

## Fremtidens ældre – udfordringer på ældreområdet

### Indholdsfortegnelse

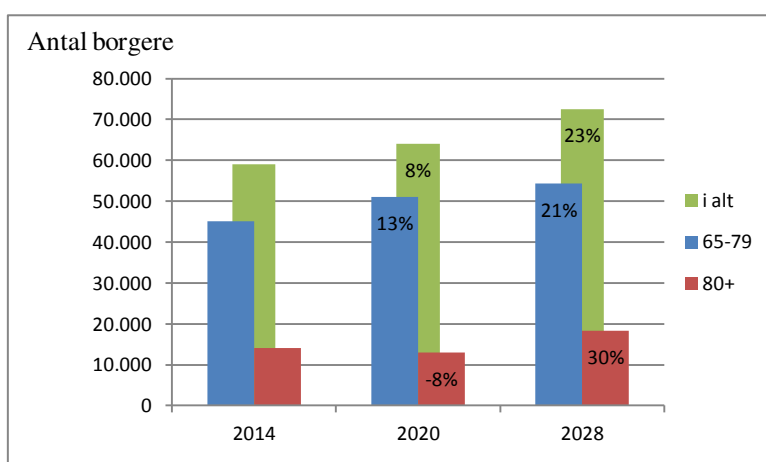
1. Flere ældre og øget behov for ældrepleje.....	2
2. Sund aldring – Længere levetid .....	5
3. Øget forekomst af kronisk sygdom og demens .....	9
4. Opgaveflytning fra region til kommune .....	13
5. Ulighed i sundhed .....	15
6. Fremtidens ældre – forventninger og ønsker til livet som ældre .....	23

## 1. Flere ældre og øget behov for ældrepleje

Antallet af ældre københavnere vil stige de kommende mange år.

Mens der i dag er 59.000 borgere over 65 år i København, vil der med udgangspunkt i demografiske fremskrivninger i 2028 være 72.000 i samme aldersgruppe. Det betyder, at ældrebefolkningen alt andet lige vil stige med 23%. I perioden fra 2014 til 2020 er vækstens størst i aldersgruppen 65-79 årige (13%). Mens den i perioden 2014 til 2020 er størst for de +80 årige (30%).

**Figur 1: Antal borgere i Københavns Kommune demografitilpasning for budget 2014-2028**



Kilde: Økonomiforvaltningen, Københavns Kommune

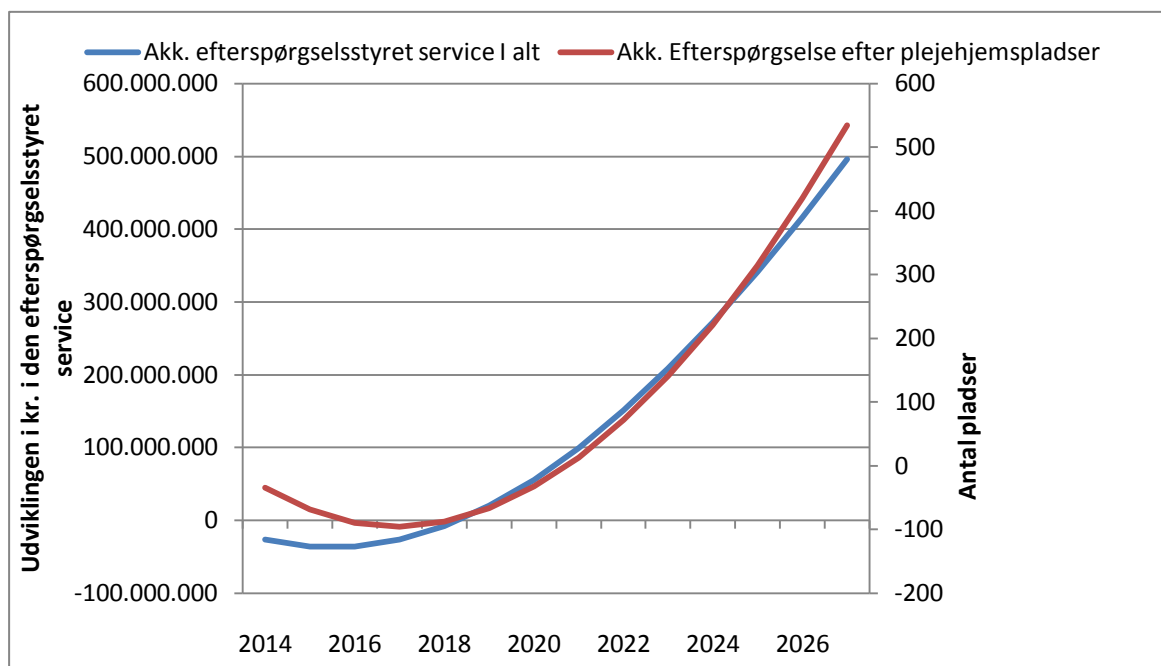
### Stigende behov for sundheds og omsorgsydelser

Antager man, at ældres sundhed og det kommunale serviceniveau (dækningsgrader og omfang af hjælp) er konstant, ville der som alene følge af den demografiske udvikling ske en markant vækst i behovet for, og udgifter til ældrepleje.

En fremskrivning af nutidige udgifter til ældrepleje viser, at Københavns Kommunes udgifter til ældrepleje vil stige med **500 mio. kr.** i perioden fra 2014 til 2027. I samme periode skal der etableres **500 nye plejehjemspladser**, såfremt serviceniveauet skal fastholdes.

Fremskrivningen er illustreret i figur 2.

**Figur 2: Akkumuleret efterspørgsel 2014 -2027 - baseret på Økonomiforvaltningens demografimodel og demografiske fremskrivninger**



*Note: Udgifter til efterspørgselsstyret service omfatter plejehjemspladser, køb og slag af pladser, madservice, personlig og praktisk hjælp samt sygepleje, aktivitetstilbud hjælpemidler og myndighed.*

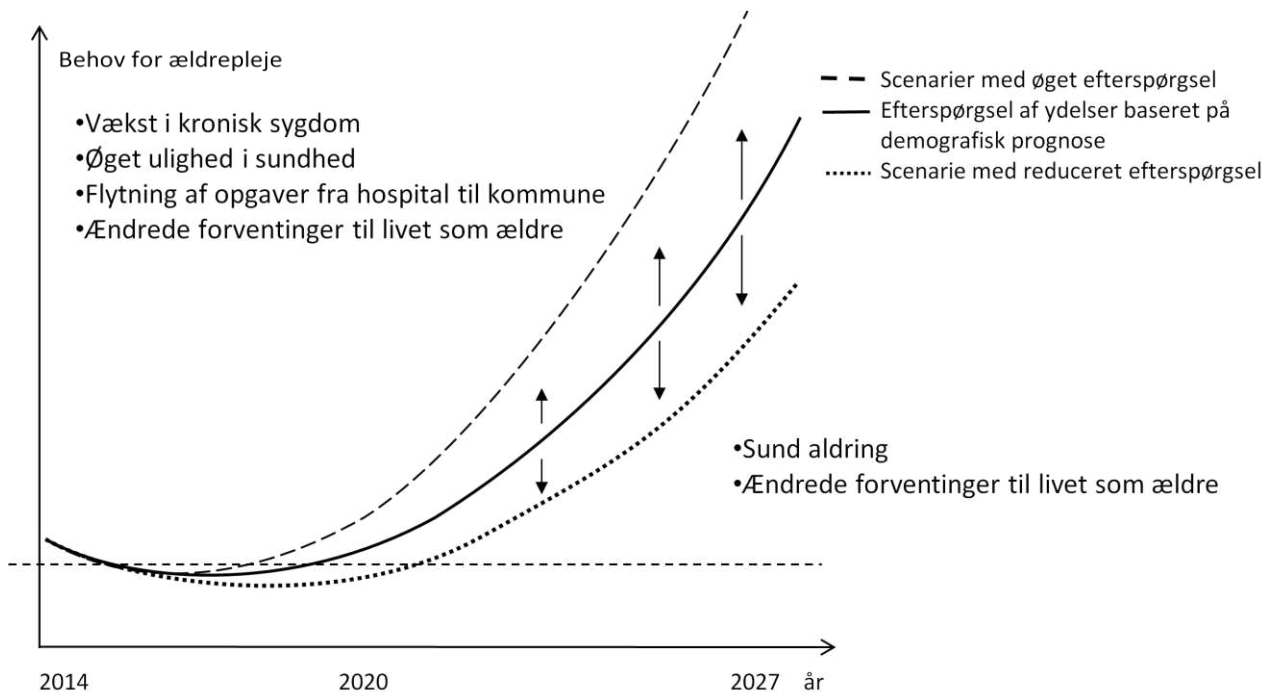
Kilde: Økonomiforvaltningens demografiske data

I fremskrivningerne er der ikke taget højde for til- og fraflytninger til Københavns Kommune, fordi omfanget af flytninger er begrænset i aldersgrupperne fra 50 år og opefter.

### Fremtidens behov for ældrepleje – et komplekst scenarie

Meget tyder på, at den simple demografiske fremskrivning ikke giver et dækkende billede af det fremadrettede behov for offentlige tilbud. Forskning og undersøgelser peger på udviklingstendenser, der vil påvirke behovet for støtte. Udviklingstendenserne kan påvirke hvor længe borgerne skal have støtte (fx hvis antallet af dårlige leveår falder). Men de kan også påvirke typen og omfanget af den støtte, som borgerne har behov for ( fx hvis en større del af plejehjemsbeboerne får demens eller flere hvis flere sygeplejeopgaver flyttes fra hospital til kommunen). Samtidigt peger nogle udviklingstendenser på et **øget** behov, mens andre peger på et **mindre** behov. Dette er illustreret i nedenstående figur:

**Figur 3: Scenarier for fremtidens behov for ældrepleje**



I det følgende præsenteres de faktorer, som forventes at kunne påvirke behovet for ældrepleje.

- Sund aldring - flere sunde leveår
- Kronisk sygdom og demens – flere år med sygdom
- Opgaveglidning fra region til kommune
- Stigende ulighed i sundhed og behov for ældrepleje
- De kommende ældres forventninger til livet som ældre.

Den markante stigning i antallet af ældre vil, uagtet ovenstående faktorer, medføre en markant vækst i udgifter til ældreområdet. Det er derfor centralt, at der i tilrettelæggelse af fremtidens ældrepleje er fokus på mulighederne for at dæmme op for de økonomiske konsekvenser, herunder mulighederne for at reducere antallet af år hvor borgerne har behov for hjælp og støtte.

## 2. Sund aldring – Længere levetid

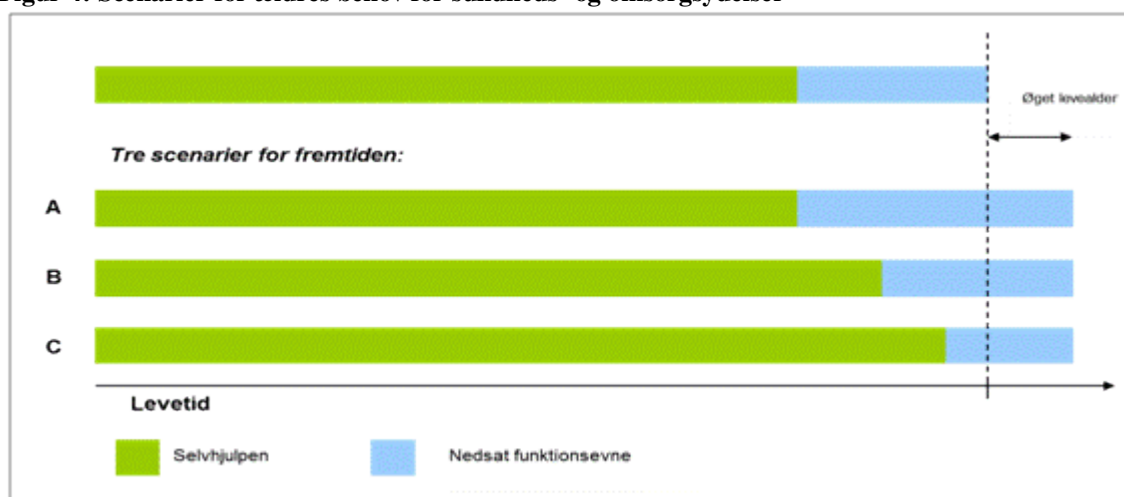
Ifølge beregninger fra KL skal Danmark om 10 år bruge 10 mia. mere på ældre området, såfremt nuværende serviceniveau fastholdes. Der er derfor stor fokus på effekten af sund aldring, altså det forhold at en øget middellevetid kan give sig udslag i flere raske år uden større behov for sundheds- og ældreydelse. Med begrebet sund aldring antages det således, at der er sammenhæng mellem behov for hjælp og afstand til døden, altså at tidspunktet for behov for hjælp udskydes i takt med den stigende middelalder.

I Københavns Kommune er middellevetiden steget med 4,5 år fra 1995 til 2012. Blandt forskere er der generelt enighed om, at danskernes middellevetid vil fortsætte med at stige i de kommende år. Som følge af stigningen i middellevetiden og den markante stigning i antallet af ældre i de kommende år, er der stor fokus på, hvordan den øgede middellevetid vil påvirke efterspørgslen efter ældrepleje. På den ene side forventes det demografiske pres at blive modificeret som følge af sund aldring, dvs. at borgerne får flere gode leveår uden sygdom. På den anden side forventes den øgede middellevetid at medføre en vækst i antallet af borgere, som lever med deres (kroniske) sygdom, og dermed et øget behov for sygepleje, genoptræning mv.

Man kan således opstille tre scenarier for ældres behov for sundheds- og omsorgsydelser ved øget levealder, hvor:

- Scenarie A beskriver en situation, hvor de ældre får flere år med sygdom og nedsat funktionsevne end nu;
- Scenarie B, hvor de ældres tab af funktionsevne og sygdom udskydes og antallet af år med sygdom og funktionsnedsættelse fastholdes;
- Scenarie C, hvor behovet for hjælp udskydes endnu og antallet af år med sygdom og funktionsnedsættelse reduceres.

Figur 4: Scenarier for ældres behov for sundheds- og omsorgsydelser



En opgørelse fra Hjemmehjælpskommissionen 2013 viser, at antallet af forventede leveår med funktionsnedsættelser har været stort set uændret for mænd og er faldet med 0,9 år for kvinder i perioden 1994 til 2010. Tilsvarende viser befolkningsundersøgelser fra tidligere år, at funktionsevnen for

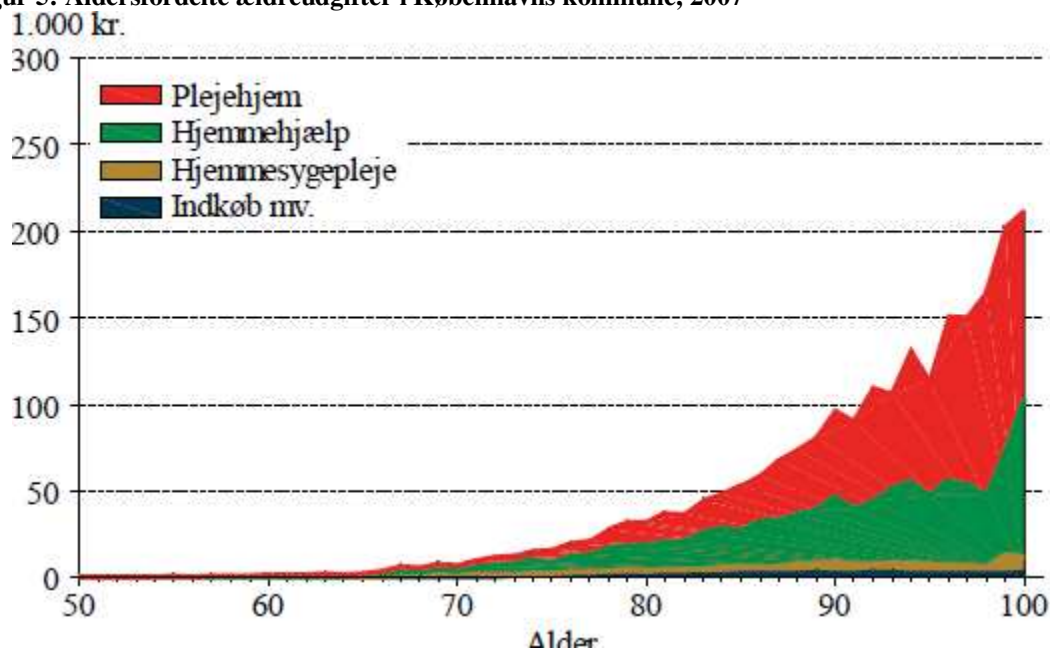
ældre over 60 år er blevet bedre. Andelen af ældre med nedsat bevægelighed faldt således fra 47,5 % til 31,7 % i perioden 1987 til 2005 (på grund af ændret opgørelsesmetode kan udviklingen siden 2005 ikke gøres op på sammenlignelig måde). Den bagudrettede udvikling tyder således på, at antallet af år med funktionsbegrænsninger vil være uændret (scenarie B) eller faldende (scenarie C) i takt med at middellevetiden stiger. Et fald i antallet af år med funktionsnedsættelser vil isoleret set betyde, at behovet for hjælp udsættes og behovet for ældrepleje dermed ikke stiger i samme omfang som antallet af ældre.

### Hvad siger forskningen?

**AKF (2002)** og **Den europæiske kommission (2011)**<sup>1</sup> har lavet fremskrivninger af de forskellige scenarier, men har ikke baseret disse direkte i empirisk viden om de kommende ældres sundhedstilstand. Begge konstaterer, at der ikke er entydige tegn på hvilket scenarie, der er mest realistisk.

**Det Økonomiske Råd** foretog i 2009 en analyse af ældreplejeudgifterne i Københavns Kommune baseret på data fra 2007. Analysen viste, at de gennemsnitlige aldersfordelte udgifter til både plejehjem og hjemmepleje stiger kraftigt med alderen. Stigningen synes i særlig grad at vedrøre udgifter til plejehjemsbeboere.

Figur 5: Aldersfordelte ældreudgifter i Københavns kommune, 2007



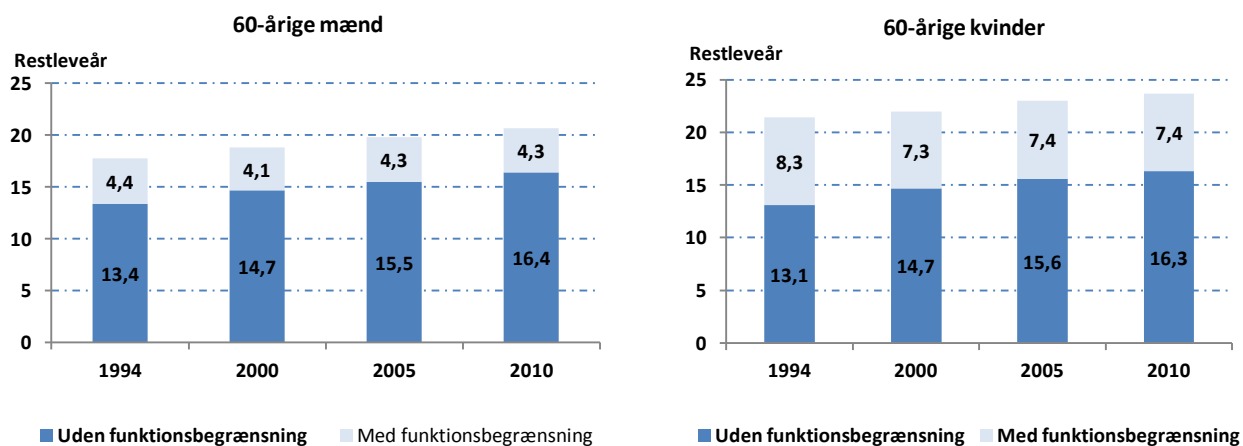
Det Økonomiske Råd har i samme undersøgelse forsøgt at beregne det fremtidige udgiftsniveau som følge af 'sund aldring'. Man antager, at efterhånden som levetiden for ældre øges, så vil terminaludgifterne forskydes. Der indgår ikke øvrige levevilkårs- eller sundhedsvariable i analysen. Beregningen svarer således til scenarie B, hvor døden udskydes, men antallet af tabte gode leveår er konstant.

<sup>1</sup> European Commission (2011) *The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*.

## Tegn på sund aldring

Hjemmehjælpskommissionen har gennemført en undersøgelse af udviklingen i ældres funktionsevne og helbredstilstand. Undersøgelsen viser, at antallet af forventede leveår uden funktionsbegrænsninger for 60-årige steget, for både mænd og kvinde, i perioden fra 1994 – 2010. Samtidig er antallet af år med funktionsbegrænsning faldet, dog meget begrænset. Se figur 6.

Figur 6: Antal restleveår med og uden funktionsbegrænsning



Kilde: Hjemmehjælpskommissionen

Det fremgår af Folkesundhedsrapporten 2014 for Københavns Kommune, at andelen af ældre danskere med nedsat bevægelighed, i perioden 1987 – 2005, er faldet fra 47,5 til 31,7 %. Det fremgår, at hvis man hypotetisk, og noget optimistisk antager, at denne tendens fortsætter, vil andelen være faldet til 18,4 % i 2028. Beregningen bygger på et antal usikre antagelser, men pointen er, at det fremtidige behov for ældrepleje ikke kan baseres på en fremskrivning af aldersfordelingen alene, da andelen af ældre med nedsat funktionsniveau forventes at falde.

## Fald i behov for hjemmepleje

Siden 2008 har der i Danmark været et fald i antallet af modtagere af hjemmehjælp. Endvidere er det samlede antal visiterede timers hjemmehjælp faldet i perioden. Det er især antallet af borgere der kun modtage praktisk hjælp, og antallet af timer hertil, der er faldet. Det gennemsnitlige antal visiterede timer pr. uge pr. modtager har imidlertid ligget nogenlunde stabilt i perioden.

Der er flere forklaringer på denne udvikling. En del af forklaringen er, at de ældre har fået et bedre helbred, og at levevilkårene generelt er blevet bedre for ældre. Det fortsatte fald fra 2008 kan formentlig også forklares med en generel opstramning på visitationskriterierne i kommunerne og en øget fokusering på rehabilitering og hjælp til selvhjælp. (Hjemmehjælpskommissionen 2013)

Også i København har der i perioden 2009 – 2013 været tendenser, som kunne tyde på at effekten af sund aldring viser sig i behovet for ældrepleje:

- Andel +65 årige som modtager ydelser er faldet med 4%.

- Gennemsnitsalderen ved første visitation til personlig pleje/praktisk hjælp er steget fra 73,3 i 2007 til 74,6 i 2013.
- Andel +65 årige borgere der modtager hjemmepleje er faldet med 4%.
- Andel +65 årige som modtager sygepleje er faldet med 2%.
- Gennemsnitlig visiteret tid pr. borger til praktisk hjælp er faldet med 4%

Tendensen de senere år har således været, at borgerne er ældre, når de første gang modtager hjemmepleje og at en lavere andel af de 65+-årige modtager hjemmepleje. Omfanget af praktisk hjælp pr. modtager er ligeledes faldet.

Der er en større andel enlige end samlevende, der modtager hjemmepleje. Mens 15% af de ugifte borgere over 65 år modtog personlig pleje i 2012 i København, galdt det kun 4% af de gifte /samlevende borgere. Andelen af borgere, der lever alene, er højere i København end i resten af landet, både blandt 65+ årige og blandt 50-65-årige. Andelen af enlige ældre borgere er imidlertid faldet lidt, både i København og i resten af landet i perioden 2003-2013.

Det er vanskeligt at konkludere noget entydigt på baggrund af ovenstående tendenser, herunder i hvilket omfang faldet i andel modtagere og gennemsnitsalderen ved førstegangsvisitationer kan tilskrives sund aldring.

Med reformprogrammet *Aktiv og Tryk hele livet* er der de senere år kommet øget fokus på indsatser som skal medvirke til at borgerne forbliver selvhjulpne så længe som muligt, samt at borgerne i videst muligt omfang deltager aktivt i opgaveløsningen. Endvidere er visitationskriterierne, særligt for praktisk hjælp, blevet skærpet.

Den bagudrettede udvikling tyder således på, at antallet af år med funktionsbegrænsninger vil være uændret (scenarie B) eller faldende (scenarie C) i takt med at middellevetiden stiger. Et fald i antallet af år med funktionsnedsættelser vil isoleret set betyde, at behovet for hjælp udsættes og behovet for ældrepleje dermed ikke stiger i samme omfang som antallet af ældre.

Men som beskrevet er det yderst vanskeligt, på det foreliggende datagrundlag at vurdere, hvor stor effekt øget middellevetid og sund aldring kan få det fremtidige behov for ældrepleje. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil derfor i foråret/sommeren foretage nærmere analyser af effekterne af sund aldring.



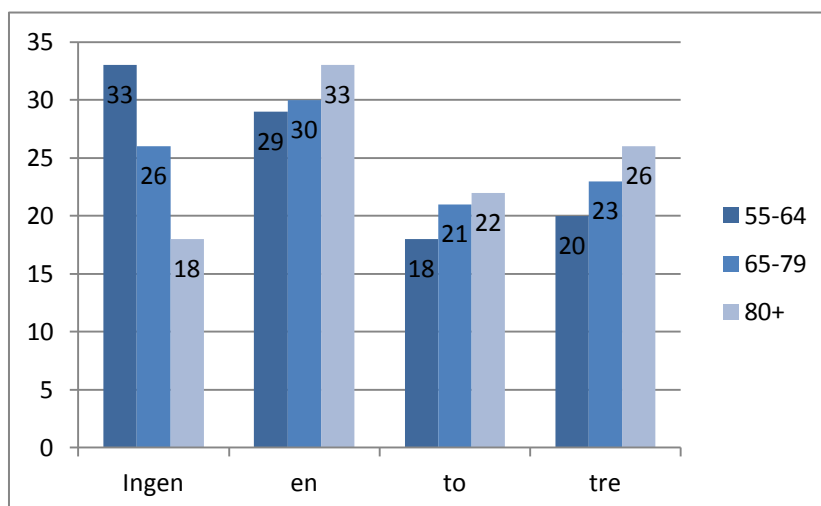
### 3. Øget forekomst af kronisk sygdom og demens

#### Kronisk sygdom

Forekomsten af kroniske sygdomme i Region Hovedstaden er steget de senere år og forventes fortsat at stige. Fra 2007 til 2010 steg andelen af borgere med kronisk sygdom fra 36,8 % til 37,7 %. En stigning på 5,6 % point eller ca. 27.000 borgere. Stigningen skyldes primært en forøget middellevetid samt bedre muligheder for behandling af sygdomme der før var livstruende. Tallene er relativt konservative skøn, da det ikke var muligt at trække data fra primærpraksis.<sup>2</sup> Ca. 1/3 del af befolkningen lever med kronisk sygdom (fx diabetes, KOL og hjertekarsygdomme) og forekomsten stiger med alderen.

Som det fremgår af figur 7 stiger både andelen af borgere med kroniske sygdomme og antallet af kroniske sygdomme pr. borger med alderen.

Figur 7: Andel af borgere med kroniske sygdomme for borgere over 55



Kilde: Sundhedsprofil for region og kommuner 2010, Region Hovedstaden

For de 55 - 64 årige har 33 % ingen kroniske sygdomme, hvorimod det kun er 18% af de 80+ årige. Ligeledes er det kun 20 % af de 55-64 årige der har tre eller flere kroniske sygdomme. Denne andel stiger til 26 % for de 80+ årige.

Der er ikke fundet ret mange danske fremskrivninger af sygdomsforekomst i fremtiden, og dem der er, er behæftet med stor usikkerhed I Folkesundhedsrapporten fra 2007 fra Statens Institut for Folkesundhed findes en national (aldersstandardiseret) fremskrivning til 2020 af en række af de store folkesygdomme, hvor af de væsentligste i denne sammenhæng er:

- Diabetes (både type 1 og 2) forventes på landsplan at have en stigende forekomst i befolkningen frem til 2020 – således forventes andelen af befolkningen med (selvrapporteret) dia-

<sup>2</sup>Kroniske sygdomme - forekomst af kroniske sygdomme og forbrug af sundhedsydelser i Region Hovedstaden (2011): 60

betes at stige fra 3,7 % i 2005 til 4,9 % i 2020 svarende til en tilvækst på omkring 100.000 personer på landsplan.

- Hjerte-kar-sygdomme forventes tilsvarende at have en stigende forekomst fra 7,0 % af befolkningen i 2005 til 7,9 % i 2020 svarende til en tilvækst på omkring 109.000 personer på landsplan.
- Åndedrætssygdomme forventes også at stige i perioden 2005 til 2020 – fra 5,6 % af befolkningen i 2005 til 6,7 % i 2020 svarende til en tilvækst på 71.000 personer.

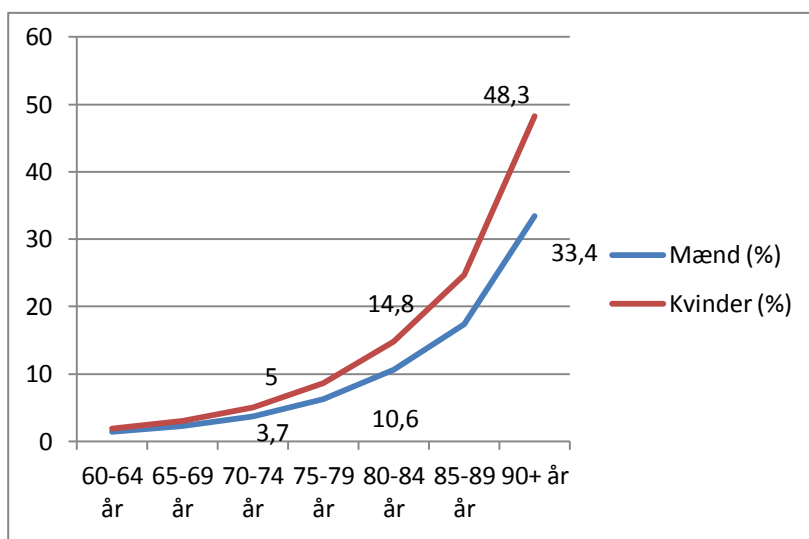
Det bemærkes, at ovenstående udelukkende er en linær fremskrivning, der kun tager højde for udviklingen i befolkningens levetid. Der tages ikke højde for nye behandlingsmuligheder og væsentlige ændret sundhedsadfærd.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed: Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007.

## Borgere med demens

Forekomsten af demens i ældrebefolkningen i Danmark er ca. 6-7 %. Den årlige netto-tilvækst af ældre med demens er aktuelt ca. 1.500 personer, når der tages højde for den høje dødelighed i de ældre aldersgrupper. Forekomsten af demens øges kraftigt med alderen, idet der sker en fordobling af antallet for hvert femte leveår. Forekomsten er markant højere for kvinder end for mænd.

**Figur 8: Andel af demente blandt kvinder og mænd i Danmark**



Kilde: Forekomst af demens i Danmark, Nationalt videnscenter for Demens

I København forventes antallet af borgere med demens at stige fra ca. 5.700 til ca. 7.400 i perioden fra 2013 til 2030.

**Tabel 1: Andel af demente blandt kvinder og mænd**

	2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Fremskrivning af ældrebefolkning (60+ årige)	80.950	82.953	88.970	98.528	109.634	120.455	129.316
Mænd med demens	1540	1602	1825	2160	2568	2999	3405
Kvinder med demens	4143	4072	4004	4263	4799	5478	6100
I alt	5683	5674	5829	6423	7367	8477	9505

Kilde: Forekomst af demens i Danmark, Nationalt Videnscenter for Demens

Den markante udvikling i antallet af borgere med demens betyder at det fortsat vil være et område der kræver stort fokus.

Disse udviklingstendenser betyder, at flere ældre fremover vil leve flere år med (kronisk) sygdom. Dette er ikke nødvendigvis ensbetydende med at borgerne får flere leveår med funktionsbegrænsninger, da flere formentlig vil leve godt med deres sygdom, men det kan betyde, at kommunerne får en større opgave i form af patientrettet forebyggelse, sygepleje, genoptræning, rehabilitering mv. Den øgede forekomst af kronisk sygdom og demens peger dermed i retning af enten flere år

med funktionsnedsættelse (scenarie A) eller fastholdelse af antal år med funktionsnedsættelse (scenarie B), men med en større tyngde i de kommunale opgaver. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil i foråret/sommeren foretage nærmere analyser af væksten i kronisk sygdom og demens, samt effekten heraf.

## 4. Opgaveflytning fra region til kommune

Kravene til sundhedsvæsenet ændrer sig løbende, blandt andet som følge af stigning i antallet af ældre og kronikere som har behov for behandling og den faglige udvikling, som gør det muligt at behandle mere og flere. Endvidere er der ændrede krav og forventninger til sundhedsvæsenet. I dag ønsker de fleste mennesker med en kronisk eller længerevarende sygdom, at kunne fortsætte deres liv så normalt som muligt – tæt på de pårørende og i deres eget hjem – frem for at være indlagt. (Det hele sundhedsvæsen, Danske regioner 2012)

Der er i de sidste 10 år sket mange forandringer i sundhedsvæsenet. Sengekapaleten og indlæggelsestider er reduceret, og samtidig har der været en vækst i ambulante aktiviteter.

Som det fremgår af tabel 2 fra Hjemmehjælpskommissionen er den gennemsnitlige indlæggelsestid faldet fra 7,6 til 4,6 dage for de 75 - 84 årige, og fra 8,3 til 4,9 for de 85+ årige. Samtidig er der sket en stigning i antallet af ambulante besøg. For de 75 - 84 årige og de 85+ årige er antallet af ambulante besøg steget med hhv. 61% og 82%.

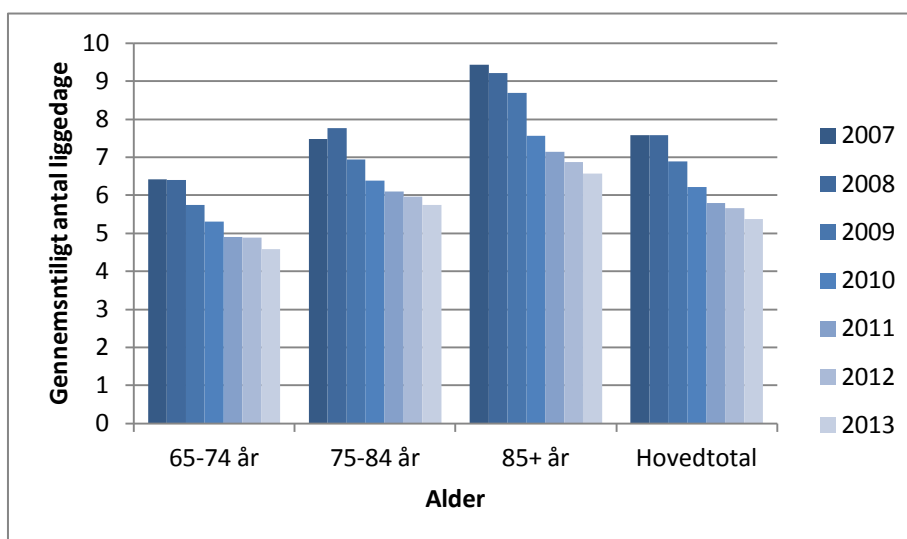
**Tabel 2: Gennemsnitlig liggetid og antal ambulante besøg 2002-2011**

	Gennemsnitlig liggetid, dage			Antal ambulante besøg		
	65-74 år	75-84 år	85+ år	65-74 år	75-84 år	85+ år
2002	6,5	7,6	8,3	721.712	505.776	118.074
2003	6,1	7,2	7,8	788.486	550.956	129.564
2004	5,8	6,8	7,4	826.920	577.997	138.279
2005	5,6	6,6	7,2	871.592	604.146	146.967
2006	5,4	6,3	6,9	933.937	630.505	158.557
2007	5,1	6,0	6,5	1.042.103	664.543	169.546
2008	5,0	5,9	6,4	1.072.859	670.325	174.852
2009	4,6	5,3	5,7	1.238.540	750.884	198.855
2010	4,3	4,9	5,2	1.311.329	778.769	208.601
2011	4,1	4,6	4,9	1.395.955	814.520	214.935

Kilde: Statens Serum Institut, Sektor for National Sundhedsdokumentation og Forskning

Ser man på København er den gennemsnitlige liggetid på de medicinske afdelinger for 65+årige faldet fra 5,1 dage til 4,4 dage og sengedagsforbruget er faldet med 7% fra 2007 til 2011.

**Figur 9: Udviklingen i gennemsnitlig liggetid for 65+ årige københavnere 2007-2013**



Kilde: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

I Københavns Kommune er det gennemsnitlige antal visiterede timers sygepleje og personlig pleje til ældre steget med hhv. 11% og 5% i perioden 2009 – 2013. Endvidere er der oprettet 60 akutte plejepladser, hvor de borgere der har de mest omfattende pleje- og omsorgsbehov kan tilbydes et midlertidigt ophold efter indlæggelse eller som alternativ til indlæggelse.

Udviklingen i det regionale sundhedsvæsen ser således ud til at give et øget pres på den kommunale ældrepleje. Forsætter denne udvikling, vil der være et stigende antal borgere med komplekse pleje- og omsorgsbehov, som har behov for især sygepleje og personlig pleje. Kommunerne vil dermed formentlig få en større andel af pleje- og behandlingsopgaverne for de ældre, men opgaveglidningen vil ikke i sig selv betyde en ændring i antal år med funktionsbegrænsninger. Opgaveglidningen peger dermed ikke i sig selv på en stigning, fastholdelse eller fald i antal år med funktionsnedsættelse (scenarie A, B eller C), men peger på en større kommunal opgavetyngde i forhold til borgere med funktionsbegrænsninger.

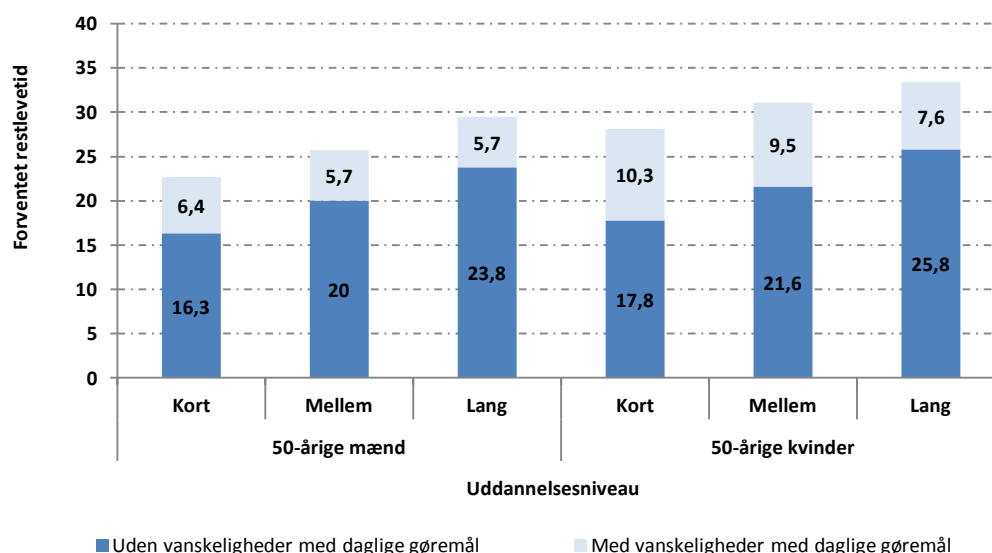
## 5. Ulighed i sundhed

Ældre menneskers livssituation afspejler de akkumulerede påvirkninger gennem livet, herunder uddannelse, erhverv og indkomst. Socioøkonomisk status, både gennem livet og som ældre, har således en betydning for ældres sundhed og funktionsevne, og dermed behov for ældrepleje.

### Uddannelse og funktionsniveau

Som det fremgår af figur 10, er det forventede antal restleveår lavere for 50 årige med lav uddannelse end for 50 årige med høj uddannelse. Endvidere er det forventede antal år med nedsat funktionsevne og mindre godt eller dårligst helbred højere for personer med lav uddannelse end personer med mellem og lang uddannelse.

Figur 10: Restlevetid for 50-årige opdelt efter uddannelsesniveau

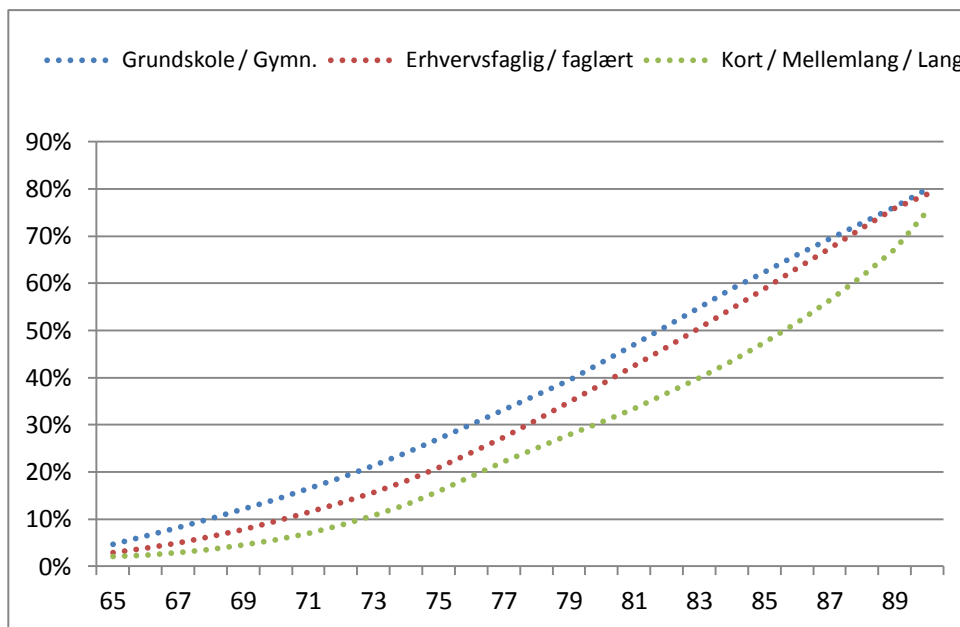


Kilde: Folkesundhedsrapport københavn 2014

Ser man isoleret på antal år med vanskeligheder med daglige gøremål og mindre godt og dårligt helbred må det således alt andet lige forventes, at borgere med et lavt uddannelsesniveau har behov for hjælp i flere år end borgere med lang uddannelse.

Denne tendens bekræftes, når man ser på dækningsgraden for forskellige uddannelsesgrupper i Københavns Kommune. Som det fremgår af figur 11 er dækningsgraden ift. plejehjem og hjemmepleje højere for personer der alene har grundskole eller gymnasium, end for personer med kort/mellem/lang videregående uddannelse. Dog er der kun begrænsede forskelle blandt de yngste ældre og de ældste ældre.

**Figur 11: Dækningsgrader efter uddannelsesgruppe og alder, 65+ årige københavnere**

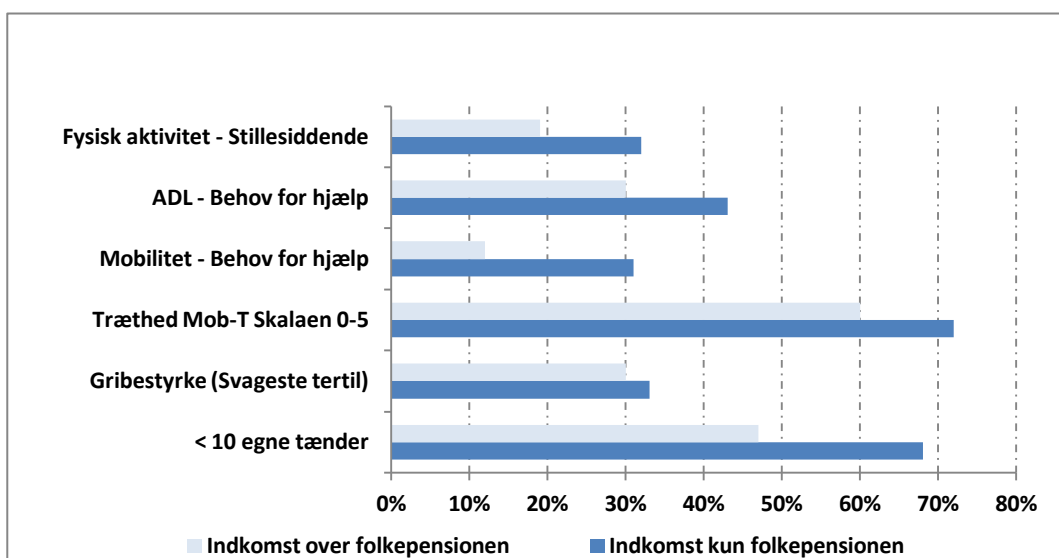


Kilde: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen 2014

### Indkomst og funktionsniveau

En undersøgelse foretaget af Sundhedsstyrelsen og Københavns Universitet viser, at aktuel økonomisk status på en række punkter er associeret med funktionsevne. Dette fremgår af figur 12, hvor det ses at borgere der alene har folkepension hyppigere har funktionsnedsættelser på en række områder, sammenlignet med borgere hvis indkomst er over en folkepension. Særligt er der en markant større andel borgere der alene har folkepension, som har behov for hjælp grundet nedsat mobilitet, og som oplever træthed.

**Figur 12: Indkomst og forskellige mål for tidlig nedsættelse af funktionsevne (pct.)**



Kilde: Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser, Sundhedsstyrelsen og Københavns Universitet 2012.



Sundheds- og Omsorgsforvaltningen foretog i 2012 en analyse af dækningsgrader for hjemmepleje og plejebolig for forskellige indkomstgrupper. Analysen viser et mere komplekst billede når man ser på dækningsgrader for forskellige indkomstgrupper.

**Tabel 3: Aldersjusteret dækningsgrad for hjemmepleje og plejebolig for borgere over 65 år.**

Indkomst (kr.)	Alle borgere	Borgere med dansk oprindelse	Borgere med vestlig oprindelse	Borgere med ikke-vestlig oprindelse	Andel borgere i indkomstintervallet
0-64.999	13%	34%	15%	8%	1%
65.000-99.999	24%	32%	25%	14%	3%
100.000-124.999	33%	34%	31%	16%	14%
125.000-149.999	30%	31%	29%	23%	24%
150.000-199.999	32%	33%	30%	29%	25%
200.000+	21%	21%	24%	23%	32%
<b>+65-årige i alt</b>	<b>28%</b>	<b>29%</b>	<b>27%</b>	<b>16%</b>	<b>100%</b>

Kilde: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen 2012

### ***Borgere med mellem- og højindkomster***

63 % af københavnere over 65 år har en indkomst på mellem 100.000 og 200.000 kr. Inden for denne gruppe er der kun små udsving i brug af omsorgsydelser (plejebolig + hjemmepleje), da dækningsgraden ligger mellem 30 % - 33 %. Forbruget af plejeboliger og hjemmepleje er med andre ord stort set den samme blandt de der tjener 100.000 kr., som de der tjener op til 200.000 kr.

For de 32 % af ældre københavnere med indkomster på over 200.000 kr. falder brugen af plejeboliger og hjemmepleje betydeligt. Denne gruppe har en samlet dækningsgrad på 21 % - mod et gennemsnit på 28 %.

### ***Borgere med lavest indkomst***

Blandt den 1 % af borgerne i Københavns Kommune over 65 år som har en samlet indkomst på under 65.000 kr., bruger markant færre hjemmepleje og plejeboliger (under halvdelen) end gennemsnittet af borgere over 65 år. De 3 % af borgerne over 65 år, som tjener mellem 65-100.000 kr., bruger også i mindre grad omsorgsydelser end gennemsnittet af ældre – om end mindreforbruget her er mindre udtalt.

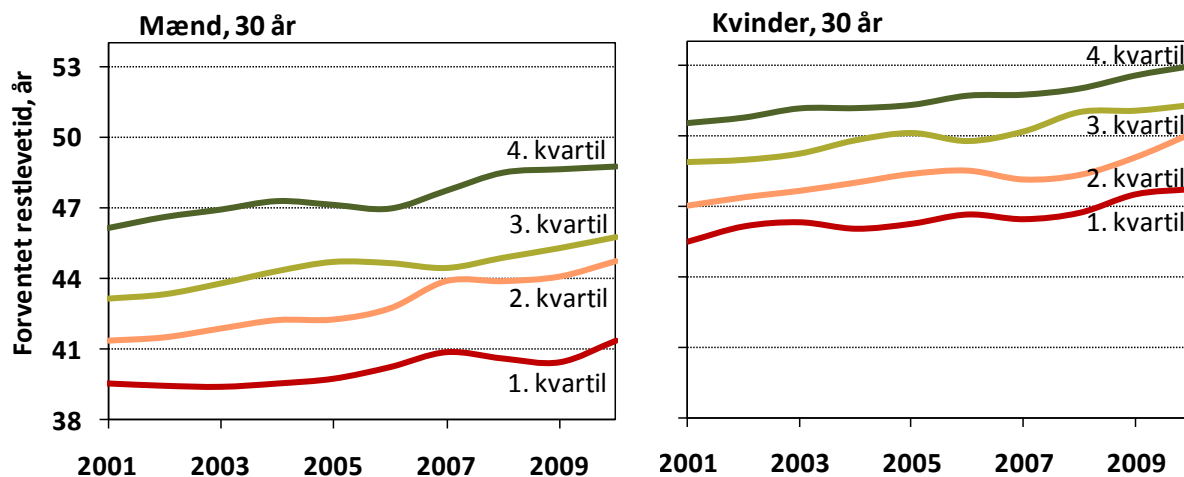
Mindreforbruget af omsorgsydelser blandt de laveste indkomstgrupper gælder *alene* personer med anden etnisk oprindelse end dansk. Endvidere gælder det først og fremmest gruppen af borgere med ikke vestlig baggrund. Hvor 29 % af alle borgere i København over 65 år modtager hjemmepleje eller bor i plejebolig, gælder det kun for 8% og 14% af borgere med ikke-vestlig oprindelse i de to laveste indkomstgrupper.

Samtidig udgør personer med ikke-vestlig oprindelse ca. halvdelen af borgerne med de laveste indkomster på under 100.000 kr.

## Stigende ulighed i sundhed.

Middellevealderen i København stiger for alle personer i alle uddannelses kvartiler, men samtidig stiger uligheden også. Forskellen på restlevetiden mellem højeste og laveste uddannelseskvarter er 7,4 for mænd og 5,2 for kvinder. Dette er en stigning på 0,6, respektive 0,1 siden 2001, jf. figur 13.

Figur 13: Restlevetid ved 30 års alder for fire uddannelseskvarter i København 2001-10

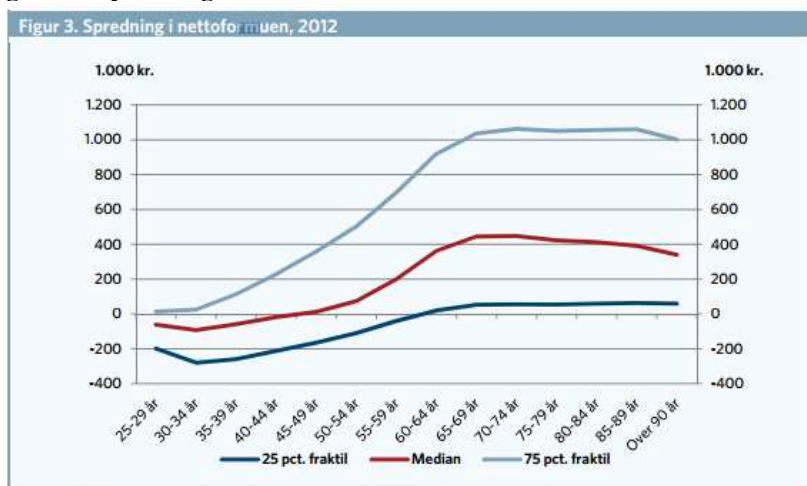


Kilde: Folkesundhedsrapport 2014 for Københavns Kommune

## Stigende ulighed i indkomst

Ældrebefolkningen bliver generelt stadig mere velstående, både absolut og sammenholdt med personer under 60 år. Men samtidig er det blandt de + 65-årige at man finder de største spredninger i nettoformue. De fattigste 25% ældre har max. 50.000 kr. og de rigeste 25 procent har over 1 mio.kr. i nettoformue, jf. figur 14.

Figur 14: Spredning i nettoformue 2012



Anm: Som figur 1.  
Kilde: AE på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Kilde: AE på baggrund af Danmarks Statistiks registre

Uligheden for pensionister har endvidere været stigende, som det fremgår af figur 15. .

**Tabel 4: Stigning i ulighed målt ved gini-koefficient**

	2001	2010	Vækst
Indkomst, 25-59-årige	21,4	23,7	2,3
Indkomst, pensionister	20,7	24	3,2
Formuekorrigeret, 25-59-årige	23,5	26,6	3,1
Formuekorrigeret, pensionister	33,8	35,6	1,8

Kilde: Stor ulighed blandt pensionister, arbejderbevægelsens erhvervsråd, oktober 2010

Uligheden blandt pensionister er steget fra 20,7 % 2001, til 24% i 2010, målt i gini-koefficient. Gini-koefficienten er et indeks mellem 0 og 100, hvor 0 svarer til, at alle personer har samme indkomstniveau, mens en koefficient på 100 svarer til, at hele indkomstmassen er koncentreret hos en enkelt person. En stigning i gini-koefficienten er således udtryk for, at indkomstfordelingen er blevet mere ulige.

Korrigerer man for formue, steg uligheden kraftigt frem til 2007, hvor boligpriserne toppede, hvorefter den er faldet frem mod 2010. Men uligheden er dog stadig væsentlig større i 2010 end 2001, og den forventes fortsat at være stigende.

## Ulighed i sundhed og behov for ældrepleje

Som beskrevet ovenfor, er der en stigende ulighed i sundhed, både målt i middelevealder og indkomst. Man må derfor forvente, at der er stigende ulighed i behov for ældrepleje, målt i antal år med behov for ældrepleje.

Nedenfor vises en oversigt over karakteristika for tre grupper af ældre; ressource stærke, relativt ressource stærke og ressource svage. Der tages i oversigten udgangspunkt i uddannelsesniveau, og ses på forskelle i sundhedsadfærd, helbred, dækningsgrad (andele der modtager plejeydelser), funktionsevne og sociale relationer.

Som det fremgår af tabel 4, er der væsentlige forskelle på både helbred, funktionsevne, dækningsgrader/behov for ældrepleje, og sociale relation mellem personer med hhv. lav, mellem og lang uddannelse.

Fælles for alle grupper er, at middelevealderen er stigende, men som beskrevet i afsnit 2 vedr. sund aldring forventes særligt ressource stærke og relativt ressource stærke at leve længere og få flere sunde leveår, mens ressource svage borgere måske lever længere, men får flere dårlige leveår og derfor behov for pleje i længere tid.

Man kan således forvente, at man:

- i gruppen af ressource svage ældre borgere typisk vil finde borgere hvor antallet af år med behov for hjælp stiger ved øget middelelevetid, svarende til scenarie A.

- i gruppen af relativt ressourcestærke ældre borgere typisk vil finde borgere, hvor behov for hjælp udskydes og antallet af år med hjælp fastholdes, svarende til scenarie B.
- i gruppen af ressourcestærke ældre borgere typisk vil finde borgere hvis behov for hjælp udskydes og antallet af år med hjælp reduceres, svarende til scenarie C.

**Tabel 5: Karakteristika ved forskellige ældregrupper**

	<u>Ressourcestærk</u>	<u>Relativt Ressourcestærk</u>	<u>Ressourcesvage</u>
Uddannelse	- kort, mellemlang og lang videregående	- erhvervsfaglig	- grundskole og gymnasiel
Sundhedsadfærd	29% fysisk aktiv mindre end 30 min om dagen 54% aldrig røget 7% storforbrug af alkohol 4% meget usunde madvaner 32% sunde madvaner	37% fysisk aktiv mindre end 30 min om dagen 41% aldrig røget 10% storforbrug af alkohol 14% meget usunde madvaner 20% sunde madvaner	41% Fysisk aktiv mindre end 30 min om dagen 39% Aldrig røget 11% Storforbrug af alkohol 16% Meget usunde madvaner 20% Sunde madvaner
Helbred	- middellevetid 83,1 år (landstal)** 9% mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred 6,0% dårligt fysisk helbred 11% med 3 kroniske lidelser* 2,9% diabetes 15% højt stressniveau	- middellevetid 81,3 år (landstal)** 16% mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred 12,5% dårligt fysisk helbred 14% med 3 kroniske lidelser* 5,7% diabetes 21% højt stressniveau	- middellevetid 78,2 år (landstal)** 24% mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred 16,3% dårligt fysisk helbred 27% med 3 kroniske lidelser* 12,2% diabetes 28% højt stressniveau
Dækningsgrad	- lave dækningsgrader af pleje og omsorgsydelse		- høje dækningsgrader af pleje og omsorgsydelse
Funktionsevne	- år med fremragende eller godt helbred 41,4 år (mænd) 43,0 år (kvinder) - år med mindre godt eller dårligt helbred 7,4 år (mænd) 9,8 år (kvinder)***	- år med fremragende eller godt helbred 35,0 år (mænd) 37,8 år (kvinder) - år med mindre godt eller dårligt helbred 9,2 år (mænd) 12,2 år (kvinder)***	- år med fremragende eller godt helbred 25,9 år (mænd) 25,8 år (kvinder) - år med mindre godt eller dårligt helbred 14,1 år (mænd) 20,4 år (kvinder)***
Sociale relationer	- Er ofte ensomme: 4,0% -Har kontakt mindre end en gang om måneden: 4,9% - Venner 5,5% - Familie	-Er ofte ensomme: 5,6% -Har kontakt mindre end en gang om måneden: -8,0% - Venner 6,7% - Familie	-Er ofte ensomme 9,0% -Har kontakt mindre end en gang om måneden: 9,0% - Venner 9,9% - Familie

Kilder: Sundhedsprofilen Region Hovedstaden 2013

\*tal er fra sundhedsprofilen Region Hovedstaden 2010

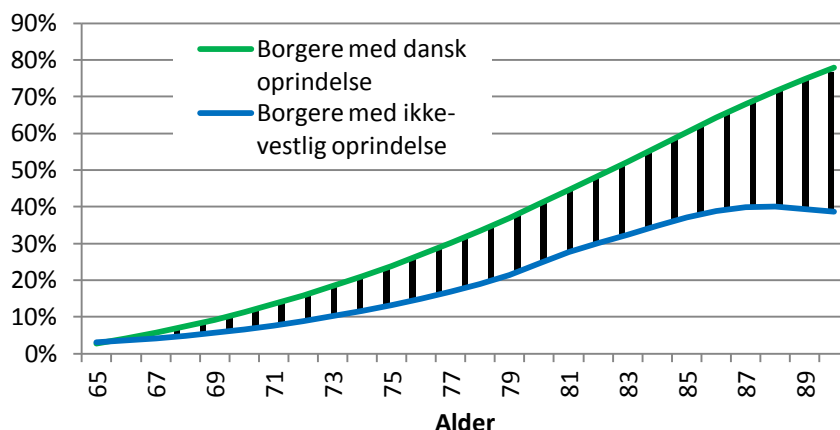
\*\*tal er fra Danmarks Statistik 2014

\*\*\* tal er fra Folkesundhedsrapport - København 2014

## Borgere med ikke-vestlig oprindelse

Brugen af plejebolig og hjemmepleje er generelt markant lavere for personer med ikke-vestlig oprindelse over 65 år. Samlet set benytter 16 % af denne gruppe hjemmepleje eller plejebolig mod 28 % samlet set.

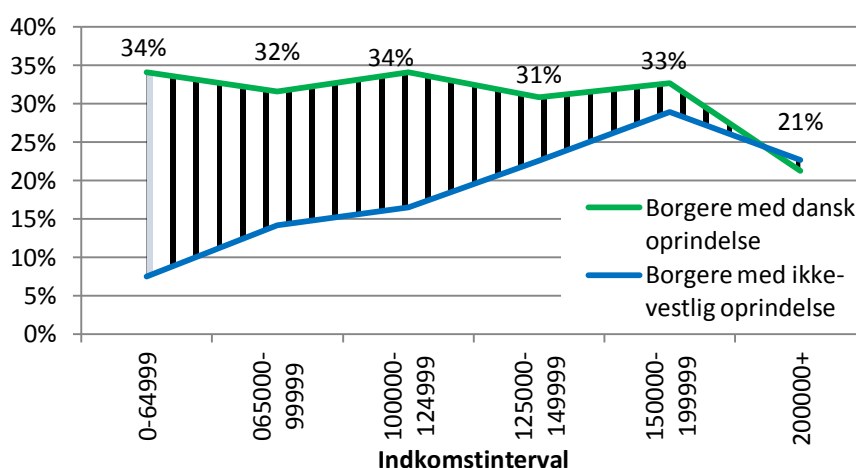
**Figur 15: Dækningsgrad for hjemmepleje og plejebolig for borgere over 65 år fordelt på alder og oprindelsesland**



Kilde: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Som det fremgår af figur 15 er det endvidere karakteristisk for gruppen af borgere med ikke-vestlig oprindelse, at brugen af plejebolig og hjemmepleje *stiger* betydeligt med indkomsten (med undtagelse af de 7 %, som tjener over 200.000 kr.) – og dermed udlignes forskellen til personer med danske oprindelse op gennem indkomstgrupperne.

**Figur 16: Dækningsgrad for hjemmepleje og plejebolig for borgere over 65 år fordelt på indkomstinterval og oprindelsesland.**



Kilde: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Den umiddelbare sammenhæng mellem indkomst, etnisk oprindelse, og brug af hjemmepleje og plejeboliger hænger muligvis også sammen med opholdstid i Danmark. Det er således et fællestræk for borgere med vestlig og ikke-vestlig oprindelse i den laveste indkomstgruppe, at de har en betydelig kortere opholdstid i Danmark end borgere med vestlig og ikke-vestlig oprindelse i de højere indkomstgrupper. Ca. en tredjedel af borgerne med vestlig og ikke-vestlig oprindelse i den laveste

indkomstgruppe har en opholdstid i Danmark på under 10 år, mens de tilsvarende tal i de højere indkomstgrupper er 3-4 %.

En undersøgelse fra AKF har påpeget den samme tendens: Ældre med indvandrerbaggrund, som har boet i Danmark i over ti år, modtager hyppigere ydelser end de ældre, der har boet i Danmark i mindre end ti år.

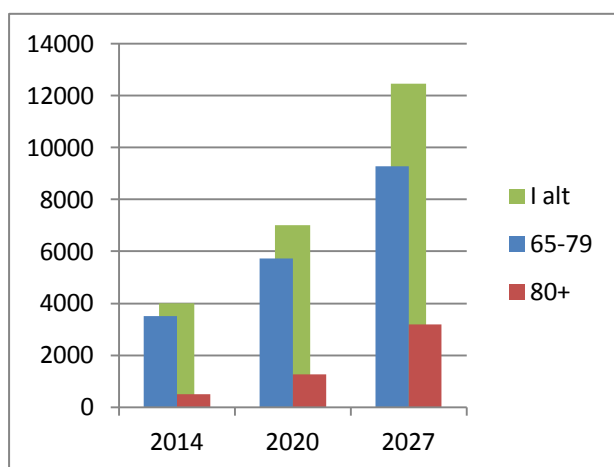
Publikationer fra Styrelsen for Social Service og en rapport fra Anvendt Kommunal Forskning peger på nedenstående faktorer som årsag til, at borgere med anden etnisk oprindelse modtager mindre hyppigt hjælp end etniske danske ældre:

- Sprogbarrierer
- Kulturelle forskelle herunder traditionen blandt nogle etniske grupper om, at det er familiens opgave at pleje den ældre
- Manglende kendskab til den offentlige sektor.

### Øget levetid og flere borgere med ikke-vestlig baggrund

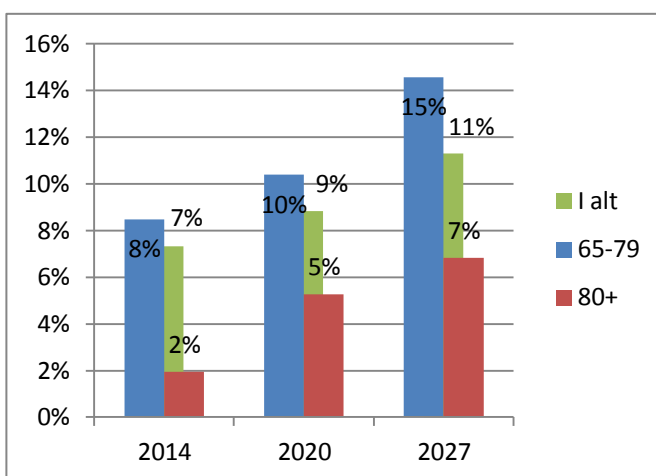
Antallet af 65+ årige borgere med ikke-vestlig baggrund vil stige fra ca. 4.000 til ca. 12.500 frem til 2027. Det svarer til at andelen af 65+ årige borgere med ikke-vestlig baggrund vil stige fra 7 % til 11 % af ældrebefolkningen frem til 2027. Ligesom hos resten af ældrebefolkningen er det særligt de unge ældre der frem til 2018 der vil stige i andel, jf. figur 17.

Figur 17: Antal af borgere med ikke-vestlig baggrund



Kilde: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen på baggrund af tal fra Danmarks Statistik

Figur 17: Andel af borgere med ikke-vestlig baggrund



En ny opgørelse fra Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold viser, at ældre med ikke-vestlig oprindelse kan forvente at leve længere end personer med dansk oprindelse. 65-årige mænd med ikke-vestlig baggrund kan således forvente at leve et år længere end mænd med dansk oprindelse. For kvinder udgør den tilsvarende forskel i forventet levetid knap et år.

Der vil således blive flere borgere med ikke-vestlig baggrund, og de forventes at leve længere. Samtidig vil flere borgere have boet i Danmark mere end 10 år, og forventes dermed at efterspørge i samme omfang som ældre af dansk oprindelse. Samlet set vil det betyde, at antallet af borgere med ikke-vestlig baggrund, som har behov for ældrepleje, må forventes at stige.

## 6. Fremtidens ældre – forventninger og ønsker til livet som ældre

### Skiftende paradigmer for det gode ældre liv

De, der er ældre i dag, er vokset op i en tid hvor en rolig og tilbagetrukket alderdom var idealet. Det blev set som naturligt, at man som ældre blev lidt mere indadvendt og ønskede at trække sig lidt tilbage. Således var tilbagetrækning set som idealet. Mulighed for tilbagetrækning blev set som en gave fra velfærdssamfundet, og der blev bygget alderdomshjem, så samfundet kunne tage sig af de ældre, som skulle have lov til at hvile sig i rolige omgivelser og tilbringe deres sidste år i fred.

I dag hersker et aktivitetsparadigme for ”de nye ældre”, hvor et liv med meningsfulde aktiviteter skal fortsætte langt op i alderen. Tilbagetrækning er således hverken naturligt eller uundgåeligt. Ældre opfordres til, og forventes, at være aktive for deres egen og samfundets skyld. Der tales lige frem om vellykket aldring, hvor kriterierne er at være velfungerende fysisk og kognitivt, fri for sygdomme og sygdoms risici, aktivt engagement i andre mennesker enten i frivilligt eller betalt arbejde.

En alderdom uden store sociale og fysiske begrænsninger er ønskværdig for alle. Og det er også det en stor del af de ældre ønsker. Sund og aktiv aldring handler om at få mere, og ikke mindre, ud af livet, når vi bliver gamle. Heldigvis oplever stadig flere ældre mange gode år fri for sygdom og funktionsnedsættelser. Og rigtigt mange har fået et stadigt mere aktivt ældre liv.

Men aldring er en individuel proces. Aldring følger ikke den kronologiske alder, men er et følge af den forudgående opvækst og de tidligere leveår. Aldring er således en individuel proces – og ældre er ikke en homogen gruppe.

Den store fokus på aktiv aldring kan medføre en risiko for at det bliver sværere for dem der er sårbare og svækkede og ikke kan ”ride med på bølgen” af aktiv aldring. Der er således risiko for at afstanden mellem hvad den enkelte formår og de krav og forventninger, som omgivelserne stiller øges, og at svækkede ældre svigtes.

### Alderens muligheder – Ældre Sagens fremtidsstudier

I Ældre Sagens Fremtidsstudie har over 4.000 danskere mellem 50 og 84 år fortalt om deres liv, som de oplever det, og som de ønsker sig det. De er blevet spurgt til, hvad de forventer sig af fremtiden, og hvordan de forbereder sig på den.

Nedenfor findes dele af konklusionerne fra Ældre Sagens Fremtidsstudie.

### Livskvalitet - muligheder og bekymringer

De allerfleste forbinder livskvalitet med de relationer, de har til venner og familie samt med at have et godt helbred – i hvert fald så godt, at det ikke forhindrer dem i at gøre det, de har lyst til. Og hvad de har lyst til afhænger i høj grad af hvilke livsværdier, hvilken livsform og livssituation den enkelte har. Kvalitet og tilfredshed i livet hænger sammen med, om man oplever, at ens liv passer til den livsform og de værdier, som man gerne vil se sig selv som en del af. Relationer til familie og venner er dog de vigtigste livsværdier for alle.

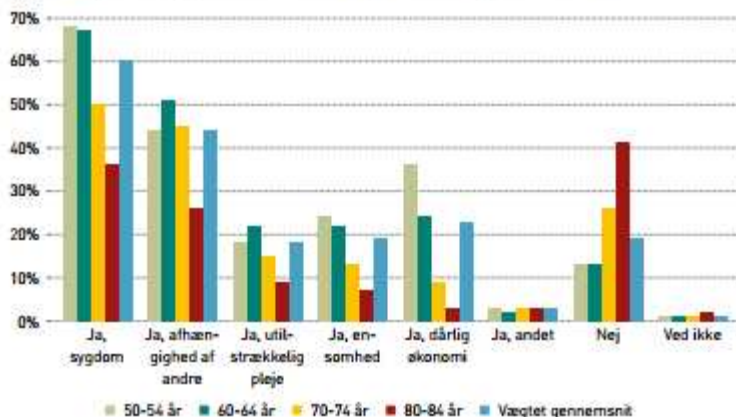
En indikator for livskvalitet er hvorvidt livet indeholder mange muligheder. Fremtidsstudiet peger på, at alderdom i Danmark ikke er forbundet med tab af livsindhold og kvalitet i livet til trods for at helbredet for nogle sætter grænser med alderen. 85 % af borgerne oplever, at livet i høj grad eller i nogen grad er fuld af muligheder. Dog er der blandt de 80+ årige 20 % som oplever at livet kun i mindre grad er fuld af muligheder.

Men der er også bekymringer for fremtiden. I alle aldersgrupper er sygdom og afhængighed det de fleste frygter – men bekymringer for fremtiden falder med alderen.

Umiddelbart ser det ud til at bekymringen svinder med alderen, idet de 80-årige er den langt mest ubekymrede af de fire aldersgrupper.

**Figur 18: Især de 80-årige, frygter ikke noget i fremtiden**

Sygdom og afhængighed af andre er det, de fleste frygter i fremtiden.



Vi har spurgt: 'Er der forhold i fremtiden, som du frygter?' Det var muligt at afgive op til 3 svar. I alt har 4.086 personer svaret.

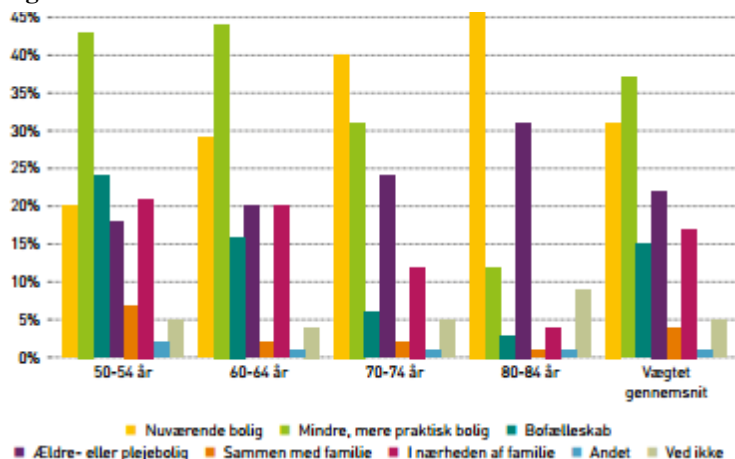
Kilde: Ældresagen, fremtidsstudie 2010

### Hvordan vil ældre bo

Hele 66% ønsker at blive boende i deres nuværende bolig. Flytte lysten er størst i de to yngste grupper, og omkring en tredjedel som har en mindre og mere praktisk bolig på ønskelisten, men den er laves blandt de ældste.

Hvis deltagerne forestiller sig en situation hvor det kniber med at klare sig selv ønsker flere at flytte. Det er kun 31% der ønsker at blive boende, mens 37% vil gerne flytte til en mindre og mere og praktisk bolig. 15% kunne godt tænke sig en form for bofællesskab. Særligt de 50-årige er positive, enten overfor aldersblandede bofællesskaber eller seniorbofællesskaber. 22% ser ældre- eller plejebolig som en god ide.

**Figur 19: Hvorrdan vil ældre bo hvis det bliver svært**



Vi har spurgt: 'Hvis det på et tidspunkt kommer til at knibe med at klare dig alene, hvordan vil du så helst bo?' Det var muligt at give op til 2 svar. I alt har 4.086 personer svaret.

Kilde: Ældresagen, fremtidsstudie 2010



## Sociale relationer

Gode sociale netværk har betydning for den enkeltes livskvalitet, blandt andet fordi det giver tryghed og nemmere adgang til at få hjælp fra andre. Fremtidsstudiet viser, at det er familien der betyder allermost for alle aldersgrupper når det drejer sig om identitet, ligesom familien har stor betydning når det drejer sig om livskvalitet. Også venner og bekendte fylder rigtig meget i den sociale kontakt. Næsten alle deltagere siger at de har venner og bekendte. Dog siger 8 % af det 80 årige at de ikke længere har venner og bekendte.

Det er også netværket og især familien, vi forventer stiller op hvis vi har brug for hjælp, og tre ud af fire regner helt sikkert med eller sandsynligvis med, at deres familie og/eller venner vil hjælpe med praktisk hjælp, jf. figur 20.

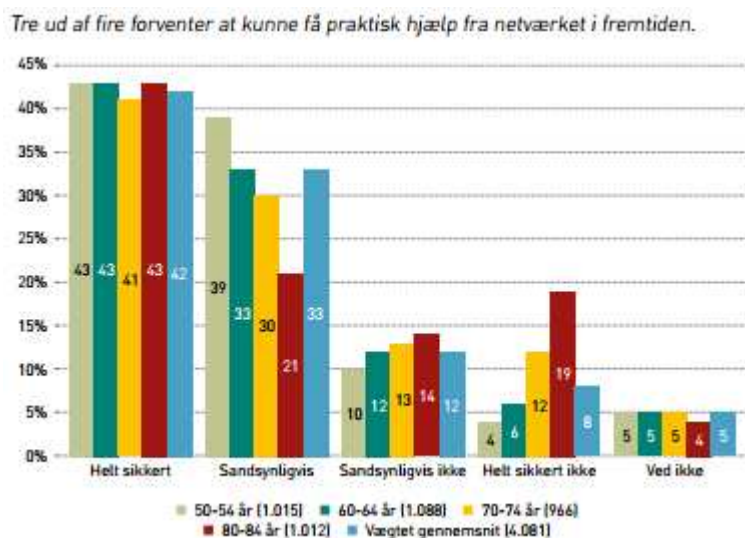
## Frivilligt arbejde

Frivilligt arbejde er en udbredt måde at hjælpe andre på og samtidigt give sit eget liv indhold og værdi.

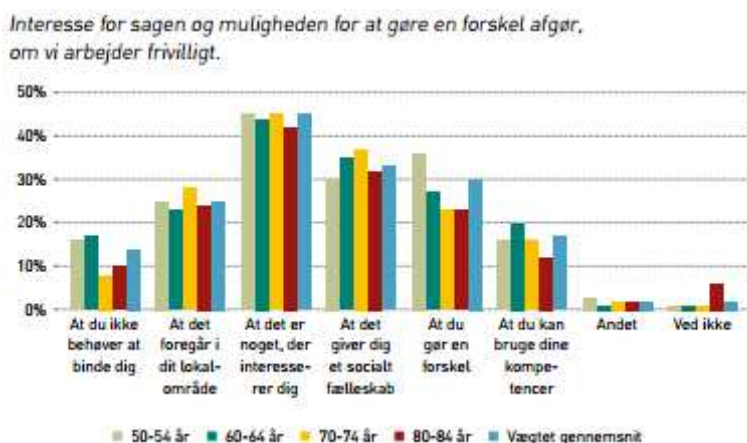
At arbejde med noget der interesserer én og gøre det i fællesskab med andre er to af de vigtigste begrundelser for at udføre frivilligt arbejde. Også bevidstheden om at gøre en forskel er vigtigt, jf. figur 21.

Rigtigt mange angiver, at de i fremtiden at de bestemt eller måske vil arbejde frivilligt. Selv blandt de 80-årige angiver 18% at de bestemt eller måske vil arbejde frivilligt inden for de næste 5 år, jf. figur 22.

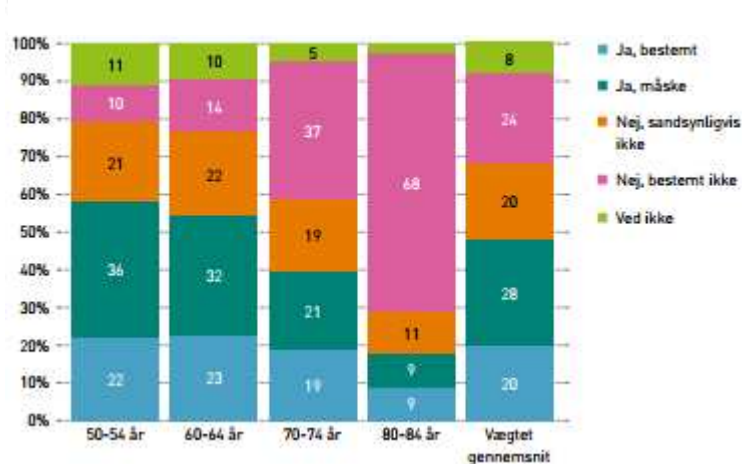
Figur 20: Vi regner med hjælp fra familie og venner



Figur 21: Fællesskab motiverer til frivilligt arbejde



Figur 22: Frivilligt arbejde er i høi kurs i fremtiden

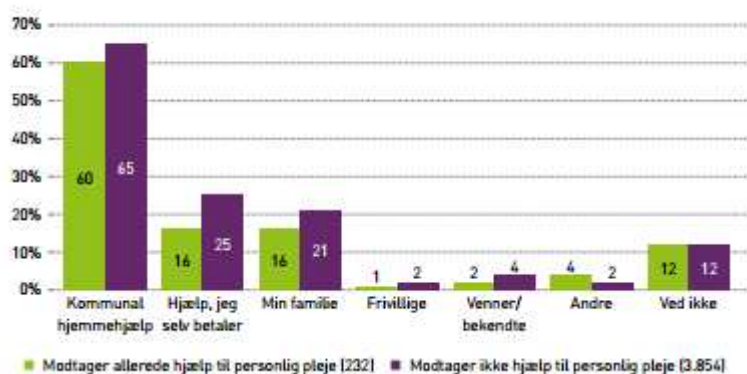


## Velfærdsholdninger

Der er flertal for at bevare eller udbygge velfærdssamfundet. Flertallet blandt de ældste deltagere i Fremtidsstudiet vil gerne bevare velfærdssamfundet, om de kender det, og flertallet blandt de yngste vil helst udbygge det. Men trods denne opbakning er det værd at lægge mærke til, at en del også ønsker mere ansvar til den enkelte. Så selv om der er opbakning til velfærdssamfundet antyder tallene også, at der ikke er den helt brede enighed i befolkningen, men at opfattelserne deler sig. Både blandt dem, der allerede modtager hjælp fra kommunen og dem, der ikke modtager hjælp, fortrækker flest at få hjælp fra kommunen frem for at modtage hjælp fra det personlige netværk, særligt når det drejer sig om personlig pleje.

**Figur 23: Flest vil have personlig pleje fra kommunen**

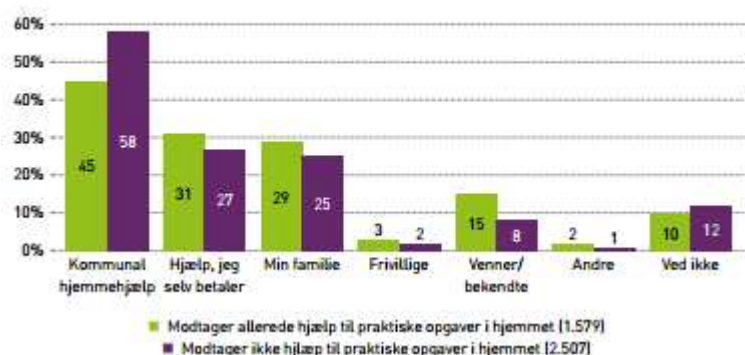
De fleste foretrækker at få hjælp til personlig pleje fra kommunal hjemmehjælp.



Vi har spurgt dem, der allerede nu får hjælp til personlig pleje og dem, der ikke får hjælp til personlig pleje, hvem de helst vil modtage hjælp fra. Det var muligt at give op til 2 svar. Antallet af svar står i parentes efter hver kategori.

**Figur 24: Flest vil have praktisk hjælp fra kommunen**

Både de, der modtager praktisk hjælp, og de, der ikke modtager praktisk hjælp, foretrækker kommunal hjemmehjælp, hvis behovet er der.



Vi har spurgt både dem, der modtager praktisk hjælp, og dem der ikke gør, hvem de vil foretrække at modtage praktisk hjælp fra. Det var muligt at give op til 2 svar. Antallet af svar står i parentes ved hver kategori.

Kilde: Ældresagen, fremtidsstudie 2010

## Kilder

Anvendt Kommunal Forskning: Ældre danskeres og indvandres brug af pleje- og omsorgsydelser 2009

Anvendt Kommunal Forskning: Ældres hjælperelation og sociale relationer over ti år 2012

Anvendt Kommunal Forskning: Ældres funktionsevne og offentlige social- og sundhedsudgifter 2002

Arbejderbevægelsens Erhvervsråd: Stor ulighed blandt pensionister 2010

COWI: Undersøgelse af betydning af socioøkonomiske faktorer for kommunernes udgifter til dagpasning, skole og ældre 2010

Danske Regioner: Det hele sundhedsvæsen - regionernes vision for et helt og sammenhængende sundhedsvæsen 2012

Det nationale Forskningscenter for Velfærd: Ældres ressourcer og behov 2012

Det økonomiske råd: Konjunkturvurdering Sundhed, Dansk økonomi 2009

European Commission: The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies

Folkesundhedsrapport, 2014, Københavns kommuner

Kommunernes Landsforening: KL ældrepolitiske udspil 2010. Nye Ældre, nye muligheder

Nationalt Videnscenter for Demens: Forekomst af demens hos ældre i Danmark, Hele landet og de fem regioner 2013 – 2040

Rapport fra Hjemmehjælpskommissionen 2012

Region Hovedstaden: Sundhedsprofil for region og kommuner 2010

Region hovedstaden: Sundhedsprofil for region og kommuner 2013

Statens Institut for Folkesundhed: Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007

Sundhedsstyrelsen: Social ulighed i Sundhed, Hvad kan kommunerne gøre? 2012

Sundhedsstyrelsen og Københavns Universitet: Ulighed i sundhed, årsager og indsatser 2011

Ældresagen: Alderens muligheder, Ældre Sagens Fremtidsstudie 2013.

Whitta-Jacobsen H. J. et al: Den fremtidige udvikling i sundhedsudgifterne - behov for samfundsmæssige og etiske valg 2010