

PM 2016:6

Äldreomsorgen år 2025

En modellanalys av olika strukturalternativ

 **vårdanalys**



Vårdanalys PM-serie

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Vårdanalys analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Promemorior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens PM-serie.

De underlag som ingår i PM-serien anses vara av relevans för kunskapsbildningen på respektive ämnesområde. De kan exempelvis vara intressanta för en vidare läsarkrets men inte rymmas inom ramen för planerade eller utgivna rapporter. De kan vara mer tekniskt orienterade texter eller bidra med en fördjupning i ett ämne.

Syftet med varje promemoria framgår av respektive förord. I de fall myndigheten har anlitat externa författare står författarna själva för innehållet.

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från www.vardanalys.se. Där kan även Vårdanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2016
ISBN: 978-91-87213-63-2
www.vardanalys.se

Äldreomsorgen år 2025

En modellanalys av olika strukturalternativ

Underlagsrapport till Myndigheten för
vård- och omsorgsanalys

Förord

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har tagit fram ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg. Underlaget beskriver konsekvenserna av olika sätt att utforma äldreomsorgen utifrån ett brukar- och medborgarperspektiv. Resultaten presenteras i rapporten *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?* (2015:8). Rapporten visar på vikten av en planering som utgår både från de äldres behov och från ett brett samhällsekonomiskt perspektiv.

Som en del i detta arbete vände sig Vårdanalys till docent *Mårten Lagergren* vid Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum för att utveckla modeller med syftet att analysera konsekvenserna av alternativa strukturer för morgondagens äldreomsorg. Den här promemorian är hans redovisning av arbetet och är ett underlag till Vårdanalys huvudrapport (Rapport 2015:8). Delar av det redovisas i huvudrapporten, men den här promemorian redovisar underlaget i sin helhet. Författaren ansvarar själv för innehållet i denna promemoria.

Stockholm november 2016
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Innehåll

1 Inledning	4
1.1 Syftet är att studera konsekvenserna av alternativa strukturer för äldreomsorgen..	5
1.2 Modellen ger möjlighet att analysera olika hypotetiska scenarier för morgondagens äldreomsorg	5
2 Material och metod.....	7
2.1 Dataunderlag	7
2.2 Modellerna	9
2.3 Antagna utgångsvärden.....	11
2.4 Kostnader.....	24
3 Resultat av simuleringar.....	30
3.1 Oförändrad omfattning av äldreomsorgen år 2025 och oförändrad ohälsa (grundalternativet).....	30
3.2 Levnadsbanor vid oförändrad hälsa.....	32
3.3 Alternativ fördelning av äldreomsorgen år 2025 vid oförändrad total omfattning...	39
3.4 Omfattningen av äldreomsorgen år 2025 reducerad med hänsyn till minskad ohälsa	46
3.5 Levnadsbanor vid minskad ohälsa.....	53
3.6 Levnadsbanor vid omfördelning av äldreomsorgen	60
4 Diskussion och slutsatser	68
Bilagor	71
Bilaga 1: Beskrivning av informell omsorg i befolkningsmodellen	71
Bilaga 2: Beräkning av modellens täckningsgrad och skattning av dess inverkan på beräkningen av kostnadsutvecklingen vid ökad befolkning och förbättrad hälsa ..	74
Bilaga 3: Äldreomsorgen vid bibehållen kostnadsnivå år 2025	77
Appendix	85
Appendix 1: Multipel regressionsanalys som underlag för Befolknings- respektive Levnadsbanemodellen	85
Appendix 2: Skattningar omfördelningsalternativ i levnadsbanemodellen	92

1 Inledning

De framtida utmaningarna för samhällets vård och omsorg om de äldre, som följer av den förväntade befolkningstillväxten, är välbekanta. Trots en positiv hälsoutveckling bland de äldre måste vi räkna med ett starkt växande behov av vård och omsorg de närmaste decennierna. Samtidigt vittnar den utbredda kritiken om att det finns många frågor i dagens äldreomsorg som ännu inte funnit någon tillfredställande lösning. Det handlar bland annat om samspelet mellan äldreomsorg och hälso- och sjukvård, anhörigas roll och stödet till de anhöriga samt den lämpligaste boendeformen för äldre som har svårt klara sina dagliga liv utan hjälp och stöd. Det finns ett behov att explorativt analysera olika strukturalternativ för äldreomsorgen för att se hur dessa frågor ska lösas för att ge de äldre en god livskvalitet i livets slutskede och samtidigt utnyttja samhällets resurser på bästa sätt.

Frågor som behöver analyseras är bland annat:

- Hur kan det framtida behovet av äldreomsorg påverkas av äldres hälsoutveckling?
- Vad händer om tröskeln till att få äldreomsorg höjs så att färre med begränsade behov får serviceinsatser?
- Vilken är bästa mixen mellan omsorg i ordinärt boende och särskilt boende? Hur långt är det möjligt och rimligt att driva den s.k. kvarboendep principen? Hur påverkas behovet av anhöriginsatser?
- Vilka skulle konsekvenserna bli om man satsade på att utveckla en form av ”mellanboende” liknande de nu i det närmast avskaffade servicehusen?

Detta är frågor som ofta återkommer i den offentliga debatten men där det saknas en faktabaserad analys från ett systemperspektiv, som beaktar att äldreomsorgen är en del av ett komplext system där förändring i en del får återverkningar i andra delar.

Studier och analyser av åldrandet och äldreomsorgen utgår ofta från ett grupperspektiv – hur stor andel i en viss åldersgrupp är multisyjuka, hur många behöver hjälp med sina dagliga aktiviteter), hur stor andel får hjälp av anhöriga, hur stor andel bor i särskilt boende etcetera. Detta är viktigt att känna till för folkhälsoarbetet och för planeringen, uppföljningen och utvärderingen av samhällsinsatserna. Men från individens perspektiv kan andra frågeställningar vara viktigare. Hur ser levnadsbanan ut i livets senare del? Hur länge lever man frisk och hur länge lever man med ohälsa? Hur stor är risken att drabbas av olika kroniska sjukdomar, av olycksfall, bli ensamstående, i behov av hjälp för sitt dagliga liv, bli dement, hamna på ett äldreboende och i så fall hur länge? Hur påverkas detta i sin tur av alternativa lösningar för samhällets insatser när det gäller samspelet mellan sjukvård och äldreomsorg, boendeformer för äldre, hjälpinsatser och anhörigstöd?

Så kallade longitudinella studier med fokus på åldrandet och uppkomsten av behoven av vård och omsorg ger data som skapar unika möjligheter att ge svar på frågor både från ett system- och ett individperspektiv. Genom att följa ett stort antal äldre personer över tid

kan man observera vad som händer med dem och hur dessa händelser hänger samman med individuella förutsättningar som initial hälsa, livsstil och levnadsförhållanden.

SNAC (the Swedish National Study on Ageing and Care) är en sådan studie som ger stora möjligheter till analys från både ett system- och individperspektiv¹. Med hjälp av longitudinella data kan man bygga simuleringsmodeller för analys av konsekvenser av olika förändringar av äldreomsorgssystemet.

1.1 SYFTET ÄR ATT STUDERA KONSEKVENSERNA AV ALTERNATIVA STRUKTURER FÖR ÄLDREOMSorgen

I denna PM presenteras resultaten av ett forskningsuppdrag för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Uppdraget innebar att ta fram modeller för att kunna studera konsekvenserna av alternativa strukturer för morgondagens äldreomsorg. Som underlag för analyserna har två simuleringsmodeller tagits fram. Båda modellerna bygger på data insamlade i den så kallade befolkningsdelen av SNAC-Kungsholmen-studien åren 2001-2007.

I den *första* systemorienterade modellen skapas en "syntetisk befolkning", som beskrivs i termer av

- långvarig fysisk funktionsnedsättning
- ensamboende eller samboende
- hälso- och sjukvårdskonsumtion
- insatser från äldreomsorgen i ordinärt eller särskilt boende.

Modellen gör det möjligt att beräkna effekter av olika förändringar i äldreomsorgen uttryckta som 1) fördelningen av befolkningen på insats/boendeformer, det vill säga om de äldre bor i ordinärt boende med eller utan hemtjänst eller i någon annan boendeform för äldre, 2) sammansättningen av de äldre som får omsorg per insats/boendeform samt 3) kostnader för äldres vård och omsorg per insats/boendeform respektive totalt.

Den *andra modellen* har ett individperspektiv. Med hjälp av modellen kan sannolikheten beräknas (givet den äldres ålder och kön, grad av långvarig fysisk funktionsnedsättning och insats/boendeform) -för en person att efter tre, sex, nio ... upptill femton år ha en viss grad av funktionsnedsättning och insats/boendeform givet en viss utformning av äldreomsorgen. Detta ger möjlighet att belysa alternativ för äldreomsorgens struktur också från individens synvinkel.

1.2 MODELLEN GER MÖJLIGHET ATT ANALYSERA OLIKA HYPOTETISKA SCENARIER FÖR MORGONDAGENS ÄLDREOMSorgen

Modellanalysernas syfte är att visa konsekvenserna av olika strukturalternativ för äldreomsorgen under olika förutsättningar. En kombination av en viss struktur och vissa förut-

¹ Se Äldrecentrum (2015) Lägesrapport över projektet SNAC-Kungsholmen per den 15 mars 2015.

sättning benämns ett scenario. Beräkningarna avser år 2025 enligt befolkningsprognosen från Statistiska Centralbyrån². Två olika antaganden används när det gäller äldrebefolkningens fördelning på grad av långvarig fysisk funktionsnedsättning: 1) oförändrad (vi antar att sannolikheten att drabbas av en långvarig funktionsnedsättning är densamma som år 2012 baserat på trenden 1996-2010 enligt SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF))³ och 2) framskrivnen (en trendframskrivning av den äldre befolkningens fördelning på grad av funktionsnedsättning enligt ULF mellan åren 1996 och 2010). Två huvudalternativ studeras:

1. oförändrad omfattning av äldreomsorgen (det vill säga densamma som år 2012) i relation till antalet äldre personer i befolkningen per åldersgrupp och kön
2. minskad omfattning av äldreomsorg motsvarande behoven av äldreomsorg beräknat på den positiva framskrivningen av äldres funktionsnedsättning - den så kallade ohälsotrenden.

Varje huvudalternativ beskrivs fyra scenarior för omfördelning av äldreomsorgen mellan insats/boendeformer inom den totala ramen av äldreomsorg motsvarande år 2012.

Graden av långvarig funktionsnedsättning anges på tre nivåer: Ingen, Lätt och Svår. Insats/boendeform beskrivs i fem alternativ: Ordinärt boende – inga insatser av hemtjänst; Ordinärt boende – små insatser av hemtjänst; Ordinärt boende – stora insatser av hemtjänst; Mellanboende; Vård- och omsorgsboende (det vill säga särskilt boende med hel- dygnsomsorg). Beräknade kostnader avser 2012 års prisnivå.

² SCB – Statistiska Centralbyrån (2015). Befolkningsframskrivningar.

³ Det är tyvärr inte möjligt att använda ULF-data för år 2012, eftersom metoden för datainsamling är förändrad. Vid trendberäkningen har värdena för 2007-2010 justerats för detta.

2 Material och metod

2.1 DATAUNDERLAG

Beräkningarna är baserade på longitudinella data som insamlats i SNAC-studien., Kungsholmen, befolkningsdelen, 2001 – 2007. SNAC (the Swedish National Study on Ageing and Care) sattes igång år 2001 på initiativ av regeringen. Syftet är att genom en omfattande longitudinell datainsamling ge underlag för beskrivning av åldrandet och uppkomsten av vård- och omsorgsbehov (befolkningsdelen) samt hur dessa behov på olika sätt tillgodoses (vårdsystemdelen). Studien drivs i fyra områden i Sverige (Nordanstig, Kungsholmen, Karlskrona samt fem Skånekommuner).

SNAC-befolkningsdelen omfattar åldersgrupperna 60, 66, 72, 78, 81, 84, 87, 90, 93... år. De yngre, åldersgrupperna 60 - 78 år, undersöks vart sjätte år, och de som är 81 år och äldre undersöks vart tredje år. I SNAC-vårdsystemdelen registreras löpande alla personer 65 år och äldre som beviljats äldreomsorg eller långvarig hemsjukvård. Dessutom görs tvärsnittundersökningar, årligen eller oftare.

I befolkningsdelen görs en mycket omfattande insamling av data med hjälp av läkarundersökning, provtagning, intervjuer och enkäter samt fysiska och psykologiska tester. Härigenom erhålls ett stort antal variabler som beskriver hälsa, sjukdom, levnadsförhållanden och livsstil hos de äldre. Även i vårdsystemdelen registreras ett flertal variabler som beskriver ohälsa, vårdberoende och beviljade insatser. Insamlade data kompletteras med individdata avseende hälso- och sjukvårdskonsumtionen inom respektive verksamhetsområde. Den initiala så kallade baslinjeundersökningen inom befolkningsdelen genomfördes åren 2001 - 2004. För de personer som var 81 år och äldre genomfördes sedan en uppföljning tre år efter inklusionstillfället, det vill säga under åren 2004 -2007. Därefter har undersökningar genomförts vart tredje år för de äldre och vart sjätte år för de yngre.

Modellerna som presenteras i denna studie baseras på individdata från SNAC-K, befolkningsdelen. De uppgifter som används och ligger till grund för modellen är den äldres funktionsnedsättning, om hen är ensam eller samboende, om hen får hjälp från anhörig samt hälso- och sjukvårdskonsumtion undersökningsåret. Uppgifterna om insats/boendeform har tagits från SNAC-K, vårdsystemdelen. Dataseten från baslinjeundersökningen och treårsuppföljningen har samkörts för att erhålla övergångsdata över tid.

Graden av funktionsnedsättning baseras på uppgifterna om i vilken omfattning den äldre är beroende av hjälp för dagligt liv (ADL). Den beskrivs på tre nivåer:

1. ingen nedsättning (inte beroende av hjälp vare sig för instrumentell ADL (städning, tvätt, matinköp, matlagning, transport allmänna färdmedel) eller personlig ADL (bad och dusch, på- och avklädning, toalett, förflyttning, födointag)
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)

Samboende inkluderar även samboende med annan än make (partner, syskon, barn etcetera).

Hälso- och sjukvårdskonsumtionen anges som *Liten* eller *Stor*. Gränsen är satt som ”omfattande sjukvård” enligt Socialstyrelsens rapport om de mest sjuka äldre⁴. Med ”omfattande sjukvård” avses multisjuklighet enligt Socialstyrelsens definition eller fler än 19 vård dagar i slutenvården eller fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju besök i öppen specialistvård aktuellt år.

Insats/boendeform anges i fem nivåer:

1. ingen insats av kommunal äldreomsorg eller långvarig hemsjukvård
2. ordinärt boende, liten insats (Gränsen är satt till 25 timmar hemtjänst per månad, det vill säga samma gräns som i Socialstyrelsens definition av omfattande äldreomsorg)
3. ordinärt boende, stor insats (minst 25 timmar hemtjänst per månad)
4. mellanboende (Biståndsprövat boende med individuellt beslut om hemtjänst, det vill säga servicehus)
5. vård- och omsorgsboende (särskilt boende med heldygnsomsorg).

Anhöriginsatser noteras i SNAC, befolkningsdelen, uttryckt i antal timmar per månad som sedan omräknas till timmar per vecka (se bilaga 1). För ordinärt boende är uppgifter om anhörigas insatser hämtade från SNAC-K och SNAC-N, befolkningsdelen, medan uppgifterna för mellanboende och vård- och omsorgsboende är hämtade från SNAC-K, vårdsystemdelen. Anhöriginsatserna per person anges i SNAC i fyra nivåer: aldrig, sällan, flera gånger per vecka, dagligen. Utifrån detta har en schablonmässig skattning gjorts av antal timmar per vecka: Sällan = 1 timme/vecka; flera gånger per vecka = 3 timmar/vecka; dagligen = 7 timmar per vecka. Anhöriginsatserna har prissatts utifrån antalet veckotimmar enligt en schablon (150 kronor 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 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 2012⁵ samt ett antagande om totalt producerat antal hemtjänsttimmar och platser på särskilt boende i riket enligt Socialstyrelsens statistik. Antalet veckotimmar hemtjänst har beräknats genom logaritmisk linjär regression på data från SNAC-K, vårdsystemdelen med åldersgrupp, kön, grad av funktionsnedsättning, sam/ensamboende, hälso- och sjukvårds-

4 Socialstyrelsen (2013). Registeranalyser av de mest sjuka äldres vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen.

5 Socialstyrelsen (2014). Tillståndet och utvecklingen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En lägesrapport 2014. Stockholm: Socialstyrelsen.

konsumtion (stor/liten) samt insats i ordinärt boende (liten insats/stor insats) respektive mellanboende som oberoende variabler.

Årskostnaden per veckotimme hemtjänst är satt till 35 000 kronor i ordinärt boende och 41 200 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 (haldygnsomsorg) är satt till 690 000 kronor. Dessa kostnader är kalibrerade till överensstämmelse med de totala kostnaderna (bruttodriftkostnaderna) för äldreomsorgen i riket år 2012.⁶

Kostnaderna för hälso- och sjukvården har beräknats med utgångspunkt i antalet vård dagar, läkarbesök och övriga besök samt nettokostnaden (exklusive läkemedel) för slutenvård och primärvård år 2012. Vårdkostnaden motsvarar de sammanlagda nettokostnaderna för somatisk och psykiatrisk vård fördelat på totala antalet vård dygn år 2012. Kostnaden per vård dygn beräknas då till 9 394 kr. Kostnaden per läkarbesök antas till 2 335 kr (specialist- och allmänläkarbesök är sammanvägda) och övriga besök till 475 kr och motsvarar SKLs⁷ skattade produktionskostnader per vårdkontakt. Även hälso- och sjukvårdskostnaderna kalibreras slutligen till att överensstämma med hälso- och sjukvårdens totala kostnader år 2012.

2.2 MODELLERNA

Två modeller har utvecklats – befolkningsmodellen och levnadsbanemodellen. Båda bygger på övergångsdata insamlade genom SNAC-K-studien genom samkörning av baslinjeundersökningen och treårsuppföljningen och den grundläggande metodiken är densamma. En initialbefolkning av 78-åringar (uppdelat på kön) med uppdelning på grad av funktionsnedsättning, ensam-/samboende, hälso- och sjukvårdskonsumtion samt insats/boendeform skrivs successivt fram till 81-åringar, 84-åringar, ..., 93-åringar med utnyttjande av de skattade övergångssannolikheterna inklusive dödlighet. Initialbefolkningen är definierad med hjälp av tillgänglig befolkningsstatistik kompletterad med skattningar utifrån marginalfördelningar baserat på simultanfördelningen i SNAC-K, baslinjeundersökningen.

Modellerna skiljer sig så tillvida att i befolkningsmodellen bevaras inte kopplingen till den ursprungliga 78-årsfördelningen, medan i levnadsbanemodellen relateras utfallet efter tre, sex, nio år och så vidare, genom upprepade matricmultiplikationer, till denna ursprungliga fördelning. Med den senare modellen är det därmed möjligt att avläsa utfallet i form av fördelning på grad av funktionsnedsättning kombinerat med insats/boendeform efter ett visst antal år per initial delgrupp (grad av funktionsnedsättning kombinerat med insats/boendeform). Priset för detta är ett mindre antal "celler", det vill säga variabelkom-

⁶ Kostnadsunderlaget för hemtjänst i ordinärt boende respektive mellanboende (servicehus) är hämtat från Kungsholmens stadsdel. Kalibreringen innefattar en viss uppräknings, eftersom det ingår mer än hemtjänst och särskilt boende i den totala bruttodriftkostnaden för äldreomsorgen.

⁷ SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2012). Statistik om hälso- och sjukvården samt regional utveckling 2012. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: SKL.

binationer, – i levnadsbanemodellen. Antalet variabelkombinationer i levnadsbanemodellen är $3^5=15$ jämfört med $3^2 \cdot 2^2 \cdot 5=60$ i befolkningsmodellen.

Båda modellerna arbetar med treårssteg. Metodiken för uppdatering liknar den som används vid mikrosimulering. Skillnaden är den att här görs uppdateringen per delgrupp (cell med viss variabelkombination) i stället för per individ. Övergången till nästa tidssteg görs i tur och ordning för variablerna 1) funktionsnedsättning, 2) sam-/ensamboende, 3) hälso- och sjukvårdskonsumtion samt 4) insats/boendeform. Uppdateringen är baserad på multipla regressionsanalyser med den variabel som uppdateringen avser som beroende och de övriga tre (samt åldersgrupp och kön) som oberoende. De oberoende variablerna ersätts därvid successivt med uppdaterade (precis som vid en mikrosimulering med successiv uppdatering per tidssteg). På detta sätt kan omfattningen av antalet celler hållas nere. I levnadsbanemodellen bevaras däremot de variabler som uppdateras, vilket gör att antalet kombinationer måste sättas lägre. En annan skillnad är att för levnadsbanemodellen görs beräkningarna med multinomial multipel regressionsanalys medan för den andra modellen används ordinal multipel regressionsanalys. Detta påverkar kalibreringen (jämför nedan). De beräknade regressionskoefficienterna i de successiva regressionsanalyserna i respektive fall redovisas i appendix 1.

I befolkningsmodellen genereras successivt en ”syntetisk befolkning”, uppdelad på kön, av 81-åringar, 84-åringar, 87-åringar, 90-åringar och 93-åringar. Antalet personer per åldersgrupp och kön per delgrupp (cell) reduceras genom den observerade dödligheten i respektive tidigare åldersgrupp beräknad genom multipel regressionsanalys (koefficienter, se appendix 1). Den totala dödligheten kalibreras sedan via intercepten till överensstämmelse med dödligheten för riket enligt SCB:s befolkningsprognos för riket (jämför nedan). För att ta hänsyn till skillnaden i storlek mellan olika kohorter görs vidare en korrigering av det totala antalet personer per åldersgrupp och kön för att få överensstämmelse med SCB befolkningsprognos (2025).

Konstruktionen av alternativ görs med kontrollvariabler som inverkar på regressionsanalysernas intercept och beta-koefficienter. Härigenom kan man få vilken fördelning per åldersgrupp och kön på grad av funktionsnedsättning, ensam-/samboende, hälso- och sjukvårdskonsumtion, insats/boendeform som önskas. Normalt styr man – förutom ålder och kön – en utfallsvariabel i taget. Modellen ställer då automatiskt in övriga variabler via regressionskoefficienterna. Metodiken innebär alltså att man utnyttjar de samband mellan variablerna och deras övergångsannolikheter som bestämts genom regressionsanalyserna för en analys av konsekvenserna av en förändring i någon av variablerna på de övriga. Dessa samband kan betecknas som ganska universella även om det finns lokala variationer. Inom rimliga gränser bör modellen därför vara giltig även om data kommer från ett visst område, Kungsholmen (se vidare kapitel 4). Anpassning till för området, till exempel hela riket gällande ohäls fördelning och insatser, görs genom kalibreringen⁸.

Genom kopplingen till SNAC-studiens åldersgrupper är beskrivningen av den äldre befolkningen i modellerna begränsad till åldersgrupperna 78, 81, 84, 87, 90 och 93 år. Resul-

⁸ Kalibreringen till en viss fördelning kan göras direkt i fallet ordinal regressionsanalys. Vid multinomial regressionsanalys måste den göras genom iteration, eftersom inställningen på en utfallsnivå påverkar inställningen av de övriga. I praktiken konvergerar detta ganska snabbt.

taten när det gäller hälsofördelning och fördelning på insatser/boendeform etcetera redovisas per kön för dessa åldersgrupper. Detta kan sedan omräknas till kostnader för äldreomsorgen i de olika scenarierna genom antagna kostnader per insats/boendeform givet grad av funktionsnedsättning (antagna kostnader, se ovan). För att kunna jämföra dessa kostnader med faktiska kostnader (2012) för äldreomsorgen som helhet görs en schablonmässig uppräkningsmodell till samtliga åldersgrupper, 65 år och äldre per insats/boendeform. Schablonerna är baserade på data från Socialstyrelsens statistik⁹ över äldreomsorgen avseende antalet personer med hemtjänst respektive särskilt boende per åldersgrupp och kön. För år 2025 har uppräkningsstalen justerats för att motsvara den då gällande åldersfördelningen. Inverkan av täckningsgraden på kostnadsberäkningarna analyseras i bilaga 2.

2.3 ANTAGNA UTGÅNGSVÄRDEN

De studerade simuleringsalternativen, scenarierna, avser samtliga det beräknade läget år 2025. I tabell 1 nedan visas befolkningen i respektive SNAC-åldrar år 2025 enligt SCB befolkningsprognos och som jämförelse år 2012.

Tabell 1. Antal män och kvinnor år 2012 och år 2025 i "SNAC-åldrarna" 78,..., 93 år.

Ålder	Män		Kvinnor		Samtliga		Ökning 2012-2025
	År 2012	År 2025	År 2012	År 2025	År 2012	År 2025	
78 år	26 020	47 373	32 279	52 284	58 299	99 657	70,9 %
81 år	22 089	40 868	30 090	46 475	52 179	87 343	67,4 %
84 år	17 545	24 791	26 599	30 829	44 144	55 620	26,0 %
87 år	12 193	16 147	21 258	23 069	33 451	39 216	17,2 %
90 år	7 087	8 730	14 572	14 378	21 659	23 108	6,7 %
93 år	3 045	4 109	7 619	8 538	10 664	12 647	18,6 %
Summa	87 979	142 018	132 417	175 573	220 396	317 591	44,1 %

Källa: SCB 2015 Befolkningsframskrivningar samt egen bearbetning

Av tabell 1 kan man utläsa att det är antalet 78- och 81-åringar som kommer att öka allra mest fram till år 2025, medan den väntade ökningen i de äldre åldersgrupperna är ganska måttlig. Man kan vidare se att den totala antalsökningen är betydligt högre för män än för kvinnor, vilket motsvarar 61 procent jämfört med 33 procent. Detta innebär att andelen män i befolkningen i dessa "SNAC-åldersgrupper" ökar från 40 till 45 procent fram till år 2025. Den väntade ökningen av belastningen på äldreomsorgen till följd av befolkningsförändringen fortsätter efter 2025 ytterligare åtminstone ett decennium.

⁹ Socialstyrelsen (2013). Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012 – Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialstyrelsen.

Befolkningsprognosen bygger på antaganden om hur dödligheten kommer att utvecklas. Som beskrivits ovan räknar modellerna med treårssteg. Tabell 2 visar treårsdödligheten per SNAC-åldersgrupp och kön år 2012 respektive år 2025. Treårsdödligheten år 2025 är beräknad utifrån SCB:s prognos per ålder (ettårsgrupp) och kön.

Tabell 2. Treårsdödlighet per "SNAC-ålder" och kön år 2012 och 2025 baserat på SCB:s befolkningsprognos, procent.

Ålder	Män		Kvinnor	
	År 2012	År 2025	År 2012	År 2025
78	14,5	10,8	9,8	7,6
81	20,7	16,0	14,3	11,2
84	28,8	23,8	21,0	17,1
87	38,8	34,3	30,9	26,0
90	50,8	47,7	41,5	38,0

Källa: SCB 2015 Befolkningsframskrivningar samt egen bearbetning

Dödligheten för de äldre väntas fortsätta att sjunka under den närmaste tioårsperioden med 20 – 25 procent beroende på åldersgrupp och kön. I modellerna är dödligheten, förutom åldersgrupp och kön, beroende av grad av funktionsnedsättning, ensam/samboende, hälso- och sjukvårdskonsumtion och insats/boendeform i äldreomsorgen. Dödligheten kalibreras i modellerna så att den totalt per åldersgrupp och kön stämmer med den som anges i tabell 2.

Det totala behovet av äldreomsorg styrs egentligen inte av utvecklingen av antalet äldre personer utan av antalet äldre personer med behov. För individen är detta i hög grad betingat av graden av funktionsnedsättning. I modellerna antas tre nivåer av funktionsnedsättningen: ingen, lätt och svår. Data avseende de äldres fördelning på dessa tre nivåer i respektive "SNAC-åldrar" har beräknats utifrån uppgifter avseende andelen IADL- och PADL-beroende som insamlats i SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) åren 1996/97 – 2010/11. Härvid har först beräkning skett per åldersgrupp och kön i femårsgrupper 65-69 år, 70-74 år och så vidare.

Eftersom ULF-undersökningarna 1996-2001 inte innefattade åldersgruppen 85 år och äldre har andelen ADL-beroende i dessa åldersgrupper beräknats genom linjär extrapolering av logaritmen för oddset ($p/1-p$). Utifrån andelarna ADL-beroende per undersökningår i respektive åldersgrupp och kön har motsvarande andelar för åren 2012 och 2025 extrapolerats genom linjär extrapolation av logaritmen för oddset. Därefter har slutligen andelen IADL- respektive PADL-beroende i "SNAC-åldrarna" beräknats per kön genom linjär interpolation av logaritmen för oddset utgående från klassmitten i respektive åldersgrupp (67 år för gruppen 65-69 år etcetera). I tabell 3 nedan visas den beräknade fördel-

Tabell 3. Fördelning på grad av funktionsnedsättning år 2012 respektive år 2025 enligt trendframskrivning enligt ULF per "SNAC-åldersgrupp" och kön, procent.

År 2012						
Ålder	Kvinnor			Män		
	Funktionsnedsättning			Funktionsnedsättning		
	Ingen	Lätt	Svår	Ingen	Lätt	Svår
78 år	74,8	17,5	7,7	84,0	9,3	6,7
81 år	66,3	21,2	12,5	77,0	13,2	9,8
84 år	56,7	23,7	19,5	68,1	17,8	14,0
87 år	46,6	24,2	29,2	57,7	22,5	19,8
90 år	36,7	22,0	41,2	46,5	26,4	27,2
93 år	27,9	17,7	54,4	35,6	28,4	36,0
År 2025						
Ålder	Kvinnor			Män		
	Funktionsnedsättning			Funktionsnedsättning		
	Ingen	Lätt	Svår	Ingen	Lätt	Svår
78 år	79,6	13,8	6,6	89,2	5,1	5,7
81 år	72,4	16,9	10,7	83,8	7,8	8,4
84 år	63,8	19,5	16,8	76,4	11,3	12,3
87 år	54,1	20,5	25,3	66,9	15,4	17,6
90 år	44,2	19,5	36,4	55,9	19,5	24,6
93 år	34,7	16,3	49,0	44,2	22,5	33,3

Källa: SCB 2012 Undersökning om levnadsförhållanden samt egen bearbetning

ningen på grad av funktionsnedsättning år 2012 och 2025 per "SNAC-åldersgrupp" och kön baserat på trendframskrivningen av funktionsnedsättningen enligt ULF.

Tabell 3 visar att framskrivning av trenden 1996 - 2010 enligt ULF-undersökningarna leder till en viss minskning av andelarna med funktionsnedsättning år 2025 räknat per åldersgrupp och kön jämfört med 2012. Minskningen är mest uttalad i de högsta åldersgrupperna. Detta innebär att behoven av äldreomsorg kan beräknas öka långsammare än befolkningstillväxten. Det bör betonas att den ökande förmågan hos de äldre, per åldersgrupp räknat, att klara det dagliga livet på egen hand inte nödvändigtvis behöver betyda förbättrad hälsa, men kan avspegla förbättrade levnadsförhållanden och resultatet av hälso- och sjukvårdens insatser för att lindra funktionshämmande symtom. De scenariobereäkningar som redovisas nedan görs utifrån två alternativa antagande om de äldres funktionsnedsättning år 2025: 1) som år 2012 och 2) år 2025 enligt trend.

Andelen med stor sjukvårdskonsumtion (lika med "omfattande" enligt Socialstyrelsens definition¹⁰) per åldersgrupp och kön bland SNAC-deltagarna framgår av tabell 4 nedan. Sjukvårdskonsumtionen har bestämts genom samkörning av SNAC-K baslinje undersökning med Stockholms läns landstings register över sluten och öppen vård (VAL-databasen) och avser året efter undersökningsåret i baslinjeundersökningen.

Tabell 4. Andel med stor sjukvårdskonsumtion per "SNAC-åldersgrupp" och kön, procent.

Ålder	Kvinnor	Män
78 år	15,7	18,2
81 år	13,2	14,7
84 år	17,1	8,0
87 år	20,5	22,2
90 år	24,3	34,8
Samtliga	18,0	18,1

Källa: SNAC Kungsholmen

Andelen med stor sjukvårdskonsumtion tenderar att öka med åldern – de stora variationerna för män ter sig svårförklarliga – men kan sammanhånga med att det rör sig om relativt få observationer per åldersgrupp och kön i de högsta åldersgrupperna. Totalt är det ingen skillnad i sjukvårdskonsumtion mellan män och kvinnor.

Fördelningen på sam- respektive ensamboende äldre har betydelse eftersom behovet av äldreomsorg skiljer mellan dessa båda grupper. Detta beror både på att fördelningen på grad av funktionsnedsättning är olika – de samboende klarar sitt dagliga liv bättre än de ensamboende – och att äldreomsorgsinsatserna skiljer givet graden av funktionsnedsättning. Tabell 5 visar andelen samboende per "SNAC-åldersgrupp" för män och kvinnor enligt SCB befolkningsstatistik. Andelen samboende inkluderar inte ensamstående med hemmaboende barn. Detta antal är dock mycket litet i dessa åldersgrupper. Fördelningen på ensam-/samboende avser år 2012. Det finns anledning att förmoda att andelen samboende kommer att öka, eftersom de äldre människors dödlighet minskar mer än kvinnornas, men tyvärr saknas prognoser för detta.

¹⁰ Multisjuklighet eller fler än 19 dagar eller fler än tre inskrivningar i sluten vård eller fler än sju besök i öppen specialistvård, se Äldrecentrum rapport De mest sjuka äldre 2012:7.

Tabell 5. Andelen samboende per "SNAC-åldersgrupp" för män och Kvinnor år 2012, procent.

Ålder	Män	Kvinnor
78 år	72,7	46,0
81 år	69,7	36,7
84 år	64,4	27,4
87 år	56,7	18,2
90 år	49,1	10,6
93 år	38,0	6,3

Källa: SCB Hitta statistik – Befolkning (2012)

Som framgår av tabell 5 är det avsevärda skillnader mellan män och kvinnor när det gäller andelen samboende – speciellt bland de äldsta. Detta sammanhänger dels med männens högre dödlighet, dels med att män vanligen sambor med yngre kvinnor. Efter mannens död överlever kvinnan och blir ensamboende. Det omvända är ovanligare. Ökad skilsmässofrekvens verkar inte ha haft någon avgörande effekt på andelen ensamboende. Denna andel är sedan länge minskande.

Skillnaden mellan ensam- och samboende när det gäller funktionsnedsättning per åldersgrupp för män respektive kvinnor visas i tabell 6 nedan. Värdena är beräknade utifrån SNAC-baslinjeundersökning, men omräknade till att motsvara 2012 års funktionsnedsättning per åldersgrupp för riket.

Tabell 6. Andel med svår funktionsnedsättning år 2012 för ensam- respektive samboende per "SNAC-åldersgrupp" och kön, procent.

Ålder	Kvinnor		Män	
	Ensamboende	Samboende	Ensamboende	Samboende
78	8,3	6,9	6,5	6,8
81	14,0	10,0	14,6	7,9
84	21,6	13,0	19,6	11,2
87	31,4	19,0	25,4	15,6
90	43,2	28,0	32,2	21,7
93	56,3	41,1	40,7	28,4
Samtliga	22,7	10,4	18,1	9,7

Källa: Egen bearbetning

Det är uppenbart en stor skillnad i andelen med svår funktionsnedsättning mellan ensamboende och samboende. Skillnaden verkar vara större för män än för kvinnor (med undantag för gruppen 78 år; här erhålls i stället en stor, motsvarande skillnad för andelen med lätt funktionsnedsättning).

Det finns också ett samband mellan funktionsnedsättning och omfattande konsumtion av hälso- och sjukvård. I tabell 7 visas på samma sätt andelen med svår funktionsnedsättning år 2012 för personer med liten respektive stor hälso- och sjukvårdskonsumtion per "SNAC-åldersgrupp" och kön. Värdena är omräknade till att motsvara 2012 års funktionsnedsättning per åldersgrupp för riket.

Tabell 7. Andel med svår funktionsnedsättning år 2012 för personer med liten respektive stor hälso- och sjukvårdskonsumtion per "SNAC-åldersgrupp" och kön, procent.

Ålder	Kvinnor		Män	
	Vårdkonsumtion		Vårdkonsumtion	
	Liten	Stor	Liten	Stor
78 år	6,1	19,1	5,0	25,1
81 år	9,8	22,1	7,5	18,6
84 år	15,6	32,7	11,2	25,8
87 år	25,7	47,4	17,1	36,0
90 år	37,9	60,6	24,0	44,7
93 år	52,0	73,0	33,0	54,7
Samtliga	16,1	32,3	10,1	26,0

Källa: Egen bearbetning

Skillnaden när det gäller andelen med svår funktionsnedsättning är, som man har skäl att förvänta, stor mellan dem som undersökningsåret haft en liten konsumtion av öppen och sluten sjukvård och dem som har haft en stor konsumtion. Det är dock värt att notera att i de högre åldrarna har även en stor del av personerna med liten hälso- och sjukvårdskonsumtionen hög andel med svår funktionsnedsättning – speciellt kvinnor. Detta sammanhänger med att många av dem med svår nedsättning bor i vård- och omsorgsboende, där hälso- och sjukvårdskonsumtionen är lägre.

Tabell 8 visar hälso- och sjukvårdskonsumtionen uppdelat på sluten och öppen vård per "SNAC-åldersgrupp" och kön. Konsumtionen avser året efter undersökningsåret i SNAC baslinjeundersökningen.

Tabell 8. Hälso- och sjukvårdskonsumtionen uppdelat på sluten och öppen vård per "SNAC-åldersgrupp" och kön, genomsnittligt antal dagar, tillfällen och besök.

Ålder	Kvinnor					Män				
	Vård-dagar	Vård-till-fällen	Vårdtid (dagar)	Läkar-besök	Övriga besök	Vård-dagar	Vård-till-fällen	Vårdtid (dagar)	Läkar-besök	Övriga besök
78 år	3,49	0,44	7,96	10,10	5,45	3,12	0,42	7,44	10,21	2,71
81 år	3,72	0,41	9,13	10,00	5,45	4,89	0,58	8,47	10,28	3,15
84 år	3,63	0,45	8,09	9,94	3,72	3,75	0,57	6,60	9,73	2,48
87 år	6,66	0,66	10,08	9,58	6,60	4,59	0,53	8,65	9,25	9,75
90 år	10,33	0,87	11,89	10,60	4,78	10,41	1,00	10,41	10,63	0,94
Alla	5,46	0,56	9,79	10,10	5,22	4,78	0,57	8,42	10,10	3,22

Källa: SNAC Kungsholmen

Konsumtionen av slutenvård ökar med åldern i SNAC-populationen. Detta gäller såväl vård dagar som antalet vårdtillfällen och medelvårdtiden. Kvinnorna har en något högre konsumtion av slutenvård än männen, men det beror på åldersfördelningen. Per åldersgrupp är det ingen större skillnad. Konsumtionen av öppen vård förefaller vara i stort sett oberoende av ålder. Detta gäller både läkarbesök och besök hos övriga vårdgivargrupper. Kvinnorna har fler övriga besök, men för läkarbesöken finns ingen könsskillnad. Tabell 9 visar samma hälso- och sjukvårdskonsumtion som i tabell 8 men uppdelat på dem med liten och stor konsumtion.

Tabell 9. Hälso- och sjukvårdskonsumtionen uppdelat på sluten och öppen vård per "SNAC-åldersgrupp" och kön, fördelat på dem med liten respektive stor vårdkonsumtion, genomsnittligt antal dagar, tillfällena och besök

Liten hälso- och sjukvårdskonsumtion										
	Kvinnor					Män				
	Vård-dagar	Vård-till-fällen	Vårdtid (dagar)	Läkar-besök	Övriga besök	Vård-dagar	Vård-till-fällen	Vårdtid (dagar)	Läkar-besök	Övriga besök
78 år	0,57	0,13	4,25	8,05	5,40	0,58	0,13	4,62	8,15	2,28
81 år	1,03	0,24	4,26	7,99	5,00	0,83	0,20	4,17	8,05	1,77
84 år	0,35	0,16	2,21	8,32	2,52	1,90	0,33	5,85	8,85	1,33
87 år	1,12	0,22	5,19	7,89	7,93	0,65	0,09	7,49	7,09	8,09
90 år	1,24	0,24	5,07	8,58	3,30	1,57	0,29	5,49	8,68	0,61
Alla	0,83	0,19	4,37	8,16	4,84	0,96	0,19	5,11	8,20	2,35

Stor hälso- och sjukvårdskonsumtion										
	Kvinnor					Män				
	Vård-dagar	Vård-till-fällen	Vårdtid (dagar)	Läkar-besök	Övriga besök	Vård-dagar	Vård-till-fällen	Vårdtid (dagar)	Läkar-besök	Övriga besök
78 år	18,0	1,95	9,22	20,3	5,71	13,7	1,64	8,34	18,8	4,52
81 år	19,6	1,38	14,2	21,6	8,09	27,0	2,64	10,24	22,5	10,7
84 år	18,3	1,75	10,4	17,6	9,15	22,3	3,00	7,42	18,5	14,0
87 år	26,4	2,25	11,7	16,1	2,54	16,5	1,88	8,80	16,3	15,8
90 år	35,2	2,58	13,6	16,0	8,82	26,1	2,25	11,61	15,0	1,63
Alla	24,7	2,08	11,9	18,2	6,91	20,0	2,08	9,61	18,1	6,90

Källa: SNAC Kungsholmen

En jämförelse mellan dem som har omfattande hälso- och sjukvårdskonsumtion enligt Socialstyrelsens definition och dem som har liten visar, som framgår av tabell 9, på mycket stora skillnader. Exempelvis är antalet vård dagar i den förra gruppen 15-20 gånger högre än i den senare. Skillnaderna gäller såväl slutna vård – vård dagar, vård tillfällen, medelvårdtid – och öppen vård. Detta indikerar att hälso- och sjukvården är mycket ojämnt fördelad i den äldre befolkningen. En mindre grupp svarar för huvuddelen av konsumtionen.

Hälso- och sjukvårdskonsumtionen har ett samband med insats och boendeform i äldreomsorgen. Tabell 10 visar på samma sätt som i tabell 8 och 9 konsumtionen av slutna och öppen sjukvård per insats/boendeform.

Tabell 10. Konsumtion av sluten och öppen sjukvård per insats/boendeform, genomsnittligt antal dagar, tillfällen och besök.

	Vårddagar	Vårdtillfällen	Vårdtid (dagar)	Läkarbesök	Övriga besök
Ordinärt boende – ingen insats	4,85	0,52	9,27	9,72	5,37
Ordinärt boende – liten insats	6,74	0,71	9,51	12,22	2,65
Ordinärt boende – stor insats	13,02	0,98	13,30	12,81	1,54
Mellanboende	6,08	0,76	8,00	12,80	2,80
Vård- och omsorgsboende	2,34	0,48	4,88	9,14	0,00

Källa: SNAC Kungsholmen

Påtagligt är här att personer i ordinärt boende med stora insatser av hemtjänst har betydligt större konsumtion av sjukvård än personer i särskilt boende. Detta sammanhänger förstås med kommunens sjukvårdsansvar för personer i särskilt boende. Dessa insatser syns inte i landstingsstatistiken. Sjukvårdskonsumtionen sammanhänger också med graden av funktionsnedsättning, vilket visas i den följande tabellen 11.

Tabell 11. Konsumtion av sluten och öppen sjukvård per grad av funktionsnedsättning, genomsnittligt antal dagar, tillfällen och besök.

Funktionsnedsättning	Vårddagar	Vårdtillfällen	Vårdtid (dagar)	Läkarbesök	Övriga besök
Ingen	3,07	0,39	7,92	9,41	4,00
Lätt	8,31	0,78	10,67	11,32	5,33
Stor	9,54	0,99	9,65	10,89	6,67

Källa: SNAC Kungsholmen

Funktionsnedsättning innebär i de flesta fall också ohälsa vilket avspeglas i en högre hälso- och sjukvårdskonsumtion, fler vårdtillfällen och fler vårddagar. Däremot verkar inte medelvårdtid och antalet läkarbesök påverkas i lika hög grad.

Personer med funktionsnedsättning behöver ofta hjälp i sitt dagliga liv. Hjälpen kan vara informell, det vill säga obetald hjälp från anhöriga, vänner och grannar, eller formell omsorg. I det senare fallet ges den huvudsakligen genom kommunens försorg. Den äldre kan även själv anlita formell service och omsorg genom till exempel RUT-tjänster, vilket ökar i omfattning. Tabell 12 visar andelen som får informell hjälp minst flera gånger per vecka per grad av funktionsnedsättning samt åldersgrupp och kön baserat på data från SNAC-K och SNAC-N.

Tabell 12. Andel som får informell hjälp per grad av funktionsnedsättning samt "SNAC-åldersgrupp" och kön, procent.

	Kvinnor				Män			
	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
78 år	9,3	16,3	22,1	11,5	7,4	12,4	29,4	9,4
81 år	14,9	24,2	32,2	19,0	12,3	21,6	30,1	15,3
84 år	18,0	27,2	30,7	22,6	14,9	24,3	30,3	18,7
87 år	23,9	31,6	29,3	27,3	20,0	27,6	27,5	23,1
90 år	29,2	37,2	33,2	32,6	24,5	32,5	32,9	28,9
93 år	40,3	49,7	34,4	38,7	32,1	42,2	34,5	35,9
Alla	16,6	27,4	31,0	21,9	13,0	24,5	30,4	17,1
Både män och kvinnor alla SNAC-åldrar					15,0	26,4	30,8	20,0

Källa: SNAC Kungsholmen och SNAC Nordanstig

Andelen som får informell hjälp är högre för dem med funktionsnedsättning. De med svår nedsättning har högst andel, som får hjälp, men skillnaden är inte så stor. Man kan också notera att andelarna tenderar att öka med stigande ålder. Kvinnor får något mer informell hjälp än män.

Att skillnaden i andelen med informell hjälp mellan äldre med svår och lätt funktionsnedsättning inte är större har ett samband med tillgången till formell hjälp, det vill säga offentlig omsorg. Liksom tidigare är uppgifterna om den formella omsorgen baserade på SNAC-K-baslinjeundersökning, men de är omräknade i befolkningsmodellen till att motsvara 2012 års fördelning på grad av funktionsnedsättning samt fördelningen på insats/boendeform per åldersgrupp och kön enligt Socialstyrelsens statistik över antalet personer med äldreomsorg samma år.

Tabell 13. Antal personer år 2012, tusental (år 2012) per insats/boendeform, samt fördelning av personer 78 år eller äldre på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning år 2012, procent.

	Ordinärt boende Ingen insats	Ordinärt boende Liten insats	Ordinärt boende Stor insats	Mellanboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt (1 000-tal)
SNAC-åldersgrupperna	165,9	18,6	14,8	1,3	21,5	222,1
Antal 65 år eller äldre med äldreomsorg enligt befolkningsmodellen	1 593	96,0	68,2	6,1	92,7	1 855
Antal 65 år och äldre med äldreomsorg enligt Socialstyrelsens statistik över äldreomsorgen	1 581	95,8	67,8	6,0	91,0	1 842
Befolkningen 78 år och äldre fördelat på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning, procent						
Ingen nedsättning	97,0	2,2	0,6	0,0	0,2	100,0
Lätt nedsättning	59,9	23,3	11,1	0,9	4,8	100,0
Svår nedsättning	11,0	14,4	23,6	2,3	48,7	100,0
Totalt	74,7	8,4	6,7	0,6	9,7	100,0

Källa: Socialstyrelsens statistik och egen skattning

Tabell 13 visar dels antalet personer i modellen i SNAC-åldersgrupperna per insats/boendeform, dels antalet personer 65 år och äldre per insats/boendeform uppräknat med hjälp av befolkningsmodellen och matchat med motsvarande antal av personer med formell omsorg enligt Socialstyrelsens statistik. De små avvikelserna mellan de uppräknade modellvärdena av hur den äldre befolkningen fördelar sig på olika insats/boendeformer och värdena enligt Socialstyrelsestatistiken beror på bristen på precision i kalibreringen. Fördelningen av det särskilda boendet på (bistandsprövat) mellanboende och vård- och omsorgsboende framgår inte av Socialstyrelsestatistiken men har uppskattats från olika källor. Vidare visas i tabellen fördelningen på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning enligt modellberäkningarna, det vill säga för "SNAC-åldersgrupperna" 78, 81..., 93 år.

Av tabellen framgår att de allra flesta som inte har någon funktionsnedsättning i form av IADL- eller PADL-beroende, inte heller har några insatser från äldreomsorgen. För dem med lätt funktionsnedsättning ökar andelen med insatser till 40 procent. Av dem med svår nedsättning har 89 procent insatser och mer än hälften av dessa bor i vård- och omsorgsboende. För denna grupp handlar det ofta om demenssjukdom. "Mellanboendet", här defi-

nierat som särskilt boende med beslut om hemtjänst, och som också brukar kallas servicehusboende, utgör år 2012 en mycket liten andel, uppskattningsvis 6 000 platser (officiell Socialstyrelsestatistik saknas), vilket är en neddragning från cirka 47 000 platser vid slutet av förra seklet.

Av dem med lätt funktionsnedsättning, det vill säga IADL-beroende, som år 2012 hade äldreomsorg hade 86 procent insatser i ordinärt boende och 14 bodde i särskilt boende (mellanboende plus vård- omsorgsboende). För dem med svår nedsättning (PADL-beroende) var motsvarande andelar 43 respektive 57 procent. Den stora skillnaden indikerar träffsäkerheten i biståndsbedömningen. Graden av funktionsnedsättning är den i särklass viktigaste faktorn, som bestämmer nivån av insatser i äldreomsorgen. Det kan också ha intresse att se på den motsvarande fördelningen på insats/boendeform för de äldsta, de 87 år och äldre. Denna framgår av tabell 14 nedan med värden beräknade på samma sätt som ovan.

Tabell 14. Fördelning på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning år 2012 för personer 87 år och äldre, procent.

	Ordinärt boende Ingen insats	Ordinärt boende Liten insats	Ordinärt boende Stor insats	Mellanboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt
Ingen nedsättning	92,4	5,9	1,2	0,1	0,4	100,0
Lätt nedsättning	48,0	28,8	15,0	0,9	7,3	100,0
Svår nedsättning	7,5	14,9	24,1	2,7	50,8	100,0
Totalt	54,7	14,2	11,8	1,1	18,2	100,0

Källa: SNAC-K

Ungefär hälften av de äldsta med en lätt funktionsnedsättning har inga insatser av den offentliga äldreomsorgen. För dem med svår funktionsnedsättning är denna andel inte mer än 7 procent. Andra undersökningar har visat att mycket få av dessa personer uppger att de behöver offentlig hjälp, men att de av olika skäl inte får det. Förklaringen är då att de får den hjälp de behöver av make/maka eller andra anhöriga eller att de kanske inte är medvetna om att de egentligen behöver hjälp.

Omvänt kan man se på fördelningen på grad av funktionsnedsättning per insats/boendeform (tabell 15). Värdena är beräknade på samma sätt som ovan. Ett enkelt index har beräknats som avspeglar "vårdtyngden" i respektive insats/boendeform¹¹.

¹¹ Index: Ingen nedsättning=1; Lätt nedsättning=1,96; Svår nedsättning=3,56; Värdena har bestämts utgående från insatsen av hemtjänsttimmar i respektive nivå av funktionsnedsättning (SNAC-K).

Tabell 15. Fördelning på grad av funktionsnedsättning år 2012 per insats/boendeform, 78 år eller äldre, procent.

	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt	Index
Ordinärt boende, ingen insats	82,0	15,4	2,6	100	1,21
Ordinärt boende, liten insats	16,0	53,5	30,5	100	2,28
Ordinärt boende, stor insats	5,2	32,0	62,8	100	2,88
Mellanboende	3,0	28,7	68,2	100	2,98
Vård- och omsorgsboende	1,4	9,5	89,1	100	3,32

Källa: SNAC-K

Andelen med svår nedsättning är av naturliga skäl högst i vård- och omsorgsboendet. Värt att notera är att andelen är ungefär lika hög i mellanboendet som för dem i ordinärt boende med stora insatser.

Antalet veckotimmar hemtjänst som beviljas i ordinärt boende eller mellanboende beror starkt på graden av funktionsnedsättning men i viss mån också på andra faktorer såsom boendeformen (tabell 16). I tabellen visas också det uppskattade antalet veckotimmar informell omsorg i respektive fall. Dessa uppgifter är baserade på SNAC-K och SNAC-N, befolkningsdelen, utom för det särskilda boendet, där uppgifterna är hämtade från SNAC-K, vårdsystemdelen.

Insatserna av formell hemtjänst är högre i mellanboendet än i ordinärt boende men bara för dem med svår nedsättning. Skillnaden visar sig främst ligga i kvälls- och nattinsatser, som är betydligt vanligare i mellanboendet (servicehusboendet). Omfattningen av den informella omsorgen är starkt beroende av graden av funktionsnedsättning om personen inte har formella insatser. För de personer som är beviljade formella insatser påverkas de informella insatserna inte lika mycket av hur funktionsnedsatt personen är.

Tabell 16. Genomsnittligt antal veckotimmar hemtjänst per grad av funktionsnedsättning och insats/boendeform, formell respektive informell omsorg, för gruppen 78 år eller äldre.

	Ingen formell insats	Ordinärt boende Liten formell insats		Ordinärt boende Stor formell insats		Mellanboende		Vård- och omsorgsboende
	Informell	In-formell	Formell	In-formell	Formell	In-formell	Formell	Informell
Ingen nedsättning	1,6	2,5	1,9	4,2	7,3	1,4	1,1	0,4
Liten nedsättning	1,6	2,3	1,2	3,4	10,0	2,4	3,3	0,9
Svår nedsättning	3,3	3,6	2,4	5,0	15,1	1,9	18,1	0,7
Totalt	1,6	2,7	1,7	4,5	13,1	2,1	13,4	0,7

Källa: SNAC-K och SNAC-N

2.4 KOSTNADER

Kostnaderna för äldreomsorgen består dels av registrerade kostnader för den offentliga omsorgen, dels av uppskattade samhällskostnader för den informella omsorgen. De senare beror i hög grad på vilken timkostnad man antar för insatserna. Här finns olika principer, – alternativkostnader, motsvarande till exempel kostnad vid professionella insatser eller anhörigas genomsnittliga inkomst. Beroende på vilken kostnad som antas får man vitt skilda resultat. Den siffra som använts i skattningen, 150 kronor per timme, kan anses vara ett rimligt riktvärde.

Tabell 17. Kostnader för äldreomsorg och hälso- och sjukvård per åldersgrupp (SNAC-åldersgrupper) och kön, 2012, miljoner kronor, fördelning i procent.

	Formell omsorg	Andel (%)	Hälso- och sjukvård	Andel (%)	Informell omsorg	Andel (%)	Totalt	Andel (%)
Kvinnor								
78 år	1 538	6,9	1 902	11,7	341	11,2	3 781	9,1
81 år	1 818	8,2	1 831	11,3	255	8,3	3 904	9,4
84 år	2 544	11,5	1 572	9,7	238	7,8	4 355	10,5
87 år	3 085	13,9	1 872	11,5	183	6,0	5 141	12,4
90 år	3 328	15,0	1 808	11,1	173	5,7	5 309	12,8
93 år	2 827	12,8	1 036	6,4	82	2,7	3 945	9,5
Alla kvinnor	15 140	68,3	10 021	61,6	1 273	41,6	26 434	63,7
Män								
78 år	1 018	4,6	1 415	8,7	371	12,1	2 804	6,8
81 år	1 194	5,4	1 577	9,7	400	13,1	3 171	7,6
84 år	1 354	6,1	1 037	6,4	382	12,5	2 773	6,7
87 år	1 404	6,3	846	5,2	310	10,1	2 560	6,2
90 år	1 242	5,6	872	5,4	221	7,2	2 334	5,6
93 år	811	3,7	5 06	3,1	103	3,4	1 420	3,4
Alla män	7 023	31,7	6 254	38,4	1 785	58,4	15 063	36,3
Samtliga	22 163	100 %	16 275	100 %	3 058	100 %	41 497	100 %

I tabell 17 redovisas vård - och omsorgskostnaderna för "SNAC-åldersgrupperna", (78 år eller äldre) för formell och informell samt totalt, uppdelat på åldersgrupp och kön. Dessa kostnader avser verksamheten år 2012. De totala kostnaderna för samtliga åldersgrupper ligger för den formella omsorgen omkring fem gånger högre (jfr nedan), för den informella omsorgen cirka tio gånger högre. Skillnaden beror på att den informella omsorgen har en annan åldersfördelning med betydligt större andel personer under 78 år. Att notera är att kvinnorna står för drygt två tredjedelar av kostnaderna för den totala vården och omsorgen för de äldre i dessa åldergrupper. Andelen är något högre för den formella äldreomsorgen än för hälso- och sjukvården. För den informella omsorgen faller huvuddelen av kostnaderna på männen. Med de priser på den informella omsorgen som här antagits blir kostnaderna för den informella omsorgen betydligt lägre än för den formella. Det bör dock betonas att vid uppräknade till hela antalet 65 år och äldre, tiodubblas kostnaderna för den informella omsorgen i stort sett, medan kostnaderna för den formella omsorgen och för hälso- och sjukvården endast femdubblas (jämför tabell 18), vilket medför att proportionerna mellan de olika vård- och omsorgsinsatserna förändras.

Man kan vidare utläsa att för kvinnorna ökar kostnaderna för den formella äldreomsorgen starkt med växande ålder, medan de för männen är ganska oförändrade. För hälso- och sjukvården ser man det omvända mönstret. För männen faller kostnaderna med åldern, medan det för kvinnorna inte finns någon klar tendens. En betydligt större del av den formella än av den informella äldreomsorgen faller här på de äldsta åldersgrupperna. I de äldsta åldersgrupperna är det färre personer med funktionsnedsättning som saknar formell omsorg. Samtidigt kan färre av de äldsta ha möjlighet att få hjälp av make/maka eller andra anhöriga.

Fördelningen av kostnaderna på insats/boendeform respektive grad av funktionsnedsättning enligt modellberäkningarna framgår av tabellerna 18 och 19 nedan. Observera att kostnaderna här är uppräknade till samtliga personer 65 år och äldre. Beräkningarna bygger på kostnaden per person per grad av funktionsnedsättning och insats/boendeform år 2012.

Tabell 18. Årlig kostnad för vården och omsorgen per person per grad av funktionsnedsättning och insats/boendeform, uppräknat till samtliga 65 år och äldre i befolkningen, kronor, 2012

Funktionsnedsättning	Insats/ boendeform	Informell omsorg	Formell omsorg	Hälso- och sjukvård	Summa
Ingen					
	Ordinärt boende, ingen insats	12 392	0	51 950	64 342
	Ordinärt boende, liten insats	19 693	66 844	97 512	184 049
	Ordinärt boende, stor insats	32 843	255 938	42 053	330 833
	Mellanboende	10 947	44 033		54 981
	Vård- och omsorgsboende	3 242	690 000		693 242
	Samtliga	12 635	4 233	52 757	69 626
Lätt					
	Ordinärt boende, ingen insats	12 820	0	107 244	120 064
	Ordinärt boende, liten insats	17 877	43 424	93 442	154 744
	Ordinärt boende, stor insats	26 348	350 574	178 743	555 666
	Mellanboende	18 735	137 907	93 866	250 508
	Vård- och omsorgsboende	7 125	690 000	32 203	729 328
	Samtliga	15 259	82 352	108 278	205 889
Svår					
	Ordinärt boende, ingen insats	26 019	0	286 431	312 450
	Ordinärt boende, liten insats	28 178	85 115	81 849	195 142
	Ordinärt boende, stor insats	39 235	527 053	129 966	696 254
	Mellanboende	15 085	746 017		761 102
	Vård- och omsorgsboende	5 225	690 000	46 424	741 649
	Samtliga	19 128	488 329	96 775	604 231
Alla					
	Ordinärt boende, ingen insats	12 812	0	66 557	79 368
	Ordinärt boende, liten insats	21 311	59 895	90 556	171 762
	Ordinärt boende, stor insats	34 778	456 470	141 009	632 256
	Mellanboende	16 008	549 953	26 967	592 928
	Vård- och omsorgsboende	5 378	690 000	44 425	739 804
	Samtliga	14 273	103 826	71 092	189 191

Tabell19. Totala kostnader för äldreomsorg och hälso- och sjukvård per insats/boendeform (uppräknat till samtliga, 65 år och äldre), miljoner kronor, 2012.

	Ordinärt boende Ingen insats	Ordinärt boende Liten insats	Ordinärt boende Stor insats	Mellanboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt
Formell omsorg	0	5 643	30 516	3 265	62 321	101 746
Hälso- och sjukvård	57 872	8 840	10 949	241	5 008	82 910
Informell omsorg	20 341	2 008	2 325	95	486	25 255
Totalt	78 213	16 491	43 790	3 601	67 815	209 911

Huvuddelen av kostnaderna för den formella äldreomsorgen (61 procent) faller på vård- och omsorgsboendet. För hälso- och sjukvården och för den informella omsorgen ligger i stället huvuddelen av kostnaderna (70 respektive 80 procent) på dem som inte har insatser av formell äldreomsorg. I tabell 20 visas samma totala kostnader fördelade med avseende på graden av funktionsnedsättning.

Tabell 20. Totala kostnader för äldreomsorgen och hälso- och sjukvård (uppräknat till samtliga, 65 år och äldre) per grad av funktionsnedsättning, miljoner kronor, 2012.

	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
Formell äldreomsorg	2 772	15 856	83 118	101 746
Hälso- och sjukvård	38 760	24 210	19 940	82 910
Informell omsorg	16 551	4 692	4 012	25 255
Totalt	58 083	44 758	107 070	209 911

För den formella äldreomsorgen utgör huvuddelen av kostnaden insatser för personer med svår funktionsnedsättning (82 procent). För hälso- och sjukvården är insatserna mer jämnt fördelade. Nästan hälften av dessa kostnader faller på personer utan långvarig fysisk funktionsnedsättning (såsom den är definierad i detta arbete). För den informella omsorgen utgör kostnaderna för personer utan funktionsnedsättning två tredjedelar. Den följande tabellen 21 visar fördelningen av de totala kostnaderna för den informella omsorgen, den formella omsorgen respektive för hälso- och sjukvården samt totalt fördelat på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning.

Tabell 21. Fördelningen av kostnaderna för äldreomsorgen och hälso- och sjukvården på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning, procent, 2012.

	Ordinärt boende Ingen insats	Ordinärt boende Liten insats	Ordinärt boende Stor insats	Mellanboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt
Informell omsorg						
Ingen nedsättning	95,3	3,3	1,4	0,0	0,1	100
Lätt nedsättning	50,7	27,1	19,0	1,1	2,2	100
Svår nedsättning	15,2	21,3	48,5	1,8	13,2	100
Totalt	67,4	12,4	16,0	0,7	3,6	100
Hälso- och sjukvård						
Ingen nedsättning	95,0	4,5	0,5	0,0	0,0	100
Lätt nedsättning	59,7	19,3	19,6	0,7	0,7	100
Svår nedsättning	36,5	9,9	33,8	0,1	19,7	100
Totalt	68,5	10,6	15,2	0,2	5,3	100
Formell omsorg						
Ingen nedsättning	0,0	33,1	32,6	0,3	34,0	100
Lätt nedsättning	0,0	12,2	46,8	1,5	39,6	100
Svår nedsättning	0,0	2,5	25,5	3,5	68,5	100
Totalt	0,0	4,8	28,9	3,1	63,2	100
All vård och omsorg						
Ingen nedsättning	87,2	6,0	3,7	0,0	3,0	100
Lätt nedsättning	26,6	16,1	34,2	1,1	21,9	100
Svår nedsättning	3,4	4,1	27,7	3,3	61,5	100
Totalt	23,8	6,7	24,3	2,3	42,9	100

För personer utan funktionsnedsättning faller nästan hela kostnaden för den informella omsorgen på personer utan äldreomsorg. Detsamma gäller för hälso- och sjukvården. Andelen sjunker sedan med graden av funktionsnedsättning. Omkring en fjärdedel av de sammanlagda kostnaderna för vården och omsorgen av de äldre faller på personer som inte har formell äldreomsorg, en tredjedel på personer i ordinärt boende med äldreomsorg och drygt 40 procent på dem som bor i vård- och omsorgsboende. Värt att notera är att en så pass stor andel av kostnaderna för den formella äldreomsorgen för dem utan funktions-

nedsättning faller på vård- och omsorgsboendet. Det sammanhänger med att kostnaderna för formell äldreomsorg i denna grupp är så pass små (2,5 procent av totalt, jfr tabell 14). Även några få personer i den dyraste omsorgsformen kan då påverka resultatet.

3 Resultat av simuleringar

3.1 OFÖRÄNDRAD OMFATTNING AV ÄLDREOMSORGEN ÅR 2025 OCH OFÖRÄNDRAD OHÄLSA (GRUNDALTERNATIVET)

Grundalternativet utgår från förutsättningen om en oförändrad omfattning av äldreomsorgen per åldersgrupp och kön samtidigt som vi antar att fördelningen på grad av funktionsnedsättning – per åldersgrupp och kön - är oförändrad. Vi antar således att omfattningen av äldreomsorgen och de äldres långvariga fysiska funktionsnedsättning år 2025 är den samma som år 2012. Grundalternativet är alltså en renodlad befolkningsframskrivning.

Genom att antalet äldre förväntas öka starkt och olika i olika åldersgrupper till år 2025, förändras dock strukturen på äldreomsorgen indirekt och - framför allt - kostnaderna ökar. Tabell 22 visar de beräknade kostnaderna för äldreomsorgen, formell och informell, år 2025, per åldersgrupp och kön givet en oförändrad struktur, enligt grundalternativet. Resultatet kan jämföras med tabell 17 ovan, som visar motsvarande resultat för år 2012.

Fördelningen av kostnaderna på insats/boendeform respektive grad av funktionsnedsättning år 2025 (grundalternativet) framgår av tabellerna 23 och 24 nedan. Kostnaderna är i dessa tabeller uppräknade till samtliga personer 65 år och äldre.

Enligt modellens beräkningar (jämför tabell 19 och 23) ökar den sammanlagda kostnaden för vården och omsorgen, samtliga 65 år och äldre, med 30 procent under perioden 2012 - 2025, motsvarande 2,1 procent per år i fasta priser. Den beräknade ökningen för äldreomsorgen är något högre än för hälso- och sjukvården (34 respektive 28 procent). Det bör betonas att beräkningarna bygger på antagandet om oförändrad vård- och omsorgskonsumtion per åldersgrupp och kön samt fasta priser.

Även kostnaderna för den informella omsorgen beräknas öka, men något mindre än den formella omsorgen - 20 procent, vilket motsvarar 1,5 procent per år. Befolkningsförändringen medför således, allt annat lika, också en ökande omsorgsbörda för anhöriga och andra närstående. Vårt att notera är vidare att kvinnornas andel av äldreomsorgen minskar, liksom andelen som faller på de äldsta åldersgrupperna. Det är först mot 2020-talets slut som 40-talisterna kommer upp i de äldsta åldersgrupperna med fortsatta kostnadsökningar som följd.

Tabell 22. Kostnader för äldreomsorgen och hälso- och sjukvården per åldersgrupp (SNAC-åldersgrupper) och kön, år 2025, grundalternativet, miljoner kronor, fördelning i procent

	Formell omsorg	Andel (%)	Hälso- och sjukvård	Andel (%)	Informell omsorg	Andel (%)	Totalt	Andel (%)
Kvinnor								
78 år	2 557	7,8	3 081	13,9	565	12,2	6 203	10,4
81 år	3 430	10,4	2 828	12,7	419	9,0	6 677	11,2
84 år	3 776	11,4	1 822	8,2	289	6,2	5 887	9,8
87 år	4 245	12,9	2 032	9,1	211	4,6	6 488	10,8
90 år	3 910	11,9	1 784	8,0	186	4,0	5 880	9,8
93 år	3 291	10,0	1 037	4,7	94	2,0	4 422	7,4
Alla kvinnor	21 209	64,3	12 583	56,6	1 764	38,1	35 556	59,4
Män								
78 år	1 846	5,	2 577	11,6	684	14,8	5 107	8,5
81 år	2 465	7,5	2 918	13,1	774	16,7	6 157	10,3
84 år	2 329	7,1	1 466	6,6	562	12,1	4 357	7,3
87 år	2 229	6,8	1 120	5,0	426	9,2	3 775	6,3
90 år	1 736	5,3	1 074	4,8	283	6,1	3 093	5,2
93 år	1 174	3,6	506	2,3	141	3,0	1 821	3,0
Alla män	11 779	35,7	9 661	43,4	2 870	61,9	24 310	40,6
Samtliga	32 989	100	22 245	100	4 634	100	59 868	100

Tabell 23. Totala kostnader för äldreomsorgen och hälso- och sjukvården, samtliga 65 år och äldre, per insats/boendeform, år 2025, grundalternativet, miljoner kronor.

	Ordinärt boende Ingen insats	Ordinärt boende Liten insats	Ordinärt boende Stor Insats	Mellan-boende	Vård- och omsorgs-boende	Totalt
Formell omsorg	0	7 063	39 618	4 189	85 832	136 701
Hälso- och sjukvård	72 959	11 778	14 536	347	6 585	106 205
Informell omsorg	23 518	2 832	3 288	137	714	30 489
Totalt	96 477	21 673	57 442	4 673	93 131	273 395

Huvuddelen av kostnaderna för den formella äldreomsorgen (63 procent) faller även år 2025 på vård- och omsorgsboende (tabell 24). Andelen är i stort sett oförändrad jämfört med år 2012 (jämför tabell 20 och 24). För hälso- och sjukvården är kostnadsbilden omvänd. De som inte har formell äldreomsorg står för 69 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna. Likaså faller den större delen av kostnaderna (77 procent) för den informella omsorgen på dem som inte har insatser av formell omsorg, men denna andel minskar något jämfört med 2012.

Tabell 24. Totala kostnader för äldreomsorgen och hälso- och sjukvården, samtliga 65 år och äldre, per grad av funktionsnedsättning, grundalternativet, år 2025, miljoner kronor.

	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
Formell äldreomsorg	4 464	22 923	109 315	136 701
Hälso- och sjukvård	53 390	30 476	22 339	106 205
Informell omsorg	20 127	5 637	4 724	30 488
Totalt	77 981	59 036	136 378	273 394

Av kostnaderna för den formella äldreomsorgen år 2025 faller den största delen på dem med svår nedsättning, 80 procent, vilket är en något lägre andel än 2012. Detta har ett samband med att befolkningstillväxten fram till år 2025 i första hand berör de yngre grupperna jämfört med de äldre. Hälften av hälso- och sjukvårdskostnaderna ligger på personerna utan funktionsnedsättning och för den informella omsorgen är denna andel två tredjedelar. Andelen är ungefär lika hög som år 2012.

3.2 LEVNADSBANOR VID OFÖRÄNDRAD HÄLSA

Som redovisats ovan har två modeller tagits fram för analys av effekten av förändringar i äldreomsorgen. Levnadsbanemodellen visar utvecklingen över tid på individnivå i termer av sannolikheten för olika utfall givet utgångsläget. I de resultat som presenteras nedan antas en ohäls fördelning som år 2012 och en fördelning på insats/boendeform som i föregående avsnitt. Resultaten avser utvecklingen i treårssteg utgående från 78 års ålder. Tabell 25a och 25b visar fördelningen på död och på grad av funktionsnedsättning efter tre, sex, nio, tolv och femton år för män respektive kvinnor.

Tabell 25a. Kvinnornas fördelning på död respektive grad av funktionsnedsättning efter tre, sex, nio, tolv och femton år, och med en initial ålder på 78 år, procent

	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		74,8	17,5	7,7	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	4,5	80,4	15,0	4,6	100
Lätt nedsättning	14,4	18,2	52,1	29,7	100
Svår nedsättning	50,2	0,0	14,5	85,5	100
Summa	9,7	66,7	21,1	12,2	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	13,3	64,7	21,9	13,3	100
Lätt nedsättning	37,9	23,3	35,6	41,1	100
Svår nedsättning	78,8	1,9	14,6	83,5	100
Summa	22,6	57,6	23,7	18,7	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	28,3	50,5	24,0	25,4	100
Lätt nedsättning	61,1	25,2	26,1	48,6	100
Svår nedsättning	92,0	4,1	12,7	83,1	100
Summa	39,0	47,3	24,1	28,6	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	48,9	37,4	22,1	40,4	100
Lätt nedsättning	78,6	24,4	20,2	55,4	100
Svår nedsättning	97,3	6,8	10,6	82,6	100
Summa	57,8	36,1	21,9	42,0	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	69,6	23,9	16,6	59,5	100
Lätt nedsättning	89,4	18,6	14,6	66,8	100
Svår nedsättning	99,1	7,9	8,1	84,0	100
Summa	75,3	23,4	16,4	60,1	100

Tabell 25b. Männens fördelning på död respektive grad av funktionsnedsättning efter tre, sex, nio, tolv och femton år, och med en initial ålder på 78 år, procent

	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		84,0	9,3	6,7	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	9,2	84,0	10,7	5,3	100
Lätt nedsättning	24,6	22,8	40,7	36,5	100
Svår nedsättning	66,7	0,0	11,8	88,2	100
Summa	14,5	76,8	13,2	10,0	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	25,2	71,5	16,9	11,6	100
Lätt nedsättning	58,2	33,3	28,1	38,6	100
Svår nedsättning	91,8	2,6	13,9	83,5	100
Summa	32,8	68,7	17,5	13,7	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	45,4	59,4	22,1	18,5	100
Lätt nedsättning	78,9	40,6	24,8	34,6	100
Svår nedsättning	98,1	8,3	15,8	75,9	100
Summa	52,1	58,5	22,2	19,3	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	66,3	46,9	26,0	27,1	100
Lätt nedsättning	89,6	40,2	25,8	34,0	100
Svår nedsättning	99,6	17,9	18,9	63,3	100
Summa	70,7	46,6	26,0	27,3	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	83,3	34,3	28,3	37,4	100
Lätt nedsättning	95,4	32,4	27,8	39,7	100
Svår nedsättning	99,9	23,7	23,6	52,7	100
Summa	85,6	34,2	28,3	37,5	100

Det framgår av tabellerna 25a och 25b att utgångsläget ingen, lätt eller stor funktionsnedsättning har stor betydelse för det framtida utfallet såväl när det gäller dödlighet som funktionsnedsättning. Effekten av utgångsläget avtar dock över tiden. Efter femton år kvarstår nästan inga skillnader. När det gäller funktionsnedsättningen kan man notera effekten av selektion. De mest nedsatta dör tidigare och kvar blir de med bättre initiala förutsättningar. Förbättring över tiden förekommer. Att personer med initialt stor nedsättning efter femton år är utan nedsättning verkar märkligt, men kan förklaras med att det rör sig om ett mycket litet antal personer.

En annan aspekt på levnadsbanan är utvecklingen av insats/boendeform. I tabeller 26a och 26b nedan visas andelen döda och fördelningen på insats/boendeform för de överlevande efter tre, sex, nio, tolv och femton år för personer 78 år och som initialt inte hade insatser av äldreomsorg. Fördelningen visas för kvinnor respektivemän.

Andelen kvinnor och män utan insatser av äldreomsorgen avtar med tiden – snabbare för kvinnorna än för männen. Som man kan vänta ökar också insatsernas omfattning och allt fler av de överlevande övergår till att vårdas i vård- och omsorgsboende. Kvinnorna har genomgående en högre sannolikhet att förr eller senare komma till vård- och omsorgsboende än männen.

Tabell 26a. Kvinnornas fördelning på död respektive insats/ boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år, och med en initial ålder på 78 år, procent.

	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		86,9	4,5	3,7	0,3	4,6	100
<i>Efter tre år</i>							
Ordinärt ingen insats	5,2	85,8	6,9	4,2	0,2	2,9	100
Ordinärt liten insats	21,3	8,3	57,4	14,2	2,5	17,7	100
Ordinärt stor insats	33,3	3,4	1,7	57,9	3,5	33,4	100
Mellanboende	36,3	0,0	0,0	0,0	62,5	37,4	100
Vård-/omsorgsboende	62,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	9,7	78,6	8,6	5,9	0,5	6,3	100
<i>Efter sex år</i>							
Ordinärt ingen insats	15,9	72,9	10,5	7,7	0,7	8,2	100
Ordinärt liten insats	48,1	12,6	33,9	18,3	3,7	31,5	100
Ordinärt stor insats	65,0	4,4	3,1	38,4	4,5	49,7	100
Mellanboende	71,4	0,0	0,0	0,0	40,3	59,7	100
Vård-/omsorgsboende	87,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	22,6	69,3	11,0	8,5	0,9	10,3	100
<i>Efter nio år</i>							
Ordinärt ingen insats	32,1	58,3	13,5	11,3	1,1	15,8	100
Ordinärt liten insats	71,3	14,5	21,8	18,5	3,6	41,6	100
Ordinärt stor insats	85,1	4,6	4,0	27,3	4,3	59,9	100
Mellanboende	90,3	0,1	0,0	0,1	25,5	74,4	100
Vård-/omsorgsboende	96,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	39,0	56,7	13,5	11,6	1,2	17,0	100

Tabell 26a Fortsättning

	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	52,4	40,4	15,6	15,5	1,7	26,8	100
Ordinärt liten insats	86,7	14,3	14,9	17,6	3,5	49,7	100
Ordinärt stor insats	94,9	4,8	4,4	20,0	3,9	66,9	100
Mellanboende	97,5	0,1	0,1	0,1	16,2	83,5	100
Vård-/omsorgsboende	99,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	57,8	39,8	15,6	15,5	1,7	27,4	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	72,0	17,2	17,9	19,8	2,3	42,7	100
Ordinärt liten insats	94,5	8,5	12,3	17,4	3,2	58,6	100
Ordinärt stor insats	98,4	3,5	5,0	15,3	3,3	72,9	100
Mellanboende	99,4	0,1	0,1	0,2	9,8	89,8	100
Vård-/omsorgsboende	99,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	75,3	17,1	17,8	19,8	2,3	43,0	100

Tabell 26b. Männens fördelning på död respektive insats/ boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år, och med en initial ålder på 78 år, procent.

	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		91,4	2,0	2,3	0,1	4,2	100
<i>Efter tre år</i>							
Ordinärt ingen insats	10,0	86,4	6,1	3,7	0,3	3,6	100
Ordinärt liten insats	36,9	7,1	48,8	14,3	3,8	26,0	100
Ordinärt stor insats	53,2	1,7	1,0	48,7	4,6	44,0	100
Mellanboende	55,1	0,0	0,0	0,0	60,8	39,2	100
Vård-/omsorgsboende	78,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	14,5	83,1	6,6	4,4	0,4	5,5	100
<i>Efter sex år</i>							
Ordinärt ingen insats	27,6	76,8	9,0	6,0	0,6	7,5	100
Ordinärt liten insats	71,8	14,0	28,9	16,5	4,3	36,4	100
Ordinärt stor insats	86,0	2,7	2,0	31,6	5,1	58,5	100
Mellanboende	88,7	0,0	0,0	0,0	38,4	61,5	100
Vård-/omsorgsboende	96,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	32,8	75,8	9,1	6,2	0,7	8,2	100
<i>Efter nio år</i>							
Ordinärt ingen insats	47,9	65,9	11,8	8,6	0,9	12,7	100
Ordinärt liten insats	89,3	22,5	19,8	15,2	3,7	38,7	100
Ordinärt stor insats	96,8	4,6	3,3	22,6	4,8	64,7	100
Mellanboende	98,0	0,1	0,0	0,0	25,2	74,6	100
Vård-/omsorgsboende	99,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	52,1	65,6	11,9	8,7	1,0	13,0	100

Tabell 26b Fortsättning

	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	68,0	52,1	15,2	12,0	1,3	19,4	100
Ordinärt liten insats	96,2	29,8	16,6	14,5	2,9	36,2	100
Ordinärt stor insats	99,4	9,4	5,6	17,6	4,1	63,4	100
Mellanboende	99,7	0,4	0,1	0,1	17,2	82,2	100
Vård-/omsorgsboende	99,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	70,7	52,0	15,2	12,0	1,4	19,5	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	84,2	33,1	19,4	16,4	1,8	29,4	100
Ordinärt liten insats	98,6	26,1	18,2	16,3	2,3	37,1	100
Ordinärt stor insats	99,9	14,4	10,5	15,7	3,0	56,4	100
Mellanboende	100,0	1,1	0,7	0,6	10,7	86,8	100
Vård-/omsorgsboende	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	85,6	33,1	19,4	16,4	1,8	29,4	100

3.3 ALTERNATIV FÖRDELNING AV ÄLDREOMSORGEN ÅR 2025 VID OFÖRÄNDRAD TOTAL OMFATTNING

Tre varianter av omfördelning mellan äldreomsorgens olika omsorgsalternativ kommer att studeras:

- Ökad andel i ordinärt boende med stora insatser – motsvarande minskning av övriga insatser
- Ökad andel i mellanboende – motsvarande minskning av övriga insatser
- Ökad andel i vård- och omsorgsboende – motsvarande minskning av övriga insatser.

Det första omfördelningsalternativet kan sägas motsvara en ökad tillämpning av kvarboendeprincipen. De två andra representerar en ökad satsning på särskilt boende, antingen i form av mellanboende eller som vård- och omsorgsboende. I tabell 27 nedan visas den antagna fördelningen på insats/boendeformer i respektive alternativ. Modellerna räknar automatiskt om de totala fördelningarna till fördelningar per åldersgrupp och kön samt per grad av funktionsnedsättning.

Tabell 27. Fördelningen på insats/boendeformer i respektive omfördelningsalternativ med antagande om oförändrad omfattning år 2025, procent.

	Ordinärt boende Ingen insats	Ordinärt boende Liten insats	Ordinärt boende Stor insats	Mellanboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt
Ingen omfördelning	74,7	8,4	6,7	0,6	9,7	100
Ökad andel i ordinärt boende	74,7	8,4	9,7	0,6	6,7	100
Ökad andel i mellanboende	74,7	8,4	3,7	3,6	9,7	100
Ökad andel i vård- och omsorgsboende	74,7	8,4	3,7	0,6	12,7	100

Anmärkning: Genom att kalibreringsmetoden genom målsökning inte ger absolut exakt träff kan det förekomma avvikelser +/- 0,1 procent i dessa andelar. Detta saknar praktisk betydelse.

Skillnaden mellan omfördelningsalternativen är som synes ganska stor. Den är mer avsedd att tydliggöra effekten av omfördelningen än att vara realistisk. Omfördelningen av insatser/boendeform inverkar på fördelningen på grad av funktionsnedsättning genom att förändringen i funktionsnedsättning över en treårsperiod beror något på insats-/boendeform. Denna inverkan är dock så liten att den här kan bortses ifrån.

Tabellerna 28 - 30 visar fördelningen på funktionsnedsättning per insats-/boendeform och omvänt i de olika omfördelningsalternativen. I grundalternativet antas att äldreomsorgen år 2025 ser ut precis som år 2012 när det gäller fördelningen av de äldre på grad av funktionsnedsättning (per åldersgrupp och kön räknat) och på insats/boendeform. Endast antalet äldre skiljer markant från år 2012 som framgått av tabell 1 ovan. Resultatet avviker ändå från år 2012 (jämför med tabellerna 14 och 15) eftersom fördelningen på åldersgrupper och kön i befolkningen förväntas ändras till år 2025.

I tabellerna 29a och 29b visas motsvarande resultat för det fall då äldreomsorgen omfördelats så att en större andel äldre får stora insatser i ordinärt boende i stället för vård- och omsorgsboende.

Tabell 28 a. Grundalternativet år 2025 - Fördelning på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning, procent.

	Ordinärt boende Ingen insats	Ordinärt boende Liten insats	Ordinärt boende Stor insats	Mellanboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt
Ingen nedsättning	96,5	2,6	0,7	0,0	0,2	100
Lätt nedsättning	54,7	25,9	13,1	1,1	5,2	100
Svår nedsättning	8,4	12,2	23,9	2,4	53,1	100
Samtliga	74,7	8,4	6,7	0,6	9,7	100

Tabell 28 b. Grundalternativet år 2025 - Fördelning på grad av funktionsnedsättning per insats/boendeform, procent.

	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt	Index
Ordinärt boende, ingen insats	84,8	13,3	1,8	100	1,17
Ordinärt boende, liten insats	20,2	56,3	23,5	100	2,13
Ordinärt boende, stor insats	6,6	35,8	57,6	100	2,78
Mellanboende	3,6	32,1	64,2	100	2,91
Vård- och omsorgsboende	1,5	9,8	88,7	100	3,31
Samtliga	65,7	18,2	16,1	100	1,58

Tabell 29 a. Utökade insatser i ordinärt boende år 2025 - Fördelning på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning, procent.

	Ordinärt boende Ingen insats	Ordinärt boende Liten insats	Ordinärt boende Stor insats	Mellanboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt
Ingen nedsättning	96,6	2,5	0,8	0,0	0,1	100
Lätt nedsättning	55,4	25,6	16,0	0,8	2,2	100
Svår nedsättning	8,7	12,6	38,6	2,7	37,5	100
Samtliga	74,7	8,4	6,7	0,6	9,7	100

Tabell 29 b. Utökade insatser i ordinärt boende år 2025 - Fördelning på grad av funktionsnedsättning per insats/boendeform, procent.

	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt	Index
Ordinärt boende, ingen insats	84,6	13,5	1,9	100	1,18
Ordinärt boende, liten insats	19,3	55,9	24,8	100	2,16
Ordinärt boende, stor insats	5,3	29,8	65,0	100	2,91
Mellanboende	1,9	23,4	74,8	100	3,09
Vård- och omsorgsboende	0,9	6,1	93,0	100	3,38
Samtliga	65,4	18,2	16,4	100	1,59

Utökningen av andelen personer i ordinärt boende med stora insatser medför vid oförändrad total omfattning av äldreomsorgen att andelen personer med lätt funktionsnedsättning och som får insatser i ordinärt boende, ökar från 39 procent till 42 procent, för personer med svår funktionsnedsättning blir motsvarande ökning från 36 procent till 51 procent. Som en följd av omfördelningen ökar indexet för "vårdtyngd" i ordinärt boende med stora insatser från 2,78 till 2,91. Andelen med svår nedsättning av dem med stora insatser i ordinärt boende ökar från 58 procent till 65 procent. Genom att tröskeln till särskilt boende blir högre ökar index även där – från 2,91 till 3,09 i mellanboendet och från 3,31 till 3,38 i vård- och omsorgsboendet.

I tabellerna 30a och 30b visas motsvarande resultat för fallet utökad andel av mellanboende, givet oförändrad omfattning totalt.

Tabell 30 a. Utökad mellanboende år 2025 - Fördelning på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning, procent.

	Ordinärt boende Ingen insats	Ordinärt boende Liten insats	Ordinärt boende Stor insats	Mellanboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt
Ingen nedsättning	96,4	2,6	0,4	0,3	0,2	100
Lätt nedsättning	54,1	25,9	8,3	6,3	5,3	100
Svår nedsättning	8,3	11,8	12,2	14,4	53,3	100
Samtliga	74,6	8,4	3,7	3,7	9,6	100

Tabell 30 b. Utökad mellanboende år 2025 - Fördelning på grad av funktionsnedsättning per insats/boendeform, procent.

	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt	Index
Ordinärt boende, ingen insats	85,0	13,2	1,8	100	1,17
Ordinärt boende, liten insats	20,8	56,6	22,5	100	2,11
Ordinärt boende, stor insats	7,6	40,7	51,7	100	2,68
Mellanboende	5,7	31,7	62,6	100	2,87
Vård- och omsorgsboende	1,5	10,0	88,4	100	3,31
Samtliga	65,8	18,3	15,9	100	1,57

En utbyggnad av mellanboendet till att omfatta 3,7 procent av omsorgstagarna medför - givet oförändrad total omfattning av äldreomsorgen - att andelen personer med svår nedsättning som får detta boende, ökar från 2,7 procent till 14 procent samtidigt som andelen i denna grupp som får ordinärt boende med stora insatser minskar från 24 procent till 12 procent. Även för dem med lätt nedsättning sker det en omfördelning från ordinärt boende med stora insatser till mellanboende. Andelen i ordinärt boende med stora insatser reduceras från 13 procent till 8 procent. Index för "vårdtyngd" i mellanboendet minskar vid denna förändring från 2,91 till 2,87 och samtidigt minskar också indexet i ordinärt boende med stora insatser från 2,78 till 2,68 genom att de med större behov av insatser flyttas över.

I de följande tabellerna 31a och 31b visas effekten av att man omfördelar från hemtjänst med stora insatser i det ordinära boendet till vård- och omsorgsboende.

Tabell 31 a. Utökad vård- och omsorgsboende år 2025 - Fördelning på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning, procent.

	Ordinärt boende Ingen insats	Ordinärt boende Liten insats	Ordinärt boende Stor insats	Mellanboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt
Ingen nedsättning	96,4	2,7	0,4	0,1	0,5	100
Lätt nedsättning	54,2	26,2	8,3	1,5	9,8	100
Svår nedsättning	8,2	11,8	12,1	2,1	65,8	100
Samtliga	74,7	8,4	3,7	0,7	12,5	100

Tabell 31 b. Utökad vård- och omsorgsboende år 2025 - Fördelning på grad av funktionsnedsättning per insats/boendeform, procent.

	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt	Index
Ordinärt boende, ingen insats	85,0	13,2	1,7	100	1,17
Ordinärt boende, liten insats	20,9	56,7	22,3	100	2,10
Ordinärt boende, stor insats	7,6	40,8	51,6	100	2,68
Mellanboende	6,7	42,3	51,0	100	2,68
Vård- och omsorgsboende	2,4	14,2	83,4	100	3,22
Samtliga	65,9	18,2	15,9	100	1,57

En utökad andel av vård- och omsorgsboendet får till effekt att andelen personer med svår funktionsnedsättning, som beviljas detta boende, ökar från 53 procent till 66 procent. För personer med lätt nedsättning fördubblas andelen från 5 procent till 10 procent. Betydligt

färre personer med svår funktionsnedsättning får insatser i ordinärt boende – en minskning från 36 procent till 24 procent. Den genomsnittliga vårdtyngden i vård- och omsorgsboendet sjunker genom ökningen från 3,31 till 3,22. Även mellanboendet påverkas. Avlastningen av personer med svår funktionsnedsättning medför där en minskning av vårdtyngdsindex från 2,91 till 2,68.

Beräknade kostnader för de olika strukturalternativen framgår av tabell 32 nedan. Kostnaderna presenteras uppdelat på formell äldreomsorg, informell omsorg, hälso- och sjukvård, samt totalt. Kostnaderna är uppräknade till att motsvara de totala kostnaderna, det vill säga inklusive samtliga åldersgrupper 65 år och äldre. Som jämförelse visas också motsvarande kostnader år 2012.

Tabell 32. Beräknade kostnader för vården och omsorgen i de olika omfördelningsalternativen år 2025 per insats/boendeform samt totalt, miljoner kronor, 2012 års priser.

	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård- och omsorgs- boende	Totalt
Formell omsorg						
År 2012	0	5 643	30 516	3 265	62 321	101 746
År 2025 Grundaltternativet	0	7 063	39 618	4 189	85 832	136 701
År 2025: Omfördelning till ordinärt boende	0	7 075	60 238	4 743	58 723	130 779
År 2025: Omfördelning till mellanboende	0	7 022	21 242	24 714	85 301	138 279
År 2025: Omfördelning till vård- och omsorgsboende	0	7 039	21 022	3 790	111 301	143 151
Informell omsorg						
År 2012	20 341	2 008	2 325	95	486	25 255
År 2025 Grundaltternativet	23 518	2 832	3 288	137	714	30 489
År 2025: Omfördelning till ordinärt boende	23 515	2 818	4 683	126	495	31 637
År 2025: Omfördelning till mellanboende	23 482	2 798	1 885	833	690	29 687
År 2025: Omfördelning till vård- och omsorgsboende	23 536	2 836	1 884	160	941	29 357
Hälso- och sjukvård						
År 2012	57 872	8 840	10 949	241	5 008	82 910
År 2025 Grundaltternativet	72 959	11 778	14 536	347	6 585	106 205
År 2025: Omfördelning till ordinärt boende	73 316	11 694	20 956	279	4 588	110 833
År 2025: Omfördelning till mellanboende	72 710	11 776	8 237	2 082	6 537	101 342
År 2025: Omfördelning till vård- och omsorgsboende	72 704	11 828	8 164	462	8 337	101 495
Totalt						
År 2012	78 213	16 491	43 790	3 601	67 815	209 911
År 2025 Grundaltternativet	96 477	21 673	57 442	4 672	93 131	273 395
År 2025: Omfördelning till ordinärt boende	96 831	21 588	85 877	5 148	63 806	273 248
År 2025: Omfördelning till mellanboende	96 192	21 595	31 364	27 630	92 528	269 308
År 2025: Omfördelning till vård- och omsorgsboende	96 240	21 702	31 069	4 412	120 580	274 003

Enligt dessa beräkningar ger en omfördelning av resurserna från särskilt boende till ordinärt boende en kostnadsminskning för äldreomsorgen och omvänt om omfördelningen går åt det andra hållet. Omfördelning från ordinärt boende till mellanboende ger en viss kostnadsökning men betydligt mindre än för en omfördelning till vård- och omsorgsboende. I samtliga alternativ kostar äldreomsorgen betydligt mer år 2025 än i utgångsläget år 2012. För den informella omsorgen gör omfördelningen ganska liten skillnad. En omfördelning till särskilt boende ger en viss minskning. För hälso- och sjukvården erhålls den lägsta kostnaden vid omfördelning till särskilt boende. Totalt blir kostnaderna enligt denna beräkning lägst vid omfördelning till ordinärt boende.

Förutom dessa alternativ har också beräknats ett alternativ med utökad omfattning av äldreomsorgen, där det antas att andelen personer med omsorg i ordinärt boende, liten insats, ökas med 3 procentenheter och andelen utan omsorg minskas med lika mycket. Detta leder till en kostnadsökning för den offentliga omsorgen med 2,5 procent, det vill säga en ganska måttlig ökning. En följd blir att andel med svår funktionsnedsättning som saknar offentlig äldreomsorg minskar från 8,4 procent till 6,0 procent och att motsvarande andel av dem med lätt nedsättning minskar från 55 procent till 47 procent. Samtidigt ökar andelen som har äldreomsorg men ingen funktionsnedsättning från 3,5 procent till 5,2 procentenheter, det vill säga med hälften.

I bilaga 3 redovisas resultatet av modellberäkningar avsedda att illustrera konsekvenserna av en bibehållen kostnadsnivå år 2025 som år 2012 i fallen "oförändrad" respektive "förbättrad" hälsa. Detta innebär krav på en sänkt servicenivå och det antas i båda fallen att neddragningen sker proportionellt per insats/boendeform, varvid alltså andelen personer utan insatser från äldreomsorgen ökar i samma mån. I det första fallet resulterar nedskärningen i att andelen personer med svår funktionsnedsättning som inte får insatser mer än fördubblas. Andelen som får vård- och omsorgsboende reduceras kraftigt från 53 procent till 41 procent.

I det andra fallet med antagande om förbättrad hälsa är effekten av neddragningen mindre. Även här ökar andelen av dem med svår funktionsnedsättning som inte har insatser men inte alls lika mycket – från 9 procent till 13 procent. Andelen av dem med lätt funktionsnedsättning som har insatser i ordinärt boende minskar från 38 procent till 31 procent och andelen i särskilt boende från 7 procent till 5 procent.

3.4 OMFATTNINGEN AV ÄLDREOMSORGEN ÅR 2025 REDUCERAD MED HÄNSYN TILL MINSKAD OHÄLSA

Den andra gruppen av scenarier utgår från förutsättningen om minskad ohälsa år 2025 och en omfattning av äldreomsorgen, per åldersgrupp och kön räknat, som är reducerad i proportion till denna minskade ohälsa jämfört med år 2012. Detta är alltså en framskrivning baserad på en prognos av antalet personer med behov. Insatser/boendeform per grad av funktionsnedsättning är (approximativt) oförändrat, men fördelningen på dessa grader är förändrad med färre personer med svår funktionsnedsättning (jämfört med de den förra gruppen av scenarier) och fler med lätt eller ingen nedsättning.

Liksom tidigare presenterar vi förutom grundalternativet tre olika omfördelningar mellan insats/boendeformer (se inledning avsnitt 3.3). Det första omfördelningsalternativet kan sägas motsvara en ökad tillämpning av kvarboendeprincipen. De två andra representerar en ökad satsning på särskilt boende, antingen i form av mellanboende eller som vård- och omsorgsboende. I tabell 33 nedan visas den antagna fördelningen på insats/boendeformer i respektive alternativ. Modellerna räknar automatiskt om dessa totala fördelningar till fördelningar per åldersgrupp och kön samt per grad av funktionsnedsättning.

Tabell 33. Fördelningen på insats/boendeformer i respektive omfördelningsalternativ med antagande om minskad omfattning år 2025 med hänsyn till minskad ohälsa, procent.

	Ordinärt boende Ingen insats	Ordinärt boende Liten insats	Ordinärt boende Stor insats	Mellanboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt
Ingen omfördelning	78,4	7,1	5,6	0,5	8,5	100
Ökad andel i ordinärt boende	78,4	7,1	8,6	0,5	5,5	100
Ökad andel i mellanboende	78,4	7,1	2,6	3,5	8,5	100
Ökad andel i vård- och omsorgsboende	78,4	7,1	2,6	0,5	11,5	100

Omfördelningsalternativen är valda efter samma mönster och omfattning som i avsnitt 3.1. Tabellerna 34 - 37 visar fördelningen på funktionsnedsättning per insats/boendeform och omvänt i grundalternativet och de tre olika omfördelningsalternativen.

Tabell 34 a. Grundalternativet år 2025 - Fördelning på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning - Förändrad omfattning i förhållande till minskad ohälsa, procent

	Ordinärt boende Ingen insats	Ordinärt boende Liten insats	Ordinärt boende Stor insats	Mellanboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt
Ingen nedsättning	96,3	2,7	0,7	0,0	0,3	100
Lätt nedsättning	55,1	25,1	13,1	1,1	5,6	100
Svår nedsättning	8,9	12,0	23,2	2,3	53,6	100
Samtliga	78,4	7,1	5,6	0,5	8,5	100

Tabell 34 b. Grundalternativet år 2025 - Fördelning på grad av funktionsnedsättning per insats/boendeform, förändrad omfattning i förhållande till minskad ohälsa, procent.

	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt	Index
Ordinärt boende, ingen insats	88,8	9,6	1,6	100,0	1,13
Ordinärt boende, liten insats	27,5	48,7	23,8	100,0	2,06
Ordinärt boende, stor insats	9,4	32,3	58,4	100,0	2,77
Mellanboende	5,6	29,2	65,2	100,0	2,91
Vård- och omsorgsboende	2,2	9,1	88,8	100,0	3,31
Samtliga	72,2	13,7	14,0	100,0	1,48

Fördelningen på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning är approximativt densamma som i föregående basalternativ (jämför tabell 13). Att överensstämelsen inte är exakt beror på beräkningsmetodiken, där styrningen inte sker per nedsättningsnivå utan totalt. Den minskade förekomsten av funktionsnedsättning, som här antas, medför att andelen äldre personer som har någon form av offentlig äldreomsorg minskar till 21,6 procent att jämföra med 25,3 procent i basalternativet, men är alltså oförändrad räknat per grad av nedsättning. I de följande tabellerna 35a och 35b visas motsvarande resultat vid en omfördelning från vård- och omsorgsboende till insatser i ordinärt boende med stora insatser.

Tabell 35 a. Utökade insatser i ordinärt boende år 2025 - Fördelning på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning, förändrad omfattning i förhållande till minskad ohälsa, procent.

	Ordinärt boende Ingen insats	Ordinärt boende Liten insats	Ordinärt boende Stor insats	Mellanboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt
Ingen nedsättning	96,5	2,6	0,9	0,0	0,1	100
Lätt nedsättning	55,9	24,7	16,6	0,7	2,1	100
Svår nedsättning	9,2	12,4	40,3	2,6	35,4	100
Samtliga	78,4	7,0	8,7	0,5	5,4	100

Tabell 35 b. Utökade insatser i ordinärt boende år 2025 - Fördelning på grad av funktionsnedsättning per insats/boendeform, förändrad omfattning i förhållande till minskad ohälsa, procent.

	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt	Index
Ordinärt boende, ingen insats	88,5	9,8	1,7	100,0	1,14
Ordinärt boende, liten insats	26,3	48,3	25,3	100,0	2,10
Ordinärt boende, stor insats	7,2	26,2	66,6	100,0	2,92
Mellanboende	2,7	20,3	77,0	100,0	3,12
Vård- och omsorgsboende	1,2	5,2	93,6	100,0	3,39
Samtliga	72,0	13,7	14,3	100,0	1,49

Den ökade andelen personer i ordinärt boende med stora insatser medför precis som i basscenariot att andelen personer med lätt funktionsnedsättning, som får insatser i ordinärt boende i stället för särskilt boende (mellanboende plus vård- och omsorgsboende), ökar, i detta fall från 38 procent till 41 procent. För personer med svår funktionsnedsättning blir motsvarande ökning från 35 procent till 53 procent. Som följd av omfördelningen ökar indexet för ”vårdtyngd” i ordinärt boende med stora insatser från 2,77 till 2,92 i detta scenario. Andelen med svår nedsättning av dem med stora insatser i ordinärt boende ökar från 58 procent till 67 procent. Genom att tröskeln till särskilt boende blir högre ökar index även där – från 2,91 till 3,12 i mellanboendet och från 3,31 till 3,39 i vård- och omsorgsboendet. I tabellerna 36a och 36b visas motsvarande resultat för fallet utökning av mellanboendet.

Tabell 36 a. Utökat mellanboende år 2025 - Fördelning på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning, förändrad omfattning i förhållande till minskad ohälsa, procent.

	Ordinärt boende Ingen insats	Ordinärt boende Liten insats	Ordinärt boende Stor insats	Mellanboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt
Ingen nedsättning	96,1	2,8	0,4	0,4	0,3	100
Lätt nedsättning	54,0	25,3	7,3	7,8	5,7	100
Svår nedsättning	8,6	11,5	10,1	16,0	53,9	100
Samtliga	78,2	7,1	2,7	3,6	8,4	100

Tabell 36 b. Utökad mellanboende år 2025 - Fördelning på grad av funktionsnedsättning per insats/boendeform, förändrad omfattning i förhållande till minskad ohälsa, procent.

	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt	Index
Ordinärt boende, ingen insats	89,0	9,5	1,5	100	1,13
Ordinärt boende, liten insats	28,7	48,9	22,3	100	2,03
Ordinärt boende, stor insats	10,9	37,1	52,0	100	2,66
Mellanboende	8,6	29,8	61,6	100	2,83
Vård- och omsorgsboende	2,2	9,3	88,5	100	3,30
Samtliga	72,4	13,8	13,8	100	1,48

I detta ohälsöalternativ medför en utbyggnad av mellanboendet till att omfatta 3,6 procent av omsorgstagarna att andelen personer med svår nedsättning som får detta boende, ökar från 2,3 procent till 16 procent samtidigt som andelen i denna grupp som stora insatser i ordinärt boende minskar från 23 procent till 10 procent. Andelen i gruppen som får vård- och omsorgsboende förblir oförändrad. Även för dem med lätt nedsättning sker det en omfördelning från ordinärt boende med stora insatser till mellanboende – från 13 procent till 7 procent. Index för "vårdtyngd" i mellanboendet minskar vid denna förändring från 2,91 till 2,83 och samtidigt minskar indexet för ordinärt boende, stora insatser, från 2,77 till 2,66 genom att mer beroende omsorgstagare flyttas över.

I de följande tabellerna 37a och 37b visas slutligen effekten av att man omfördelar från hemtjänst med stora insatser i det ordinarie boendet till vård- och omsorgsboende.

Tabell 37 a. Utökad vård- och omsorgsboende år 2025 - Fördelning på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning, förändrad omfattning i förhållande till minskad ohälsa, procent.

	Ordinärt boende Ingen insats	Ordinärt boende Liten insats	Ordinärt boende Stor insats	Mellan- boende	Vård- och omsorgs- boende	Totalt
Ingen nedsättning	96,2	2,8	0,4	0,1	0,6	100
Lätt nedsättning	54,6	25,4	7,0	1,6	11,4	100
Svår nedsättning	8,7	11,6	9,8	1,9	68,0	100
Samtliga	78,4	7,1	2,6	0,5	11,4	100

Tabell 37 b. Utökat vård- och omsorgsboende år 2025 - Fördelning på grad av funktionsnedsättning per insats/boendeform, förändrad omfattning i förhållande till minskad ohälsa, procent.

	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt	Index
Ordinärt boende, ingen insats	88,9	9,5	1,5	100,0	1,13
Ordinärt boende, liten insats	28,5	49,0	22,6	100,0	2,03
Ordinärt boende, stor insats	10,7	37,0	52,3	100,0	2,66
Mellanboende	10,9	40,0	49,1	100,0	2,61
Vård- och omsorgsboende	3,7	13,7	82,6	100,0	3,20
Samtliga	65,9	18,2	15,9	100	1,57

I fallet med anpassning till förbättrad hälsa får en ökad andel vård- och omsorgsboende till effekt att andelen personer med svår funktionsnedsättning som beviljas detta boende ökar från 54 procent till 68 procent. För personer med lätt nedsättning fördubblas här andelen från 5,6 procent till 11 procent. Betydligt färre personer med svår funktionsnedsättning får insatser i ordinärt boende – en minskning från 35 procent till 21 procent. Den genomsnittliga vårdtyngden i vård- och omsorgsboendet sjunker genom utökningen från 3,31 till 3,20. Också här påverkas mellanboendet. Avlastningen av personer med funktionsnedsättning medför en minskning av vårdtyngdsindex från 2,91 till 2,61.

På samma sätt som visats ovan (tabell 32) kan man beräkna kostnader för de olika fördelningsalternativen i scenariot med förbättrad hälsa för år 2025. Som jämförelse visas också motsvarande värden för 2012 (tabell 38). Liksom tidigare är kostnaderna uppräknade till att motsvara samtliga personer, 65 år och äldre.

Tabell 38. Beräknade kostnader för vården och omsorgen i de olika omfördelningsalternativen år 2025 per insats/boendeform samt totalt, vid antagande om minskad ohälsa, miljoner kronor, 2012 års priser.

	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård- och omsorgs- boende	Totalt
Formell omsorg						
År 2012	0	5 643	30516	3 265	62 321	101 746
År 2025 Grundalternativet	0	6 195	33 098	3 473	75 272	118 037
År 2025: Omfördelning till ordinärt boende	0	6 172	53 913	3 952	48 206	112 244
År 2025: Omfördelning till mellanboende	0	6 184	15 151	23 789	74 804	119 928
År 2025: Omfördelning till vård- och omsorgsboende	0	6 179	14 609	2 951	101 037	124 777
Informell omsorg						
År 2012	20 341	2 008	2325	95	486	25 255
År 2025 Grundalternativet	24 520	2 376	2 782	117	632	30 427
År 2025: Omfördelning till ordinärt boende	24 515	2 354	4 204	106	414	31 594
År 2025: Omfördelning till mellanboende	24 440	2 356	1 402	816	609	29 623
År 2025: Omfördelning till vård- och omsorgsboende	24 539	2 379	1 366	133	860	29 277
Hälso- och sjukvård						
År 2012	57 872	8 840	10 949	241	5 008	82 910
År 2025 Grundalternativet	73 486	9 974	11 783	268	5 747	101 258
År 2025: Omfördelning till ordinärt boende	73 852	9 849	18 181	210	3 764	105 856
År 2025: Omfördelning till mellanboende	73 005	10 039	5 721	1 940	5 704	96 409
År 2025: Omfördelning till vård- och omsorgsboende	73 234	10 027	5 522	357	7 474	96 614
Totalt						
År 2012	78 213	16 491	43 790	3 601	67 815	209 911
År 2025 Grundalternativet	98 006	18 544	47 663	3 857	81 652	249 722
År 2025: Omfördelning till ordinärt boende	98 367	18 376	76 298	4 268	52 384	249 694
År 2025: Omfördelning till mellanboende	97 445	18 579	22 274	26 545	81 117	245 960
År 2025: Omfördelning till vård- och omsorgsboende	97 773	18 585	21 497	3 441	109 372	250 668

Den förbättrade funktionsförmågan hos de äldre, som här antas, gör att kostnadsökningen för den formella äldreomsorgen i grundalternativet stannar vid 16 procent jämfört med 34 procent vid oförändrad hälsa. Även i detta fall medför, enligt modellberäkningarna, en omfördelning av resurserna från särskilt boende till ordinärt boende en kostnadsminskning för äldreomsorgen och omvänt om omfördelningen går åt det andra hållet. Omfördelning till mellanboende ger i stort sett samma kostnad som grundalternativet. För den informella omsorgen gör omfördelningen liksom tidigare ganska liten skillnad. För hälso- och sjukvården erhålls lägst kostnad vid omfördelning från ordinärt boende med stora insatser till särskilt boende - mellanboende eller vård- och omsorgsboende gör mycket liten skillnad. Totalt blir kostnaden lägst vid omfördelning från ordinärt boende med stora insatser till mellanboende. Samtliga alternativ kostar mer år 2025 än i utgångsläget år 2012.

3.5 LEVNADSBANOR VID MINSKAD OHÄLSA

På samma sätt som visats ovan när det gällde oförändrad hälsa kan man med hjälp av Levnadsbanemodellen studera utvecklingen över tid på individnivå under antagandet om en trendmässigt förbättrad hälsoutveckling. Tabell 39 visar fördelningen på död respektive grad av funktionsnedsättning efter tre, sex, nio, tolv och femton år för män och kvinnor på motsvarande sätt som tabell 25 ovan.

Tabell 39a. Kvinnornas fördelning på död respektive grad av funktionsnedsättning efter tre, sex, nio, tolv och femton år, och med en initial ålder på 78 år och minskad ohälsa, procent.

	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		79,6	13,8	6,6	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	3,7	83,6	12,2	4,2	100
Lätt nedsättning	12,2	21,1	48,2	30,7	100
Svår nedsättning	45,8	0,0	13,0	87,0	100
Summa	7,7	72,1	17,0	10,9	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	10,7	70,5	17,8	11,7	100
Lätt nedsättning	33,0	27,6	31,5	40,9	100
Svår nedsättning	74,9	2,1	12,4	85,5	100
Summa	18,0	64,3	19,2	16,5	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	23,2	58,8	19,7	21,5	100
Lätt nedsättning	55,4	31,4	23,0	45,6	100
Svår nedsättning	90,0	5,0	11,0	84,0	100
Summa	32,1	55,8	19,9	24,3	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	41,7	49,9	19,3	30,8	100
Lätt nedsättning	73,6	34,5	19,0	46,5	100
Svår nedsättning	96,5	10,0	10,5	79,6	100
Summa	49,7	48,6	19,2	32,2	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	63,3	40,1	17,7	42,1	100
Lätt nedsättning	86,2	33,4	16,7	50,0	100
Svår nedsättning	98,9	16,3	10,6	73,1	100
Summa	68,8	39,6	17,7	42,7	100

Tabell 39b. Männens fördelning på död respektive grad av funktionsnedsättning efter tre, sex, nio, tolv och femton år, och med en initial ålder på 78 år och minskad ohälsa, procent.

	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		89,2	5,1	5,7	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	7,1	88,8	6,6	4,6	100
Lätt nedsättning	20,0	29,2	31,4	39,4	100
Svår nedsättning	61,0	0,0	8,5	91,5	100
Summa	10,8	83,9	7,8	8,3	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	18,8	78,1	10,9	11,0	100
Lätt nedsättning	50,7	39,8	18,4	41,7	100
Svår nedsättning	88,3	1,7	7,7	90,6	100
Summa	24,4	76,1	11,2	12,7	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	35,5	67,5	15,0	17,4	100
Lätt nedsättning	72,1	48,6	16,4	35,0	100
Svår nedsättning	97,1	5,6	7,9	86,5	100
Summa	40,9	66,9	15,0	18,1	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	56,6	58,0	19,0	23,0	100
Lätt nedsättning	84,8	51,5	18,9	29,6	100
Svår nedsättning	99,4	16,1	10,8	73,1	100
Summa	60,5	57,9	19,0	23,1	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	77,1	46,8	22,7	30,5	100
Lätt nedsättning	92,7	45,2	22,5	32,3	100
Svår nedsättning	99,9	30,4	17,6	52,0	100
Summa	79,2	46,7	22,7	30,5	100

Resultatet är likartat det som tidigare visats (jämför tabell 25) men den minskade dödligheten och förbättrade hälsan kommer naturligtvis till uttryck även vid denna typ av beräkning. Överslagsmässigt kan man säga att skillnaden mellan hälsoalternativen motsvarar ett års senarelagd funktionsnedsättning. Som exempel: Den funktionsnedsättningsnivå som det tidigare tog sex år att komma till, tar med minskad ohälsa cirka sju år och så vidare.

Antagandet om en förbättrad hälsa är i ovanstående beräkningar kopplat till en motsvarande reducerad omfattning av äldreomsorgen. Effekten av detta kan avläsas i tabell 40 som motsvarar tabellen 26 ovan.

Tabell 40a. Kvinnornas fördelning på död respektive insats/ boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år, och med en initial ålder på 78 år och minskad ohälsa, procent.

	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		89,2	3,6	3,1	0,2	3,9	100
<i>Efter tre år</i>							
Ordinärt ingen insats	4,2	89,5	5,0	2,9	0,2	2,4	100
Ordinärt liten insats	18,3	10,7	54,8	12,8	3,0	18,7	100
Ordinärt stor insats	29,4	4,2	1,6	53,5	4,3	36,4	100
Mellanboende	31,9		0,0	0,0	64,9	35,1	100
Vård-/omsorgsboende	57,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	7,7	83,2	6,4	4,3	0,5	5,5	100
<i>Efter sex år</i>							
Ordinärt ingen insats	12,5	78,8	8,5	5,9	0,5	6,4	100
Ordinärt liten insats	43,0	16,1	32,6	16,9	3,4	31,0	100
Ordinärt stor insats	60,6	5,4	3,0	35,9	4,5	51,2	100
Mellanboende	66,3	0,0	0,0	0,0	39,7	60,2	100
Vård-/omsorgsboende	84,4	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	18,0	75,5	8,9	6,6	0,7	8,4	100
<i>Efter nio år</i>							
Ordinärt ingen insats	26,0	66,8	11,8	9,0	0,8	11,7	100
Ordinärt liten insats	66,5	19,6	21,9	17,3	3,2	38,0	100
Ordinärt stor insats	82,3	6,2	4,2	26,6	4,1	58,8	100
Mellanboende	87,6	0,1	0,0	0,0	25,5	74,4	100
Vård-/omsorgsboende	95,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	32,1	65,2	11,9	9,2	0,9	12,8	100

Tabell 40a Fortsättning

	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	44,6	50,8	16,2	13,4	1,3	18,4	100
Ordinärt liten insats	83,3	21,2	17,0	17,7	3,0	41,1	100
Ordinärt stor insats	93,6	7,4	5,5	21,6	3,7	61,8	100
Mellanboende	96,7	0,1	0,1	0,1	17,0	82,7	100
Vård-/omsorgsboende	98,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	49,7	50,2	16,1	13,5	1,3	18,9	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	65,4	25,2	23,3	20,7	1,8	29,0	100
Ordinärt liten insats	92,8	14,9	17,8	20,0	2,8	44,5	100
Ordinärt stor insats	98,1	7,1	8,4	18,8	3,2	62,5	100
Mellanboende	99,4	0,2	0,2	0,2	10,9	88,5	100
Vård-/omsorgsboende	99,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	68,8	25,1	23,2	20,7	1,8	29,2	100

Tabell 40b. Männens fördelning på död respektive insats/ boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år, och med en initial ålder på 78 år och minskad ohälsa, procent.

	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		93,5	1,1	1,8	0,1	3,6	100
<i>Efter tre år</i>							
Ordinärt ingen insats	7,5	88,4	5,1	3,1	0,4	3,1	100
Ordinärt liten insats	30,6	7,4	41,5	14,7	6,5	29,9	100
Ordinärt stor insats	47,5	0,9	0,6	42,9	7,3	48,3	100
Mellanboende	48,1	0,0	0,0	0,0	68,1	31,9	100
Vård-/omsorgsboende	72,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	10,8	85,8	5,3	3,5	0,5	4,8	100
<i>Efter sex år</i>							
Ordinärt ingen insats	20,2	80,7	7,3	4,9	0,5	6,6	100
Ordinärt liten insats	64,7	15,7	22,7	15,3	5,4	40,8	100
Ordinärt stor insats	81,5	1,5	1,0	26,3	6,6	64,7	100
Mellanboende	83,2	0,0	0,0	0,0	40,4	59,5	100
Vård-/omsorgsboende	93,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	24,4	79,7	7,3	5,1	0,6	7,3	100
<i>Efter nio år</i>							
Ordinärt ingen insats	37,1	71,1	10,3	7,3	0,8	10,6	100
Ordinärt liten insats	84,9	26,4	16,3	13,6	3,8	39,8	100
Ordinärt stor insats	95,2	2,5	1,6	19,1	5,5	71,4	100
Mellanboende	96,2	0,1	0,0	0,0	25,7	74,2	100
Vård-/omsorgsboende	98,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	40,9	70,8	10,3	7,3	0,8	10,9	100

Tabell 40b Fortsättning

	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	57,9	59,0	14,4	10,2	1,0	15,4	100
Ordinärt liten insats	94,0	37,1	15,4	12,6	2,3	32,6	100
Ordinärt stor insats	99,1	6,0	3,1	15,1	4,2	71,7	100
Mellanboende	99,4	0,3	0,1	0,1	16,3	83,2	100
Vård-/omsorgsboende	99,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	60,5	58,9	14,4	10,2	1,0	15,5	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	77,8	40,2	20,4	14,9	1,3	23,1	100
Ordinärt liten insats	97,7	34,2	19,6	15,0	1,7	29,5	100
Ordinärt stor insats	99,9	13,6	8,4	13,6	2,9	61,5	100
Mellanboende	99,9	1,2	0,6	0,5	9,9	87,8	100
Vård-/omsorgsboende	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	79,2	40,2	20,4	14,9	1,3	23,2	100

Den förbättrade hälsan gör att sannolikheten för att inte ha äldreomsorg efter ett antal år ökar. Det handlar, liksom ovan, om en tidsförskjutning på cirka ett år. På motsvarande sätt minskar sannolikheten för att inom en viss tidsrymd vårdas i vård- och omsorgsboende, likaså med cirka ett års senareläggning. En jämförelse med tabell 26 visar, som man kan vänta, att en förbättrad hälsa minskar sannolikheten för att efter ett visst antal år vårdas i vård- och omsorgsboende. Liksom tidigare, innebär det till en början stora skillnader i sannolikhet beroende på vilken insats/boendeform den äldre initialt haft, men detta utjämnas i viss mån över tiden.

3.6 LEVNADSBANOR VID OMFÖRDELNING AV ÄLDREOMSorgen

På samma sätt som redovisats ovan för befolkningsmodellen kan man i levnadsbane-modellen avläsa effekterna av en omfördelning av äldreomsorgen mellan insatser och boendeformer. I tabellerna 41 - 44 visas för respektive omfördelningsalternativ (scenario) andelen döda samt fördelningen på insats/boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år för dem som initialt var utan insatser i äldreomsorgen och var 78 år. Det antas också i detta fall oförändrad hälsa. Samma omfördelningsalternativ studeras som tidigare, det vill säga utökad ordinärt boende med stora insatser, utökad mellanboende och utökad vård- och

omsorgsboende – allt inom ramen för oförändrad total andel med insatser av äldreomsorgen mellan åren 2012 och 2025 (jämför tabellerna 27 och 33 ovan). I Appendix 2 redovisas det fullständiga resultatet i tabeller över funktionsnedsättning och insats/boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år vid oförändrad respektive minskad ohälsa på samma sätt som i tabellerna 25 och 26 (oförändrad hälsa) och 39 och 40 (minskad ohälsa) ovan.

Tabell 41. Grundalternativet - andel döda samt fördelning på insats/boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år för 78-åriga personer initialt utan äldreomsorg, procent

Fördelning på insats/boendeform för överlevande							
	Döda	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan boende	Vård- och omsorgs- boende	Totalt
Kvinnor 78 år							
Efter tre år	5,2	85,8	6,9	4,2	0,2	2,9	100
Efter sex år	15,9	72,9	10,5	7,7	0,7	8,2	100
Efter nio år	32,1	58,3	13,5	11,3	1,1	15,8	100
Efter tolv år	52,4	40,4	15,6	15,5	1,7	26,8	100
Efter femton år	72,0	17,2	17,9	19,8	2,3	42,7	100
Män 78 år							
Efter tre år	10,0	86,4	6,1	3,7	0,3	3,6	100
Efter sex år	27,6	76,8	9,0	6,0	0,6	7,5	100
Efter nio år	47,9	65,9	11,8	8,6	0,9	12,7	100
Efter tolv år	68,0	52,1	15,2	12,0	1,3	19,4	100
Efter femton år	84,2	33,1	19,4	16,4	1,8	29,4	100

Tabell 42. Omfördelning till utökade insatser i ordinärt boende - andel döda samt fördelning på insats/boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år för 78-åriga personer initialt utan äldreomsorg, procent.

Fördelning på insats/boendeform för överlevande							
	Döda	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan boende	Vård- och omsorgs- boende	Totalt
<i>Kvinnor 78 år</i>							
Efter tre år	5,2	86,4	6,6	5,2	0,2	1,6	100
Efter sex år	15,5	73,5	10,3	10,5	0,6	5,2	100
Efter nio år	31,1	58,7	13,4	15,9	1,0	10,9	100
Efter tolv år	51,0	40,0	16,1	22,9	1,6	19,4	100
Efter femton år	70,6	16,1	18,1	31,0	2,4	32,3	100
<i>Män 78 år</i>							
Efter tre år	10,0	86,7	5,9	5,0	0,2	2,1	100
Efter sex år	27,3	76,9	8,8	8,8	0,5	5,0	100
Efter nio år	47,4	66,0	11,6	12,4	0,9	9,1	100
Efter tolv år	67,5	51,7	15,3	17,6	1,2	14,1	100
Efter femton år	83,9	32,1	19,2	24,9	1,7	22,1	100

Tabell 43. Omfördelning till utökat mellanboende - andel döda samt fördelning på insats/boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år för 78-åriga personer initialt utan äldreomsorg, procent

Fördelning på insats/boendeform för överlevande							
	Döda	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan boende	Vård- och omsorgs- boende	Totalt
Kvinnor 78 år							
Efter tre år	5,2	85,5	7,4	2,6	1,2	3,2	100
Efter sex år	16,1	72,5	10,9	4,4	3,7	8,4	100
Efter nio år	32,6	58,0	13,6	6,4	6,6	15,4	100
Efter tolv år	53,2	40,4	15,5	8,5	10,2	25,4	100
Efter femton år	72,7	17,6	17,9	10,7	14,3	39,5	100
Män 78 år							
Efter tre år	10,0	86,1	6,4	2,3	1,3	3,8	100
Efter sex år	27,8	76,7	9,3	3,4	3,0	7,6	100
Efter nio år	48,2	65,6	12,0	4,9	5,1	12,3	100
Efter tolv år	68,4	52,0	15,1	6,7	7,6	18,6	100
Efter femton år	84,5	33,4	19,1	9,0	10,6	27,9	100

Tabell 44. Omfördelning till utökat vård- och omsorgsboende - andel döda samt fördelning på insats/boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år för 78-åriga personer initialt utan äldreomsorg, procent

	Fördelning på insats/boendeform för överlevande						Totalt
	Döda	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan boende	Vård- och omsorgs- boende	
Kvinnor 78 år							
Efter tre år	5,2	84,9	7,3	2,6	0,3	4,9	100
Efter sex år	16,5	72,1	10,9	4,3	0,8	11,9	100
Efter nio år	33,3	57,8	13,8	6,3	1,2	21,0	100
Efter tolv år	54,0	40,8	15,4	8,2	1,7	33,9	100
Efter femton år	73,4	18,3	18,0	9,9	2,1	51,7	100
Män 78 år							
Efter tre år	10,0	85,7	6,4	2,1	0,4	5,4	100
Efter sex år	28,0	76,5	9,4	3,2	0,7	10,2	100
Efter nio år	48,5	65,6	12,3	4,8	1,0	16,3	100
Efter tolv år	68,6	52,3	15,2	6,5	1,4	24,6	100
Efter femton år	84,6	33,9	19,6	8,6	1,7	36,2	100

Resultaten är vad man har anledning att förvänta sig. Förskjutningar utöver de direkt berörda insats-/boendeformerna är genomgående små. Värt att notera kan vara att omfördelning till vård- och omsorgsboende synes ge en något förhöjd dödlighet. I tabellerna 45 - 49 visas motsvarande resultat när det gäller andelen, som efter tre, sex, nio, tolv och femton år vårdas i vård- och omsorgsboende givet initial insats/boendeform.

Tabell 45. Grundalternativet - andelen, som efter tre, sex, nio, tolv och femton år vårdas i vård- och omsorgsboende, givet den initiala insatsen/boendeformen vid 78 års ålder, procent.

	Efter tre år	Efter sex år	Efter nio år	Efter tolv år	Efter femton år
<i>Kvinnor 78 år</i>					
Ordinärt ingen insats	2,9	8,2	15,8	26,8	42,7
Ordinärt liten insats	17,7	31,5	41,6	49,7	58,6
Ordinärt stor insats	33,4	49,7	59,9	66,9	72,9
Mellanboende	37,4	59,7	74,4	83,5	89,8
<i>Män 78 år</i>					
Ordinärt ingen insats	3,6	7,5	12,7	19,4	29,4
Ordinärt liten insats	26,0	36,4	38,7	36,2	37,1
Ordinärt stor insats	44,0	58,5	64,7	63,4	56,4
Mellanboende	39,2	61,5	74,6	82,2	86,8

Tabell 46. Omfördelning till utökade insatser i ordinärt boende – andelen, som efter tre, sex, nio, tolv och femton år vårdas i vård- och omsorgsboende, givet den initiala insatsen/boendeformen vid 78 års ålder, procent.

	Efter tre år	Efter sex år	Efter nio år	Efter tolv år	Efter femton år
<i>Kvinnor 78 år</i>					
Ordinärt ingen insats	1,6	5,2	10,9	19,4	32,3
Ordinärt liten insats	11,1	21,6	30,5	38,0	46,7
Ordinärt stor insats	19,3	31,8	42,0	49,8	57,5
Mellanboende	32,0	52,5	66,8	76,3	83,3
<i>Män 78 år</i>					
Ordinärt ingen insats	2,1	5,0	9,1	14,1	22,1
Ordinärt liten insats	17,5	26,4	30,1	28,9	29,8
Ordinärt stor insats	26,9	39,4	47,6	49,8	48,7
Mellanboende	33,7	54,4	67,3	75,2	80,5

Tabell 47. Omfördelning till utökat mellanboende – andelen, som efter tre, sex, nio, tolv och femton år vårdas i vård- och omsorgsboende, givet den initiala insatsen/boendeformen vid 78 års ålder, procent.

	Efter tre år	Efter sex år	Efter nio år	Efter tolv år	Efter femton år
Kvinnor 78 år					
Ordinärt ingen insats	3,2	8,4	15,4	25,4	39,5
Ordinärt liten insats	17,6	29,4	36,7	42,1	48,7
Ordinärt stor insats	37,8	49,4	53,6	55,1	56,8
Mellanboende	13,9	24,2	32,0	37,9	42,9
Män 78 år					
Ordinärt ingen insats	3,8	7,6	12,3	18,6	27,9
Ordinärt liten insats	24,9	32,8	33,0	30,4	32,4
Ordinärt stor insats	46,9	55,4	55,4	50,5	43,8
Mellanboende	14,9	25,7	32,9	38,0	42,9

Tabell 48. Omfördelning till utökat vård- och omsorgsboende – andelen, som efter tre, sex, nio, tolv och femton år vårdas i vård- och omsorgsboende, givet den initiala insatsen/boendeformen vid 78 års ålder, procent.

	Efter tre år	Efter sex år	Efter nio år	Efter tolv år	Efter femton år
Kvinnor 78 år					
Ordinärt ingen insats	4,9	11,9	21,0	33,9	51,7
Ordinärt liten insats	25,5	41,9	51,8	59,1	67,3
Ordinärt stor insats	52,8	68,9	75,8	78,9	80,8
Mellanboende	43,2	66,7	81,1	89,3	94,3
Män 78 år					
Ordinärt ingen insats	5,4	10,2	16,3	24,6	36,2
Ordinärt liten insats	34,9	45,7	46,0	42,1	43,3
Ordinärt stor insats	64,1	76,3	77,9	70,4	57,8
Mellanboende	45,1	68,5	81,2	88,0	91,5

Andelen av de överlevande som kommer till vård- och omsorgsboende ökar förstas med tiden och är högre om man initialt har större insatser. Den är också högre för kvinnor än för män. Omfördelning till ordinärt boende med stora insatser sänker andelen och omvänt höjs den vid omfördelning till vård- och omsorgsboende. Påfallande är att omfördelning till

mellanboende ger en betydligt lägre andel – speciellt för dem som initialt haft äldreomsorg i ordinarie boende eller fått omsorg i mellanboende. Det bör dock poängteras att det rör sig om mycket få personer. Nästan alla är döda inom femton år.

4 Diskussion och slutsatser

De beräkningsresultat, som visats ovan, pekar entydigt på att äldreomsorgen står inför betydande kostnadsökningar i den kommande tioårsperioden till följd av befolkningstillväxten i de högre åldrarna. Kostnadsökningarna kan också förväntas fortsätta i hög takt det följande decenniet om nuvarande standard ska bibehållas. En fortsatt utveckling mot lägre grad av funktionsnedsättning per åldersgrupp och kön räknat och därmed mindre behov av hjälp hos de äldre kan dock halvera denna kostnadsökning.

En viktig fråga är om förändringar av äldreomsorgens struktur kan påverka kostnadsökningen. Ovan har redovisats resultatet av modellberäkningar av olika strukturalternativ, som dels innefattar eller mindre strikt tillämpning av kvarboendepincipen, dels en omfördelning av platserna i det särskilda boendet från ordinärt boende till någon form av ”mellanboende”. Data för modellen har här hämtats från servicehusboendet på Kungsholmen, Stockholm, men andra former av trygghetsboende eller seniorboende är givetvis tänkbara.

Modellresultaten visar entydigt att en reduktion av vård- och omsorgsboendet kombinerat med en motsvarande ökning av insatserna i ordinärt boende leder till en betydande kostnadsminskning för den kommunala äldreomsorgen. Orsaken är de mycket höga kostnaderna för vård- och omsorgsboendet. Realismen i de använda strukturantagandena kan naturligtvis ifrågasättas. För tydlighetens skull är dessa tämligen drastiska. Men resultaten är lätta att interpolera till att motsvara mindre strukturförändringar.

Modellen bygger på en indelning av den äldre befolkningen i tolv behovsgrupper per åldersgrupp och kön, totalt 144 grupper. Dessa består av personer med en given grad av funktionsnedsättning (ingen, lätt eller svår), ensam-/samboende samt hälso- och sjukvårdskonsumtion (liten eller stor). Den senare kan ses som ett mått på allmän ”skörhet”. Grupperna antas homogena med avseende på behoven av äldreomsorg. Ett strukturalternativ innebär med beräkningsmodellens konstruktion att en mindre eller större del av de olika grupperna ”flyttas om ” till en annan insats/boendeform.

Denna modell är som alla modeller en förenkling av verkligheten. I verkligheten är de olika grupperna inte homogena. Det finns i varje delgrupp personer med större behov av hjälp och stöd och personer med mindre. Bland annat gör modellen inte någon skillnad mellan personer med demenssjukdom och personer utan demens. Demenssjukdomen påverkar självfallet behovet av insatser – i första hand så att personer med demens i större utsträckning än andra är i behov av ett skyddat boende med ständig tillsyn.

Detta påverkar i sin tur möjligheten till strukturförändringar. En förutsättning för modellens tillämpbarhet är att de olika insatsformerna efter en omfördelning fortfarande kan betraktas som adekvata med hänsyn till de äldre personernas behov. Detta innebär som exempel att en del av de personer som idag finns i vård- och omsorgsboende skulle kunna få sitt hjälpbehov tillgodosett i ordinärt boende med stora insatser. Kravet på adekvat omhändertagande kan givetvis påverka kostnaderna. Detta får också tas i beaktande när man bedömer kostnaderna för de olika strukturalternativen.

Effekten av en omfördelning beror givetvis i hög grad på hur kostnaderna per insats/boendeform har beräknats. En svaghet här är att kostnaderna för mellanboendet är starkt relaterade till graden av funktionsnedsättning via antalet veckotimmar hemtjänst medan detta inte gäller för vård- och omsorgsboendet, där kostnaden antas oberoende av personernas hjälpbehov.

När det gäller hälso- och sjukvården utgår kostnadsberäkningarna från antagandet att kostnaden per person endast beror av graden av funktionsnedsättning kombinerat med insats/boendeform i äldreomsorgen. De olika alternativen skiljer sig sedan genom att antalet personer per sådan ”cell” varierar. Detta är förstås en kraftig förenkling. I verkligheten är det många andra faktorer som spelar in – inte minst den tekniska utvecklingen. Modellen ger dock en uppfattning om hur de totala kostnaderna för vård och omsorgen skulle förändras vid en omstrukturering av äldreomsorgen eftersom det är väl belagt att sjukvårdskostnaderna är betydligt högre för personer i ordinärt boende än i vård- och omsorgsboende – givet graden av ohälsa – samtidigt som äldreomsorgen är betydligt dyrare i det senare fallet.

Kostnadsberäkningarna är genomgående gjorda i fasta priser (2012 år pris- och lönenivå). Detta innebär förmodligen en underskattning, eftersom det är rimligt att tänka sig att lönerna kommer att stiga snabbare än den allmänna prisutvecklingen. Detta visas av utvecklingen av landstingspris-index (LPI), där löneutvecklingen spelar en betydande roll, jämfört med konsumentprisindex (KPI). Under perioden 1980 -2010 ökade LPI med i genomsnitt 5,0 procent per år medan KPI ökade med 3,8 procent.

Modellen bygger på data som insamlats i SNAC-Kungsholmen-studien. En naturlig fråga är om dessa data kan anses representativa för Sverige som helhet. Data insamlades under perioden 2001-2007 och en annan fråga är om de fortfarande kan anses aktuella. Kungsholmen är en stadsdel i Stockholm med en socioekonomisk sammansättning, som avviker från landet som genomsnitt med positiva hälsoeffekter som följd, och de äldres hälsa och funktionsförmåga verkar i stort sett utvecklas på ett positivt sätt. Dessa båda felkällor skulle därmed kunna ta ut varandra.

Viktigare är dock att modellens konstruktion gör den relativt oberoende av det aktuella hälsoläget i det område där data insamlats. Detta beror på att modellen kalibrerats till hälsoläget i landet 2012 (enligt ULF) respektive framskrivet till 2025 (baserat på ULF-data). Även dödligheten och andelen ensam-/samboende har kalibrerats på samma sätt till riksgenomsnitt. Det som styrs av Kungsholmsdata är övergångssannolikheterna från en nivå (grad av funktionsnedsättning, sam-/ensamboende, hälso- och sjukvårdskonsumtion, insats/boendeform) till annan, men dessa övergångssannolikheter justeras av modellen så att rätt slutnivå, det vill säga rikets, uppnås.

Levnadsbanemodellen bygger på samma data som befolkningsmodellen, men resultaten beräknas på ett annat sätt. I stället för att skapa en syntetisk population av 81-, 84-,..., 93-åringar, beräknas i levnadsbanemodellen fördelningar på funktionsnedsättning och insats/boendeform efter tre, sex år, ..., femton år genom successiv multiplikation av övergångsmatriser för en population av 78-åringar. Ett grundläggande antagande är att dessa övergångsmatriser är oberoende. Detta så kallade Markov-antagande innebär att man antar att sannolikheten för en viss övergång från ett tillstånd till ett annat endast beror av

tillståndet vid tidpunkten i fråga och inte på vad som tidigare har hänt. Man brukar tala om en "process utan minne" som vid ett roulettespel, där sannolikheten för rött är lika stor oavsett om rött redan kommit upp tio gånger i rad.

Det finns dock skäl att anta att Markov-antagandet inte alltid gäller. Om en person som varit funktionsnedsatt blir bättre, vilket kan hända, är risken för en försämring troligen högre än om personen aldrig varit funktionsnedsatt. Detta skulle förklara de ibland överraskande modellresultaten att ett antal personer med funktionsnedsättning efter tolv-femton år inte längre har någon nedsättning. Dessa modellresultat bör därför tolkas med beaktande av denna osäkerhet. Giltigheten av Markov-antagandet kan undersökas genom att man jämför en sexårsuppföljning med produkten av två treårsuppföljningar.

De resultat, som här redovisats, får ses som ett av underlagen för en analys av olika framtida strukturalternativ för äldreomsorgen. Uppenbart finns många andra hänsyn att ta i denna diskussion - hänsyn som modellen utelämnar eller förenklar. Modellens flexibla konstruktion gör det möjligt att analysera effekten av många olika förutsättningar. Det är uppenbart att äldreomsorgen ställs inför svåra utmaningar de kommande decennierna. Att förbereda sig för detta är en viktig uppgift för äldrepolitiken.

Bilagor

BILAGA 1: BESKRIVNING AV INFORMELL OMSORG I BEFOLKNINGSMODELLEN

Uppgifterna på informell omsorg i befolkningsmodellen är hämtade från SNAC-undersökningen, Kungsholmen (SNAC-K) och Nordanstig (SNAC-N). Dessa uppgifter anger omfattningen av den informella omsorg personen får från närstående (det vill säga obetald hjälp från anhöriga, vänner, grannar eller frivilligorganisationer). Hjälpen kan avse skötsel av hemmet och/ eller personlig omvårdnad.

För personer utan äldreomsorg och personer som har äldreomsorg i ordinärt boende har uppgifterna hämtats från SNAC-K och SNAC-N, befolkningsdelen, baslinjeundersökningen 2001 -2004. Dessa uppgifter är självrapporterade. Registrering är gjord av svaret på följande frågor:

- Får du någon hjälp av närstående eller frivilligorganisationer med service och/eller omvårdnad?
- Under den senaste månaden fick du hjälp med serviceinsatser. Ange genomsnittlig omfattning: Timmar per dygn, antal dygn, antal veckor senaste månaden.)
- Under den senaste veckan fick du hjälp med omvårdnadsinsatser. Ange genomsnittlig omfattning: Timmar per dygn, antal dygn.

Tidsuppgifterna räknas om till genomsnittligt antal timmar per vecka.

Motsvarande uppgifter för personer i mellanboende (servicehusboende) och vård- och omsorgsboende är hämtade från SNAC-K, vårdsystemdelen. Dessa uppgifter är, i likhet med övriga uppgifter i SNAC-vårdsystemdelen, rapporterade av biståndshandläggare eller ansvarig person på utförarenhet. Frågan lyder: "Får regelbunden hjälp av make/maka/partner (nej, ja), annan person (nej, ja)".

Hjälpens omfattning anges som Aldrig, Sällan, Flera gånger per vecka eller Dagligen. I befolkningsmodellen är detta omräknat till timmar enligt följande: Sällan = 1 timmar/vecka, Flera gånger per vecka= 3 timmar/vecka och Dagligen= 7 timmar/vecka. Vid beräkningen av kostnaderna för den informella omsorgen har kostnaden per timme genomgående antagits vara 150 kronor.

Genom regressionsanalys har utifrån dessa individuppgifter beräknats dels andelen med informell omsorg, dels genomsnittligt antalet veckotimmar för dem som har informell omsorg per åldersgrupp, kön, grad av funktionsnedsättning¹², insats av formell omsorg (ordinärt boende ingen, liten eller stor insats resp. mellanboende, vård- och omsorgsboende), sam-/ensamboende samt hälso- och sjukvårdskonsumtion (stor eller liten; endast mellanboende och vård- och omsorgsboende). Analyserna är uppdelade på dem med och

¹² I det dataset som bygger på SNAC-K och SNAC-N, befolkningsdelen, har uppgifterna på funktionsnedsättning imputerats utgående från kognitiv nedsättning.

dem utan formell äldreomsorg. I tabell 1.1 nedan visas erhållna koefficienter vid skattningen av andelen (oddset) med informell omsorg för dem utan respektive med hemtjänst (insats=0 respektive >0). Koefficienterna avser oddsen som sedan räknas om till sannolikheter.

I den följande tabellen visas motsvarande uppgifter för personer i mellanboende (servicehusboende) och vård- och omsorgsboende. ”Default” är här ordinärt boende med små hemtjänstinsatser.

Tabell 1.1 Koefficienter för skattning av informell omsorg, ordinärt boende.

		Informell omsorg Timmar per vecka		Andel med informell omsorg (odds)	
		insats=0	insats>0	insats=0	insats>0
	Intercept	13,119	9,27	-2,5305	-1,6862
Kön	konb	-5,725	-5,328	0,2426	0,3932
81 år	old81	-5,968	-3,572	0,4973	0,953
84 år	old84	-5,128	-3,765	0,7253	0,9425
87 år	old87	-5,051	-3,399	1,1005	0,8631
90 år	old90	-4,969	0,694	1,363	0,907
93 år	old93	-3,786	-2,147	1,6629	1,3844
Lätt funktionsnedsättning	funk0_1	-1,75	-1,458	0,1935	0,0605
Svår funktionsnedsättning	funk0_2	4,142	-0,445	0,3499	0,2218
Sam-/ensamboende	sambo_b0	12,907	13,84	0,011	0,4148
Hemtjänst stora insatser	insats0_2		3,755		0,0366

Tabell 1.2. Koefficienter för skattning av informell omsorg, särskilt boende.

		Informell omsorg Timmar per vecka	Andel med informell omsorg (odds)	
			insats0=0	insats0>0
	Intercept	3,655	-3,2062	-1,8455
Kön	konb	-1,0382	0,3681	0,0447
81 år	old81	-1,0502	0,6579	-0,4658
84 år	old84	-0,8877	0,6432	-0,5732
87 år	old87	-0,9626	0,9366	-0,9326
90 år	old90	-0,5365	0,8859	-0,2043
93 år	old93	-0,5365	0,8859	-0,2043
Lätt funktionsnedsättning	funk0_1	0,4333	2,0528	1,2099
Svår funktionsnedsättning	funk0_2	0,1286	3,8290	1,0729
Sam-/ensamboende	sambo_b0	4,1228	-0,1394	1,5249
Mellanboende	insats0_3	0,5214		1,3212
Vård- och omsorgsboende	insats0_4	-0,1092		-0,336

BILAGA 2: BERÄKNING AV MODELLENS TÄCKNINGSGRAD OCH SKATTNING AV DESS INVERKAN PÅ BERÄKNINGEN AV KOSTNADSUTVECKLINGEN VID ÖKAD BEFOLKNING OCH FÖRBÄTTRAD HÄLSA

Modellberäkningarna omfattar endast åldersgrupperna 78, 81, 84, ..., 93 år. Det finns skäl att analysera vilken inverkan denna begränsning kan ha på beräkningsresultatet. Man kan anta att de valda åldersgrupperna väl representerar hela åldersgruppen 78 - 93 år. De åldersgrupper som faller utanför är då de yngre, 65 - 78 år, och de äldsta, 94+. Tabell 2.1 nedan visar antalet personer med hemtjänst samt boende i särskilt boende i berörda åldersgrupper, män respektive kvinnor, enligt Socialstyrelsens statistik år 2012.

Tabell 2.1 Beräkning av modellens täckningsgrad.

	Män	Kvinnor	Totalt
Totalt antal personer 65+år med hemtjänst år 2012	53 917	109 666	163 583
avgår 65-74	10 609	12 740	23 349
avgår 0,6*(75-79 år)	4 851	8 070	12 921
avgår 0,2*(90-94 år)	1 580	4 203	5 783
avgår 95+	1 560	5 451	7 011
avgår totalt	18 600	30 464	49 064
Täckning	35 317	79 202	114 519
Täckningsgrad	65,5 %	72,2 %	70,0 %
Totalt antal personer 65+ år boende på särskilt boende år 2012	31 930	65 079	97 009
avgår 65-74	4 618	4 053	8 671
avgår 0,6*(75-79 år)	2 692	3 253	5 945
avgår 0,2*(90-94 år)	1 025	3 135	4 160
avgår 95+	1 582	7 091	8 673
avgår totalt	9 917	17 532	27 449
Täckning	22 013	47 547	69 560
Täckningsgrad	68,9 %	73,1 %	71,7 %

Modellens täckningsgrad ligger på cirka 70 procent av samtliga äldre med hemtjänst eller som bor i särskilt boende. Nästa fråga är hur modellens täckningsgrad påverkar kostnadsberäkningarna för äldreomsorgen i modellen. Två faktorer inverkar härvid – befolkningsutvecklingen och hälsoutvecklingen. Tabell 2.2 visar befolkningsutvecklingen för de tre åldersgrupperna 76-77, 78-93 samt 94+ för män och kvinnor.

Tabell 2.2. Befolkningsutveckling mellan åren 2012 och 2025, män och kvinnor, tre åldersgrupper, tusental.

	2012	2025	Procentuell förändring
<i>Män</i>			
65-77 år	576,4	648,0	12,4 %
78- 93 år	234,9	357,9	52,4 %
94+ år	8,0	10,0	25,0 %
<i>Kvinnor</i>			
65-77 år	612,6	677,4	10,6 %
78- 93 år	354,6	454,2	28,1 %
94+	24,2	26,6	9,9 %
<i>Summa män och kvinnor</i>			
65-77	1 189,0	1 325,4	11,5 %
78- 93	589,5	812,1	37,8 %
94+	32,2	36,6	13,7 %
Samtliga i åldrarna 65-77 år och 94+ år	636,8	704,0	10,6 %

Detta visar att de åldersgrupper, som SNAC-åldersgrupperna representerar, kan förväntas växa avsevärt snabbare än de övriga 65+-grupperna i perioden 2012-2025.

Av betydelse för beräkningen av kostnadsökningen för vården och omsorgen om de äldre är också hur ohälsan eller graden av funktionsnedsättning utvecklas. Tabell 2.3 visar den uppskattade utvecklingen av ett hälsoindex för de olika åldersgrupperna. Hälsoindex är definierat som ”andel med lätt funktionsnedsättning + 6,5* andel med svår funktionsnedsättning”. Vikterna är bestämda att motsvara kostnaderna för äldreomsorgen per grad av funktionsnedsättning per person i befolkningen. Utvecklingen av andelen med funktionsnedsättning motsvarar befolkningsmodellens antagande om förbättrad hälsa 2025.

Tabell 2.3. Hälsoutveckling – skattat hälsoindex.

	2012	2025	Procentuell förändring
Män			
65-77 år	0,209	0,165	- 21,0 %
78- 93 år	1,005	0,859	-14,5 %
94+ år	2,935	2,751	-6,3 %
Kvinnor			
65-77 år	0,269	0,221	-17,8 %
78- 93 år	1,508	1,302	-13,7 %
94+ år	4,167	3,817	-8,4 %
Summa män och kvinnor			
65-77 år	0,240	0,193	-19,3 %
78- 93 år	1,308	1,107	-15,4 %
94+ år	3,861	3,526	-8,7 %
Samtliga i åldersgrupperna 65-77 år och 94+ år	0,335	0,283	-15,5 %

Enligt tabell 2.3 minskar graden av funktionsnedsättning ungefär lika mycket i de yngre åldersgrupperna som i SNAC-åldersgrupperna men mindre snabbt i de äldsta. Sammantaget är minskningen lika stor för båda grupperna.

Uppräkningstal i befolkningsmodellen

I befolkningsmodellen görs en uppräkning av kostnaderna för SNAC-grupperna till totalt för åldersgruppen 65 år och äldre. Denna uppräkning är baserad på antal personer i respektive åldersgrupp/kön per insatsnivå/boendeform enligt Socialstyrelsens statistik från år 2012. Även för hälso- och sjukvården görs en motsvarande uppräkning baserad på Socialstyrelsens statistik av hälso- och sjukvårdskonsumtionen (sluten vård) per åldersgrupp och kön. För år 2025 skrivs vård- och omsorgskonsumtionen upp proportionellt mot befolkningsökningen per åldersgrupp, det vill säga antas att andelen personer per insatsnivå/boendeform respektive antalet vård dagar per åldersgrupp och kön är konstant. Uppräkningstalen blir då lägre, vilket avspeglar att SNAC-åldersgrupperna år 2025 utgör en större del av befolkningen 65 år och äldre. I tabell 2.4 visas uppräkningstalen per insats/boendeform respektive för hälso- och sjukvården åren 2012 och 2025.

Tabell 2.4. Uppräkningstal per insats/boendeform respektive för hälso- och sjukvården, år 2012 och år 2025.

	Ordinärt boende			Mellan-boende	Vård- och omsorgs-boende	Totalt äldreomsorg	Totalt hälso- och sjukvård
	Ingen insats	Liten insats	Stor insats				
År 2012	9,60	5,16	4,60	4,60	4,31	4,68	5,24
År 2025	7,72	4,67	4,25	4,25	4,05	4,32	4,84

Genom att förändringen i åldersgruppernas relativa storlek på detta sätt byggs in i modellen bortfaller den felkälla som denna förändring medför. Den återstående felkällan till följd av den ofullständiga täckningen härrör från avvikelsen mellan åldersgrupperna i utvecklingen av graden av funktionsnedsättning. Som visas i tabell 2.3 ovan är minskningen av denna ungefär lika stor i SNAC-åldersgrupperna som i övriga åldersgrupper. Denna felkälla kan därigenom anses försumbar.

BILAGA 3: ÄLDREOMSORGEN VID BIBEHÅLLEN KOSTNADSNIVÅ ÅR 2025

Befolkningsutvecklingen gör att kostnaderna för att behålla servicenivån i äldreomsorgen under perioden 2012-2025 beräknas öka. Vid bibehållen hälsolivå, det vill säga oförändrad fördelning på grad av funktionsnedsättning per åldersgrupp och kön, uppgår den beräknade ökningen till 35 procent (grundalternativet). Skulle den positiva hälsoutvecklingen fortsätta i samma takt som observerats i under perioden 1996-2010 stannar den beräknade kostnadsökningen vid 17 procent.

Detta är – speciellt i det första fallet – betydande kostnadsökningar och det kan vara berättigat att fråga vilka konsekvenserna blir om kostnaderna i respektive fall inte tillåts öka. Befolkningsmodellen kan användas för att belysa detta genom beräkning av fördelningen på insatser/boendeform per grad av funktionsnedsättning respektive omvänt fördelning på funktionsnedsättning per insats/boendeform. Beräkningarna har gjorts för två alternativ: approximativt oförändrade kostnader vid oförändrad respektive förbättrad hälsa. Neddragningen av servicenivån antas i båda fallen ske proportionellt per insats/boendeform, varvid alltså andelen personer utan insatser från äldreomsorgen ökar i samma mån. Tabell 3.1 nedan visar fördelningen på insats/boendeform år 2025 i grundalternativet och efter neddragning i respektive ohälsöfall.

Tabell 3.1. Fördelning på insats/boendeform i grund- och neddragningsalternativen, det vill säga om äldreomsorgens totala kostnader förblir desamma år 2025 som år 2012, procent.

	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård- och omsorgs- boende	Totalt
Grundalternativet: oförändrad hälsa	74,7	8,4	6,7	0,6	9,7	100
Neddragningsalter- nativet	81,4	6,2	5,0	0,5	6,9	100
Grundalternativet: förbättrad hälsa	78,4	7,1	5,6	0,5	8,5	100
Neddragningsalter- nativet	81,5	6,0	5,2	0,4	7,0	100

Neddragningen innebär i fallet oförändrad hälsa att andelen personer (i SNAC-åldersgrupperna) med äldreomsorg sjunker från 25,3 procent till 18,6 procent, det vill säga med omkring en fjärdedel. I fallet förbättrad hälsa blir motsvarande neddragning mindre – minskar från 21,6 procent till 18,5 procent eller omkring en sjundedel.

Neddragningen påverkar såväl fördelningen på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning som fördelningen på funktionsnedsättning i respektive insats/ boendeform. I tabell 3.2 visas fördelningen på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning i neddragningsalternativet med oförändrad hälsa och som jämförelse motsvarande fördelning i grundalternativet.

Tabell 3.2. Fördelning på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning för scenario "grundalternativet" och "neddragningsalternativet", vid antagande om oförändrad hälsa, procent.

	Ordinärt			Mellanboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt
	Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats			
A: Neddragningsalternativet						
Ingen nedsättning	98,7	0,9	0,2	0,0	0,1	100
Lätt nedsättning	72,9	16,6	7,0	0,7	2,8	100
Svår nedsättning	20,5	16,1	21,9	2,1	39,4	100
Totalt	81,4	6,2	5,0	0,5	6,9	100
A: Grundalternativet						
Ingen nedsättning	96,5	2,6	0,7	0,0	0,2	100
Lätt nedsättning	54,7	25,9	13,1	1,1	5,2	100
Svår nedsättning	8,4	12,2	23,9	2,4	53,1	100
Totalt	74,7	8,4	6,7	0,6	9,7	100

I detta fall resulterar nedskärningen i att andelen personer med svår funktionsnedsättning som inte får insatser mer än fördubblas. Andelen som får vård- och omsorgsboende reduceras kraftigt från 53 procent till 39 procent. Mycket få personer utan funktionsnedsättning, som den här är definierad, får insatser från äldreomsorgen. Det omvända förhållandet, det vill säga fördelningen på funktionsnedsättning per insats/boendeform visas i den följande tabellen för samma alternativ. Ett index för vårdtyngd har beräknats genom en sammanvägning av andelarna på respektive funktionsnedsättningsnivå med vikterna 1, 1,95 respektive 3,5. Vikterna är baserade på en jämförelse av antalet veckotimmar hemtjänst per grad av funktionsnedsättning.

Tabell 3.3 Fördelning på grad av funktionsnedsättning per insats/boendeform för scenario ”grundalternativet” och neddragningsalternativet, vid antagande om oförändrad hälsa, procent.

	Ingen funktionsnedsättning	Lätt funktionsnedsättning	Svår funktionsnedsättning	Totalt	Index
A: Neddragningsalternativet					
Ordinärt, ingen insats	79,6	16,5	4,1	100,	1,26
Ordinärt, liten insats	9,5	48,9	41,6	100	2,51
Ordinärt, stor insats	3,2	25,8	70,9	100	3,02
Mellanboende	2,3	27,6	70,2	100	3,02
Vård- och omsorgsboende	1,1	7,3	91,5	100	3,36
Samtliga	65,6	18,3	16,1	100	1,58
B: Grundalternativet					
Ordinärt, ingen insats	84,8	13,3	1,8	100	1,17
Ordinärt, liten insats	20,2	56,3	23,5	100	2,13
Ordinärt, stor insats	6,6	35,8	57,6	100	2,78
Mellanboende	3,6	32,1	64,2	100	2,91
Vård- och omsorgsboende	1,5	9,8	88,7	100	3,31
Samtliga	65,7	18,2	16,1	100	1,58

Tabell 3.3 visar på en stor ökning av vårdtyngden på alla insats/boendeformnivåer vid en neddragning av äldreomsorgen till oförändrad kostnadsnivå. Andelen med svår funktionsnedsättning av dem som har små insatser i ordinärt boende ökar från 24 procent till 42 procent och bland dem med stora insatser från 58 procent till 71 procent. Vård- och omsorgsboendet påverkas i mindre grad, eftersom andelen med svår nedsättning redan är så hög.

Motsvarande resultat för alternativet ”förbättrad hälsa” visas i tabellerna 3.4 och 3.5. Här är effekten av neddragningen mindre.

Tabell 3.4. Fördelning på insats/boendeform per grad av funktionsnedsättning för scenario "grundalternativet" och "neddragningsalternativet", vid antagande om förbättrad hälsa, procent.

	Ordinärt			Mellanboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt
	Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats			
A: Neddragningsalternativet						
Ingen nedsättning	97,7	1,7	0,5	0,0	0,2	100
Lätt nedsättning	65,2	20,3	10,0	0,7	3,8	100
Svår nedsättning	14,3	14,3	24,5	1,9	45,0	100
Totalt	81,5	6,0	5,2	0,4	7,0	100
A: Grundalternativet						
Ingen nedsättning	96,3	2,7	0,7	0,0	0,3	100
Lätt nedsättning	55,1	25,1	13,1	1,1	5,6	100
Svår nedsättning	8,9	12,0	23,2	2,3	53,6	100
Totalt	78,4	7,1	5,6	0,5	8,5	100

Även i detta fall ökar andelen av dem med svår funktionsnedsättning som inte har insatser men inte alls lika mycket – från 9 procent till 14 procent. Andelen av dem med lätt funktionsnedsättning som har insatser i ordinärt boende minskar från 38 procent till 30 procent och andelen i särskilt boende från 7 procent till 4,5 procent. Den omvända fördelningen visas i tabell 3.5. Index är beräknat på samma sätt som ovan.

Tabell 3.5 Fördelning på grad av funktionsnedsättning per insats/boendeform för scenario "grundalternativet" och neddragningsalternativet, vid antagande om förbättrad hälsa, procent.

	Ingen funktionsnedsättning	Lätt funktionsnedsättning	Svår funktionsnedsättning	Totalt	Index
A: Neddragningsalternativet					
Ordinärt, ingen insats	86,5	11,0	2,5	100	1,17
Ordinärt, liten insats	20,0	46,7	33,4	100	2,28
Ordinärt, stor insats	6,4	26,7	66,9	100	2,93
Mellanboende	4,1	27,0	68,9	100	2,98
Vård- och omsorgsboende	1,8	7,4	90,8	100	3,34
Samtliga	72,2	13,8	14,0	100	1,48
B: Grundalternativet					
Ordinärt, ingen insats	88,8	9,6	1,6	100	1,13
Ordinärt, liten insats	27,5	48,7	23,8	100	2,06
Ordinärt, stor insats	9,4	32,3	58,4	100	2,77
Mellanboende	5,6	29,2	65,2	100	2,91
Vård- och omsorgsboende	2,2	9,1	88,8	100	3,31
Samtliga	72,2	13,7	14,0	100	1,48

Neddragningen gör i detta scenario med förbättrad hälsa att andelen med svår funktionsnedsättning av dem med små insatser i ordinärt boende ökar från 24 procent till 33 procent, för dem med stora insatser är ökningen från 58 procent till 67 procent. Det särskilda boendet påverkas inte i någon större grad.

Neddragningar inom äldreomsorgen påverkar också den informella omsorgen och hälso- och sjukvården eftersom omfattningen av dessa beror av om personen får äldreomsorg och på vilken nivå. Detta illustreras i tabell 3.6 som visar kostnaderna (miljoner kronor) för äldreomsorgen, den informella omsorgen och hälso- och sjukvården per insats/boendeform i äldreomsorgen samt totalt.

Beräkningarna har gjorts för båda ohälsoalternativen och som jämförelse visas också kostnaderna år 2012 och för grundalternativet för år 2025 (utan respektive med hälsoförbättring).

Tabell 3.6. Beräknade kostnader för vården och omsorgen år 2025 per insats/boendeform vid scenario "grundalternativet" och "neddragningsalternativet", vid antagande om oförändrad och förbättrad hälsa, miljoner kronor, 2012 års priser.

	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård- och omsorgs- boende	Totalt
Formell omsorg						
År 2012	0	4 500	24 200	2 600	70 500	101 800
År 2025: Grundalternativet oförändrad hälsa	0	5 600	31 400	3 300	97 100	137 400
År 2025: Grundalternativet förbättrad hälsa	0	4 900	26 300	2 800	85 100	119 000
År 2025: Neddragningsalter- nativet oförändrad hälsa	0	4 600	24 700	2 900	69 600	101 900
År 2025: Neddragningsalter- nativet förbättrad hälsa	0	4 400	25 300	2 200	69 900	101 800
Informell omsorg						
År 2012	20 300	2 000	2 300	100	500	25 300
År 2025: Grundalternativet oförändrad hälsa	23 500	2 800	3 300	100	700	30 500
År 2025: Grundalternativet förbättrad hälsa	24 500	2 400	2 800	100	600	30 400
År 2025: Neddragningsalter- nativet oförändrad hälsa	25 700	2 000	2 400	100	500	30 700
År 2025: Neddragningsalter- nativet förbättrad hälsa	25 500	2 000	2 500	100	500	30 600
Hälso- och sjukvård						
År 2012	57 900	8 800	10 900	200	5 000	82 900
År 2025: Grundalternativet oförändrad hälsa	73 000	11 800	14 500	300	6 600	106 200
År 2025: Grundalternativet förbättrad hälsa	73 500	10 000	11 800	300	5 700	101 300
År 2025: Neddragningsalter- nativet oförändrad hälsa	88 200	8 500	10 700	300	4 800	112 400
År 2025: Neddragningsalter- nativet förbättrad hälsa	79 900	8 300	10 900	200	4 800	104 000
Totalt						
År 2012	78 200	15 200	36 600	2 800	73 300	206 400
År 2025: Grundalternativet oförändrad hälsa	96 500	20 200	49 300	3 800	104 400	274 100
År 2025: Grundalternativet förbättrad hälsa	98 000	17 300	40 800	3 100	91 500	250 700
År 2025: Neddragningsalter- nativet oförändrad hälsa	114 000	15 100	37 700	3 300	74 900	245 000
År 2025: Neddragningsalter- nativet förbättrad hälsa	105 400	14 700	38 700	2 500	75 200	236 500

Neddragningarna av äldreomsorgen får en ganska liten effekt på den informella omsorgen, vilket kan vara förvånande. Förklaringen är att även personer med äldreomsorg har informella insatser och skillnaden mellan dem som har äldreomsorg och de som inte har är inte så stor (jämför rapporten, tabell 16). Ökningen av den informella omsorgen genom att färre personer har formell äldreomsorg kompenseras därför till stor del genom minskningen av den informella omsorgen för personer som har äldreomsorg. För hälso- och sjukvården visar resultatet entydigt att kostnaderna för denna ökar då man drar ner äldreomsorgen.

Diskussion och slutsatser

De ovan visade resultaten gör det tydligt att oförändrade resurser för äldreomsorgen i perioden 2012-2025 får mycket stora konsekvenser när det gäller att möjligheterna att motsvara de äldres behov. Detta gäller särskilt om man inte kan räkna med en fortsatt positiv hälsoutveckling hos de äldre. Andelen personer med svår funktionsnedsättning, som inte får äldreomsorg, skulle enligt dessa beräkningar öka i hög grad och vårdtyngden skulle öka kraftigt på alla insats-/boendeform. Det uppstår också övervältringseffekter – i första hand på hälso- och sjukvården, i mindre utsträckning på den informella omsorgen. Den senare effekten kan givetvis diskuteras. Resultatet bygger på de data för den informella omsorgen som funnits tillgängliga.

Beräkningarna bygger på förutsättningen om en proportionell neddragning på alla nivåer av insats-/boendeform. Det skulle kanske vara möjligt att mildra effekterna genom omfördelningar mellan nivåerna inom samma kostnadsram. Ett antagande är också att insatserna/kostnaderna per insatsnivå och grad av funktionsnedsättning är oförändrade. Genom minskad tilldelning av hemtjänstinsatser givet behovet i det ordinära boendet eller genom att reducera bemanningen i det särskilda boendet skulle det vara möjligt att göra besparingar som inte påverkar andelen som får hjälp givet behovet på respektive insatsnivå. De är dock svårt att tänka sig att detta skulle kunna göras utan starkt ifrågasättande av kvalitén i äldreomsorgen.

Appendix

APPENDIX 1: MULTIPEL REGRESSIONSANALYS SOM UNDERLAG FÖR BEFOLKNINGS- RESPEKTIVE LEVNADSBANEMODELLEN

Den syntetiska modellbefolkningen i befolkningsmodellen byggs upp genom successiva, ordinala multipla regressionsanalyser baserade på data från SNAC-K, befolkningsdelen, baslinjeundersökningen 2001-2003 samt återundersökningen 2004-2007. Utgångspunkten är en initialbefolkning av män respektive kvinnor 78 år med ett totalantal uppräknat till överensstämmelse med riket. 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 respektive liten och stor insats; ”mellanboende” (servicehusboende); vård- och omsorgsboende), sammanlagt 60 ”celler”. Fördelningen på celler i respektive initialbefolkning är hämtad från SNAC-K, baslinjeundersökningen.

Sammansättningen av initialbefolkningen uppdateras successivt i treårssteg från 78-åringar till 81-åringar, från 81- till 84-åringar, från 84- till 87-åringar och så vidare genom omräkning baserat på övergångssannolikheter. Dessa skattas med multipla, ordinala regressionsanalyser med kön, åldersgrupp, grad av funktionsnedsättning, ensam-/samboende, hälso- och sjukvårdskonsumtion och insats/boendeform som oberoende variabler. Skattningarna är baserade på SNAC-K, återundersökningen.

Uppdateringen inleds med skattning av sannolikheten för död per ”cell”. Denna kalibreras sedan genom förskjutning av interceptet och koefficienten för aktuell åldersgrupp så att man totalt får överensstämmelse med den totala treårsdödligheten i riket för åldersgruppen i fråga. Alla ”celler” påverkas då proportionellt. Kalibreringen sker här som i övriga fall med hjälp av EXCEL-funktionen ”Sök värde”.

Därefter räknas antalet överlevande per ”cell” upp till överensstämmelse med den totala kohortstorleken i riket för den högre åldersgruppen. Därefter beräknas övergångarna med avseende på grad av funktionsnedsättning per initial ”cell” (steg 1) med sannolikheter baserade på regressionsanalysen.

Nästa steg är beräkning av övergångar avseende sam-/ensamboendestatus per ”cell”. Härvid ersätts i regressionsanalysen graden av funktionsnedsättning med den uppdaterade variabeln (steg 2). I det följande steget beräknas övergångarna med avseende på hälso- och sjukvårdskonsumtion (steg 3). Härvid ersätts i regressionsanalysen både graden av funktionsnedsättning och ensam-/samboende med de uppdaterade variablerna.

I det sista steget (steg 4) skattas övergång med avseende på insats/boendeform med uppdaterad grad av funktionsnedsättning, ensam-/samboende och hälso- och sjukvårdskonsumtion samt initial insats/boendeform som oberoende variabler.

Skattade regressionskoefficienter för respektive steg framgår av tabell A1.1. Alla variabler är definierade (0,1)-"dummies". Koefficienterna avser logaritmen för oddset 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 fyra intercept svarande mot ordinärt 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 "kon".

Utgående från 78-åringarna skapar modellen genom detta förfarande en befolkning av 81-åringar, män och 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 (old81). Därefter skapas på samma sätt en befolkning av 84-åringar. Slutligen erhålls en befolkning av 93-åringar fördelad på de 60 "cellerna". Med detta förfarande skapas sålunda en syntetisk befolkning av 78, 81, ..., 93-åringar, män och kvinnor. Sammansättningen av denna befolkning med avseende på fördelningen på "celler" kan sedan styras genom kontrollkoefficienter som justerar intercept och betakoefficienter. Poängen är då att alla relativa förhållanden bevaras – endast nivåerna påverkas.

Tabell A1.1 Regressionskoefficienter för att skapa en syntetisk befolkning(78 år eller äldre) med hjälp av befolkningsmodellen (default: man, 78 år, ingen funktionsnedsättning och ingen äldreomsorg)

		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	konb	- 0,761	0,0804	- 1,9748	- 0,1145	0,1562
Åldersgrupp 81 år	old81	0,2399	0,6113	- 0,7496	- 0,2900	0,1192
Åldersgrupp 84 år	old84	0,4891	0,7818	- 0,7409	- 0,7701	0,3017
Åldersgrupp 87 år	old87	1,0375	1,1432	- 0,5963	- 0,7853	0,1487
Åldersgrupp 90 år	old90	1,1618	1,6997	- 0,9604	- 0,9201	0,3538
Liten funktionsnedsättning	funk0_1	0,7113	2,3065	- 0,1863	0,6059	2,8537
Svår funktionsnedsättning	funk0_2	1,4296	3,5088	- 1,1441	1,1169	4,9599
Samboende	sambo_b0	- 0,5074	0,1855	5,1667	- 0,1589	- 1,2108
Stor hälso- och sjukvårds-konsumtion	hsomf_b0	1,2998	0,4915	- 0,5957	1,0897	- 0,0716
Ordinärt boende, liten insats	insats0_1	0,7747	0,4003	0,1027	0,3698	1,1364
Ordinärt boende, stor insats	insats0_2	0,7478	1,2461	0,8472	0,4200	1,3127
Mellanboende	insats0_3	1,2555	0,9434	- 10,4801	0,4395	1,4317
Vård- och omsorgsboende	insats0_4	2,0722	15,9091	- 12,279	- 1,7941	17,0475

I levnadsbanemodellen används multinomial multipel regressionsanalys i stället för ordinal. Detta innebär att man i stället för ett intercept per utfallsalternativ men samma betakoefficienter får en uppsättning med både intercept och betakoefficienter för varje utfallsalternativ. För övrigt sker uppdateringen per tidssteg på ett likartat sätt, men med den skillnaden att variablerna ensam-/samboende och hälso- och sjukvårds-konsumtion utgår, vilket gör att antalet "celler" reduceras till 15. På samma sätt som i befolkningsmodellen utgår man från 78-åringarna med uppdelning på kön. Skillnaden är den ursprungliga fördelningen på celler bibehålls som utgångspunkt. Vid regressions-skattningen av insats/boendeform utnyttjas både den tidigare och den uppdaterade graden av funktionsnedsättning (Funk0 respektive Funk3 i tabell A1.2 nedan).

Den treåriga uppdateringen resulterar då i en 15×15 -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. 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 man med kontrollvariabler styra ohälsoutveckling och fördelningen på insats/boendeform och därigenom avläsa hur levnadsbarnorna påverkas av dessa förändringar. Skillnaden är att i detta fall måste kalibreringen ske genom iteration, eftersom inställningen av fördelningen på en utfallsnivå påverkar inställningen av de föregående. I praktiken konvergerar detta ganska snabbt.

De skattade regressionskoefficienterna som använts framgår av tabell A1.2. 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 A1.2. Regressionskoefficienter för skapandet av Levnadsbanemodellen (default: man, 78 år, ingen funktionsnedsättning och ingen äldreomsorg).

		Koefficient
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
Liten funktionsnedsättning; före	funk0_1	0,8071
Svår funktionsnedsättning; före	funk0_2	1,422
Liten funktionsnedsättning; efter	funk3_1	
Svår funktionsnedsättning; efter	funk3_2	
Ordinärt boende, liten insats	insats0_1	0,9483
Ordinärt boende, stor insats	insats0_2	1,1772
Mellanboende	insats0_3	1,6884
Vård- och omsorgsboende	insats0_4	2,1376

Steg 1 – funktionsnedsättning			Koefficient
	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
Liten funktionsnedsättning; före	funk0_1	-2,9489	-0,5727
Svår funktionsnedsättning; före	funk0_2	-13,1114	-1,7121
Liten funktionsnedsättning; efter	funk3_1	-1,2774	0,1949
Svår funktionsnedsättning; efter	funk3_2	-11,5588	-0,8054
Ordinärt boende, liten insats	insats0_1	-9,0346	-0,9921
Ordinärt boende, stor insats	insats0_2	-9,9774	-11,9022
Mellanboende	insats0_3	0,0356	-0,0431
Vård- och omsorgsboende	insats0_4	-0,5756	0,0561

Steg 1 – insats/boendeform					
	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
Liten 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
Liten 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
Ordinärt boende, liten insats	insats0_1	-3,0348	0,2161	-0,838	0,00848
Ordinärt boende, 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

APPENDIX 2: SKATTNINGAR OMFÖRDELNINGSSALTERNATIV I LEVNADSBANEMODELLEN

Tabell A2.1. Fördelning på död respektive grad av funktionsnedsättning efter tre, sex, nio, tolv och femton år, initialt 78 år. Oförändrad hälsa. Alternativ – Omfördelning till utökat ordinärt boende, procent.

Kvinna	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>					
		74,8	17,5	7,7	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	4,5	80,4	15,0	4,6	100
Lätt nedsättning	14,4	18,2	52,1	29,7	100
Svår nedsättning	50,2	0,0	14,5	85,5	100
Summa	9,7	66,7	21,1	12,2	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	13,0	64,6	22,0	13,4	100
Lätt nedsättning	36,5	22,9	35,9	41,3	100
Svår nedsättning	77,7	1,8	16,2	82,0	100
Summa	22,1	57,2	23,8	18,9	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	27,5	50,1	24,1	25,9	100
Lätt nedsättning	59,0	24,1%	26,3	49,6	100
Svår nedsättning	90,9	3,8	14,3	81,9	100
Summa	37,9	46,5	24,2	29,3	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	47,6	36,6	22,0	41,3	100
Lätt nedsättning	76,9	22,7	20,0	57,3	100
Svår nedsättning	96,6	5,8	11,2	83,0	100
Summa	56,5	35,1	21,8	43,1	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	68,2	22,8	16,3	60,8	100
Lätt nedsättning	88,3	16,9	14,0	69,0	100
Svår nedsättning	98,8	6,2	7,8	86,0	100
Summa	74,0	22,3	16,1	61,6	100

Tabell A2.1 Fortsättning.

Män	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		84,0	9,3	6,7	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	9,2	84,0	10,7	5,3	100
Lätt nedsättning	24,6	22,8	40,7	36,5	100
Svår nedsättning	66,7	0,0	11,8	88,2	100
Summa	14,5	76,8	13,2	10,0	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	25,0	71,2	17,0	11,8	100
Lätt nedsättning	57,0	32,3	28,3	39,4	100
Svår nedsättning	91,1	2,5	15,4	82,2	100
Summa	32,4	68,3	17,6	14,1	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	45,0	58,9	22,1	19,0	100
Lätt nedsättning	77,9	38,8	24,8	36,4	100
Svår nedsättning	97,8	7,2	17,1	75,7	100
Summa	51,6	57,9	22,2	19,9	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	65,8	46,2	26,0	27,8	100
Lätt nedsättning	89,1	38,5	25,6	35,9	100
Svår nedsättning	99,5	14,7	18,8	66,5	100
Summa	70,2	45,9	26,0	28,1	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	83,0	33,5	28,1	38,4	100
Lätt nedsättning	95,2	31,2	27,4	41,3	100
Svår nedsättning	99,9	20,2	22,2	57,6	100
Summa	85,3	33,4	28,1	38,5	100

Tabell A2.2. Fördelning på död respektive insats/ boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år, initialt 78 år. Oförändrad hälsa, Alternativ – Omfördelning till utökat ordinärt boende, procent.

Kvinnor	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		86,9	4,5	3,7	0,3	4,6	100
Efter tre år							
Ordinärt ingen insats	5,2	86,4	6,6	5,2	0,2	1,6	100
Ordinärt liten insats	21,3	8,9	58,9	19,3	1,8	11,1	100
Ordinärt stor insats	33,3	3,4	1,6	73,3	2,4	19,3	100
Mellanboende	36,3	0,0	0,0	0,0	67,9	32,0	100
Vård-/omsorgsboende	62,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	9,7	79,2	8,4	7,5	0,4	4,4	100
Efter sex år							
Ordinärt ingen insats	15,5	73,5	10,3	10,5	0,6	5,2	100
Ordinärt liten insats	46,6	13,1	34,6	27,7	3,1	21,6	100
Ordinärt stor insats	62,8	4,4	2,9	57,3	3,7	31,8	100
Mellanboende	71,1	0,1	0,0	0,1	47,4	52,5	100
Vård-/omsorgsboende	87,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	22,1	69,8	10,8	11,8	0,7	6,9	100
Efter nio år							
Ordinärt ingen insats	31,1	58,7	13,4	15,9	1,0	10,9	100
Ordinärt liten insats	69,1	14,5	22,1	29,4	3,4	30,5	100
Ordinärt stor insats	82,6	4,4	3,7	45,8	4,1	42,0	100
Mellanboende	89,9	0,1	0,1	0,1	32,9	66,8	100
Vård-/omsorgsboende	96,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	37,9	57,0	13,5	16,5	1,1	11,9	100

Tabell A2.2 Fortsättning.

Kvinnor	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	51,0	40,0	16,1	22,9	1,6	19,4	100
Ordinärt liten insats	85,0	13,5	15,1	29,9	3,6	38,0	100
Ordinärt stor insats	93,3	4,0	4,1	38,0	4,2	49,8	100
Mellanboende	97,3	0,1	0,1	0,2	23,2	76,3	100
Vård-/omsorgsboende	99,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	56,5	39,3	16,0	23,1	1,7	19,9	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	70,6	16,1	18,1	31,0	2,4	32,3	100
Ordinärt liten insats	93,5	7,3	11,8	30,6	3,6	46,7	100
Ordinärt stor insats	97,7	2,4	4,1	31,9	4,1	57,5	100
Mellanboende	99,4	0,1	0,2	0,4	15,9	83,3	100
Vård-/omsorgsboende	99,8	0,0	0,0	0,0	0,0	99,9	100
Summa	74,0	15,9	18,0	31,0	2,4	32,6	100

Tabell A2.2. Fortsättning.

Män	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		91,4	2,0	2,3	0,1	4,2	100
<i>Efter tre år</i>							
Ordinärt ingen insats	10,0	86,7	5,9	5,0	0,2	2,1	100
Ordinärt liten insats	36,9	7,4	50,6	21,5	3,0	17,5	100
Ordinärt stor insats	53,2	1,7	1,0	67,1	3,4	26,9	100
Mellanboende	55,1	0,0	0,0	0,0	66,3	33,7	100
Vård-/omsorgsboende	78,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	14,5	83,5	6,5	6,0	0,3	3,7	100
<i>Efter sex år</i>							
Ordinärt ingen insats	27,3	76,9	8,8	8,8	0,5	5,0	100
Ordinärt liten insats	70,6	13,9	28,9	27,1	3,7	26,4	100
Ordinärt stor insats	84,5	2,6	1,8	51,9	4,4	39,4	100
Mellanboende	88,5	0,0	0,0	0,1	45,5	54,4	100
Vård-/omsorgsboende	96,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	32,4	75,8	8,9	9,2	0,6	5,6	100
<i>Efter nio år</i>							
Ordinärt ingen insats	47,4	66,0	11,6	12,4	0,9	9,1	100
Ordinärt liten insats	88,4	21,5	19,3	25,6	3,6	30,1	100
Ordinärt stor insats	95,9	3,9	2,8	41,0	4,7	47,6	100
Mellanboende	97,9	0,1	0,0	0,1	32,5	67,3	100
Vård-/omsorgsboende	99,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	51,6	65,6	11,6	12,5	0,9	9,4	100

Tabell A2.2 Fortsättning.

Män	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	67,5	51,7	15,3	17,6	1,2	14,1	100
Ordinärt liten insats	95,8	27,8	16,2	24,1	2,9	28,9	100
Ordinärt stor insats	99,1	6,8	4,4	34,5	4,4	49,8	100
Mellanboende	99,7	0,4	0,2	0,3	24,0	75,2	100
Vård-/omsorgsboende	99,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	70,2	51,6	15,3	17,6	1,3	14,2	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	83,9	32,1	19,2	24,9	1,7	22,1	100
Ordinärt liten insats	98,5	24,2	17,4	26,2	2,4	29,8	100
Ordinärt stor insats	99,8	9,9	7,9	30,0	3,6	48,7	100
Mellanboende	100,0	1,1	0,7	1,1	16,6	80,5	100
Vård-/omsorgsboende	100,0	0,0	0,0	0,1	0,0	99,9	100
Summa	85,3	32,1	19,2	24,9	1,7	22,2	100

Tabell A2.3. Fördelning på död respektive grad av funktionsnedsättning efter tre, sex, nio, tolv och femton år, initialt 78 år. Oförändrad hälsa. Alternativ – Omfördelning till mellanboende, procent.

Kvinna	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>					
		74,8	17,5	7,7	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	4,5	80,4	15,0	4,6	100
Lätt nedsättning	14,4	18,2	52,1	29,7	100
Svår nedsättning	50,2	0,0	14,5	85,5	100
Summa	9,7	66,7	21,1	12,2	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	13,4	64,8	21,9	13,2	100
Lätt nedsättning	38,8	23,5	35,4	41,1	100
Svår nedsättning	79,5	1,8	13,7	84,5	100
Summa	22,9	57,8	23,6	18,6	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	28,7	50,8	24,0	25,2	100
Lätt nedsättning	62,5	25,9	25,9	48,3	100
Svår nedsättning	92,6	4,0	11,7	84,3	100
Summa	39,5	47,7	24,1	28,2	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	49,6	37,9	22,2	39,9	100
Lätt nedsättning	79,7	25,3	20,1	54,6	100
Svår nedsättning	97,6	6,8	9,8	83,4	100
Summa	58,6	36,7	21,9	41,4	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	70,3	24,4	16,7	58,9	100
Lätt nedsättning	90,0	19,4	14,7	65,9	100
Svår nedsättning	99,3	8,1	7,9	84,0	100
Summa	76,0	24,0	16,6	59,4	100

Tabell A2.3 Fortsättning.

Män	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>					
		84,0	9,3	6,7	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	9,2	84,0	10,7	5,3	100
Lätt nedsättning	24,6	22,8	40,7	36,5	100
Svår nedsättning	66,7	0,0	11,8	88,2	100
Summa	14,5	76,8	13,2	10,0	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	25,4	71,7	16,9	11,5	100
Lätt nedsättning	59,2	33,9	27,8	38,3	100
Svår nedsättning	92,2	2,3	12,9	84,8	100
Summa	33,0	69,0	17,5	13,5	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	45,7	59,7	22,1	18,2	100
Lätt nedsättning	79,7	41,8	24,4	33,8	100
Svår nedsättning	98,4	7,9	14,4	77,7	100
Summa	52,4	58,9	22,1	19,0	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	66,6	47,4	26,0	26,6	100
Lätt nedsättning	90,0	41,3	25,7	33,0	100
Svår nedsättning	99,6	17,9	17,7	64,4	100
Summa	71,0	47,2	26,0	26,9	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	83,6	34,9	28,3	36,8	100
Lätt nedsättning	95,5	33,3	27,8	38,8	100
Svår nedsättning	99,9	24,6	23,2	52,2	100
Summa	85,8	34,8	28,3	36,9	100

Tabell A2.4. Fördelning på död respektive insats/ boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år, initialt 78 år. Oförändrad hälsa, Alternativ – Omfördelning till mellanboende, procent.

Kvinnor	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellanboende	Vård-/omsorgsboende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		86,9	4,5	3,7	0,3	4,6	100
<i>Efter tre år</i>							
Ordinärt ingen insats	5,2	85,5	7,4	2,6	1,2	3,2	100
Ordinärt liten insats	21,3	7,7	55,2	8,1	11,5	17,6	100
Ordinärt stor insats	33,3	3,6	2,0	38,4	18,2	37,8	100
Mellanboende	36,3	0,0	0,0	0,0	86,1	13,9	100
Vård-/omsorgsboende	62,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	9,7	78,4	8,9	3,8	2,2	6,6	100
<i>Efter sex år</i>							
Ordinärt ingen insats	16,1	72,5	10,9	4,4	3,7	8,4	100
Ordinärt liten insats	49,1	11,7	31,2	8,7	19,0	29,4	100
Ordinärt stor insats	66,9	4,1	3,1	17,6	25,7	49,4	100
Mellanboende	69,9	0,0	0,0	0,0	75,8	24,2	100
Vård-/omsorgsboende	87,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	22,9	69,0	11,3	4,7	4,6	10,4	100
<i>Efter nio år</i>							
Ordinärt ingen insats	32,6	58,0	13,6	6,4	6,6	15,4	100
Ordinärt liten insats	72,8	13,8	19,2	7,9	22,4	36,7	100
Ordinärt stor insats	86,8	4,4	3,7	9,2	29,1	53,6	100
Mellanboende	88,6	0,0	0,0	0,0	68,0	32,0	100
Vård-/omsorgsboende	96,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	39,5	56,4	13,6	6,5	7,1	16,4	100

Tabell A2.4 Fortsättning.

Kvinnor	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	53,2	40,4	15,5	8,5	10,2	25,4	100
Ordinärt liten insats	87,8	14,4	12,9	7,2	23,4	42,1	100
Ordinärt stor insats	95,7	5,1	4,0	5,5	30,3	55,1	100
Mellanboende	96,5	0,0	0,0	0,0	62,0	37,9	100
Vård-/omsorgsboende	99,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	58,6	39,9	15,4	8,5	10,5	25,8	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	72,7	17,6	17,9	10,7	14,3	39,5	100
Ordinärt liten insats	95,1	8,9	11,5	7,5	23,4	48,7	100
Ordinärt stor insats	98,7	4,0	5,0	4,4	29,8	56,8	100
Mellanboende	99,1	0,0	0,0	0,0	57,0	42,9	100
Vård-/omsorgsboende	99,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	76,0	17,5	17,8	10,6	14,4	39,6	100

Tabell A2.4. Fortsättning.

Män	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		91,4	2,0	2,3	0,1	4,2	100
<i>Efter tre år</i>							
Ordinärt ingen insats	10,0	86,1	6,4	2,3	1,3	3,8	100
Ordinärt liten insats	36,9	6,5	45,4	7,8	15,5	24,9	100
Ordinärt stor insats	53,2	1,7	1,1	29,7	20,7	46,9	100
Mellanboende	55,1	0,0	0,0	0,0	85,0	14,9	100
Vård-/omsorgsboende	78,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	14,5	82,9	6,9	2,7	1,8	5,7	100
<i>Efter sex år</i>							
Ordinärt ingen insats	27,8	76,7	9,3	3,4	3,0	7,6	100
Ordinärt liten insats	72,8	13,3	25,8	7,3	20,8	32,8	100
Ordinärt stor insats	87,1	2,4	1,9	12,8	27,5	55,4	100
Mellanboende	87,9	0,0	0,0	0,0	74,2	25,7	100
Vård-/omsorgsboende	96,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	33,0	75,6	9,4	3,5	3,2	8,2	100
<i>Efter nio år</i>							
Ordinärt ingen insats	48,2	65,6	12,0	4,9	5,1	12,3	100
Ordinärt liten insats	90,1	22,5	17,2	6,3	20,9	33,0	100
Ordinärt stor insats	97,3	4,4	2,8	6,6	30,7	55,4	100
Mellanboende	97,5	0,1	0,0	0,0	67,0	32,9	100
Vård-/omsorgsboende	99,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	52,4	65,3	12,0	4,9	5,2	12,5	100

Tabell A2.4 Fortsättning.

Män	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	68,4	52,0	15,1	6,7	7,6	18,6	100
Ordinärt liten insats	96,5	30,8	14,9	6,4	17,5	30,4	100
Ordinärt stor insats	99,5	10,1	4,9	4,5	30,0	50,5	100
Mellanboende	99,6	0,2	0,1	0,0	61,7	38,0	100
Vård-/omsorgsboende	99,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	71,0	51,9	15,1	6,7	7,7	18,6	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	84,5	33,4	19,1	9,0	10,6	27,9	100
Ordinärt liten insats	98,8	27,1	17,5	8,3	14,7	32,4	100
Ordinärt stor insats	99,9	16,1	10,5	5,7	23,9	43,8	100
Mellanboende	100,0	0,5	0,3	0,1	56,1	42,9	100
Vård-/omsorgsboende	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	85,8	33,4	19,1	9,0	10,6	27,9	100

Tabell A2.5. Fördelning på död respektive grad av funktionsnedsättning efter tre, sex, nio, tolv och femton år, initialt 78 år. Oförändrad hälsa. Alternativ – Omfördelning till vård- och omsorgsboende, procent.

Kvinna	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>					
		74,8	17,5	7,7	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	4,5	80,4	15,0	4,6	100
Lätt nedsättning	14,4	18,2	52,1	29,7	100
Svår nedsättning	50,2	0,0	14,5	85,5	100
Summa	9,7	66,7	21,1	12,2	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	13,7	65,0	21,8	13,2	100
Lätt nedsättning	39,8	24,0	35,0	41,0	100
Svår nedsättning	80,1	1,9	12,2	85,9	100
Summa	23,4	58,1	23,5	18,5	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	29,4	51,2	23,9	24,9	100
Lätt nedsättning	63,6	26,7	25,8	47,4	100
Svår nedsättning	93,1	4,5	10,6	84,9	100
Summa	40,3	48,2	24,0	27,8	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	50,4	38,4	22,2	39,4	100
Lätt nedsättning	80,5	26,3	20,5	53,2	100
Svår nedsättning	97,9	7,9	9,7	82,4	100
Summa	59,3	37,2	22,1	40,7	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	71,1	25,0	16,9	58,1	100
Lätt nedsättning	90,5	20,3	15,2	64,5	100
Svår nedsättning	99,3	9,6	8,5	82,0	100
Summa	76,6	24,6	16,8	58,6	100

Tabell A2.5 Fortsättning.

Män	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>					
		84,0	9,3	6,7	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	9,2	84,0	10,7	5,3	100
Lätt nedsättning	24,6	22,8	40,7	36,5	100
Svår nedsättning	66,7	0,0	11,8	88,2	100
Summa	14,5	76,8	13,2	10,0	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	25,6	71,9	16,8	11,3	100
Lätt nedsättning	59,8	34,6	27,7	37,7	100
Svår nedsättning	92,5	2,7	11,7	85,6	100
Summa	33,2	69,2	17,4	13,4	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	46,0	60,0	22,0	17,9	100
Lätt nedsättning	80,0	42,7	24,5	32,7	100
Svår nedsättning	98,5	9,3	13,9	76,7	100
Summa	52,7	59,3	22,1	18,6	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	66,9	47,6	26,1	26,3	100
Lätt nedsättning	90,1	41,9	26,0	32,2	100
Svår nedsättning	99,7	20,8	18,7	60,6	100
Summa	71,2	47,4	26,1	26,5	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	83,8	35,1	28,4	36,4	100
Lätt nedsättning	95,5	33,7	28,1	38,3	100
Svår nedsättning	99,9	26,6	24,5	48,9	100
Summa	85,9	35,1	28,4	36,5	100

Tabell A2.6. Fördelning på död respektive insats/ boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år, initialt 78 år. Oförändrad hälsa, Alternativ – Omfördelning till vård- och omsorgsboende, procent.

Kvinnor	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellanboende	Vård-/omsorgsboende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		86,9	4,5	3,7	0,3	4,6	100
<i>Efter tre år</i>							
Ordinärt ingen insats	5,2	84,9	7,3	2,6	0,3	4,9	100
Ordinärt liten insats	21,3	7,6	55,6	8,1	3,2	25,5	100
Ordinärt stor insats	33,3	3,5	2,0	36,8	4,8	52,8	100
Mellanboende	36,3	0,0	0,0	0,0	56,8	43,2	100
Vård-/omsorgsboende	62,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	9,7	77,8	8,9	3,7	0,7	8,9	100
<i>Efter sex år</i>							
Ordinärt ingen insats	16,5	72,1	10,9	4,3	0,8	11,9	100
Ordinärt liten insats	49,7	11,8	33,2	9,0	4,1	41,9	100
Ordinärt stor insats	68,1	4,4	3,4	18,2	5,1	68,9	100
Mellanboende	71,8	0,0	0,0	0,0	33,2	66,7	100
Vård-/omsorgsboende	87,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	23,4	68,7	11,4	4,6	1,0	14,3	100
<i>Efter nio år</i>							
Ordinärt ingen insats	33,3	57,8	13,8	6,3	1,2	21,0	100
Ordinärt liten insats	73,5	14,3	21,6	8,6	3,6	51,8	100
Ordinärt stor insats	88,0	5,0	4,5	10,6	4,0	75,8	100
Mellanboende	90,7	0,0	0,0	0,0	18,8	81,1	100
Vård-/omsorgsboende	96,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	40,3	56,3	13,8	6,4	1,3	22,2	100

Tabell A2.6 Fortsättning.

Kvinnor	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	54,0	40,8	15,4	8,2	1,7	33,9	100
Ordinärt liten insats	88,3	15,1	14,7	7,8	3,2	59,1	100
Ordinärt stor insats	96,2	6,2	5,1	6,7	3,1	78,9	100
Mellanboende	97,6	0,1	0,0	0,0	10,5	89,3	100
Vård-/omsorgsboende	99,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	59,3	40,3	15,4	8,2	1,7	34,5	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	73,4	18,3	18,0	9,9	2,1	51,7	100
Ordinärt liten insats	95,3	9,6	12,7	7,7	2,6	67,3	100
Ordinärt stor insats	98,9	5,1	6,5	5,3	2,3	80,8	100
Mellanboende	99,5	0,1	0,1	0,1	5,4	94,3	100
Vård-/omsorgsboende	99,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	76,6	18,2	17,9	9,9	2,1	51,9	100

Tabell A2.6. Fortsättning.

Män	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		91,4	2,0	2,3	0,1	4,2	100
<i>Efter tre år</i>							
Ordinärt ingen insats	10,0	85,7	6,4	2,1	0,4	5,4	100
Ordinärt liten insats	36,9	6,5	46,6	7,4	4,6	34,9	100
Ordinärt stor insats	53,2	1,7	1,2	27,2	5,8	64,1	100
Mellanboende	55,1	0,0	0,0	0,0	54,8	45,1	100
Vård-/omsorgsboende	78,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	14,5	82,5	6,8	2,5	0,5	7,6	100
<i>Efter sex år</i>							
Ordinärt ingen insats	28,0	76,5	9,4	3,2	0,7	10,2	100
Ordinärt liten insats	73,1	13,7	28,6	7,4	4,7	45,7	100
Ordinärt stor insats	87,8	2,9	2,3	13,0	5,6	76,3	100
Mellanboende	88,9	0,0	0,0	0,0	31,5	68,5	100
Vård-/omsorgsboende	96,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	33,2	75,5	9,5	3,3	0,7	11,0	100
<i>Efter nio år</i>							
Ordinärt ingen insats	48,5	65,6	12,3	4,8	1,0	16,3	100
Ordinärt liten insats	90,2	23,2	20,3	6,9	3,6	46,0	100
Ordinärt stor insats	97,6	5,7	4,0	7,9	4,4	77,9	100
Mellanboende	98,1	0,1	0,0	0,0	18,7	81,2	100
Vård-/omsorgsboende	99,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	52,7	65,4	12,3	4,8	1,0	16,6	100

Tabell A2.6 Fortsättning.

Män	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	68,6	52,3	15,2	6,5	1,4	24,6	100
Ordinärt liten insats	96,5	31,5	16,9	6,8	2,7	42,1	100
Ordinärt stor insats	99,6	13,2	7,0	6,0	3,3	70,4	100
Mellanboende	99,8	0,4	0,1	0,1	11,5	88,0	100
Vård-/omsorgsboende	99,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	71,2	52,2	15,2	6,5	1,4	24,7	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	84,6	33,9	19,6	8,6	1,7	36,2	100
Ordinärt liten insats	98,8	27,7	18,7	8,2	2,2	43,3	100
Ordinärt stor insats	99,9	19,6	13,4	6,8	2,3	57,8	100
Mellanboende	100,0	1,2	0,7	0,3	6,4	91,5	100
Vård-/omsorgsboende	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	85,9	33,9	19,6	8,6	1,8	36,2	100

Tabell A2.7. Fördelning på död respektive grad av funktionsnedsättning efter tre, sex, nio, tolv och femton år, initialt 78 år. Förbättrad hälsa. Alternativ – Omfördelning till utökad ordinärt boende, procent.

Kvinna	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>					
		79,6	13,8	6,6	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	3,7	83,6	12,2	4,2	100
Lätt nedsättning	12,2	21,1	48,2	30,7	100
Svår nedsättning	45,8	0,0	13,0	87,0	100
Summa	7,7	72,1	17,0	10,9	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	10,4	70,4	17,8	11,8	100
Lätt nedsättning	31,4	27,1	32,0	40,9	100
Svår nedsättning	73,5	2,1	14,2	83,7	100
Summa	17,5	64,0	19,4	16,7	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	22,4	58,2	19,8	21,9	100
Lätt nedsättning	52,7	29,9	23,4	46,7	100
Svår nedsättning	88,4	4,7	12,9	82,4	100
Summa	30,9	55,0	20,1	25,0	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	40,3	48,9	19,3	31,7	100
Lätt nedsättning	71,2	32,1	19,0	48,8	100
Svår nedsättning	95,5	8,5	11,7	79,7	100
Summa	48,2	47,4	19,3	33,3	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	61,9	38,8	17,6	43,6	100
Lätt nedsättning	84,8	30,7	16,2	53,0	100
Svår nedsättning	98,5	12,9	10,5	76,7	100
Summa	67,5	38,2	17,5	44,3	100

Tabell A2.7 Fortsättning.

Män	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>					
		89,2	5,1	5,7	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	7,1	88,8	6,6	4,6	100
Lätt nedsättning	20,0	29,2	31,4	39,4	100
Svår nedsättning	61,0	0,0	8,5	91,5	100
Summa	10,8	83,9	7,8	8,3	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	18,6	77,8	11,0	11,2	100
Lätt nedsättning	49,0	38,4	18,8	42,9	100
Svår nedsättning	87,3	1,7	9,0	89,3	100
Summa	24,0	75,7	11,3	13,1	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	35,0	66,9	15,1	18,1	100
Lätt nedsättning	70,5	45,8	16,6	37,6	100
Svår nedsättning	96,5	4,9	9,6	85,5	100
Summa	40,3	66,1	15,1	18,8	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	56,0	57,2	19,0	23,8	100
Lätt nedsättning	84,1	49,1	18,8	32,2	100
Svår nedsättning	99,2	12,6	11,8	75,6	100
Summa	59,9	57,0	19,0	24,0	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	76,7	45,8	22,7	31,5	100
Lätt nedsättning	92,4	43,6	22,3	34,1	100
Svår nedsättning	99,8	24,3	16,5	59,2	100
Summa	78,9	45,8	22,6	31,6	100

Tabell A2.8. Fördelning på död respektive insats/ boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år, initialt 78 år. Förbättrad hälsa, Alternativ – Omfördelning till utökat ordinärt boende, procent.

Kvinnor	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellanboende	Vård-/omsorgsboende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		89,2	3,6	3,1	0,2	3,9	100
<i>Efter tre år</i>							
Ordinärt ingen insats	4,2	90,3	4,8	3,6	0,1	1,2	100
Ordinärt liten insats	18,3	11,7	57,2	18,0	2,2	11,0	100
Ordinärt stor insats	29,4	4,4	1,6	71,1	3,1	19,9	100
Mellanboende	31,9		0,0	0,0	71,4	28,5	100
Vård-/omsorgsboende	57,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	7,7	84,0	6,3	5,5	0,4	3,8	100
<i>Efter sex år</i>							
Ordinärt ingen insats	12,1	79,6	8,3	8,2	0,4	3,6	100
Ordinärt liten insats	41,2	17,1	33,9	26,7	2,8	19,6	100
Ordinärt stor insats	57,7	5,8	3,0	57,3	3,7	30,3	100
Mellanboende	65,8	0,1	0,0	0,1	48,8	51,0	100
Vård-/omsorgsboende	84,4	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	17,5	76,1	8,8	9,4	0,5	5,2	100
<i>Efter nio år</i>							
Ordinärt ingen insats	25,0	67,4	11,8	12,8	0,7	7,2	100
Ordinärt liten insats	63,6	19,8	22,7	29,0	3,1	25,5	100
Ordinärt stor insats	78,8	6,3	4,2	48,2	4,0	37,4	100
Mellanboende	87,1	0,1	0,1	0,1	35,1	64,6	100
Vård-/omsorgsboende	95,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	30,9	65,8	11,9	13,4	0,8	8,1	100

Tabell A2.8 Fortsättning

Kvinnor	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	43,0	50,1	16,8	20,1	1,2	11,8	100
Ordinärt liten insats	80,9	19,7	17,5	31,2	3,1	28,6	100
Ordinärt stor insats	91,3	6,2	5,3	43,5	4,1	41,1	100
Mellanboende	96,4	0,2	0,1	0,3	26,4	73,1	100
Vård-/omsorgsboende	98,9	0,0	0,0	0,0	0,0	99,9	100
Summa	48,2	49,4	16,7	20,4	1,2	12,3	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	64,0	23,2	23,2	31,9	1,8	19,9	100
Ordinärt liten insats	91,5	12,6	16,7	34,8	3,1	32,7	100
Ordinärt stor insats	97,2	4,8	6,7	39,5	4,0	45,1	100
Mellanboende	99,3	0,2	0,3	0,6	19,4	79,5	100
Vård-/omsorgsboende	99,8	0,0	0,0	0,1	0,0	99,9	100
Summa	67,5	23,1	23,1	31,9	1,8	20,1	100

Tabell A2.8. Fortsättning

Män	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		93,5	1,1	1,8	0,1	3,6	100
<i>Efter tre år</i>							
Ordinärt ingen insats	7,5	88,7	5,0	4,3	0,3	1,7	100
Ordinärt liten insats	30,6	7,8	44,1	23,6	5,1	19,4	100
Ordinärt stor insats	47,5	0,9	0,6	64,7	5,5	28,2	100
Mellanboende	48,1	0,0	0,0	0,0	74,2	25,7	100
Vård-/omsorgsboende	72,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	10,8	86,1	5,2	5,1	0,4	3,2	100
<i>Efter sex år</i>							
Ordinärt ingen insats	19,8	80,8	7,1	7,6	0,4	4,1	100
Ordinärt liten insats	62,9	15,6	23,2	28,2	4,8	28,3	100
Ordinärt stor insats	79,2	1,5	1,0	50,5	5,7	41,3	100
Mellanboende	82,9	0,0	0,0	0,0	49,8	50,2	100
Vård-/omsorgsboende	93,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	24,0	79,8	7,1	7,9	0,5	4,7	100
<i>Efter nio år</i>							
Ordinärt ingen insats	36,5	71,1	10,2	11,1	0,7	7,0	100
Ordinärt liten insats	83,3	24,7	15,9	26,1	3,9	29,4	100
Ordinärt stor insats	93,6	2,2	1,5	42,2	5,6	48,4	100
Mellanboende	96,0	0,1	0,0	0,1	35,6	64,2	100
Vård-/omsorgsboende	98,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	40,3	70,8	10,1	11,2	0,7	7,2	100

Tabell A2.8 Fortsättning

Män	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	57,3	58,3	14,6	15,7	0,9	10,4	100
Ordinärt liten insats	93,3	33,8	14,9	23,4	2,6	25,2	100
Ordinärt stor insats	98,6	4,1	2,6	37,2	4,9	51,3	100
Mellanboende	99,4	0,3	0,1	0,2	25,6	73,9	100
Vård-/omsorgsboende	99,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	59,9	58,2	14,6	15,8	0,9	10,5	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	77,4	38,9	20,4	23,3	1,3	16,2	100
Ordinärt liten insats	97,5	31,4	18,8	25,1	1,9	22,7	100
Ordinärt stor insats	99,8	8,1	5,7	32,6	3,9	49,8	100
Mellanboende	99,9	1,1	0,6	0,8	17,9	79,7	100
Vård-/omsorgsboende	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	99,9	100
Summa	78,9	38,8	20,4	23,3	1,3	16,2	100

Tabell A2.9. Fördelning på död respektive grad av funktionsnedsättning efter tre, sex, nio, tolv och femton år, initialt 78 år. Förbättrad hälsa. Alternativ – Omfördelning till mellanboende, procent.

Kvinna	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>					
		79,6	13,8	6,6	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	3,7	83,6	12,2	4,2	100
Lätt nedsättning	12,2	21,1	48,2	30,7	100
Svår nedsättning	45,8	0,0	13,0	87,0	100
Summa	7,7	72,1	17,0	10,9	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	10,8	70,6	17,7	11,6	100
Lätt nedsättning	34,1	27,9	31,1	41,0	100
Svår nedsättning	75,7	1,9	11,5	86,5	100
Summa	18,3	64,5	19,1	16,4	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	23,5	59,0	19,7	21,3	100
Lätt nedsättning	57,0	32,1	22,6	45,2	100
Svår nedsättning	90,7	4,7	9,9	85,4	100
Summa	32,6	56,2	19,9	24,0	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	42,3	50,4	19,3	30,3	100
Lätt nedsättning	74,9	35,7	18,8	45,5	100
Svår nedsättning	97,0	9,6	9,6	80,9	100
Summa	50,4	49,2	19,2	31,6	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	63,9	40,9	17,8	41,3	100
Lätt nedsättning	87,0	34,7	16,7	48,6	100
Svår nedsättning	99,1	16,4	10,1	73,5	100
Summa	69,4	40,4	17,8	41,8	100

Tabell A2.9 Fortsättning

Män	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>					
		89,2	5,1	5,7	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	7,1	88,8	6,6	4,6	100
Lätt nedsättning	20,0	29,2	31,4	39,4	100
Svår nedsättning	61,0	0,0	8,5	91,5	100
Summa	10,8	83,9	7,8	8,3	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	18,9	78,4	10,9	10,8	100
Lätt nedsättning	52,1	40,7	17,8	41,5	100
Svår nedsättning	88,8	1,3	7,0	91,7	100
Summa	24,6	76,5	11,1	12,4	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	35,7	68,0	15,0	17,1	100
Lätt nedsättning	73,2	50,1	16,0	34,0	100
Svår nedsättning	97,4	4,4	6,9	88,6	100
Summa	41,2	67,4	15,0	17,6	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	56,9	58,6	18,9	22,5	100
Lätt nedsättning	85,4	52,8	18,7	28,5	100
Svår nedsättning	99,5	13,7	9,5	76,8	100
Summa	60,8	58,4	18,9	22,6	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	77,3	47,4	22,7	29,8	100
Lätt nedsättning	92,9	46,1	22,5	31,3	100
Svår nedsättning	99,9	28,8	16,4	54,9	100
Summa	79,4	47,4	22,7	29,9	100

Tabell A2.10. Fördelning på död respektive insats/ boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år, initialt 78 år. Förbättrad hälsa, Alternativ – Omfördelning till mellanboende, procent.

Kvinnor	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		89,2	3,6	3,1	0,2	3,9	100
<i>Efter tre år</i>							
Ordinärt ingen insats	4,2	89,3	5,3	1,6	1,2	2,6	100
Ordinärt liten insats	18,3	9,8	51,3	6,4	14,8	17,8	100
Ordinärt stor insats	29,4	4,2	1,8	30,6	24,0	39,3	100
Mellanboende	31,9		0,0	0,0	88,8	11,2	100
Vård-/omsorgsboende	57,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	7,7	83,0	6,6	2,4	2,3	5,7	100
<i>Efter sex år</i>							
Ordinärt ingen insats	12,7	78,6	8,9	3,0	3,1	6,5	100
Ordinärt liten insats	44,2	14,9	29,4	6,8	20,9	28,0	100
Ordinärt stor insats	62,7	4,9	2,9	13,0	30,4	48,8	100
Mellanboende	64,5	0,0	0,0	0,0	78,6	21,3	100
Vård-/omsorgsboende	84,4	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	18,3	75,3	9,2	3,2	3,9	8,3	100
<i>Efter nio år</i>							
Ordinärt ingen insats	26,5	66,6	12,1	4,5	5,6	11,3	100
Ordinärt liten insats	68,3	18,7	19,2	6,2	23,4	32,4	100
Ordinärt stor insats	84,3	5,7	3,7	6,7	33,5	50,5	100
Mellanboende	85,4	0,0	0,0	0,0	72,1	27,9	100
Vård-/omsorgsboende	95,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	32,6	65,1	12,1	4,5	6,1	12,2	100

Tabell A2.10 Fortsättning

Kvinnor	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	45,2	51,0	16,4	6,6	8,8	17,3	100
Ordinärt liten insats	84,7	21,4	15,2	6,2	23,5	33,8	100
Ordinärt stor insats	94,7	7,6	4,8	4,4	34,3	48,8	100
Mellanboende	95,4	0,1	0,0	0,0	67,6	32,3	100
Vård-/omsorgsboende	98,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	50,4	50,4	16,4	6,5	9,0	17,6	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	66,0	26,1	24,0	10,3	12,9	26,7	100
Ordinärt liten insats	93,6	16,0	17,6	8,1	22,3	36,0	100
Ordinärt stor insats	98,5	8,1	8,6	4,8	32,3	46,1	100
Mellanboende	98,9	0,1	0,1	0,0	63,8	36,0	100
Vård-/omsorgsboende	99,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	69,4	26,0	24,0	10,3	13,0	26,8	100

Tabell A2.10. Fortsättning

Män	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		93,5	1,1	1,8	0,1	3,6	100
<i>Efter tre år</i>							
Ordinärt ingen insats	7,5	88,2	5,3	1,6	1,6	3,2	100
Ordinärt liten insats	30,6	6,8	35,8	6,5	24,7	26,1	100
Ordinärt stor insats	47,5	0,8	0,6	21,3	30,4	47,0	100
Mellanboende	48,1	0,0	0,0	0,0	89,6	10,3	100
Vård-/omsorgsboende	72,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	10,8	85,7	5,5	1,9	2,1	4,9	100
<i>Efter sex år</i>							
Ordinärt ingen insats	20,4	80,7	7,6	2,4	2,9	6,4	100
Ordinärt liten insats	66,0	15,2	19,1	5,2	27,4	33,1	100
Ordinärt stor insats	82,8	1,0	0,7	7,4	36,1	54,7	100
Mellanboende	82,2	0,0	0,0	0,0	78,8	21,2	100
Vård-/omsorgsboende	93,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	24,6	79,8	7,6	2,4	3,1	7,0	100
<i>Efter nio år</i>							
Ordinärt ingen insats	37,4	71,1	10,5	3,6	4,6	10,1	100
Ordinärt liten insats	86,0	26,7	14,0	4,3	24,2	30,8	100
Ordinärt stor insats	95,8	1,9	1,0	3,2	39,2	54,6	100
Mellanboende	95,4	0,1	0,0	0,0	72,0	27,9	100
Vård-/omsorgsboende	98,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	41,2	70,9	10,5	3,6	4,7	10,2	100

Tabell A2.10 Fortsättning

Män	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	58,1	59,2	14,6	5,1	6,5	14,6	100
Ordinärt liten insats	94,5	38,4	14,3	4,7	17,1	25,5	100
Ordinärt stor insats	99,3	5,3	2,1	1,9	39,3	51,5	100
Mellanboende	99,2	0,2	0,0	0,0	66,4	33,3	100
Vård-/omsorgsboende	99,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	60,8	59,1	14,6	5,1	6,6	14,7	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	78,0	40,8	20,6	7,4	9,3	21,9	100
Ordinärt liten insats	97,9	35,4	19,5	7,0	12,8	25,3	100
Ordinärt stor insats	99,9	13,1	7,3	3,0	32,7	43,9	100
Mellanboende	99,9	0,6	0,3	0,1	61,2	37,7	100
Vård-/omsorgsboende	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	79,4	40,8	20,6	7,4	9,3	21,9	100

Tabell A2.11. Fördelning på död respektive grad av funktionsnedsättning efter tre, sex, nio, tolv och femton år, initialt 78 år. Förbättrad hälsa. Alternativ – Omfördelning till vård- och omsorgsboende, procent.

Kvinna	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>					
		79,6	13,8	6,6	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	3,7	83,6	12,2	4,2	100
Lätt nedsättning	12,2	21,1	48,2	30,7	100
Svår nedsättning	45,8	0,0	13,0	87,0	100
Summa	7,7	72,1	17,0	10,9	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	11,1	70,8	17,6	11,6	100
Lätt nedsättning	35,2	28,4	30,6	41,0	100
Svår nedsättning	76,4	2,1	9,9	88,0	100
Summa	18,7	64,8	18,9	16,3	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	24,3	59,5	19,6	20,9	100
Lätt nedsättning	58,5	33,3	22,4	44,3	100
Svår nedsättning	91,4	5,3	8,6	86,1	100
Summa	33,4	56,8	19,7	23,5	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	43,3	51,1	19,3	29,7	100
Lätt nedsättning	75,9	37,2	18,9	43,9	100
Svår nedsättning	97,3	11,2	9,0	79,7	100
Summa	51,3	50,0	19,2	30,8	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	64,7	41,6	17,9	40,5	100
Lätt nedsättning	87,5	36,1	17,0	46,9	100
Svår nedsättning	99,2	19,3	10,7	70,0	100
Summa	70,1	41,3	17,8	40,9	100

Tabell A2.11 Fortsättning

Män	Död	Ingen nedsättning	Lätt nedsättning	Svår nedsättning	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>					
		89,2	5,1	5,7	100
<i>Efter tre år</i>					
Ingen nedsättning	7,1	88,8	6,6	4,6	100
Lätt nedsättning	20,0	29,2	31,4	39,4	100
Svår nedsättning	61,0	0,0	8,5	91,5	100
Summa	10,8	83,9	7,8	8,3	100
<i>Efter sex år</i>					
Ingen nedsättning	19,1	78,5	10,8	10,7	100
Lätt nedsättning	52,8	41,6	17,8	40,5	100
Svår nedsättning	89,3	1,7	5,9	92,3	100
Summa	24,9	76,7	11,0	12,3	100
<i>Efter nio år</i>					
Ingen nedsättning	36,1	68,3	14,9	16,8	100
Lätt nedsättning	73,7	51,5	16,0	32,5	100
Svår nedsättning	97,6	6,0	5,9	88,1	100
Summa	41,6	67,8	14,9	17,3	100
<i>Efter tolv år</i>					
Ingen nedsättning	57,3	59,0	19,0	22,1	100
Lätt nedsättning	85,5	53,7	18,9	27,4	100
Svår nedsättning	99,5	18,4	9,7	72,0	100
Summa	61,1	58,8	19,0	22,2	100
<i>Efter femton år</i>					
Ingen nedsättning	77,5	47,8	22,8	29,5	100
Lätt nedsättning	92,9	46,6	22,7	30,7	100
Svår nedsättning	99,9	34,1	18,1	47,8	100
Summa	79,5	47,7	22,8	29,5	100

Tabell A2.12. Fördelning på död respektive insats/ boendeform efter tre, sex, nio, tolv och femton år, initialt 78 år. Förbättrad hälsa, Alternativ – Omfördelning till vård- och omsorgsboende, procent.

Kvinnor	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		89,2	3,6	3,1	0,2	3,9	100
Efter tre år							
Ordinärt ingen insats	4,2	88,5	5,3	1,7	0,3	4,2	100
Ordinärt liten insats	18,3	9,6	52,0	6,9	4,1	27,4	100
Ordinärt stor insats	29,4	4,1	1,8	31,0	6,1	57,0	100
Mellanboende	31,9		0,0	0,0	59,2	40,7	100
Vård-/omsorgsboende	57,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	7,7	82,3	6,6	2,6	0,7	7,9	100
Efter sex år							
Ordinärt ingen insats	13,1	77,9	8,7	3,1	0,6	9,7	100
Ordinärt liten insats	45,0	15,0	31,1	7,6	4,0	42,3	100
Ordinärt stor insats	64,1	5,1	3,1	14,7	5,2	71,8	100
Mellanboende	66,7	0,0	0,0	0,0	32,6	67,3	100
Vård-/omsorgsboende	84,4	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	18,7	74,7	9,1	3,3	0,8	12,1	100
Efter nio år							
Ordinärt ingen insats	27,3	66,2	11,9	4,7	0,9	16,4	100
Ordinärt liten insats	69,3	19,3	21,2	7,3	3,3	48,9	100
Ordinärt stor insats	85,7	6,5	4,4	8,7	4,0	76,5	100
Mellanboende	88,1	0,1	0,0	0,0	18,7	81,2	100
Vård-/omsorgsboende	95,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	33,4	64,8	11,9	4,8	0,9	17,6	100

Tabell A2.12 Fortsättning

Kvinnor	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	46,2	51,6	15,9	6,7	1,3	24,6	100
Ordinärt liten insats	85,4	22,6	16,7	7,2	2,8	50,6	100
Ordinärt stor insats	95,4	9,4	6,1	6,1	3,1	75,4	100
Mellanboende	96,9	0,1	0,0	0,0	11,1	88,7	100
Vård-/omsorgsboende	98,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	51,3	51,1	15,8	6,7	1,3	25,1	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	66,8	27,3	23,7	10,5	1,8	36,7	100
Ordinärt liten insats	93,9	17,4	18,9	9,0	2,5	52,3	100
Ordinärt stor insats	98,7	10,4	10,9	6,5	2,3	69,9	100
Mellanboende	99,4	0,2	0,2	0,1	6,2	93,4	100
Vård-/omsorgsboende	99,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	70,1	27,2	23,7	10,4	1,8	36,9	100

Tabell A2.12. Fortsättning

Män	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Initial fördelning vid 78 år</i>		93,5	1,1	1,8	0,1	3,6	100
<i>Efter tre år</i>							
Ordinärt ingen insats	7,5	88,0	5,3	1,6	0,5	4,6	100
Ordinärt liten insats	30,6	6,9	38,4	6,9	8,1	39,8	100
Ordinärt stor insats	47,5	0,9	0,6	20,6	9,1	68,9	100
Mellanboende	48,1	0,0	0,0	0,0	62,6	37,4	100
Vård-/omsorgsboende	72,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	10,8	85,4	5,5	1,9	0,6	6,6	100
<i>Efter sex år</i>							
Ordinärt ingen insats	20,6	80,5	7,5	2,4	0,6	9,1	100
Ordinärt liten insats	66,5	15,7	21,8	5,8	5,9	50,7	100
Ordinärt stor insats	83,9	1,3	1,0	8,1	7,0	82,7	100
Mellanboende	83,4	0,0	0,0	0,0	33,1	66,8	100
Vård-/omsorgsboende	93,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	24,9	79,6	7,5	2,4	0,6	9,8	100
<i>Efter nio år</i>							
Ordinärt ingen insats	37,8	71,0	10,5	3,7	0,8	14,0	100
Ordinärt liten insats	86,3	27,9	16,4	5,2	3,7	46,8	100
Ordinärt stor insats	96,4	2,8	1,6	4,4	4,9	86,3	100
Mellanboende	96,3	0,1	0,0	0,0	18,8	81,1	100
Vård-/omsorgsboende	98,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	41,6	70,8	10,5	3,7	0,8	14,2	100

Tabell A2.12 Fortsättning

Män	Död	Ordinärt Ingen insats	Ordinärt Liten insats	Ordinärt Stor insats	Mellan- boende	Vård-/ omsorgs- boende	Totalt
<i>Efter tolv år</i>							
Ordinärt ingen insats	58,5	59,6	14,3	5,1	1,0	20,0	100
Ordinärt liten insats	94,6	39,8	15,7	5,3	2,1	37,1	100
Ordinärt stor insats	99,4	8,4	3,6	3,2	3,2	81,6	100
Mellanboende	99,5	0,3	0,1	0,0	10,6	89,0	100
Vård-/omsorgsboende	99,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	61,1	59,6	14,3	5,1	1,0	20,0	100
<i>Efter femton år</i>							
Ordinärt ingen insats	78,2	41,6	20,5	7,4	1,3	29,2	100
Ordinärt liten insats	97,8	36,4	20,1	7,1	1,6	34,7	100
Ordinärt stor insats	99,9	19,8	11,1	4,7	1,9	62,5	100
Mellanboende	100,0	1,3	0,6	0,2	5,6	92,2	100
Vård-/omsorgsboende	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Summa	79,5	41,6	20,5	7,4	1,3	29,2	100

Äldreomsorgen år 2025

En modellanalys av olika strukturalternativ

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har vänt sig till docent Mårten Lagergren vid Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum för att utveckla modeller med syftet att analysera konsekvenserna av alternativa strukturer för morgondagens äldreomsorg. Den här promemorian är hans redovisning av arbetet och är ett underlag till Vårdanalys rapport *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg* (Rapport 2015:8).

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.

 **vårdanalys**

