

Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?

Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg



Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.varदानalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: istock/Getty Images
Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2015
ISBN 978-91-87213-49-6

Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?

Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Marianne Svensson har varit föredragande. Projektdirektören Nils Janlöv har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2015-10-14

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Karin Tengvald
Vice styrelseordförande

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Eva Rynning
Styrelseledamot

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Karin Wigzell
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Marianne Svensson
Föredragande

Förord

De senare årens strukturomvandling i äldreomsorgen har väckt många röster i den offentliga debatten. Gertrud Sigurdsen, en av våra socialministrar under 1980-talet, beskrev hösten 2013 sin upplevelse av äldreomsorgen som "tvångsvård i hemmet" (Dagens Nyheter, 2013-10-18). Hennes önskan var att flytta till ett särskilt boende eftersom hon kände sig osäker och otrygg i sitt eget hem – något som, enligt henne, inte ansågs vara ett tillräckligt skäl för att få flytta. Sigurdsens berättelse väckte gensvar i en tid när allt fler äldre med omfattande behov av omsorg får hjälp i sitt eget hem, samtidigt som möjligheterna att flytta till ett särskilt boende är begränsade.

Utvecklingen och debatten fick Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) att tillsammans med vårt patient- och brukarråd konstatera att det saknades en samlad bild av vad de övergripande strukturförändringarna i äldreomsorgen betyder ur ett brukar- och medborgarperspektiv. Vi har därför genomfört en studie där vi beskriver konsekvenserna av olika sätt att utforma äldreomsorgen. Studien är unik eftersom den utgår från ett brett perspektiv – vi fokuserar på önskemålen från morgondagens äldre, effekten på de äldres funktionsförmåga samt kostnaderna för äldreomsorg, hälso- och sjukvård och närståendes informella omsorg.

Projektet har skett i samarbete med Institutet för hälso- och sjukvårds-ekonomi (IHE) och docent Mårten Lagergren vid Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. De har bistått med delar av projektets genomförande och gett kommentarer på rapporten i sin helhet. Arbetet vid Vårdanalys har letts av Marianne Svensson. I projektgruppen har också Eva Hagbjer och Nils Janlöv deltagit.

Vi vill särskilt tacka Greger Bengtsson, samordnare, Sveriges Kommuner och Landsting, Per Gunnar Edebalk, professor, Socialhögskolan i Lund och



Maj Rom, projektchef, Sveriges Kommuner och Landsting för värdefulla synpunkter på rapporten. Vårdanalys vill också passa på att rikta ett varmt tack till alla personer som har tagit sig tid att besvara enkäter och låta sig intervjuas.

Vår förhoppning är att detta kunskapsunderlag kan hjälpa beslutsfattare i deras arbete med att utveckla strategier för hur morgondagens äldreomsorg bäst kan motsvara behoven hos äldre och närstående.

Stockholm i november 2015

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

Vi blir allt fler äldre som lever allt längre. Det ställer höga krav på kommunerna att formulera en långsiktig strategi för hur morgondagens äldreomsorg ska kunna möta de äldres behov. Samtidigt pekar kommunernas äldreomsorgschefer på flera hinder för en sådan långsiktig planering. Det handlar om en brist på tid och resurser, men också om en brist på kunskap om vilka lösningar som är mest fördelaktiga utifrån olika förutsättningar.

Den här rapporten bidrar med ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg. Vi analyserar konsekvenserna av olika sätt att utforma äldreomsorgen utifrån fyra alternativa scenarier för den övergripande strukturen år 2025. Scenarierna för år 2025 kan, i relation till dagens utformning av äldreomsorgen, sammanfattas på följande sätt:

- En ökad andel äldre som får stora mängder hemtjänst.
- En ökad andel äldre som har plats på ett mellanboende med anpassade lokaler, gemensamma utrymmen och personal på plats under dagtid.
- En ökad andel äldre som har plats på ett vård- och omsorgsboende med heldygnssomsorg.
- En oförändrad fördelning av omsorgen mellan olika insatsformer.

Vi beskriver konsekvenserna av olika sätt att utforma äldreomsorgen i termer av hur väl omsorgen motsvarar önskemålen från morgondagens äldre, effekten på de äldres funktionsförmåga samt de samhällsekonomiska kostnaderna för äldres vård och omsorg. Vi utgår från två antaganden om äldres framtida funktionsförmåga: dels att funktionsnedsättningarna kommer att ligga på samma nivå som i dag, dels att äldres funktionsnivå kommer att förbättras.

Underlaget för rapporten kommer från flera källor:

- Intervjuer med 29 äldreomsorgschefer från kommuner med olika utformning av äldreomsorgen i olika delar av Sverige.
- En enkätstudie med ”morgondagens äldre”, det vill säga personer i åldern 50–60 år, genom en representativ webbpanel. Enkäten besvarades av 393 av 1 010 inbjudna deltagare.
- Två modellsimuleringar av hur kostnaderna respektive hur äldres funktionsnivå påverkas av olika äldreomsorgsstrukturer. Modellsimuleringarna baseras på officiell statistik samt SNAC-K-studien på Kungsholmen i Stockholm.

SLUTSATSER

► *Vi står inför utmaningen att ta hand om den ökande andelen äldre*

Redan år 2025 förväntas kostnaderna för äldres vård och omsorg ha ökat med cirka 30 procent eller drygt 60 miljarder kronor (i dagens penningvärde). Kostnadsökningen, som enbart baseras på att antalet äldre ökar, innebär i sig inte någon direkt utmaning i förhållande till den förväntade tillväxten. Till detta kommer emellertid kostnader för ny teknik i sjukvården samt ökade ambitionsnivåer inom både vården och omsorgen. Beaktar vi även dessa kostnader och antar att de fortsätter att utvecklas som de gjort hittills, står vi inför finansiella utmaningar redan år 2025. På längre sikt, år 2050, förväntas dessutom antalet personer som är 75 år eller äldre att fördubblas. Sammantaget innebär detta att det är hög tid att börja planera för morgondagens äldreomsorg, så att äldres behov kan tillgodoses på ett kostnadseffektivt sätt även i framtiden.

► *Planeringen av morgondagens äldreomsorg måste utgå från äldres skilda behov och anpassas till en ökad heterogenitet*

Ofta talas det om äldre som en grupp, snarare än som unika personer med olika behov. Det är exempelvis en stor skillnad i omsorgsbehovet mellan en 65-åring och en 95-åring, precis som det är skillnader mellan personer med kognitiva respektive fysiska funktionsnedsättningar. Många äldre får dessutom omsorg från närstående samt hälso- och sjukvård som behöver samordnas med äldreomsorgen. Det innebär att det behöver finnas flera olika sorters äldreomsorg som kan anpassas efter de äldres skilda behov – något som sannolikt kommer att bli alltmer angeläget i framtiden med allt fler äldre som har kroniska sjukdomar och en ökad mångfald.

► *Det finns ett väsentligt underskott på mellanboenden jämfört med vad som efterfrågas*

Drygt hälften av morgondagens äldre uppger att de vill flytta till någon form av mellanboende även om de enbart skulle behöva hjälp med praktiska sysslor, det vi valt att kalla en *lätt funktionsnedsättning*. Fördelen de ser med ett mellanboende är att lättare kunna klara sig själva. I dag bor uppskattningsvis endast 10–25 procent av de äldre med lätt funktionsnedsättning och måttliga omsorgsbehov på ett mellanboende.

Våra kostnadsanalyser talar för att det även är samhällsekonomiskt motiverat att öka tillgången till mellanboenden. Visserligen innebär mellanboenden en högre kostnad för kommunerna, men eftersom behovet av hjälp från närstående och hälso- och sjukvården minskar blir de sammanlagda samhällskostnaderna för äldres vård och omsorg lägre än om de får hemtjänst i sina tidigare hem.

► *För att möta de äldres önskemål behöver antalet vård- och omsorgsboenden öka med minst 20 procent till 2025*

En majoritet av morgondagens äldre, 70 procent, uppger att de föredrar vård- och omsorgsboende framför hemtjänst om de skulle behöva hjälp även med personlig omsorg, som att klä på sig och sköta sin hygien. Det främsta motivet är tryggheten i att det finns personal nära till hands om något skulle hända.

För äldre med stora omsorgsbehov verkar dagens fördelning mellan hemtjänst och vård- och omsorgsboende stämma väl överens med önskemålen – i alla fall på en genomsnittlig nationell nivå. Däremot kommer antalet vård- och omsorgsboenden att understiga efterfrågan om boendena fortsätter att ges allt lägre prioritet. Sedan 1997 har antalet personer i vård- och omsorgsboenden minskat med drygt 30 000. För att behålla dagens nivå av boenden behöver antalet platser i stället öka med minst cirka 19 000, eller 20 procent, till år 2025 som en följd av den åldrande befolkningen. Våra kostnadsanalyser talar för att ett vård- och omsorgsboende inte nämnvärt överstiger kostnaderna för stora mängder hemtjänst i det egna hemmet, om vi även tar hänsyn till kostnaderna för hälso- och sjukvård och närståendes omsorg.

► *Det finns stora fördelar med att förebygga och skjuta upp behovet av äldreomsorg*

Möjligheterna att skjuta upp de äldres funktionsnedsättningar kommer att ha stor betydelse för att begränsa kostnaderna för morgondagens



äldreomsorg. Med en oförändrad äldreomsorgsstruktur kommer de totala kostnaderna för äldres vård och omsorg att öka med 30 procent till år 2025, enbart till följd av den demografiska utvecklingen. Antar vi i stället att äldres funktionsnivå fortsätter att förbättras i samma takt som den gjort sedan mitten av 1990-talet, beräknas kostnaderna i stället öka med 19 procent, eller knappt 40 miljarder, under samma period.

Förebyggande åtgärder och rehabilitering kommer därför att spela en viktig roll för en fortsatt positiv utveckling av de äldres funktionsnivå. En genomsnittlig kvinna har goda chanser att klara sig undan en svårare funktionsnedsättning fem år framåt om hon saknar en funktionsnedsättning vid 78 års ålder.

Ett viktigt inslag i det förebyggande arbetet är också att genom närståendestöd förebygga ohälsa hos dagens anhörigvårdare när de själva blir äldre. Redan i dag tar anhörigvårdare ett stort ansvar för de äldres omsorg och löper därför större risk för ohälsa än befolkningen i övrigt.

► *Den framtida utmaningen med ökade kostnader kvarstår oavsett hur kommunerna utformar äldreomsorgen*

Vår analys visar att åtgärder som minskar kostnaderna för äldreomsorgen samtidigt ökar kostnaderna för hälso- och sjukvården och den informella omsorgen. Det innebär att oavsett om vi satsar på hemtjänst, mellanboende eller vård- och omsorgsboende kvarstår kostnadsutmaningen till följd av den ökande andelen äldre.

I ett scenario med en ökad hemtjänst sjunker visserligen äldreomsorgens kostnadsökning år 2025 från 34 procent till 29 procent – en minskning med 5,9 miljarder kronor. Samtidigt stiger hälso- och sjukvårdens kostnader och kostnaderna för de närståendes omsorg med 5,7 miljarder vilket gör att besparingen i princip uteblir ur ett samhällsperspektiv.

► *För att undvika en ojämlik äldreomsorg behöver kommunerna stöd i att planera inför morgondagen*

Äldreomsorgschefer beskriver flera utmaningar för kommunernas långsiktiga planering. Ansträngningarna hindras av brist på tid, kunskap och möjlighet att planera bortom den nuvarande budget- eller mandatperioden. Kommuner tvekar att ta de risker som investeringar i exempelvis vård- och omsorgsboenden innebär. Även kortsiktiga nationella satsningar på äldreomsorgen försvårar en långsiktig planering lokalt.

Skillnaderna i kommunernas planeringsförutsättningar ökar risken för att äldreomsorgen blir alltmer ojämlik mellan landets kommuner.

Redan i dag finns stora skillnader i tillgången till hemtjänst respektive vård- och omsorgsboende – skillnader som inte enbart förklaras av att äldre har olika behov. Vår studie visar dessutom att lokala förutsättningar, snarare än långsiktiga strategier, förklarar många beslut kring att behålla eller avveckla olika omsorgsformer.

► *Gränsdragningen mot sjukvården och mellan det offentliga respektive de äldres eget ansvar kan inte avgöras av kommunerna ensamma*

Det finns ett ömsesidigt beroende mellan äldreomsorgen och landstingens hälso- och sjukvård. Det krävs därför lösningar för att kommunerna och landstingen ska kunna samarbeta och fördela ansvaret för äldres vård och omsorg mellan sig, och på så sätt säkerställa kvaliteten samt minimera de totala kostnaderna.

En annan utmaning är den ökade individualiseringen av äldreomsorgen. Kommunerna upplever allt större svårigheter att tillmötesgå de äldres önskemål på grund av kommunens begränsade resurser eller varierande förutsättningar. Äldreomsorgscheferna ser i grunden individualiseringen som positiv, men efterfrågar ytterligare vägledning om var gränsen går för det offentliga åtagandet.

VÅRDANALYS REKOMMENDATIONER

En hållbar framtida äldreomsorg kräver att kommunerna och landstingen redan i dag inleder arbetet med att planera för hur vården och omsorgen bäst kan anpassas till de äldres behov. Förutsättningarna för kommunerna att arbeta långsiktigt och i samverkan med landstingen måste stärkas. Den här rapporten är ett av flera underlag för ett sådant arbete. Utöver det lämnar vi följande rekommendationer inför det fortsatta arbetet med en strategi för morgondagens äldreomsorg:

► *Kommunerna och landstingen bör satsa på förebyggande och rehabiliterande åtgärder, både för äldre som har och inte har äldreomsorg*

Den främsta åtgärden för att begränsa kostnaderna för morgondagens äldreomsorg är att förebygga en nedsatt funktionsförmåga hos äldre. Rehabilitering och andra åtgärder för att förebygga långvariga funktionsnedsättningar kommer att spela en viktig roll i det arbetet. En annan viktig del är att ta hänsyn till hur närståendes situation och hälsa påverkas av förändringar i äldreomsorgens struktur.



► *Kommunerna bör erbjuda flera alternativa omsorgsformer, oavsett grad av funktionsnedsättning*

Med tanke på önskemålen från morgondagens äldre är det viktigt att det finns tillgång till flera olika äldreomsorgsalternativ vid behov. Den inriktning vi hittills sett, då vård- och omsorgsboenden ersatts med hemtjänst, har dessutom svagt stöd ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Mellanboenden har å sin sida potential att underlätta för äldre att klara sig själva och behålla sin självständighet. De kan på så sätt vara en förebyggande åtgärd i sig. Det är därför viktigt att kommunerna fortsätter arbetet med att utveckla och tillhandahålla olika boendeformer, även för äldre med lättare funktionsnedsättningar.

► *Regeringen bör säkerställa strukturer för samverkan mellan kommuner och landsting kring morgondagens vård och omsorg för äldre*

Vår kostnadsanalys visar att planeringen av morgondagens äldreomsorg inte enbart kan utgå från primärkommunernas kostnader. Vi måste säkerställa mekanismer för att utforma äldreomsorgen med hänsyn till de samhällsekonomiska konsekvenserna. Som en del av detta behöver kommunerna och landstingen utforma en gemensam strategi för hur behoven hos morgondagens äldre bäst kan tillgodoses. Regeringen bör därför säkerställa att det finns strukturer för samverkan mellan kommunerna och landstingen.

► *Regeringen bör tydliggöra var gränsen går för det offentliga åtagandet inom äldreomsorgen*

En tydlig utmaning för morgondagens äldreomsorg är hur långt den offentligt finansierade äldreomsorgen bör anpassas efter enskilda äldres önskemål. Detta är inte ett beslut som bör fattas lokalt av kommunerna. Regeringen bör därför inleda ett arbete för att tydliggöra var gränsen går för det offentliga åtagandet inom äldreomsorgen.

► *Regeringen bör bidra till att utveckla kunskapen om förebyggande arbete och nya metoder inom äldreomsorgen samt göra den tillgänglig för kommunerna*

Det saknas kunskap i många frågor som är viktiga för morgondagens äldreomsorg. Inom vissa områden finns kunskapen, men den behöver göras mer lättillgänglig för kommunerna.

- Den enskilt största påverkan på kostnaderna för äldres vård och omsorg är om omsorgsbehovet kan förebyggas. Regeringen behöver därför ta initiativ till att skapa mer kunskap om vilka åtgärder som har störst potential att stärka funktionsförmågan hos äldre.
- Önskemålen från morgondagens äldre visar på ett behov av att utveckla fler former av mellanboenden för äldre med lättare funktionsnedsättningar. Vi vill därför understryka vikten av att studera olika former av mellanboenden inom ramen för regeringens påbörjade arbete med att se över tillgången till lämpliga bostäder för äldre.
- Trots att det finns omfattande kunskap om teknik och omsorgsmetoder inom äldreomsorgen upplever äldreomsorgscheferna att det är svårt att tillgodogöra sig kunskapen. Regeringen bör därför ta initiativ till att inte enbart samla, utan också tolka och återkoppla ny och befintlig kunskap om äldreomsorgen till kommunerna på ett mer överskådligt sätt.
- Det finns ett behov av direkta samarbeten och kunskapsutbyten mellan kommunerna, men de försvåras i dag av en brist på gemensamma referensramar, till exempel gemensamma vårdtyngdsmätningar. Regeringen bör därför stödja utvecklingen och införandet av metoder för att beskriva och utvärdera förbättringsåtgärder för äldre med skiftande behov.



1. Inledning	19
1.1 Äldreomsorgens omfattning varierar mycket mellan kommunerna.....	20
1.2 Vårdanalys studerar konsekvenserna av alternativa strukturer för morgondagens äldreomsorg år 2025.....	23
1.3 Analysen utgår från två befolkningsprognoser och fyra strukturer för äldreomsorgen	24
1.4 Rapportens disposition	28
2. Rapporten baseras på fyra studier	33
2.1 Intervjustudien ger information om dagens äldreomsorg och morgondagens utmaningar	33
2.2 Befolkningsmodellen visar kostnaderna för olika strukturer i äldreomsorgen	34
2.3 Levnadsbanemodellen analyserar äldreomsorgens konsekvens för de äldres funktionsförmåga	39
2.4 Enkätstudien undersöker morgondagens äldres åsikter om olika äldreomsorgsalternativ	39
3. Äldre är en heterogen grupp som behöver flexibla lösningar	47
3.1 Olika äldre har olika behov och önskemål.....	48
3.2 Behovet av hälso- och sjukvård skiljer sig åt mellan äldre.....	51
3.3 Även tillgången till informell omsorg skiljer sig åt.....	53
3.4 Äldreomsorgen sträcker sig från hemtjänst till vård- och omsorgsboende.....	55
3.5 Morgondagens vård och omsorg kommer att möta de äldres behov på nya sätt..	58
4. Äldreomsorgschefer efterlyser olika boenden och förebyggande åtgärder.....	63
4.1 Behov av demensboenden	63
4.2 Behov av boende i livets slutskede	64
4.3 Behov av ytterligare ett alternativ förutom hemtjänst och särskilt boende....	65
4.4 Behov av förebyggande åtgärder, som inbegriper stöd till närstående	66



5. Kostnadsutmaningen kvarstår oavsett äldreomsorgens utformning	71
5.1 Äldreomsorgens insatser står för knappt hälften av de totala kostnaderna för äldres vård och omsorg.....	71
5.2 Enbart befolkningsförändringen till år 2025 kommer att öka kostnaderna med 20–30 procent	73
5.3 Lägre kostnader för äldreomsorgen ökar kostnaderna för hälso- och sjukvård samt informell omsorg	76
5.4 Med en äldre befolkning som år 2025 skulle vi ha stora svårigheter att tillgodose äldres behov i dag	83
6. Hälften av morgondagens äldre vill ha mellanboenden även vid lätta funktionsnedsättningar	87
6.1 Dagens äldreomsorg svarar bättre mot önskemålen vid svåra än vid lätta funktionsnedsättningar.....	88
6.2 Mellanboende upplevs ha potential att bidra till de äldres självständighet	91
6.3 Tillgången till det föredragna alternativet är viktigt och blir viktigare ju större funktionsnedsättning	95
7. Det finns hälsovinster med att förebygga behovet av äldreomsorg	101
7.1 Förebyggande insatser är viktiga för en fortsatt positiv hälsoutveckling.....	101
7.2 Mer kunskap behövs om boendialternativens påverkan på funktionsförmågan ..	105
8. Det behövs flera former av mellanboende för att möta efterfrågan	111
8.1 Studien ger stöd för en ökad satsning på mellanboende	111
8.2 Det saknas stöd för en fortsatt utveckling mot färre platser på vård- och omsorgsboenden.....	115
9. Planeringen av morgondagens äldreomsorg innebär flera utmaningar. 121	
9.1 Hittills en bristande långsiktig planering för omsorgen	122
9.2 Äldreomsorgschefer ser en brist på tid, kunskap, resurser och handlingsutrymme	124
10. Referenser.....	137
Bilagor	147
Bilaga 1 – Intervjustudien	147
Bilaga 2 – Befolkningsmodellen.....	150
Bilaga 3 – Levnadsbanemodellen	154
Bilaga 4 – Enkätstudien	157
Bilaga 5 – Antalet personer i respektive omsorgsform år 2012 och 2025.....	162



Inledning

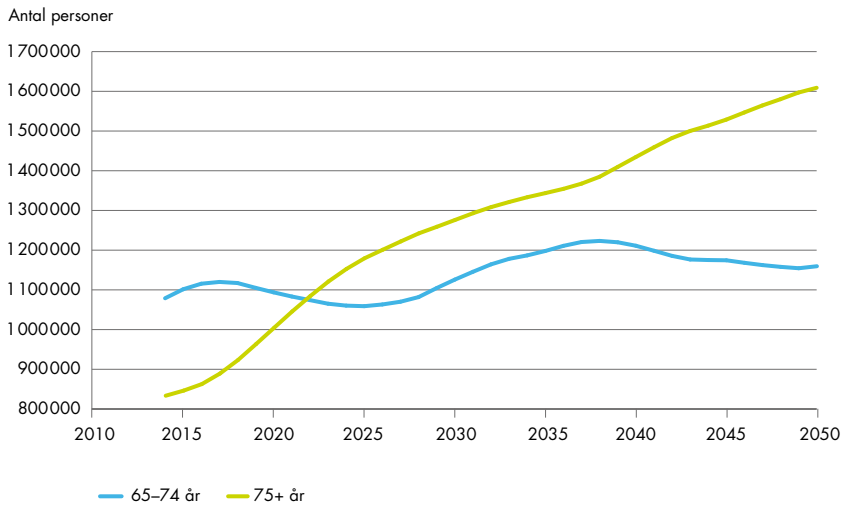
Sverige står inför en utmaning om hur vi ska kunna tillgodose de äldres behov av vård och omsorg. De stora barnkullarna från 1940-talet har nått pensionsåldern och allt fler av oss lever allt längre. Sammantaget innebär det att antalet äldre förväntas öka betydligt. Prognoser pekar på att antalet personer som är 75 år och äldre kan komma att fördubblas från 2014 till 2050 (figur 1.1). Även med en fortsatt positiv utveckling av äldres funktionsförmåga, talar det mesta för ett betydande växande behov av äldreomsorg under de kommande decennierna. Socialdepartementet beräknar att en fördubbling av antalet personer som är 75 år och äldre skulle kunna innebära att äldreomsorgens kostnader ökar med 70 procent från 2010 till år 2050 (Socialdepartementet 2010a).

Samtidigt är framskrivningar av samhällets resurskrav för vård och omsorg om de äldre förknippade med osäkerhet – inte minst utifrån antaganden om hur behovet av äldreomsorg kommer att utvecklas i takt med att allt fler personer lever allt längre. Fler personer kommer att hinna utveckla kroniska sjukdomar som följer av ålder, vilket innebär utmaningar inte bara för vården utan också för omsorgen. Nyligen publicerad internationell forskning pekar på att vi kan förvänta oss att leva en längre period med kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar i takt med att vi lever längre. Vi kommer alltså inte bara att leva längre, utan också leva fler år med en nedsatt funktionsförmåga (GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators 2015). Redan i dag har två av tre personer i åldern 65 år eller äldre i Sverige minst två kroniska sjukdomar (Vårdanalys 2014) och närmare 150 000 äldre personer uppskattas ha en demenssjukdom (Socialstyrelsen 2014a).

Samtidigt visar svensk forskning att tidpunkten då en äldre person drabbas av funktionsnedsättningar förskjuts till allt högre åldrar och att antalet år med



Figur 1.1. Antalet personer 65–74 år samt 75 år eller äldre förväntas öka kraftigt under perioden 2014–2050 (riket).



Källa: SCB (2014).

nedsatt funktionsförmåga minskar (Lagergren m.fl. 2015). Mellan 1980 och 2006 förlängdes tiden som en 65-åring kan förvänta sig att behålla sin fulla funktionsförmåga med 1–1,5 år för kvinnor och 1,5–2,5 år för män (Lagergren m.fl. 2015).

Forskningen pekar alltså i olika riktningar, men trots osäkerheten om exakt hur den äldre befolkningen kommer att utvecklas är det viktigt att planera inför och försöka förutse den framtida utvecklingen bland Sveriges äldre.

1.1 ÄLDREOMSORGENS OMFATTNING VARIERAR MYCKET MELLAN KOMMUNERNA

I slutet av 1990-talet beslutade riksdagen om nationella mål för äldrepolitiken (Socialutskottet 1998). Enligt dessa ska äldre kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg. Målsättningarna om trygghet och oberoende samt om tillgång till god vård och omsorg innebär bland annat att de äldre, så långt det är möjligt, ska ”ges möjlighet att bo kvar hemma i sin ursprungliga bostad så länge som de själva önskar” (Socialdepartementet 1998 s. 61). Samtidigt ska äldre kunna flytta till en så kallad särskild boendeform med heldygnsoomsorg, exempelvis

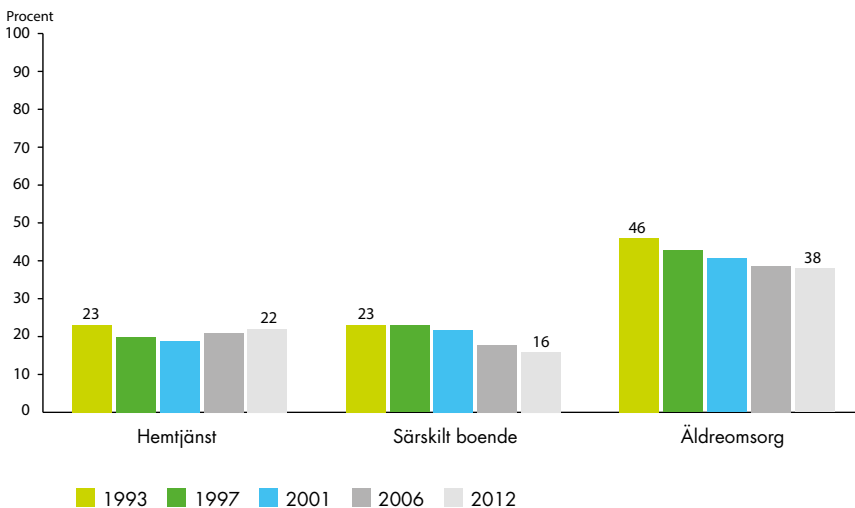
ett vård- och omsorgsboende, om vårdbehoven är stora och omfattande eller om den äldre inte känner sig säker och trygg.

Sedan Ädelreformen infördes i början av 1990-talet har kommunerna ett helhetsansvar för särskilda boendeformer för äldre (Socialdepartementet 1990). Bland annat flyttades delar av ansvaret för hälso- och sjukvård vid särskilda boenden från landstingen till kommunerna. Kommunerna fick även ett betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade äldre patienter på sjukhusen.

Efter 1990-talet har det skett en strukturomvandling inom äldreomsorgen. Allt fler äldre med omfattande behov av stöd och hjälp får hjälp av hemtjänsten i sitt eget hem snarare än att flytta till ett särskilt boende (Socialstyrelsen 2015a). Utvecklingen har skett samtidigt som tillgången till särskilda boenden minskat. I ett försök att nå jämförbarhet i den officiella statistiken bedömer Socialstyrelsen (2014b) att andelen personer 80 år eller äldre som bor permanent på ett särskilt boende minskade från 23 procent år 1993 till 16 procent år 2012 (se figur 1.2). Utvecklingen har inneburit att det främst är äldre med behov av stora mängder omsorg som bor på boendena (Boverket 2013 och 2015a).

Till viss del kan utvecklingen förklaras av kommunernas ambition att begränsa kostnadsökningar i äldreomsorgen. Boverket (2013) menar

Figur 1.2. Utvecklingen av andelen personer i åldersgruppen 80 år eller äldre som fick hemtjänst respektive plats på särskilt boende under perioden 1993 och 2012 (procent).*



*Statistiken har korrigerats av Socialstyrelsen för att öka jämförbarhet mellan åren.

Källa: Socialstyrelsen (2014b).

att den minskade tillgången till särskilt boende kan relateras till ökade arbetsmiljökrav. Många kommuner valde då att lägga ner boenden istället för att bygga om dem för att uppfylla kraven.

Flera kommuner rapporterar i dag att deras särskilda boenden inte räcker till för att motsvara behovet i kommunen (Boverket 2013 och 2015a). En avhandling från Lunds universitet menar att det är en paradox att tala om att äldre väljer att bo kvar hemma med hemtjänst när en bristande tillgång till särskilda boenden i praktiken begränsar möjligheten att få plats på ett boende, även i fall då brukaren skulle föredra detta (Söderberg 2014). Författaren argumenterar för att äldre tvekar att be om och handläggare tvekar att erbjuda en flytt till särskilt boende, av hänsyn till den begränsade tillgången till boenden och samhällets begränsade resurser i allmänhet.

Parallellt med minskningen av tillgången till särskilda boenden kan vi konstatera att omfattningen av hemtjänst och särskilda boenden tycks variera stort mellan kommunerna, trots att det kommunala utjämningssystemet är tänkt att leda till en liknande ambitionsnivå i alla kommuner. År 2012 fick som minst 9 procent och som mest 40 procent av personerna i åldern 80 år eller äldre i respektive kommun hjälp av hemtjänst (tabell 1.1). Samma år varierade andelen äldre i särskilt boende mellan 6 och 22 procent. En närmare jämförelse visar också att en låg andel personer med hemtjänst inte förklarades av att de äldre i stället har plats på särskilda boenden eller tvärtom (Socialstyrelsen 2013a). Det fanns både kommuner med en låg andel hemtjänst och en låg andel i särskilt boende och kommuner med en hög andel hemtjänst och en hög andel i särskilt boende. Det är möjligt att skillnaderna förklaras av att äldre i olika kommuner har olika stora behov, men de stora skillnaderna antyder också att kommunerna kan ha valt olika strategier för äldreomsorgen eller ha olika ambitionsnivå.

Tabell 1.1 Andelen personer 65–79 år samt 80 år eller äldre som var beviljade hemtjänst respektive särskilt boende år 2012 varierar stort (riket, egen beräkning).

	Ålder	Intervall för Sveriges kommuner	Genomsnitt för Sveriges kommuner
ANDEL BEVILJAD HEMTJÄNST	65+ år	2–15 procent	9 procent
	80+ år	9–40 procent	24 procent
ANDEL I SÄRSKILT BOENDE	65+ år	2–8 procent	5 procent
	80+ år	6–22 procent	14 procent

Källa: Socialstyrelsen (2013a).

Äldreomsorgens utformning i dag

- År 2012 hade drygt 163 000 personer, eller 8,9 procent av alla personer som är 65 år eller äldre, insatser från hemtjänsten (Socialstyrelsen 2013a).
- Cirka 91 000 personer, eller 4,9 procent, hade plats på ett särskilt boende eller en korttidsplats (Socialstyrelsen 2013a).
- Cirka 6 000 personer, eller 0,3 procent, hade plats på ett servicehus (en boendeform som ungefär motsvarar vårt mellanboende) (Lagergren 2012).
- Cirka 149 000 personer eller 8 procent led av en demenssjukdom (Socialstyrelsen 2014a). Ytterligare mellan 55 000 och 368 000 personer hade någon form av mildare kognitiv nedsättning.
- Cirka 30 000 personer, eller drygt 33 procent av personerna som hade plats på ett vård- och omsorgsboende, bodde på ett demensboende 2012 (Socialstyrelsen 2014a). Det motsvarar cirka 20 procent av alla äldre med demens.
- Ytterligare cirka 33 000 personer med demenssjukdom, motsvarande 22 procent av alla äldre med demens, beräknas bo i andra former av boenden (Socialstyrelsen 2014a).
- Enligt en studie av Stockholms stad (2014) tillbringade äldre år 2013 i genomsnitt knappt 2 år och 2 månader på ett vård- och omsorgsboende innan de avled. Mediantiden var knappt 1 år och 4 månader (mediantid innebär att hälften av alla äldre tillbringade en längre tid och den andra hälften en kortare tid än mediantiden).
- På vård- och omsorgsboenden med demensinriktning var boendemedeltiden knappt 2 år och 4 månader och mediantiden 1 år och 7 månader (Stockholms stad 2014). På övriga boenden var boendemedeltiden 2 år och 1 månad och mediantiden 1 år och 2 månader.

1.2 VÅRDANALYS STUDERAR KONSEKVENSERNA AV ALTERNATIVA STRUKTURER FÖR MORGONDAGENS ÄLDREOMSORG ÅR 2025

För att kommunerna ska ha möjlighet att leva upp till riksdagens målsättning behövs ökad kunskap om vilka strukturer som bäst bidrar till att utveckla kvaliteten och effektiviteten i vården och omsorgen för äldre. Vårdanalys bidrar därför med ett kunskapsunderlag som kan ligga till grund för planeringen av morgondagens äldreomsorg.

Underlaget analyserar vilka konsekvenser som olika strukturförändringar i äldreomsorgen kan förväntas få för äldre, närstående, kommuner och landsting. Analysen utgår från en framskrivning av den nuvarande trenden inom äldreomsorgen till år 2025 och analyserar olika äldreomsorgsstrukturers konsekvenser i termer av funktionsförmåga, befolkningens önskemål och kostnader. Vi har även undersökt vilka utmaningar som försvårar kommunernas planering av morgondagens äldreomsorg.

Kunskapsunderlaget syftar till att främja ändamålsenliga prioriteringar



av omsorgsalternativ i äldreomsorgen utifrån ett brukar- och befolkningsperspektiv. Vår förhoppning är att underlaget ska hjälpa beslutsfattare i äldreomsorgen att utveckla strategier för hur morgondagens äldreomsorg bäst kan motsvara behoven hos äldre och närstående.

De frågor som har legat till grund för analysen är:

- Hur påverkas de totala kostnaderna för äldres vård och omsorg av alternativa strukturer för äldreomsorgen?
- Vilken form av äldreomsorg föredrar morgondagens äldre och hur viktigt är det för dem att få tillgång till ett visst omsorgsalternativ?
- Hur påverkas äldres funktionsförmåga och livslängd av strukturella förändringar i äldreomsorgen?
- Vad är drivkrafterna bakom skillnader i äldreomsorgens struktur och finns det hinder som försvårar kommunernas planering av morgondagens äldreomsorg?

Fokus för studien har varit att skapa ett underlag för prioritering mellan olika former av äldreomsorg. Det innebär att vårt empiriska material är inriktat på att besvara vissa frågor, men inte andra. Framför allt har vi inte underlag för att reflektera över den framtida finansieringen av äldreomsorgen eller vilka personal- och kompetensresurser som kommer att behövas i morgondagens äldreomsorg. I och med att vi fokuserar på den formella vården och omsorgen av äldre har vi inte heller undersökt hur frivilliginsatser eller bygg- och stadsplanering kan användas för att underlätta för äldre att i högre grad klara sig själva.

1.3 ANALYSEN UTGÅR FRÅN TVÅ BEFOLKNINGSPROGNOSER OCH FYRA STRUKTURER FÖR ÄLDREOMSORGEN

I vår analys av konsekvenserna av alternativa strukturer för morgondagens äldreomsorg utgår vi från situationen år 2012 och skriver fram befolkningen och äldreomsorgens omfattning till år 2025. Vi har valt år 2025 som grund för jämförelsen eftersom vi bedömer att kommunerna fram till denna tidpunkt har ett förhållandevis gynnsamt läge för att eventuellt förändra äldreomsorgens struktur. Det är först efter 2025 som de allra äldsta (75 år eller äldre) ökar som mest (SCB 2014). Samtidigt är det inte heller rimligt att tänka sig en kortare period än tio år för att diskutera strukturförändringar av detta slag.

Analysen utgår från *två prognoser över den äldre befolkningens hälso-utveckling* i termer av dödlighet och grad av funktionsnedsättning till år 2025

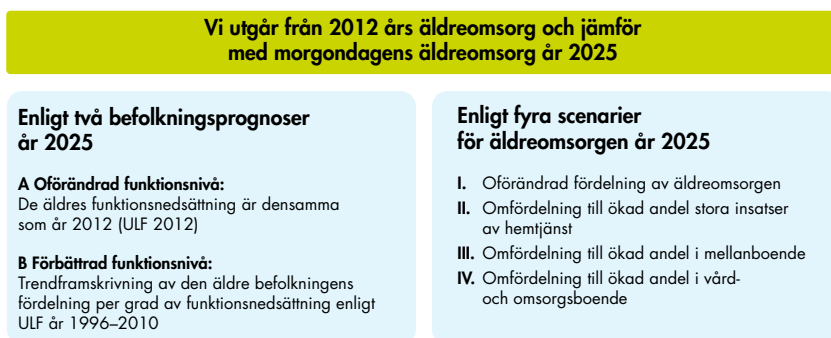
(figur 1.3). Den ena antar att morgondagens äldre kommer att ha ungefär samma fördelning av olika grader av funktionsförmåga som i dag. Denna prognos, *oförändrad funktionsnivå*, är en renodlad befolkningsframskrivning och baseras på SCB:s (2015b) befolkningsprognos över hur många personer i olika åldrar som förväntas finnas år 2025. Vi antar alltså att sannolikheten att drabbas av en lätt respektive svår funktionsnedsättning förblir densamma som i dag.

Den andra prognosen antar att vi kommer att se en förbättrad funktionsnivå bland äldre. Denna bygger på en trendframskrivning av den äldre befolkningens fördelning på grad av funktionsnedsättning enligt SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) mellan åren 1996 och 2010 (SCB 1996–2010). En sådan framskrivning leder till en minskning av andelen äldre med en funktionsnedsättning år 2025 jämfört med år 2012. Prognosen *förbättrad funktionsnivå* antar därför att behovet av äldreomsorg kommer att öka i långsammare takt än befolkningstillväxten fram till år 2025. I våra kostnadsberäkningar har vi antagit att den förbättrade funktionsnivån beror på en allmän hälsoförbättring som följer av exempelvis livsstilsförändringar. Det innebär att den inte påverkar kommunernas kostnader för rehabilitering och förebyggande åtgärder.

En annan möjlig prognos hade varit att i stället utgå från ett scenario med en försämrad funktionsnivå, där den äldre befolkningen lever längre och då också längre perioder med nedsatt funktionsförmåga jämfört med i dag. Vi har dock valt att fokusera på en förbättrad funktionsnivå eftersom denna prognos följer den historiska utvecklingen. Vi ser heller ingen anledning att tro att insatserna i form av rehabilitering och förbättrad hälso- och sjukvård kommer att försämrats jämfört med i dag – snarare tvärtom.

För var och en av prognoserna analyserar vi konsekvenserna av *fyra*

Figur 1.3. En översikt av analysens olika scenarier.



scenarier som speglar olika förändringar av äldreomsorgens struktur. Varje scenario innebär ett nytt antagande om hur den äldre befolkningen fördelas mellan olika insats- och boendeformer i äldreomsorgen. Som framgår av figur 1.3 är scenarierna desamma oavsett om vi utgår från en befolkningsprognos med oförändrad respektive förbättrad funktionsnivå. Genom att jämföra utfallet av respektive scenario för år 2025 med basåret 2012 får vi en uppskattning av den förväntade konsekvensen av de olika strukturförändringarna.

Utformningen av scenario II och IV baseras på de nuvarande trenderna inom äldreomsorgen. Scenario II antar att den nuvarande trenden med att allt fler äldre får hemtjänst snarare än plats på vård- och omsorgsboenden fortsätter. Scenario IV antar istället att trenden börjar gå i motsatt riktning, så att vissa av de äldre som i dag får hemtjänst i det egna hemmet får bo på vård- och omsorgsboenden. Det tredje scenariot, scenario III, utgår från de kommentarer vi fick i intervjuer med äldreomsorgschefer. Många efterlyste ett alternativt boende som inte innebar en lika omfattande omsorg som ett vård- och omsorgsboende, men som erbjöd en anpassad bostad och större trygghet än hemtjänst i det egna hemmet. Scenario III antar därför att vissa äldre som i dag får hemtjänst flyttar till ett *mellanboende*, som är en boendeform i anpassade lägenheter med personal tillgänglig på dagarna.

Mellanboende i scenario III

Vi har definierat mellanboende som ett boende i en egen lägenhet med trygghetslarm och tillgång till viss gemensam service och gemensamma lokaler. Personal finns tillgänglig i huset under dagtid. Service- och omvårdnadsinsatser tillgodoses efter ansökan om hemtjänst.

Analysen baseras på fyra delstudier

Vår analys har en *explorativ ansats* som utgår från dagens omfattning av vård och omsorg till äldre och hur dessa insatser varierar beroende på de äldres individuella förutsättningar och behov (bland annat ålder, kön och grad av funktionsnedsättning). Med hjälp av tillgänglig kunskap försöker vi beskriva vilken inverkan alternativa strukturer i äldreomsorgen kan få för såväl de äldres funktionsförmåga som för samhällets resursbehov.

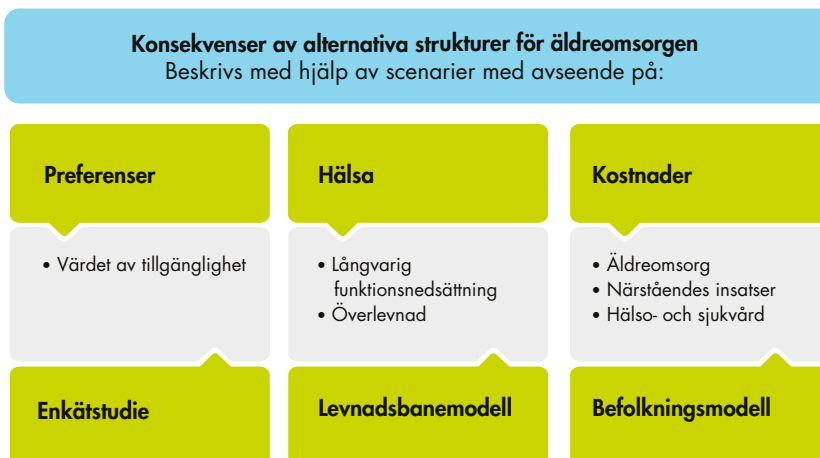
Konsekvenserna beskrivs i termer av a) befolkningens *preferenser* (önskemål) för olika omsorgsalternativ, b) hur de äldres *funktionsförmåga* kan förväntas påverkas och c) *kostnader* (figur 1.4). Vi försöker också

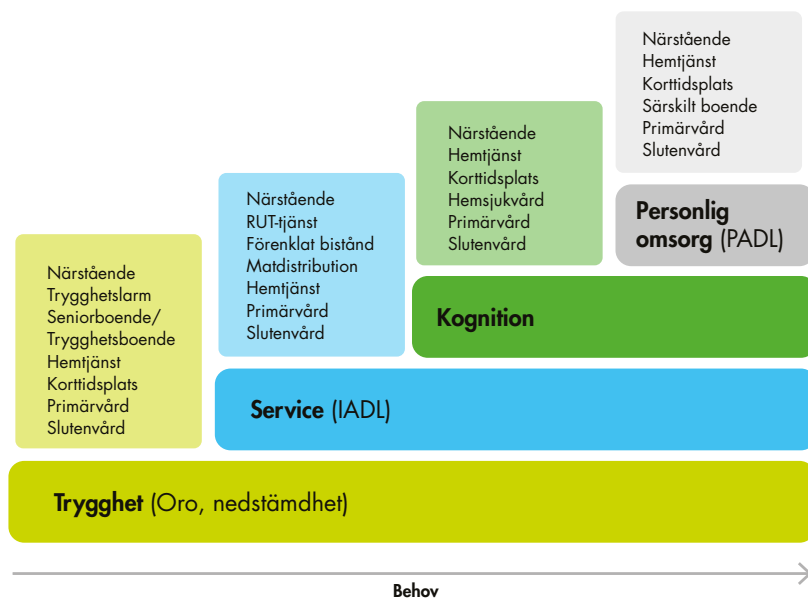
väga in vilken nytta de olika scenarierna förväntas ge i form av förbättrad funktionsförmåga och i vilken mån de motsvarar befolkningens preferenser.

Analysen bygger på flera delstudier: dels *två modellstudier* som simulerar konsekvenserna av alternativa strukturer i äldreomsorgen med avseende på kostnader och funktionsförmåga samt dels en *enkätstudie* som beskriver morgondagens äldres värdering av olika omsorgsalternativ. Till detta kommer en *intervjustudie* med äldreomsorgschefer i ett urval av 29 kommuner. Syftet med intervjustudien är bland annat att få insikt i motiven bakom nuvarande strukturer i äldreomsorgen och att fånga intervjupersonernas syn på behovet av morgondagens omsorgsalternativ.

Analysen utgår primärt från *brukarnas och samhällets perspektiv*. Detta gör vi genom att så långt som möjligt värdera all den vård, omsorg och stöd som ges till äldre med skiftande behov – oavsett vem som ger vården eller omsorgen och vem som står för kostnaden av dessa insatser. Denna ansats är viktig eftersom äldre får sina behov tillgodosedda på flera olika sätt. Många gånger ges olika insatser på samma gång och behovet av dem förändras i takt med att den äldres individuella förutsättningar förändras (figur 1.5). Genom att analysera hur insatserna varierar efter *behovsnivå* kan vi beskriva hur morgondagens behov av äldreomsorg påverkas av till exempel en positiv hälsoutveckling. Vi kan också analysera hur kostnaderna för vård och omsorg förändras om fler äldre med omfattande behov skulle flytta till ett vård- och omsorgsboende istället för att, som i dag, få hjälp av hemtjänsten.

Figur 1.4. Ramverk för att analysera konsekvenser av alternativa strukturer av äldreomsorgen.



Figur 1.5. Schematisk bild av olika vård- och omsorgsalternativ vid skiftande behov.

1.4 RAPPORTENS DISPOSITION

Rapporten inleds med en kort bakgrund som behandlar äldres vård och omsorg och rapportens metod. *Kapitel 2* beskriver kort de fyra studier som ligger till grund för Vårdanalys rapport och vilka styrkor och svagheter de har. Därefter diskuterar *kapitel 3* att äldre skiljer sig åt med avseende på vilka behov de har och vilken typ av vård och omsorg de behöver. Slutligen blickar vi framåt genom att diskutera vilken typ av insatser och åtgärder som ett urval av Sveriges äldreomsorgschefer tror kommer att behövas i framtiden i *kapitel 4*. Efter denna bakgrundbeskrivning besvaras de frågor som studeras i rapporten.

Hur påverkas de totala kostnaderna för äldres vård och omsorg av alternativa strukturer för äldreomsorg?

De totala kostnaderna för äldres vård och omsorg beror inte bara på äldreomsorgens kostnader utan även på kostnaderna för hälso- och sjukvård och närståendes informella omsorg. *Kapitel 5* presenterar en analys av hur olika äldreomsorgsstrukturer år 2025 påverkar dessa kostnader. Vi undersöker även konsekvensen av olika antaganden om hur de äldres funktionsförmåga kommer att utvecklas i framtiden. Kapitel avslutas med en

diskussion av konsekvenserna om vi redan idag skulle ha en motsvarande befolkning som år 2025.

Vilken form av äldreomsorg föredrar morgondagens äldre och hur viktigt är det för dem att få tillgång till ett visst omsorgsalternativ?

Som en del av arbetet med denna rapport har drygt 400 representativt utvalda 50–60-åringar besvarat en webbaserat enkät om vilken typ av omsorgsalternativ de skulle föredra vid en given funktionsnedsättning och vilka egenskaper de värdesätter i äldreomsorgen. *Kapitel 6* diskuterar resultatet av undersökningen och jämför önskemålen med dagens äldreomsorg. Vi har även mätt styrkan av önskemålen genom att be de svarande att göra en värdering av sitt föredragna alternativ. Värderingen skiljer sig åt beroende på typ av äldreomsorg respektive om personen föreställer sig en lätt eller svår funktionsnedsättning.

Hur påverkas äldres funktionsförmåga av strukturella förändringar i äldreomsorgen?

Äldres funktionsförmåga har en stor påverkan på behovet av äldreomsorg, men omsorgen har även potential att påverka de äldres funktionsförmåga och livskvalitet. *Kapitel 7* presenterar en djupare undersökning av hur äldres framtida levnadsbanor påverkas av en tidig funktionsnedsättning och vilken konsekvens som ett antagande om en förbättrad funktionsnivå på ett nationellt plan har för de äldres hälsoutveckling. Vi gör även ett försök att analysera vilken påverkan olika äldreomsorgsalternativ har på en äldre persons sannolikhet att drabbas av en försämrad funktionsförmåga och att dö.

Vilket stöd finns för olika äldreomsorgsalternativ?

Kapitel 8 sammanfogar resultaten i kapitel 5–7 genom att diskutera för- och nackdelarna med olika äldreomsorgsalternativ ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Analysen fokuserar på vilka äldreomsorgsalternativ morgondagens äldre föredrar vid olika nivåer av funktionsnedsättning och hur dessa står sig i förhållande till kostnader och konsekvenser på funktionsförmågan.

Vad är förklaringarna till skillnader i äldreomsorgens struktur och finns det hinder som försvårar kommunernas planering av morgondagens äldreomsorg?

Vår sista frågeställning handlar om hur äldreomsorgen ser ut i dag och vilka möjligheter det finns att förändra den efter morgondagens behov. Med



utgångspunkt i intervjuer med 29 kommunala äldreomsorgschefer diskuterar *kapitel 9* vilka förklaringar som kan ligga bakom äldreomsorgens nuvarande struktur och vilka utmaningar som påverkar kommunernas möjlighet att formulera en långsiktig strategi för morgondagens äldreomsorg.



Rapporten baseras på fyra studier

Vårdanalys har studerat konsekvenserna av stukturförändringar i morgondagens äldreomsorg genom att både jämföra skillnader i kostnader och funktionsförmåga mellan olika omsorgsalternativ och jämföra hur befolkningen värderar de olika alternativen. Studien baseras på fyra delstudier. I det här kapitlet ger vi en kort metodbeskrivning av delstudierna: 1) en *intervjustudie* med ledande tjänstemän inom äldreomsorgen i ett urval av svenska kommuner, 2) en *modellanalys på befolkningsnivå* baserad på data om äldres funktionsförmåga på Kungsholmen i Stockholm 2001–2007, 3) en *modellanalys på individnivå* baserad på samma data som befolkningsstudien, samt 4) en *enkätstudie* med personer i åldern 50–60 år om deras värdering av olika äldreomsorgsalternativ (se även rapportens bilagor).

Var och en av studierna har sina styrkor och svagheter, varav några beror på att de är den första studien i sitt slag. Vi gör dock bedömningen att studierna är ett värdefullt bidrag jämte andra i planeringen av morgondagens äldreomsorg. Studiernas individuella resultat bidrar till en bredare sammantagen analys utifrån såväl preferenserna hos morgondagens äldre, äldres funktionsförmåga som de totala kostnaderna för vård och omsorg.

2.1 INTERVJUSTUDIEN GER INFORMATION OM DAGENS ÄLDREOMSORG OCH MORGONDAGENS UTMANINGAR

Vårdanalys intervjustudie är baserad på intervjuer med chefer, eller motsvarande tjänstemän, med ansvar för kommunens äldreomsorg i ett urval av svenska kommuner (för mer information, se bilaga 1). Syftet med studien var att undersöka varför äldreomsorgens nuvarande struktur ser ut som den gör, vilka behov ledande tjänstemän ser för morgondagens äldreomsorg och vilka utmaningar som står i vägen för att nå dit.



Vi ville få en stor bredd och spridning i det urval av kommuner som tillfrågades och på så sätt fånga flera synsätt snarare än att ge en heltäckande bild. Sveriges kommuner delades därför in i grupper baserat på tillgången till hemtjänst och särskilt boende samt kommunens utgifter för äldreomsorg per invånare 65 år och äldre i förhållande till standardkostnaden i Sverige. Vi valde sedan slumpmässigt ut 37 kommuner för att nå såväl en spridning mellan grupperna som en geografisk bredd. Målsättningen var att nå ett 30-tal chefer som hade möjlighet att delta i studien.

Tjänstemän i 29 kommuner accepterade att delta i studien under den angivna studieperioden. Intervjuerna analyserades med målet att identifiera mönster och återkommande teman utifrån studiens syfte. Intervjuerna genomfördes i september och oktober 2014.

2.2 BEFOLKNINGSMODELLEN VISAR KOSTNADERNA FÖR OLIKA STRUKTURER I ÄLDREOMSORGEN

Denna rapport bygger bland annat på två simuleringsmodeller för äldreomsorgen år 2025, baserat på data om äldres funktionsförmåga, hälsa, vård och omsorg. En av dem, som utvecklats specifikt för detta projekt, kallar vi för *befolkningsmodellen*. Befolkningsmodellen följer funktionsförmågan hos en befolkning av äldre personer över tid och hjälper oss därmed att analysera tänkbara konsekvenser av framtida strukturalternativ i äldreomsorgen.

De uppskattade konsekvenserna av olika scenarier för äldreomsorgen år 2025 uttrycks i termer av totala kostnader för *äldreomsorg, hälso- och sjukvård* och *närståendes insatser* per omsorgsalternativ (se även figur 1.4). Med hjälp av modellen kan vi ändra den äldre befolkningens fördelning mellan olika omsorgsalternativ, till exempel så att en högre andel äldre får hemtjänst i stället för att få omsorg på vård och omsorgsboende. En sådan omflyttning påverkar i sin tur sammansättningen av gruppen äldre i respektive omsorgsalternativ. Om en mindre andel får vård- och omsorgsboende blir det exempelvis fler som har en svår funktionsnedsättning bland dem som får hemtjänst. När denna sammansättning ändras påverkas även kostnaderna för kommuner, landsting och närståendes informella omsorg.

Konsekvensen av olika omstruktureringar simuleras med hjälp av longitudinella individdata från forskningsprojektet *Swedish National study on Ageing and Care – SNAC* – på Kungsholmen i Stockholm under perioden 2001 och 2007 (se Äldrecentrum 2015). Genom att följa äldre personer över tid har SNAC-projektet unika möjligheter att studera vid vilka åldrar och i vilka skeden som vård- och omsorgsbehov uppstår. Med hjälp av denna kunskap

har vi skattat sannolikheten att en äldre persons situation och hjälpbehov förändras över tid.

Skattningarna ligger till grund för en modell som simulerar en befolkningskohort innehållande män respektive kvinnor i åldergrupperna 78 år, 81 år, 84 år, 87 år, 90 år och 93 år. Kohortens sammansättning bygger på den äldre befolkningens sammansättning på riksnivå enligt information från Socialstyrelsen (2013a) och SCB (2015a). Varje ålders- och könsgrupp delas in i 12 *behovsgrupper*. Dessa grupper består av personer med en given grad av långvarig funktionsnedsättning, som antingen är ensamboende eller sammanboende och som har en liten respektive stor konsumtion av hälso- och sjukvård. Behovsgrupperna matchas sedan mot fem nivåer av äldreomsorgsinsatser. Tabell 2.1 sammanfattar hur behovsgrupperna har definierats i modellen.

Tabell 2.1. Befolkningsmodellen definierar behov utifrån fem olika kriterier (utöver ålder och kön).

Förutom ålder och kön beskrivs befolkningen i termer av:	Källa
<p>Grad av funktionsnedsättning</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingen nedsättning (inte beroende av hjälp vare sig för instrumentell ADL (IADL – städning, tvätt, matinköp, matlagning, transport allmänna färdmedel) eller personlig ADL (PADL – bad och dusch, på- och avklädning, toalett, förflyttning, födoingtag). 2. Lätt nedsättning (beroende av hjälp för minst en IADL-aktivitet, men ingen PADL-aktivitet) 3. Svår nedsättning (beroende av hjälp för minst en PADL-aktivitet) 	ULF-undersökningen år 2012 SNAC-Ks befolkningsstudie 2001–2007
<p>Ensamboende eller sammanboende</p> <p>Sammanboende inkluderar även sammanboende med annan än make/maka (till exempel partner, syskon, barn)</p>	ULF-undersökningen år 2012 SNAC-Ks befolkningsstudie 2001–2007
<p>Årlig vårdkonsumtion</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Liten konsumtion 2. Stor konsumtion = >19 vård dagar i slutenvård, > 3 slutenvårdstillfällen eller > 7 besök i öppen specialistvård per år 	SNAC-Ks vårdsystemdel Definitioner: Socialstyrelsen (2013b)
<p>Olika "nivåer" av äldreomsorg</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ordinärt boende, ingen insats av kommunal äldreomsorg eller långvarig hemsjukvård 2. Ordinärt boende, liten hemtjänstinsats (< 25 timmar per månad) 3. Ordinärt boende, stor hemtjänstinsats (≥ 25 timmar per månad) 4. Mellanboende (biståndsprövat boende med individuellt beslut om hemtjänst, det vill säga servicehus) 5. Vård- och omsorgsboende (särskilt boende med heldygnsomsorg) 	Socialstyrelsen (2013a, 2013b) SNAC-Ks befolkningsstudie 2001–2007
<p>Insatser av närstående *</p> <p>För personer med eller utan hemtjänst: Genomsnittligt antal timmar per vecka</p> <p>För personer i mellanboende och vård- och omsorgsboende: Uppskattning av antal timmar per vecka enligt följande:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aldrig 2. Sällan =1 timmar/vecka 3. Flera ggr per vecka =3 timmar/vecka 4. Dagligen =7 timmar/vecka 	SNAC Nordanstig, 2001–2004 SNAC-Ks befolkningsstudie, 2001–2007

* För varje kombination av behov för personer i mellanboende och vård- och omsorgsboende skattas mängden insatser av närstående baserat på data från SNAC-studien i Kungsholmen. Våra antaganden om antalet timmar framgår av tabellen. Övriga data är hämtade från SNAC-studien i Nordanstig.



Befolkningsmodellen är en förenkling av verkligheten

Befolkningsmodellen är, som alla modeller, en förenkling av verkligheten. Modellen kan inte bli bättre än den kunskap som finns tillgänglig för att besvara de frågor som modellen är tänkt att analysera.

Modellen har flera *styrkor*. För det *första* bygger modellen på longitudinella data (det vill säga data som samlats in över flera år) på individnivå som beskriver utvecklingen av de äldres funktionsnedsättning och omsorgsbehov samt hur deras behov tillgodoses genom hälso- och sjukvård samt formell och informell omsorg. På så sätt kan vi, med hjälp av modellen, koppla prognosen för framtida resursbehov till de äldres behovsnivå och hur behovsnivån kan förväntas utvecklas över tid.

För det *andra* beskriver modellen de äldres funktionsnedsättning i tre nivåer, vilket gör simuleringen mer precis. Funktionsnedsättningen bestäms av behovet av hjälp med så kallade ADL-aktiviteter (se tabell 2.1). ADL är en förkortning av Activities of Daily Living och är en standardiserad skala för att mäta personers möjligheter att utföra dagliga aktiviteter i form av både praktiska sysslor och personlig omvårdnad (Hulter-Åsberg 1990, se även kapitel 3).

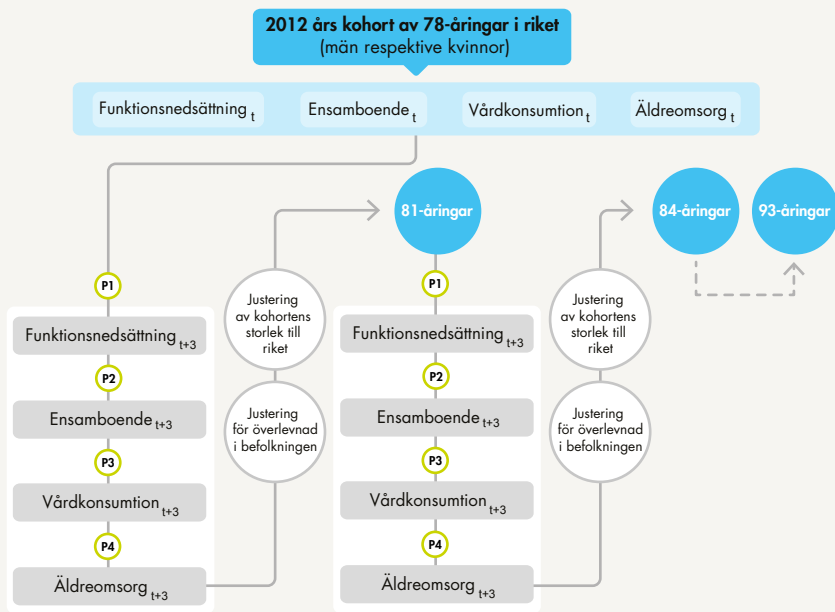
För det *tredje* beräknar befolkningsmodellen kostnaderna för olika grader av funktionsnedsättning ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Modellen tar inte bara hänsyn till formella äldreomsorgsinsatser, utan också till informella insatser av närstående samt till antalet vård dagar i slutenvården och antalet öppenvårdsbesök i primärvård och specialistvård. På så sätt analyseras hur olika strukturförändringar i äldreomsorgen kan tänkas påverka samhällets totala resursförbrukning. Utökade möjligheter att få hjälp av hemtjänsten behöver inte enbart innebära en ökad resursförbrukning för kommunen (större kostnader för hemtjänst). Hjälpens kan också innebära nyttor i form av kostnadsbesparingar till följd av ett minskat behov av hjälp från närstående eller färre akuta besök i vården.

Befolkningsmodellen har tre huvudsakliga *svagheter*. För det *första* fångar modellskattningen endast cirka 70 procent av äldreomsorgen 2012, eftersom den enbart omfattar andelen personer med hemtjänst och vård- och omsorgsboende som är i åldern 78–93 år (se figur 2.1). Att modellen avgränsas till dessa åldergrupper beror på att en analys av yngre och äldre åldersgrupper inte är tillräckligt tillförlitlig utifrån de data som finns tillgängliga. Modellen justeras däremot till att motsvara rikets fördelning av det totala antalet personer med hemtjänst respektive vård- och omsorgsboende per åldergrupp och kön. På så sätt simulerar modellen en befolkningskohort för samtliga äldre i åldern 65 år eller äldre.

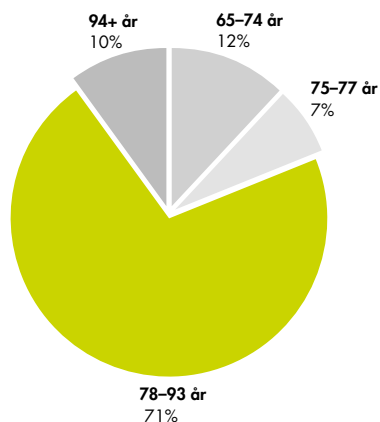
Befolkningsmodellen bygger successivt upp en befolkningskohort fördelad på olika behovsgrupper

För en närmare beskrivning av modellen och underlag för skattningar hänvisas till bilaga 2. Kort kan modellens metodik sammanfattas i följande steg:

- Befolkningsmodellen simulerar en befolkningskohort innehållande åldergrupperna 78 år, 81 år, 84 år, 87 år, 90 år och 93 år fördelade på: kön, grad av funktionsnedsättning, sammanboende, sjukvårdskonsumtion och typ av äldreomsorg.
- Modellen utgår från en initialbefolkning som motsvarar mängden män och kvinnor i åldern 78 år i riket år 2012.
- 78-åringarna fördelas efter kön i 12 behovsgrupper med avseende på grad av funktionsnedsättning (3 grupper), sammanboende (2 grupper), vårdkonsumtion (2 grupper) och hemtjänst/boendeform (5 grupper) enligt SNAC-Kungsholmen (jämför tabell 2.1).
- Den 78-åriga initialbefolkningen (män respektive kvinnor) skrivs fram i treårscykler till och med 93 års ålder genom en successiv uppdatering av respektive modellvariabel.
- Innan varje framskrivning justeras ålderskohorten dels för överlevnad och dels för kohortens storlek i riket.
- Med hjälp av 2012 års statistik över antalet personer med hemtjänst respektive vård- och omsorgsboende per åldergrupp och kön skapas en total befolkningskohort fördelad enligt befolkningen 65 år eller äldre.
- Med hjälp av övergångssannolikheten för att gå från en behovsgrupp till en annan (per treårscykel), baserat på SNAC baslinjeundersökning 2001–2003 och uppföljningsundersökningen 2004–2007, skattas stegvis en "äldre" kohort. Övergångssannolikheterna är märkta med P i figuren nedan.



Figur 2.1. Befolkningsmodellen täcker åldrarna 78–93 år, det vill säga cirka 71 procent av det totala antalet äldre som antingen har hemtjänst eller plats på vård- och omsorgsboende.



Källa: Socialstyrelsen 2013a.

För det *andra* antar vi i vår beräkning att modellens behovsgrupper är homogena, vilket är en förenkling av verkligheten. Inom varje delgrupp finns personer med större behov av hjälp eller stöd och personer med mindre behov. Bland annat gör modellen inte någon skillnad mellan personer med och utan demenssjukdom. En demenssjukdom påverkar självfallet vilken typ av insatser som behövs – i första hand behöver personer med demens i större utsträckning än andra ett boende med personal tillgänglig. En jämförelse av förekomsten av nedsatt funktionsförmåga och kognitiv nedsättning i SNAC-populationen visar samtidigt på ett högt samband mellan de två (presenteras närmare i kapitel 3). Det innebär att om en person har nedsatt kognitiv förmåga kan vi förvänta oss att personen också har svårt att klara av sina dagliga aktiviteter. Genom att använda oss av ADL-aktivitet som mått på funktionsnedsättning inkluderas därmed flertalet personer med kognitiv nedsättning indirekt i modellen.

För det *tredje* bygger modellen på material insamlat i en begränsad stadsdel i Stockholm, dessutom före år 2008. En naturlig fråga är om materialet kan anses tillräckligt representativt för att utgöra grunden för en modellsimulering som denna. Påverkan av var och när materialet samlats in minskas dock av att det enbart har använts för att beskriva åldrande genom att skatta övergångssannolikheter från en behovsnivå till en annan. Modellen utgår med andra ord inte från hälsoläget på Kungsholmen eller vid den tidpunkt som

studerades. I stället utgår modellen från, och justeras för, hälsoläget i riket med hjälp av data från SCBs undersökning av levnadsförhållanden i Sverige (ULF) år 2012 (SCB 2012). Även andelen ensamstående och dödligheten i respektive åldersgrupp justeras till riksgenomsnittet (SCB 2012). Framskrivningarna av befolkningens storlek bygger också på nationella skattningar av SCB (2015b).

2.3 LEVNADSBANEMODELLEN ANALYSERAR ÄLDREOMSORGENS KONSEKVENSN FÖR DE ÄLDRES FUNKTIONSFÖRMÅGA

Rapportens andra simuleringsmodell kallar vi för *levnadsbanemodellen*. Denna modell följer funktionsförmågan hos en specifik person från 78 års ålder till 93 års ålder och beräknar risken för olika grader av funktionsnedsättning samt risken att avlida. Detta gör det möjligt att analysera skillnader i äldres funktionsförmåga och dödsrisk beroende på äldreomsorgens struktur.

Skillnaden mellan levnadsbanemodellen och befolkningsmodellen är att levnadsbanemodellen simulerar funktionsförmågan för en enskild person. Det innebär till exempel att personens sannolikhet att ha en viss funktionsnedsättning vid 84 års ålder är beroende av hens tillstånd vid 81 års ålder, medan befolkningsmodellen i stället simulerar storleken på var och en av de 12 behovsgrupperna. I levnadsbanemodellen är det därmed möjligt att beräkna sannolikheten för ett visst utfall, i form av en viss funktionsnedsättning efter ett visst antal år, för en specifik ursprunglig funktionsnivå.

I övrigt baseras levnadsbanemodellen på samma datamaterial, antaganden och övergångssannolikheter som befolkningsmodellen, vilket gör att den delar befolkningsmodellens antaganden, styrkor och svagheter (se avsnitt 2.2 ovan).

2.4 ENKÄTSTUDIEN UNDERSÖKER MORGONDAGENS ÄLDRES ÅSIKTER OM OLIKA ÄLDREOMSORGALTERNATIV

Enkätstudien undersöker befolkningens önskemål om och värdering av olika äldreomsorgsalternativ hos ett representativt urval av personer i åldern 50 till 60 år med hjälp av en webb-panel. Syftet med studien var att belysa om människor värderar skilda boendeformer i äldreomsorgen olika. Åldersgruppen 50–60 år valdes för att fånga personer som ännu inte var aktuella för äldreomsorg för egen del, men ansågs tillräckligt gamla för att kunna relatera till de frågor som ställdes. Enkäten skickades till sammanlagt 1010 personer och svarfrekvensen redovisas i tabell 2.2.



Tabell 2.2. Antalet svarande i enkätstudien.

	Antal
Utskick	1 010
Accepterade deltagande	492
Påbörjade bakgrundsfrågor	407
Påbörjade frågorna om erfarenhet/åsikt om äldreomsorgen	403
Påbörjade frågorna om den lätta funktionsnedsättningen	398
Påbörjade frågorna om den svåra funktionsnedsättningen	393
Skickade in fullständig enkät	358

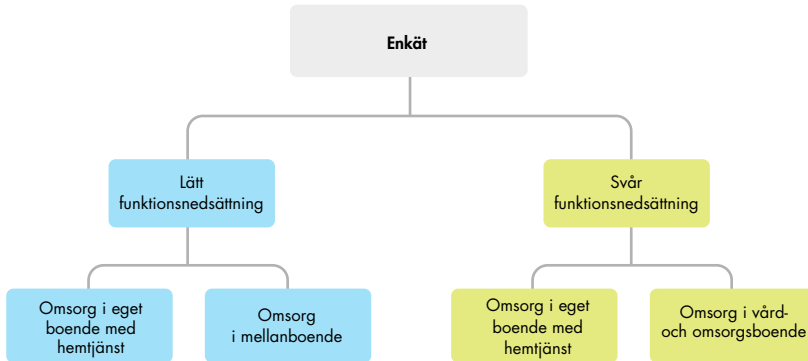
Studien genomfördes i form av en enkät som beskrev två hypotetiska situationer som var förankrade i faktiska data och statistik gällande svenska förhållanden. Varje situation beskriver en funktionsnivå: en lätt respektive en svår långvarig fysisk funktionsnedsättning. De tillfrågade fick samtidigt information om risken att få en sådan nedsättning bland äldre som är 78 år eller äldre.

Baserat på denna information fick de svarande frågan om vilket av två äldreomsorgsalternativ de helst skulle vilja få tillgång till vid den aktuella funktionsnedsättningen. Valet gällde hemtjänst eller mellanboende vid lätt funktionsnedsättning och hemtjänst eller vård- och omsorgsboende vid svår funktionsnedsättning (figur 2.2). Varje omsorgsalternativ beskrevs med hjälp av ett antal kriterier.

De svarande fick därefter ange hur mycket mer de skulle vara villiga att betala i skatt per månad fram till att de fyllde 65 år för att få tillgång till sitt föredragna alternativ, givet att kommunen annars enbart skulle erbjuda det andra alternativet. Det betonades att resultatet från studien inte skulle komma att påverka hur mycket de svarande skulle behöva betala för sin äldreomsorg och inte heller användas för att ändra sättet som äldreomsorg finansieras på i Sverige i dag.

Denna typ av enkätmetod, där man undersöker hur mycket en grupp anser att det vore värt att få tillgång till en viss åtgärd, tjänst eller produkt, brukar kallas betalningsviljemetod. Metoden används för att undersöka värdet av sådant som inte kan köpas eller säljas på marknaden. Undersökningsmetodiken används bland annat inom transportsektorn (för att värdera en minskad olycksrisk i trafiken eller minskade restider), miljöekonomi (för att värdera minskade föroreningar och utsläpp) och hälsoekonomi (för att värdera mindre biverkningar och mer bekvämlighet). Den enkät som använts följer i detta avseende de strukturer som använts i tidigare studier.

Figur 2.2. Enkätstudien fokuserade på två hypotetiska valsituationer: en där de svarande hade en lätt funktionsnedsättning och en där de hade en svår funktionsnedsättning.



Enkätstudien är den första i sitt slag

Liksom alla enkätstudier har Vårdanalys studie skickats till ett urval av personer, vars åsikter används för att få en bild av vad befolkningen som helhet tycker.

En *styrka* hos enkätstudien är att studien är den första i sitt slag. Vi har inte lyckats hitta någon studie som undersökt vilket värde morgondagens äldre sätter på olika äldreomsorgsalternativ. Det innebär att studien ger en unik inblick i vilka omsorgsalternativ som morgondagens äldre skulle vilja ha givet en viss funktionsnedsättning. Studien gör det även möjligt att jämföra hur de svarandes önskemål förändras beroende på omsorgsbehov, tack vare att Vårdanalys frågat vilket äldreomsorgsalternativ de svarande föredrog vid olika grader av funktionsnedsättning. Samtidigt saknas möjlighet att validera resultaten med tidigare genomförda studier. Enkätstudien bör därför ses som ett första försök att studera vilken äldreomsorg morgondagens äldre efterfrågar. Det vore därför värdefullt att genomföra en utökad och fördjupad studie av vilken form av äldreomsorg som morgondagens äldre vill få vid olika nivåer av funktionsnedsättning.

En *annan styrka* hos studien är att personerna som besvarat enkäten är konsekventa i sina svar. Enkäten frågade hur mycket de svarande skulle vara villiga att betala per månad till och med det år de fyllde 65 år. Eftersom respondenterna är olika gamla (50–60 år) kunde samma månatliga summa resultera i olika totalsummor. De svarandes värderingar räknades därför om till en nuvärdesjusterad totalsumma med diskonteringsräntan tre procent i enlighet med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV)

Huvudenkäten kompletterades med en enkät där betalningen formulerades som en försäkring

En del tidigare värderingstudier av den här typen har formulerat frågan som ett erbjudande om en försäkring, där de svarande kan betala en premie för att få rätt till en vara eller tjänst om en viss händelse inträffar. Samtidigt finns det studier som menar att detta sätt att formulera frågan kan uppfattas som alltför hypotetisk när det rör varor och tjänster som normalt finansieras via skattebetalningar.

Vi valde därför att utgå från en enkät där värderingen uttrycktes som en extra skatt. Skatteenkäten kombinerades dock med en likartad enkät där värderingen uttrycktes som en försäkringspremie. Övriga frågor och bakgrundsbeskrivningar, liksom enkäternas struktur, var identiska. Undersökningen skickades till sammanlagt 2 020 personer, varav hälften slumpmässigt fick en försäkringsenkät och den andra hälften en skatteenkät.

Något fler personer besvarade "försäkringsenkäten" än "skatteenkäten" (41 procent besvarade delar av försäkringsenkäten och 37 procent besvarade hela försäkringsenkäten), men de svarandes personliga egenskaper såsom medelålder eller utbildningsnivå skiljde sig inte nämnvärt åt mellan de två enkätterna. Personer som besvarade försäkringsenkäten var dock villiga att betala i genomsnitt 36 procent mer för ett givet omsorgsalternativ, jämfört med skatteenkäten.

Tidigare forskning pekar på att studiens sammanhang har en stor påverkan på om en vara eller tjänst ses som mer eller mindre värd när den hypotetiska betalningen formuleras som en skattebetalning respektive försäkringspremie (Johannesson m.fl. 1996, Svensson och Vredin Johansson 2010, Gyrd-Hansen 2015, Morrison m.fl. 2000, Wiser 2007). En sådan påverkan är *attityden* till betalningssättet, till exempel att personer som anser att äldreomsorgen ska finansieras via skatten är mindre villiga att betala för en äldreomsorgsförsäkring (Svensson och Vredin Johansson 2010). En annan förklaring är att betalningssättet kan framstå som mer eller mindre *rimligt och realistiskt*, exempelvis att en försäkring kan verka mindre trovärdig eftersom äldreomsorgen är skattefinansierad i dag (se exempelvis Bateman m.fl. 2002, Abel Olson och Donaldson 1998). Slutligen kan olika betalningssätt få de svarande att svara *strategiskt*, till exempel genom att överskatta värdet av en försäkring eftersom de tror att en högre premie gör det mer troligt att få åtgärden (Johannesson m.fl. 1996, Svensson och Vredin Johansson 2010, Wiser 2007).

hälsoekonomiska riktlinjer (TLV 2003). Mönstret i skillnader och likheter i betalningsvilja mellan alternativen kvarstod dock, vilket tyder på att de svarande utgått från en tänkt totalvärdering av sitt föredragna äldreomsorgsalternativ snarare än att se enbart till månadsbetalningen.

Swagheten hos enkätstudien är att den är en relativt liten studie som, i likhet med många enkätstudier, har en låg svarsfrekvens. Av de 1 010 personer som bjöds in att delta i skatteenkäten skickade 358 in en fullständig enkät, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 35 procent. I analysen av resultatet har även personer som besvarat en del av enkäten räknats med, vilket ger en svarsfrekvens på 40 procent. Som jämförelse brukar opinionsundersökningar

och liknande statistiska undersökningar med målet att fånga åsikterna hos hela befolkningen ställa kravet att minst 1 000 slumpmässigt utvalda personer ska ha besvarat undersökningen.

En fördel som kan nämnas i sammanhanget är dock att resultaten från vår huvudenkät kan jämföras med ytterligare drygt 400 personer som svarade på den så kallade försäkringsenkäten. Undersökningen skickades till sammanlagt 2 020 personer, varav hälften fick en skatteenkät och den andra hälften en försäkringsenkät. I den senare uttrycktes värderingen som en försäkringspremie istället för en extra skatt. Det ger ett sammanlagt underlag på drygt 800 personer (för mer information se faktaruta sidan 42). Resultaten går i samma riktning och vi ser inga skillnader i vilket boendialternativ som personerna i de båda undersökningarna föredrog. Genom att använda resultaten från skatteenkäten är även risken lägre att vi överskattar resultaten, eftersom den uttryckta värderingen var lägre i skatteenkäten än i försäkringsenkäten.

En andra *svaghet*, som följer av den första, är att de personer som besvarat enkäten inte helt motsvarar genomsnittet bland personerna i ålder 50–60 i Sverige (SCB 2015a). Det är ett välbekant faktum att panelundersökningar till exempel har en lägre andel personer med lägre utbildning, arbetslösa och lägre inkomster. En jämförelse mellan våra svarande och genomsnittet visar att kvinnor är något överrepresenterade i Vårdanalys studie och att studien har något färre ensamhushåll. Skillnaderna är dock små. Vidare har respondenterna i vår studie något högre utbildning jämfört med genomsnittet för motsvarande åldersgrupp i Sverige. Hushållsinkomsten är svår att jämföra eftersom SCB publikt endast redovisar medelinkomsten för gruppen 50–64 år, som innehåller en jämförelsevis större grupp pensionärer, men de svarande hade sannolikt en något högre hushållsinkomst än genomsnittet för samma åldersgrupp i Sverige.





Äldre är en heterogen grupp som behöver flexibla lösningar

En faktor som försvårar planeringen av morgondagens äldreomsorg är att det ofta talas om äldre som en homogen grupp, till exempel i kommentarer av typen ”äldre vill bo kvar hemma”. Det sker trots att det vanligtvis är en stor skillnad i omsorgsbehovet mellan en 65-åring och en 95-åring, precis som det är skillnader i behoven hos en person med en kognitiv respektive en fysisk funktionsnedsättning. Till detta kommer att alla är unika individer och att det är uppenbart att även äldre med liknande funktionsnedsättningar kan ha olika önskemål och behov. Äldre kan behöva hjälp och stöd av flera olika anledningar: otrygghet på grund av exempelvis social isolering, svårighet att klara av vissa praktiska sysslor som att handla eller städa, en nedsatt kognitiv förmåga som försvårar orienteringen i tid och rum, eller svårighet att klara personliga sysslor som att sköta sin hygien.

Beroende på vilka svårigheter en äldre person har kan det bli aktuellt med olika former av äldreomsorg, till exempel hemtjänst i det egna hemmet, hemtjänst i olika former av mellanboenden eller plats på ett vård- och omsorgsboende. Många äldre får dessutom hälso- och sjukvård och informell omsorg från närstående vid sidan av sin äldreomsorg. Hur stora behov de har av vård och omsorg skiljer sig väsentligt åt mellan grupper med olika grad av funktionsnedsättning. I planeringen av morgondagens äldreomsorg är det därför viktigt att så långt som möjligt utgå från den heterogena grupp som äldre faktiskt utgör. Det kommer också bli mer angeläget i takt med att allt fler äldre lever med kroniska sjukdomar och att den etniska mångfalden ökar.



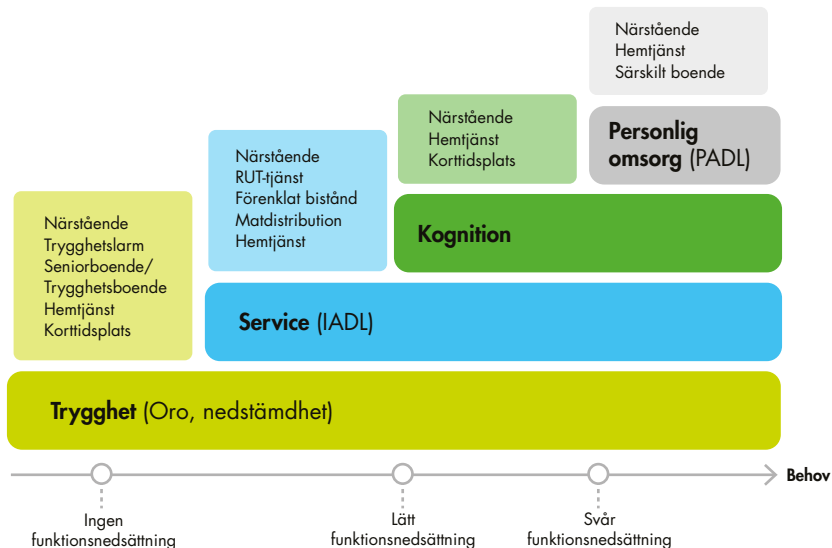
3.1 OLIKA ÄLDRE HAR OLIKA BEHOV OCH ÖNSKEMÅL

En äldre person kan behöva hjälp och stöd av flera orsaker. Omsorgsbehoven kan bero på oro och social isolering, nedsatt kognition, en fysisk, långvarig funktionsnedsättning eller en kombination av alla tre (se figur 3.1). I takt med att livslängden ökar stiger även andelen personer som hinner utveckla kroniska sjukdomar. I dag har 85 procent av alla personer över 65 år minst en kronisk sjukdom och två tredjedelar har mer än en (Vårdanalys 2014).

En kronisk sjukdom som särskilt påverkar en äldre persons behov av äldreomsorg är demens och liknande kognitiva funktionsnedsättningar. Även andra kroniska sjukdomar kan påverka äldreomsorgens innehåll genom att den äldre kan behöva hjälp med läkarbesök och medicinering eller ha behov av anpassad kost. Detta ställer höga krav på koordinering mellan hälso- och sjukvården och äldreomsorgen; en koordinering som ofta brister. De äldres anhöriga får därför många gånger ta på sig ansvaret för att samordna insatserna (SKL 2012a). Även bland multisjuka äldre sker vårdplaneringen mellan kommun och landsting i samband med utskrivning endast i begränsad omfattning: vid 30 procent av utskrivningar från slutenvård (SKL 2012a).

En annan bidragande orsak till att skillnaderna i behov mellan äldre kan förväntas växa är den allt större etniska mångfalden i Sverige. År 2014 var 12 procent av alla personer 65 år eller äldre födda utanför Sverige, varav drygt

Figur 3.1. Schematisk bild av omsorgsalternativ vid skiftade grad av funktionsnedsättning, kopplat till olika hjälpbehov.



hälften utanför Norden (SCB 2015b). Det innebär att språkskillnader och kulturella skillnader kring exempelvis matvanor ställer högre krav på anpassning av äldreomsorgen (se till exempel Socialstyrelsen 2015b, Linné 2005).

Att få tillgång till äldreomsorg på modersmålet är särskilt viktigt för äldre som drabbats av en stroke eller en kognitiv nedsättning och därför förlorat språk de lärt sig i vuxen ålder (Socialdepartementet 2003, Socialstyrelsen 2001, 2015b). Det är även viktigt att känna till en kognitivt nedsatt persons kultur för att kunna tolka hens beteende (Socialstyrelsen 2015b). Trots detta kunde endast en tredjedel av 234 svarande kommuner erbjuda äldreomsorg som är anpassad för äldre med ett annat modersmål än svenska år 2015 (Sveriges radio 2015). Många kommuner hade svårt bara med att erbjuda äldreomsorg på de nationella minoritetsspråken samiska, finska och meänkieli vid behov (Socialstyrelsen 2015b). År 2013 köpte 5 procent av landets kommuner platser på vård- och omsorgsboende i en annan kommun för att kunna tillgodose kommuninnevanornas språkbehov (Socialstyrelsen 2014b).

Om äldreomsorgen inte i tillräcklig utsträckning anpassas efter de äldres behov och önskemål är risken att de äldre avsäger sig den formella omsorgen och i stället förlitar sig helt på informell omsorg från närstående. Detta är något som observerats både bland multisjuka äldre och bland utlandsfödda äldre som inte kunnat kommunicera med äldreomsorgspersonalen (SKL 2012a, Linné 2005). Resultatet är en tyngre omsorgsburden för de närstående.

Vi definerar behov efter graden av långvarig funktionsnedsättning

I denna rapport förenklas simuleringen av äldres omsorgsbehov genom att vi talar om hjälpbehov i termer av tre grader av funktionsnedsättning: ingen, lätt, respektive svår funktionsnedsättning (se kapitel 2). Indelningen fokuserar på de äldres möjlighet att själv klara av olika dagliga aktiviteter (så kallade IADL- och PADL-aktiviteter, se nedan), men den säger ingenting om vad eventuella svårigheter beror på.

Orsaken till en persons hjälpbehov påverkar i sin tur vilken typ av äldreomsorg, hälso- och sjukvård och andra insatser hen behöver. Även äldre som har en god funktionsförmåga kan vara socialt isolerade eller känna sig oroliga för att råka ut för en olycka i hemmet. I sådana fall kan det bli aktuellt med insatser för att stärka *tryggheten* hos den äldre. Några exempel är trygghetslarm eller trygghetsbostäder med utrymmen för gemensamma aktiviteter som bemannas av personal under dagtid (se exempelvis Socialdepartementet 2010b).



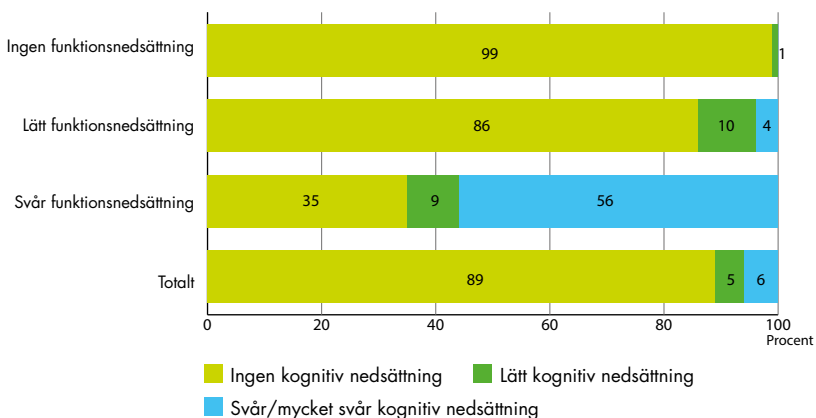
Bland äldre med en långvarig funktionsnedsättning är det många som klarar det mesta själva, men som behöver viss *service* i form av hjälp med vissa praktiska aktiviteter (instrumental activities of daily living, IADL, på engelska). Det kan till exempel handla om praktisk hjälp i bostaden, hjälp med inköp, post- och bankärenden eller tillredning av måltider eller leveranser av färdiglagad mat. Sådana svårigheter är kärnan för vad som i denna rapport kallas för en *lätt funktionsnedsättning*.

I takt med att äldres fysiska eller kognitiva förmåga blir sämre kan de även behöva hjälp med det som brukar kallas *personlig omsorg*, det vill säga personliga aktiviteter som att klä på sig eller sköta personlig hygien (personal activities of daily living, PADL, på engelska). Detta kombineras ofta med ett ökat behov av hemsjukvård och av besök i primärvården eller på specialistmottagningar. Fortsättningsvis kallar vi denna begränsning av funktionsförmåga *svår funktionsnedsättning*.

Svårigheter att sköta vissa aktiviteter kan även bero på kroniska sjukdomar som leder till nedsatt *kognition*. Det kan till exempel handla om personer som förlorat orienteringen i tid och rum. Detta innebär att de har svårt att ta hand om sig själva och i värsta fall kan utsätta sig själva och andra för fara genom sitt beteende (Westlund 2008). Många personer med nedsatt kognition drabbas även av beteendestörningar.

Vår studie tittar på äldre med olika grader av funktionsnedsättning utan att ta hänsyn till om funktionsnedsättningen beror på fysiska eller kognitiva svårigheter (se även kapitel 2). Däremot finns det ett starkt samband mellan kognitiva nedsättningar och nedsatt funktion, som framgår av figur 3.2.

Figur 3.2. Andelen personer med kognitiv nedsättning följer graden av funktionsnedsättning (78 år eller äldre).



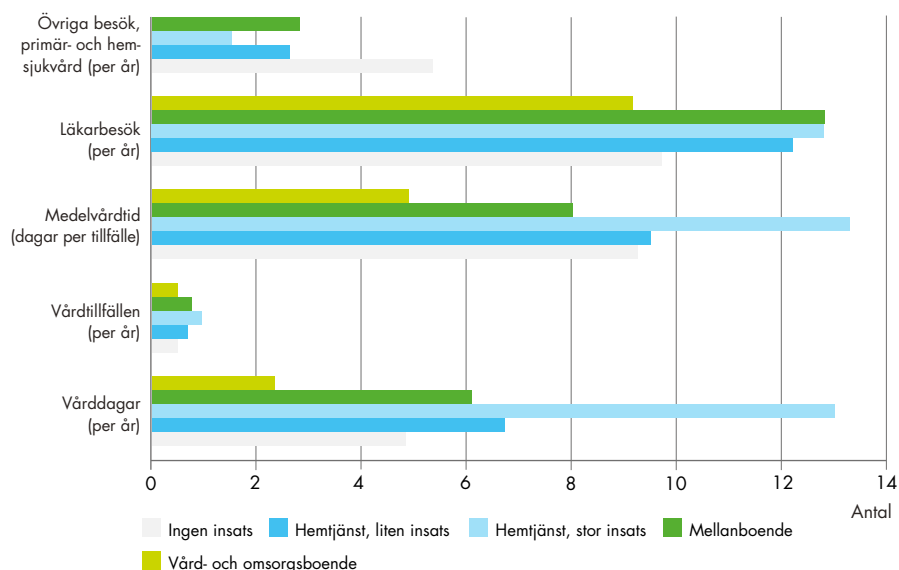
3.2 BEHOVET AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SKILJER SIG ÅT MELLAN ÄLDRE

Vi analyserar i denna rapport äldreomsorgens konsekvenser ur ett samhällsperspektiv. Det innebär att vi inte bara tar hänsyn till äldreomsorgens direkta konsekvenser, utan även till hur äldreomsorgen påverkar de äldres behov av hälso- och sjukvård och av att anhöriga använder sin fritid eller arbetstid för att utföra olika former av informell omsorg. Även dessa faktorer skiljer sig åt beroende på den äldres individuella behov.

I synnerhet kroniska diagnoser påverkar behovet av hälso- och sjukvård bland äldre. Kroniker behöver fyra till sex gånger så mycket hälso- och sjukvård som en person utan kronisk sjukdom och personer med minst två kroniska diagnoser står för drygt hälften av alla besök vid akutmottagningar (Vårdanalys 2014). De vanligast förekommande diagnoserna är hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, cancersjukdomar, lungsjukdomar såsom astma, allergi och KOL, samt psykiska sjukdomar (Socialstyrelsen 2015a, Vårdanalys 2014).

I denna rapport simuleras äldres behov av hälso- och sjukvård genom att vi skiljer på en liten respektive stor konsumtion av hälso- och sjukvård, där en stor konsumtion bygger på Socialstyrelsens (2013b) kriterier för att tillhöra de mest sjuka äldre. En stor sjukvårdskonsumtion innebär

Figur 3.3. Hälso- och sjukvårdskonsumtionen för olika äldreomsorgsalternativ (78 år och äldre).



att en person tillbringat mer än 19 vård dagar i slutenvård, haft fler än 3 slutenvårdstillfällen eller fler mer än 7 besök i den öppna specialistvården per år.

Figur 3.3 visar hur mängden hälso- och sjukvård som en äldre person konsumerar skiljer sig åt mellan olika boendeformer inom äldreomsorgen. Vård- och omsorgsboenden utmärker sig särskilt, eftersom hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå ingår som en del av omsorgen i boendet. De äldre som bor på dessa boenden har dessutom färre slutenvård dagar, kortare vårdtider och färre läkarbesök i genomsnitt än äldre i andra boendelalternativ.

Även andra studier har visat att det finns skillnader i vårdkonsumtion mellan äldre med olika omsorgsalternativ. Socialstyrelsen (2013b) fann i en uppföljning av de mest sjuka äldres vård och omsorg att äldre som bor på ett vård- och omsorgsboende snabbare fick vård efter en stroke eller höftfraktur jämfört med dem som bor i ordinärt boende. De fick även i större utsträckning vård av specialläkare vid psykisk sjukdom. Av de äldre som fick hemtjänst vid årsskiftet 2013/2014 ansåg drygt 20 procent att det var ganska eller mycket svårt att få träffa en läkare vid behov (Socialstyrelsen 2015a). SKL (2013a) fann även att äldre på vård- och omsorgsboenden i lägre grad skrevs in i upprepade gånger i slutenvården för samma åkomma eller fick undvikbar slutenvård.

En större andel av de mest sjuka äldre som bodde kvar hemma med hemtjänst återfick däremot funktionsförmågan efter stroke och höftfraktur jämfört med dem som bodde i särskilt boende (Socialstyrelsen 2013b). Fler personer med hemtjänst fick träffa sjukgymnast och arbetsterapeut direkt efter en stroke och en större andel återfick förmågan att gå, klä sig och klara av toalettbesök själv. De hade också lägre risk för trycksår efter en höftfraktur.

Även om det finns skillnader i vårdkonsumtion mellan äldre i olika omsorgsalternativ, är det svårt att dra säkra slutsatser om sambandet mellan ett visst omsorgsalternativ och de äldres funktionsförmåga, eftersom olika omsorgsalternativ är aktuella för olika personer. Statistik på gruppnivå ska därför ses som en utgångspunkt för vidare diskussioner, snarare än som ett facit för äldreomsorgens konsekvenser. De hälsofrämjande och kvalitetshöjande effekterna av olika omsorgsalternativ kommer att diskuteras närmare i kapitel 7 och 8.

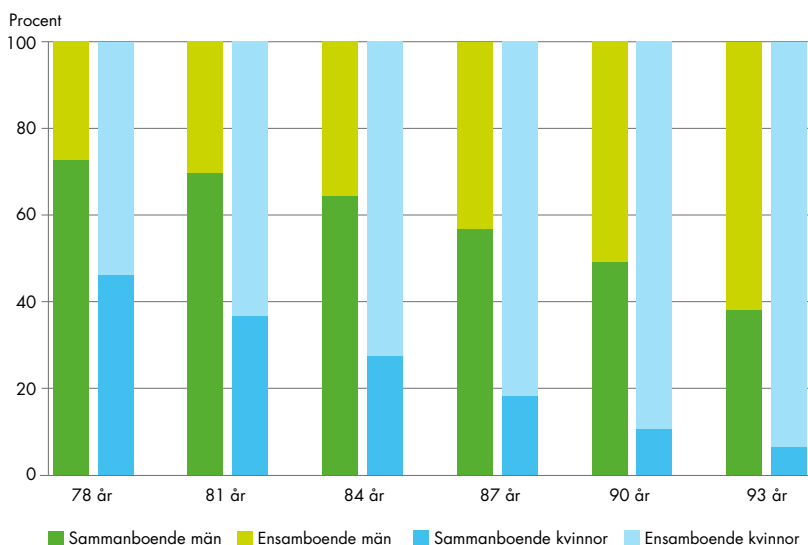
3.3 ÄVEN TILLGÅNGEN TILL INFORMELL OMSORG SKILJER SIG ÅT

För många äldre med långvariga besvär är informell omsorg från närstående en förutsättning för att kunna bo kvar i sitt eget hem eller för att underlätta tillvaron på ett vård- och omsorgsboende. Anhöriginsatser är därmed ett viktigt komplement till den formella äldreomsorgen och sjukvården. I många fall ges den av en maka, make eller sambo som bor tillsammans med den äldre personen.

Tillgången till omsorg från en sammanboende person kan till viss del ersätta den formella äldreomsorgen, trots att regeringen uttalat att närståendes informella omsorg ska vara ett frivilligt komplement till kommunernas äldreomsorg (Socialdepartementet 2008). Forskning visar att personer som är sammanboende ofta får mindre äldreomsorg än ensamboende äldre (se exempelvis Jegermalm m.fl. 2014). Detta beror delvis på att samboende klarar av sitt dagliga liv bättre än de ensamboende och därmed har ett lägre hjälpbehov. Samtidigt får sammanboende äldre mindre äldreomsorgsinsatser än ensamboende med samma grad av funktionsnedsättning (se även Lagergren och Sjölund 2008).

Figur 3.4 visar att andelen sammanboende män är högre än andelen sammanboende kvinnor för samtliga ålderskategorier i åldrarna 78-93 år. En anledning är att män lever kortare tid, en annan att partnerkombinationen

Figur 3.4. Män är oftare sammanboende än kvinnor i samtliga ålderskategorier (år 2012).



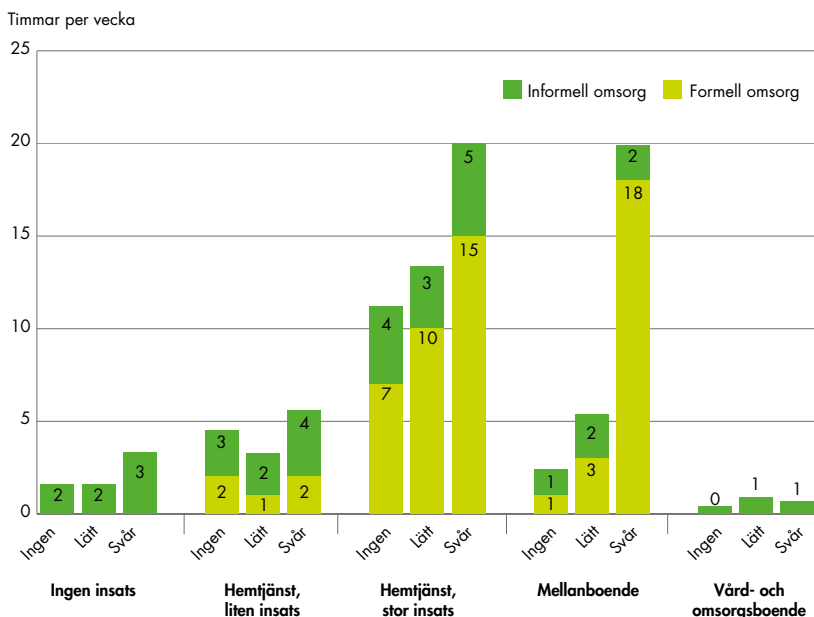
äldre man och yngre kvinna är vanlig, vilket innebär att många män har en yngre och därmed friskare partner. I en undersökning av Socialstyrelsen (2012) angav fler män än kvinnor att de gav informell omsorg till en partner, vilket kan bero på just att männen i högre grad är sammanboende.

Det ligger nära till hands att anta att ensamboendet ökat i takt med att skilsmässotal och flyttmönster förändrats, men Jegermalm och medförfattare (2014) visar att andelen personer 65 år eller äldre som bor ensamma i en egen bostad legat kring 35 procent från år 1945 till år 2012. Deras förklaring är dels att det blivit vanligare att träffa en partner senare i livet, dels att det blivit vanligare att båda parter i ett förhållande lever till en högre ålder.

Sammanboende partners är inte heller ensamma om att ge informell omsorg. Mellan 1994 och 2000 ökade andelen äldre vars barn stod för hela eller delar av den informella omsorgen från 49 till 72 procent (Jegermalm m.fl. 2014). En studie från 2005 visade även att 10 procent av äldre får hjälp av en granne (Jegermalm m.fl. 2014).

Uppskattningar visar att ca 1,3 miljoner personer i vuxen ålder ger informell omsorg till en närstående, även om dessa undersökningar också

Figur 3.5. Mängden informell omsorg från närstående vid olika grader av funktionsnedsättning i förhållande till mängden formell äldreomsorg (78 år och äldre).



innefattar regelbundna telefonsamtal och andra former av emotionellt stöd (Socialstyrelsen 2012, 2014d). Av dessa 1,3 miljoner ger hälften hjälp någon gång per vecka och var tredje ger daglig hjälp.

Oavsett om den som ger informell omsorg är en partner eller en annan närstående måste hen avstå från arbete eller fritid för att ge omsorgen. Kostnaden för den tid som läggs på informell omsorg blir då en indirekt kostnad för omsorgsalternativet. Figur 3.5 visar att mängden informell omsorg som en person får är större vid en högre grad av funktionsnedsättning. Den är också högre för äldre som har beviljats mer hemtjänst, vilket kan vara ett tecken på ett större behov av eller en större vilja att ta emot hjälp. Äldre personer som beviljas plats på ett mellanboende eller vård- och omsorgsboende får däremot mindre informell omsorg.

Vad som räknas som informell omsorg i ett äldreomsorgssammanhang är en definitionsfråga. Vår studie definierar informell omsorg som hjälp med IADL- eller PADL-aktiviteter (se ovan). Det innebär att vi har en någon lägre grad av informell omsorg än studier som även räknar in umgänge och känslomässigt stöd (jämför Socialstyrelsen 2012, Szebehely m.fl. 2014, Kommunal 2014).

3.4 ÄLDREOMSORGEN STRÄCKER SIG FRÅN HEMTJÄNST TILL VÅRD- OCH OMSORGSBOENDE

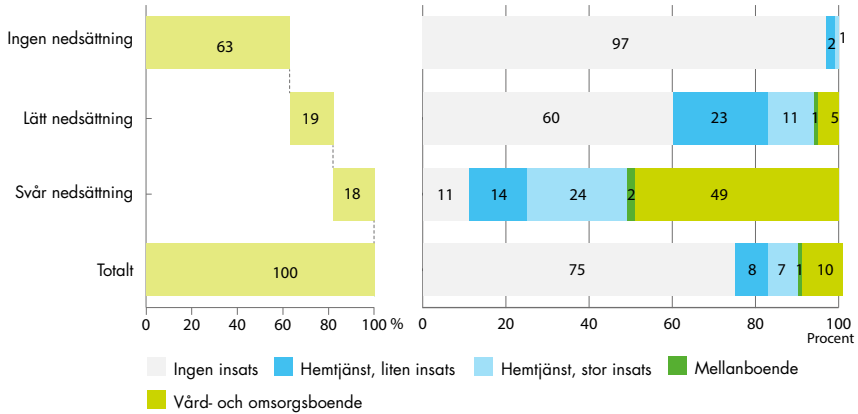
Sammantaget innebär skillnaderna i de äldres behov att det krävs olika typer av äldreomsorg, eftersom de fyller olika syften. Ju större omsorgsbehov en äldre person har, desto mer omfattande insatser behövs. Figur 3.6 visar att äldre med stor funktionsnedsättning i högre grad får heltäckande former av omsorg, medan äldre som har lättare funktionsnedsättning eller helt saknar nedsättning i högre grad får mindre omfattande insatser. Omsorgens omfattning avspeglar alltså de äldres hjälpbehov.

Av figur 3.6 framgår att en liten andel av de äldre som saknar funktionsnedsättning enligt vår definition ändå får äldreomsorg. Detta kan bero på att de behöver omsorgen av andra orsaker än en nedsatt funktionsförmåga, till exempel otrygghet eller en lättare kognitiv nedsättning som inte påverkar deras förmåga att utföra IADL- och PADL-aktiviteter.

Behovet av flera olika former av äldreomsorg uttrycks även av de äldreomsorgschefer som Vårdanalys intervjuat. Eftersom äldreomsorgen infattar så många olika former av omsorg är det viktigt att konkretisera varje kommuns specifika behov när det gäller förändringar av äldreomsorgens



Figur 3.6. Formen av äldreomsorg matchas mot behoven (78 år eller äldre, omsorgsalternativ i förhållande till andelen personer med en viss grad av funktionsnedsättning).



struktur. Det blir med andra ord kontraproduktivt att bara tala generellt om fler platser i särskilt boende, eftersom detta blir för vagt och inte tillräckligt konkret för att lösa framtidens behov.

”Ja, vi behöver nog allting egentligen, dels behöver vi bygga ut, bygga nya boenden, men vi behöver också göra någonting åt de gamla boendena. Sedan är den stora frågan, som vi inte hittar svar på: Vad är det för typ av boenden som man vill ha egentligen? Vad är det som ska byggas för någonting?”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

De två vanligaste formerna av äldreomsorg är hemtjänst och särskilt boende. *Hemtjänst* består av service eller personlig omvårdnad som utförs i den äldres hem. Hemtjänst kräver ett kommunalt biståndsbeslut, det vill säga att en kommunal handläggare beviljar insatsen, som även kan överklagas. Hemtjänst är den allra vanligaste formen av äldreomsorg. Närmare 40 procent av de personer 78 år eller äldre med en stor funktionsnedsättning har insatser från hemtjänsten (se figur 3.6).

Hemtjänsten kombineras ofta med *hemsjukvård*, det vill säga sjukvård som ges i hemmet. Formellt ligger hemsjukvård inom landstingens ansvarsområde, men Ädelreformen 1992 möjliggjorde för landsting att avtala med kommunerna inom landstinget att de skulle ta över ansvaret för all hemsjukvård som motsvarar primärvård upp till sjuksköterskenivå

(Socialdepartementet 1990). År 2014 var Stockholm (undantaget Norrtälje kommun) det enda län där landstinget fortfarande ansvarade för hemsjukvården (Socialstyrelsen och SKL 2015). Däremot ansvarar landstingen och regionerna för den så kallade *specialiserade hemsjukvården*, som motsvarar specialistsjukvård i det egna hemmet.

Personer med mer omfattande omsorgsbehov kan behöva flytta till ett särskilt boende. Särskilda boenden är ett samlingsbegrepp för boendeformer som innan Ädelreformen kallades servicehus, ålderdomshem, vård- och omsorgsboende, gruppboenden för dementa eller sjukhem, men motsvarar oftast den boendeform som vi i denna rapport valt att kalla vård- och omsorgsboende. Vård- och omsorgsboenden riktar sig till äldre som inte längre kan bo kvar i det egna hemmet på grund av att deras behov av tillsyn eller kravet på trygghet och säkerhet inte längre kan tillgodoses av hemtjänst och hemsjukvård. Boendet omfattar således både omsorg och hälso- och sjukvård motsvarande insatser upp till sjuksköterskenivå. Särskilda boenden kräver ett biståndsbeslut.

En undergrupp till särskilt boende är så kallade *korttidsplatser*, som bland annat används för rehabilitering, omvårdnad, växelvård och avlösning av närstående. Liksom övriga former av särskilda boenden omfattar korttidsplatser hälso- och sjukvård som motsvarar insatser upp till sjuksköterskenivå. Även korttidsvård kräver ett biståndsbeslut.

Förutom särskilda boenden finns också olika former av *mellanboenden* som är anpassade för att göra det lättare för äldre att klara sig själva utan att behöva flytta till ett särskilt boende. I denna rapport definieras mellanboende som ett boende i en egen lägenhet med trygghetslarm och tillgång till viss gemensam service och gemensamma lokaler. Personal finns tillgänglig i huset under dagtid. Dessutom kan de boende, efter behovsprövning, få hjälp av hemtjänsten, precis som om de hade bott kvar i ett vanligt boende. Denna definition av mellanboende liknar det som innan Ädelreformen kallades servicehus. Ett servicehus innebar att de äldre bodde i anpassade lägenheter med hjälp av hemtjänst samt att det fanns personal tillgänglig dygnet runt (Socialdepartementet 1979).

I dag är den vanligaste motsvarigheten till ett mellanboende olika former av trygghetsbostäder, seniorbostäder och andra icke biståndsbedömda boendeformer. Varken trygghetsbostäder eller seniorbostäder kräver ett biståndsbeslut, utan kommunen står enbart för eventuell hemtjänst. Boendeformen räknas därför formellt till det som brukar kallas ordinärt boende, det vill säga boenden som den äldre själv arrangerar och finansierar.



En trygghetsbostad är en handikappanpassad lägenhet med tillgång till personal och möjlighet till gemensamma aktiviteter eller måltider (Socialdepartementet 2010b). Bostäderna riktar sig till personer som är 70 år eller äldre. Kommuner och privata aktörer kan sedan 2009 få investeringsstöd för att inrätta trygghetsbostäder förutsatt att bostaden uppfyller ovanstående kriterier, men de är ännu inte särskilt vanligt förekommande. Enligt en enkät av Boverket (2015b) år 2014 finns cirka 6 600 trygghetsbostäder i landet.

Seniorboenden liknar trygghetsbostäder på så sätt att de riktar sig till äldre och ofta har en lägre åldersgräns för att få flytta in. Olikt trygghetsbostäder finns det inte några formella krav på bostädernas utformning, men de är ofta anpassade för att göra det lättare för personer med en nedsatt funktionsförmåga att bo kvar (Abramsson 2015). Enligt Boverkets enkät (2015b) finns det cirka 27 800 seniorboenden i landet.

Det som skiljer trygghetsbostäder och seniorboenden från särskilda boenden, är att det inte krävs något biståndsbeslut för att få tillgång till boendet. De äldre får även själva bekosta den personal och de aktiviteter som tillhandahålls inom ramen för trygghets- eller seniorboendet genom sin hyresavgift. Båda typerna av bostäder kan dock kombineras med hemtjänst och hemsjukvård.

Ett annat alternativ till formell äldreomsorg är hushållsnära tjänster med skatteavdrag, så kallade *RUT-tjänster*. Andelen äldre som ansöker om RUT-avdrag har ökat sedan år 2008, då systemet infördes: från 1,7 procent av åldersgruppen 65 år och äldre år 2008 till knappt 10 procent år 2012 (Szebehely och Ulmanen 2012, Socialstyrelsen 2014b). Ansökningarna avser dock förhållandevis små belopp – motsvarande 1–2 timmars hjälp per månad i snitt.

3.5 MORGONDAGENS VÅRD OCH OMSORG KOMMER ATT MÖTA DE ÄLDRES BEHOV PÅ NYA SÄTT

Vården och omsorgen för äldre kommer sannolikt att fortsätta utvecklas och effektiveras. Gränserna för vilken vård som kan ges hemma i stället för på sjukhus förflyttas ständigt. Med nya tekniker och med rätt stöd och utbildning kan patienter i större utsträckning sköta sin behandling själva. Hjälpmedel gör vardagen enklare och bidrar till att många äldre i allt högre grad klarar sig utan omsorg. Att utmana och tänka utanför den egna organisationen för att bättre tillgodose äldres behov av både vård och omsorg blir allt viktigare. Samtidigt kommer ett fortsatt effektiviseringsarbete med äldres perspektiv i

centrum att få betydelse för att kunna begränsa de framtida kostnaderna för vården och omsorgen av äldre.

I flera kommuner pågår arbetet med att i högre grad anpassa äldreomsorgen efter de äldres egna förutsättningar och att låta personalens arbete än mer styras efter den äldres behov snarare än verksamhetsens krav (SKL 2010). Det förekommer också gemensamma projekt mellan kommuner och landsting för att skapa rutiner som ser till att äldres behov tillgodoses oavsett vilken av parterna som har ansvaret.

Även den tekniska utvecklingen kan bidra till nya arbetssätt och ökad kvalitet i äldreomsorgen. Ett exempel som redan nämnts är hjälpmedel. Ett annat är användningen av ny teknik för att underlätta kommunikation mellan personalen i hemtjänsten eller mellan omsorgspersonalen och de äldre. Ett verktyg som prövats i många kommuner är tillsyn med hjälp av en kamera nattetid. Enligt Socialstyrelsen (2014e) är sådan tillsyn kostnadsbesparande, samtidigt som den har fördelen att den äldres nattsömn inte störs. Trygghetslarm är ett annat område där utvecklingen av fall-, rörelse- eller passivitetlarm ökar förutsättningen för äldre att snabbt få hjälp och sjukvård om så behövs. Det finns även stor efterfrågan efter mobila kommunikationslösningar för att säkra informationsöverföringen mellan arbetsteam i hemtjänsten och hemsjukvården (Socialstyrelsen 2014e). Genom att underlätta dokumentationen och öka tillgången till aktuell information förväntas personalen kunna tillbringa mer tid med den äldre och förbättra omhändertagandet.

Inom sjukvården bidrar utvecklingen av ny teknologi till nya behandlingsmöjligheter och en höjd ambitionsnivå. Det har inneburit högre kostnader, men bidrar samtidigt till bättre hälsa och ett mervärde för samhället i stort (Lundqvist m.fl. 2012, 2013, Steen Carlsson m.fl. 2013). Den minskade dödligheten i många av de vanliga folksjukdomarna innebär att vi lever allt längre med en ökad risk att utveckla kroniska sjukdomar såsom demens som följd – en utveckling som innebär utmaningar för äldreomsorgen. Samtidigt väntas sjukvårdens framsteg med att begränsa demenssjukdomens utveckling få stora konsekvenser, inte bara för den enskilde utan också för äldreomsorgen. I dag har flertalet av de äldre som bor permanent på vård- och omsorgsboende en kognitiv nedsättning (Socialstyrelsen 2014c).

Även om vi med all säkerhet kan säga att tekniker och metoder i äldreomsorgen och hälso- och sjukvården kommer att fortsätta utvecklas och effektiviseras är det svårt att i dag uppskatta hur stor betydelse dessa kan förväntas få för äldreomsorgens övergripande strukturer fram till år 2025. Det är inte heller fokus för denna rapport, som har ambitionen att visa hur de



Äldre är en heterogen grupp som behöver flexibla lösningar

totala kostnaderna för vården och omsorgen påverkas av vilka övergripande strukturer som karaktäriserar äldreomsorgen år 2025. Vi har därför inte gjort några antaganden om hur sjukvårdens och omsorgens produktivitet och effektivitet kommer att utvecklas i framtiden, utan utgår från 2012 års förhållanden.



Äldreomsorgschefer efterlyser olika boenden och förebyggande åtgärder

När Vårdanalys frågade äldreomsorgschefer i Sveriges kommuner vilka behov de såg inför morgondagens äldreomsorg gav cheferna bilden av en bred grupp äldre med olika behov. Några chefer nämnde ett ökat behov av insatser som redan finns: fler platser i demensboenden eller förebyggande åtgärder för att skjuta upp äldres behov av äldreomsorg. Andra pekade på omsorgsformer som inte i lika stor utsträckning finns i dag: boenden som specifikt riktar in sig på livets slutskede eller ett mellanting mellan hemmaboende och vård- och omsorgsboende. Dessa fyra insatser svarar mot olika behov och kräver olika lösningar.

4.1 BEHOV AV DEMENSBOENDEN

Äldreomsorgschefer nämnde två parallella utvecklingar i takt med att antalet äldre i Sverige ökar: att äldre med fysiska funktionsnedsättningar bor allt kortare tid på vård- och omsorgsboenden och att andelen äldre med demens ökar. Redan i dag är den genomsnittliga boendetiden tre månader längre och mediantiden fem månader längre i demensboenden än i övriga boenden (Stockholms stad 2014). Samtidigt har antalet personer som utvecklar demens ökat kraftig i takt med att Sveriges befolkning lever allt längre: från 133 000 personer år 2000 till 158 000 personer år 2012 (Wimo m.fl. 2014). Till år 2050 förväntas antalet personer med demenssjukdom nästan ha fördubblas (Socialstyrelsen 2014c). Socialstyrelsen (2014c) misstänker även att personer med demenssjukdomar inte utreds och diagnosticeras i tillräcklig utsträckning, vilket kan innebära att det finns ett mörkertal.



Det som skiljer personer med kognitiva funktionsnedsättningar från personer med fysiska nedsättningar är att det är svårare att tillgodose deras behov med hjälp av hemtjänst i det egna hemmet. Personer med omfattande kognitiv funktionsnedsättning behöver ofta omsorg dygnet runt. Enligt bedömningar bodde cirka 42 procent av landets äldre med demens permanent på olika former av särskilda boenden år 2014, jämfört med knappt 13 procent av samtliga äldre 80 år eller äldre (Wimo m.fl. 2014, Socialstyrelsen 2015a).

Trots att många äldre som har plats på vård- och omsorgsboende har en kognitiv nedsättning beräknas endast hälften ha plats på ett boende som är specialiserat på demens (Socialstyrelsen 2014c). Att en så relativt liten andel har plats på ett särskilt demensboende kan delvis bero på att äldre som redan har plats på ett särskilt boende när de utvecklar demens ofta bor kvar, snarare än att flytta till ett specialiserat boende. En annan orsak är att personer med kognitiva nedsättningar som saknar en demensdiagnos placeras i vanliga vård- och omsorgsboenden i stället för i demensboenden (Socialstyrelsen 2014c). Socialstyrelsen (2015a) uppskattar att cirka 70 procent av personerna i åldern 65 år och äldre som bodde permanent i särskilt boende år 2013 hade en kognitiv funktionsnedsättning. Socialstyrelsen (2014c) bedömer även att tillgången till demensboende skiljer sig åt mellan kommuner. Även dagverksamhet som riktar sig till äldre med demens saknas i drygt 19 procent av Sveriges kommuner (Socialstyrelsen 2014c).

4.2 BEHOV AV BOENDE I LIVETS SLUTSKEDE

Flera äldreomsorgschefer kommenterade att de äldre bodde en allt kortare tid på vård- och omsorgsboenden och att de var sjukare när de flyttade in än de varit tidigare (se även Boverket 2013). Eftersom många brukare bara tillbringade sin sista tid på vård- och omsorgsboendet föreslog flera äldreomsorgschefer att det borde införas en ny typ av boenden som var anpassade till en kortare boendeperiod. Till exempel skulle färdigmöblerade rum göra det lättare att flytta in utan att först behöva arrangera en flytt av den äldres egna möbler.

På ett nationellt plan avled 22 procent av de som flyttade in på ett särskilt boende år 2012 inom ett halvår och 33 procent inom ett år (Socialstyrelsen 2015a). Data från Kungsholmen i Stockholm visar att de 10 procent äldre som bodde kortast tid på ett vård- och omsorgsboende avled efter i genomsnitt 8 dagar (Schön m.fl. 2015). Många nyinflyttade hade även vårdats på sjukhus under halvåret innan de flyttade till ett vård- och omsorgsboende (Socialstyrelsen 2015a).

En anledning till de kortare boendetiderna kan vara att kortare vårdtider i

slutenvården inneburit att äldre i allt högre grad skrivs ut för att dö hemma eller på ett vård- och omsorgsboende snarare än på sjukhuset. Under åren 2009–2013 minskade antalet platser inom den geriatrisk hälso- och sjukvården, som riktar sig direkt till äldre, samtidigt som antalet vårdtillfällen ökade (Socialstyrelsen 2015a). Anledningen var att medelvårdtiden minskade från 16,2 dygn till 12,3 dygn under samma tid.

4.3 BEHOV AV YTTERLIGARE ETT ALTERNATIV FÖRUTOM HEMTJÄNST OCH SÄRSKILT BOENDE

Många äldreomsorgschefer upplevde att det saknades någon form av boende för äldre som kände sig otrygga eller ensamma i sitt eget hem men som inte hade ett tillräckligt stort omsorgsbehov för att behöva en plats på vård- och omsorgsboende. Det ökade antalet äldre och de allt stramare kraven på att få plats på vård- och omsorgsboende ansågs ha skapat ett gap mellan hemtjänsten och det särskilda boendet. Även andra studier har visat på att det finns en grupp äldre som känner sig otrygga och ensamma i det egna hemmet, men som är alltför friska att beviljas särskilt boende (exempelvis Abramsson m.fl. 2013).

”... det skulle vara ett boende där det finns hemtjänstpersonal stationerad i huset för det är det som skapar trygghet för de boende. Inte som kommer utifrån 'vid behov'.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

Äldreomsorgscheferna hoppades att ett mellanboende skulle kunna skjuta fram eller helt undvika en framtida flytt till vård- och omsorgsboende genom att skapa en gemenskap där de äldre kunde känna sig trygga.

”... de här personerna som har en stor oro och ångest hemma får (ofta) ett helt annat lugn när man kommer in med personal tillgänglig dygnet runt. (...) Just otryggheten har varit det största problemet och som vi inte kan tillgodose med hemtjänst, för då hjälper det inte att vi är där många, många, många gånger om dagen. För man är fortfarande otrygg.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

Även andra studier har visat att trygghetsboenden och liknande mellanboendeformer bidrar till ökad social gemenskap och en minskad oro (Abramsson m.fl. 2013, Lindahl 2015). Flera äldreomsorgschefer beskrev



hur det tidigare funnits serviceboenden som var lite mindre avancerade än dagens genomsnittliga särskilda boende. Dessa lades på många håll ned under 1990-talet, när kommunerna bedömde att antalet äldre med omsorgsbehov minskade. I takt med att antalet äldre återigen börjat öka hade denna typ av boende återkommit i diskussionen.

Många äldreomsorgschefer tyckte inte heller att dagens trygghetsboenden fyllde behovet av mellanboende, eftersom de inte regleras av socialtjänstlagen och eftersom bostadsbolaget snarare än kommunens äldreomsorgsenhet ansvarade för tilldelningen av platser. Några intervjupersoner hade dock farhågan att ett mellanboende skulle innebära ännu en flytt innan den äldre hamnade på ett vård- och omsorgsboende, medan andra trodde att många äldre skulle kunna stanna på mellanboendet livet ut, utan att behöva flytta till ett vård- och omsorgsboende.

4.4 BEHOV AV FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER, SOM INBEGRIPER STÖD TILL NÄRSTÅENDE

Många kommuner försökte på olika sätt förebygga och skjuta upp behov av äldreomsorg. Ett förändrat arbetssätt med ett ökat fokus på förebyggande åtgärder ger inte bara ökad kvalitet för den äldre, utan minskar även antalet undvikbara vårdtillfällen i slutenvård, primärvård och hemsjukvård. Genom att den äldre behåller sin funktionsförmåga minskar även behovet av äldreomsorg.

Bland de exempel som gavs på förebyggande arbete fanns bland annat seniorkontakter, fler restauranger och träffpunkter för äldre, samt uppsökande hembesök där alla över exempelvis 80 år informeras om vad kommunen kan göra för att hjälpa dem och deras närstående. Statens folkhälsoinstitut (2013) har även utvecklat en metod för att ge hälsocoaching till äldre personer i samarbete mellan landsting, kommun och ideella organisationer. Den så kallade Äldresatsningen på de mest sjuka äldre under åren 2010–2014 lyfte även den flera framgångsfaktorer för att förbygga ohälsa och funktionsnedsättningar (SKL 2015). Dessa handlade bland annat om att minska mängden olämpliga läkemedel, att tidigt upptäcka och behandla trycksår och undernäring samt att ändra omsorgen om äldre med demens för att minska förekomsten av ångest och aggressivitet (SKL 2015).

Socialstyrelsen (2014f) konstaterade dock att kommunernas förebyggande arbete i första hand handlar om att förebygga exempelvis fall, undernäring och stillasittande bland äldre som redan får äldreomsorg. Förebyggande

åtgärder som riktade sig till friska äldre sågs snarare som primärvårdens uppgift (Socialstyrelsen 2014f).

Ett annat område med potential att minska behovet av äldreomsorg är rehabilitering. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU 2015a) har visat på goda effekter för funktionsförmågan och överlevnaden av att rehabilitera äldre strokepatienter i hemmiljö med hjälp av interdisciplinära team. Även interdisciplinära team för rehabilitering efter höftfraktur har visat på goda effekter på den äldres funktionsförmåga (SBU 2015b). Eftersom få sjukhus arbetar på detta sätt i dag, finns en stor förbättringspotential under de närmaste åren.

På en nationell nivå har det även uppmärksammats att det finns ett behov av att stödja och avlasta närstående som ger informell omsorg för att undvika att de i sin tur drabbas av en sämre hälsa (se till exempel Socialdepartementet 2008). Riksrevisionen (2014) konstaterade att det finns stora skillnader mellan kommunerna i vilket närståendestöd som erbjuds. Flera bedömare har även påpekat att det bästa anhörigstödet är en god äldreomsorg, så att närstående slipper kompensera för otillräcklig omsorg eller koordinera olika former av vård och omsorg (Riksrevisionen 2014, Socialstyrelsen 2014d, Sand 2014). Det är också viktigt att stöd som till exempel avlösning är flexibelt och anpassad efter den närståendes behov (Riksrevisionen 2014, Socialstyrelsen 2014d, Sand 2014).





Kostnadsutmaningen kvarstår oavsett äldreomsorgens utformning

År 2012 stod äldreomsorgen för knappt hälften av samhällets totala kostnader för vård och omsorg för befolkningen 65 år och äldre: 101,7 miljarder av totalt knappt 210 miljarder kronor. Övriga kostnader kom från äldres vårdkontakter i öppen- och slutenvården, knappt 83 miljarder kronor, och från närståendes insatser, ytterligare cirka 25 miljarder kronor.

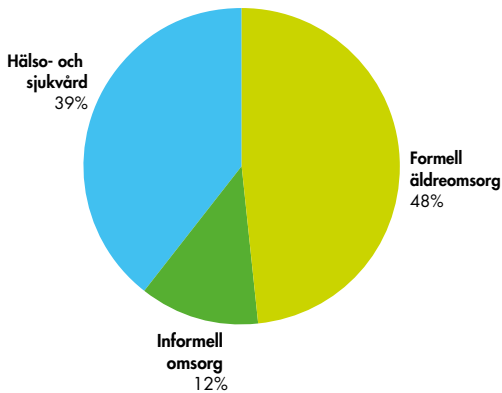
Vårdanalys prognoser visar att de totala kostnaderna för äldres vård- och omsorg förväntas öka med 20–30 procent till år 2025, beroende på antagande om utvecklingen av de äldres funktionsförmåga. Våra simuleringar visar dessutom att vi knappast kan förvänta oss någon större påverkan av en eventuell förändring av äldreomsorgens nuvarande strukturer. Även vid stora omfördelningar mellan hemtjänst och mellanboende eller vård- och omsorgsboende kommer kostnadsnivån att förbli i stort sett densamma. Strukturförändringar som ger lägre kostnader för kommunerna ökar kostnaderna för hälso- och sjukvården och insatser från närstående och tvärtom. Det innebär begränsade möjligheter att minska samhällets kostnader för äldres vård och omsorg genom att förändra äldreomsorgens struktur.

5.1 ÄLDREOMSORGENS INSATSER STÅR FÖR Knappt HÄLFTEN AV DE TOTALA KOSTNADERNA FÖR ÄLDRES VÅRD OCH OMSORG

Kostnaderna för vård och omsorg för personer 65 år eller äldre summeras år 2012 till totalt 209,9 miljarder kronor. Äldreomsorgens insatser står för den största delen av dessa kostnader; knappt 102 miljarder kronor eller närmare 50 procent av kostnaderna (se figur 5.1). Till det kommer informella insatser från de äldres närstående samt hälso- och sjukvård från landstingen.



Figur 5.1. Äldreomsorgen står för knappt hälften av samhällets totala kostnader för vård och omsorg för befolkningen 65 år eller äldre (procent).



Närståendes stöd och hjälp till äldre summeras till i genomsnitt cirka 100 timmar per äldre person och år, eller till knappt 2 timmar per vecka. Om vi sätter en kostnad på den tid närstående lägger ned på att hjälpa sina anhöriga uppskattas kostnaderna för den informella omsorgen till cirka 25 miljarder kronor. Detta motsvarar tolv procent av de totala kostnaderna för vård och omsorg för äldre. Vår definition av informell omsorg motsvarar insatser av service och personlig omsorg och kan därför sägas bestå av den typ av insatser som annars skulle behöva ges av kommunal omsorgspersonal (se avsnitt 3.3). De närstående avlastar därmed den formella äldreomsorgen. Att närståendes stöd och hjälp motsvarar stora kostnader har också framkommit i andra studier (Socialstyrelsen 2014a).

Förutom den informella omsorgen tillkommer kostnader för äldres vårdkontakter i öppen- och slutenvård. Vi har beräknat dessa till knappt 83 miljarder kronor, ett resultat som stämmer väl överens med Socialstyrelsens (2014b) beräkningar av kostnaderna för äldres hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen summerade kostnaderna för vården till äldre år 2012 till cirka 80 miljarder kronor.

Det saknas ett nationellt underlag för omfattningen av äldres kontakter med vården

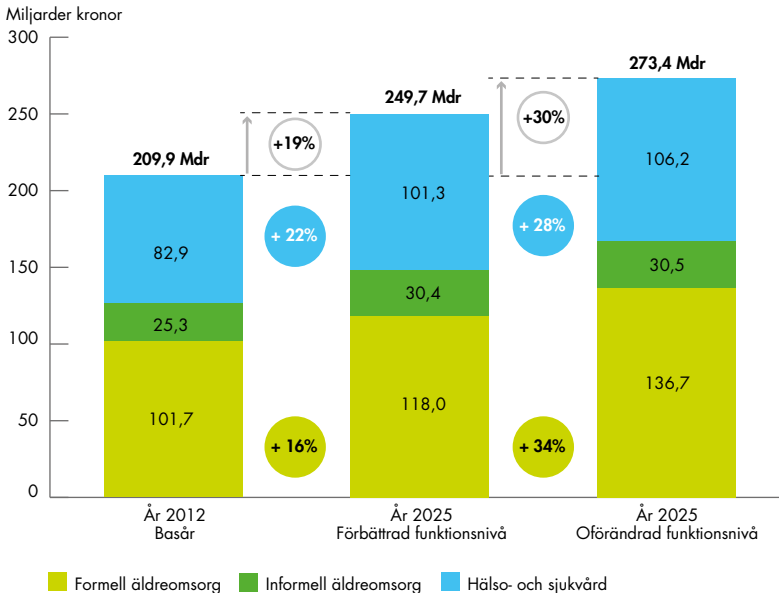
Både Socialstyrelsens och våra beräkningar av kostnaderna för äldres vårdkontakter i öppen- och slutenvård bygger på underlag från ett enda landsting. Det innebär naturligtvis en osäkerhet i beräkningarna. Mest troligt är att vi överskattar hälso- och sjukvårdskostnaderna något. Vårdanalys (2014) har i tidigare kartläggningar visat att äldre står för cirka 40 procent av landstingens totala kostnader för öppen- och slutenvård (exklusive läkemedel). Det skulle innebära en total kostnad på knappt 78 miljarder kronor. Även denna skattning bygger dock på underlag från endast ett par landsting, vilket innebär en osäkerhet vid uppräknning till nationell nivå.

5.2 ENBART BEFOLKNINGSFÖRÄNDRINGEN TILL ÅR 2025 KOMMER ATT ÖKA KOSTNADERNA MED 20–30 PROCENT

De totala kostnaderna för vård och omsorg för befolkningen 65 år eller äldre förväntas öka med 20–30 procent till år 2025, beroende på vårt antagande om funktionsnivån bland befolkningen (se figur 5.2). Kostnadsökningen baseras på en befolkningsframskrivning till år 2025 enligt SCBs (2015) befolkningsprognos samt på olika antaganden om utvecklingen av äldres funktionsförmåga och dödlighet. Samtliga kostnadsökningar i denna rapport är beräknade i reala termer. Det innebär att vi använt 2012 års priser för att beräkna kostnaderna år 2025.

I vårt mer fördelaktiga scenario med en minskad grad av funktionsnedsättning i den äldre befolkningen (se alternativet förbättrad funktionsnivå i figur 5.2) beräknas kostnaderna öka med närmare 40 miljarder kronor (19 procent) från år 2012 till år 2025. I detta scenario ökar kostnaderna procentuellt mer för hälso- och sjukvården än för äldreomsorgen. Hälso- och sjukvårdskostnaderna förväntas öka med 22 procent till 2025, jämfört med 16 procent inom äldreomsorgen. Däremot vet vi ännu inte säkert om tiden med en funktionsnedsättning minskar eller om den enbart skjuts upp i åldrarna.

Figur 5.2. Även om vi antar att äldres funktionsnivå förbättras, ökar de totala kostnaderna för deras vård och omsorg med närmare 20 procent till år 2025 (2012 års prisnivå).



Vi antar i våra kostnadsberäkningar att den förbättrade funktionsnivån beror på en allmän hälsoförbättring som följer av exempelvis livsstilsförändringar. Det innebär att den inte påverkar kommunernas kostnader för rehabilitering och förebyggande åtgärder.

Om vi i stället antar att de äldres funktionsnivå år 2025 kommer ligga på samma nivå som år 2012 (alternativet oförändrad funktionsnivå i figur 5.2) blir den förväntade kostnadsökningen högre: drygt 63 miljarder kronor (30 procent). Äldreomsorgens kostnader förväntas öka med 35 miljarder kronor (34 procent) medan hälso- och sjukvårdskostnaderna förväntas öka med 23 miljarder kronor (28 procent). Kostnadsökningen till följd av befolkningens utveckling kommer därmed att vara högre för äldreomsorgen än för hälso- och sjukvården.

Att det tidigare scenariot med förbättrad funktionsnivå ger en lägre kostnadsökning förklaras av att färre personer hinner få en försämrad funktionsförmåga och behöva äldreomsorg år 2025. Vi kan därmed förvänta oss att den största kostnadsökningen sker inom sjukvårdskostnaden istället för inom äldreomsorgen, olikt i scenariot med oförändrad funktionsnivå.

Det mest troliga är att vi underskattar kostnadsökningen

Vår framskrivning av äldreomsorgens kostnader visar på en förhållandevis god överensstämmelse med tidigare skattningar. Scenariot med förbättrad funktionsnivå ger en något mer positiv bild än vad som tidigare presenterats: Socialdepartementets (2010a) prognos för äldreomsorgens kostnader förutspådde att kostnaderna skulle öka med 25–35 procent under perioden 2010–2025.

Samtidigt är det troligt att våra scenarier underskattar kostnadsökningen för äldres vård och omsorg. Fokus för rapporten har varit att jämföra olika strukturer för äldreomsorgen, snarare än att förutse storleken på omsorgens framtida kostnadsökning. Vi har därför nöjt oss med att göra en konservativ kostnadsberäkning som enbart tar hänsyn till den demografiska förändringen. Alternativet hade varit att även försöka förutse hur sjukvårdens och äldreomsorgens kostnader kommer att påverkas av andra faktorer som historiskt har haft stor betydelse för kostnadsutvecklingen, till exempel medicinska framsteg, ökade kvalitetskrav inom och förväntningar på vården och omsorgen, tillgången till kvalificerad personal samt landets välstånd i stort.

Historiskt har kostnadsökningen i vården respektive omsorgen varit större

än den ökning som förklaras av den demografiska utvecklingen. Det gäller framför allt hälso- och sjukvården. Sveriges Kommuner och Landsting (2011) har beräknat att kostnaderna (i reala termer) för hälso- och sjukvården år 1980–2005 ökade med cirka en procent per år utöver den kostnadsutveckling som förklaras av demografiska förändringar. Äldreomsorgens kostnader ökade under samma period med cirka 0,1 procent årligen.

Med hjälp av SKL:s uppskattningar kan vi få en fingervisning om hur våra beräkningar skulle påverkas av andra faktorer än befolkningsutvecklingen. Med det antagandet skulle hälso- och sjukvårdskostnaderna öka med ytterligare cirka 13,3 miljarder till 2025 (givet oförändrad funktionsnivå). Äldreomsorgens kostnader skulle samtidigt öka med ytterligare 1,5 miljarder utöver vår nuvarande prognos. Sammantaget motsvarar framskrivningen enligt SKL:s siffror en ytterligare kostnadsökning med närmare 15 miljarder kronor, vilket innebär en förväntad ökning av de totala kostnaderna för vården och omsorgen för äldre med 37 procent till år 2025 i stället för de 30 procent som följer av den förväntade befolkningsutvecklingen.

En viktig anledning till ökningen är att teknologiutvecklingen i hälso- och sjukvården med all sannolikhet kommer att fortsätta leda till nya behandlingsmöjligheter och effektivare behandlingar, med en höjd ambitionsnivå och ökade kostnader som följd. Dessa medicinska landvinningar har även betydelse för äldreomsorgens kostnadsutveckling. Bättre behandlingstekniker och medicinska resultat kan, tillsammans med framgångrik rehabilitering, bevara äldre personers funktionsförmåga och minska deras behov av äldreomsorg. Ny teknik i sjukvården förväntas därför dämpa kostnaderna i äldreomsorgen. Ett exempel är läkemedel som begränsar demenssjukdomars utveckling, vilket förväntas begränsa äldreomsorgens kostnader den dag de blir verklighet. Till skillnad från hälso- och sjukvården är det därmed mindre sannolikt att teknologiutvecklingen kommer att vara kostnadsdrivande för äldreomsorgen – snarare tvärtom.

En andra anledning till att vårdens och omsorgens kostnader förväntas öka är att både den demografiska utvecklingen och höjda kvalitetskrav på tjänsternas innehåll ställer höga krav på tillgången på kvalificerad personal. Det är därför rimligt att anta att lönerna i vården och omsorgen även fortsättningsvis kommer att stiga i snabbare takt än den allmänna prisutvecklingen i stort. Till exempel ökade lönekostnadsprisindex, där löneutvecklingen spelar stor roll, med i genomsnitt 4,9 procent per år under perioden 1980–2012, medan konsumentprisindex ökade med 3,7 procent per år.



Äldreomsorgen står inför en utmaning jämfört med tillväxten fram till år 2025

Enligt Finansdepartementets beräkningar (2014) av den framtida BNP-utvecklingen under tidsperioden 2013–2025 förväntas real BNP, det vill säga BNP uttryckt i fasta priser, öka med cirka 2 procent per år. Det svarar mot en total BNP-tillväxt på cirka 29 procent över hela perioden. Denna utveckling är i linje med den samlade kostnadsutveckling som ges av vår framskrivning (jämför figur 5.2).

Även sett enbart till den demografiskt betingade kostnadsökningen på cirka 34 procent för äldreomsorgen fram till år 2025 (det vill säga utan hänsyn till hälso- och sjukvården eller den informella omsorgen), innebär utvecklingen en viss utmaning i relation till den förväntade BNP-utvecklingen. BNP måste öka med cirka 0,32 procentenheter mer per år om vi inte ska behöva öka den andel av våra samlade resurser som vi avsätter till äldreomsorgen varje år.

Som framgår av avsnittet ovan kan vi dock räkna med att de faktiska kostnaderna för både äldreomsorgen och hälso- och sjukvården kommer att öka med mer än så, även om det är svårt att förutse storleken på ökningen. Det innebär att den reala BNP-tillväxten behöver vara högre än Finansdepartementets prognos om vi ska kunna möta både den demografiska och den övriga ökningen i kostnader utan att behöva öka andelen av våra privata eller offentliga resurser som satsas på äldreomsorg och hälso- och sjukvård till de äldre. Om kostnadsökningen fortsätter i samma takt som enligt SKL:s historiska data, så att vi får en total kostnadsökning för äldres vård och omsorg på 37 procent, måste BNP öka med cirka 0,47 procentenheter mer per år än vad som förväntas enligt Finansdepartementets beräkningar.

Sammantaget framstår därför den kombinerade effekten av demografin och kostnadsutvecklingen till följd av andra faktorer som en finansiell utmaning redan fram till år 2025. Därtill vet vi att de stora demografiska förändringarna, med tillhörande ökning av äldreomsorgens kostnader, förväntas äga rum mellan åren 2025 och 2030.

Fortsättningsvis kommer vi emellertid att fokusera på den demografiskt betingade kostnadsutvecklingen i vår rapport.

5.3 LÄGRE KOSTNADER FÖR ÄLDREOMSORGEN ÖKAR KOSTNADERNA FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SAMT INFORMELL OMSORG

Vår jämförelse mellan de fyra hypotetiska scenarierna (se faktaruta) visar att vi inte kan förvänta oss att en förändring av äldreomsorgens nuvarande strukturer kommer att påverka ökningen av samhällets kostnader för äldres

Vi bygger vår analys på fyra hypotetiska scenarier

För respektive scenario har vi gjort olika antaganden om andelen äldre personer i respektive boendeform år 2025. I ett första scenario antar vi samma fördelning mellan olika insats- och boendeformer som basåret 2012. I scenario II antas en ökad satsning av hemtjänst genom att öka andelen som bor i kvar i sin egen bostad med stora insatser av hemtjänst med tre procentenheter. De två sista scenarierna representerar en ökad satsning på särskilt boende, antingen i form av mellanboende med hemtjänst eller som vård- och omsorgsboende med heldygnsoomsorg.

Scenario I

Samma fördelning av äldreomsorgen som år 2012

Oförändrad procentuell fördelning av andelen personer 78 år eller äldre i respektive omsorgsform, det vill säga samma äldreomsorgsstruktur som under basåret 2012.

Scenario II

Omfördelning till en ökad andel med hemtjänst

Omfördelning till en ökad andel äldre som bor i kvar i sitt eget hem med stor omfattning av hemtjänst jämfört med år 2012. Samtidigt minskar andelen äldre med heldygnsoomsorg i vård- och omsorgsboende i motsvarande grad.

Scenario III

Omfördelning till en ökad andel i mellanboende

Omfördelning till en ökad andel äldre som bor i mellanboende med hemtjänst jämfört med år 2012. Samtidigt minskar andelen äldre som bor i sitt eget hem med stora insatser av hemtjänst i motsvarande grad.

Scenario IV

Omfördelning till en ökad andel i vård- och omsorgsboende

Omfördelning till en ökad andel äldre med heldygnsoomsorg i vård- och omsorgsboende jämfört med år 2012. Samtidigt minskar andelen äldre som bor kvar i sitt eget hem med stora insatser av hemtjänst i motsvarande grad.

Storleken på strukturförändringen motsvarar den historiska förändringstakten för vård- och omsorgsboenden

När vi beräknar konsekvenserna av en strukturförändring antar vi genomgående att tre procent av det totala antalet äldre år 2025 omfördelas från en insats- eller boendeform till en annan. Exempelvis ökar andelen äldre med hemtjänst med tre procentenheter och andelen äldre med vård- och omsorgsboende minskar med tre procentenheter i scenario II (se tabell 5.1). Storleken på omfördelningen motsvarar den historiska förändringstakten för vård- och omsorgsboende mellan år 1997 och år 2012. Täckningsgraden, det vill säga andelen av befolkningen 65 år eller äldre med plats på särskilt boende, sjönk från 8,5 procent år 1997 till 5,4 procent år 2012 (Socialstyrelsen 2014b och SCB 2015a).



Tabell 5.1. Fördelningen av personer 78 år eller äldre ändras med tre procentenheter mellan fem olika boendeformer i scenario I-IV (procent, andel personer i varje omsorgsalternativ).*

Scenario	Ingen insats	Hemtjänst, liten insats	Hemtjänst, stor insats	Mellanboende	Vård- och omsorgsboende
I: Som i dag	74,7	8,4	6,7	0,6	9,7
II: Utökad hemtjänst	74,7	8,4	9,7	0,6	6,7
III: Utökad mellanboende	74,7	8,4	3,7	3,6	9,7
IV: Utökad vård- och omsorgsboende	74,7	8,4	3,7	0,6	12,7

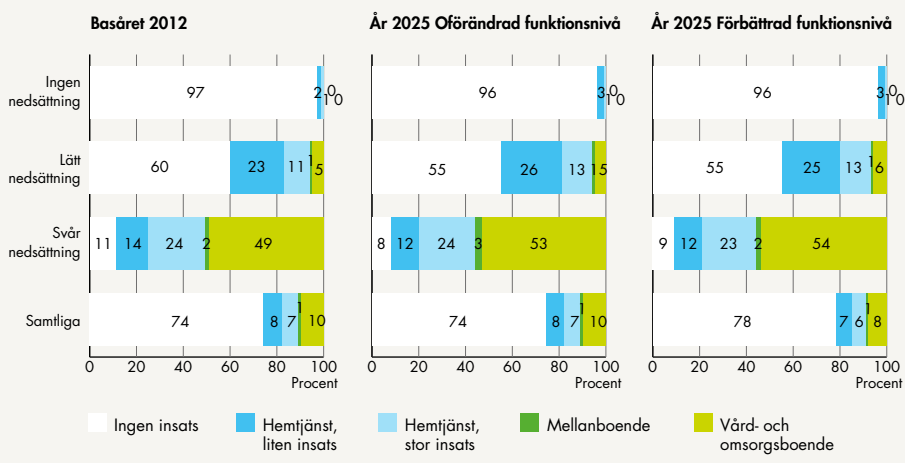
* I scenario I är fördelningen densamma som för basåret 2012. Förändrade andelar i scenario II-IV visas i fetstil. Grön siffra anger en ökad andel i jämförelse med scenario I och en blå siffra anger en minskad andel.

Vi utgår från att bedömningsgrunden för att få äldreomsorg är oförändrad i de olika scenarierna

Figur 5.3 redovisar hur gruppen 78 år eller äldre fördelade sig mellan olika omsorgsalternativ år 2012. Då bodde 75 procent hemma utan hjälp av hemtjänsten och var tionde person bodde på ett vård- och omsorgsboende. I våra framtidsscenarioer antar vi att bedömningsgrunderna för att få äldreomsorg är desamma år 2025 som år 2012. Det innebär att en ensamboende person med en lätt funktionsnedsättning och låg sjukvårdskonsumtion är lika trolig att få stora insatser av hemtjänst år 2025 som år 2012.

Även med ett sådant antagande kommer fördelningen av personer mellan olika omsorgsalternativ att förändras från 2012 till 2025. Detta beror på att även med en oförändrad funktionsförmåga fram till år 2025 kommer fördelningen av omsorg inom olika behovsgrupper att ändras eftersom olika åldersgrupper ökar olika mycket (se figur 5.3). Antar vi dessutom att funktionsnivån förbättras kommer en lägre andel äldre än tidigare få och behöva stöd och hjälp av äldreomsorgen.

Figur 5.3. Även med en oförändrad bedömningsgrund kommer fördelningen av äldre med olika grad av funktionsnedsättning i respektive omsorgsalternativ att förändras från år 2012 till år 2025 (78 år eller äldre).

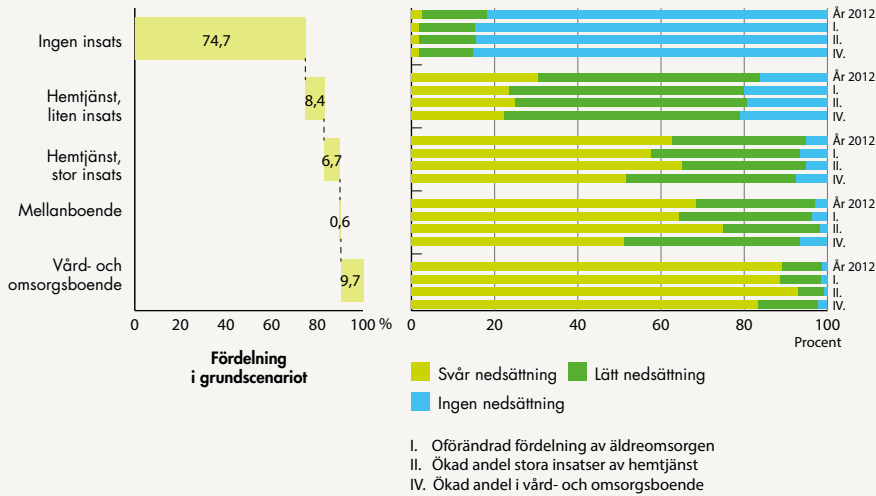


Att sänka tröskeln för ett boendialternativ innebär att vi samtidigt höjer tröskeln för ett annat

Eftersom vi i våra scenarier utgår från en omfördelning av äldreomsorgens insatser mellan olika boendialternativ innebär en ökad andel personer som får hjälp av hemtjänst i det egna hemmet en motsvarande neddragning av andelen personer som får heldygnsomsorg i vård- och omsorgsboende. Det betyder i sin tur att en ökad användning av en viss form av äldreomsorg även påverkar det genomsnittliga vård- och omsorgsbehovet inom andra former av omsorg. En ökad användning av stora insatser av hemtjänst i den äldres egna hem, som i scenario II, innebär således inte bara att vårdtyngden för personer med hemtjänst ökar, utan också att tröskeln för att få en plats på ett vård- och omsorgsboende höjs. Vårdtyngden ökar därmed även bland det mindre antal (jämfört med grundscenariot) personer som får en plats på ett mellanboende eller vård- och omsorgsboende (se figur 5.4).

Jämfört med år 2012 beräknas andelen utan funktionsnedsättning i respektive boendeform sjunka för samtliga boendeformer år 2025 i figur 5.4. Detta beror på att den totala andelen personer som har en funktionsnedsättning beräknas sjunka i de studerade åldersgrupperna.

Figur 5.4. Vårdtyngden i respektive omsorgsalternativ förändras beroende på scenario (oförändrad funktionsnivå). Vårdtyngden år 2012 ingår som jämförelsepunkt.



vård och omsorg i någon större omfattning (se faktarutan på föregående sidor för en beskrivning av scenarierna). Även med förhållandevis stora omfördelningar från ett omsorgsalternativ till ett annat kvarstår kostnadsbilderna: 28–31 procent högre kostnader för vård och omsorg jämfört med i dag, vid antagande om oförändrad funktionsnivå bland de äldre (se figur 5.5). I ett scenario med utökat mellanboende med hemtjänst sjunker visserligen den totala kostnadsökningen fram till år 2025 från 30 procent till 28 procent – en minskning med 4 miljarder kronor. Skillnaden är emellertid liten jämfört med den totala kostnadsökningen på 59 miljarder kronor som uppstår jämfört med 2012 års kostnader.

Däremot innebär de alternativa strukturerna skillnader i vem som förväntas bära kostnaderna av det ökade antalet äldre. Figur 5.5 visar hur kostnaderna för äldres äldreomsorg, hälso- och sjukvård och informella omsorg påverkas av olika antaganden om hur den äldre befolkningen kommer att fördela sig mellan alternativa insats- och boendeformer år 2025.

Skillnaden i fördelning mellan scenarierna motsvarar en förändring av antalet platser med tre procentenheter under perioden. Detta antagande innebär stora förändringar och har valts för att tydliggöra konsekvenserna av en ändrad struktur.

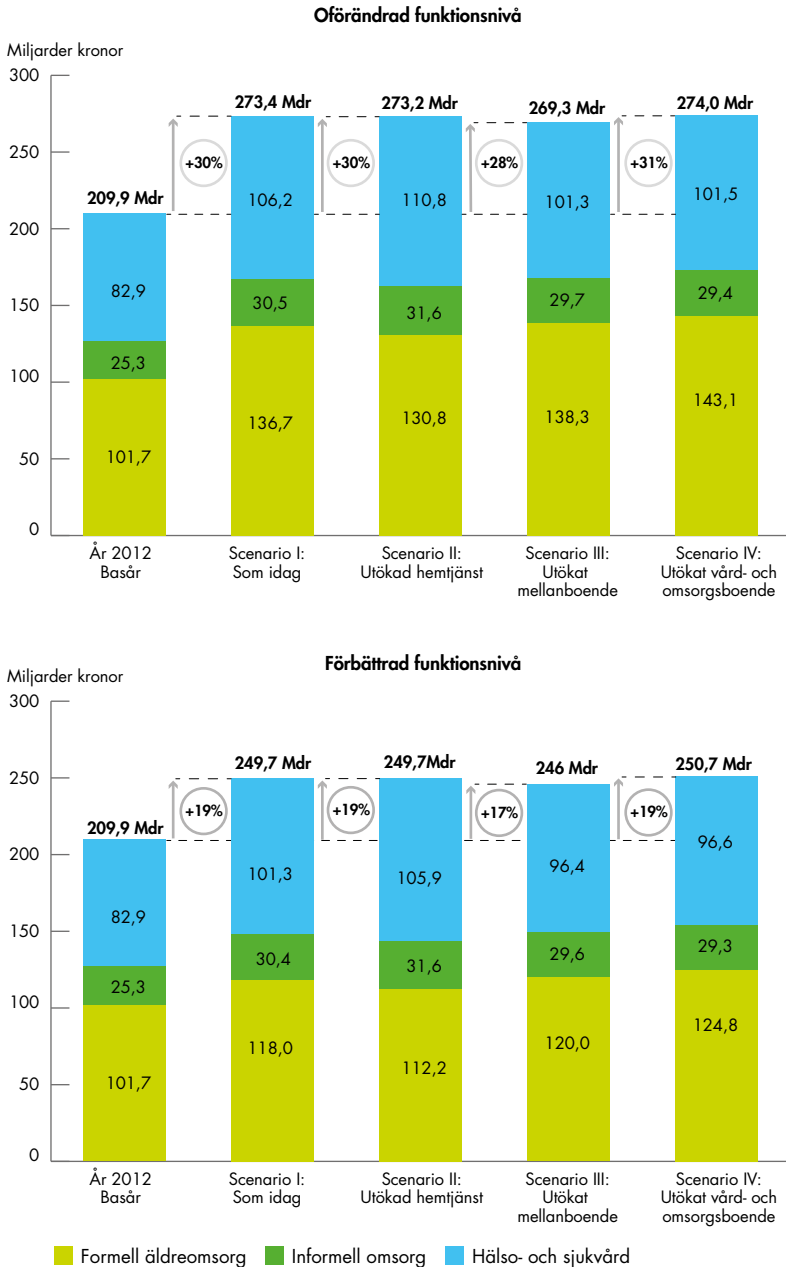
Lägre kostnader i äldreomsorgen ger högre sjukvårdskostnader och tvärtom

Att förändra vår nuvarande struktur i äldreomsorgen genom att låta vissa äldre med svår funktionsnedsättning och stora omsorgsbehov få hemtjänst i stället för plats på vård- och omsorgsboende skulle sänka kostnaderna för kommunerna med 5,9 miljarder kronor eller 4 procent (jämför scenario I och II i figur 5.5). Konsekvenserna av en sådan förändring begränsas emellertid av att kostnaderna för hälso- och sjukvården och den informella omsorgen från närstående samtidigt ökar. Kostnaderna för äldres hälso- och sjukvård ökar med 4,6 miljarder kronor (4,4 procent). Det ökade behovet av informell omsorg från närstående ger samtidigt en kostnadsökning på cirka 1,1 miljarder jämfört med scenario I. Uppskattningsvis överväldras således tre fjärdedelar av de kostnader som kommunerna förväntas spara på landstingen och närmare 20 procent på de äldres närstående.

Skulle vi istället öka antalet äldre som har plats på ett vård- och omsorgsboende i stället för hemtjänst i hemmet, scenario IV, blir bilden den motsatta. Äldreomsorgens kostnader ökar medan sjukvårdskostnaderna och kostnaderna för närståendes insatser minskar. Vårt tredje scenario,

som antar att det sker en utbyggnad av mellanboende och en motsvarande minskning av andelen äldre som får hemtjänst i det egna hemmet, är mest

Figur 5.5. Alternativa omsorgstrukturer har en begränsad påverkan på äldres totala vård- och omsorgskostnader fram till år 2025 (2012 års prisnivå).



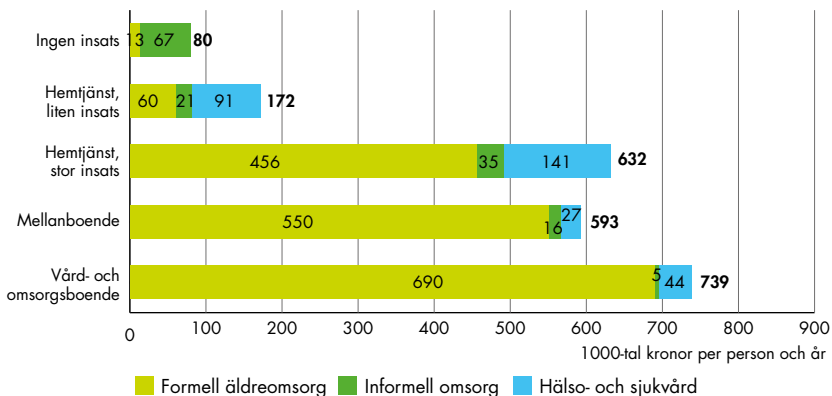
fördelaktigt sett till de totala kostnaderna. Kostnaderna för äldreomsorgen förväntas öka något, samtidigt som kostnaderna för hälso- och sjukvården och för närståendes insatser minskar ännu mer. Inte heller här är den totala kostnadsminskningen mer än 4,1 miljarder jämfört med scenario I (se figur 5.5).

Sjukvårdskostnader utgör en stor andel av kostnaderna för personer med omfattande behov av hemtjänst

I genomsnitt beräknas de totala vård- och omsorgskostnaderna för en person med heldygnsomsorg till 740 000 kronor per år (se figur 5.6). Mer än 90 procent av dessa kostnader faller på kommunen. För äldre i ordinärt boende med omfattande hjälp av hemtjänsten beräknas den totala kostnaden per person och år till drygt 630 000 kronor. Mer än 20 procent av denna kostnad utgörs av kostnaden för den äldres behov av sjukvård, det vill säga vårdtillfällen i primärvård, öppen specialistvård och slutenvård.

Det bör noteras att år 2012 hade närmare hälften av landets kommuner ännu inte övertagit ansvaret för hemsjukvården. För dessa kommuner ingår kostnaderna för hemsjukvård i den ljusblå stapeln i figur 5.6, det vill säga kostnaderna för landstingets hälso- och sjukvård. För övriga kommuner ingår hemsjukvårdens kostnader i kostnaderna för den formella äldreomsorgen, det vill säga den ljusgröna stapeln.

Figur 5.6. Sjukvårdskostnader utgör en stor andel av de genomsnittliga årliga vård- och omsorgskostnaderna för en äldre person med omfattande behov av hemtjänst (78 år eller äldre, 2012 års priser).



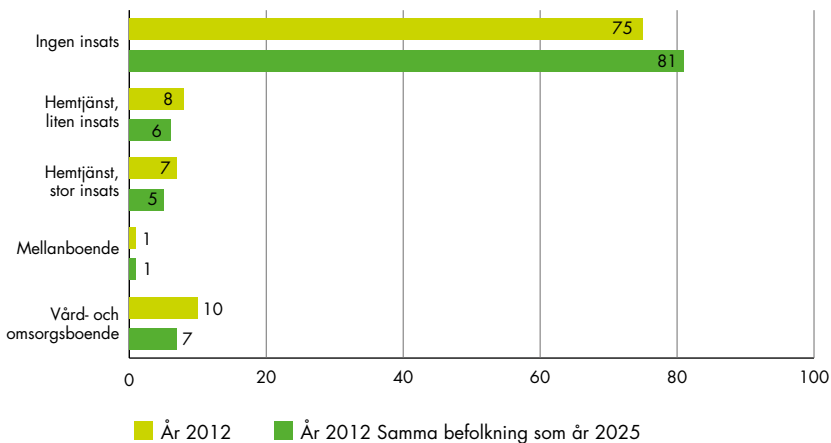
5.4 MED EN ÄLDRE BEFOLKNING SOM ÅR 2025 SKULLE VI HA STORA SVÅRIGHETER ATT TILLGODOSE ÄLDRES BEHOV I DAG

Ett ytterligare sätt att beskriva konsekvensen av befolkningsutvecklingen fram till år 2025 är att tänka sig ett scenario där vi redan i dag skulle ha en lika stor befolkning över 65 år som år 2025, fast med samma kostnadsnivå för äldreomsorgen som år 2012. Ett sådant scenario skulle beräknas få mycket stora konsekvenser när det gäller möjligheterna att tillgodose de äldres behov.

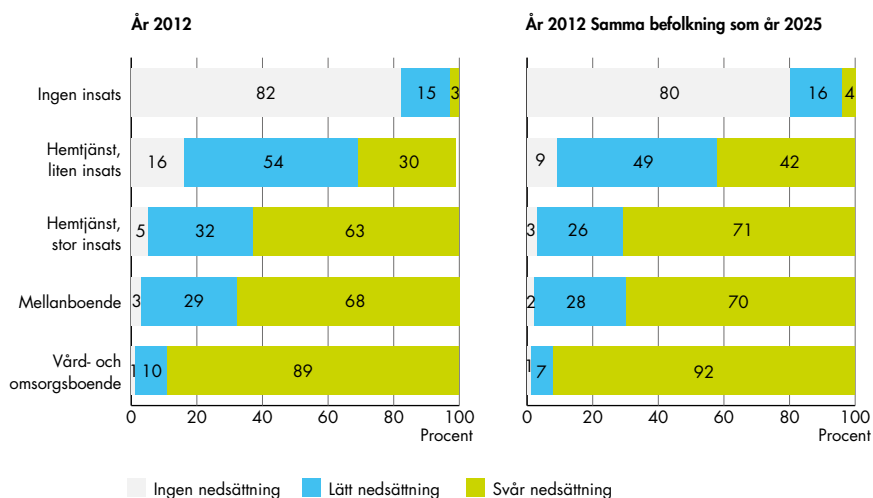
Eftersom det framför allt är äldre i åldern 78 år eller äldre som får en nedsatt funktionsförmåga är det de som skulle drabbas allra mest i ett sådant scenario. Andelen personer 78 år eller äldre som får äldreomsorg skulle minska från 25 till 19 procent, det vill säga med omkring en fjärdedel, om antalet äldre i dag skulle motsvara antalet äldre år 2025 (se figur 5.7). Andelen personer i åldern 78 år eller äldre med en svår funktionsnedsättning som inte fick några insatser alls skulle mer än fördubblas, från 8 till 20 procent. Möjligheten för äldre med en svår funktionsnedsättning att få omsorg på ett vård- och omsorgsboende skulle samtidigt minska kraftigt, från drygt 50 procent till knappt 40 procent.

Ett större antal äldre skulle också innebära en ökning av vårdtyngden inom alla omsorgsalternativ. Till exempel skulle andelen personer med en svår funktionsnedsättning som får hjälp av hemtjänst i sitt eget hem öka. Av dem som bodde kvar hemma med mindre insatser från hemtjänsten år 2012

Figur 5.7. Med en befolkning motsvarande år 2025 skulle andelen äldre som har äldreomsorg minska med närmare en fjärdedel år 2012 (78 år eller äldre).



Figur 5.8. Med en befolkning motsvarande år 2025 ökar vårdtyngden i alla omsorgsalternativ år 2012 (78 år eller äldre).



hade 30 procent en svår funktionsnedsättning. Om antalet äldre var lika stort som år 2025 skulle den andelen öka till drygt 40 procent (se figur 5.8). I gruppen äldre som har stora insatser från hemtjänsten skulle andelen med en svår funktionsnedsättning öka från drygt 60 procent till cirka 70 procent. Vårdtyngden på vård- och omsorgsboendet skulle däremot påverkas i mindre utsträckning, eftersom andelen med en svår nedsättning redan är så pass hög.



Hälften av morgondagens äldre vill ha mellanboenden även vid lätta funktionsnedsättningar

En viktig faktor att ta hänsyn till vid planeringen av morgondagens äldreomsorg är vilken omsorg medborgarna själva vill ha. Vårdanalys befolkningsenkät visar att morgondagens äldre har olika önskemål om hur de skulle vilja ha sina behov tillgodosedda. Av närmare 400 personer i åldern 50–60 år svarade hälften att de skulle föredra att få omsorg i ett mellanboende respektive vård- och omsorgsboende framför att få hemtjänst i det egna hemmet. Önskemålen motsvarar den faktiska fördelningen av äldreomsorgsalternativ för personer med svåra funktionsnedsättningar, medan efterfrågan på mellanboenden för personer med lättare funktionsnedsättningar inte möts i dag. För denna grupp handlar ett mellanboende mycket om att underlätta en social samvaro samt att göra det lättare att sköta sig själv.

Vi frågade även hur mycket morgondagens äldre tycker att det skulle vara värt att få tillgång till det omsorgsalternativ de själva föredrog. Cirka sju av tio skulle vara villiga att betala för en sådan garanti, och värdet var högre för mellanboende och vård- och omsorgsboende jämfört med boende i det egna hemmet. Tillgången värderades också högre vid en svår funktionsnedsättning. Studien bygger visserligen på ett begränsat underlag, men är ändå ett första försök att sätta ett mått på vilket mervärde som olika omsorgsalternativ innebär.



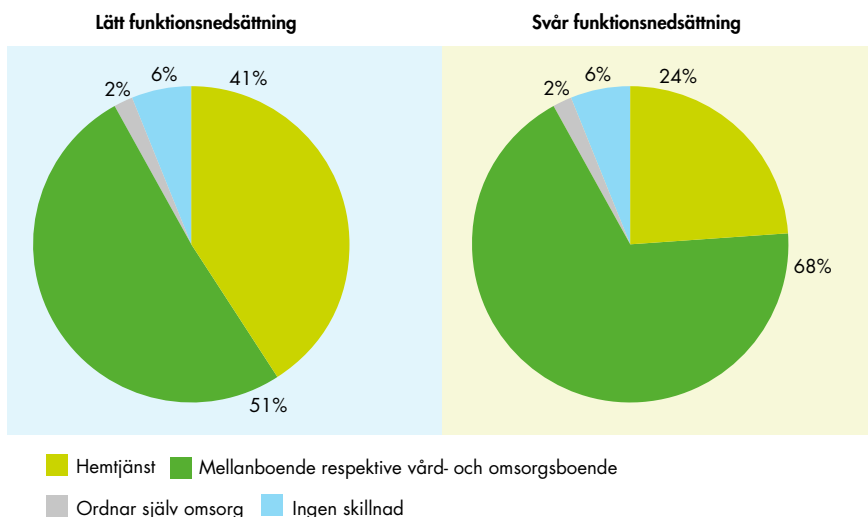
6.1 DAGENS ÄLDREOMSORG SVARAR BÄTTRE MOT ÖNSKEMÅLEN VID SVÅRA ÄN VID LÄTTA FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR

Personerna som deltog i Vårdanalys studie fick ta ställning till två hypotetiska situationer: en där de drabbats av en lätt funktionsnedsättning och en där de istället drabbats av en svår funktionsnedsättning (se faktaruta). För bägge alternativen fick de svara på om de hellre skulle vilja få hemtjänst i sitt eget hem eller flytta till ett mellanboende respektive vård- och omsorgsboende och få sin omsorg där.

Vilket alternativ som var populärast skiljde sig åt beroende på graden av funktionsnedsättning. Vid en lätt funktionsnedsättning var det ungefär lika många som föredrog att flytta till ett mellanboende som föredrog att bo kvar hemma med hjälp av hemtjänst (se figur 6.1). Drygt hälften, 51 procent, valde mellanboende och 42 procent valde hemtjänst. Vid en svår funktionsnedsättning föredrog en tydlig majoritet, 68 procent, att flytta till ett vård- och omsorgsboende. Endast 25 procent föredrog hemtjänst i det egna hemmet. De tillfrågade hade även stor tilltro till att kommunen ska tillgodose deras behov när de blir äldre. Endast 2 procent svarade att de själva ordnar sin omsorg.

Dagens fördelning av vård- och omsorgsboende och hemtjänst vid svår funktionsnedsättning och stora hjälpbehov stämmer väl överens med de

Figur 6.1. Vid en lätt funktionsnedsättning föredrog ungefär hälften av de svarande mellanboende, jämfört med att 68 procent föredrog vård- och omsorgsboende vid en svår funktionsnedsättning (50–60 år).



Vårdanalys studie gick ut på att välja mellan hemtjänst i det egna hemmet eller plats på mellanboende/vård- och omsorgsboende vid lätt respektive svår långvarig funktionsnedsättning.

Lätt funktionsnedsättning

Hälsotillståndet innebär bland annat att du har svårt att städa och laga mat på egen hand. Det kan också innebära att du har svårt att gå i trappor och förflytta dig utomhus utan hjälpmedel (exempelvis rullator) och att du inte klarar av att köra bil.

Alternativ I: Hemtjänst i eget boende

Du bor kvar i det egna hemmet.

Hemtjänstpersonal kommer hem till dig 3 gånger per dag och hjälper dig cirka 15 minuter per gång.

Om du behöver omedelbar hjälp larmar du hemtjänstpersonalen som ringer upp dig inom 2 minuter och är på plats hos dig inom 30 minuter.

Hemtjänstpersonalen levererar lagad mat till dig en gång per dag.

Alternativ II: Mellanboende

Du bor i ett bostadshus med anpassade lägenheter för äldre med liknande behov som du har (till exempel inga trösklar och lättåtkomligt duschutrymme).

Du kan på egen hand ta dig till olika former av service (till exempel mataffär, restaurang, café och frisör).

Hemtjänstpersonal kommer hem till dig 3 gånger per dag och hjälper dig cirka 15 minuter per gång. De finns också till hands i huset under dagtid.

Om du behöver omedelbar hjälp larmar du hemtjänstpersonalen som är på plats hos dig inom 5 minuter.

Du får lagad mat en gång om dagen som du kan välja att äta tillsammans med andra i en gemensam matsal.

Det finns även gemensamma utrymmen där du har möjlighet att umgås med andra i bostadshuset.

Svår funktionsnedsättning

Hälsotillståndet innebär bland annat att du inte klarar av att sköta din hygien (duscha/bada) på egen hand. Det kan också innebära att du inte klarar av att klä på dig själv om morgonen och klä av dig om kvällen eller att laga mat. Du kan inte förflytta dig inomhus utan hjälpmedel och du behöver hjälp för att kunna förflytta dig utanför din bostad.

Alternativ I: Hemtjänst i eget boende

Du bor kvar i det egna hemmet.

Hemtjänstpersonal kommer hem till dig 5 gånger per dag och hjälper dig cirka 40 minuter per gång.

Om du behöver omedelbar hjälp larmar du hemtjänstpersonalen som ringer upp dig inom 2 minuter och är på plats hos dig inom 30 minuter.

Hemtjänstpersonalen plockar fram frukost och kvällsmat till dig och levererar lagad mat till dig en gång per dag.

Alternativ II: Vård- och omsorgsboende

Du bor i ett anpassat boende för äldre med liknande behov som du har. Du har en mindre lägenhet med pentry som du själv möblerar.

Det finns personal på boendet till hands dygnet runt. Under dagtid finns även en sjuksköterska tillgänglig på boendet. Du får lika mycket hjälp som om du skulle bo i ditt eget hem.

Om du behöver omedelbar hjälp larmar du personalen som kommer in till dig inom 5 minuter.

Du har möjlighet att delta i alla måltider tillsammans med andra som bor på boendet i en gemensam matsal. Du har också möjlighet att tillsammans med andra som bor på äldreboendet delta i olika gemensamma aktiviteter som arrangeras av personalen.



Hälften av morgondagens äldre vill ha mellanboenden även vid lätta funktionsnedsättningar

Tabell 6.1. Äldreomsorgens struktur motsvarade befolkningens önskemål för personer med stora hjälpbehov, men inte för personer med en lättare funktionsnedsättning.

Typ av omsorg	Antal personer (2012)	Andel av målgruppen (2012)	Önskad andel enligt studien*
Äldre med lätt funktionsnedsättning och formell äldreomsorg motsvarande minst 5 timmar hemtjänst per vecka			
Stor insats av hemtjänst i hemmet	16 400–21 400	cirka 75–90 %	49 %
Plats på mellanboende **	1 700 – 5 000	cirka 10 – 25 %	51 %
Äldre med svår funktionsnedsättning och formell äldreomsorg motsvarande stora mängder hemtjänst ***			
Stor insats av hemtjänst i hemmet	42 000	cirka 35 %	32 %
Plats på vård- och omsorgsboende	80 500	cirka 65 %	68 %

* Personer som inte föredrog något av alternativen eller som ville ordna sin äldreomsorg själv har lagts till hemtjänst-delen.

** Den lägre nivån av mellanboende anger andelen äldre som bor på en biståndsbedömd motsvarighet till mellanboende. Den högre nivån antar att personer med en lätt funktionsnedsättning och stora insatser av hemtjänst utgör hälften av personerna som har en trygghetsbostad ($6\ 600 / 2 = 3\ 300$, se avsnitt 1.1).

*** Eftersom denna jämförelse fokuserar på äldre som har stora insatser av äldreomsorg är det möjligt att det finns ett mörkertal av äldre med svår funktionsnedsättning som i dag endast får små eller inga insatser av hemtjänst. Sett till hela gruppen äldre med en svår funktionsnedsättning har cirka 41 procent plats på ett vård- och omsorgsboende (se bilaga 5).

önskemål som kom fram i Vårdanalys studie (se tabell 6.1). Däremot saknas det mellanboenden för äldre som har en lättare funktionsnedsättning för att möta önskemålen från morgondagens äldre. De ansåg själva att de skulle ha nytta av anpassade lägenheter och ett socialt sammanhang tillsammans med andra äldre i en liknande situation.

Bland äldre med en lätt funktionsnedsättning och motsvarande minst 5 timmar hemtjänst per vecka får enligt vår uppskattning 75-90 procent hemtjänst i sitt eget hem och 10-25 procent har en plats på ett mellanboende. Detta är betydligt färre än de cirka 50 procent som uppgav att de skulle vilja bo på ett mellanboende i Vårdanalys enkätstudie (se tabell 6.1).

Bland de äldre som får mest hjälp, det vill säga som antingen har stora mängder hemtjänst eller bor på ett vård- och omsorgsboende, ligger däremot fördelningen nära önskemålen i Vårdanalys studie. Studiens fördelning på 69 procent med plats på vård- och omsorgsboende och 25 procent med hemtjänst ligger nära den faktiska fördelningen år 2012 med 68 procent vård- och omsorgsboende och 32 procent hemtjänst.

Vilka data bör vi utgå från för att förutsäga morgondagens önskemål på äldreomsorgen?

Varje diskussion om morgondagens önskemål på äldreomsorgen innebär ett dilemma. Ska vi utgå från den äldreomsorg som efterfrågas i dag – och därmed förutsätta att önskemålen inte kommer att förändras – eller ska vi fråga dagens 50–60-åringar vilken äldreomsorg de tror sig vilja ha om 5–20 år?

Vi har valt den senare metoden: att be dagens 50–60-åringar sätta sig in i en situation där de behöver äldreomsorg. Det innebär en risk att våra svarande överskattar sin framtida efterfrågan på mellanboenden. En tidig studie av trygghetsbostäder fann att många äldre som visat intresse för trygghetsbostäderna i slutändan valde att inte flytta till en trygghetsbostad (Larsson m.fl. 2013). De som flyttade var betydligt äldre och i större behov av hemtjänst än förväntat. Representanter från fastighetsbolag har erfarenheten att det ofta tar upp till tre eller fyra år från att en äldre person först blir intresserad av en trygghetsbostad till att de faktiskt flyttar in (Larsson m.fl. 2013).

Andra studier tyder dock på att de flesta genomför sina flyttplaner. Andelen norska 55–74-åringar som 2001 planerade att flytta var ungefär lika som andelen som faktiskt hade flyttat år 2004. Bland personer över 75 år hade betydligt fler flyttat år 2004 än som hade planer på att flytta år 2001 (Abrahamsson 2015).

En anledning till att dagens inställning till mellanboenden kan vara en dålig indikation på morgondagens efterfrågan är att trygghetsbostäder är ett nytt fenomen som fortfarande är okänt för många: "Hur ska vi veta om det finns behov av en boendeform som relativt få känner till?" (Larsson m.fl. 2013 s. 27). Med större kunskap om boendalternativet är det troligt att beslutsprocessen om att flytta till ett mellanboende skulle börja tidigare. 1 januari 2015 hade endast en tredjedel av 148 svarande kommuner lediga trygghetsbostäder, varav hälften svarade att de hade få lediga bostäder (Boverket 2015c).

Viljan att bo kvar i sin ursprungliga bostad påverkas även av funktionsförmågan. En dansk studie fann att 66 procent av de 4 086 svarande 50–84-åringar ville bo kvar i sin nuvarande bostad, men att andelen sjönk till 31 procent om de skulle få en försämrad hälsa eller funktionsförmåga (Abrahamsson 2015).

De studier som gjorts av dagens äldres önskemål från äldreomsorgen handlar framför allt om att de äldre vill ha personalkontinuitet, möjlighet att påverka omsorgens innehåll och personal som vet hur omsorgen ska utföras (se exempelvis SKL 2012a, Hjalmarsson 2014). Önskemålen stämmer väl överens med resultaten av Vårdanalys studie (se figur 6.2), men fokuserar på egenskaper som kan tillgodoses lika väl av hemtjänst i den äldres ursprungliga hem som av ett mellanboende eller ett vård- och omsorgsboende. De utgör alltså inte stöd för att något äldreomsorgsalternativ skulle vara mer efterfrågat än andra.

6.2 MELLANBOENDE UPPLEVS HA POTENTIAL ATT BIDRA TILL DE ÄLDRES SJÄLVSTÄNDIGHET

Att bo i en anpassad bostad (exempelvis med anpassat duschutrymme och borttagna trösklar) var en av de egenskaper som de tillfrågade ansåg som viktigast om de skulle få nedsatt funktionsförmåga och behöva hjälp av äldreomsorgen. Anpassad bostad och personalkontinuitet var bland de viktigaste egenskaperna för äldreomsorgen oavsett funktionsnedsättning.



Samtidigt visar svaren att olika egenskaper ansågs viktiga och att de rangordnades i olika ordning beroende på om svaret gällde en lätt eller en svår funktionsnedsättning (se figur 6.2).

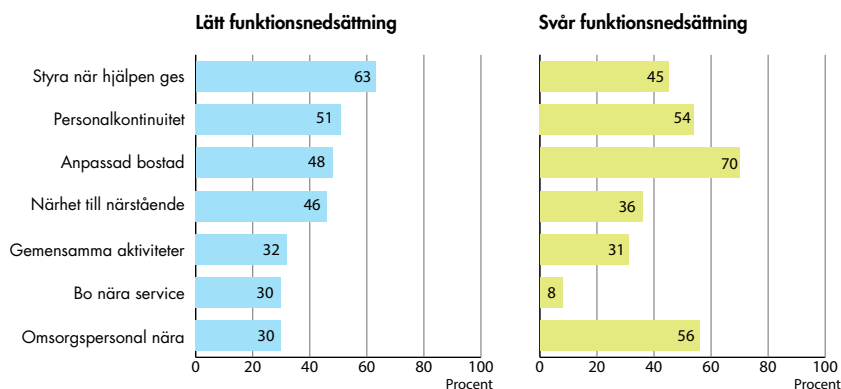
Vid en lätt funktionsnedsättning prioriterade de svarande framför allt egenskaper som hade att göra med självständighet och integritet. De ville kunna välja när omsorgen skulle utföras och ha en anpassad bostad för att kunna klara sig själva så mycket som möjligt. Vid en svår funktionsnedsättning prioriterade de svarande i stället trygghet i form av en anpassad bostad samt att omsorgspersonalen skulle finnas nära till hands. Att veta vem som ska besöka det egna hemmet är viktigt både ur integritets- och trygghetssynpunkt. Personalkontinuitet ingick också bland de högst prioriterade egenskaperna vid både lätta och svåra funktionsnedsättningar. Även andra studier har visat att dessa egenskaper upplevs som centrala (se till exempel SKL 2012)

Värdet av kontinuitet i äldreomsorgen var även något som lyftes fram i Vårdanalys intervjuer med äldreomsorgschefer. Framför allt underströk cheferna vikten av att brukaren vet *vem* som ska komma och *när* denne kommer.

”Det handlar väldigt mycket om (...) att personalen kommer och att personalen kommer på den tid det är sagt, och att det inte är alltför många olika personal utan att helst vill de ju ha en bara, eftersom man har hjälp av så många men helst så få som möjligt /.../ Sedan vill man ju självklart ha en kvalitet i utförandet också, men det kommer på något sätt på andra plats.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

Figur 6.2. Olika egenskaper var viktiga i äldreomsorgen beroende på grad av funktionsnedsättning (50–60 år).



Hälften av morgondagens äldre vill ha mellanboenden även vid lätta funktionsnedsättningar

Tabell 6.2. Motiven för varför en svarande föredrog ett visst alternativ var desamma för hemtjänst, oavsett grad av funktionsnedsättning. För mellanboende respektive vård- och omsorgsboende skilde sig däremot motiven åt mellan lätta och svåra funktionsnedsättningar (50–60 år, flera alternativ kunde väljas).

Lätt funktionsnedsättning	
Hemtjänst i eget boende (104 svar)	Mellanboende (137 svar)
<ul style="list-style-type: none">Jag känner mig tryggare i mitt eget hem (50 %).Jag vill inte bo med andra utöver mina närstående (28 %).	<ul style="list-style-type: none">Jag vill bo i ett hus med anpassade lägenheter för att lättare kunna sköta mig själv (68 %).Jag vill bo tillsammans med andra så att jag får en social samvaro (53 %).Jag vill veta att omsorgspersonal kan vara på plats inom några minuter (41 %).Jag vill bo i gemenskap med andra så att jag känner mig tryggare (32 %).
Svår funktionsnedsättning	
Hemtjänst i eget boende (57 svar)	Vård- och omsorgsboende (168 svar)
<ul style="list-style-type: none">Jag känner mig tryggare i mitt eget hem (60 %).Jag vill inte bo med andra utöver mina närstående (35 %).	<ul style="list-style-type: none">Jag vill veta att omsorgspersonal kan vara på plats inom några minuter (59 %).Jag vill bo i ett hus med anpassade lägenheter för att lättare kunna sköta mig själv (58 %).Jag vill bo tillsammans med andra så att jag får en social samvaro (46 %).Jag vill bo i gemenskap med andra så att jag känner mig tryggare (32 %).

Vårdanalys enkätstudie visar också att egenskaperna integritet, självständighet och trygghet inte uteslutande förknippades med ett visst omsorgsalternativ. I samband med att de svarande angav vilken form av äldreomsorg de föredrog ombads de även att motivera varför de skulle vara villiga att betala för att försäkra sig om att få tillgång till det omsorgsalternativ de föredrog (se tabell 6.2). Trygghet förknippas ofta med vård- och omsorgsboenden, men Vårdanalys studie visar att för en del av de svarande upplevdes möjligheten att bo kvar i sitt eget hem som tryggare. Andra värdesatte tryggheten i att ha personal nära till hands och valde därför ett mellanboende eller vård- och omsorgsboende framför att bo kvar i sitt eget hem.

Självständighet är tvärtom en egenskap som ofta förknippas med att bo kvar i det egna hemmet (Rahm Hallberg 2008), men enkätstudien visar att även mellanboenden och vård- och omsorgsboenden förknippades med en ökad självständighet. Genom att bo i en anpassad bostad ansåg de tillfrågade att de sannolikt skulle klara sig själva i högre grad än i sina ursprungliga hem. Även vetskapen att det skulle gå snabbt att få hjälp vid behov kan eventuellt bidra till att en äldre person kände sig mer bekväm med att i så stor utsträckning som möjligt sköta sina dagliga aktiviteter utan hjälp.

Bland dem som föredrog hemtjänst var den främsta anledningen att de kände sig tryggast i sina egna hem. För några var även bibehållen integritet i



form av att slippa bo med andra anledningen till att välja att bo kvar hemma. Det egna hemmets trygghet och integritet tycks ha stor betydelse oavsett nedsättning.

Däremot skiljde sig svaren åt beroende på graden av funktionsnedsättning bland dem som valde plats på mellanboende respektive vård- och omsorgsboende. I båda fallen var dock möjligheten att i så stor utsträckning som möjligt kunna klara sig själv den viktigaste eller näst viktigaste anledningen till att föredra omsorgsalternativet.

Vid en lätt funktionsnedsättning betonade respondenterna möjligheten att kunna sköta sig själva samt att vara en del av en social samvaro (svar som gavs av mer än 50 procent av respondenterna, se tabell 6.2). Att en del äldre skulle vilja komma till någon form av särskilt boende även vid en lättare funktionsnedsättning återkom även i Vårdanalys intervjuundersökning med äldreomsorgschefer.

”Det är väldigt tydligt att de äldre är mera oroliga för det sociala utanförskapet. /.../ I särskilt boende får man ett sammanhang, man får en gemenskap och man får en trygghet. ’Man somnar gott på natten’, som någon brukare uttryckte det för mig.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

Äldres oro lyftes fram som ett ökande fenomen i många av intervjuerna, men sågs samtidigt som ett dilemma eftersom dessa äldres svårigheter inte ansågs vara tillräckligt för att få plats på ett vård- och omsorgsboende. Både vår enkät och intervjuerna med äldreomsorgschefer pekar alltså på ett ouppfyllt behov av social samvaro.

Vid en svår funktionsnedsättning betonade de svarande återigen möjligheten att kunna sköta sig själv, men även vikten av att omsorgspersonal skulle kunna vara på plats inom några minuter (se tabell 6.2). Vid en högre grad av funktionsnedsättning gav vård- och omsorgsboendena därmed en annan typ av trygghet än den rent sociala. Nu handlade tryggheten i stället om att de äldre visste att det fanns omsorgspersonal i närheten så att de snabbt skulle kunna få hjälp vid behov. Möjligheten till ett socialt umgänge var fortfarande viktig, men den hade sjunkit i betydelse jämfört med vid en lätt funktionsnedsättning.

6.3 TILLGÅNGEN TILL DET FÖREDRAGNA ALTERNATIVET ÄR VIKTIGT OCH BLIR VIKTIGARE JU STÖRRE FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Ett sätt att mäta hur viktigt en person tycker det är att få tillgång till ett visst alternativ är att fråga om de skulle vara villiga att betala för det. Personerna som besvarade Vårdanalys enkät fick därför frågan om de skulle vara villiga att betala en särskild skatt för att garanteras tillgång till sitt förstahandsalternativ, under förutsättning att endast det andra alternativet tillhandahölls av kommunen där de bodde. Eftersom studien fokuserade på värdet av att få tillgång till ett visst alternativ i stället för ett annat, antogs personer som valt ett visst förstahandsalternativ automatiskt ha svarat nej på frågan om de skulle vara villiga att betala för att få tillgång till andra alternativet. Det vill säga, personer som föredrog hemtjänst antogs inte vara villiga att betala för att få tillgång till ett mellanboende eller vård- och omsorgsboende i stället.

Som figur 6.3 visar, svarade cirka 70 procent att de skulle vara villiga att betala för att få tillgång till sitt föredragna omsorgsalternativ, oavsett funktionsnedsättning. Andelen var ungefär lika stor vid en lätt respektive svår funktionsnedsättning. Villigheten att betala för att få tillgång till ett visst alternativ varierade däremot något mer mellan omsorgsalternativen.

Vid en lätt funktionsnedsättning var det en större andel som skulle vara villiga att betala för ett mellanboende än för hemtjänst (se tabell 6.3). Däremot var skillnaden inte så stor: 70 procent var villiga att betala för att få tillgång till hemtjänst och 75 procent var villiga att betala för att få tillgång till mellanboende. Vid en svår funktionsnedsättning var däremot en lika stor andel villiga att betala för hemtjänst som för vård- och omsorgsboende.

Sett till antalet personer som både ville ha och var villiga att betala för ett visst omsorgsalternativ var det dock ett större antal personer som var villiga att betala för mellanboende och vård- och omsorgsboende än för hemtjänst,

Figur 6.3. Andel personer som var villiga att betala för sitt föredragna alternativ (50–60 år).



Hälften av morgondagens äldre vill ha mellanboenden även vid lätta funktionsnedsättningar

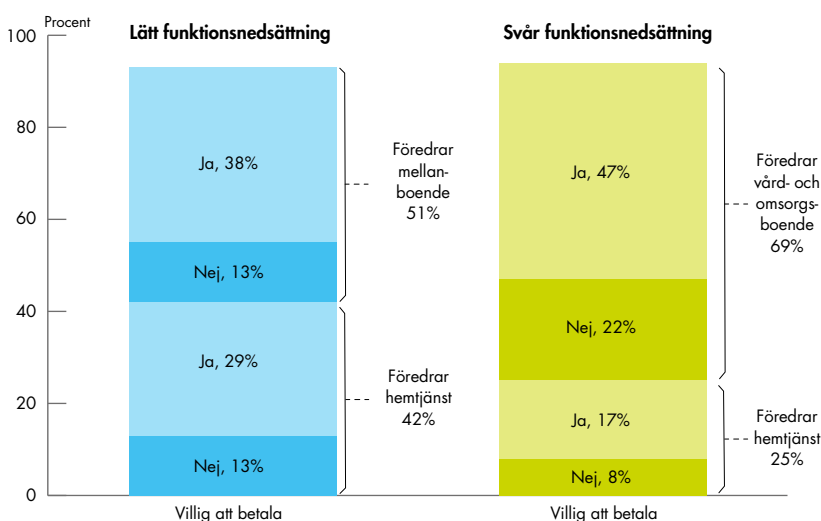
Tabell 6.3. Vid lätt funktionsnedsättning var en något högre andel av dem som valt mellanboende respektive vård- och omsorgsboende även villiga att betala för att få tillgång till det.

Andel av dem som valt ett visst alternativ som även är villiga att betala för att få tillgång till det alternativet		
	Lätt funktionsnedsättning, %	Svår funktionsnedsättning, %
Hemtjänst	70	69
Mellanboende/vård- och omsorgsboende	75	69

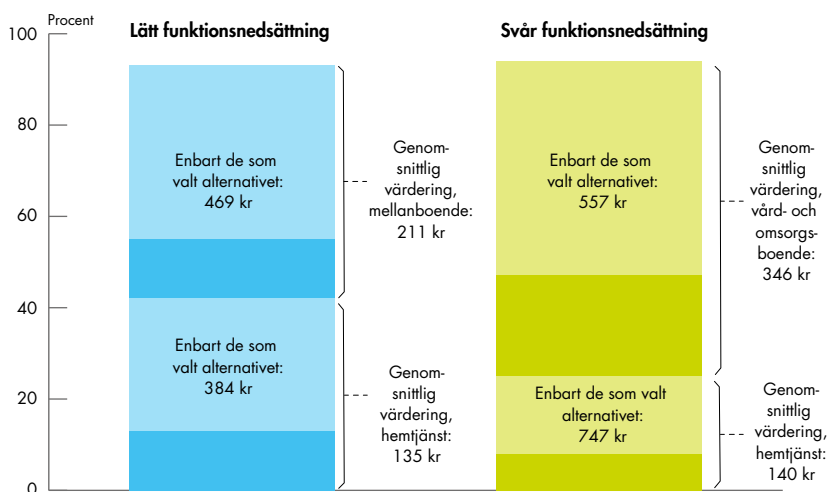
oavsett nivå av funktionsnedsättning (se figur 6.4). Detta speglar även av sig på den genomsnittliga summan som de svarande var villiga att betala för att få tillgång till respektive omsorgsalternativ.

Det genomsnittliga värde som sattes på respektive omsorgsalternativ visas i figur 6.5. Som framgår av figuren värdesattes båda omsorgsalternativen högre vid svår funktionsnedsättning än vid lätt nedsättning. Möjligheten att få tillgång till sitt föredragna omsorgsalternativ blev med andra ord viktigare (och värdesattes därmed högre) ju svårare funktionsnedsättning en person hade och ju mer beroende hen var av sin omsorg. Skillnaden syntes både bland dem som valt ett visst alternativ som sitt förstahandsalternativ och bland de svarande som helhet.

Figur 6.4. Andelen som skulle vara villig att betala en extra skatt för att få tillgång till sitt föredragna alternativ varierade beroende på funktionsnedsättning och omsorgsalternativ (50–60 år).



Figur 6.5. Det genomsnittliga värdet av att få tillgång till ett visst omsorgsalternativ (uttryckt som en betalning per månad upp till 65 års ålder) var högre vid en svår funktionsnedsättning än vid en lätt (50–60 år, kronor).



Värderingen av mellanboendet respektive vård- och omsorgsboendet var även högre än värderingen av hemtjänsten i en majoritet av fallen (skillnaden är statistiskt signifikant, givet att andra faktorer hålls konstanta). Detta var både en konsekvens av att fler personer ville ha en plats på mellanboende respektive vård- och omsorgsboende och av att de (vid en lätt funktionsnedsättning) var villiga att betala mera för sitt föredragna alternativ.

I scenariot med en svår funktionsnedsättning var däremot de som föredrog hemtjänst villiga att betala mer för sitt förstahandsval än de som föredrog vård- och omsorgsboende (se figur 6.5). Eftersom gruppen som föredrog att bo kvar hemma vid svår funktionsnedsättning var liten påverkades dock den genomsnittliga värderingen i hög grad av enstaka personers värdering. Tabell 6.4 visar att den sammanlagda värderingen av hemtjänstalternativet fram till 65 år i är likartad oavsett funktionsnedsättning, vilket tyder på att det högre värdet i figur 6.5 beror på att fler förhållandevis äldre personer valde hemtjänst vid en svår funktionsnedsättning (och därmed angav en högre månadsbetalning).

Värdet av ett visst omsorgsalternativ gavs genom en fråga om hur mycket en person skulle vara villig att betala per månad fram till och med det år hen fyllde 65 år. Eftersom de svarande var olika gamla (50–60 år) visar tabell 6.4 den genomsnittliga totala betalningsviljan fram till 65 år diskonterad med tre procent i enlighet med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV)

Hälften av morgondagens äldre vill ha mellanboenden även vid lätta funktionsnedsättningar

Tabell 6.4. Den genomsnittliga totala betalningsviljan under varje persons livstid följde samma mönster som betalningsviljan per månad (50–60 år).

Total betalningsvilja från enkättidpunkten fram till 65 års ålder, kr	
Lätt funktionsnedsättning	
Hemtjänst	13 014
Mellanboende	18 926
Svår funktionsnedsättning	
Hemtjänst	13 697
Vård- och omsorgsboende	32 705

riktlinjer (TLV 2003). Analysen visade att mönstren i skillnader och likheter i betalningsvilja mellan alternativen är liknande i figur 6.5 och tabell 6.4, vilket tyder på att de svarandes ålder inte påverkat resultaten i någon större utsträckning. De svarande tog därmed hänsyn till hur mycket de var villiga att betala under sin totala livstid, snarare än att enbart utgå från den månatliga betalningen.

Statistiska analyser visade även på att det fanns ett samband mellan hur mycket de svarande sade sig vara villiga att betala och ifall de trodde att de skulle kunna bo kvar i nuvarande hem när de blev äldre respektive storleken på deras hushållsinkomst. De som inte trodde att de kunde bo kvar i sin nuvarande bostad hade med andra ord en högre betalningsvilja. Sambanden är i linje med resultat från andra empiriska studier som använt samma undersökningsmetod.

Slutligen visar enkätstudien att det, bland de som besvarat enkäten, fanns ett stöd för att ge ökade resurser till äldreomsorgen. 67 procent uppgav att de inte tycker att de resurser som satsas på äldreomsorg i dag är tillräckliga och 72 procent tyckte att det fanns för få platser på vård- och omsorgsboenden. Till detta kommer att hela 43 procent uppgav att de inte känner sig trygga med att de kommer att få äldreomsorg av det offentliga när de behöver den. Det finns med andra ord en känsla bland de svarande av att äldreomsorgen redan i dag är otillräcklig för att motsvara de behov som finns. Samtidigt ser den stora majoriteten av de svarande det offentliga som sin huvudsakliga källa till äldreomsorg i framtiden: endast 2 procent planerade att själva ordna sin omsorg i framtiden.



Det finns hälsovinster med att förebygga behovet av äldreomsorg

Vårdanalys har simulerat hur funktionsförmågan för en genomsnittlig 78-åring utvecklas på 15 års sikt under olika omständigheter. Simuleringen visar att både funktionsnivån och dödligheten över tid påverkas av den äldres ursprungliga funktionsförmåga. Förebyggande åtgärder är därför ett viktigt sätt att stärka livskvaliteten för äldre. Sambandet gäller för både män och kvinnor, med skillnaden att män har en sämre utveckling av funktionsförmågan än kvinnor. Vi kan inte heller utesluta att olika äldreomsorgsalternativ har olika påverkan på hälsoutvecklingen för de äldre som får omsorg, men mer forskning behövs för att kunna slå fast att så är fallet.

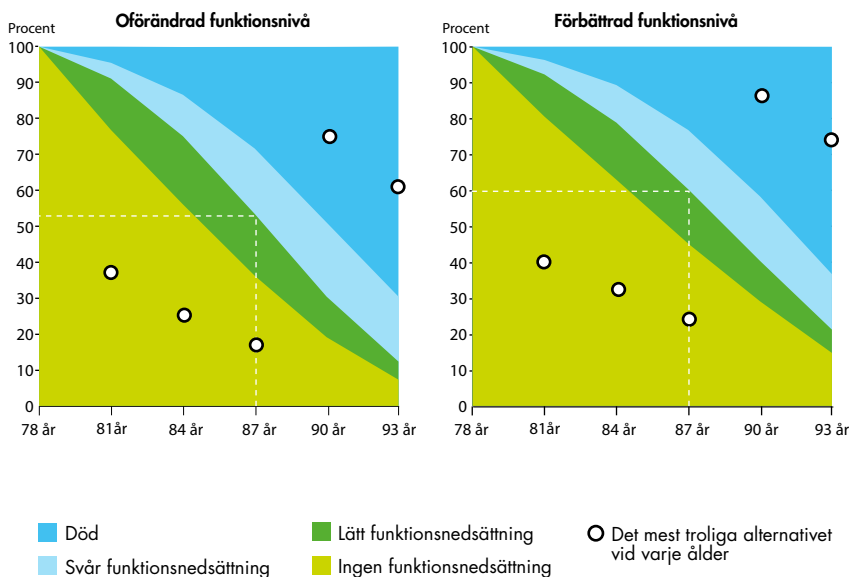
7.1 FÖREBYGGANDE INSATSER ÄR VIKTIGA FÖR EN FORTSATT POSITIV HÄLSOUTVECKLING

Vårdanalys levnadsbanemodell visar att den ursprungliga funktionsförmågan har en stor påverkan på hur de äldres funktionsförmåga utvecklas. Det innebär att förebyggande insatser är viktiga för att se till att de äldre så länge som möjligt undviker att drabbas av en funktionsnedsättning (se även avsnitt 4.4). På så sätt höjs de äldres livskvalitet samtidigt som de undviker begränsningar i sina dagliga liv samt, i värsta fall, en tidigare död.

Vår analys av de äldres levnadsbanor visar att graden av funktionsnedsättning vid 78 års ålder har en stor påverkan på dödligheten och risken att drabbas av en svår funktionsnedsättning under de kommande 15 åren. Exempelvis har en kvinna utan funktionsnedsättning vid 78 års



Figur 7.1. Sannolikheten för en kvinna utan ursprunglig långvarig funktionsnedsättning att helt sakna eller endast ha en lätt nedsättning vid 87 års ålder ökar vid ett antagande om förbättrad funktionsnivå.

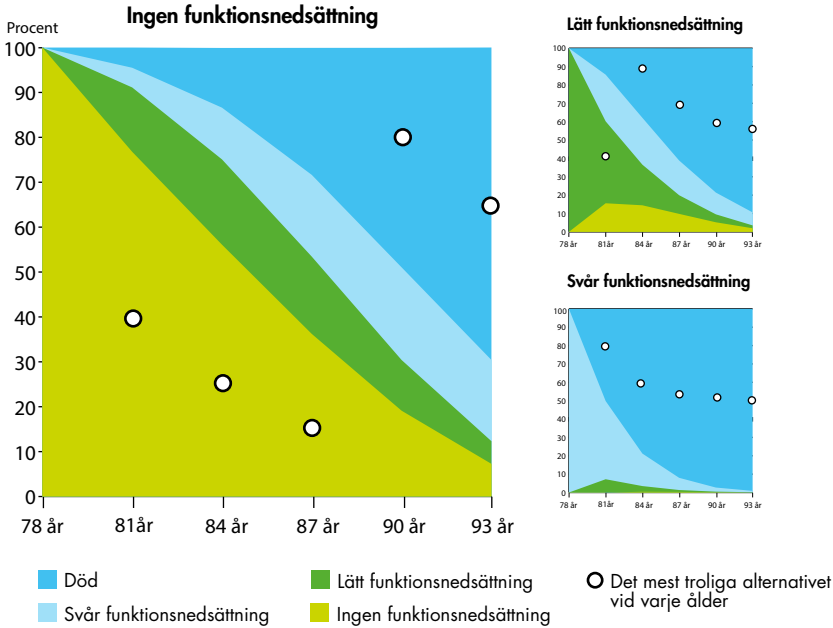


ålder drygt 50 procent chans att efter nio år sakna eller endast ha en lätt funktionsnedsättning (se streckad linje i figur 7.1). Kan vi dessutom anta att den positiva hälsoutveckling som vi haft i Sverige sedan mitten av 1990-talet fortsätter, förbättras kvinnans funktionsförmåga betydligt: från 50 procentens till 60 procentens chans att vid 87 års ålder sakna eller ha en lätt nedsättning (se figur 7.1).

Figur 7.1 visar att en bibehållen ökning av äldres funktionsnivå innebär att vi skjuter upp risken att drabbas av en funktionsnedsättning med cirka ett år. Även överlevnaden tycks förbättras. Däremot vet vi inte vad som sker med funktionsförmågan och behovet av äldreomsorg efter de 15 år som täcks av levnadsbanemodellen. Baserat på aktuell forskning (se kapitel 1) finns det stöd för att funktionsnedsättningen enbart förskjuts framåt i tiden och att tiden med en nedsatt funktionsförmåga kanske till och med förlängs. Annan forskning på svenska data säger att funktionsnedsättningen skjuts framåt, men samtidigt komprimeras till färre år med en nedsatt funktionsförmåga (GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators 2015, Lagergren m.fl. 2015).

En jämförelse av levnadsbanan beroende på utgångsläge visar också att dödligheten (representeras av de mörkblå fälten) är betydligt större för en kvinna som hade en lätt respektive en svår funktionsnedsättning vid 78 års

Figur 7.2. Överlevnad och grad av långvarig funktionsnedsättning för en genomsnittlig kvinna varierar beroende på funktionsförmågan vid 78 års ålder (oförändrad funktionsnivå).



ålder jämfört med om hon helt saknade en funktionsnedsättning (se figur 7.2). Risken att en kvinna utan en ursprunglig funktionsnedsättning skulle ha avlidit vid 87-års ålder var 28 procent, jämfört med 93 procent för en kvinna som började med en svår funktionsnedsättning (jämförelsen antar en oförändrad funktionsnivå i övrigt).

Samtidigt visar figur 7.2 att utgångsläget påverkan avtog med tiden. Efter 15 år, det vill säga vid 93 års ålder, hade skillnaden mellan grupperna minskat kraftigt och det mörkblå fältets storlek var mer likt mellan figurerna. Sannolikheten att dö före 93 års ålder var knappt 70 procent för en kvinna som började utan en funktionsnedsättning, jämfört med cirka 99 procent för en kvinna som hade en svår funktionsnedsättning vid 78 års ålder. Skillnaden är visserligen slående, men betydligt mindre än skillnaden vid 84 års ålder. Anledningen till att skillnaden i överlevnad är så extrem under de första nio åren är att de mest funktionsnedsatta i respektive grupp löpande försämras och avlider, medan personerna med bättre ursprungliga förutsättningar blir kvar.

Däremot var risken att ha drabbats av en svår funktionsnedsättning ungefär densamma över tid. Den skilde sig inte heller så mycket åt mellan

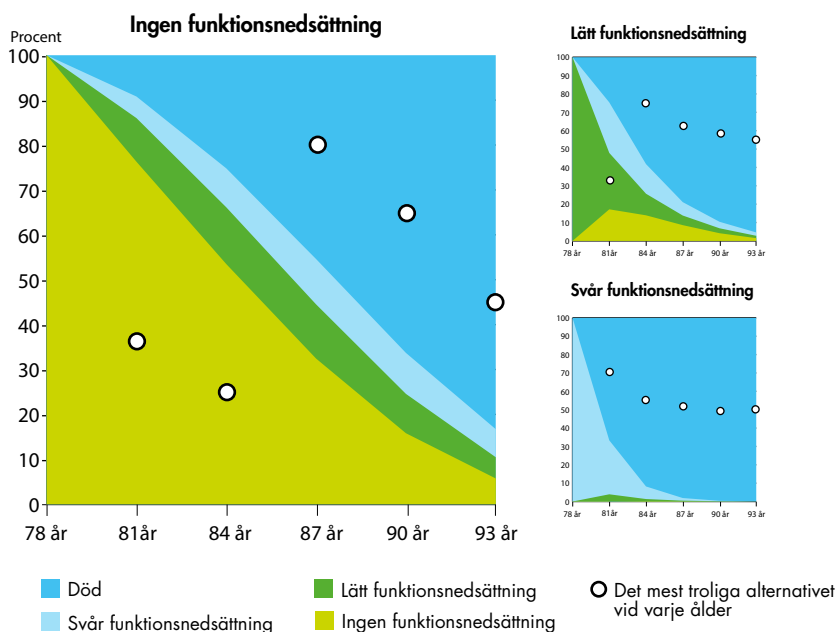
äldre som började utan respektive med en lätt funktionsnedsättning. Vi ser små skillnader i de ljusblå fältens storlek för en kvinna utan respektive med en lätt funktionsnedsättning i figur 7.2. Den stora skillnaden mellan grupperna låg i stället i chansen att undvika att drabbas av en funktionsnedsättning över huvud taget.

Män har en sämre hälsoutveckling än kvinnor

En motsvarande levnadsbana för män visar att en 78-årig man, allt annat lika, snabbare försämrades i sin funktionsförmåga och även dog tidigare än en jämnårig kvinna (se figur 7.3). Det ljusgröna fältet i mannens figur är mindre, vilket innebär att det var mindre sannolikt att han skulle klara sig helt utan funktionsnedsättning jämfört med en kvinna i samma ålder. För en kvinna var det troligaste utfallet vid 87 års ålder (markerat med en ring) fortfarande att sakna funktionsnedsättning, medan det troligaste utfallet för en man var att ha avlidit (jämför figur 7.2 och figur 7.3).

Även sannolikheten att en man skulle överleva länge trots att han drabbats av en funktionsnedsättning var mindre än för en kvinna. De

Figur 7.3. Mäns genomsnittliga överlevnad efter 78 års ålder är märkbart längre än för kvinnor (oförändrad funktionsnivå).



jämförelsevis smala fälten för lätt respektive svår funktionsnedsättning (mörkgrönt respektive ljusblått fält) innebär att en man som drabbades av en funktionsnedsättning snabbt försämrades, snarare än levde med funktionsnedsättningen under en längre tid som en kvinna gjorde. För de män som började utan en funktionsnedsättning låg sannolikheten att ha fått en svår funktionsnedsättning på mellan 5 och 10 procent under den studerade perioden, jämfört med en sannolikhet på upp till 20 procent för motsvarande grupp kvinnor (jämför de ljusblå fälten i figur 7.2 och figur 7.3). Sannolikheten att ha en liten funktionsnedsättning (de mörkgröna fälten) låg på mellan 8 och 13 procent för en man utan funktionsnedsättning och mellan 14 och 19 procent för en motsvarande kvinna. Skillnaden berodde inte på att det var mindre sannolikt att en man skulle drabbas av en funktionsnedsättning, utan på att han hade en större dödlighet (det vill säga, det mörkblå fältet i figur 7.3 är större). För båda grupperna var dock sannolikheten att ha en lätt funktionsnedsättning vid 93 års ålder lägre än i yngre åldrar.

Bland männen var dödligheten vid 87 års ålder 46 procent för dem som började utan funktionsnedsättning och 98 procent för dem som började med en svår funktionsnedsättning (jämför de mörkblå fälten). Den stora påverkan av utgångsläget kvarstod alltså, även om dödligheten inom båda grupperna var större än vad den var för en motsvarande kvinna.

7.2 MER KUNSKAP BEHÖVS OM BOENDEALTERNATIVENS PÅVERKAN PÅ FUNKTIONSFÖRMÅGAN

Vårdanalys levnadsbanemodell kan även användas för att analysera vilka konsekvenser som olika sätt att organisera morgondagens äldreomsorg skulle få för de äldres hälsoutveckling. Vår analys kan inte utesluta att äldreomsorgsalternativen påverkar hälsoutvecklingen för de äldre som får omsorg. Skattningen innebär dock en osäkerhet och mer kunskap behövs för att säkert kunna avgöra om olika omsorgsalternativ bidrar till en ökad risk för funktionsnedsättningar. Vårt mått på funktionsförmåga består av tre nivåer av långvarig fysisk funktionsnedsättning (ingen, lätt respektive svår nedsättning) och utelämnar därmed hälsofaktorer som inte påverkar funktionsförmågan, men som sannolikt har en påverkan på dödligheten och skulle kunna förklara de skillnader som vi ser mellan omsorgsalternativen. Däremot tar vår modell hänsyn till eventuella skillnader i funktionsförmåga som beror på den äldres ålder och kön.



Vårdanalys scenarier – en repetition

Tabell 7.1. visar fördelningen mellan de olika äldreomsorgsalternativen i respektive omsorgsscenario (se kapitel 5 för en mer detaljerad beskrivning av scenarierna). Eftersom scenario III bygger på ett mycket litet urval har vi inte med det scenariot i hälsoanalysen.

Tabell 7.1. Andelen personer i respektive boendeform för vart och ett av scenarierna (procent, förändrade andelar visas i fetstil).

Scenario	Ingen insats	Hemtjänst, liten insats	Hemtjänst, stor insats	Mellanboende	Vård- och omsorgsboende
I	74,7	8,4	6,7	0,6	9,7
II	74,7	8,4	9,7	0,6	6,7
IV	74,7	8,4	3,7	0,6	12,7

Figur 7.2 visade levnadsbanan för en genomsnittlig 78-årig kvinna vid scenario I, där fördelningen av äldre mellan de olika formerna av äldreomsorg var densamma som i dag. Liknande grafer, som visar samma kvinnas levnadsbana för vart och ett av våra äldreomsorgsscenarier, kan användas för att studera konsekvenserna av förändringar i äldreomsorgens struktur.

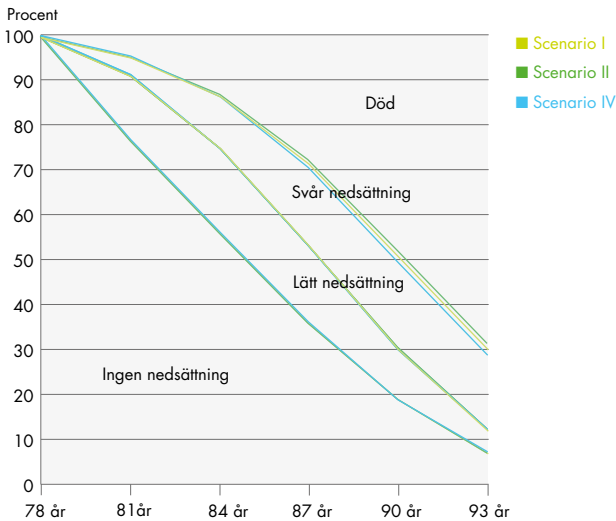
Analysen visar att äldreomsorgens struktur inte märkbart påverkar sannolikheten att undvika en funktionsnedsättning. Däremot ökar chansen att överleva trots en funktionsnedsättning om andelen äldre som får hemtjänst i det egna hemmet ökar. Figur 7.4 visar en jämförelse mellan levnadsbanorna för en 78-årig kvinna utan funktionsnedsättning i scenario I (ljusgrön linje), scenario II (mörkgrön linje), där en ökad andel äldre får stora insatser av hemtjänst i det egna hemmet och scenario IV (mörkblå linje), där en större andel äldre bor på ett vård- och omsorgsboende. Figuren visar även ett tvärsnitt av sannolikheten att sakna funktionsnedsättning, ha en lätt funktionsnedsättning, ha en svår funktionsnedsättning eller att vara avliden vid 87 års ålder i respektive scenario.

Oavsett scenario är chansen i stort sett densamma för en 78-årig kvinna att klara sig helt undan någon funktionsnedsättning under de kommande 15 åren (skillnaden mellan de olika versionerna av det nedre fältet är ytterst liten). Däremot tycks den äldres dödlighet minska i scenariot som har en utökad andel hemtjänst. Det översta fältet, död, är minst för det mörkgröna scenariot, större för det ljusgröna scenariot och störst för det blå scenariot. Tvärsnittet över sannolikheten att befinna sig i respektive tillstånd vid 87 års ålder visar att dödligheten ökade från 27,5 procent i scenariot med ökad hemtjänst, till

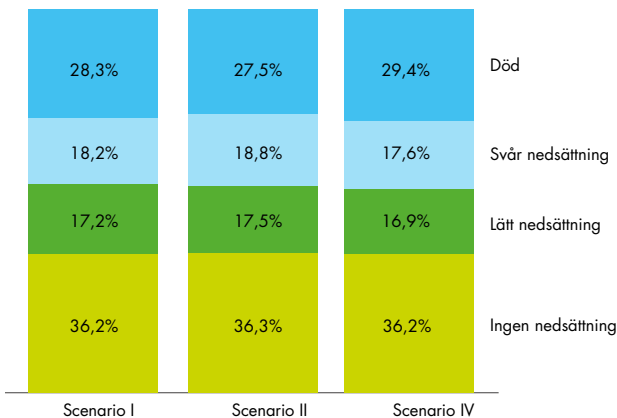
28,3 procent i scenariot med oförändrad fördelning av äldreomsorgen, till 29,4 procent i scenariot med ökat vård- och omsorgsboende.

Skillnaden mellan scenarierna ökar för personer med en initial funktionsnedsättning jämfört med personer utan nedsättning (jämför figur 7.4 och figur 7.5). Denna skillnad är logisk, i och med att det är först när en äldre person drabbas av en funktionsnedsättning och behovet av äldreomsorg uppstår, som äldreomsorgens struktur påverkar hens fortsatta funktionsförmåga.

Figur 7.4. Överlevnaden och graden av funktionsnedsättning vid en viss ålder tycks variera mellan äldreomsorgsscenarierna (kvinna utan initial funktionsnedsättning).

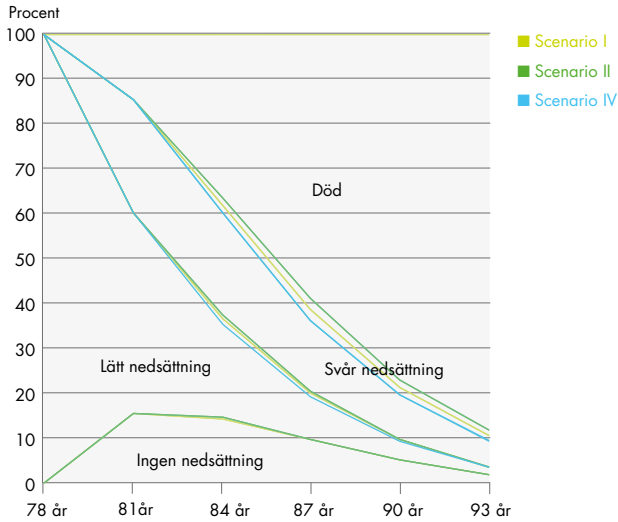


Tvärsnitt vid 87 år ålder

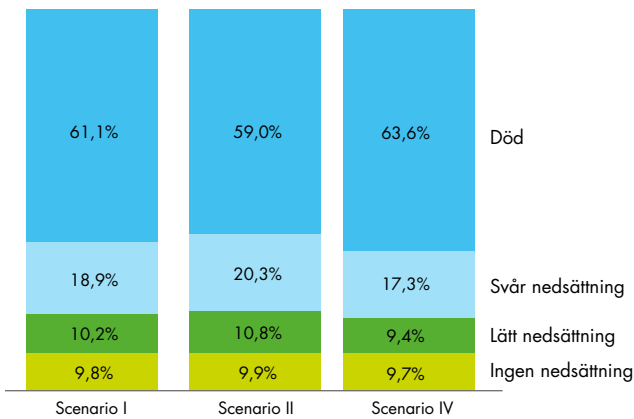


Det finns hälsovinster med att förebygga behovet av äldreomsorg

Figur 7.5. Överlevnaden och graden av funktionsnedsättning varierar mellan äldreomsorgs-scenarierna även för en kvinna med en lätt initial funktionsnedsättning.



Tvärsnitt vid 87 år ålder





Det behövs flera former av mellanboende för att möta efterfrågan

Ett tydligt resultat av vår studie är att morgondagens äldre har olika önskemål om hur de vill få sina behov av äldreomsorg tillgodosedda, även om de har samma nivå av funktionsnedsättning. Vår sammanvägda bedömning av kostnaderna för och nyttan av de olika omsorgsalternativen är att flera former av mellanboende för äldre bör utvecklas. Vi ser även att det saknas stöd för en fortsatt minskad tillgång till vård- och omsorgsboenden.

8.1 STUDIEN GER STÖD FÖR EN ÖKAD SATSNING PÅ MELLANBOENDE

Vår enkätstudie visar att ungefär hälften av de tillfrågade 50–60-åringarna uppger att de skulle föredra att flytta till ett mellanboende vid en lättare funktionsnedsättning (se kapitel 6). Vårdanalys uppskattningar visar att vi ligger långt ifrån denna tillgänglighet – mellan 10 och 25 procent av de äldre med lättare funktionsnedsättningar beräknas i dag bo på mellanboende med hemtjänst. Enkätstudien visar även att morgondagens äldre skulle värdesätta att få tillgång till ett mellanboende om de skulle få en lätt funktionsnedsättning och måttliga omsorgsinsatser (se kapitel 6). Det uppskattade värdet av att få tillgång till mellanboende är, enligt dem, i storleksordningen 95 000 kronor per omsorgsplats på boendet (se faktarutan på nästa uppslag). Denna värdering kan jämföras med skillnaden i kostnader mellan boendialternativen mellanboende och hemtjänst.

Ur ett kommunalt perspektiv är en prioritering av mellanboende även för äldre med lätta funktionsnedsättningar långt ifrån självklar eftersom det kommer att innebära högre kostnader för kommunen. Sett till de totala vård- och omsorgskostnaderna är det däremot mycket som talar för att en sådan



satsning till och med skulle ge lägre samhällsekonomiska kostnader jämfört med den struktur vi har i dag.

Låt oss gå tillbaka till våra kostnadsanalyser i kapitel 5 och titta närmare på resultaten av scenario III. I detta scenario antog vi att andelen äldre med stora omsorgsbehov fördelades lika mellan hemtjänst och mellanboende (se faktaruta i kapitel 5) – det vill säga samma fördelning som de tillfrågade 50–60-åringarna skulle föredra om de hade måttliga hjälpbehov (cirka 5 timmar per vecka). År 2025 skulle det innebära drygt 40 000 fler platser på mellanboende jämfört med om vi antar samma fördelning av antalet platser som i dag (scenario I).

Kostnadsanalysen visar att en satsning på fler mellanboenden år 2025 beräknas ge lägre totala samlade kostnader jämfört med dagens fördelning, eftersom både insatser från närstående och sjukvården förväntas minska (se figur 8.1). Dessutom summeras värdet av en ökad tillgänglighet av mellanboende till i storleksordningen 3,8 miljarder kronor (95 000 kr × 40 500 ytterligare platser = 3,8 miljarder kronor). Den samlade bedömningen utifrån samhällets kostnader och befolkningens värdering talar således för en utbyggnad av mellanboende. Att behålla dagens struktur med en övervägande andel hemtjänst skulle både gå emot morgondagens äldres uttryckta preferenser och vara mer kostsamt ur ett samhällsperspektiv.

Figur 8.1. En ökad andel mellanboende förväntas ge väsentligt lägre kostnader i hälso- och sjukvården och minskade insatser från närstående år 2025 (miljoner kronor, 2012 års priser).

	Formell äldreomsorg	Informell omsorg	Hälso- och sjukvård	Totalt
Scenario I Samma fördelning av äldreomsorgen som år 2012	136700	30500	106200	273400
Scenario III Omfördelning till en ökad andel i mellanboende	138300	29700	101300	269300
Kostnadskillnad Scenario III – Scenario I	1600	- 800	- 4900	- 4100

Tolkning av morgondagens äldres uppskattade värdering av att få tillgång till det omsorgsalternativ de föredrar vid lätt respektive svår funktionsnedsättning

Vårdanalys enkätstudie visade att respondenterna satte ett värde på i genomsnitt 18 900 kronor på att vara garanterade en plats på *mellanboende* i stället för hjälp av hemtjänsten i det egna hemmet om de skulle drabbas av en *lätt funktionsnedsättning* (se tabell 6.4).

I tabell 8.1 har vi beräknat vad denna värdering motsvarar i värde per omsorgsplats på ett mellanboende. Givet att 20 procent av befolkningen som är 78 år eller äldre har en lätt funktionsnedsättning, värderar befolkningen mellanboendets tillgänglighet till cirka 95 000 kronor per faktiskt utnyttjad omsorgsplats (se tabell 8.1). Denna genomsnittliga värdering inkluderar även personer som sagt att de inte skulle föredra mellanboendet framför hemmaboende med hemtjänst. Värderingen för dessa personer har satts till 0 kr.

På motsvarande sätt kan vi beräkna respondenternas värdering av att vara garanterade plats på *vård- och omsorgsboende* i stället för hemtjänst i det egna hemmet om de skulle drabbas av en *svår funktionsnedsättning*. Som framgår av tabell 8.1 är värdet av en plats på *vård- och omsorgsboende* i storleksordningen 190 000 kronor, givet att cirka 17 procent av befolkningen 78 år eller äldre har en svår funktionsnedsättning.

Tabell 8.1. Värdet av att få en plats på mellanboende respektive vård- och omsorgsboende i stället för hemmaboende med hemtjänst vid lätt respektive svår funktionsnedsättning.

	Värdering per omsorgsplats	Antal personer
Mellanboende vid lätt funktionsnedsättning Givet att 20 procent av personer 78 år eller äldre har en lätt funktionsnedsättning	95 000 kr (18 900 kr/0,20)	337
Vård- och omsorgsboende vid svår funktionsnedsättning Givet att 17 procent av personer 78 år eller äldre har en svår funktionsnedsättning	192 000 kr (32 700 kr/0,17)	299

Den värdering som presenteras i tabell 8.1 är inte värdet per år av äldreomsorg, utan motsvarar det sammanlagda värdet av att få tillgång till en plats i mellanboende respektive vård- och omsorgsboende oavsett hur längre personen stannar på boendet. I och med att det saknas nationella data för under hur lång tid som äldre får hjälp av hemtjänsten eller vistas på ett boende är det svårt att beräkna värdet av ett års äldreomsorg. En riktlinje är emellertid att den genomsnittliga boendetiden på vård- och omsorgsboenden i Stockholms stad år 2013 var knappt 2 år och 2 månader och mediantiden drygt 1 år och 4 månader (Stockholms stad 2014). Eftersom Stockholm har en förhållandevis hög andel vård- och omsorgsboende jämfört med många andra kommuner är den genomsnittliga vistelsetiden sannolikt kortare i många kommuner än i Stockholm.



Samtidigt ska det understrykas att kunskapen om mellanboende och dess konsekvenser ännu är mycket begränsad, vilket gör att våra beräkningar måste tolkas med försiktighet. Eftersom det saknas nationell statistik över förekomsten av olika former av mellanboende bygger vår analys på dataunderlag från projektet SNAC-Kungsholmen som inte nödvändigtvis är representativt för hela riket (se kapitel 2). Även kunskapen om den faktiska framtida efterfrågan på mellanboende och hur denna förändras i takt med att de äldres funktionsförmåga försämras är osäker (se kapitel 6). Vi behöver också mer kunskap om hur de äldres funktionsförmåga påverkas av olika omsorgsalternativ (se kapitel 7). Vi har gjort en ansats till att belysa omsorgsalternativens påverkan i denna studie, men mer kunskap behövs – i synnerhet om mellanboendet som omsorgsalternativ.

De äldreomsorgschefer vi intervjuat reser vissa förhoppningar om att mellanboendet genom en ökad trygghet skjuter fram eller till och med undviker en flytt till vård- och omsorgsboende när de äldres funktionsförmåga försämras (se kapitel 4). Mellanboendet kan således ses som en förebyggande insats för de äldre som känner sig otrygga i sina egna hem. I samtalen med äldreomsorgscheferna väcks dock även farhågan att mellanboendet i sig inte tillför något större mervärde utan endast innebär en ”extra” flytt innan funktionsförmåga försämras ytterligare och den äldre ändå måste flytta till ett vård- och omsorgsboende. För att fullt ut belysa omsorgsalternativens styrkor och svagheter behövs därför ytterligare kunskap om hur de äldres funktionsförmåga och livskvalitet skiljer mellan dem som föredrar att bo kvar i sitt hem med hjälp från hemtjänsten och de som föredrar att flytta till ett mellanboende.

Slutligen ska tolkningen av resultaten ses i ljuset av att våra data om mellanboendets kostnader bygger på ett mycket litet underlag. Vi har därför en större osäkerhet i skattningen av vårt ”mellanboendescenario” jämfört med våra andra scenarier. Vår skattning visar dock att vi skulle kunna anta

Mellanboendet i beräkningarna utgår från kostnaden för servicehus

I rapporten definieras mellanboende som ett boende i en egen lägenhet med trygghetslarm och tillgång till viss gemensam service och gemensamma lokaler. Personal finns tillgänglig i huset under dagtid.

I våra kostnadsberäkningar har vi däremot utgått från de servicehus som fortfarande finns kvar på Kungsholmen i Stockholm. Det innebär att kostnaden utgår från en boendeform som har personal tillgänglig dygnet runt. Kostnaden är därmed något högre än för ett mellanboende utan personal nattetid.

en betydligt högre kostnad per hemtjänsttimme i mellanboendialternativet innan kostnaderna för kommunernas formella omsorg överstiger de kostnadsbesparingar som görs i sjukvården. Inte ens om vi antar att kostnaden per hemtjänsttimme på ett mellanboende skulle vara 50 procent högre (1 000 kronor per timme) än kostnaden för hemtjänst i den äldres egna hem (670 kronor), överstiger äldreomsorgskostnaderna de inbesparade vårdkostnaderna.

I beräkningarna har vi antagit att kvalitetskillnaden mellan mellanboende och hemtjänst i ordinärt boende innebär att kostnaden per hemtjänsttimme på mellanboende blir 120 kronor högre jämfört med hemtjänst i den äldres egna hem (790 kronor i stället för 670 kronor). Den högre kostnaden beror på högre kringkostnader, exempelvis tillgången till gemensamma lokaler och bemanning nattetid. Antagandet om kostnaden bygger på underlag hämtat från Kungsholmen och vi kan inte veta hur generaliserbart det är till andra kommuner.

Att mellanboende kan förväntas ge de äldre personerna ett mervärde i form av ökad trygghet bekräftas även av de äldreomsorgschefer som vi talat med. Många av de intervjuade menade att det saknas ett boende som kan tillmötesgå behov som inte är så omfattande att ett vård- och omsorgsboende är aktuellt – ett mellanboende som ger den äldre ett sammanhang, en gemenskap och trygghet. Denna brist har också tidigare beskrivits av Hjälpmedelsinstitutet (2012 a). I början av oktober föreslog *Utredningen om bostäder för äldre* (2015) ett åtgärds paket som bland annat inbegriper fler bostäder med möjlighet till gemenskap för äldre och ökade möjligheterna för seniorer att flytta till och bo kvar i olika former av anpassade boenden. Utredningen lyfter behovet av ytterligare kunskap om bland annat trygghetsbostäder och mervärden av att skapa möjligheter till social gemenskap i boendet. Frågan ska också utredas i det pågående arbetet att ta fram en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (Socialdepartementet 2015).

8.2 DET SAKNAS STÖD FÖR EN FORTSATT UTVECKLING MOT FÄRRE PLATSER PÅ VÅRD- OCH OMSORGSBOENDEN

Enligt Vårdanalys uppskattningar tycks morgondagens äldres önskemål om fördelningen mellan vård- och omsorgsboende respektive hemtjänst för gruppen personer med *svår funktionsnedsättning och stora omsorgsbehov* tillgodoses på nationell nivå. Samtidigt innebär den ökande andelen äldre att det kommer att behövas minst 19 000 nya platser i vård- och omsorgsboende år 2025 om den nuvarande fördelningen inom äldreomsorgen ska upprätthållas



(se bilaga 5). Vi vet även att täckningsgraden av vård- och omsorgsboende varierar stort mellan landets kommuner, vilket skulle kunna innebära att behovet av denna boendeform inte tillgodoses fullt ut i alla kommuner (se tabell 1.1). Bristen på boendeplatser i delar av landet bekräftas av Boverkets undersökning (Boverket 2015a) och i samtal med äldreomsorgschefer i vår intervjustudie.

Vår analys i kapitel 5 visar att en ökad satsning på vård- och omsorgsboende för de äldre som har störst omsorgsbehov ger högre totala vård- och omsorgskostnader år 2025 jämfört med om vi har kvar den fördelning mellan omsorgsformerna som vi har i dag. Samtidigt visar vår enkätstudie att morgondagens äldre sätter ett värde på att ha tillgång till omsorg på vård- och omsorgsboende snarare än hemtjänst i eget boende. Frågan är om deras värdering överstiger de merkostnader som en satsning på att öka, eller åtminstone upprätthålla, andelen vård- och omsorgsboende förväntas ge?

Figur 8.2 redovisar de totala kostnaderna för vård- och omsorg i två av våra tidigare scenarier; *scenario I* med en oförändrad struktur i äldreomsorgen år 2025 respektive *scenario IV* med en ökad satsning på vård- och omsorgsboende med 38 600 platser år 2025. Merkostnaderna för en utbyggnad uppskattas till cirka 0,6 miljarder kronor med antagande om en oförändrad funktionsnivå.

Figur 8.2. En ökad satsning på vård- och omsorgsboende i kommunerna förväntas ge lägre kostnader i hälso- och sjukvården och minskade insatser från närstående år 2025 (miljoner kr, 2012 års priser).

	Formell äldreomsorg	Informell omsorg	Hälso- och sjukvård	Totalt
Scenario I Samma fördelning av äldreomsorgen som år 2012	136700	30500	106200	273400
Scenario IV Omfördelning till en ökad andel i vård- och omsorgsboende	143100	29400	101500	274000
Kostnadsskillnad Scenario IV – Scenario I	6400	- 1100	- 4700	- 600

Värdet av att få tillgång till en omsorgsplats på vård- och omsorgsboende vid en svår funktionsnedsättning uppskattades i vår enkätstudie till i storleksordningen 190 000 kronor per plats (se faktaruta). Mervärdet av att öka tillgängligheten enligt scenario IV summeras då till 7,4 miljarder (38 600 platser × 192 000 kr) – ett värde som står sig väl i relation till merkostnaderna för satsningen. Det faktum att det finns en positiv värdering av vård- och omsorgsboendena innebär att vi utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv till och med skulle ha marginal för att öka antalet boenden något. Med tanke på att dagens fördelning av vård- och omsorgsboende vid svår funktionsnedsättning och stora hjälpbehov överensstämmer väl med befolkningens önskemål är det därför angeläget att upprätthålla dagens nivå av vård- och omsorgsboenden.

Samtidigt kvarstår osäkerheten om vilken påverkan olika omsorgsalternativ har på de äldres funktionsförmåga. Kapitel 7 visade att det kan finnas en risk att vård- och omsorgsboenden ökar dödligheten bland äldre. Det behövs därför ytterligare forskning om sambandet mellan omsorgsalternativ och funktionsförmåga (se även Schön m.fl. 2015).

En ytterligare källa till osäkerhet är hur närståendes hälsa och livskvalitet påverkas av och skiljer sig åt mellan olika omsorgsalternativ. I vår analys har vi värderat den tid som närstående lägger ner på service och omsorg av de äldre. Däremot har vi inte tagit hänsyn till hur deras hälsa och livskvalitet påverkas av respektive omsorgsalternativ.

En kanadensisk intervjustudie från 2002 visade att närståendevårdare upplever allt högre stress i takt med att deras anhöriges hjälpbehov ökade (Hollander m.fl. 2002). Den emotionella stressen var högre om den anhörige hade plats på ett vård- och omsorgsboende än om hen bodde kvar hemma och fick hjälp av hemtjänsten. Även svenska studier visar att många närståendevårdare (85 procent) är positiva till att hjälpa, men att deras självuppskattade hälsa är sämre än hos befolkningen i allmänhet (Socialstyrelsen 2012, Szebehely m.fl. 2014). Två av tre närståendevårdare upplevde att deras situation var psykiskt påfrestande. En majoritet (cirka 60 procent) menade att de alltid eller ibland kände det som krävande att ge hjälp och många (40 procent) kände sig otillräckliga.

Att närståendevårdare har sämre hälsa än befolkningen i övrigt och att de upplever sin situation som psykiskt påfrestande talar för att vi underskattar värdet av omsorgsalternativ som ställer lägre krav på närståendes insatser. Det skulle stärka motiven för en ökad satsning mot vård- och omsorgsboende eftersom antalet närståendetimmar är färre vid vård- och omsorgsboende jämfört med om personen får omsorg i sitt eget hem.





Planeringen av morgondagens äldreomsorg innebär flera utmaningar

Varje diskussion om morgondagens äldreomsorg måste ta hänsyn till hur äldreomsorgens struktur ser ut i dag och vilka förutsättningar som finns för en förändring. Officiell statistik visar att det finns stora skillnader i andelen äldre som får hemtjänst respektive vård- och omsorgsboende i Sveriges kommuner. Skillnaderna inom hemtjänsten tycks förklaras av de äldres omsorgsbehov, medan skillnaderna bland vård- och omsorgsboendena i större utsträckning beror på historiska mönster. Det kan innebära en risk att vård- och omsorgsboenden läggs ner när behovet av äldreomsorg sjunker och sedan inte ersätts i tillräcklig grad när behovet stiger igen.

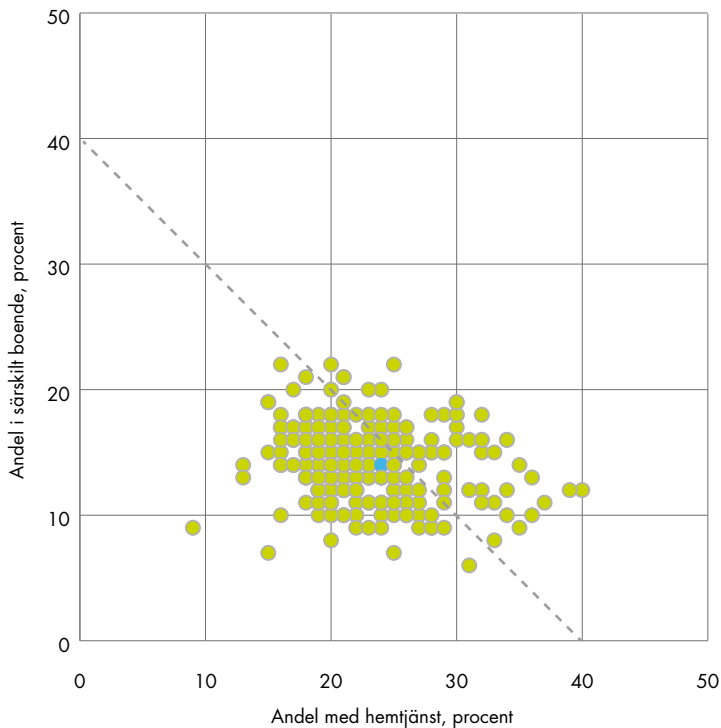
En av flera orsaker till att andelen äldre med plats på vård- och omsorgsboende är trögrörlig är att många kommuner tvekar inför, eller saknar kapacitet, att formulera en långsiktig strategi för morgondagens äldreomsorg. Vår intervjustudie visar att många kommuner fokuserar på den närmaste budget- eller mandatperioden, vare sig det beror på tidsbrist, resursbrist, lokala politiska ambitioner eller kortsiktiga nationella mål. Ett annat hinder för ett långsiktigt tänkande är bristen på kunskap om vilka alternativa lösningar som finns och att det saknas en samlad informationskälla för äldreomsorgen. Våra intervjupersoner lyfter även bristande samverkan mellan äldreomsorgen och hälso- och sjukvården samt en tvekan inför att investera i byggnader och renoveringar som hinder för att planera morgondagens äldreomsorg.



9.1 HITTILLS EN BRISTANDE LÅNGSIKTIG PLANERING FÖR OMSORGEN

Fördelningen mellan hemtjänst respektive vård- och omsorgsboende mellan kommuner varierar kraftigt mellan kommuner (se figur 9.1). Samtidigt visar statistik över andelen äldre med hemtjänst respektive vård- och omsorgsboende inom samma kommun att en låg andel hemtjänst inte förklaras av en hög andel vård- och omsorgsboende eller tvärtom. Forskning om orsaken till skillnaden mellan kommunerna visar att skillnaderna inom hemtjänsten i första hand förklaras av de äldres omsorgsbehov, medan skillnaderna inom vård- och omsorgsboende även förklaras av historiska mönster. Detta innebär att hemtjänsten visserligen fungerar som en säkerhetsventil för att anpassa mängden äldreomsorg efter de äldres behov, men att det finns en inbyggd trögrörlighet i mängden vård- och omsorgsboende som kan försvåra framtida anpassningar av äldreomsorgens struktur.

Figur 9.1. Det finns en stor spridning i hur andelen äldre med särskilt boende respektive hemtjänst i Sveriges kommuner förhåller sig till varandra (80 år och äldre). Linjen visar fördelningen om hemtjänst och särskilt boende vore helt utbytbara med varandra.



Källa: Socialstyrelsen 2013a.

Under 1970–1990-talen förklarades skillnaderna i mängden äldreomsorg mellan Sveriges kommuner i första hand av den historiska mängden i respektive kommun (Trydegård 2000). De flesta kommuner höll sig på en konstant andel äldre med äldreomsorg i förhållande till det svenska genomsnittet och sambanden med andra tänkbara förklaringsfaktorer, som omsorgsbehov, kommunal ekonomi och politisk ledning, var svaga eller obefintliga.

Under 2000-talet har dock tillgången till hemtjänst alltmer kunnat förklaras av skillnader i omsorgsbehov snarare än av historiska mönster (Davey m.fl. 2006, Trydegård och Thorslund 2010). Skillnaderna är kopplade till ålder, funktionsnedsättning och grad av ensamboende bland den äldre befolkningen i respektive kommun (Davey m.fl. 2006). Även Vårdanalys rapport om produktivitetsskillnader i äldreomsorgen kopplar skillnaden mellan kommuner till olika behovsnivåer av omsorg, men också till geografiska förutsättningar och andelen hemtjänst respektive vård- och omsorgsboende (Vårdanalys 2013).

Däremot kvarstår ett historiskt beroende inom vård- och omsorgsboenden, eftersom dessa kräver en investering i lokaler och därmed är svårare att anpassa till det kortsiktiga behovet (Trydegård och Thorslund 2010). Ett kortsiktigt förhållningssätt tas också upp i Vårdanalys intervjustudie som en förklaring till kommuners beslut att minska antalet platser i vård- och omsorgsboenden och andra boenden för äldre.

”... någonstans från 1990 och fram till 2000 där var det nog många kommuner som tog bort (sina servicelägenheter). /.../ en fyra-fem år efter att man tagit det beslutet att ta bort servicelägenheter i andra kommuner, ja då fick man ju kö till särskilt boende och så fick man börja bygga trygghetsboende, och då kom det begreppet upp.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

Något tydligt motiv bakom dagens fördelning mellan hemtjänst och vård- och omsorgsboende framkommer inte i intervjustudien. Snarare är det lokala förutsättningar som verkar ha avgjort kommunernas fördelning av äldreomsorg. Det kan handla om att det saknats lokaler för vård- och omsorgsboenden, att planer ändrats efter reaktioner från allmänheten eller att kommunen återgått till en tidigare fördelning efter att ha märkt att de äldres behov annars inte kan tillgodoses.

Boverket (2013) anger dock att en stark orsak att lägga ned särskilda boenden har varit ökade arbetsmiljökrav. Inför ett val mellan att bygga om



Tabell 9.1. Utvecklingen av andelen personer i åldern 80 år eller äldre som får hemtjänst respektive permanent plats i särskilt boende mellan 2008 och 2013 (data för 254 kommuner).

UTVECKLINGEN FÖR HEMTJÄNST			
		Ökad eller förändrad andel, %	Minskad andel, %
UTVECKLINGEN FÖR VÅRD- OCH OMSORGSBOENDE	Ökad eller oförändrad andel, %	13	6
	Minskad andel, %	60	21

Källa: Socialstyrelsen (2015a).

existerande boenden så att de ska svara mot kraven på arbetsutrymme eller att lägga ned dem ska många kommuner ha valt det senare.

Faran med dagens kortsiktiga perspektiv är att kommuner blir alltmer restriktiva med att erbjuda vård- och omsorgsboende. Socialstyrelsen och Boverket (2004) observerade redan år 2004 att antalet beslut om plats på så kallade särskilda boenden som inte verkställdes ökade. De lyfte då att kommunerna hade blivit mer restriktiva med att bevilja plats på boenden. År 2015 bedömde 42 procent av kommunerna i Sverige att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre (Boverket 2015a). Mellan år 2008 och 2013 minskade en majoritet av Sveriges kommuner sin andel äldre som hade plats på ett vård- och omsorgsboende (se tabell 9.1). Många kommuner ersatte en del av minskningen med hemtjänst, men inte en tillräckligt stor del för att hindra att den totala andelen äldre med äldreomsorg minskade under perioden (se även kapitel 1).

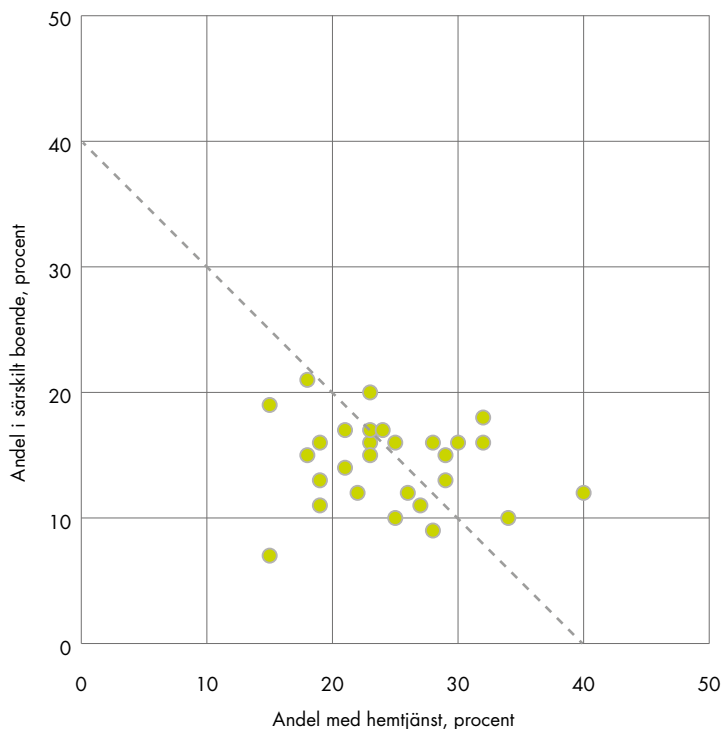
”... någon gång runt 2000 så plockade vi ju bort rätt mycket servicelägenheter på särskilt boende och där bodde ju en del som kanske annars hade bott i nuvarande särskilt boende. Nu vet jag inte om det har påverkat mera andel hemtjänst, men det är ju möjligt att det gjorde det.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

9.2 ÄLDREOMSORGSCHEFER SER EN BRIST PÅ TID, KUNSKAP, RESURSER OCH HANDLINGSUTRYMME

Att tillgången till vård- och omsorgsboenden kan vara svår att anpassa efter kortsiktiga förändringar i de äldres behov innebär att det behövs en långsiktig strategi för äldreomsorgen om morgondagens behov av olika former av

Figur 9.2. Sambandet mellan andelen äldre i särskilt boende respektive hemtjänst i de 29 intervjuade kommunerna motsvarar fördelningen på nationell nivå (80 år och äldre). Linjen visar fördelningen om hemtjänst och särskilt boende vore perfekt utbytbara.



Källa: Socialstyrelsen 2013a.

Äldreomsorg ska kunna tillfredsställas. Vårdanalys har intervjuat företrädare för 29 kommuner om orsakerna bakom äldreomsorgens struktur i deras respektive kommuner samt vilka utmaningar de ser när det gäller att förändra dessa strukturer i framtiden. Kommunerna som deltagit i intervjustudien har en fördelning av äldre som har hemtjänst respektive plats i särskilt boende som liknar resten av Sverige (se figur 9.2).

Kommunerna har svårt att skapa förutsättningar för att planera långsiktigt

Resultaten från intervjustudien visade att en av utmaningarna för kommunernas möjlighet att planera för morgondagens behov av äldreomsorg var en brist på långsiktigt agerande. Cheferna upplevde dels att det kunde



finnas en motvillighet mot att fatta långsiktiga beslut bland de lokala politikerna, dels att nationella mål och riktlinjer kunde komma i vägen för att ge kommunerna tid att planera framåt.

Flera intervjupersoner upplevde att det fanns en tröghet i det politiska systemet som hindrar långsiktig planering. Trots att det länge funnits kunskap om ett ökat omsorgsbehov, inte minst på lång sikt, fanns det ett motstånd mot att ta politiska beslut på området och genomföra dem. Detta innebar ett dilemma i och med att beslut om investeringar i till exempel vård- och omsorgsboenden måste tas flera år innan de ska börja användas för att det ska vara möjligt att hinna med nödvändig beredning, politiska beslut, projektering och byggande.

”... man borde haft ett betydligt mer framåtsyftande. Inte bara sträcka sig bakom nästa kurva utan kanske ett decennium i framtiden, men det gjorde man inte. Jag tycker man har underlåtit här hos oss att göra den analysen och framskrivningen, vilket i dag betyder att vi har ett oerhört stort tryck på våra särskilda boenden.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

Några intervjupersoner knöt bristen på en långsiktig strategi för äldreomsorgen till att politiker hade en tendens att arbeta för kortsiktigt, kanske med fokus på mandatperiodernas längd snarare än på kommunens långsiktiga bästa.

”När vi jobbar med korta horisonter och ska klara varje års budget, så blir det så att man söker snabba lösningar som ska nå effekt. ... Det räcker inte att få ihop nästa års budget, utan vi måste /.../ titta hur det ser ut inte bara bakom nästa kulle utan bakom nästa bergskedja för att kunna ta höjd för de här frågorna.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

Även i de kommuner där det fanns en ambition att planera långsiktigt beskrev flera intervjupersoner en brist på tid som innebar att de inte hade tid att höja blicken utan var tvungna att fokusera på snabba lösningar på dagens problem, vilket upplevdes som otillfredsställande. I synnerhet mindre kommuner hade av naturliga skäl mindre förvaltningar och begränsade personalresurser, vilket kunde innebära mindre tid och resurser att lägga på utredningar och analyser. Att små kommuners begränsade resurser kan hindra möjligheten till en strategisk planering har även lyfts fram i andra sammanhang (exempelvis SNS 2015).

Problemet förvärrades av att tendensen att fokusera på kortsiktiga mål inte bara fanns bland kommunerna utan även upplevdes som ett problem på en nationell nivå. Flera äldreomsorgschefer ansåg att det nationella styret av äldreomsorgen bidrog till en tyngre arbetsbörda och gjorde det svårt att få tid att planera framåt. Mängden krav och de korta ledderna för genomförande kunde få kommunerna att sänka ambitionen oavsett hur lovvärt syftet med målen var.

Äldreomsorgscheferna efterlyste därför en tydligare strukturering, sällning och prioritering av de nationella målen för äldreomsorgen. På så sätt skulle kommunerna ha tid och möjlighet att öka kvaliteten i sitt arbete med de nationella målen.

”De nationella riktlinjerna (för bemanning i äldreomsorgen) är en jättestor grej som måste genomsyra den kommunala verksamheten. (Men) det bara ramlar ner och det krävs mer pengar och personal. Man får slås nerifrån för att få personal och pengar och allting. Det borde ... (finnas) någon typ av samstämmighet om vad det är man ska jobba med ute i kommunerna ...”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

Nya former av äldreomsorg bromsas av brist på kunskap

Ett annat dilemma som kom fram i Vårdanalys intervjustudie var att kommunerna inte hade tillräckligt med kunskap om vilka nya alternativ som fanns inom äldreomsorgen. Den kunskap som fanns var inte heller tillgänglig på ett överblickbart sätt. De intervjuade cheferna efterlyste därför dels en större samordning av informationen på en nationell nivå, dels fler nätverk och samarbeten mellan kommunerna emellan.

Många äldreomsorgschefer var intresserade av nya tekniska lösningar som e-hemtjänst. Däremot tyckte de att de inte hade tillräckligt med information för att kunna fatta beslut om det var värt att införa en viss lösning eller inte. I synnerhet små kommuner hade varken tid eller möjlighet att sätta sig in i frågorna själva.

”I tillägg diskuterar man även olika tekniska lösningar såsom nattkameror, videokonferenser vid vårdplanering etcetera. Problemet är att den tekniska utvecklingen förutsätter kunskap som man kanske inte besitter, utan där krävs det hjälp utifrån.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)



Flera chefer återkom till det faktum att både kommuners behov och deras tillgång till resurser i form av kapital och arbetskraft skiljer sig åt. Som diskuterades ovan har i synnerhet mindre kommuner begränsat med tid och resurser att lägga på utredningar och analyser. En majoritet av de intervjuade cheferna ansåg att omvärldsanalys var viktigt och flera efterfrågade stöd och hjälp i sin framtidsspaning för att öka sin kompetens och kapacitet att ändra äldreomsorgens struktur i den mån det behövdes.

En form av stöd som många äldreomsorgschefer efterfrågade var nätverk och samarbeten med andra kommuner för att få kunskap om ny forskning och utveckling samt att dra lärdom av andra kommuners positiva eller negativa erfarenheter. En kommun ville till exempel inleda ett samarbete med någon partner för att låna en kamera för att prova tjänsten ”Nattfrid”, men visste inte var de skulle börja.

”... när man är en liten kommun är det svårt att bryta ny mark, och att på egen hand göra underlag och analyser som kan ligga till grund för förändringar. /.../ På så sätt är det bra om man hittar kompisar som är ungefär lika stora, för vi har samma frågor.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

Vårdanalys (2013) har i en tidigare rapport lyft att jämförelser och kunskapsutbyte mellan kommunerna även skulle underlättas av gemensamma sätt att till exempel mäta äldres omsorgsbehov. Insatser i en sådan riktning görs av Socialstyrelsen genom utvecklingsarbetet *Äldres behov i centrum* (ÄBIC), som bland annat har till syfte att på ett systematiskt sätt dokumentera äldres behov och därigenom skapa möjligheter att sammanställa och jämföra omsorgsbehoven lokalt och nationellt (Socialstyrelsen 2015c).

Andra äldreomsorgschefer efterfrågade någon typ av nationellt stöd i planeringen av morgondagens äldreomsorg, till exempel en informationsbank eller en utvecklad kunskapsguide med information om evidensbaserad praktik på en basnivå. Till exempel skulle det kunna vara information om vad kommuner ska tänka på när de bygger ett nytt demensboende eller hur de kan ta hand om äldre med exempelvis borderline personlighetsstörning (BPS-syndrom). Även Socialstyrelsen (2015d) har noterat att det finns ett behov av ytterligare kunskap om vilka arbetsmetoder och insatser som är effektiva inom socialtjänsten och hur kommunerna kan använda sig av ny teknik.

En möjlig tolkning av önskemålet är att äldreomsorgscheferna skulle vilja ha en ännu mer utvecklad, innehållsrik och tydlig version av *Kunskapsguiden.se*.

Även om Kunskapsguiden sammanställer värdefull information saknas en samlad tolkning av informationen och hur den kan påverka kommunernas prioriteringar. Äldreomsorgscheferna efterfrågar även fler praktiska exempel på hur andra kommuner löst frågor. En annan möjlighet är att guiden och hemsidan behöver marknadsföras bättre.

”Tänk om man hade kunnat ha det som någon form av bank, att det här har man provat på där och där och det har gett de resultaten. /.../ Ska man börja bygga upp något sådant här så skulle det också vara bra att kunna ta del av andra som har erfarenheterna. /.../ Tips om att ’Vänd er hit’, här har man gjort ett bra jobb, här har man lyckats bra med det här.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

Även om det fanns tillgång till information om äldreomsorg var den utspridd bland flera myndigheter, forskningsfinansiärer och organisationer, till exempel Socialstyrelsen, VINNOVA, Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. I många fall kände äldreomsorgscheferna till aktörer på området, men tyckte att det var svårt och tidskrävande att få en överblick över intressanta rapporter om till exempel trygghetsboende (se till exempel Larsson m.fl. 2013, Solding och Isaksson 2013, Statens folkhälsoinstitut 2009, Hjälpmedelsinstitutet 2012b och 2012c). En äldreomsorgschef jämförde äldreomsorgen med skolområdet, där hen upplevde att Skolverket samlade all kunskapsutveckling på ett ställe. Samma behov av en enskild källa för kunskap om socialtjänsten nämns i Socialstyrelsens (2015d) rapport.

Äldreomsorgen och hälso- och sjukvården påverkar varandra

Eftersom äldre personer är känsligare för olyckor och sjukdomar har äldreomsorgen och hälso- och sjukvården ett starkt samband och påverkar varandra (se även kapitel 3 och 5). En av cheferna i Vårdanalys intervjustudie kommenterade att i synnerhet vård- och omsorgsboenden står för en större del av eftervården och rehabiliteringen än tidigare.

”Det vi ser nu är en stor förändring utav landstingets ansvarsfrågor där de ser äldreboendena som eftervårdnadsenheter. /.../ (kommunaliseringen av hemsjukvården) är en bra lösning, men när man hela tiden får bevaka någon som trycker in gränserna, då är det inte bra. När man förskjuter ansvarsfrågan hela tiden trots att vi har ett avtal.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)



Vikten av ett fungerande samarbete mellan hälso- och sjukvården och äldreomsorgen underströks av att flera intervjupersoner betonade att kommunaliseringen av hemsjukvården varit ett viktigt steg för att ge kommunerna en helhetssyn och kontroll över en längre vårdkedja.

”Vi har varit väldigt positiva till kommunaliseringen därför att vi ser vinsterna av det. Jag tycker att vi får lite bättre styrka på hemtjänst i ordinärt boende när vi även har hemsjukvården. Samverkan är lättare att få till med de sköterskor som arbetar i hemsjukvården och personalen än tidigare.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

Samtidigt hade andra kommuner en negativ erfarenhet av kommunaliseringen, med ett ökat ansvar utan att ersättningen från landstinget speglat den ökade arbetsbördan.

Kommunerna tvekar att ta risken som investeringar innebär

En ytterligare utmaning med att planera inför morgondagens äldreomsorg var att investeringar i byggnader och ny teknik tog resurser som många kommuner inte var villiga att eller inte hade råd att satsa. Det kunde både handla om brist på resurser och om en tvekan att ta risken som ett varierande behov av äldreomsorg innebär.

En äldreomsorgschef berättade att hans kommun slets mellan en vilja att vara framåtblickande och ett politiskt beslut att eventuella omställningar måste rymmas inom den existerande budgetramen.

”... det är stora investeringar om man ska bygga om allting, men uppdraget har gått till oss att göra den här omställningen att titta på den här boendeöversynen i perspektivet av bibehållen ekonomisk struktur, så är det ju också. Vi kämpar ju väldigt, väldigt mycket med vår samlade budget i kommunen.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

Lösningen för vissa kommuner var att försöka få hjälp av andra aktörer att göra investeringarna, i synnerhet privata aktörer. På så vis kunde kommunen undvika att själv göra investeringen i nybyggnationer eller renoveringar av existerande vård- och omsorgsboenden.

”Man är mån om att behålla möjligheten till privata vårdgivare, som en slags säkerhet för att vara flexibla och kunna möta fluktuationer i behov för boenden utan att stå för hela risken med en långsiktig investering.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

En ökad individualisering upplevs skapa otydlighet om var gränsen går för det offentliga åtagandet

De intervjuade äldreomsorgscheferna efterfrågade även en tydligare vägledning kring var gränsen för det offentliga åtagandet gick. Detta gällde i synnerhet glesbygdskommuner, som av praktiska skäl hade svårt att anpassa äldreomsorgens utförande efter de äldres egna önskemål.

Socialtjänstlagens (2001:453) 5 kapitel 5 § anger att äldre så långt som möjligt ska få välja när och hur hemtjänst och annan lättåtkomlig service utförs (se även Socialdepartementet 1998). Samtidigt som äldreomsorgscheferna såg trenden mot en ökad individualisering av äldreomsorgen som en positiv utveckling, nämnde några att det var en svår utmaning. Frågor som de ställde sig handlade om vilka insatser och tjänster som ingår i det offentligas ansvar: Hur långt kan kommunerna gå för att möta enskilda individers önskemål och hur mycket kan medborgarna räkna med att få hjälp med, givet samhällets begränsade resurser?

De intervjuade cheferna bedömde genomgående att kraven på individuell anpassning av omsorgen förväntas öka och att brukarna inte kommer att acceptera enbart standardiserade lösningar. Samma förutsägelse lyfts av Szebehely (2014), som menar att en äldreomsorg som inte är tillräckligt individanpassad riskerar att stöta bort hög- och medelinkomsttagare, som

Äldreomsorgen ska erbjuda en ”skälig levnadsnivå”

Riktlinjen för äldreomsorg och all annan socialtjänst i Socialtjänstlagens (2001:453) 4 kapitel 1 § är att ”den enskilde ska (...) tillförsäkras en skälig levnadsnivå”. Till detta kommer att äldre ska få ”leva ett värdigt liv och känna välbefinnande” samt få ”möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra” (Socialtjänstlagen 5 kap. 4 §).

Sedan år 2001 har det uppstått en skillnad mellan personer som får äldreomsorg enligt Socialtjänstlagen och personer som före 65 års ålder fått personlig assistans enligt Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Personer med assistans enligt LSS har rätt att behålla assistansen även efter 65 års ålder. Eftersom LSS anger att ”den enskilde (ska få) möjlighet att leva som andra” innebär det en högre levnadsstandard än för personer som enbart omfattas av Socialtjänstlagen. Däremot får assistansen inte utökas efter 65 års ålder.



traditionellt spelat en viktig roll för att följa upp och säkerställa omsorgens kvalitet för samtliga äldre.

Några äldreomsorgschefer efterfrågade en politisk viljeyttring om vad som är den lägsta nivån för vad samhället ska erbjuda och vad som egentligen är en "skälig levnadsnivå". De saknade en diskussion kring både hur mycket samhället rimligen kunde erbjuda, men också vad som var rimligt av brukaren att begära.

"Det vi som jobbar i den här verksamheten har sett i många år är ju att man måste börja jobba på ett helt annat sätt, alltså vad ska man erbjuda med offentliga medel och vad är ett egenansvar. /.../ Vi måste börja jobba på ett helt annat sätt med oss själva som medborgare, som äldre och 55-plussare och planera för vår ålderdom."

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

En äldreomsorgschef nämnde exempelvis att hens kommun lagt äldreomsorgens avgifter på en sådan nivå att det lönade sig att använda så kallade RUT-tjänster i stället för hemtjänst upp till en behovsnivå på ungefär 7-8 timmar i månaden.

En annan äldreomsorgschef tog upp svårigheten med att vilja vara tillmötesgående, samtidigt som hen var medveten om samhällets begränsade resurser.

"Behov och önskemål är oändliga. Ibland får jag känna att jag ska jobba med skälig levnadsnivå och på något vis får man backa tillbaka för ibland tycker jag att det är för fjuttigt att man inte får välja vart man vill bo, men det är ohållbart, det går inte. Så jag brukar backa mig själv att det är skälig levnadsnivå; det är inte god levnadsnivå utan skäligt."

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)

En genomgång av FoU Välfärd Gävleborg (2013) visar att kommunerna i dag gör olika tolkningar av vad som räknas som en skälig levnadsnivå. Till exempel fanns det skillnader i om hemtjänsten hjälpte de äldre att handla själva eller enbart levererade matvaror, om städhjälp även innefattade storstädning och i hur stor utsträckning biståndshandläggarna tog hänsyn till de äldres behov av social interaktion.

En annan aspekt av frågan var att möjligheten att individualisera äldreomsorgen skiljde sig åt beroende på en kommuns strukturella faktorer

och geografiska läge. I en glesbygd var det inte lika lätt att schemalägga hemtjänstbesök utifrån de äldres egna önskemål, eftersom de äldre bodde långt ifrån varandra. Detta var ett område där äldreomsorgscheferna efterlyste en gemensam diskussion om hur dilemmat skulle hanteras.

”Det som kan vara lite svårt är tider i hemtjänsten: att man kanske inte kan vara med och påverka precis när personalen kommer. Det är ju lättare på ett boende där personalen finns i huset, men det blir lite knöligare när man har 2-3 mil att åka till någon, då måste man få allting att passa ihop. /.../ Det har också med kostnader att göra, för vi har den personal vi har.”

(Äldreomsorgschef i Vårdanalys studie)





Referenser

- Abel Olson, J., Donaldson, C. (1998). Helicopters, hearts and hips: using willingness to pay to set priorities for public sector health care programmes. *Social Science and Medicine*, vol. 46, nr. 1, s. 1–12.
- Abrahamsson, M. (2015). Äldres bostadsval och preferenser – en sammanställning av *aktuell forskning* (rapport för Utredningen om bostäder för äldre). Norrköping: Institutet för forskning om äldre och åldrande, NISAL.
- Abramsson, M., Elmqvist, A., Magnusson Turner, L. (2013). *Äldres flyttningar och motiv till att flytta eller bo kvar*. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.
- Bateman, I., Carson, R. T., Day, B., m.fl. (2002) *Economic Valuation with Stated Preference Techniques - A manual*. London: Department for Transport.
- Boverket (2013). *Utvärdering av investeringsstödet till äldreboendestäder* (Rapport 2013:7). Karlskrona: Boverket.
- Boverket (2015a). *Färre kommuner täcker behovet av särskilda boendeformer för äldre*. <http://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsplanering/bostadsmarknaden/bostadsmarknaden-for-olika-grupper/aldre/sarskilda-boendeformer-for-aldre/> (Hämtad: 2015-06-03).
- Boverket (2015b). *PM om seniorbostäder och trygghetsbostäder*. Karlskrona: Boverket.
- Boverket (2015c). *Bostadsmarknadsenkäten 2015 – Läget för olika grupper – Särskilda boendeformer för äldre, trygghetsbostäder och seniorbostäder*. Karlskrona: Boverket.
- Davey, A., Johansson, L., Malmberg, B., Sundström, G. (2006). Unequal but equitable: an analysis of variations in old-age care in Sweden. *European Journal of Ageing*, 3., s. 34–40.
- Finansdepartementet (2014). *2014 års ekonomiska vårproposition* (Regeringens proposition 2013/14:100). Stockholm: Regeringskansliet.

- FoU Valfärd Gävleborg (2013). *Att tillgodose sociala behov för en skälig levnadsnivå*. Gävle: FoU Valfärd Gävleborg.
- GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, Vol. 386 Nr. 9995 s. 743–800.
- Gyrd-Hansen, D. (2015). The role of the payment vehicle in non-market valuations of a health care service: willingness-to-pay for an ambulance helicopter service. *Health economics, policy, and law*, s. 1–16.
- Hjalmarsson, I. (2014). *Vem ska bestämma vad i hemtjänsten?* Stockholm: Äldrecentrum.
- Hjälpmiddelsinstitutet (2012a). *Bo bra på äldre dar. Kreativitet och nytänkande när det gäller bostäder och boendemiljö för äldre*. Stockholm: Hjälpmiddelsinstitutet.
- Hjälpmiddelsinstitutet (2012b). *Att införa e-hemtjänst – erfarenheter från Västerås stad*. Stockholm: Hjälpmiddelsinstitutet.
- Hjälpmiddelsinstitutet (2012c). *Nattfrid? Om tillsyn på natten för äldre personer med hemtjänst*. Stockholm: Hjälpmiddelsinstitutet.
- Hollander, M., Chappell, N., Havens, B., McWilliam, C., Miller, J. O. (2002). *Substudy 5 Study of the costs and outcomes of home care and residential long term care services. A report prepared for the health Transition fund, Health Canada*. Victoria, BC: National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care.
- Hulter-Åsberg, K. (1990). *ADL-trappan*. Lund: Studentlitteratur.
- Jegermalm, M., Malmberg, B., Sundström, G. (2014). *Anhöriga äldre angår alla!* (rapport 2014:3). Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga.
- Johannesson, M., Johansson, P.O., O’Conor, R.M. (1996). The value of Private Safety Versus the Value of Public Safety. *Journal of Risk and Uncertainty*, nr. 13, s. 263–275.
- Kommunal (2014). *Lapptäcke utan sömmar. En rapport om äldre med stora vård- och omsorgsbehov och deras anhöriga*. Stockholm: Kommunal.
- Lagergren, M. (2012). *Vad har hänt med resurserna för äldreomsorgen? – En analys av kostnadsutvecklingen med uppdelning på befolkningen, hälsa, insatser och kostnader per insats*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Lagergren, M., Johnell, K., Schön, P., Danielsson, M. (2015). Healthy life years in old age: Swedish development 1980 to 2010 according to different health indicators. *Scandinavian Journal of Public Health*, September 21, 2015.

- Lagergren, M., Sjölund, B.-M. (2008). *Äldre personer med och utan äldreomsorg – En jämförelse mellan Kungsholmen och Nordanstig* (SNAC-K rapport nr 15). Stockholm: Äldrecentrum.
- Larsson, L., Tranquist, J., Solding, L., Sjölander, J., Isaksson, O., Sigsjö, H. (2013). *Trygghetsbostäder för äldre – en kartläggning* (Vinnova Information VI 2013:07). Stockholm: VINNOVA.
- Lindahl, L. (2015). *Tryggt i trygghetsboenden? Exempel från Alingsås, Göteborg och Trollhättan*. Göteborg: FoU i Väst/GR.
- Linné, S. (2005). "Jag förstår inte vad dom säger". *Äldre invandrare i Malmö berättar om vård och omsorg*. (Rapport 2005:1). Malmö: Malmö Stad.
- Lundqvist, A., Levin, L.-Å., Persson, U., Steen Carlsson, K. (2012). *Värdet av forskning och ny medicinsk teknologi för hjärt-kärlsjukdom – en studie utifrån exemplet ischemisk hjärtsjukdom*. Lund: IHE.
- Lundqvist, A., Wilking, N., Gerdtham, U.-G., Persson, U., Steen Carlsson, K. (2013). *Målriktad behandling av bröstcancer*. Stockholm: SNS.
- Morrison, M.D., Blamey, R.K., Bennett, J.W. (2000). Minimising Payment Vehicle Bias in Contingent Valuation Studies. *Environmental and Resource Economics*, nr. 16, s. 407–422.
- Rahm Hallberg, I. (2008). "Äldres boende ur ett vård- och omsorgsperspektiv" i Socialdepartementet *Bo bra hela livet* (SOU 2008:113), s. 145–196. Stockholm: Socialdepartementet.
- Riksrevisionen (2014). *Stödet till anhöriga omsorgsgivare* (RIR 2014:9). Stockholm: Riksrevisionen.
- Sand, A.-B. (2014). "Det handlar också om tid och pengar" *Anhörigomsorg, försörjning, lagar*. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2015a). *Tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre efter stroke. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2015b). *Rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer – interdisciplinära team. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU.
- SCB – Statistiska Centralbyrån (1996–2010). *Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF)*.
- SCB – Statistiska Centralbyrån (2012). *Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF)*.
- SCB – Statistiska Centralbyrån (2014). *Hitta statistik – Befolkning*.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2015a). *Statistikdatabasen 2015*.
- SCB – Statistiska Centralbyrån (2015b). *Befolkningsframskrivningar*.

- Schön, P., Lagergren, M., Kåreholt, I. (2015). Rapid decrease in length of stay in institutional care for older people in Sweden between 2006 and 2012: results from a population-based study. *Health and Social Care in the Community*, 6 March 2015.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2010). *Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen – en analys utifrån kommunernas resultat 2009*. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2011). *Välfärdsrapport Hur ska välfärden formas i framtiden?* Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2012a). *Bättre liv för sjuka äldre – En kvalitativ uppföljning*. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2012b). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2012. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner*. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2013a). *Bättre liv för sjuka äldre. Analysrapport 2: Sammanhållen vård och omsorg*. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2013b). *Kostnad per brukare. Jämförelser inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning – utfall 2012*. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *Bättre liv för sjuka äldre - Stora förbättringar på kort tid*. Stockholm: SKL.
- SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (2015). *Sammanlagning eller samverkan? Småkommunernas framtid*. Seminarium 2015-03-13.
- Socialdepartementet (1979). *Om socialtjänsten* (Regeringens proposition 1979/80:1). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (1990). *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m.* (Regeringens proposition 1990/91:14). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (1998). *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken* (Regeringens proposition 1997/98:113). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2003). *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga* (Ds 2003:47). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2008). *Stöd till anhöriga som vårdar och stödjer närstående*. (Ds 2008:18).
- Socialdepartementet (2010a). *Den ljusnande framtid är vård. Delresultat från LEV-projektet*. Stockholm: Regeringskansliet.

- Socialdepartementet (2010b). *Värdigt liv i äldreomsorgen* (Regeringens proposition 2009/10:116). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2015). *Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen* (Dir. 2015:72). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialstyrelsen (2001). *Äldreomsorg för finsktalande i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012). *Anhöriga som ger omsorg till närstående - omfattning och konsekvenser*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013a). *Äldre - vård och omsorg den 1 oktober 2012 - Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013b). *Registeranalyser av de mest sjuka äldres vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014a). *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014b). *Tillståndet och utvecklingen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En lägesrapport 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014c). *Nationell utvärdering - Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014 - Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014d). *Anhöriga som ger omsorg till närstående - Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014e). *Utveckling av e-hälsa i kommunerna Uppföljning av stimulansmedel 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014f). *Sjukdomsförebyggande metoder inom kommunal hälso- och sjukvård - Uppföljning av implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015a). *Tillståndet och utvecklingen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En lägesrapport 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015b). *Äldreomsorg på minoritetsspråk*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015c). *Äldres behov i centrum - Behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015d). *Socialtjänstens behov av kunskapsunderlag - en kartläggning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015e). *Socialstyrelsens statistikdatabas 2015-04-15*.

- Socialstyrelsen, Boverket (2004). *Varför kan inte behovet av särskilda boendeformer tillgodoses?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *Öppna jämförelser 2014 – Vård och omsorg om äldre – Jämförelser mellan kommuner och län*. Stockholm: Socialstyrelsen och SKL.
- Socialutskottet (1998). *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (1997/98:SoU24)*. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Solding, L., Isaksson, O. (2013). *Inspirationskatalog – Trygghetsboende för äldre*. (Vinnova information VI2013:03) Malmö: Malmö Högskola & VINNOVA.
- Statens folkhälsoinstitut (2009). *Det är aldrig för sent! Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2013). *Hur kan kommuner och landsting arbeta för att främja hälsan hos personer över 60 år? Slutrapport för regeringsuppdraget att utarbeta en vägledning för att främja ett aktivt och hälsosamt åldrande samt starta försöksverksamheter med hälsocoacher (VERK 2010/140)*.
- Steen Carlsson, K., Berne, C., Johansen, P., Lanne, G., Gerdtham, U.-G. (2013). *Behandling av diabetes i ett hundraårigt perspektiv*. Stockholm: SNS.
- Stockholms stad (2014). *Boendetider vård- och omsorgsboenden i Stockholms stad*. Stockholm: Stockholms stads äldreförvaltning.
- Svensson, M., Vredin Johansson, M. (2010). Willingness to pay for private and public road safety in stated preference studies: Why the difference? *Accident Analysis and Prevention*, nr. 42, s. 1205–1212.
- Sveriges radio (2015). *Flerspråkighet inom äldreomsorgen* i Radio Sweden. 25 mars 2015. <http://t.sr.se/1y4lnis> (Besökt: 2015-10-16)
- Szebehely, M., Ulmanen, P. (2012). *Åtstramningens pris. Hur påverkas de medelålders barnen av äldreomsorgens minskning?* Stockholm: Kommunal.
- Szebehely, M. (2014). Jämlikhet och individanpassning – ett realistiskt ideal för den svenska äldreomsorgen? *Socialvetenskaplig tidskrift*, 3–4 s.393–398.
- Szebehely, M., Ulmanen, P., Sand, A.-B. (2014). *Att ge omsorg mitt i livet: hur påverkar det arbete och försörjning?* (Arbetsrapport vid Institutionen för socialt arbete 2014:1). Stockholm: Stockholms universitet.
- Söderberg, M. (2014). *Hänsynstagandets paradoxer. Om äldre, närstående och biståndshandläggare vid flytt till särskilt boende* (Dissertations in Social Work 46). Lund: Lunds universitet.

- TLV – Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2003). *Läkemedelsförmånsnämndens allmänna råd om ekonomiska utvärderingar* (LFNAR 2003:2).
- Trydegård, G.-B. (2000). *Tradition, change and variation. Past and present trends in public old-age care* (Stockholm Studies of Social Work). Stockholm: Stockholms universitet.
- Trydegård, G.-B., Thorslund, M. (2010). One Uniform Welfare State or a Multitude of Welfare Municipalities? The Evolution of Local Variation in Swedish Elder Care. *Social Policy & Administration*, vol. 44, nr. 4, s. 495–511.
- Utredningen om bostäder för äldre (2015). *Bostäder att bo kvar i - Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer* (SOU 2015:85). Stockholm: Näringsdepartementet.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013). *Produktivitetsskillnader i äldreomsorgen. Variationer, förklaringsfaktorer och utvecklingsbehov.* (2013:10) Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014). *VIP i vården – Om utmaningar i vården för personer med kronisk sjukdom.* Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Westlund, P. (2008). ”Om orsaker och motiv för att flytta till särskilt boende” i Socialdepartementet *Bo bra hela livet* (SOU 2008:113), s. 69–112. Stockholm: Socialdepartementet.
- Wimo, A., Jönsson, L., Fratiglioni, L., Sandman, P. O., Gustavsson, A., Sköldunger, A. (2014). *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012.*
- Wiser, R.H. (2007). Using contingent valuation to explore willingness to pay for renewable energy: A comparison of collective and voluntary payment vehicles. *Ecological Economics*, vol. 62, s. 419-432.
- Äldrecentrum (2015). *Lägesrapport över projektet SNAC-Kungsholmen per den 15 mars 2015.* Stockholm: Äldrecentrum.



BILAGA 1 – INTERVJUSTUDIEN

Kommunerna som deltog i studien

Tabell I. 29 kommuner deltog i intervjustudien.

Kommuner som deltog i Vårdanalys intervjustudie			
Askersund	Bengtsfors	Dorotea	Emmaboda
Gnesta	Gällivare	Gävle	Hallstahammar
Hässleholm	Karlstad	Krokom	Kävlinge
Köping	Nykvarn	Olofström	Oskarshamn
Skövde	Stockholms stad	Kungsholmen (stadsdel i Stockholm)	Tidaholm
Tingsryd	Täby	Ulricehamn	Uppsala
Vansbro	Vilhelmina	Ödeshög	Örnsköldsvik
Österåker			

Intervjuguide

1 Den första frågan handlar om hur äldreomsorgen är organiserad och strukturerad i kommunen.

Vi ser i Socialstyrelsens jämförelse att i er kommun har: _____ % av de äldre hemtjänst och _____ % bor i särskilt boende. Man ser också _____ % av regin för hemtjänst samt _____ % av regin för särskilt boende sker i kommunal regi.

Skulle du vilja ge din bild av drivkrafterna och motiven till denna nuvarande struktur?

- a. Vilka är motiven bakom dagens struktur för äldreomsorgen?
- b. Har strukturen "alltid" sett ut så här eller när har förändringar skett?
- c. Vem drev frågan om förändring (politiker/tjänstemän)?
- d. Skiljer sig synen åt mellan politiker och tjänstemän?
- e. Hur upplever du dialogen mellan politiker och tjänstemän? Förslag?
- f. Finns det riktlinjer när en brukare erbjuds särskilt boende istället för hemtjänst?
- g. Hur upplever du fördelningen av ansvar mellan kommunen och landstinget dels för hemsjukvård och dels för rehabilitering?

2 Den andra frågan handlar om jämförelser med Sverige i stort och utbyte av erfarenheter med andra kommuner.

Socialstyrelsen publicerar regelbundet t.ex. "Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre".

- a. Upplever du att den strategi för äldreomsorg som kommunen valt skiljer sig i jämförelse med andra kommuner? Exempel? Orsaker?
- b. Deltar er kommun i nätverk/forum (formella eller informella) för att diskutera och utbyta erfarenheter kring äldreomsorg med andra kommuner?
- c. Upplever ni att det finns en nationell agenda för äldreomsorgen? Påverkas ni av den lokalt? Exempel?

3 Tredje frågan handlar om framtida förändringar av strukturen.

- a. Finns det i din kommun behov av förändringar av nuvarande struktur? Vilka?
- b. Varför? Vilka är motiven och drivkrafterna bakom det enligt din åsikt?
- c. Har man i kommunen gjort utredningar kring framtida behov i kommunen? Kan vi få ta del av det?
- d. Vem har varit drivande bakom tankarna på förändring (tjänstemän/politiker)?
- e. Skiljer sig synen åt mellan tjänstemän och politiker? Hur?
- f. Inför eventuella framtida förändring upplever du att det i dag finns stöd t.ex. från nationell nivå som kan användas (riktlinjer, kunskapsunderlag)? Exempel?

Finns det annan hjälp från t.ex. nationell nivå som du skulle önska?

- Dels förändring avseende organisation/personal
- Dels förändring avseende brukare (t.ex. e-hemtjänst: nattkamera eller duschrobot)

4 Hur arbetar er kommun kring de äldres önskemål kring vilken form av äldreomsorg de önskar?

- a. Hur uppfattar du/ni de äldres önskemål kring äldreomsorg? Vad är viktigast för de äldre såsom de kan uppfattas till följd av t.ex. brukarsamtal, biståndsbedömning, enkäter, media etcetera? Önskemål kan på
 - detaljerad nivå avse t.ex. trygghet i form av dagliga besök, nattbesök, nattkamera, medicinsk hjälp, hjälp med hygien, promenader, sällskap, måltidshjälp
 - övergripande nivå avse: hemtjänst, särskilt boende, trygghetsboende.
- b. Hur arbetar kommunen i dag med att tillmötesgå de äldres önskemål?
- c. Hur tycker du att kommunen bör arbeta för att tillmötesgå de äldres önskemål?
- d. Hur går din kommun tillväga för att undersöka de äldres/brukarnas önskemål kring äldreomsorg?
 - på individnivå (t.ex. via biståndshandläggare)? Exempel?
 - på gruppnivå (kommunstudier/enkäter, diskussion med PRO/SPF). Exempel?

BILAGA 2 – BEFOLKNINGSMODELLEN

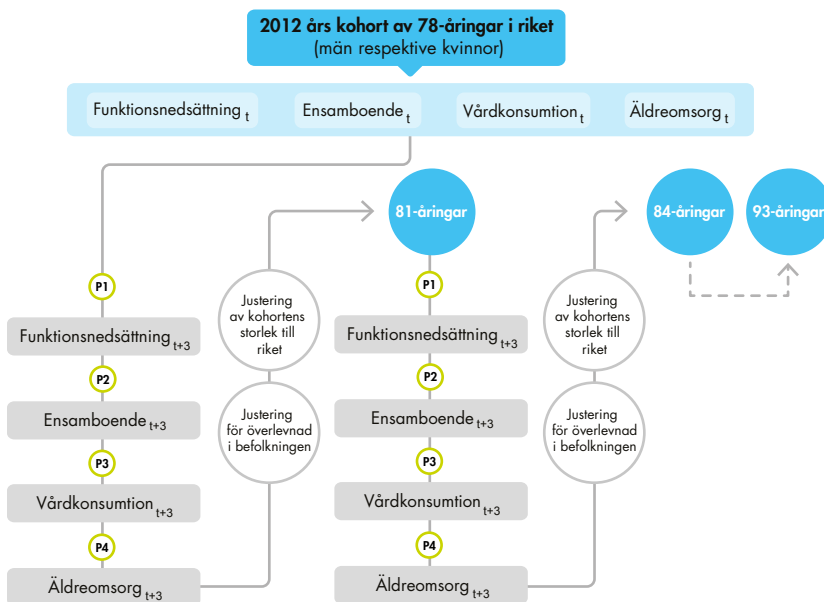
Multipel regressionsanalys som underlag för befolkningsmodellen

Befolkningsmodellen bygger upp en ”syntetisk” befolkningskohort genom successiva, ordinala multipla regressionsanalyser baserade på data från SNAC-K, befolkningsstudien, baslinjeundersökningen 2001–2003 samt återundersökningen 2004 – 2006.

Utgångspunkten i modellen är en *initialbefolkning* av män respektive kvinnor 78 år med ett totalantal uppräknat till överensstämmelse med riket (SCB 2015a, Socialstyrelsen 2013a). Initialbefolkningen beskrivs med avseende på fördelningen på grad av funktionsnedsättning (ingen, liten, svår), ensam/samboende, hälso- och sjukvårdskonsumtion (stor eller liten) samt insats/boendeform (ordinärt boende, ingen resp. liten och stor insats; ”mellanboende”; vård- och omsorgsboende), sammanlagt 60 ”celler”. Fördelningen på celler i initialbefolkningen är hämtad från SNAC-K, baslinjeundersökningen.

Sammansättningen av initialbefolkningen uppdateras successivt i treårssteg genom omräkning baserat på *övergångssannolikheter*, som skattas med multipla, ordinala regressionsanalyser med kön, åldersgrupp, grad av funktionsnedsättning, ensam/samboende, hälso- och sjukvårdskonsumtion och insats/boendeform som oberoende variabler (se figur I). Skattningarna är baserade på SNAC-K, återundersökningen.

Figur I. Befolkningsmodellen bygger succesivt upp en befolkningskohort fördelade på olika behovsgrupper.



Uppdateringen inleds med skattning av sannolikheten för död per "cell". Denna kalibreras till att överensstämma med riket genom att totalantalet personer justeras med avseende på dödlighet, så att denna överensstämmer med dödligheten i befolkningen enligt SCB (2015b). Denna kalibrering görs genom justering av interceptet. Alla "celler" påverkas då proportionellt. Vidare sker en justering med avseende på kohortstorlek - likaledes för överensstämmelse med riksbefolkningen. Även detta påverkar alla "celler" proportionellt.

Därefter skattas övergång med avseende på grad av funktionsnedsättning per initial "cell" (P1 i figur I – steg 1). Härvid ersätts graden av funktionsnedsättning av den uppdaterade variabeln. Nästa steg är skattning av övergång av ensamboende-status per "cell" (P2 i figur I – steg 2). I det följande steget skattas övergången med avseende på hälso- och sjukvårdskonsumtion (P3 i figur I – steg 3). Härvid ersätts både graden av funktionsnedsättning och ensamboende med de uppdaterade variablerna. I ett sista steg sker en övergång med avseende på insats/boendeform i äldreomsorgen med uppdaterade värden för grad av funktionsnedsättning, ensamboende och hälso- och sjukvårdskonsumtion samt initial insats/boendeform i äldreomsorgen som oberoende variabler.

Skattade regressionskoefficienter för respektive steg framgår av tabell II. Alla variabler är definierade som (0,1)-"dummies". Koefficienterna avser logaritmen för sannolikheten i förhållandet till "default"-värdet: Man, ålder 78 år, ingen funktionsnedsättning, ensamboende, liten hälso- och sjukvårdskonsumtion, ordinärt boende utan insats. För skattningen av grad av funktionsnedsättning erhålls två intercept svarande mot graderna "liten" och "svår", för insats/boendeform i äldreomsorgen fyra intercept svarande mot ordinarie boende, liten respektive stor insats, samt mellanboende och vård- och omsorgsboende. För de övriga två skattningarna är utfallet binärt, det vill säga det blir bara ett intercept. Vid beräkningen för kvinnor används regressionskoefficienten för kön.

Genom detta förfarande erhålls en befolkning av 81-åringar, män resp. kvinnor, med uppdelning på 60 "celler".

Precis samma förfarande tillämpas sedan på 81-åringarna för att skapa en "syntetisk" befolkning av 84-åringar, män och kvinnor. Enda skillnaden är användandet av regressionskoefficienten för ålder 81 år. Därefter skapas på samma sätt en befolkning av 84-åringar och så vidare. Slutligen erhålls en befolkning av 93-åringar fördelad på de 60 "cellerna".

Med detta förfarande skapas en syntetisk befolkningskohort av 78, 81, ... , 93-åringar, män och kvinnor. Sammansättningen av denna befolkning med avseende på fördelningen på "celler" kan sedan styras genom justering av intercepten. Poängen är då att alla relativa förhållanden bevaras – endast nivåerna påverkas.

Tabell II. Regressionskoefficienter för skapandet av befolkningsmodellen.

	Död	Steg 1	Steg 2	Steg 3	Steg 4
Intercept 0	- 3,336	- 4,2031	- 1,9746	- 1,5255	- 6,6778
Intercept 1		- 1,9414			- 5,7283
Intercept 2					- 4,6287
Intercept 3					- 2,8811
Kön	- 0,761	0,0804	- 1,9748	- 0,1145	0,1562
Åldersgrupp 81 år	0,2399	0,6113	- 0,7496	- 0,2900	0,1192
Åldersgrupp 84 år	0,4891	0,7818	- 0,7409	- 0,7701	0,3017
Åldersgrupp 87 år	1,0375	1,1432	- 0,5963	- 0,7853	0,1487
Åldersgrupp 90 år	1,1618	1,6997	- 0,9604	- 0,9201	0,3538
Lätt funktionsnedsättning	0,7113	2,3065	- 0,1863	0,6059	2,8537
Svår funktionsnedsättning	1,4296	3,5088	- 1,1441	1,1169	4,9599
Samboende	- 0,5074	0,1855	5,1667	- 0,1589	- 1,2108
Stor vårdkonsumtion	1,2998	0,4915	- 0,5957	1,0897	- 0,0716
Hemtjänst, liten insats	0,7747	0,4003	0,1027	0,3698	1,1364
Hemtjänst, stor insats	0,7478	1,2461	0,8472	0,4200	1,3127
Mellanboende	1,2555	0,9434	- 10,4801	0,4395	1,4317
Vård- och omsorgsboende	2,0722	15,9091	- 12,279	- 1,7941	17,0475

Enhetskostnader

Kostnaderna för hemtjänst och vård- och omsorgsboende har skattats med hjälp av en så kallad ”top-down”-ansats. Vi har utgått från rikets totala kostnader för äldreomsorgen år 2012 (Socialstyrelsen 2014b) samt ett antagande om totalt producerat antal hemtjänsttimmar och platser på särskilt boende i riket (Socialstyrelsen 2013b). Årskostnaden per veckotimme hemtjänst är satt till 35 000 kr i ordinärt boende och 40 950 kr i mellanboende. Kostnaden för hemtjänst i mellanboende har justerats proportionellt efter skillnader i driftskostnad mellan omsorgsalternativen hemtjänst i ordinärt boende respektive hemtjänst på servicehus på Kungsholmen, Stockholm Stad. Årskostnaden för en plats i vård- och omsorgsboende (heldygnsoomsorg) har angetts till 690 000 kr.

Jämfört med SKLs sammanställningar enligt ”Kostnad per brukare” (KPB) är enhetskostnaderna i vår modellskattning högre för både hemtjänst och vård- och omsorgsboende (SKL 2013b). Skillnaden mellan KBP och våra skattade enhetskostnader förklaras av att vi fördelat de totala kostnaderna för hela äldreomsorgen år 2012 på hemtjänst respektive vård- och omsorgsboende, det vill säga även kostnader för till exempel dagverksamhet, nattpatrull och trygghetslarm. Genomsnittlig kostnad per beviljad hemtjänsttimme år 2012 skattas till 435 kr per timme (med ett lägsta värde på 307 kr och ett högsta

värde på 627 kr per timme) enligt SKL (2013b). Med vår ansats är kostnaden per hemtjänsttimme 673 kronor. SKL (2013b) har beräknat kostnaden för en plats i särskilt boende till i genomsnitt 621 000 kronor per år (520 000 kr – 704 000 kr).

Den informella omsorgen från närstående har prissatts till en schablonmässig kostnad per timme (150 kr per timme). För att värdera alternativkostnaden för närståendes insatser har vi utgått från ”nettokostnadsprincipen”. Det innebär att vi beräknar värdet med hjälp av en genomsnittlig månadslön efter skatt. Enligt SCBs statistikdatabas var genomsnittlig månadslön år 2013 (alla yrken) 30 600 kr (omräknat till heltidstjänst). För att beräkna kostnaden per timme antogs 229 arbetsdagar per år och 8 timmars arbete per dag. Skatten antogs motsvara 32 procent.

Kostnaderna för hälso- och sjukvården har beräknats med utgångspunkt i antalet vårddagar, läkarbesök och övriga besök samt nettokostnaden (exklusive läkemedel) för slutenvård och primärvård år 2012 (Socialstyrelsen 2015e). Vårdkostnaden motsvarar de sammanlagda nettokostnaderna för somatisk och psykiatrisk vård fördelat på totala antalet vårddygn år 2012. Kostnaden per vårddygn beräknas då till 9 394 kr. Kostnaden per läkarbesök antas till 2 335 kr (specialist- och allmänläkarbesöks sammanvägda) och övriga besök till 475 kr och motsvarar SKLs (2012b) skattade produktionskostnader per vårdkontakt. Även hälso- och sjukvårdskostnaderna kalibreras slutligen till att överensstämma med hälso- och sjukvårdens totala kostnader år 2012.

Alla kostnader är beräknade i 2012 års penningvärde, det vill säga i reala termer. Detta innebär att kostnadsökningen mellan 2012 och 2025 inte tar hänsyn till tillväxten i BNP och dess påverkan på kommunernas och landstingens skatteunderlag.

BILAGA 3 – LEVNADSBANEMODELLEN

I levnadsbanemodellen används multinomial multipel regressionsanalys i stället för ordinal. Detta innebär att man i stället för ett intercept per utfallsalternativ, men samma regressionskoefficienter, har en uppsättning av både intercept och regressionskoefficienter för varje utfallsalternativ. För övrigt sker uppdateringen per tidssteg på ett likartat sätt som i befolkningsmodellen, men med den skillnaden att variablerna sammanboende och hälso- och sjukvårdskonsumtion utgår, vilket gör att antalet "celler" reduceras till 15.

På samma sätt som i befolkningsmodellen (se bilaga 2) utgår vi från 78-åringarna med uppdelning på kön. Skillnaden är den att den ursprungliga fördelningen på celler bibehålls som utgångspunkt. Vid regressionsskattningen av insats/boendeform i äldreomsorgen utnyttjas både den tidigare och den uppdaterade graden av funktionsnedsättning (Funk0 resp. Funk3 i tabell III).

Den treåriga uppdateringen resulterar då i en 15 x 15-matris, som för varje 78-åring-"cell", det vill säga kombination av grad av funktionsnedsättning och insats/boendeform, visar fördelningen på celler som 81-åring. Förfarandet kan sedan fortsätta på samma sätt som ovan. Genom stegvis multiplikation av övergångsmatriserna erhålls matriser, som för varje 78-åring-"cell" visar fördelningen på "celler" som 81-åring, 84-åring, ... , 93-åring. Man kan på så sätt också se hur den initiala fördelningen på "celler" förändras över tiden efter 3, 6, 9, 12 och 15 år. Det är även möjligt att avläsa förändringen med utgångspunkt från 81-åringarna efter 3, 6, 9 eller 12 år eller 84-åringarna efter 3,6 eller 9 år och så vidare. Förfarandet bygger på ett Markov-antagande, det vill säga att övergångarna från en tid till nästa är oberoende.

På liknande sätt som i befolkningsmodellen kan vi med kontrollvariabler styra ohälsoutveckling och fördelningen på insats/boendeform i äldreomsorgen och därigenom avläsa hur levnadsbanorna påverkas av dessa förändringar. Detta sker genom successiv iteration till dess att konvergens erhållits, eftersom inställningen av en variabel i detta fall även påverkar tidigare inställningar. De skattade regressionskoefficienterna som använts framgår av tabell III. Alla variabler är (0,1)-"dummies" och default är som förut: Man, 78 år, ingen funktionsnedsättning och ingen insats av äldreomsorg. Beräkningen av "död" görs med binär logistisk regressionsanalys. I detta fall blir det alltså endast en uppsättning regressionskoefficienter.

Tabell III. Regressionskoefficienter för skapandet av levnadsbanomodellen.

Utfall död			
	Intercept		- 3,0877
Kön	konb		- 0,6731
Åldersgrupp 81 år	old81		0,0187
Åldersgrupp 84 år	old84		0,3607
Åldersgrupp 87 år	old87		1,0841
Åldersgrupp 90 år	old90		1,2559
Lätt funktionsnedsättning; före	funk0_1		0,8071
Svår funktionsnedsättning; före	funk0_2		1,422
Lätt funktionsnedsättning; efter	funk3_1		
Svår funktionsnedsättning; efter	funk3_2		
Hemtjänst, liten insats	insats0_1		0,9483
Hemtjänst, stor insats	insats0_2		1,1772
Mellanboende	insats0_3		1,6884
Vård- och omsorgsboende	insats0_4		2,1376
Steg 1 – funktionsnedsättning			
	Intercept	3,2946	1,1147
Kön	konb	0,0356	- 0,0431
Åldersgrupp 81 år	old81	- 0,5756	0,0561
Åldersgrupp 84 år	old84	- 0,5959	0,3887
Åldersgrupp 87 år	old87	- 1,3775	0,1861
Åldersgrupp 90 år	old90	- 2,416	- 0,4465
Lätt funktionsnedsättning; före	funk0_1	- 2,9489	- 0,5727
Svår funktionsnedsättning; före	funk0_2	- 13,1114	- 1,7121
Lätt funktionsnedsättning; efter	funk3_1	- 1,2774	0,1949
Svår funktionsnedsättning; efter	funk3_2	- 11,5588	- 0,8054
Hemtjänst, liten insats	insats0_1	- 9,0346	- 0,9921
Hemtjänst, stor insats	insats0_2	- 9,9774	- 11,9022
Mellanboende	insats0_3	0,0356	- 0,0431
Vård- och omsorgsboende	insats0_4	- 0,5756	0,0561

Bilagor

Steg 2 – Insats/boendeform i äldreomsorgen

	Intercept	14,4295	11,0611	7,9654	- 5,7576
Kön	konb	- 0,5524	- 0,2955	0,4804	0,1705
Åldersgrupp 81 år	old81	0,2004	0,1655	0,0702	0,4065
Åldersgrupp 84 år	old84	0,087	0,3852	0,6541	0,8189
Åldersgrupp 87 år	old87	- 0,1751	- 0,2502	0,3343	0,8981
Åldersgrupp 90 år	old90	- 0,0439	0,3425	0,1399	1,0132
Lätt funktionsnedsättning; före	funk0_1	- 0,4794	- 0,0736	0,1943	0,7121
Svår funktionsnedsättning; före	funk0_2	- 1,8789	- 1,758	- 0,5748	0,6454
Lätt funktionsnedsättning; efter	funk3_1	- 10,2876	- 7,8673	- 7,0805	5,253
Svår funktionsnedsättning; efter	funk3_2	- 14,2343	- 11,7687	- 9,0837	2,8397
Hemtjänst, liten insats	insats0_1	- 3,0348	0,2161	- 0,838	0,00848
Hemtjänst, stor insats	insats0_2	- 2,8908	- 2,6774	0,6425	0,0777
Mellanboende	insats0_3	- 9,0461	- 8,9255	- 8,1202	2,6184
Vård- och omsorgsboende	insats0_4	- 9,4218	- 9,2415	- 11,2927	- 9,7316

BILAGA 4 – ENKÄTSTUDIEN

Värderingen av äldreomsorgsalternativen skedde i två steg

De respondenter som angav att de skulle vara villiga att betala en extra skatt för att få tillgång till sitt föredragna äldreomsorgsalternativ fick först ta ställning till om de skulle vara villiga att betala 10 olika belopp som presenterades ett i taget. Detta moment, som kallas kortsortering, användes för att minska risken för att de svarande skulle ange en orealistiskt hög värdering eller värdera omsorgsalternativet till 0 kr.

Beloppsordningen var densamma för alla respondenter och angavs dels per månad och dels per år, med årsbelopp inom parentes: 600 kr (7 200 kr), 30 kr (360 kr), 900 kr (10 800 kr), 5 kr (60 kr), 400 kr (4 800 kr), 1 kr (12 kr), 10 kr (120 kr), 40 kr (480 kr), 90 kr (1 080 kr), 1 300 kronor (15 600 kr). Värdet angavs på två sätt eftersom månadsbeloppet är lättast att sätta i relation till den egna budgeten medan årskostnaden gör det lättare för respondenten att beräkna de totala kostnaderna fram till 65 års ålder.

När respondenten hade tagit ställning till samtliga belopp i "kortsorteringen" presenterades det högsta belopp hen var villig att betala respektive det lägsta belopp hen inte var villig att betala. Därefter ställdes en öppen fråga om vilket som var det högsta belopp respondenten skulle kunna tänka sig att betala för att få tillgång till det valda omsorgsalternativet. Svaret på denna fråga tolkades som respondentens värdering av omsorgsalternativet. När respondenten angett sin betalningsvilja fick hen även ange hur säker hen var på att hen skulle vilja betala beloppet på en skala mellan 1 och 10 där 1 motsvarade "Inte alls säker" och 10 motsvarade "Mycket säker".

Ytterligare säkerhetsanalyser av respondenternas värdering av omsorgen

Huvudanalysen i tabell IV beräknar den genomsnittliga värderingen av varje äldreomsorgsalternativ utifrån alla som besvarat frågorna om betalningsvilja. Det betyder att resultatet innefattar en betydande andel personer som inte var villig att betala en extra skatt, antingen för att de inte tycker att alternativet är värt något, för att de inte ser någon skillnad mellan omsorgsalternativen eller för att de föredrog det andra omsorgsalternativet.

Utgångspunkten för analysen är att personer som föredrar ett visst omsorgsalternativ, till exempel plats på mellanboende, inte skulle kunna tänka sig att betala en extra skatt för det andra alternativet, det vill säga hemtjänst. Detta gäller oavsett om respondenten angav ett positivt värde för mellanboendet eller inte. Det finns två skäl för detta antagande. A)

Tabell IV. Den stora standardavvikelsen beror bland annat på det stora antalet respondenter som valde ett annat omsorgsalternativ och fick värderingen 0 kr.

Omsorgsalternativ	Värdering, kr	Standard- avvikelse, kr	Antal svarande
Lätt funktionsnedsättning			
Hemtjänst	135	386	n=337
Mellanboende	211	295	n=331
Svår funktionsnedsättning			
Hemtjänst	140	1 150	n=336
Vård- och omsorgsboende	346	1 215	n=299

respondenten har angivit att hen föredrar det andra alternativet och B) frågan formulerades som att kommunen tillhandahåller det icke-valda alternativet som standard, medan det föredragna alternativet kan erhållas mot en extrabetalning.

Standardavvikelsen i huvudanalysen är, som framgår av tabell IV, ganska stor, vilken beror på det stora antalet respondenter som valde ett annat omsorgsalternativ och därför fick värderingen 0 kr.

Förutom huvudanalysen genomförde vi flera ytterligare analyser av säkerheten i våra resultat (se tabell V). Den första, som vi kallar *säkerhetsanalysen*, undersöker vad som händer med värderingarna om respondenter som inte är helt säkra på sitt belopp (motsvarande grad 1-6 på en tio-gradig skala) hanteras som att de inte skulle betala i praktiken. Alltså inkluderas endast en positiv betalningsviljan för de individer som angett säkerhet 7 eller högre på en tiogradig skala, medan de mindre säkra respondenternas betalningsvilja sätts till noll. Som väntat sänker detta betalningsviljan.

Känslighetsanalysen utgår i stället enbart från värderingen från dem som valt det aktuella omsorgsalternativet. Dessutom inkluderas värderingen på 0 kronor från de så kallade "protesterarna", som annars uteslutits ur analysen. Protesterarna är respondenter som inte accepterar det hypotetiska upplägget i studien och till exempel svarat att de inte vill betala mer i skatt eller att de inte har tillräckligt mycket information för att besvara frågan. Personer som angav en betalningsvilja som översteg hushållets månadsinkomst exkluderas också, eftersom de bedömdes som orealistiska.

Regressionsanalys av respondenternas värdering av omsorgen

Regressionsanalysen undersöker i vilken utsträckning det tycks finnas samband mellan de svarandes personliga egenskaper, såsom utbildning eller

Tabell V. Genomsnittlig värdering (i kronor per månad) av omsorg i form av hemtjänst respektive mellanboende/vård- och omsorgsboende vid olika nivåer av funktionsnedsättning.

Omsorgsalternativ	Värdering			
	Genomsnittlig värdering (huvudanalys)	Säkerhet ≥ 7	Värdering bland dem som föredrar alternativet	Känslighetsanalys (inklusive protesterare)
Lätt funktionsnedsättning				
Hemtjänst	135 kr n=337	105 kr n=337	384 kr n=119	319 kr n=143
Mellanboende	211 kr n=331	163 kr n=331	469 kr n=149	388 kr n=180
Svår funktionsnedsättning				
Hemtjänst	140 kr n=336	124 kr n=336	747 kr n=63	581 kr n=81
Vård- och omsorgsboende	346 kr n=299	230 kr n=299	557 kr n=186	441 kr n=235

n är antalet svarande

hälsa, och deras värdering av äldreomsorgsalternativen. Analysen i tabell VI baseras på svar från 329 personer. Varje respondent kan bidra med upp till fyra observationer: två explicita svar om värdet på det omsorgsalternativ de föredrar vid en lätt respektive svår funktionsnedsättning samt två implicita svar om värdet av det icke valda omsorgsalternativet vid respektive nivå av funktionsnedsättning. Eftersom inte alla respondenter svarade på hela enkäten genererar svaren från de 329 respondenterna 1160 observationer.

Fem faktorer har en signifikant påverkan på värderingen enligt analysen i tabell VI: respondenternas utbildning (personer utan nedsatt funktionsförmåga (personer som svarade nej värderade sitt omsorgsalternativ en gymnasieutbildning värderade sitt föredragna omsorgsalternativ lägre), hushållets inkomst (inkomstelasticiteten var 0,35), om de trodde att de skulle kunna bo kvar i sin nuvarande bostad med en funktionsnedsättning (personer som inte trodde det värderade sitt omsorgsalternativ högre), planer på att flytta som äldre (personer utan planer på att flytta värderade sitt omsorgsalternativ högre) samt vilken omsorgsform som värderades. Den sistnämnda variabeln hade störst koefficienter.

Att personer med en högre inkomst samt personer som tror att de inte kommer kunna bo kvar i sin nuvarande bostad eller inte har planer att flytta värderade sitt föredragna alternativ högre ligger i linje med vad som kan förväntas. Ju lättare en person har råd att betala en extra skatt samt ju mer beroende hen är av att få hjälp att flytta till ett kommunalt boende, desto högre borde hen värdera möjligheten att få tillgång till ett visst omsorgsalternativ.

När det gäller skillnader i värderingen av olika omsorgsalternativ värderade respondenterna i genomsnitt hemtjänst i sitt eget boende 81 procent lägre vid en svår funktionsnedsättning än vid en lätt funktionsnedsättning. Värdet av att kunna bo kvar hemma tycks alltså vara kopplat till graden av funktionsnedsättning, åtminstone bland respondenterna i studien. På motsvarande sätt var den genomsnittliga värderingen av en plats på ett mellanboende väsentligt högre (72 procent högre) än värderingen av hemtjänst i det egna hemmet vid en lätt funktionsnedsättning och nästan fördubblad för en plats på vård- och omsorgsboende vid en svår funktionsnedsättning (168 procent högre).

Tabell VI. Regressionen av betalningsviljan baseras på svar från 329 personer och totalt 1160 observationer.

	Variabel	Koefficient	P-värde
Demografi	Ålder	0,010	0,648
	Kvinna	0,013	0,923
Utbildning Referens: gymnasium	Grundskola/folkskola	-0,783	0,005
	Universitet	-0,124	0,388
Inkomst	Hushållets inkomst per konsumtionsenhet (logaritmen)	0,352	0,014
Personer i hushållet	Enpersonshushåll	-0,104	0,624
Ort Referens: stad	Tätort	0,028	0,880
	Landsbygd	-0,146	0,453
	Annat	0,187	0,540
Boende Referens: hus	Lägenhet	0,172	0,301
	Radhus	-0,039	0,870
Nuvarande hälsa Referens: ganska god	Mycket god	0,080	0,605
	Någorlunda	-0,334	0,103
	Ganska/mycket dålig eller föredrar att inte svara	-0,247	0,411
Oro för att inte kunna klara sig själv som äldre Referens: Inte alls orolig	Lite orolig	-0,141	0,360
	Ganska orolig	-0,040	0,848
	Orolig	-0,229	0,416
	Mycket orolig	0,469	0,168
Tror sig kunna bo kvar i nuvarande bostad vid framtida funktionsnedsättning Referens: ja	Nej	0,402	0,010
	Vet ej	0,311	0,130
Planer på att flytta som äldre Referens: ja	Nej	0,389	0,031
	Har inte funderat på det	0,074	0,642
Uppskattad sannolikhet att behöva äldreomsorg jämfört med genomsnitt Referens: lägre än genomsnitt	Samma som genomsnitt	0,271	0,104
	Högre än genomsnitt	0,527	0,064
	Kan inte ta ställning	-0,298	0,294
Erfarenhet av omsorg Referens: ingen erfarenhet	Arbetslivserfarenhet	-0,046	0,848
	Privat erfarenhet	0,094	0,503
	Omsorg mellanboende, lätt funktionsnedsättning	0,720	0,017
Värderad omsorgsform Referens: hemtjänst, lätt funktionsnedsättning	Omsorg hemtjänst, svår funktionsnedsättning	-0,815	<0,001
	Omsorg vård- och omsorgsboende, svår funktionsnedsättning	1,683	<0,001
Konstant		-2,694	0,138
Förklaringsgrad (R2)		0,1233	

Den boendeform som respondenten inte väljer värderas automatiskt till noll kronor.

BILAGA 5 – ANTALET PERSONER I RESPEKTIVE OMSORGSFORM ÅR 2012 OCH 2025

Tabell VII. Ungefärligt antal personer, 65 år eller äldre, med olika former av funktionsnedsättning och äldreomsorg år 2012.

	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt	Andel
Ingen insats	1 302 000	244 500	41 200	1 587 700	86,1 %
Hemtjänst, liten insats	15 100	50 400	28 700	94 200	5,1 %
Hemtjänst, stor insats	3 500	21 400	42 000	66 900	3,6 %
Mellanboende	200	1 700	4 100	6 000	0,3 %
Vård- och omsorgsboende	1 200	8 600	80 500	90 300	4,9 %
Samtliga	1 322 000	326 600	196 500	1 845 100	100 %
Andel	71,6 %	17,7 %	10,7 %	100 %	

Tabell VIII. Uppskattat antal personer, 65 år eller äldre, med olika former av äldreomsorg år 2025 (scenario I, oförändrad funktionsnivå).

	Totalt	Andel
Ingen insats	1 826 400	84,0 %
Hemtjänst, liten insats	124 500	5,7 %
Hemtjänst, stor insats	90 400	4,2 %
Mellanboende	8 100	0,4 %
Vård- och omsorgsboende	124 700	5,7 %
Samtliga	2 174 100	100 %

Tabell IX. Uppskattat antal personer, 65 år eller äldre, med olika former av äldreomsorg år 2025 (scenario I, förbättrad funktionsnivå).

	Totalt	Andel
Ingen insats	1 877 300	86,3 %
Hemtjänst, liten insats	105 200	4,8 %
Hemtjänst, stor insats	75 500	3,5 %
Mellanboende	6 700	0,3 %
Vård- och omsorgsboende	109 300	5,0 %
Samtliga	2 174 100	100 %

Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?

Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg

Den ökande andelen äldre ställer krav på kommunerna att redan nu börja planera morgondagens äldreomsorg. Vårdanalys har därför tagit fram ett kunskapsunderlag som analyserar konsekvenserna av olika sätt att utforma äldreomsorgen år 2025. Vi fokuserar på önskemålen från morgondagens äldre, effekten på de äldres funktionsförmåga samt kostnaden för äldreomsorg, hälso- och sjukvård och närståendes informella omsorg. Analysen visar på vikten av en planering som både utgår från de äldres behov och ett brett samhällsekonomiskt perspektiv.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

