

Indhold

1 Indledning.....	2
2 Sund aldring.....	2
2.1 Definition af sund aldring	3
2.2 Forskel i fortolkning af sund aldring	5
2.3 VIVE og Sundhedsstyrelsens vurderinger af forskningen i sund aldring	6
2.4 Kroniske sygdomme, opgaveglidning og tidlig udskrivning.....	8
2.5 Delkonklusion	9
3 Budgetmodeller og nøgletal	10
3.1 Opsamling på budgetmodelanalyse	10
3.2 Budgetmodeller, budgetmidler og nøgletal	12
3.3 Visiterede ydelser	13
4 Konklusion og anbefalinger	14
5 Litteratur.....	14

1 Indledning

Baggrunden for dette notat er flere års diskussion om budgetmodellen på ældreområdet, især omkring indregningen af 'sund aldring' i forventningerne til det fremtidige udgiftsbehov.

Baggrunden for diskussionen er en uklarhed og forskellig fortolkning af begrebet sund aldring. Både på lokalt og nationalt plan har det resulteret i forskelle i beregning af, hvilke økonomiske konsekvenser sund aldring har haft og fremover vil give anledning til. Dette notat forsøger at beskrive forskel i fortolkninger og konsekvenser for såvel budget som budgetmodeller i en Aarhus Kommune-kontekst.

Udgangspunktet for budgetmodeller er, at de skal opretholde serviceniveauet på et givent område, ved at der kompenseres for et ændret udgiftsbehov, når der kommer flere eller færre borgere i de relevante aldersgrupper. Der forudsættes implicit, at der er en direkte sammenhæng mellem enhedsudgift og serviceniveau på området.

Inden for ældreplejen er der imidlertid sket meget store ændringer over de seneste årtier. Det gælder for kommunens opgaver, der er omlagt fra fokus på pleje og omsorg til også at have langt større fokus på forebyggende indsatser, rehabilitering, sundhedsfremme, genoptræning mm. Ændringerne gælder desuden for målgruppens størrelse og sammensætning, hvor både levetiden og den gennemsnitlige alder ved funktionsnedsættelser har været stigende.

Med det bagtæppe er det naturligt, at det er vanskeligt at svare entydigt på, hvordan sammenhængen er mellem serviceniveau og udgiftsbehov. Det er derfor også en udfordring i forhold til budgetmodellen, hvis det serviceniveau, der skal fremskrives, er i stadig forandring.

Hvad angår målgruppens sammensætning, er størrelsen af sund aldring en omdiskuteret faktor i fastsættelsen af compensation gennem budgetmodellen. De seneste 15 år er der løbende indarbejdede korrektioner i det beregnede udgiftsbehov i modellen, der svarer til en sund aldring på gennemsnitligt 1,57 måneder pr. år eller samlet 1,96 år siden 2007. Det svarer til, at fx en gennemsnitlig borger på 80 år i 2007 havde behov for pleje og praktisk hjælp svarende til en gennemsnitlig borger på ca. 82 år i dag.

Aktuelt er det omdiskuteret, om der fortsat vil være en udvikling i sundhedstilstanden, der kan begrunde en uændret budgetmodel på ældreområdet. I det følgende beskrives derfor den tilgængelige viden om sund aldring.

Derudover beskrives andre centrale udviklingstræk på ældreområdet, der kan have betydning for overvejelser om budgetmodellen på området, herunder også en kobling til nøgletal på området, der tillader sammenligninger med andre kommuner.

Emnet var også genstand for debat i den seneste budgetaftale, hvor der blev vedtaget et løft af budgetmodellen fra og med 2025 og samtidig en opdatering af budgetmodelanalysen.

2 Sund aldring

Det kommende afsnit søger at afdække forskellige forhold i relation til sund aldring. Først gives der en introduktion til begrebet, dernæst beskrives nogle af de forskelle, der - både på nationalt og internationalt plan - findes i beregninger og afgrænsninger af begrebet. Konklusioner fra både VIVE og Sundhedsstyrelsen inddrages, ligesom der gives en status på de sundhedsmæssige aspekter som kroniske sygdomme og opga-veglidning.

2.1 Definition af sund aldring

2.1.1 Sund aldring som begreb

Hvordan sund aldring defineres er afgørende for, hvilket niveau af sund aldring, der kan findes blandt borgerne. Når der opstår uenighed om niveauet af sund aldring, kan det skyldes, der er forskellige opfattelse af, hvad det betyder. I det følgende inddrages international faglitteratur til at belyse ligheder og forskelle.

Udfordringen er, at der langt fra er enighed om denne definition, heller ikke i international faglitteratur og dermed ikke en international standard for, hvordan sund aldring defineres og måles. Niveauet for sund aldring bliver afgjort af, hvad der inddrages i definitionen, og dette svinger typisk meget, efter hvad formålet er. Eksempelvis vil analyser, hvis hensigt er at bestemme pensionsalder, måske primært se på restlevetid, mens undersøgelser vedr. sygdomsbilledet bruge indikatorer for eksempelvis kroniske sygdomme, og udgiftsprognoser på aggregeret niveau er en tredje opgørelsesmetode. Dermed kan konklusionerne være vidt forskellige, alt efter hvilken problemstilling, der ønskes belyst (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 5). Et yderligere aspekt er, at målingen af sund aldring forudsætter at de relevante datakilder er tilgængelige. Sundhedsstyrelsens helt nye publikation (April 2021) om sund aldring fremhæver også, at indikatorer kan bruges på forskelligt niveau:

”Sund aldring kan beskrives ud fra både subjektive og objektive indikatorer samt ud fra henholdsvis et individperspektiv eller et samfundsmæssigt perspektiv. De forskellige aspekter kan i nogle tilfælde give forskellige resultater. (s. 4)”

En tværgående gennemgang af international faglitteratur finder, at andelen af deltagerne, der oplever sund aldring varierer fra 0,4-95% på tværs af mål og metode, og det er dermed helt afgørende, hvad der medtages, når sund aldring undersøges (Depp og Jeste, 2006). Gennemgangen opdeler de faktorer, der bedst forudsiger en sund aldring efter forudsigelseskraft, dvs. faktorer med stor betydning for sund aldring, med middel og med mindre betydning. Faktorer, med stærk sammenhæng til niveauet af sund aldring er alder (des yngre/tættere på 60 år, des bedre helbred), andre sundhedsmæssige faktorer som fravær af gig, god hørelse, aktiviteter i dagligdagen og at være ikke-ryger. Faktorer med moderat sammenhæng til niveauet af sund aldring er højt fysisk aktivitetsniveau, bedre selv vurderet helbred, lavt systolisk blodtryk, færre kroniske lidelser, fravær af depression og gode kognitive evner.

En undersøgelse på tværs af fire europæiske lande bekræfter, at sund aldring er et koncept med mange underliggende faktorer og tilføjelser, at det er vigtigt at se på den ældres sindstilstand og humør (Sanchez, 2018). Ved at se på koblingen mellem sundhed, sociale relationer og høj selv vurderet livskvalitet, kan mekanismerne bag sund aldring belyses. Undersøgelsen viser desuden, at der kan være store variationer på tværs af lande og kulturer.

2.1.2 To modsatrettede bevægelser

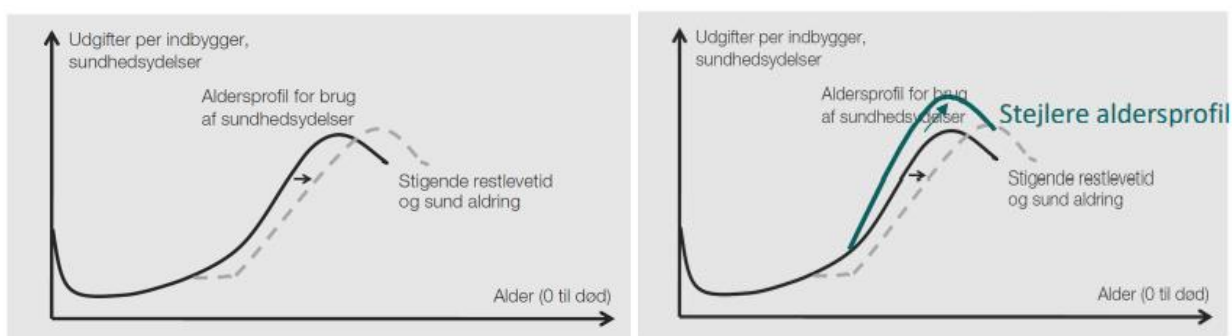
I forbindelse med sund aldring tales der typisk om to modsatrettede effekter i den ældste del af befolkningen. Den første bevægelse går på, at den stigende restlevetid samt sund aldring gør, at borgere i en given aldersgruppe af ældre i gennemsnit modtager mindre hjælp, des længere restlevetid vedkommende har. Dermed bliver sundhedsudgifterne for en given aldersgruppe alt andet lige mindre i takt med en stigende levealder. Det er den bevægelse, der ses i første del af figur 1, hvor kurven for *aldersprofil for brug af sundhedsydelse* forskydes med stigende restlevetid.

Modsat tyder forskning på, at aldersprofilen kan blive stejlere over tid, eftersom stigende middellevetid medfører mere behandlingskrævende leveår, og det presser sundhedsudgifterne op for den enkelte ældre. Det er den bevægelse, som VIVE illustrerer i anden del af figur 1. Begge bevægelser kan godt være rigtige:

Sundhedsudgifterne vil både kunne være forskudte (pga. højere levealder), og kurven samtidigt højere, fordi sundhedsudgifterne er stigende, når folk lever i flere år med kroniske sygdomme (kræft, hjertesygdom osv.). Det vil i figuren nedenfor blive udtrykt ved en kurve forskudt i højden lige over den stiplede kurve.

De to modsatrettede bevægelser trækker i hver sin retning i forhold til udgiftsbehov, og den interne vægtning mellem disse er ikke kendt. I budgetmodellen i Aarhus Kommune er første bevægelse indregnet, idet begrundelsen for korrektionen i modellen er, at aldersintervallerne for stigende enhedsbeløb gradvis forskydes. Hvad angår nye udgiftsbehov som følge af fx en stejlere aldersprofil, håndteres dette som udgangspunkt udenfor budgetmodellen. I praksis kan de to bevægelser dog ikke opgøres adskilt – heller ikke i budgetmodellen.

Figur 1: Modsatrettede bevægelser i sundhedsudgifter

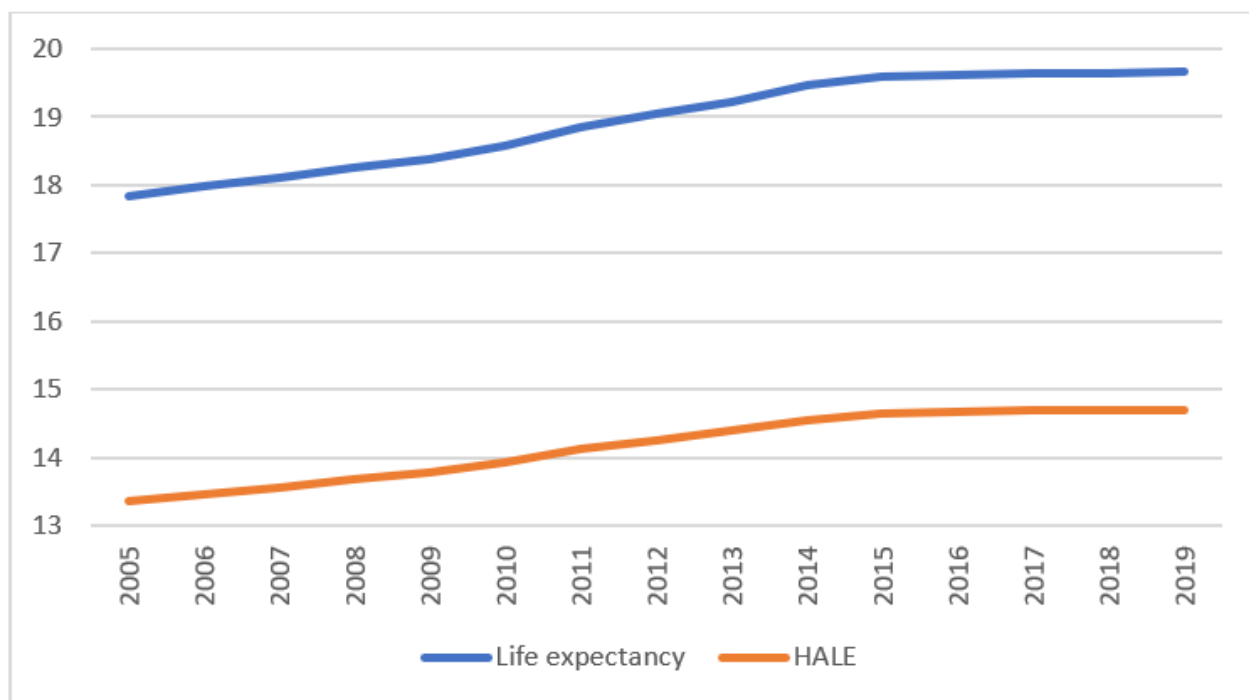


Kilde: VIVE (2020): Fremtidens sundhedsudgifter. Note: Figurene tjener alene som illustration for de to bevægelser og er ikke lavet på faktisk data.

En stor undersøgelse af forskergruppen "Global Burden of Diseases", der står bag The Lancet (2015) bekræfter de to bevægelser. De beskriver det som en forøgelse af både flere gode og dårlige leveår. Fra 2005 til 2013 vurderes restlevetiden at være forlænget med 1,9 måneder pr. år. (Lancet, 2015) En nyere udgave af samme publikation fra 2017 tyder på, at væksten i de gode leveår for de 65-69-årige er stagneret, mens den samlede levealder fortsat er en smule stigende. Det er fremstillet i figur 2 nedenfor.

Væksten i restleveår fra 2005 til 2019 for den danske befolkning mellem 65-69 år udregnet til 1,82 år (svarende til 1,56 måneder pr år i gennemsnit), mens de gode leveår er steget med 1,34 år (1,15 mdr. pr. år i gennemsnit) i samme periode. Fra 2014 og frem er der en meget lille udvikling for begge estimater, men samlet falder andelen af gode leveår af de samlede leveår en smule fra 73,4% til 67,8%. Det betyder derfor, at de dårlige leveår fylder marginalt mere, ifølge Lancet. For både de øvrige nordiske lande og OECD-landene er samme tendens gældende. Det er dog væsentligt at bemærke, at opgørelserne er *forventede* levealder, der beror på en række estimater. Forventet levealder varierer fra opførelse til opførelse. Desuden er der store forskelle mellem aldersgrupper, så det er væsentligt, om den forventede levealder opgøres i gennemsnit, for en bestemt aldersgruppe eller ved fødsel.

Figur 2: Udviklingen i forventet restlevealder og forventede gode leveår for 65-69-årige danskere



Note: Egen graf på baggrund af forskergruppen "Global Burden of Diseases". Data for 65-69-årige. HALE står for "Healthy life expectancy", dvs. sunde/gode leveår.

2.2 Forskel i fortolkning af sund aldring

I dansk kontekst er der heller ikke enighed om sund aldring, og hvordan det skal indregnes i demografiske fremskrivninger. Sund aldring indregnes af både Finansministeriet (FM) og Det Økonomiske Råd (DØRS) som en korrektion til det demografiske træk.

Det gøres ved at indregne restlevetid, dvs. forventede år-til-død: Der korrigeres for, at en aftagende andel af befolkningen befinder sig i terminalfasen på hvert alderstrin. Det betyder, at jo flere år, der inddrages af restlevetiden, des større bliver korrektionen, da en større andel af befolkningen indregnes.

Det Økonomiske Råd justerede i 2019 sin korrektion, således at den indregner flere år end tidligere, og deres korrektion er større end Finansministeriets. (DØRS, 2019. Regeringen, 2020, side 96-98)¹.

Der er ikke et endegyldigt svar for, hvor mange år, der er den rette korrektion at indregne. VIVES analyse "Fremtidens sundhedsudgifter" fra 2020 indikerer, at et sted imellem Finansministeriet og DØRS kan være et passende niveau. Den relativt store forskel i indregning af effekten af sund aldring (her imellem Finansministeriet og Det Økonomiske Råd) illustrerer, at der ikke er nogen entydig fortolkning af de økonomiske effekter af sund aldring.

Det skal dog bemærkes i forlængelse heraf, at beregningerne i FM og DØRS går på de samlede udgifter ved demografiudviklingen og ikke på den kommunale ældrepleje. Sammenligningen tjener derfor primært til at

¹ Rapport fra Formandsskabet, Det Økonomiske råd, Dansk Økonomi, Efterår 2019

illustrere, at store og veletablerede regnemodeller ikke har fundet et entydigt niveau for sund aldring, mens deres beregninger ikke kan omregnes 1:1 til aarhusiansk kommunal kontekst.

2.2.1 Budgetmodel og korrektion for sund aldring

I den oprindelige budgetmodel på ældreområdet blev der i 2007 indregnet en korrektion på -55% med henvisning til bl.a. sund aldring. Det skete ud fra en historisk betinget budgetmodel og nogle enhedsbeløb, som blev vurderet at være mere gunstige end det, som den daværende udgiftsudvikling tilsagde.

Forhold, der påvirker udgiftsudviklingen, og som der derfor bør tages højde for i en budgetmodel, behøver ikke alene at handle om sund aldring, men kan også handle om andre forhold. Eksempelvis korrigerer andre kommuner også for andre faktorer som velfærdsteknologiske forbedringer, rehabiliteringsindsatser og socioøkonomiske faktorer. Der kan med andre ord også være en pointe i at nuancere sprogbruget, så korrektionen ikke alene handler om sund aldring, men også andre korrektioner (VIVE, 2020).

Omvendt kan der også være forhold, der øger udgiftsbehovet, hvilket er beskrevet i afsnit 4.

2.3 VIVE og Sundhedsstyrelsens vurderinger af forskningen i sund aldring

A Kollerup Iversen og J. Kjellberg gennemgår i VIVEs rapport fra 2018: "*Flere ældre og nye behandlinger – Hvad kommer det til at koste?*" litteraturen om sund aldring og konkluderer (side 53):

Samlet er litteraturen en smule tvetydig, men peger i retning af, at den enkeltes udgiftstræk både er bestemt af alder og restlevetid, hvormed der vil være en tendens til flere behandlingskrævende leveår, men også en forskydning af de terminale udgifter til senere leveår i takt med, at middellevetiden stiger.

Det skal bemærkes, at de her generelt ser på sundhedsudgifterne og dermed også det regionale sundhedsvæsen (sygehuse, læger mv.), og altså ikke alene pleje og omsorg, som er den primære kommunale service til de ældre.

Statens Institut for Folkesundhed har for Sundhedsstyrelsen udarbejdet rapporten "Sund aldring", udgivet i april 2021. Her forsøges der givet en operationalisering af sund aldring, dels baseret på WHO's definition og dels baseret på en gennemgang af centrale indikatorer på sund aldring og en samlet vurdering af udviklingen i de ældres sundhed i Danmark de seneste årtier. Konklusionen er ikke entydig:

*Baseret på fundene i rapportens litteraturgennemgang kan det konkluderes, at der for en række centrale helbredsindikatorer i løbet af de seneste årtier er sket **en positiv udvikling** i ældres helbred i Danmark. Der er således overordnet set sket en positiv udvikling i gode leveår, defineret som år henholdsvis med godt selv-vurderet helbred, uden langvarig sygdom og med godt mentalt helbred. Dertil er der sket en markant forbedring i ældres kognitive funktionsniveau og tandsundhed samt en stigning i andelen af ældre, der deltager i frivilligt arbejde. Slutteligt er der siden 2003 sket et fald i incidensraten af demens.*

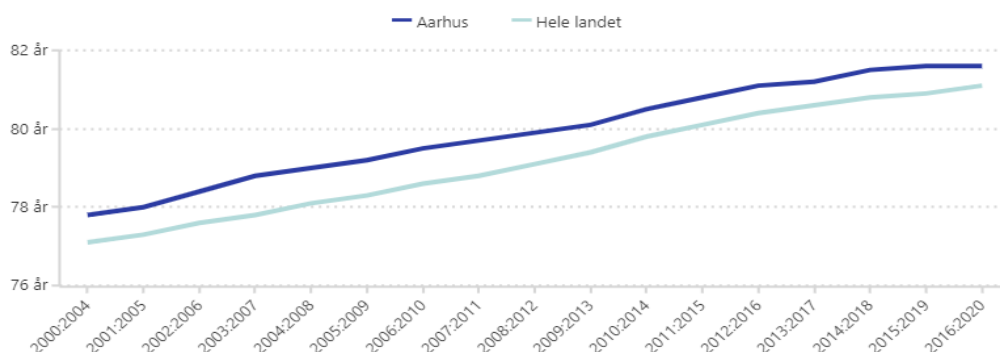
*For andre helbredsindikatorer ser det imidlertid ud til, at der er sket **en negativ udvikling** i ældres helbred. Der er således sket en stigning i andelen af ældre, der lever med blandt andet diabetes og iskæmisk hjertesygdom, dog delvist betinget af bedre overlevelse i disse grupper. Ligeledes er der sket en stigning i andelen, der er svært overvægtige, samt et fald i andelen af ældre, der har en god funktionel hørelse. Derudover er der sket en stigning i incidensraten af blandt andet atrieflimren samt brystkræft og lungekræft blandt ældre kvinder (Sundhedsstyrelsen, 2021, side 52).*

2.3.1 Sund aldring i aarhusiansk kontekst

Som det er beskrevet i afsnittene ovenfor, kan graden og omfanget af sund aldring variere fra sted til sted og afhængigt af konteksten. I dansk sammenhæng kan der også være forskelle, idet

befolkningssammensætningen varierer mellem eksempelvis land og by. I det følgende sammenlignes Aarhus med landsgennemsnittet for forventet levetid og uddannelsesgrad.

Figur 3: Middellevetid for 0-årige i Aarhus og for landsgennemsnit



Note: Indsat fra Aarhus i Tal, data fra Danmarks Statistik. Data for middellevetiden for 0-årige.

Aarhus har en middellevetid, der ligger et halvt år over landsgennemsnittet. Om det via længere 'sund levetid' også giver et lavere udgiftsbehov, eller om en stejlere aldersprofil (som beskrevet under figur 1) giver et højere udgiftsbehov, er ikke vurderet. Forventet middellevetid blandt alle 6-byer og landsgennemsnit fremgår af tabel 3.

Tabel 3: Middellevetid for 0-årige efter område og tid for 6-byerne og landsgennemsnit

	2000:2004	2008:2012	2016:2020
Aarhus	77,8	79,9	81,6
Odense	77,1	78,6	81,2
Hele landet	77,1	79,1	81,1
Aalborg	77,2	79,2	81
Esbjerg	76,5	78,8	80,8
Randers	76,7	79	80,4
København	74,7	76,9	79,7

Note: Sorteret efter højeste middellevetid. Data er hentet fra Danmarks Statistik (<https://www.statistikbanken.dk/10015>)

Uddannelse hænger tæt sammen med sundhed² og livsstil, og de kommende ældre generationer er betydelig bedre uddannede. Det er vanskeligt at finde data vedr. uddannelsesniveau for den ældre befolkning. På Danmark Statistik er der data for uddannelsesniveau i aldersgrupper t.o.m. 65-69-årige. Hvis det antages, at den andelsmæssige fordeling mellem Aarhus og landsgennemsnit er tilsvarende for de ældre, fremgår det af tabel 4, at uddannelsesniveaut i Aarhus er betydeligt højere end landsgennemsnittet. Særligt grupperne for mellemlange og lange videregående uddannelser viser store forskelle. Sammenlagt har 24,7 % af de 65-69-årige borgere på landsplan en lang eller mellemlang videregående uddannelse i 2019. I Aarhus udgør den gruppe 37,3 %. Desuden er der meget stor vækst i andelen i disse grupper i Aarhus, sammenlignet med

² [Social ulighed i sundhed og sygdom \(sst.dk\)](#), tabel 4.5 side 115

hele landet. Eksempelvis er der kommet 15 % flere med mellemlang videregående uddannelse i Aarhus fra 2006 til 2019. Til sammenligning er det 7 % på landsplan.

Tallene for uddannelsesniveau, ligesom det er tilfældet for middellevetiden, siger noget om de overordnede tendenser, men ikke om fordelingen mellem borgerne. Det kan være tilfældet, at der er en mere segregeret befolkning med en stor gruppe af veluddannede og sunde og samtidig en gruppe af kortuddannede med dårligere helbred end tilsvarende landsgennemsnit. Det kan også tænkes, at Aarhus har relativt flere ældre borgere med handicap, hvilket MSO konkret peger på som en særskilt budgetudfordring. Data for fordelingen mellem befolkningen er desværre ikke tilgængelig.

Tabel 4: Uddannelsesniveau for befolkningen mellem 65-69 år

		Andel af befolkning i 2019 (65-69)	Vækst fra 2006 til 2019
Hele landet	Grundskole	24,7	-19,8
	Erhvervsfaglige uddannelser	41,6	6,9
	Mellemlange videregående uddannelser	18,0	7,2
	Lange videregående uddannelser	6,7	3,2
Aarhus	Grundskole	17,4	-18,9
	Erhvervsfaglige uddannelser	33,9	7,3
	Mellemlange videregående uddannelser	23,9	14,7
	Lange videregående uddannelser	13,4	9,9

Note: Tabellen indeholder de fire største uddannelsesgrupper. Øvrige grupper er fjernet, derfor summere andele ikke til 100. Egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik. <https://www.statistikbanken.dk/hfudd10>

Som beskrevet i de to første afsnit, kan graden af sund aldring variere fra sted til sted og alt afhængig af opgørelsesmetoden. De største forudsigelsesfaktorer for en sund aldring er, jf. afsnit 1, brede og multifasetret.

Samlet set viser ovenstående afsnit om 'sund aldring', at den forventede middellevetid forsat er svagt stigende, men at det er ikke entydigt, hvor meget det forskyder behovet for, hvornår den enkelte har behov for pleje. Samtidigt gør den længere levetid også, at der på nogle områder kan være stigende udgifter.

I afsnit 2.4 beskrives nogle af de udfordringer, der kan medføre et øget udgiftspres på ældreområdet. Der er ikke tale om en samlet budgetanalyse af Sundhed og Omsorg, og der er derfor alene tale om udvalgte eksempler.

2.4 Kroniske sygdomme, opgaveglidning og tidlig udskrivning

2.4.1 Kroniske sygdomme

Som tidligere angivet er **diabetes** en kronisk sygdom i vækst. Det gælder ikke kun blandt ældre, men især blandt ældre da det er en sygdom, som i overvejende grad rammer i den sidste halvdel af menneskers livsforløb (undtaget type 1 diabetes som er mere genetisk bestemt). Diabetes er i høj grad en livsstilssygdom, hvor det via livsstilsændring og forebyggelse er muligt at gøre en stor forskel i sygdomsforløbet og graden af komplikationer for den enkelte.

En af de mere udbredte og i de senere år meget omtalte kroniske lidelser blandt ældre er **demens**. Der gives ofte det indtryk, at det er en kronisk sygdom i vækst. Det er ifølge Sundhedsstyrelsens rapport fra 2021 ikke længere tilfældet og har ikke været det siden 2010:

For demens varierer udviklingen over tid og afhænger af, om udviklingen opgøres som incidensrate eller prævalens. Baseret på udviklingen i incidensraten ses en stigning omkring år 2000 (1995-2003), hvorefter kurven knækker, og siden 2003 ses et fald (2003-2015). Derimod ses en stigning i andelen, der lever med demens, i perioden 1996 til 2015, dog forholdsvis stabil fra 2010 (Sundhedsstyrelsen 2021, side 40).

Samlet set er der altså færre nye tilfælde af demens pr. ældre i en given aldersgruppe, men i absolutte tal flere med demens (fordi befolkningsgruppen vokser), og andelen har været stabil siden 2010.

KOL er ligeledes i livstilssygdom som er forebyggelig (undgå rygning). Her er udviklingen mere uklar:

Et studie har undersøgt udviklingen i andelen blandt ældre med selvrapporteret KOL, kronisk bronkitis og emfysem (herefter benævnt KOL) i perioden 2010 til 2017. For gruppen af de ældste ældre på 85 år eller derover ses en stigende andel, der lever med KOL, mens der blandt de 75-84-årige ses et fald. Blandt de 65-74-årige er der sket en stagnation (Sundhedsstyrelsen, 2021, side 36). Et andet studie har set på udviklingen i hospitalskrævende KOL baseret på registeroplysninger og finder et lidt anderledes mønster med et fald for de 60 til 74 årige.

Forskerne konkluderer (i Sundhedsstyrelsen 2021) generelt i forhold til udviklingen i kroniske sygdomme:

Samlet set er udviklingen i kroniske sygdomme i løbet af de seneste årtier ikke entydig, men varierer fra sygdom til sygdom. I flere tilfælde varierer udviklingen for en given sygdom endvidere i forhold til periode, køn eller alder (Sundhedsstyrelsen 2021, side 39).

2.4.2 Opgaveglidning og tidlig udskrivning

En stigende grad af opgaveglidning, tidligere udskrivinger fra hospitaler og øgede krav og forventninger til pleje, omsorg, træning, forløbsprogrammer, forebyggelse mv. i den kommunale sektor vil alt andet lige øge efterspørgslen på de kommunale sundhedsindsatser.

Der er tydelige data for at indlæggelsestiderne har været og er faldende for de fleste patientgrupper og alle aldersgrupper. Det påvirker særligt ældreområdet fordi det er i den livsfase, hvor ens træk på sundhedssektoren og sygehusene er størst. Data viser at indlæggelsestiderne er faldet fra 3,4 dag pr 80+ årig i 2010 til 2,4 dag i 2018, hvilket er et fald på 30% (data fra MSO). Det betyder at kommunen skal stå for stadig mere af hjælpen til de plejekrævende ældre. Der findes ikke studier, der dokumenterer omfanget af opgaveglidninger og en relateret manglende økonomisk compensation. Kommunerne er igennem årene blevet kompenseret i et vist omfang for flere opgaver relateret til det nære sundhedsvæsen, men det har ikke været systematisk og relateret til alle opgaver der reelt er overflyttet. Som eksempel kan nævnes IV (intravenøs)-behandling som forligspartierne med Budget 2021 afsatte 2,9 mio. kr., årligt til.³

2.5 Delkonklusion

I de forudgående afsnit er det klarlagt, at størrelsen på sund aldring ikke er entydig. Meget indikerer, at der er en sund aldring, men det er svært at sætte tal på, præcist *hvor meget* det betyder for udviklingen i de kommunale udgifter. Det skyldes dels, at der mangler konkret viden om omfanget af sund aldring blandt den danske befolkning, og dels, at de kommunale opgaver på ældreområdet er i forandring.

³ Aarhus Kommune, Budgetforlig 2021, side 4

3 Budgetmodeller og nøgletal

I afsnit 3 kobles diskussionen til budgetmodeller, budget og nøgletal. Sund aldring nævnes ofte i relation til budgetmodellen på området, men skal ses i en bredere relation til de samlede budgetter, da der også prioriteres beløb til ældre- og sundhedsområdet løbende. Ved både at se på kommunens samlede nøgletal på området sammenlignet med andre kommuner og se på tilvæksten i budgettet alene fra budgetmodellen, nuanceres billedet af de samlede budgetter. Alt dette skal med i overvejelserne om, om der er behov for øget demografisk fremskrivning, eller om der stadig er så meget udvikling i både opgaver og målgruppe, at det taler for en mere aktiv politisk prioritering.

3.1 Opsamling på budgetmodelanalyse

Til budgetforhandlingerne B2021 var der udarbejdet en analyse af budgetmodeller i kommunen. Her var formålet at se på bl.a. dæknings- og kompensationsgrader på tværs af områder, men også for hvert område i sig selv. Analysen viste, at for budgetmodellen vedr. pleje og praktisk hjælp af ældre samt ældre med handicap, har en samlet kompensations- og dækningsgrad på 97,7 %, så en ekstra borger udløser 97,7 % af de gennemsnitlige udgifter. En forudsætning for den udregning er dog, at gennemsnitsudgiften samtidig forudsættes at falde hvert år som følge af sund aldring. Væksten fra det stigende antal ældre er på 60-70 mio. kr. pr. år, mens sund aldring medfører en reduktion af budgettet på 30-40 mio. kr. pr. år.

Der kompenseres altså næsten fuldt ud for det stigende antal ældre (en vækst på 60-70 mio. kr. pr. år), men sund aldring medfører en generel reduktion af gennemsnitsudgiften pr. person (en årlig reduktion på 30-40 mio. kr. pr. år).

Forudsætningen er baseret på en stigende levealder, hvoraf stigningen i 'sund levetid' udgør 1-2 måneder pr. år. Det blev beregnet i en gennemgang af Sundhed og Omsorgs budgetmodeller⁴ i forbindelse med budgettet i 2017, der viste, at udviklingen indtil da havde svaret ganske godt til den faktiske udvikling i gode leveår siden 2007.

Udviklingen i leveår varierer, alt efter om der regnes med forventet levealder fra fødsel eller restlevetid for de 65+ årige. I tallene for forventet restlevetid for de 65-69-årige ser det ud til, at væksten i de gode leveår flader ud. Om der er tale om en ny udviklingstendens, eller om der er tale om midlertidige udsving, er det svært at spå om.

Anden del af analysen bestod af en benchmark til de øvrige 6-byer. Det viste sig at være en meget vanskelig øvelse at gøre det sammenligneligt, fordi der er stor forskel på, hvad modellerne dækker. Tallene er lavet ved, at 6-byerne hver især har udregnet, hvor stor budgetregulering deres modeller ville udløse, hvis befolkningens sammensætning var lig den i Aarhus. Resultatet viser, at væksten i budgetmodelbeløbet fra 2021 til 2022 gennemsnitlig er større i de fem andre byer end i Aarhus, baseret på befolkningsprognosen i budget 2021. Gennemsnittet blandt de øvrige 6-byer er en vækst på 56 mio. kr., mens Aarhus-budgetmodellen udløser 34 mio. kr. Det skal bemærkes, at analysen er lavet før budgetvedtagelsen for 2021, og

⁴ Gennemgang af Sundhed og Omsorgs Budgetmodeller – Budget 2017-2020, s. 37

dermed er løftet på ældreområdet fra budget 2021 ikke med, hverken for Aarhus eller øvrige byer. I Aarhus medførte det et løft på 54 mio. kr. årligt i 2021-25. Ovenstående 6-by benchmark er alene en sammenligning af demografimodeller, ikke det samlede budget til ældreområdet. Dette kommenteres yderligere i afsnittet nedenfor.

Med budgetforlig 2021 blev det givet et løft til ældre og sundhedsområdet på årligt 51,6-58,7 mio. kr. ud over det budgetløft, der allerede er indarbejdet med budgetmodeller og til hjælpemidler (årligt 40,2 stigende til 173,7 mio. kr.). I alt er budgettilvæksten dermed 99,0 mio. kr. i 2022 stigende til 227,7 mio. kr. i 2025.

Herudover er det jf. forligsteksten besluttet i budgetmodellen at indarbejde et løft i enhedsbeløbene, der vil give et budgetløft på 10 mio. kr. årligt - svarende til et løft på 10 mio. kr. i B2025 stigende til 40 mio. kr. i 2028. Der skal samtidig laves en opdatering af budgetmodelanalysen, hvilket forudsætter et nærmere kig på forudsætninger vedr. sund aldring, nøgletal mv., hvilket er en del af baggrunden for dette notat.

Ud over et budgetløft var der i budgetforliget 2021 stort fokus på, at en god og værdig ældrepleje handler om andet og mere end ressourcer. Her blev investeret i kompetenceudvikling og ledelse, med stort fokus på en kulturændring blandt personalet.

Med budgetløftet i B2021 gav det en stigning på 5% i enhedsbeløbene, da det blev besluttet, at korrektioner indarbejdes i budgetmodellen. De konkrete enhedsbeløb, som demografimodellen på ældreområdet i Aarhus udløser fordelt på aldersgrupper, er følgende:

Tabel 2: Enhedsbeløb i budgetmodel for ældre- og sundhedsområdet 2021 og 2022

2021-niv.	Nyt enhedsbeløb	0-66 år	67-69 år	70-74 år	75-79 år	80-84 år	85+ år
Udgift pr. person (kr.)	B2021	426	2.126	6.110	13.462	34.369	85.801
	B2022	447	2.231	6.411	14.124	36.060	90.024

Til sammenligning har VIVE i 2020 analyseret demografimodeller på ældreområdet på tværs af landets kommuner og fundet gennemsnitlige enhedsbeløb (budget 2020 niveau) som nogenlunde er på niveau med enhedsbeløbene i Aarhus' model:

Det gennemsnitlige enhedsbeløb for alle svarkommuner er som nævnt 10.593 kr. for 70-årige, mens det er 32.147 kr. for 80-årige og 86.860 kr. for 90-årige. (VIVE, 2020, Kommunernes brug af demografimodeller på ældreområdet, side 45, fremskrevet til 2021-priser).

VIVEs sammenligning af demografimodeller på tværs af kommuner viser, at kommunerne gennemsnitligt tildeler 32.196 kr⁵. i Budget 2020 pr 65+ årig. Samlet set giver demografimodellerne i Aarhus et mindre beløb end landsgennemsnittet pr. 65+ årig. En tilsvarende beregning for Aarhus Kommune ligger på 24.969 kr⁶.

⁵ Fremskrevet fra 2020-priser. VIVE: Kommunernes brug af demografimodeller s. 9

⁶ VIVES estimat er udregnet for den samlede tilvækst sfa. budgetmodel på ældreområdet delt med antal 65+ årige. Da det er meget få modeller, men beløb for den øvrige del af befolkningen, giver det et skævt billede af den samlede

Det er dog ikke ensbetydende med, at Aarhus samlet giver mindre til ældreområdet. Midler, der gives gennem politiske prioriteringer, som det eksempelvis var tilfældet i Budget 2021, tæller ikke med i sådan en sammenligning. Derfor kan nøgletal for det samlede område være en brugbar indikator. Det inddrages i næste afsnit.

At indarbejde en korrektion for Sund aldring er ikke noget, Aarhus Kommune er ene om. Halvdelen af kommunerne indarbejder en korrektion for sund aldring. Heraf korrigerer 74% eksplicit ved at reducere de økonomiske konsekvenser med en given faktor, f.eks. en procentvis reduktion af enhedsbeløbene (VIVE, 2020).

3.2 Budgetmodeller, budgetmidler og nøgletal

Budgetmodellen for et givent område er alene en model, der foreskriver nogle automatiske marginale ændringer af budgettet ved en given udvikling i demografien. En sammenligning af budgetmodeller på tværs af kommuner siger således ikke entydigt noget om, hvorledes økonomien må forventes at være på ældreområdet i de enkelte kommuner, idet budgetmodellerne ikke tager højde for:

- 1) Grundbudgettet pr. ældre i givne aldersgrupper eller samlet set. Dette kan i stedet måles/opgøres vha. nøgletal (budget pr. 65+ årig osv.)
- 2) I hvilket omfang der i forbindelse med årlige budgetaftaler eller i andre sammenhænge tildeles ekstra midler til området
- 3) Socioøkonomiske forskelle i sammensætning af gruppen af ældre på tværs af kommuner

Ad 1) I brugen af nøgletal tages der typisk afsæt i KL's 'kend din kommune' nøgletal og 6-by nøgletallene. Nedenfor er de angivet som kr. pr. 65+ årige. I kend din kommune 2021 ligger Aarhus Kommune med lavere udgifter pr. 65+ årig (39.965 kr.) end både København (58.155 kr.), Aalborg (45.700 kr.), Esbjerg (43.755) og Randers (41.251 kr.). Odense ligger lidt lavere (38.545 kr.). Aarhus er dog stadig den 35. dyreste kommune i Danmark. Denne fordeling flugter med 6-by nøgletallene (2019, tabel 68) som dog generelt ligger på et lavere niveau (ca. 33-46.000 kr.) pga. opgørelsesmetode⁷. Ses der på udviklingen i nøgletallene siden justering i budgetmodellen i 2007 tyder det på, at Aarhus med mindre enhedsbeløb har bevæget sig fra at ligge i den høje ende blandt 6-byerne til nu at ligge med det næstlaveste enhedsbeløb pr. 65+ årig. Man kan dermed argumentere for, at budgetmodellen (uden andre justeringer) igennem de senere år har reduceret nøgletallene på ældre- og sundhedsområdet i Aarhus Kommune set i sammenligning med gennemsnittet af 6-byerne.

Det skal dog tilføjes, at det af index100 analysen fremgår at Aarhus Kommune i 2018 stadig har et udgiftsindex og et behovsindex, der er på samme niveau. Dvs. at udgifterne er på niveau med det, som befolkningssammensætning og socioøkonomi tilsiger⁸.

Med det seneste budgetforlig og budgetløft med ca. 54 mio. kr. årligt og med ca. 52.000 65+ årige borgere vil nøgletallet stige gennemsnitligt ca. 1000 kr./borger. I budgetmodellen er væksten i enhedsbeløbet fordelt med mest til de ældste jf. tabel 2, hvor løftet til de 85+ årige eksempelvis er fra 85.801 kr. til 90.024 kr., altså 4223 kr. Væksten i enhedsbeløbet svarer til 5% for alle aldersgrupper. Afhængigt af eventuelle budgetløft i andre kommuner, vil det medvirke til at bringe Aarhus tættere på gennemsnittet.

tilvækst i Aarhus kommune. Derfor er tallet for den samlede budgettilvækst i AaK ældremodellen medregnet, således at beløbet for de 0-66 årige også inkluderes.

⁷ 6-by nøgletal, 2019, side 52 ff.

⁸ Index100, 2019, side 8+30 ff.

Ad 2) Tildeling i Aarhus Kommune med B2021 på gennemsnitligt over 50 mio. kr. årligt i budgetperioden er eksempel på ekstra midler, som ikke nødvendigvis følger i andre kommuner.

Ad 3) Er drøftet uddybende i afsnit 2.3 om sund aldring i aarhusianske kontekst. Index 100 analysen viste, at Aarhus Kommune har et budget på ældre og sundhedsområdet, som afspejler behovet og er på niveau med gennemsnit for andre kommuner set i forhold til de socioøkonomiske forhold. I index100 analysen var dog ikke indregnet forskel i uddannelsesniveau, idet det er vanskeligt at få registerdata for uddannelsesniveau for den ældste del af befolkningen. Det er under overvejelse om der skal laves en opdatering af Index 100-analysen med beregning af udgiftsindeks og behovsindeks.

3.3 Visiterede ydelser

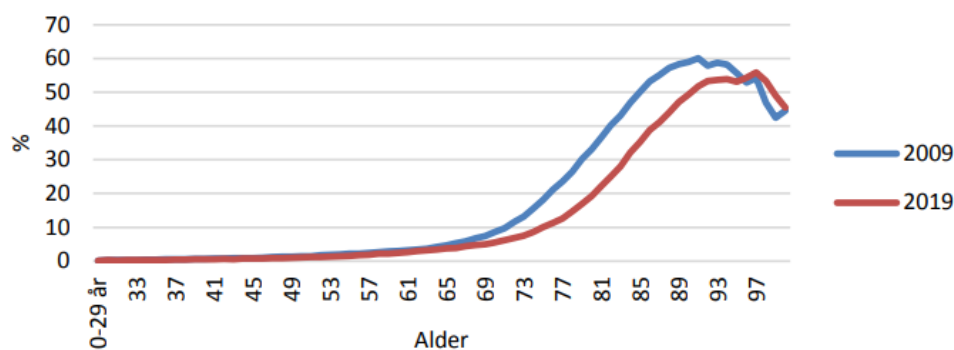
Værdi for borgerne skabes i mødet og samarbejdet mellem borger, pårørende og medarbejdere/ledelse samt civilsamfundet (foreninger, frivillige m.fl.). Service kan derfor ikke alene måles i tid og kroner. Traditionelt har en indikation for serviceniveauet imidlertid – udover kr. pr. borger - været tildelingsomfang for forskellige udvalgte visiterede ydelser. Det er taget med her som et alternativt nøgletal for serviceniveauet, fremfor kun at se på økonomiske nøgletal.

Ses der på hvor stor en andel af de 65-79 årige, der modtager hjemmehjælp i egen bolig i 2019, så er det 5,7% i Aarhus⁹. Aarhus Kommune ligger nummer 30 blandt kommunerne, som visiterer til den højeste andel i aldersgruppen.

Ses der på andel af de 80+ årige, der modtager hjemmehjælp i egen bolig i 2019, så er det 29,5% i Aarhus. Det er nummer ca. 50 blandt kommunerne, som visiterer til den højeste andel i aldersgruppen. Også i antal timer pr. modtager ligger Aarhus over landsgennemsnittet for begge grupper af ældre.

Den generelle tendens til, at borgerne modtager hjælp senere i livet end tidligere, fremgår tydeligt i en sammenligning mellem visitationsomfang i 2009 og 2019 illustreret i figur herunder. Figuren viser samtidig, at der udover en tidsforskydning (altså borgere får senere hjælp) også er sket et fald i andelen, der får hjælp på et givent alderstrin. Det er ikke nødvendigvis i uoverensstemmelse med figuren side 4, hvor kurven alene er tidsforskydning og måske til et højere niveau. Det skyldes, at nedenstående alene er andelen af befolkning, der modtager hjælp. Der kan således godt være sket en bevægelse i retning af, at færre hjælpes på et højere niveau, ligesom der kan ske en flytning af ressourcer til andre opgaver, som ikke visiteres (forebyggelse mv.).

Figur 4: Andel hjemmehjælpsmodtagere på hvert alderstrin i 2009 og 2019 (pct.), her fra KL's budgetvejledningsskrivelse 2022



⁹ KL, Kend din kommune 2021, side 64 ff.

Note: Indsat fra KLs budgetvejledning sektorskrivelse 5.5. Marts 2021. Andel af borgere med hjemmehjælp i løbet af et år (personlig pleje og/eller praktisk hjælp). Baseret på data fra hhv. 80 og 83 kommuner med komplette og konsistente data i hhv. 2009 og 2019 (for liste se bilag 1).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik. Faldet i andelen af modtagere af hjemmehjælp er lidt større, hvad angår praktisk hjælp end personlig pleje. Andelen af 80+årige, der får praktisk hjælp, er faldet fra 43 pct. i 2009 til 30 pct. i 2019, mens andelen med personlig pleje er faldet fra 31 pct. til 24 pct.

4 Konklusion og anbefalinger

Der er ikke enighed om omfanget af sund aldring og de deraf følgende ændringer af udgiftsbehovet, hverken i dansk eller international kontekst.

I det ovenstående er det beskrevet, hvordan sund aldring indregnes i udgiftsprognoser i både Finansministeriet og af Det Økonomiske Råd.

Den sunde aldring forventes fortsat at være gældende for befolkningen generelt fremadrettet, også i kommunal kontekst. Det forventes at kunne ses i den øgede levealder, hvor befolkningen senere har behov for hjælp i hjemmet. Omvendt er der også indikationer på, at effekten af den sunde aldring kan blive aftagende, da de flere leveår også kan føre til flere plejkrævende leveår. Indikationer på, at antallet af gode leveår 'flader ud', bør følges for at vurdere, om der er tale om en blivende tendens. Andre generelle indikationer på udgiftsbehovsudviklingen - fx den socioøkonomiske befolkningssammensætning relativt til andre kommuner gennem en opdatering af Index100-analysen - er også relevant at følge.

Aarhus Kommune har en budgetmodel på ældre- og sundhedsområdet, der kompenserer mindre for befolkningsændringer, end det er tilfældet i de øvrige 6-byer og det kommunale gennemsnit. Omvendt placerer Aarhus sig på niveau, når der sammenlignes på nøgletal for hele området.

Det er svært direkte at sammenligne med andre kommuners praksis, men det kunne tyde på en tendens til, at en større del af budgettildelingen til ældreområdet i Aarhus Kommune sker via aktive politiske prioriteringer og ikke via den automatiske fremskrivning. Der kan også være den sammenhæng, at Aarhus Kommune tidligere har haft et relativt set højt udgiftsniveau, som via budgetmodellen over tid er blevet reduceret i forhold til øvrige kommuner.

Det er derfor relevant at overveje, om budgetmodellen i fremtiden skal kompensere mere for befolkningsudviklingen (også udover det, der er vedtaget i B2021). Eller om der fortsat opleves ændringer i opgaver, ydelser og målgruppe, der kræver politisk stillingtagen og prioritering, og som taler imod i højere grad at fremskrive et uændret serviceniveau.

5 Litteratur

6 by nøgletal, 2019: [6-by Nøgletal \(aarhus.dk\)](#)

Aarhus Kommune, Budgetforlig 2021: [Budgetaftale 2021 \(aarhus.dk\)](#)

Det Økonomiske Råds Sekretariat (DØRS) 2019, *Dansk økonomi Efterår 2019*, [Dansk Økonomi, efterår 2019 \(dors.dk\)](#)

Depp, Colin A. & Jeste, Dilip V., 2006: *Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies*

Notat om sund aldring og budgetmodellen på ældreområdet

FINANSMINISTERIET 2020, DK2025 - en grøn, retfærdig og ansvarlig genopretning af dansk økonomi:
[DK2025 - en grøn, retfærdig og ansvarlig genopretning af dansk økonomi \(fm.dk\)](#)

INDEX 100, 2019: "Udgifter, udgiftsbehov og udgiftsmæssigt serviceniveau i Aarhus Kommune"
https://www.aarhus.dk/media/29062/index-100-udgifter-udgiftsbehov-og-udgiftsmaessigt-serviceniveau-i-aarhus_pptx.pdf

KL, Budgetvejledningsskrivelse 2022, Sektor 5-5 vedr. Ældre, Marts 2021

KL, Kend din kommune 2021, [Kend din kommune - Brug nøgletal i styringen 2012 \(kl.dk\)](#)

Regeringen, 2020: [DK2025- en grøn, retfærdig og ansvarlig genopretning af dansk økonomi](#)

Sanchez, Stéphane m. fl. , 2018: *Aging in Europe: a cluster analysis of the elderly in 4 European countries according to their views on successful aging*

Sundhedsstyrelsen 2021: "Sund aldring", Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet ved Heidi Amalie Rosendahl Jensen, Ida Kyvsgaard, Kaare Christensen og Anne Illemann Christensen, [Rapport ser på sundhedstilstanden hos ældre - Sundhedsstyrelsen](#)

[Sundhedsstyrelse, Social ulighed i sundhed og sygdom: Social ulighed i sundhed og sygdom \(sst.dk\)](#)

VIVE 2018, A Kollerup Iversen og J. Kjellberg: "Flere ældre og nye behandlinger – Hvad kommer det til at koste?" [Flere ældre og nye behandlinger – Hvad kommer det til at koste? Udviklingen i sundhedsvæsenets økonomi, ressourcer og opgaver \(vive.dk\)](#)

VIVE 2020, J Kjellberg og R. Ibsen: "Fremtidens sundhedsudgifter" <https://www.vive.dk/da/udgivelser/fremtidens-sundhedsudgifter-14910/>

VIVE, 2020, *Kommunernes brug af demografimodeller på ældreområdet*, [Kommunernes brug af demografimodeller på ældreområdet \(vive.dk\)](#)