Der skal afsættes flere penge og ressourcer til **forebyggelse, behandling, pleje og omsorg** af de demente.
- FOA arbejder med demens i Demensalliancen. Alliancen har en række forslag til at skabe et bedre liv for demente og deres pårørende: **Bedre sygdomsforløb** for personer med demens. **Bedre støtte til demenspatienter og pårørende**. Flere demensindrettede boliger. Kompetenceløft til personaler. Mere oplysning, forskning og forebyggelse.

Ældre medicinske patienter

- Der skal laves en ny **handleplan** for den ældre medicinske patient. Vi er ikke i mål endnu, og der kommer flere ældre medicinske patienter i de kommende årtier.
- Fokus skal rettes mod de **særligt sårbare grupper**. Eksempelvis de ensomme ældre medicinske patienter.
- Vi skal have et styrket fokus på **tidlig opsporing** og styrket samarbejde på tværs af sektorer fx mellem sygehus og hjemmepleje.
- Det skal sikres, at der er tilstrækkelig støtte og behandling i kommunerne til ældre medicinske patienter blandt andet gennem **kompetenceudvikling af medarbejderne**.

Kost og ernæring

- Vi skal løbende holde øje med **kvaliteten af maden** til ældre.
- **Prisen** for ældres mad skal sættes ned, da de fleste kommuner nu ligger tæt på det maksimale loft for betaling.

Medicin

- **Tilskuddet til medicin** skal gives jævnt hen over året og ikke – som i dag – stiger hen over året.
- Vi skal tilbyde svage ældre, der modtager medicin, en **gennemgang** af deres medicin og hjælp til at korrekt brug af medicin.
- **Medicिंगennemgangen** skal ske i samarbejde mellem ældreplejen, lægerne og apotekerne.

De frivillige

- Der skal skelnes skarpt mellem **visiterede ydelser og ikke-visiterede ydelser** til de ældre. Det er afgørende, at de frivillige tilfører noget ekstra.
- På de enkelte arbejdspladser skal der laves **retningslinjer** for brug af frivillige og for samarbejdet med de frivillige.
- Der skal laves en indsats for at frivillige også er noget for de **ensomme og svageste ældre**. Der skal udvikles modeller, projekter og indsatser, der eksperimenterer med dette felt.

Tandpleje

- Det skal være **lettere** at komme til tandlæge. Det betyder ret til ledsagelse og ret til befordring til tandlæge eller omsorgstandpleje.
- Plejehjemsbeboere skal have ret til **individuel tand- og mundplejeplan**.
- Personalet på plejecentre skal have **kompetence** til enkel tandpleje, og der skal knyttes tandfagligt personale til plejecentrene til tidlig opsporing hos de ældre og til læring i hverdagen for medarbejderne.
- Tandsundhed skal indgå i de **forebyggende hjemmebesøg** via medicinske afdelinger og i den almindelige visitation af hjemmehjælpsmodtagere.

Digitalisering og ældre

- Der skal indføres en mulighed for at få visiteret hjælp til at **håndtere digitaliseringen** i hverdagen.

Livsvilkår blandt ældre

Der er en stigende ulighed blandt ældre, og der er langt fra top til bund. Både i forhold til penge og mulighed for hjælp.

Der er ikke mange ældre danskere, der lever under fattigdomsgrænsen. Det sørger bl.a. folkepensionen og ældrechecken for. Til gengæld er der en stigende økonomisk ulighed blandt ældre, og det skyldes især meget store forskelle i pensionsopsparingerne.

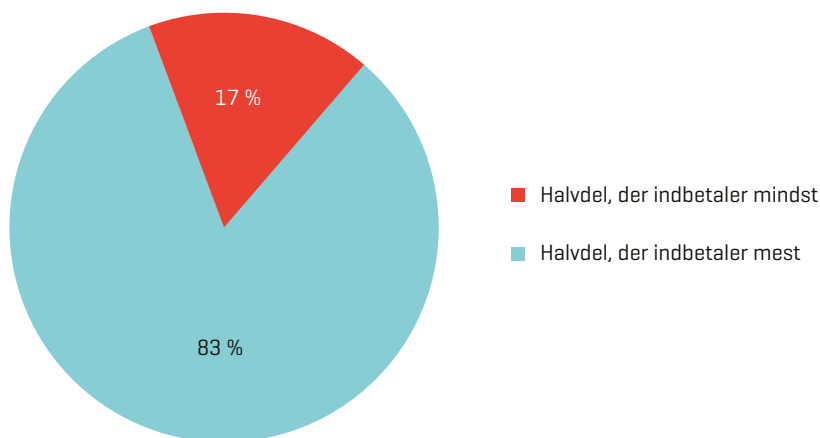
I 2010 dokumenterede AE, at formuerne blandt pensionisterne er skævt fordelt. Hvis man indregner de forbrugsmuligheder, som formuerne

Tabel 1: Indkomstfordeling blandt pensionister, 2010

	Disponibel indkomst	Nettoformue
10 pct. fattigste	107.000	155.000
10-20 pct.	129.000	285.000
20-30 pct.	137.000	315.000
30-40 pct.	145.000	385.000
40-50 pct.	156.000	557.000
50-60 pct.	170.000	716.000
60-70 pct.	189.000	939.000
70-80 pct.	217.000	1.260.000
80-90 pct.	262.000	1.708.000
10 pct. rigeste	451.000	3.529.000
Gennemsnit	196.000	985.000
Pensionister er afgrænset ved alle personer over 65 år.		

Kilde: AE på baggrund af lovmodellens datagrundlag

Figur 1: Fordeling af 10 års pensionsopsparing for den årgang, der var fyldt 40 år i 2002



Kilde: Opsparing i perioden 2001-2010. Danmarks Statistik og ATP

giver, så er uligheden blandt pensionister markant større end blandt erhvervsaktive danskere.

Faktisk er det sådan, at de 10 procent rigeste pensionister i 2010 havde 4 gange større indkomster end de 10 procent fattigste. Og deres formue var 20 gange større.

Og mens de fattigste 10 procent af pensionisterne havde lidt over 100.000 kroner i disponibel indkomst, havde de rigeste 10 procent i gennemsnit 450.000 kroner.

Hvis vi kigger på formuernes gennemsnitlige størrelser, så var det henholdsvis 150.000 kroner mod 3,5 millioner kroner for samme grupper.¹

Uligheden øges

Opgørelsen fra AE viste også, at uligheden op igennem 00'erne er vokset

Citat

Ældre med velstillede børn får langt mere hjemmehjælp end ældre med børn, der ikke tjener så godt.

mere blandt pensionister end blandt nogen andre befolkningsgrupper. Denne ulighed ser ud til at fortsætte med at vokse, viser en undersøgelse fra ATP.

Den halvdel af en årgang, der sparer mest op til pension, tegner sig således for hele 83 procent af årgangens samlede pensionsopsparing. Imens står den halvdel, der sparer mindst op, kun for 17 procent af opsparingen.²

Undersøgelsen fortæller altså, at ældreuligheden vil vokse markant de kommende år.

Det kan betyde, at der i fremtiden kommer pres på de ydelser og den service, vi tilbyder ældre. De bedrestillede vil efterspørge mere hjælp, og de vil samtidig få råd til at købe sig til den i modsætning til de svage ældre.

Oven i hatten ved vi, at ældre med velstillede børn får langt mere hjemmehjælp end ældre med børn, der ikke tjener så godt. Det viser en undersøgelse fra Danmarks Statistik:

En ældre mand, der bor alene, får i gennemsnit halvanden gang mere hjemmehjælp, hvis hans børn tjener over 500.000 kroner om året.

Hvis børnene tjener under 100.000 kroner, så modtager han knap det halve antal timer sammenlignet med gennemsnittet.³

¹ Kilde: 'Stor ulighed blandt pensionister', AE, 2010

² Kilde: 'Faktum Nr. 124', ATP, 2014

³ Kilde: 'Ældre med rige børn får mere hjælp', Danmarks Statistik, 2013

Det er naturligvis ikke rimeligt, at hjælpen kommer til dem, der har de mest ressourcestærke børn og kan presse mest på for hjælp.

Hjælpen skal også komme de svageste til gavn. Men vi kan konstatere, at netværk i form af pårørende, venner og kontakter har stor indflydelse på den ældres situation.

Tendensen gælder begge køn. Kvindelige pensionister med velstillede børn får dobbelt så meget hjælp, som den gennemsnitlige kvindelige modtager af støtte i hjemmet.

Mens kvinder, hvis børn tjener under 100.000 kroner, får en tredjedel under normalniveauet.

Rehabilitering

Den offentlige debat domineres af et billede af ældre med sund aldring. Vi hører ofte om mennesker, der blot er kommet lidt op i årene og har mindre funktionstab, der kan trænes væk.

På hjemmehjælpsområdet har debatten også været stærkt præget af rehabiliteringstankegangen, der handler om at gå fra kompenserende hjælp til trænende hjælp.

Ændringerne i hjemmehjælpen og idéen om rehabilitering er i udgangspunktet god og har givet nye muligheder og styrket livskvalitet til mange ældre. Men det er afgørende, at der i udviklingen af ældreområdet tages højde for, at de ældre har meget forskellige behov. Den ældres sociale situation skal medtænkes

som en vigtig præmis i tildeling af visiteret hjælp. Og så er det vigtigt, at kommunerne ikke i deres iver efter at spare penge tager besparelsen på forkant, når man arbejder med rehabilitering, fordi der ofte vil være brug for andre udgifter til fx opkvalificering mv.

Anbefalinger:

Livsvilkår blandt ældre

- Hver kommune skal have en **værdighedspolitik**. Det vil skabe bedre fokus på den enkelte borgers ønsker og behov og modarbejde ulighed.
- Der skal holdes skarpt fokus på, om kommunerne bruger **rehabilitering som nedskæringsmetode**, der efterlader sårbare ældre i ensomhed.
- Når en borger visiteres til hjælp, skal der være et særligt fokus på borgerens **sociale situation**, så ensomhedens konsekvenser kan modvirkes.

Fakta

Værdighedspolitik
FOA arbejder sammen med DSR og Ældresagen om at hver kommune skal have en værdighedspolitik, der forholder sig til 10 elementer, blandt andet en bolig, der passer til den enkeltes behov, mulighed for at komme ud, være velsoigneret, få varieret mad mm.

De demente

I 2040 vil over 164.000 danskere være ramt af demens, hvis udviklingen fortsætter.

Mange mennesker opfatter demens som noget, der indtræffer med alderen. Risikoen for at få demenssygdomme stiger ganske vist, jo ældre man bliver, men demens er ikke en naturlig følge af at blive gammel.

Demens skal derfor anerkendes som en kritisk sygdom. Kun på den måde kan vi holde et fokus på den tidlige opsporing, forebyggelse og behandling af demens. For der findes ingen helbredende kur mod demens, men sygdommen kan i et vist omfang forebygges og behandles, så symptomerne mindskes.

Demenssygdomme rammer ikke kun personen selv, men i høj grad også de pårørende. De sidder ofte alene med en stor del af plejebyrden. Dertil kommer, at demenssygdomme er præget af tabuisering, og pårørende mangler ofte viden.

Omkring halvdelen af befolkningsgruppen med en demenssygdom bor i eget hjem. Enten alene eller sammen med pårørende. Demente, der bor alene, bliver ofte ensomme. Andre forlader deres bolig og kan ikke finde hjem. De bliver først efterlyst, når hjemmeplejen kommer på besøg.

Fakta

15.000 om året
Hvert år udvikler ca. 15.000 mennesker en demenssygdom. Der er i dag ca. 92.000 danskere, der lider af en demenssygdom. Det tal forventes at stige til over 164.000 i 2040. Risikoen for at få en demenssygdom stiger med alderen.

Kilde: Nationalt Videnscenter For Demens

De demente, der bor sammen med pårørende, har også stort brug for omsorg og pleje. Pårørende til demente bruger i gennemsnit 5-7 timer dagligt på pleje og omsorg af den demente. Ofte uden egentlig mulighed for aflastning.

Den sidste halvdel af de demente bor i plejeboliger. De har særlige behov i forhold til boligen og udearealernes indretning. Alligevel er kun et fåtal af landets plejehjem indrettet til dementes behov.

Knap 6.000 almene plejeboliger og plejehjemsboliger ud af i alt 46.000 er indrettet til demente. Det viser kommunernes egne indberetninger til Danmarks Statistik. Det betyder, at op mod 40.000 demente danskere ikke bor i demenssegne plejeboliger. Derfor har de ikke den optimale pleje og omsorg, som kunne hjælpe dem i hverdagen.

Anbefalinger:

De demente

- Der skal udarbejdes en **national handlingsplan** i forhold til demens, der baserer sig på en koordineret indsats og prioriterer demens, som en kritisk sygdom.
- Der skal afsættes flere penge og ressourcer til **forebyggelse, behandling, pleje og omsorg** af de demensramte.
- FOA arbejder med demens i Demensalliancen. Alliancen har en række forslag til at skabe et bedre liv for demente og deres pårørende: **Bedre sygdomsforløb** for personer med demens. **Bedre støtte til demenspatienter og pårørende**. Flere demensindrettede boliger. Kompetenceløft til personaler. Mere oplysning, forskning og forebyggelse.



Ældre medicinske patienter

Ensomhed og mangel på hjælp har stor betydning for de hyppige indlæggelser af de svageste ældre mennesker med medicinsk behov.

Vi lever længere, og vi bliver flere ældre. Det betyder også, at der bliver flere ældre medicinske patienter.

Den svageste gruppe af de ældre medicinske patienter har såkaldt svær sygdom med flere samtidige sygdomme og nedsat funktions- evnen. De får meget medicin, og deres evne til at drage omsorg for sig selv kan være begrænset. Samtidig har de typisk brug for meget hjælp og støtte fra ældre- plejen i deres hverdag.

Det er også denne patientgruppe, der hyppigst indlægges på de me- dicinske afdelinger, hvor de fylder på gangene. De har sygdomme, der ikke kan helbredes og egentlig ikke skal behandles på sygehusene, men varetages i kommunerne.

Der er stor social ulighed ved at være svag, ældre patient. Ensomhed og manglende hjælp i hjemmet er nogle af de faktorer, der har indvirk- ning på antallet af indlæggelser af denne gruppe mennesker.

Den nationale handleplan for den ældre medicinske patient udløber i 2015. Handleplanen har betydet et stort fokus på ældre medicinske patienter og har søsat en række løsningsforslag. Men der er brug for en fortsat national indsats for patientgruppen, hvis deres vilkår skal forbedres.



Fakta

Enlige er udsatte

Ældre der ikke modtager hjemmepleje har omkring dobbelt så mange indlæggelser som ældre, der modtager hjemmepleje. Enlige uden hjemmepleje ligger i snit i sygehussengen i 12,8 dage. Får de hjemmepleje, er det 6,7 dage. Enlige patienter uden hjemmepleje er i snit indlagt 2,5 gange på et år. Har de hjemmepleje, er tallet 1,2.

Enlige ældre, der ikke modtager hjemmepleje, er den gruppe af ældre, der har flest sengedage også mere end samlevende, der ikke modtager hjemmepleje.

Kilde: 'Analyse af de medicinske afdelinger', Deloitte 2013, fig. 45.

Anbefalinger:

Ældre medicinske patienter

- Der skal laves en ny **handleplan** for den ældre medicinske patient. Vi er ikke i mål endnu, og der kommer flere ældre medicinske patienter i de kommende årtier.
- Fokus skal rettes mod de **særligt sårbare grupper**. Eksempelvis de ensomme ældre medicinske patienter.
- Vi skal have et styrket fokus på **tidlig opsporing** og styrket samarbejde på tværs af sektorer fx mellem sygehus og hjemmepleje.
- Det skal sikres, at der er tilstrækkelig støtte og behandling i kommunerne til ældre medicinske patienter blandt andet gennem **kompetenceudvikling af medarbejderne**.

Kost og ernæring

6 ud af 10 ældre er i risiko for underernæring.



En sund kost er ikke kun vigtig, når man er i voksenalderen. Ældre mennesker har i høj grad behov for sund kost. Desværre viser en undersøgelse fra Socialstyrelsen, at op mod 60 procent af de ældre er i risiko for underernæring.

Det skyldes enten fysiske skavanker, der gør det svært at tygge og sluge maden, eller at de ældre mangler appetit og derfor kun spiser lidt. Med til det store billede hører, at 15-20 procent af de ældre, der bor i plejebolig eller modtager hjemmepleje, er undervægtige.⁴

⁴ Kilde: 'National handleplan For Måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og Plejebolig', Socialstyrelsen, 2013

Madordninger til ældre

Folketinget vedtog i 2009 et prisloft for den månedlige betaling for mad for ældre. I 2015 er loftet på 3.456 kroner om måneden for mad i plejebolig og på plejehjem.

Der er en logisk sammenhæng mellem nærende mad og ældres sundhedstilstand. Hvis ældre får ordentlig mad følger det derfor, at færre bliver syge og får brug for fx indlæggelse på et hospital.

Da prisloftet blev indført lå 54 ud af landets 98 kommuner på loftet eller tæt på. I dag er det 74 kommuner, der kører helt op til loftet eller tæt på.⁵

⁵ Prisloftet følger satsreguleringsprocenten og opgørelsen indeholder dem, der lå på loftet eller 100 kr. derfra. Kilde: Jyllands-Posten, 18. okt. 2014

Nogle kommuner har sat prisen op med cirka 20 procent fra 2010 til 2014. I gennemsnit har stigningen været 9 procent.

Der har løbende været kritik af den mad, de ældre får. Vi må forvente, at stort set samtlige kommuner inden for få år vil lægge sig helt op til prisloftet.

Tabel 2: De 5 kommuner, som har sat prisen mest op

	2010	2014	10-14 %
Brønderslev	2.715	3.345	23 %
Rødovre	2.737,5	3.314	21 %
Hvidovre	2.828	3.374	19 %
Glostrup	2.585,5	3.072	19 %
Læsø	2.792	3.314	19 %
Gns alle kommuner	3.010	3.283	9 %

Tabel 3: De 5 kommuner, som har sat prisen mindst op

	2010	2014	10-14 %
Kalundborg	2.798	2.890	3 %
Lemvig	3.011	3.134	4 %
Holstebro	3.072	3.224	5 %
Jammerbugt	3.111	3.260	5 %
Randers	2.925	3.060	5 %
Gns alle kommuner	3.010	3.283	9 %

Kilde: Noegletal.dk. Løbende priser. 94 kommuner i 2010 og 97 kommuner i 2014

Man bør derfor diskutere om kvaliteten af de ældres mad står mål med prisen. På samme måde bør man diskutere, om loftet skal sættes ned, da der ikke længere er tale om et decideret loft, men blot en pris, der gælder hele landet.

Anbefalinger:

Kost og ernæring

- Vi skal løbende holde øje med kvaliteten af maden til ældre.
- Prisen for ældres mad skal sættes ned, da de fleste kommuner nu ligger tæt på det maksimale loft for betaling.

Medicin

Lavindkomstgrupper har ikke råd til at købe medicin først på tilskudsåret.

Anbefalinger:

Medicin

- Tilskuddet til medicin skal gives jævnt hen over året og ikke – som i dag – stige hen over året.
- Vi skal tilbyde svage ældre, der modtager medicin, en gennemgang af deres medicin og hjælp til korrekt brug af medicin.
- Medicingennemgangen skal ske i samarbejde mellem ældreplejen, lægerne og apotekerne.

Tilskuddet til den receptpligtige medicin stiger, jo mere man køber. Sådan er systemet skruet sammen i Danmark. Først på tilskudsåret skal man betale hele beløbet selv. Sidst på tilskudsåret får man tilskud til en større del af udgiften.

Det giver problemer først på tilskudsåret for de mennesker, der har svært ved at få økonomien til at hænge sammen. Apotekerforeningen har dokumenteret, at 30 procent af førtidspensionisterne og de arbejdsløse har udskudt at hente medicin af økonomiske grunde. Og jo lavere indkomst, folk har, jo større er andelen af borgere, der har undladt at hente receptmedicin.⁶

Folk, der har en lav indkomst, har så mulighed for at få et større tilskud til medicinen. Desværre er systemet, man skal søge i, en kompliceret affære. Både ældre og yngre danskere kommer til at tage medicin forkert. Men det er især udsatte mennesker, der oplever problemer med medicinen. De kan eksempelvis komme til at tage medicinen uregelmæssigt eller i forkerte mængder. Derfor har de brug for hjælp.

I en ny undersøgelse blandt 348 ansatte i hjemmeplejen svarer knap hver 3., at de fra tid til anden oplever ældre, der undlader at købe deres medicin, fordi de ikke har råd.

⁶ 'Ulighed i medicin', Apotekerforeningen, 2013

De frivillige

De svageste borgere må ikke blive dem, der ser mindst til de frivillige.



Fakta

Så meget fylder frivillige
Frivilligt arbejde forekommer oftest i Social og Sundhedssektoren, hvor over halvdelen af FOAs medlemmer har frivillige på deres arbejdsplads. På plejehjem og plejecentre, er det sådan, at 8 ud af 10 [77 %] har frivillige på deres arbejdsplads.

Kilde: FOAs medlemsundersøgelse om frivillige, januar 2015

De frivillige er en vigtig ressource på ældreområdet, hvor de varetager en lang række sociale funktioner og praktiske opgaver.

På ældreområdet kommer de frivillige især på plejecentre, hvor de har mulighed for at indgå i et større fællesskab omkring plejecentrets beboere. Det er et fællesskab, hvor de frivillige også har sociale relationer med andre frivillige.

Men det er knap så attraktivt for de frivillige at komme hos de ensomme hjemmeboende ældre, der også har et stort behov for at have sociale relationer.

I FOA er vi bekymrede for de ensomme ældre og tendensen til, at det er de 'spændende' borgere, der får størst glæde af de frivillige. De svage, de demente, de psykisk syge ældre er ikke på samme

vis i stand til at give de frivillige det samme.

Vi er også bekymrede for, at der ikke er klare grænser for, hvad de frivillige bidrager med og hvilke opgaver, der varetages af de ansatte.

Anbefalinger:

De frivillige

- Der skal skelnes skarpt mellem **visiterede ydelser og ikke-visiterede ydelser** til de ældre. Det er afgørende, at de frivillige tilfører noget ekstra.
- På de enkelte arbejdspladser skal der laves **retningslinjer** for brug

af frivillige og for samarbejdet med de frivillige.

- Der skal laves en indsats for at frivillige også er noget for de **ensomme og svageste ældre**. Der skal udvikles modeller, projekter og indsatser, der eksperimenterer med dette felt.

Fakta

Frivillige løser flere opgaver end tidligere

Hvert tredje medlem fra Social- og Sundhedssektoren svarer, at de frivillige løser flere opgaver nu end for 2 år siden. Det frivillige arbejde forbedrer borgernes hverdag. Knap 8 ud af 10 FOA-medlemmer, der arbejder på plejehjem, svarer, at at det frivillige arbejde i høj eller nogen grad forbedrer borgernes hverdag. De frivillige hjælper til med socialt samvær, medhjælp ved sociale arrangementer og udflugter og gåture, køreture med borgere i kørestol, cykelture og lignende.

Kilde: FOAs medlemsundersøgelse om frivillige, januar 2015

Tandpleje

Mange ældre har dårlige tænder. Det er værst i gruppen af svage ældre.

For blot et årti siden havde størstedelen af de ældre gebis, og tandplejeopgaven var væsentlig anderledes. I dag er ældres tandsundhed en mere omfattende og kompleks opgave, fordi flere ældre har deres egne tænder i alderdommen.

Desværre har mange en dårlig tandsundhed med gener fra munden og huller i tænderne, hvilket påvirker deres livskvalitet. Endvidere kan en dårlig mundhygiejne være årsag til udvikling af mange og livstruende sygdomme.

Der er gennem hele livet en stor ulighed i, hvem der kommer regelmæssigt til tandlægen. Det er oftest de økonomisk bedst stillede, der har benyttet sig af denne mulighed. Med andre ord er tandsundheden værst for de grupper, der er dårligst stillet økonomisk.



Ældre, der ikke længere selv har kræfter eller finmotorik i behold, er afhængig af andres daglige hjælp til at få børstet tænder og varetaget mundhygiejne.

Fakta

150 dødsfald om året
Mangelfuld mundhygiejne er sat i forbindelse med udvikling af hjerte-kar-sygdomme
Ved manglende mundhygiejne kan bakterier vandre fra mund til luftveje og resultere i lungebetændelser. Disse lungebetændelser er årsag til 400-450 indlæggelser om året og er årsag til et sted omkring 150 dødsfald.

Kilde: Børge Hede, overtandlæge i Københavns Kommune, 2013

Men der er også andre eksisterende ulige forhold. Selv om det er muligt for de svageste ældre at benytte omsorgstandplejen, så er det kun 62 procent af målgruppen, der gør det.

Det kan skyldes, at fokus ikke er godt nok, så det ikke lykkes ikke at få øje på alle borgerne i målgruppen, eller at der er andre barrierer for, at de svage ældre borgere kan komme afsted til omsorgstandplejen.

Anbefalinger:

Tandpleje

- Det skal være **lettere** at komme til tandlæge. Det betyder ret til ledsagelse og ret til befordring til tandlæge eller omsorgstandpleje.
- Plejehjemsbeboere skal have ret til **individuel tand- og mundplejeplan**.
- Personalet på plejecentre skal have **kompetence** til enkel tandpleje, og der skal knyttes tandfagligt personale til plejecentrene til tidlig opsporing hos de ældre og til læring i hverdagen for medarbejderne.
- Tandsundhed skal indgå i de **forebyggende hjemmebesøg** via medicinske afdelinger og i den almindelige visitation af hjemmehjælpsmodtagere.

Digitalisering og ældre

Særligt ældre med kort eller ingen uddannelse kan have svært ved at begå sig i en digitaliseret hverdag.

Vi skal klare flere og flere ting over internettet og computeren. Det stiller større krav til alle borgere om, at de skal kunne klare sig i en digitaliseret hverdag. Hvis man ikke kan følge med i udviklingen, risikerer man som borger at gå glip af vigtige informationer.

Man risikerer også at blive afskåret fra muligheder og tilbud, der kræver, at man kan begå sig i den digitale hverdag.

Børn starter i dag med brug af digitale medier fra de er helt små. Eleverne i skolerne afleverer opgaver og projekter elektronisk. En meget stor del af voksne bruger forskellige former for digitale medier i deres arbejde og i deres daglige gøremål.

For de ældre ser billedet noget anderledes ud. Digitaliseringen er kommet sent i deres liv og kun en

lille del er vænnet til at bruge digitale løsninger.

Undersøgelser viser en sammenhæng mellem uddannelse og brug af internettet. Jo længere uddannelse, des mere bruger de ældre nettet. Jo kortere uddannelse, des mindre bruger de nettet. Dermed er der en skævhed i de ældres muligheder for at få information og bruge deres muligheder.

Siden 2014 har alle som udgangspunkt modtaget post fra det offentlige digitalt. Men man har fået mulighed for at blive fritaget, hvis man ikke har adgang til en computer derhjemme. Cirka en halv million danskere var fra ordningens start fritaget for at modtage digital post.

I 2013 viste en undersøgelse fra Teknologisk Institut, at 20 procent af de ældre oplever et behov for

hjælp fra det offentlige til digital post, e-mail samt brug af offentlige myndigheders hjemmesider som SKAT og Borger.dk.

Undersøgelsen fra Teknologisk Institut viser også, at de ældre er bekymrede for at blive afskåret fra en lang række af de helt basale muligheder, som nu er blevet digitaliseret.

Tablet 4: Sådan ser de ældres bekymring ud i forhold til at:

Få rådgivning og vejledning fra det offentlige	33 %
Få fradrag og tilskud	24 %
Kunne bestille tid hos lægen og på hospitalet	28 %
Kunne få pleje og omsorg fra hjemmeplejen/hjemmesygeplejersken o.lign.	25 %

Kilde: Teknologisk Institut – tabellen summerer ikke til 100 %, da der har været mulighed for at give flere svar.



Anbefalinger:

Digitalisering og ældre

- Der skal indføres en mulighed for at få visiteret hjælp til at håndtere digitaliseringen i hverdagen.

JUNI 2015

Ulighed blandt ældre i Danmark

FOAs forslag til at skabe mere lighed blandt ældre

Der er stor ulighed mellem ældre i Danmark. Nogle har gode økonomiske vilkår, netværk og pårørende. Andre har ingenting. Den sidste gruppe – de sårbare ældre – får mindst hjælp, bliver hyppigere genindlagt og har de største udfordringer i forhold til fx medicin.

FOAs medlemmer er hver dag i kontakt med ældre, og vi ønsker at være med til at rette op på uligheden i Danmark. Derfor er her en række konkrete forslag til at gøre noget ved et voksende problem, nemlig uligheden på ældreområdet.

FOA

Stauings Plads 1-3
1790 København V

Tlf: 46 97 26 26
www.foa.dk

FOA

FOA er Danmarks tredjestørste fagforening. Siden 1899 har vi kæmpet for bedre løn- og arbejdsforhold til vore medlemmer. Hovedopgaven er at indgå overenskomster, som sikrer en god løn samt moderne og ordnede arbejdsvilkår. Det er FOA, der aftaler din løn, dine tillæg, din arbejdstid, din pension, dine barselsregler, dine ferieregler og dine muligheder for uddannelse. Vores opgave i FOA er at slås for din tryghed. Ved at stå sammen i FOA, står hvert enkelt medlem meget stærkere. Og med den fælles styrke optræder vi slagkraftigt.