

## Förord

Långtidsutredningen 1999/2000 utarbetas inom Finansdepartementets strukturenhet. I samband med utredningen genomförs ett antal specialstudier. Huvuddelen av dessa publiceras som bilagor till utredningens huvudrapport.

Denna bilaga har utarbetats av Ilija Batljan och Mårten Lagergren vid Socialdepartementet.

Den framtida utvecklingen mot en allt äldre befolkning kommer att påverka efterfrågan på vård och omsorg. Därigenom påverkas även de offentliga utgifterna inom dessa områden. Hur stora de framtida kostnadsökningarna kommer att bli beror utöver den demografiska utvecklingen på hur kostnaden per individ utvecklas. I bilagan gör författarna beräkningar över den framtida kostnadsutvecklingen där hänsyn tas till att befolkningen inte bara blir äldre utan även friskare. Därigenom fås en mer nyanserad bild av den framtida utvecklingen än vad en rent demografisk framskrivning ger.

Ansvar för långtidsutredningens bilagor och de bedömningar dessa innehåller vilar på respektive författare. Av huvudbetänkandet framgår hur bilagorna har använts i utredningens arbete.

Finansdepartementets kontaktperson har varit departementssekreterare Jonas Norlin.

Stockholm i februari 2000

Stefan Lundgren  
*Finansråd*

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>13</b>
<b>2 Befolkningsprognoserna: antaganden och osäkerhet</b> .....	<b>21</b>
<b>3 Kostnader för äldreomsorg och hälso- och sjukvård beroende på olika faktorer</b> .....	<b>29</b>
3.1 Äldreomsorgen.....	29
3.2 Hälso- och sjukvården.....	34
<b>4 Sambandet mellan hälso- och sjukvårdskostnader och återstående livslängd</b> .....	<b>39</b>
<b>5 Utvecklingen av de äldres vårdbehov, ohälsa och funktionsförmåga</b> .....	<b>53</b>
<b>6 Enkel eller redviderad framskrivning av volymutvecklingen</b> .....	<b>65</b>
6.1 Hälso- och sjukvården.....	65
6.2 Äldreomsorgen.....	68
<b>7 Andra faktorer som påverkar vårdkostnaderna</b> .....	<b>73</b>
<b>8 Utbudet av arbetskraft</b> .....	<b>85</b>
<b>9 Framtida vårdkostnader i relation till samhällsekonomin</b> .....	<b>99</b>
<b>10 Sammanfattning av slutsatser samt policyrekommendationer</b> .....	<b>113</b>
10.1 Policyrekommendationer .....	115
<b>Referenser</b> .....	<b>125</b>

## Sammanfattning

Antalet äldre personer i Sverige kommer att öka mycket starkt de kommande decennierna. I takt med att fyrtioåringarna passerar pensionsåldern sker det först en stark ökning av de yngre äldre (65–79 år). Halvtannat decennium senare – på 2020-talet – kommer sedan den stora ökningen av antalet äldre, de över 80 år. I och med att de äldres vårdbehov är koncentrerat till de högsta åldrarna är det först då som den stora effekten av befolkningens åldrande på behov och resursanvändning för vården och omsorgen kan förväntas bli märkbar.

Den primära orsaken till att befolkningens ändrade ålderssammansättning får effekter på behov och efterfrågan på vård och omsorg är naturligtvis att vårdbehoven inte är jämnt fördelade på åldersgrupperna i befolkningen. Antalet vård dagar per person i slutenvård ökar starkt med åldern, liksom andelen hjälptagare i den sociala hemtjänsten och andelen personer i det särskilda äldreboendet. Detta faktum har regelmässigt uppmärksamats i de olika försök, som under åren att planera vården och omsorgen eller förutsäga kommande vårdbehov. Gemensamt för dessa beräkningar är att de bygger på en framskrivning av vårdkostnaderna, som utgår från den förväntade förändringen av antalet personer i olika åldersgrupper och kostnaden per person i resp. åldersgrupp.

Det kan synas enkelt att beräkna det framtida antalet äldre personer, eftersom nästan alla dessa redan lever i Sverige idag. Inte desto mindre har prognoserna för antalet äldre de senaste tjugo åren genomgående slagit fel och därvid systematiskt angett för låga antal. Orsaken härtill är att dödligheten för de äldre kraftigt minskat under 1900-talets sista decennier – speciellt för männen och de äldsta – på ett sätt, som demograferna ej kunnat eller vågat föreställa sig.

SCB antar i sina befolkningsprognoser att dödligheten hos de äldre kommer att fortsätta att sjunka för både män och kvinnor de närmaste trettio åren med 1–1,5 procent per år. Enligt SCB:s senaste prognos skulle antalet 80 år och äldre år 2030 uppgå till 750 000 personer jämfört med ca 450 000 personer i dag, dvs. en uppgång med omkring tvåtredjedelar. Den trendmässiga nedgången i dödligheten de senaste

åren har dock varit ännu starkare än vad SCB antagit. Det är därför inte orimligt att ökningen av antalet äldre blir ännu större. En alternativ prognos, som utgår från den observerade trenden, pekar mot omkring 830 000 personer 80 år och äldre år 2030. Fler äldre, än vad dagens prognoser säger, behöver dock inte betyda så många fler vårdbehövande, om den minskande dödligheten är kopplad till en motsvarande bättre hälsa och funktionsförmåga.

Enkel demografisk framskrivning av kostnaderna för vård och omsorg innebär, att man antar, att genomsnittskostnaden per person givet ålder och kön förblir oförändrad. Detta är ett i många avseenden mycket realistiskt antagande. I själva verket bestäms den framtida genomsnittskostnaden bland annat av följande faktorer:

- utvecklingen av hälsa och funktionsförmåga
- behovet av hjälp, stöd och vård givet ohälsa och samhällsförhållanden
- tillgången till hjälp och stöd i familj och socialt nätverk
- benägenheten att söka offentlig vård och omsorg: förväntningar, avgifter, privata alternativ
- vårdstrukturen: vård och omsorg i hemmet eller på institution
- vårdens inverkan på hälsa och funktionsförmåga: förebyggande insatser, iatrogena<sup>1</sup> vårdbehov, rehabilitering
- personalbehovet för given vårdinsats
- personalkostnader och övriga kostnader (lönenivå, boendestandard, läkemedel, tekniska hjälpmedel...)

En avgörande faktor är självfallet utvecklingen av ohälsa och funktionshinder hos de äldre. Resultat börjar nu komma fram från ett flertal länder, där man studerat denna utveckling över en längre tidsperiod. Dessa resultat pekar sammantaget på att andelen äldre med svår ohälsa minskat avsevärt under de senaste decennierna i alla studerade åldersgrupper, men i synnerhet bland de yngre äldre. För Sveriges del kan uppgifter om de äldres hälsoutveckling hämtas från SCB:s s.k. ULF-undersökningar, som genomförts sedan mitten av 1970-talet. Dessa visar en mycket positiv hälsoutveckling för de äldre med en årlig minskning av andelen med svår eller måttligt svår ohälsa på 1–2 procent per år i åldersgrupperna 65–84 år. En jämförelse med de nedskärningar, som skett inom äldreomsorgen de senaste femton åren, antyder att ungefär

---

<sup>1</sup> Vårdbehov skapade genom vården på grund av felbehandling, olycksfall, övervård (s.k. hospitalisering) m.m.

hälften av dessa nedskärningar kan anses motsvara minskade behov på grund av bättre hälsa hos de äldre.

Utnyttjar man resultaten från de olika mätningarna av de äldres hälsoutveckling för att söka uppskatta de framtida kostnaderna för äldreomsorgen, erhåller man ett resultat, som starkt avviker från de som en enkel demografisk framskrivning ger vid handen. I stället för en beräknad kostnadsökning (i fasta priser) under perioden 2000–2030 på 60–70 procent begränsas den förväntade ökningen till 20–30 procent. Kostnadsökningarna faller huvudsakligen på åren 2020–2030, då antalet av de allra äldsta (85+) ökar starkt. För denna vårdtunga grupp saknas svenska data om hälsoutvecklingen och beräkningarna är därför baserade på en mycket försiktig skattning av denna.

När det gäller de framtida kostnaderna för hälso- och sjukvården har vi valt att utnyttja en annan metod. Denna utgår från observationen, att konsumtionen av hälso- och sjukvård tenderar att vara koncentrerad till livets slutskede. Om dödligheten sjunker, förskjuts dessa insatser uppåt i åldrarna. Vid en given ålder bör därför – allt annat lika – kostnaderna sjunka, i stället för att, som man antar vid den enkla framskrivningen, vara oförändrade.

Genom att utnyttja individbaserade kostnadsdata, som insamlats i Region Skåne (f.d. Malmöhus läns landsting) och som går ett antal år tillbaka, har det varit möjligt att beräkna den genomsnittliga hälso- och sjukvårdskostnaden per person givet ålder, kön och återstående levnadsår. Framskrivningen har sedan baserats på en befolkningsprognos, där personernas fördelning på antal återstående levnadsår i resp. ålder/kön- grupp beräknats utifrån antaganden om dödligheten.

Effekten av denna beräkningsmetod för hälso- och sjukvården blir inte fullt lika dramatisk som när det gällde äldreomsorgen. Å andra sidan ger inte heller en enkel framskrivning så stora effekter för hälso- och sjukvården, eftersom denna efter ÄDEL-reformen inte längre har samma tydliga koncentration till de högsta åldrarna. Den demografiskt betingade kostnadsökningen under perioden 2000–2030 vid en framskrivning med den ovan beskrivna metoden hamnar kring 10–12 procent jämfört med 15–20 procent vid en enkel framskrivning. Kostnadsökningen börjar här tidigare än för äldreomsorgen. Den är som starkast under 2010-talet.

Det är viktigt att understryka, att det både när det gäller hälso- och sjukvården och äldreomsorgen handlar om krav på resursökningar för att motsvara de ökade behov, som ett ökat antal äldre för med sig. Men ökningarna är inte alls så stora som tidigare beräkningar gett vid handen. Som redovisats ovan är det också många andra faktorer än antalet äldre och deras hälsa och funktionsförmåga, som inverkar på de framtida vårdkostnaderna. Olika samhällsförhållanden som social struktur och

boende, kommunikationer, tekniska hjälpmedel etc. spelar stor roll liksom attityder och förväntningar hos de äldre, när det gäller att söka hjälp. En viktig faktor är självfallet utvecklingen av kostnaderna för en viss vårdinsats. Kvalificerad vård och omsorg förutsätter kvalificerad personal med löner, som är höga nog för att motivera valet av arbetsuppgifter.

Möjligheten att tillgodose äldrebefolkningens behov av vård och omsorg beror i slutändan på vilka resurser som samhället kommer att kunna ställa till förfogande för detta ändamål. Drastiskt uttryckt kan man säga att vi har de vårdbehov vi har råd till. Saknas resurser så förändras föreställningarna om vad som är nödvändigt att tillgodose, omvänt ger ökade resurser möjligheter att identifiera nya behov. Betydelsen av de ”mekaniska”, demografiskt baserade behovsberäkningarna ligger i att de skapar en referens, som man kan jämföra den faktiska kostnadsutvecklingen emot. Våra resultat ger vid handen att denna referens kan sättas lägre än vad en enkel framskrivning, som inte tar hänsyn till utvecklingen av de äldres ohälsa och dödlighet, har pekat på.

Den samhällsekonomiska utvecklingen kommer alltså att få en avgörande betydelse för hur kostnaderna för vården och omsorgen kommer att utvecklas. I syfte att sätta in de beräknade framtida kostnaderna i ett samhällsekonomiskt perspektiv har vi gjort beräkningar, där framskrivna vårdkostnader ställs emot alternativa scenarier för den samhällsekonomiska utvecklingen till 2020-talets slut. Beräkningarna syftar till att visa vilka anspråk på de totala resurserna, som de offentliga åtaganden kommer att få under givna antaganden avseende ekonomisk tillväxt och offentliga ambitioner. Resultatet uttrycks bland annat genom skattekvoten, dvs. summan av de direkta och indirekta skatterna i förhållande till BNP vid balans i de offentliga räkenskaperna. Vi analyserar utvecklingen i fyra alternativ. Dessa har konstruerats genom att kombinera oförändrad resp. bättre hälsa med oförändrat resp. förbättrat arbetskraftsdeltagande (sysselsättningsutveckling) enligt nedanstående mönster:

Oförändrad hälsa	–	Oförändrat arbetskraftsdeltagande
Förbättrad hälsa	–	Oförändrat arbetskraftsdeltagande
Oförändrad hälsa	–	Förbättrat arbetskraftsdeltagande
Förbättrad hälsa	–	Förbättrat arbetskraftsdeltagande

Skillnaden mellan oförändrad (=1997-års nivå) resp. förbättrad arbetskraftsdeltagande kan uttryckas som skillnaden mellan två olika nivåer, när det gäller andelen förvärvsarbetande i den äldre arbetskraften (55–64 år). På detta sätt ställs föreställningen om längre liv och för-

bättrad hälsa mot önskemålen om mer tid för sig själv på äldre dagar. Den avgörande frågan blir därmed: Går det att leva längre och samtidigt arbeta kortare och eller måste ett längre arbetsliv bli en naturlig konsekvens av ett längre totalt liv i hälsa?

Beräkningarna är utförda med samma samhällsekonomiska beräkningsmodell, som vi tidigare använt i analyserna av välfärden och samhällsekonomin. De ekonomiska antagandena är i stor utsträckning hämtade från Långtidsutredningen 1999/2000. Resultatet visar, som man kunde förvänta sig, att hälsoutvecklingen spelar en stor roll för hur stora krav den framtida vården och omsorgen kommer att ställa på samhällsekonomin. Men än mer betydelsefullt är att konstatera att dessa krav i ingendera fallet är oöverstigligen, om bara samhällsekonomin utvecklas väl. Sett i ljuset av de totala offentliga anspråken på samhällsekonomin ter sig de ökningar, som kan beräknas uppkomma på grund av den förväntade starka ökningen av antalet äldre, närmast marginella. Mer betydelsefull från samhällsekonomisk synpunkt är den starka inverkan av sysselsättningsutvecklingen. Går det inte att häva utvecklingen mot allt tidigare tillbakadragande från arbetslivet är förutsättningarna små för att kunna bevara välfärden – de äldre må bli mer eller mindre vårdbehövande.

Vår slutsats är alltså att det inte är det ökade antalet äldre som är huvudfrågan, utan hur vi skall kunna skapa ett arbetsliv, där den äldre arbetskraften kan och vill göra produktiva insatser. Förhoppningsvis kommer det minskade arbetskraftsutbudet de närmaste årtiondena att tvinga fram en annan inställning till de äldre på arbetsmarknaden.

Vi måste ställa den viktiga frågan: Vad är det som får så många att börja längta bort från yrkeslivet redan i 55-årsåldern? Vi blir ju uppenbarligen friskare och friskare och borde därmed kunna ha ett längre, aktivt liv. Vad behöver ändras för att det skall kännas meningsfullt och attraktivt att yrkesarbeta, helt eller delvis, också när man passerat 60?

Minst lika viktigt är dock att de grupper av yngre personer, främst invandrare, som idag i allt större utsträckning ställs utanför, ges en chans att bidra till samhällets resurser. På sikt beror frågan om vården av de äldre oundvikligen på om det finns hjälpande händer, vare sig detta åstadkommes genom fler barn eller ökad invandring. Det måste också göras klart för alla, att det enda som kan skapa verklig trygghet för framtidens äldre är tydliga utfästelser från samhällets sida – till exempel i form av ett äldreomsorgskontrakt – och en stark och vital samhällsekonomi, som gör dessa utfästelser möjliga att hålla.

# 1 Inledning

Det är ett välbekant faktum att antalet äldre personer i Sverige kommer att öka mycket starkt de kommande decennierna. I takt med att fyrtio-talisterna passerar pensionsåldern sker det först en stark ökning av de yngre äldre (65–79 år). Halvtannat decennium senare – på 2020-talet – kommer sedan den stora ökningen av antalet äldre äldre, de över 80 år. I och med att de äldres vårdbehov är koncentrerat till de högsta åldrarna är det först då som den stora effekten av befolkningens åldrande på behov och resursanspråk för vården och omsorgen kan förväntas bli märkbar.

Den förändrade ålderssammansättningen under 2000-talet är ett internationellt fenomen, som sammanhänger dels med lägre födelsetal, dels med ökad livslängd till följd av förbättrade levnadsförhållanden och medicinsk-tekniska framsteg. Sverige har gått i täten för denna utveckling och har idag den högsta andelen äldre i befolkningen i hela världen. Men under kommande decennier förväntas flera industriländer passera Sverige när det gäller andelen äldre och under 2000-talets andra hälft kommer sannolikt även många av dagens u-länder att genomgå en mycket snabb befolkningsförändring av samma slag.

Frågan om den åldrande befolkningen har också uppmärksamats av EU-kommissionen i rapporten ”Mot ett Europa för alla åldrar”. Kommissionen lyfter fram fyra olika dimensioner som direkt konsekvens av en åldrande befolkning. Den första dimensionen utgörs av den *relativa minskningen av befolkningen i arbetsför ålder* samt den åldrande arbetskraften. Kommissionen pekar på att unionens befolkning i åldern 50–64 år kommer att öka med 16,5 miljoner (+25 procent) under perioden 1995–2015 samtidigt som befolkningen i åldern 20–29 år minskar med 11 miljoner (–20 procent). Den andra dimensionen utgörs enligt kommissionen av ett *ökat tryck på medlemsländernas pensionssystem*. Under perioden 1995–2015 ökar befolkningen äldre än 65 år med 17 miljoner. *Ökande behov av äldreomsorg och hälso- och sjukvård för de äldre* utgör den tredje dimensionen enligt kommissionen. Framförallt är det den förväntade ökningen av antalet mycket gamla (antalet äldre än 80 år ökar med 5,5 miljoner under perioden 1995–



2015) som antas leda till ökat efterfrågan på äldreomsorg och hälso- och sjukvård. Som en fjärde dimension uppmärksammar kommissionen de *ökade skillnaderna mellan äldre personer när det gäller både resurser och behov*.

Samtliga dessa dimensioner är intressanta också för de svenska förhållandena. En förändrad ålderssammansättning i befolkningen av den storleksordning det här är fråga om får konsekvenser på snart sagt alla områden i samhället – arbets- och kulturliv, boende, sparande och kapitalavkastning, produktivitet utveckling, konsumtionsmönster, vård och omsorgsbehov, skatter och avgiftssystem, familjeförhållanden osv. I denna skrift kommer fokus att ligga på vård och omsorgsbehoven, men som kommer att framgå av fortsättningen sammanhänger dessa med många andra individuella och samhälleliga faktorer. De olika effekterna av befolkningens åldrande bildar ett sammanhängande mönster, där det inte är möjligt att skära ut vissa delar som oberoende av de andra.

Den primära orsaken till att befolkningens ändrade ålderssammansättning får effekter på behov och efterfrågan på vård och omsorg är naturligtvis att vårdbehoven inte är jämnt fördelade på åldersgrupperna i befolkningen. Antalet vårddagar per person i sluten sjukvård ökar starkt med åldern, liksom andelen hjälptagare i den sociala hemtjänsten och andelen personer i det särskilda äldreboendet. Detta faktum har regelmässigt uppmärksamrats i de olika försök som under åren gjorts att planera vården och omsorgen eller förutsäga kommande vårdbehov. Den stora utredningen om hälso- och sjukvården inför 2000-talet (HSU2000) redovisade beräkningar som sträckte sig till år 2010 (SOU 1996:163). Beräkningarna omfattade både sjukvård och äldreomsorg och resultaten skilde ganska starkt mellan dessa båda delsektorer inom vården. Inom hälso- och sjukvården var effekten ganska begränsad under den här aktuella perioden, under det att man kom fram till en stark ökning av behoven inom äldreomsorgen. Anledningen till denna skillnad är att hälso- och sjukvården efter ÄDEL-reformen i hög grad avlastats vården av de mycket gamla (den enda kategori äldre som förväntas öka under denna period).

I olika framtidsstudier och debattböcker har man gjort framskrivningar som sträcker sig längre in på 2000-talet. De beräknade effekterna på vårdbehoven blir då mycket större och gäller både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. I den uppmärksammade boken "Kommuner Kan! Kanske! – Om kommunal välfärd i framtiden (Ds 1998:15)" anges den beräknade ökningen av kostnaderna för vården och omsorgen under perioden 1994–2030 till 60 procent. Som närmare kommer att redovisas nedan finns det dock anledning att sätta en del frågetecken efter detta räknestycke. Kommunförbundet kommer i sin

långtidsutredning fram till en ökning på 18 procent till följd av demografiska förändringar under perioden 1997–2010. (Beräkningarna bygger på "Behov och resurser för vård och omsorg till äldre", bilaga 3 till "Vår framtid, Äldres vård och omsorg inför 2000-talet").

Gemensamt för de beräkningar, som här citerats, är att de utgår från en framskrivning av vårdkostnaderna som bygger på den förväntade förändringen av antalet personer i olika åldersgrupper och kostnaden per person i resp. åldersgrupp. I HSU-rapporten förs ett resonemang om inverkan av olika faktorer på de på detta sätt beräknade kostnaderna. Man gör där bedömningen att behoven av kommunala insatser för vissa sjukdomsgrupper kan förväntas öka mer än vad som är betingat av den demografiska förändringen. Ingen hänsyn tas till observerad hälso-utveckling generellt sett. Ett försök görs dock att ta hänsyn till den sjunkande dödligheten genom att dela upp kostnaderna på avlidna och överlevande och skriva fram dessa separat.

I Kommunförbundets rapport görs en utförlig genomgång av olika faktorer, som kan påverka kostnadsutfallet. Man försöker också kvantifiera inverkan av dessa olika faktorer och hänsyn tas till att antalet äldre kan öka mer än som anges i SCB:s prognos. Inte heller här har man dock utnyttjat data avseende den observerade hälsoutvecklingen bland de äldre.

För att långsiktigt kunna tillgodose äldrebefolkningens behov av vård och omsorg krävs framförhållning och metoder för att uppskatta de framtida resursbehoven. Dessa beror förvisso av utvecklingen av antalet äldre i framtiden, men också i hög grad av hur behoven av vård och omsorg utvecklas per individ räknat och hur dessa behov kan tillgodoses med bästa möjliga utnyttjande av givna resurser.

Vi har i denna skrift fokuserat på utvecklingen av ohälsa och dödlighet hos de äldre och sökt beräkna den inverkan denna skulle kunna få på de framtida vårdkostnaderna. Härutöver diskuterar vi även andra påverkande faktorer i kedjan, som leder från antalet personer till kostnaden för att tillgodose dessa personers vårdbehov. Inverkan av dessa faktorer har vi dock inte sökt kvantifiera på samma sätt.

Analysen inleds med en diskussion av befolkningsprognosernas tillförlitlighet mot bakgrund av observerade avvikelser de senaste tjugo åren. Den viktiga frågan här är om tidigare tendenser till systematisk underskattning av antalet äldre i framtiden kommer att vara rådande även framöver eller om vi nu nått en vändpunkt, där utvecklingen avstannat. Det kan synas vara enkelt att beräkna antalet äldre framöver när man känner den nuvarande åldersfördelningen och dödligheten. Till skillnad från prognoser för antalet barn och ungdomar är man inte beroende av beteendebegreppet, såsom benägenheten att föda barn, och

invandringen i de äldsta åldersgrupperna är obetydlig. Trots detta har prognoserna för antalet äldre de senaste tjugo åren genomgående slagit fel och därvid systematiskt angett för låga antal. Orsaken härtill är att man använt för höga antaganden om dödligheten för de äldre och äldsta. Denna har förlöpande sjunkit på ett sätt som demograferna ej kunnat eller vågat föreställa sig. Som exempel kan nämnas att antalet 80 år och äldre 1978 prognosticerades att bli 373 000 år 2000. Den senaste prognosen anger det förväntade antalet till 461 000, dvs. nästan 25 procent mer. Frågan om antalet äldre i framtiden hänger därmed starkt samman med om den nuvarande dödlighetstrenden kommer att hålla i sig eller om den kommer att brytas.

Givet antalet äldre bestäms kostnadsutvecklingen av utvecklingen av genomsnittskostnaden per person. Följande länkar kan identifieras i kedjan från antal personer per åldersgrupp till vårdkostnaden inom resp. åldersgrupp:

- utveckling av hälsa och funktionsförmåga
- behov av hjälp, stöd och vård givet ohälsa och samhällsförhållanden
- tillgång till hjälp och stöd i familj och socialt nätverk
- benägenheten att söka offentlig vård och omsorg: förväntningar, avgifter, privata alternativ
- vårdstruktur: vård och omsorg i hemmet eller på institution
- vårdens inverkan på hälsa och funktionsförmåga: förebyggande insatser, iatrogena<sup>1</sup> vårdbehov, rehabilitering
- personalbehov för given vårdinsats
- personalkostnader och övriga kostnader (lönenivå, boendestandard, läkemedel, tekniska hjälpmedel...)

Som kommer att framgå av fortsättningen innefattar dessa länkar en mångfald olika faktorer av vilka åtminstone en del går att påverka. En sammanhållen politik för de äldre bör innefatta ett program, som går ut på att på olika sätt stärka de äldres förmåga att leva ett oberoende liv och därmed öka deras livskvalitet. En effekt härav skulle då också bli en reduktion av behovet av offentlig vård och omsorg.

Enkel demografisk framskrivning av vårdbehoven innebär att man antar att de individuella behoven per ålder och kön räknat förblir oförändrade. Förändringen i det sammanlagda vårdbehovet i befolkningen kan då lätt beräknas genom sammanvägning med den förväntade förändringen av antalet personer per ålder och kön. Antagandet om

---

<sup>1</sup> Vårdbehov skapade genom vården på grund av felbehandling, olycksfall, övervård (s.k. hospitalisering) m.m.

oförändrade individuella vårdbehov är dock tveksamt och har gett upphov till en omfattande vetenskaplig debatt. Av naturliga skäl är frågan i hög grad kopplad till dödligheten och därmed också till den första frågan om det förväntade antalet äldre. Om dödligheten sjunker avspeglar då detta inte ett bättre hälsotillstånd? Eller är det i själva verket så att allt fler överlever trots sin ohälsa tack vare medicinska insatser och att därför en växande andel av de äldre i en given åldersgrupp kommer att vara sjuka och vårdberoende?

Två observationer är viktiga att göra i detta sammanhang. Den första är att hälso- och sjukvårdens insatser tenderar att vara koncentrerade till livets slutskede oavsett vid vilken ålder detta inträffar. Om dödligheten sjunker, förskjuts dessa insatser uppåt i åldrarna. Vid en given ålder bör därför – allt annat lika – kostnaderna sjunka, i stället för att, som man antar vid den enkla framskrivningen, vara oförändrade. I kapitel 4 nedan redovisar vi resultatet av beräkningar av framtida hälso- och sjukvårdskostnader, som bygger på antagandet att kostnaden är oförändrad per åldersgrupp, kön och återstående levnadsår. Beräkningarna har varit möjliga att göra genom utnyttjandet av individbaserade kostnadsdata från Region Skåne (f.d. Malmöhus läns landsting).

Den andra viktiga observationen är att det nu börjar komma fram resultat från ett flertal länder, där man studerat förekomsten av ohälsa och funktionshinder hos de äldre och hur denna förändrats över tiden. Dessa resultat pekar sammantaget på att andelen äldre med svår ohälsa minskat avsevärt under de senaste decennierna i alla studerade åldersgrupper, men i synnerhet bland de yngre äldre. I kapitel 5 presenterar och diskuterar vi resultaten från dessa studier och analyserar vilken inverkan det skulle få på framtida behov av äldreomsorg om dessa tendenser skulle fortsätta.

De beräkningar vi gjort syftar till att utveckla den enkla demografiska metodiken att beräkna framtida vårdbehov genom att inte bara ta hänsyn till antalsförändringarna utan också till förändringar i dödlighet och ohälsa. Men det är i detta sammanhang även viktigt att betona att ett vårdbehov i verkligheten aldrig är en absolut storhet. Den finländske vårdforskaren Tapia-Videla pekar särskilt på vikten av att skilja behov (needs) från önskemål (wants) och förekomsten av ett latent, osynligt behov. Antalet faktiska vårdtagare understiger i allmänhet antalet som egentligen skulle behöva stöd och hjälp. Tapia-Videla varnar också för tendensen att bestämma vårdbehovet utifrån ett tillgångsperspektiv, dvs. efter vad man har resurser att ta hand om (Tapia-Videla 1985).

Inte desto mindre har tillgängliga resurser otvivelaktigt spelat en stor roll när det gäller samhällets uppfattning om behoven av vård och omsorg hos de äldre. I en artikel som behandlar förutsättningarna för det

svenska välfärdssystemets framtid (1991) menar Thorslund att den svenska äldreomsorgen under den första hälften av 1980-talet i vissa avseenden förmodligen var överdimensionerad i förhållande till behoven. Som exempel anför han en studie i Sundsvall, som visade att mycket enkla medel kunde vara tillräckliga för att undvika att människor hamnade i institutionsvård. Detta är dock knappast längre aktuellt på grund av den åtstramning, som nu skett på grund av den ekonomiska krisen. Situationen är nu i stället snarast den omvända. Socialstyrelsen konstaterar i sin utvärderingsrapport (Socialstyrelsen 1997a) att för att få tillgång till samhällelig äldreomsorg krävs idag i högre grad än tidigare att man är mycket vårdkrävande, ensamboende och utan närboende anhöriga.

Sambandet mellan vårdbehov och tillgängliga resurser kan också vara dynamiskt i en mer direkt mening, nämligen om den vård, som ges, genom sin utformning direkt verkar ökande på behovet av stöd och vård. Sådana s.k. iatrogena effekter har i många fall observerats när det gäller institutionsboende (Townsend, 1981; Lagergren, 1994a). Man kan också peka på det stora antalet skador som uppkommer i vården genom missgrepp eller bristande tillsyn.

Möjligheten att tillgodose äldrebefolkningens behov av vård och omsorg beror i slutändan på vilka resurser som samhället kommer att kunna ställa till förfogande för detta ändamål. Drastiskt uttryckt kan man säga att vi har de vårdbehov vi har råd till. Saknas resurser så förändras föreställningarna om vad som är nödvändigt att tillgodose, omvänt ger ökade resurser möjligheter att identifiera nya behov. Betydelsen av de ”mekaniska”, demografiskt baserade behovs-beräkningarna ligger i att de skapar en referens, som man kan jämföra den faktiska kostnadsutvecklingen emot. Våra resultat ger vid handen att denna referens kan sättas lägre än vad en enkel framskrivning, som inte tar hänsyn till utvecklingen av de äldres ohälsa och dödlighet, pekar på.

En hög tillväxt skulle i princip möjliggöra att alla äldre får den hjälp de behöver. Men förutsättningar för att finansiera vården och omsorgen skattevägen beror också på hur tillväxten är sammansatt. Som vi visat i en tidigare skrift är det framför allt utvecklingen av sysselsättningen – närmare bestämt utvecklingen av arbetade timmar i näringslivet – som bestämmer om en solidarisk finansiering av välfärdssystemet kommer att bli möjlig i framtiden eller inte (Lagergren, Batljan, Zavisic, 1997). En tillväxt, som framförallt innebär att allt färre blir alltmer produktiva, ger visserligen en hög lönenivå, men eftersom lönerna i vårdsektorn (minst) måste följa med den allmänna löneutvecklingen växer kostnaderna i samma grad och problemet med att solidariskt finansiera verksamheten förblir detsamma.

Den samhällsekonomiska utvecklingen kommer alltså att få en avgörande betydelse för hur kostnaderna för vården och omsorgen kommer att utvecklas. Trots detta kan det vara intressant att se vilka anspråk som – under olika antaganden – skulle ställas på samhällsekonomin, om behoven skulle tillgodoses på samma nivå som idag. Vår analys avslutas därför med några beräkningar, där framskrivna vårdkostnader ställs emot alternativa scenarier för den samhällsekonomiska utvecklingen till 2020-talets slut. Vi analyserar här kostnadsutfall i förhållande till de samlade ekonomiska resurserna i fyra alternativ. Dessa har konstruerats genom att kombinera oförändrad resp. bättre hälsa med oförändrat resp. förbättrat arbetskraftsdeltagande (sysselsättningsutveckling) enligt nedanstående mönster:

Oförändrad hälsa – Oförändrad arbetskraftsdeltagande

Förbättrad hälsa – Oförändrad arbetskraftsdeltagande

Oförändrad hälsa – Förbättrad arbetskraftsdeltagande

Förbättrad hälsa – Förbättrad arbetskraftsdeltagande

Skillnaden mellan oförändrad (=1997-års nivå) resp. förbättrad arbetskraftsdeltagande kan uttryckas som skillnaden mellan två olika nivåer när det gäller andelen förvärvsarbete i den äldre arbetskraften (55–64 år). På detta sätt ställs föreställningen om längre liv och förbättrad hälsa mot önskemålen om mer tid för sig själv på äldre dagar. Den avgörande frågan blir därmed: Går det att leva längre och samtidigt arbeta kortare och eller måste ett längre arbetsliv bli en naturlig konsekvens av ett längre totalt liv i hälsa?

En viktig förutsättning är givetvis befolkningsprognosen. Vi har som huvudalternativ utgått från den officiella befolkningsprognos som SCB tagit fram. Det finns emellertid, som vi närmare utvecklar i kapitel 2, en betydande osäkerhet i prognoserna. De prognoser, som tidigare presenterats av SCB, har genomgående underskattat antalet äldre personer i befolkningen. I kapitel 2 presenterar vi därför också en alternativ högre prognos. Denna är baserad på en grov uppskattning av effekten av en fortsatt trend, när det gäller den åldersrelaterade dödligheten hos de äldre. I detta sammanhang är dock en eventuell underskattning av det framtida antalet äldre kanske inte ett så stort problem som man kunde tro<sup>2</sup>. Om nämligen, som empiriska data verkar stödja, dödligheten och de äldres hälsoutveckling är kopplade till varandra, finns anledning att anta

---

<sup>2</sup> Annorlunda förhåller det sig givetvis när det gäller de framtida pensionsutgifterna. I det nya pensionssystemet regleras dock detta genom förändring av det s.k. delningstalet.

att en felaktig befolkningsprognos inte i så hög grad påverkar utvecklingen av antalet vårdbehövande äldre. Ökningen eller minskningen berör i så fall i första hand de friska.

Beräkningarna är utförda med samma samhällsekonomiska beräkningsmodell som vi tidigare använt i analyserna av välfärden och samhällsekonomin (Lagergren, Batljan, Zavisic, op.cit.). Genom dessa beräkningar hoppas vi kunna ge ett mer nyanserat svar på frågan om vilka åtaganden den offentliga vården och omsorgen om de äldre står inför de närmaste trettio åren och om dessa är förenliga med samhällsekonomisk balans vid rimliga antaganden om den framtida tillväxten och utvecklingen på arbetsmarknaden.

## 2 Befolkningsprognoserna: antaganden och osäkerhet

Befolkningsprognoser har alltid utgjort viktiga underlag för policybeslut. Befolkningsprognoser görs med några års intervall och avser då långa tidsperioder (oftast några decennier). I Sverige brukar man vanligtvis göra befolkningsprognoser vart tredje år. Befolkningsprognosen från 1997 visade sig dock snart överspelad på vissa punkter – framförallt beroende på den stora nedgången i fruktsamheten som Sverige upplevt de senaste åren – vilket ledde till att en ny prognos gjordes redan år 1998. Den nya statliga budgetprocessen med de krav denna ställer på säkrare och mer aktuellt prognosunderlag har sedan gjort att befolkningsprognoserna numera revideras årligen. Befolkningsutvecklingen fram till år 2030 enligt den senaste prognosen (1999) framgår av tabell 2.1 nedan.

**Tabell 2.1 Sveriges befolkning 1999 samt utvecklingen till 2030 enligt SCB senaste prognos, i tusental och procentuell förändring**

	1999	Förändring 1999/2015	2015	Förändring 2015/2030	2030
0–19	2 141	–8,1	1 967	+5,0	2 065
20–44	2 951	–2,2	2 887	–3,1	2 798
45–64	2 229	+4,7	2 333	–5,7	2 200
65–79	1 097	+30,8	1 435	+4,9	1 505
80–	440	+12,5	495	+51,6	750
Samtl. 65+	1 537	+25,6	1 930	+16,8	2 255
Samtliga	8 857	+2,9	9 116	+2,2	9 317

Grundantaganden för att kunna göra en befolkningsprognos är antaganden om det framtida utvecklingen av fruktsamheten, dödligheten och nettomigrationen (invandring minus utvandring). I de flesta OECD-länder räknar man fram tre olika alternativ för befolkningsprognoser vid varje prognostillfälle. Det handlar om ett basalternativ som följs åt av ett

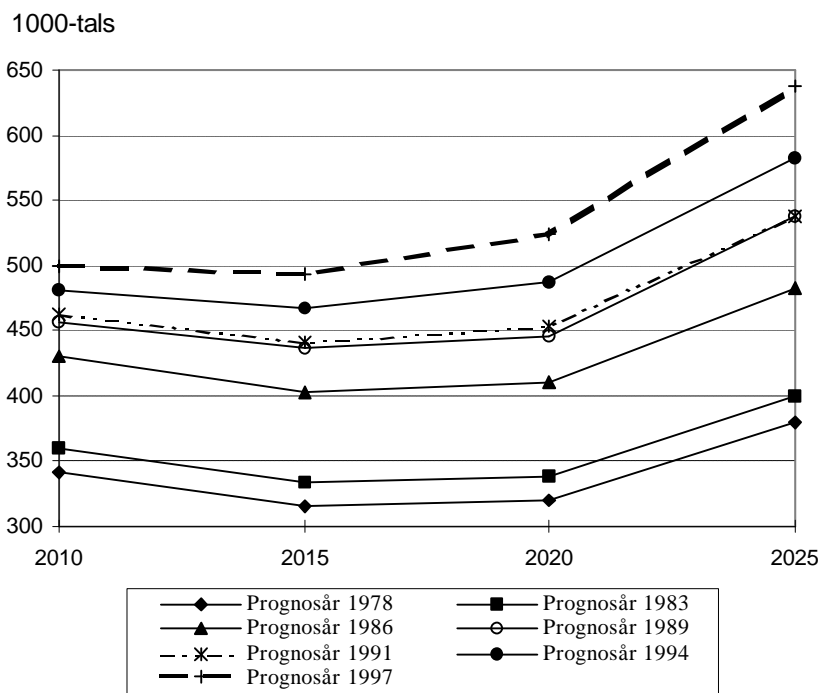


låg- respektive högalternativ. Men för det mesta är det basalternativet som tilldrar sig mest uppmärksamhet.

*SCB:s prognoser avseende det framtida antalet äldre har slagit fel systematiskt de senaste decennierna*

Som framhålls i inledningen har de befolkningsprognoser som SCB publicerat de senaste tjugo åren systematiskt underskattat utvecklingen av antalet äldre i befolkningen. Nedanstående diagram visar resultatet av prognoserna från 1978–1997 avseende antalet personer över 80 år för åren 2010, 2015, 2020 och 2025.

**Diagram 2.1 Inverkan av minskande dödlighet. Förändringar i SCB prognoser avseende antalet personer över 80 år**



Källor: SCB och egna beräkningar

Som man kan se har prognosen för antalet äldre genomgående justerats upp i förhållande till den föregående. Genom dessa successiva uppjusteringar har som exempel prognosen för år 2010 avseende antalet personer över 80 år ökat från 340 000 till 500 000 personer, dvs. 46

procent. Ju senare tidpunkt prognosen avser, ju kraftigare har uppjusteringen varit. Detta har pågått under hela perioden 1978–1997, men man kan möjligen se en viss tendens till uppbromsning under 1990-talet.

Frågan är då varför prognoserna genomgående slagit fel på detta systematiska sätt. En prognos avseende det framtida antalet äldre bygger väsentligen på det nuvarande antalet personer i olika kohorter, dvs. personer födda samma år, och ett antagande om dödligheten. In- och utvandring spelar i de åldersgrupper det här är fråga om mindre roll. Dödlighetsantagandet är baserat på den observerade åldersrelaterade dödligheten samt ett antagande om trenden. SCB:s antaganden har här tidigare genomgående varit mycket konservativa. Man har i allmänhet antagit att dödligheten fortsätter att sjunka några år i samma takt för att sedan ligga stilla. Vad som hänt under 1900-talets sista decennier är i stället att dödligheten för de äldre hela tiden kraftigt minskat och det i en ökande takt, speciellt för männen och de äldsta.

Den oerhört snabba utvecklingen framgår av tabell 2.2 nedan. Här har också lagts in antagandena i den senaste befolkningsprognosen för perioden 1998–2030. Som man kan se bedömer SCB fortfarande att utvecklingen skall klinga av även om antagandena nu är betydligt djärvare än för tjugo år sedan. Storleken på förändringarna i dödlighet kan illustreras av att dödligheten för 65-åringarna år 1998 motsvarar den som gällde för 60–61-åringar tjugo år tidigare och att dagens 80-åringar har samma dödsrisk som 75-åringarna hade då. År 2030 kommer, om SCB:s prognos slår in, dödsrisken för en 65-åring vara på nivå med 55-åringen år 1978 och 80-åringarnas dödsrisk motsvara den som då gällde för en 72-åring!

**Tabell 2.2. Dödligheten under perioden 1978–1998 samt prognos 1998-2030 för män och kvinnor, 65 resp. 80 år, i promille**

	1978	1989	1998	Årlig procentuell förändring 1978/1998	2015	2030	Årlig procentuell förändring 1998/2030
Kvinnor 65 år	12,5	10,2	8,4	-2,0	6,4	5,3	-1,4
Män 65 år	25,0	21,8	15,4	-2,4	11,7	9,8	-1,4
Kvinnor 80 år	72,1	57,4	43,8	-2,5	35,8	31,6	-1,0
Män 80 år	103,0	93,0	71,6	-1,8	58,6	51,7	-1,0

Den sjunkande dödligheten avspeglas också i utvecklingen av medellivslängden. Denna har sedan mitten av 1970-talet ökat från 72,1 år till 76,7 år för män och från 77,8 år till 81,8 år för kvinnor. Under 1990-talet har ökningen för männen varit dubbelt så hög som för kvinnorna, 2,4 resp. 1,4 år. Skulle utvecklingen fortsätta i samma takt till år 2015 innebär detta en ökning för männen till drygt 80 år och för kvinnorna till 84 år. År 2030 skulle skillnaden i medellivslängd mellan könen ha minskat till 2 år, 84 år för männen och 86 år för kvinnorna.

#### *Vilka är förutsättningarna för en fortsatt minskning av dödligheten?*

För att få större klarhet i frågan om nuvarande prognoser över antalet äldre underskattar – eller kanske överskattar! – det verkliga antalet måste man gå tillbaka till och kritiskt granska de valda antagandena. Dessa innebär som visats ovan (jfr tabell 2.2) att dödligheten fortsätter att sjunka för både män och kvinnor de närmaste trettio åren med 1–1,5 procent per år i en något avtagande takt.

Sjunkande dödlighet för äldre kan bero på ett flertal olika faktorer. Allmänt anses förbättrade levnadsförhållanden spela en stor roll. Det är dock inte självklart att skillnader i dödlighet mellan två kohorter måste bero på skilda förhållanden senare i livet. Det kan handla om skillnader i uppväxtvillkor eller t.o.m. under fosterstadiet beroende på förändringar i mödrarnas uppväxtvillkor mer än 100 år tidigare! (Singer och Manton, 1998). Hälsosamma levnadsvanor, som t.ex. minskad rökning medför mindre risk för insjuknande och död i hjärt/kärlsjukdomar och cancer. Bättre arbetsmiljö kan också ha reducerat exponeringen för riskfaktorer. Under perioden 1980–1995 är det framförallt minskad dödlighet i hjärt-kärlsjukdom, som gett ökade levnadsår. Men även minskad dödlighet i olycksfall, självmord, tumörer och sjukdomar i matsmältningsorganen har bidragit (Folkhälsorapport 1997, Socialstyrelsen 1997b).

#### *Faktorer som påverkar dödligheten*

De flesta studier har funnit att dödligheten hos de äldre beror på ålder, kön och vårdberoende eller funktionshinder. Dödligheten ökar uppenbarligen med åldern. Sambandet mellan ålder och dödlighet förefaller dock vara betydligt svagare – eller helt saknas – för de mest vårdberoende (Abramson et al. 1982). Dödligheten är högre för män än för kvinnor, även givet vårdberoende eller funktionshinder (Manton 1988; 1989). Starkt reducerad funktionsförmåga, höggradig demens och svår

inkontinens innebär alla betydligt förhöjd dödlighet (Liu och Manton 1984; Spector et al. 1987; Manton 1989; Markides och Lee 1990; Harris et al. 1989; Jagger et al. 1989; Parker et al. 1992; Campbell et al. 1985; Booth et al. 1983; Dontas et al. 1991). Detta har bland annat till följd att andelen dementa bland de mycket gamla, prevalensen, inte växer i lika hög grad som insjuknandetakten, incidensen. Tvärsnittstal avseende andelen dementa i befolkningen underskattar därmed risken att utveckla demenssjukdom (Johansson och Zarit 1995).

En annan faktor, som har ett mycket starkt samband med hög risk att dö inom de närmaste åren, är subjektiv ohälsa, dvs. personens egen uppfattning om sitt hälsotillstånd (Pfeiffer, 1970; Kaplan och Camacho, 1983; Jagger och Clarke 1988; Sundquist och Johansson 1997). Den egna hälsouppfattningen har till och med ett högt, självständigt prognosvärde efter det att hänsyn tagits till objektiva hälsotillstånd (dvs. fastställt enligt läkarundersökning) och andra potentiellt inverkanade variabler (Idler et al. 1990; Mossey och Shapiro 1982).

Sundquist och Johansson har kunnat visa med stöd av ULF-data (SCB:s undersökningar avseende levnadsförhållanden) att ensamboende, förhyrd bostad och låg utbildning allt annat lika är förknippat med en ökad dödsrisk för äldre personer. Inverkan av utbildningens längd på både dödlighet och funktionsförmåga har bland andra bekräftats av Manton och medarbetare med stöd av den amerikanska National LongTerm Care Survey (NLTC) (Manton et al. 1997b).

En viktig fråga i sammanhanget är om det samband mellan goda hälsovanor och lägre dödlighet, som observerats i en mångfald epidemiologiska studier när det gäller yngre och medelålders, också gäller äldre personer. Branch och Jette (1984), som utnyttjade data från den amerikanska studien "Massachusetts Health Care Panel", fann inga effekter för äldre, men Kaplan och medarbetare (1987) hävdade med stöd från en annan longitudinell studie (Alameda county) att det positiva resultatet också gällde äldre personer. För den senare slutsatsen talar även ett flertal studier, som påvisat ett omvänt samband mellan dödlighet och hög fysisk aktivitet också för äldre personer (Sundberg och Jansson, 1998). Även högt engagemang i kulturella aktiviteter har visat sig leda till minskad dödlighet och ökad livskvalitet för äldre (Folkhälsoinstitutet, 1998). Med data från Alameda-studien har man vidare kunnat visa att brist på social anknytning – kontrollerat för andra påverkande faktorer – samvarierar med signifikant högre dödlighet även för personer över 70 år, om än i något lägre grad än för yngre personer. Det är även känt från andra studier att bristande social anknytning är förknippad med allmänt sämre hälsovanor (Seeman et al. 1987).

Vissa studier har varit inriktade på att studera samspelet mellan dödlighet och vårdform eller flyttningar mellan olika vårdformer. Stark och medarbetare (1984) fann högre dödlighet på vårdinstitutioner än i eget boende för personer med stort vårdberoende, men för äldre med litet vårdberoende var situationen den omvända. I en studie i Rotterdam konstaterade man att de som kom in på ålderdomshem hade högre dödlighet än motsvarande personer i eget boende (Koedot et al 1994). I andra studier har rapporterats att dödligheten inom institutionssvården sjunker med vårdtiden. Den är högst för de senast intagna, vilket antyder påfrestning i samband med flyttning (jfr nedan) (Goldfarb 1969; Goldberg och Connelly 1982). Enligt Lawton och Jaffe (1970) ökar dock inte dödligheten om flyttningen är frivillig.

#### *Vilken livslängd kan vi räkna med i framtiden?*

Den fråga det gäller är om morgondagens äldre, dvs. närmare bestämt födelsekohorterna 1930–1959, har större förutsättningar att överleva till hög ålder än deras föregångare, dagens äldre eller kohorterna 1900–1929. Helt klart är att de senare årgångarna har växt upp under materiellt bättre villkor. Skillnaden mellan kohorterna blir dock betydligt mindre tydlig när det gäller de senaste trettio åren då de materiella villkoren varit relativt oförändrade. Levnadsvanorna har knappast förändrats till det bättre under senare år – speciellt bland kvinnorna – där de nu medelålders röker betydligt mer än mödragegenerationen. Denna generation hade nog också ett mindre påfrestande liv än döttrarna, som tvingats slita med dubbelarbete i övergången mellan en- och tvåförsörjarsamhället. Som påpekats ovan visar nu också data att kvinnornas medellivslängd ökar långsammare än männens. Å andra sidan har intresset för och medvetenheten om betydelsen av hälsosamma levnadsvanor påtagligt ökat på senare år och det finns förmodligen här också en betydande potential till förbättringar. Vidare är de medicinska möjligheterna till ytterligare reduktion av dödligheten för de äldre säkert inte uttömda.

Den dominerande uppfattningen bland demografer är att medellivslängden kommer att fortsätta att öka de närmaste decennierna. Den officiella svenska prognosen anger att medellivslängden för män kommer att stiga från 76,5 år i dag till 81,7 år i mitten av nästa sekel. För kvinnorna förutses en något långsammare utveckling från dagens 81,5 år till 85,0 år 2050.

*Hur många äldre blir det om dödligheten hos de äldre fortsätter att minska som tidigare? – en alternativ befolkningsprognos*

Som påpekats ovan har SCB i sina befolkningsprognoser genomgående underskattat utvecklingen av antalet äldre. Detta beror i sin tur på att man använt för försiktiga antaganden när det gäller minskningen i de äldres dödlighet. Denna har hela tiden överträffat prognosmakarnas föreställningar. Det framgick också av tabell 2.2 att även SCB:s senaste befolkningsprognos utgår från att dödligheten framöver inte skall avta i samma takt som de senaste tjugo åren. Det kan vara intressant att se vilken utveckling av antalet äldre man skulle få om dödligheten fortsatte att avta i samma takt som hittills. Den metod vi använt för att göra den alternativa prognosen är ganska primitiv. Den visar förmodligen ändå rätt väl, vilken storleksordning på antalet äldre det handlar om, för det fall dödligheten skulle fortsätta att minska som förut<sup>1</sup>. Resultatet av våra beräkningar framgår av tabell 2.3 nedan.

**Tabell 2.3 En alternativ befolkningsprognos avseende de äldre, 1999–2030, i tusental och procentuell förändring**

	1999	Förändring 1999/2015	2015	Förändring 2015/2030	2030
65–79	1 097	+31,7	1445	+6,5	1 539
80–	440	+17,0	515	+61,7	833
Samtliga 65+	1 537	+27,5	1960	+21,0	2 372

En jämförelse med tabell 2.1 visar att uppjusteringen i första hand berör antalet över 80 år, som enligt den alternativa prognosen skulle bli drygt 10 procent fler jämfört med SCB-prognosen för år 2030. Att det i främsta rummet är antalet av de äldsta som berörs, beror på att effekterna av en allmän minskning i dödligheten ackumuleras med åldern. Sänkt dödlighet i alla åldrar resulterar i att allt fler i en kohort överlever till hög ålder.

Beräkningarna bygger på en fortsatt trendmässig nedgång i dödligheten. Frågan om hur många äldre det i verkligheten kommer att bli,

<sup>1</sup> Den metod vi använt för att göra prognosen är att beräkna reduktionen av varje femårskohort per femårsperiod i SCB-prognosen, justera dessa reduktioner med en faktor som motsvarar skillnaden i dödlighet mellan SCB:s antaganden och den observerade trenden enligt tabell 2.2 samt därefter beräkna befolkningsutvecklingen per kohort med utnyttjande av de justerade reduktionsfaktorerna.

avgörs av om denna trend kommer att fortsätta eller brytas. Som framgått ovan finns många förklaringar till den hittillsvarande utvecklingen och det knappast anses klarlagt vilken som haft den dominerande betydelsen. Det är därmed svårt att säga om och när ett trendbrott kommer. En rimlig slutsats kan vara att man inte får vara främmande för tanken att även dagens SCB-prognos avseende antalet äldre i befolkningen – liksom tidigare – kommer att visa sig vara en underskattning, men kanske inte i lika hög grad som förut. Denna underskattning behöver dock inte innebära en motsvarande underskattning av vårdbehoven. Som vi visar längre fram i denna skrift tyder mycket på att den minskande dödligheten är kopplad till en motsvarande bättre hälsa och funktionsförmåga. Fler äldre än vad dagens prognoser säger, behöver därför inte betyda så många fler vårdbehövande.

### 3 Kostnader för äldreomsorg och hälso- och sjukvård beroende på olika faktorer

#### 3.1 Äldreomsorgen

Många kanske blir förvånade när man konstaterar att det inte är så lätt att svara på frågan hur mycket äldreomsorgen kostar. Inte minst med hänsyn till den debatt som vi haft på senare år om brister på resurser i den kommunala omsorgen. Men tyvärr förhåller det sig på det sättet. Anledningen till detta är att de kommunala kostnaderna för äldreomsorg och omsorg om funktionshindrade under 65 år fram till och med år 1997 inte särredovisats. Att detta inte är någon bagatell i sammanhanget visas av de många missförstånd som uppstår i samband med analyser och uttalanden kring kostnaderna för äldreomsorgen. Ett exempel är de beräkningar som gjordes i den i inledningen nämnda ESO-rapporten "Kommunerna kan! – kanske". I denna rapport skrev man fram de samlade kostnaderna för äldre- och handikappomsorgen med utvecklingen för de äldre över 65 år, vilket givetvis blir direkt felaktigt, eftersom omsorgen om funktionshindrade till sin helt dominerande del avser personer under 65 år. Resultatet blir, givet att metodiken i övrigt är rätt, en överskattning av framtida kostnadsökningen (som är relaterad till det ökade antalet äldre) med en tredjedel i pengar räknat!

I och med införandet av det nya räkenskapssammandraget år 1998 kommer kommunerna att särredovisa kostnaderna för äldre- och handikappomsorgen. Fortfarande kommer dock uppgifterna vara behäftade med stor osäkerhet, eftersom de endast kommer att bygga på skattningar för det 100-tal kommuner, som inte har redovisningssystem som skiljer de två områdena.

Det är alltså svårt nog att uttala sig om kostnaderna för äldreomsorgen idag. Ännu svårare är det att följa upp utvecklingen av de totala äldreomsorgskostnaderna under en längre period bakåt i tiden. Detta beror framförallt på den s.k. Ädel-reformen, som trädde i kraft den 1 januari 1992. Genom denna överfördes redovisningsmässigt större delen av den slutna långtidssjukvården och en stor del av hemsjukvården



till äldreomsorgen. Reformen omfattade verksamhet till en samlad kostnad av omkring 20 miljarder (1,2 procent av BNP). Genom att kostnaderna för omsorgen om de funktionshindrade inte särredovisas, bidrar det också till svårigheterna, att kommunerna fick ansvar för ny verksamhet för funktionshindrade genom handikappreformen år 1994 och psykiatrireformen 1995. Jämförelser bakåt som inte tar hänsyn till dessa stora reformer ger därmed en helt felaktig bild av utvecklingen.

På Socialdepartementet har en metodik utvecklats för att uppskattningsvis särredovisa kostnaderna för äldreomsorgen och omsorgen om de funktionshindrade. Denna uppskattning används och presenteras i samband med redovisningen av utgifterna för det sociala skyddet till EU:s statistiska organ, Eurostat, enligt det s.k. ESSPROS-systemet. Redovisningen avser nettoutgifter, vilket innebär att avgifter som erlägges av brukarna samt eventuella intäkter från försäljning ej ingår<sup>1</sup>. Utvecklingen av nettoutgifterna för äldreomsorgen under perioden 1993–1997 enligt en skattning med denna metodik framgår av tabell 3.1 nedan. I dessa är utgifterna för färdtjänsten inräknade.

**Tabell 3.1. Nettoutgifter för äldreomsorg (inkl. färdtjänst)**

Miljoner kronor, löpande priser samt 1997 års priser, (implicitprisindex för kommunal konsumtion)

	Löpande priser	Andel i pro- cent av BNP	1997 års priser	Volymindex
1993	42 992	3,0	49 608	1,000
1994	43 492	2,8	48 923	0,986
1995	41 385	2,5	44 842	0,904
1996	46 973	2,8	48 625	0,980
1997	48 201	2,8	48 201	0,972

Källor: SCB: Utgifter för det sociala skyddet i Sverige och EU samt utgifternas finansiering 1993–1997 samt egna beräkningar

<sup>1</sup> Utgifterna enligt redovisningen i ESSPROS-systemet är därmed jämförbara med de som presenteras i nationalräkenskaperna. Dessa utgifter skiljer sig från de driftkostnader som redovisas i de kommunala räkenskaperna.

*Beräknade normkostnader för äldreomsorg givet olika påverkande faktorer*

En metod för att skriva fram omsorgskostnaderna till en senare tidpunkt är att dela upp dem på delgrupper av brukare och sedan söka bestämma utvecklingen av antalet personer i resp. grupp. I den statliga utredningen "Utjämnning av kostnader och intäkter i kommuner och landsting (SOU 1994:144)" beräknades en s.k. normkostnad för äldreomsorgen med hänsyn till vårdbehovet beroende på kön, ålder, samboendeförhållanden och yrkesbakgrund. Dessa kostnader har sedan utnyttjats som underlag vid beräkningen av kostnadsutjämnningen mellan kommunerna sedan systemet infördes 1 januari 1996.

De normkostnader, som används i kostnadsutjämnningen, är baserade på en större fältundersökning, som gjordes under våren 1994. Fältundersökningen omfattade ca 10 000 vårdtagare i elva kommuner. Ädelreformen hade då varit i kraft några år och data över vårdkostnader för landsting resp. kommuner antyder att den nya ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting i stort sett hade satt sig. Vid undersökningen registrerades vårdkonsumtionen uttryckt i antalet veckotimmar hemtjänst i eget boende resp. plats i olika former av särskilt boende. Vidare bedömdes graden av vårdberoende enligt det s.k. ÄSIM-systemet<sup>2</sup>. Den genomsnittliga konsumtionen beräknades sedan givet ålder, kön, sam/ensamboende och grad av vårdberoende och den motsvarande kostnaden bestämdes genom att prissätta vårdkonsumtionens olika komponenter. Vårdberoendet "översattes" därefter till de indikatorer på ohälsa, som används i ULF-undersökningarna (jfr kapitel 2 och 5). På detta sätt erhöles de genomsnittliga vårdkostnaderna givet ålder, kön, sam/ensamboende och grad av ohälsa (full hälsa, lätt ohälsa, måttlig ohälsa och svår ohälsa; jfr tabell 3.2A nedan). Med hjälp av data från ULF-undersökningen kunde sedan socio-ekonomisk bakgrund kopplas till fördelningen på ohälsograd givet ålder, kön, sam/ensamboende. Efter kalibrering mot den kända totalkostnaden blev det härigenom möjligt att beräkna normkostnader för äldreomsorgen givet vårdtagarnas ålder, kön, boendeförhållanden och socio-ekonomiska bakgrund, (se tabell 3.2B).

---

<sup>2</sup> I ÄSIM-systemet, som utvecklats av Mårten Lagergren i samarbete med Solna kommun, bestäms graden av vårdberoende genom fem variabler: Funktionsförmåga, rörelsehinder, inkontinens, otrygghet samt dement beteende. Varje variabel ges ett värde från 0 till 3 enligt vissa definitioner, där 0 i princip betecknar inga problem och 3 mycket stora problem. Utifrån dessa värden skapas sedan ett vårdberoendeindex från 0 till 15 genom enkel summering (Lagergren, 1994b).

**Tabell 3.2 Normkostnader för äldreomsorg per person i befolkningen givet ålder, kön och sam/ensamboende, kronor***A. Per ohälsogrupp*

	65–74 år		75–84 år		85–år	
	Sam-boende	Ensam-boende	Sam-boende	Ensam-boende	Sam-boende	Ensam-boende
<b>Män</b>						
Full hälsa	14	44	130	218	3164	17 069
Lätt ohälsa	174	2 492	1 436	13 577	5 013	30 311
Måttlig ohälsa	878	11 705	2 896	35 995	22 029	104 053
Svår ohälsa	21 815	110 009	50 045	170 907	151 973	226 657
<b>Kvinnor</b>						
Full hälsa	13	39	131	464	5 407	20 236
Lätt ohälsa	146	1 149	2 104	7 262	14 483	19 913
Måttlig ohälsa	906	6 342	7 025	19 149	58 874	68 271
Svår ohälsa	20 874	58 222	76 300	128 185	278 981	221 722

*B. Per socio-ekonomisk bakgrund*

	65–74 år		75–84 år		85–år	
	Sam-boende	Ensam-boende	Sam-boende	Ensam-boende	Sam-boende	Ensam-boende
<b>Män</b>						
Ej facklärd arbetare	3 000	18 500	12 400	56 000	61 800	126 800
Facklärd arbetare	2 900	17 700	11 900	54 200	60 300	124 200
Lägre tjänstemän	2 100	13 600	9 400	44 700	49 500	109 200
Övriga tjänstemän	1 200	7 700	5 500	28 400	34 700	89 400
<b>Kvinnor</b>						
Ej facklärd arbetare	3 200	10 900	21 100	41 900	126 600	117 500
Facklärd arbetare	3 000	10 400	20 400	40 500	122 100	114 900
Lägre tjänstemän	2 200	8 000	16 100	32 800	103 100	99 800
Övriga tjänstemän	1 200	4 500	9 500	20 600	71 200	80 700

Källa: SOU 1994:144, bil.7

Anm. I den reviderade normkostnadsberäkningen (SOU 1998:151) används civilstånd i stället för sam/ensamboende. Utredningen motiverar detta med att det är ett stort problem att ta fram variabeln sam/ensamboende i och med att denna statistik endast samlas heltäckande för alla kommuner vid Folk- och bostadsräkningarna (FoB). Den senaste var 1990 och statistik från nästa FoB beräknas inte finnas tillgänglig de närmaste åren förrän flera år in på 2000-talet. Variabeln föreslås ersättas av civilstånd, som enkelt kan erhållas löpande från folkbokföringen. Analyser visar enligt utredningen att för de åldersgrupper det här är fråga om resultaten blir likvärdiga.

Det är värt att notera i tabell 3.2 den mycket stora inverkan som graden av ohälsa har på vårdkostnaderna. Detta gör att totalkostnaden i hög grad bestäms av antalet personer med svår ohälsa. En annan viktig observation är de stora skillnaderna i normkostnad mellan de socio-ekonomiska grupperna, vilket kan ses som en indikation på potentialen för hälsoförbättringar i äldrebefolkningen.

Systemet för beräkning av normkostnader sågs över 1998 av den kommunala utjämningsutredningen (SOU 1998:151). En annan faktor som denna utredning lyfter fram är etnicitet. Olika undersökningar har visat att utrikes födda från vissa länder har en väsentligt sämre hälsa än befolkningen som helhet. Det gäller främst de som kom som arbetskraftsinvandrare från södra Europa under 1950- och 1960-talen samt flyktingar från utomeuropeiska länder. Andra invandrargrupper från t.ex. norra Europa visar sig i hälsoundersökningarna ha ungefär samma hälsotillstånd som genomsnittsbefolkningen eller i vissa fall till och med bättre hälsa. Det finns skäl att förmoda att andelen utrikes födda med sämre hälsa än övriga befolkningen kan öka. Vi bedömer dock att dessa förändringar inte påverkar våra resultat mer än marginellt. Därmed inte sagt att det inte är viktigt att beakta etnicitet vid utformningen av framtida insatser inom äldreomsorgen. Det handlar helt enkelt om olika perspektiv, befolknings- (makro) respektive individperspektiv (mikro).

Ett utnyttjande av normkostnaderna för framskrivningsändamål förutsätter tillgång till prognoser avseende den framtida fördelningen på civilstånd eller sam/ensamboende samt socio-ekonomisk grupp. Då sådana prognoser inte funnits tillgängliga har vi valt att i stället basera framskrivningen på medelkostnaden per åldersgrupp och kön samt med hänsyn tagen till hälsoutvecklingen (jfr kapitel 5). En sådan medelkostnad har beräknats av Kommunförbundet utgående från en specialbearbetning av uppgifter från ett tjugotal kommuner ("Behov och resurser för vård och omsorg till äldre", bilaga 3 till "Vår framtid, Äldres vård och omsorg inför 2000-talet"). I tabell 3.3 nedan visas de på detta sätt beräknade kostnaderna fördelat på femårsgrupper.

**Tabell 3.3 Beräknade kostnader per capita för äldreomsorg per ålder och kön, 1997**

	Män	Kvinnor
65–74 år	6 500	7 800
75–79 år	28 700	34 600
80–84 år	49 600	71 600
85–89 år	107 200	134 000
90 år och äldre	177 400	203 000

På samma sätt som för normkostnaden framkommer en avsevärd ökning med stigande ålder och högre kostnader för kvinnor än för män. Det senare har förstås mycket att göra med olikheter mellan könen när det gäller tillgången till informell omsorg, dvs. stöd från anhöriga och andra närstående.

### 3.2 Hälso- och sjukvården

De totala offentliga nettoutgifterna för hälso- och sjukvårdsändamål (inkl. investeringar) uppgick år 1998 till 117 miljarder<sup>3</sup>. Analyser av kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvården har också – på samma sätt som för äldreomsorgen, många gånger lett till misstolkningar.

**Tabell 3.4 Totala utgifter för hälso- och sjukvårdsändamål 1985 –1998, miljarder, 1998 års priser.**

	1985	1990	1995	1998
Offenligt konsumtion inkl. administration o. forskning	100,1	109,3	79,0	(108,7) 111,9
Privat konsumtion	12,5	14,1	22,0	(18,4) 20,6
Subventioner <sup>4</sup>	13,0	17,3	21,5	(–) –
Bruttoinvesteringar	9,2	6,4	6,0	(5,9) 6,1
Totala utgifter	134,8	147,1	128,5	(133,0) 138,6
Andel av BNP	9,0	8,8		7,5 7,4
<i>D:o exkl. Ädel</i>	7,8	7,6		7,5 7,4

Anm. För år 1998 är utgifterna redovisade enligt det nya systemet för Nationalräkenskaperna (SNA93/ENS95). Detta innebär bl.a. att de offentliga utgifterna för privata läkare och tandläkare samt läkemedel, som tidigare redovisades under subventioner, nu ingår i offentlig konsumtion. Uppgifter för 1995 omräknade till det nya systemet anges inom parentes. Nedgången i utgifter mellan 1990 och 1995 beror av Ädel-reformen, som genomfördes år 1992 och som beräknas ha omfattat en överföring från hälso- och sjukvård till äldreomsorg på ca 20 miljarder.

<sup>3</sup> Uppgiften är baserad på nationalräkenskaperna (NR). Det är att märka att den primärkommunala hälso- och sjukvården (exkl. de landstingsfria kommunerna) här inte ingår. Denna redovisas i NR under rubriken äldreomsorg.

<sup>4</sup> Avser offentliga utgifter för läkemedel samt privatpraktiserande läkare och tandläkare. År 1998 ingår detta i offentlig konsumtion.

Otaliga är de rapporter som påvisat en dramatisk nedgång av sjukvårdens andel av BNP sedan 1980-talet. Dessa rapporter har då i sin analys missat effekten av Ädel-reformen (jmf ovan). Tar man hänsyn till denna har andelen av BNP, som spenderas på hälso- och sjukvård, varit ganska oförändrad de senaste tio åren, omkring 7,5 procent. Den fråga det gäller är om detta också kommer att gälla för kommande decennier.

I tabell 3.4 här ovan visas utvecklingen av de totala utgifterna för hälso- och sjukvårdsändamål under perioden 1985–1998.

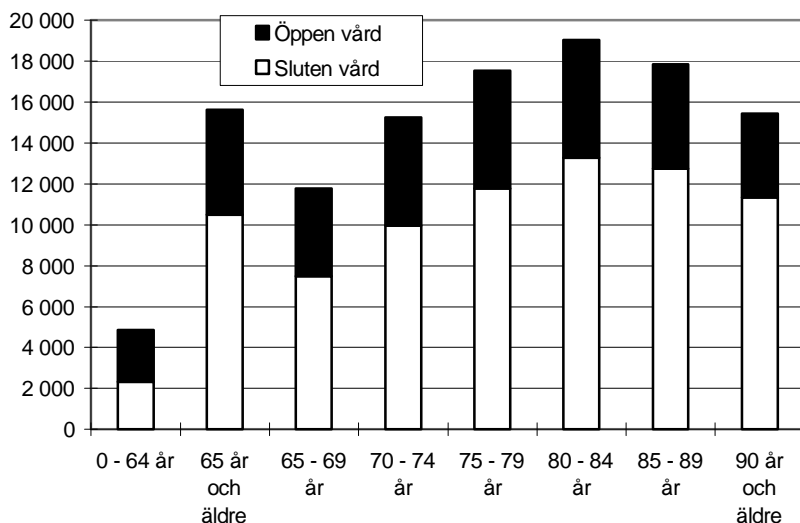
#### *Kostnader för hälso- och sjukvård uppdelat på ålder och kön*

Som underlag för en uppskattning av framtida hälso- och sjukvårdskostnader måste man i första hand kunna dela upp sjukvårdskostnaderna per kön och åldersgrupp. Hälso- och sjukvårdskostnader fördelade per åldersgrupp finns i Sverige inte tillgängliga som tidsseriedata på riksnivå. Tidigare gjorda undersökningar avseende den demografiska strukturens betydelse för hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling baserar sig därför i allmänhet på vårdkonsumtion uttryckt i antal vård dagar. Ett exempel på detta är rapporten "Sjukvårdens kostnader i framtiden – vad betyder åldersfaktorn", (Ds 1990:39) till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Ett problem i detta sammanhang är att vårdkostnaden inte är densamma oberoende av åldersgrupp. En framskrivning baserad på vård dagar tenderar därför att överskatta åldersfaktorns betydelse.

Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU 2000) gjorde vissa beräkningar kring ålderns betydelse för kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården med hjälp av individbaserade kostnader från Malmöhus läns landsting (MLL), vilket gav en möjlighet att fördela kostnaderna mellan olika åldersgrupper. Utredningen gjorde bedömningen att MLL:s kostnadsfördelning mellan olika åldersgrupper torde vara någorlunda representativ för riket som helhet, men att siffrorna bör tolkas med viss försiktighet (SOU 1996:163). På basis av detta material gjordes dels en uppskattning av hur 1993 års kostnader på riksnivå för hälso- och sjukvården fördelade sig mellan olika åldersgrupper, dels en bedömning av resursbehovet inom hälso- och sjukvården fram till 2010 utifrån de förändringar som antogs ske i befolkningens åldersstruktur.

Utvecklingsarbetet när det gäller individbaserad kostnadsredovisning har fortsatt inom den nybildade regionen Skåne. Diagram 3.1 visar en jämförelse mellan hälso- och sjukvårdskostnaderna per person för yngre (0–64 år) resp. äldre (65 år–) för befolkningen i Skåne år 1997 fördelat på slutna resp. öppna vård samt för jämförelse de äldre sinsemellan uppdelat på femårsgrupper.

**Diagram 3.1 Kostnad per invånare och åldersgrupp (Kr/person) för befolkningen i Skåne 1997, 1000-tals kronor**



Källa: Region Skåne och våra egna beräkningar

Enligt HSU 2000 bearbetning av MLL-materialet var kostnadskvoten år 1993 mellan de över 65 års ålder och de under 65 års ålder 2,8. De beräkningar, som redovisas ovan från 1997 och som avser hela region Skåne, ger ett något högre resultat, 3,22. Värt att notera är att kostnadsrelationen ser helt annorlunda ut för öppen vård (kostnadsrelationen lika med 2,02) än för sluten (kostnadsrelationen lika med 4,53). Före Ädel-reformen var denna skillnad än mer accentuerad och den totala kostnadskvoten betydligt högre. Jämförelsen de äldre sins emellan visar att kostnaden per capita är högst i åldersgruppen 80–84 år för att därefter sjunka. De allra äldsta är mindre utsträckning föremål för sjukvårdsinsatser. Kostnaderna i denna åldersgrupp faller – efter Ädel-reformen – i stället på äldreomsorgen.

De ökade läkemedelskostnaderna på senare år är också viktiga att beakta i sammanhanget. Läkemedelskonsumtionen utgör en stor del av kostnaderna för de äldres hälso- och sjukvård. Läkemedelskonsumtionen per invånare kan mätas som antalet DDD, den beräknade genomsnittliga dygnsdosen då läkemedlet används av vuxen vid medlets huvudindikation. Under perioden 1985–1994 ökade läkemedelskonsumtionen mätt i DDD för de över 65 år med i genomsnitt 3 procent per år eller totalt 31 procent. Ökningen av läkemedelskonsumtionen under perioden varierar beroende på ålder. För de under 65 år var ökningen 35 procent Den kraftigaste ökningen, 38 procent, återfinns hos

de mellan 75–79 år. De över 80 år hade den minsta ökningen under perioden mätt i antalet DDD, 21 procent.

Konsumtionskvoten när det gäller läkemedel mellan de över resp. under 65 år har varit relativt konstant under perioden 1985–94. De som är 65 år och äldre har konsumerat ungefär fyra gånger så många DDD jämfört med de som är yngre än 65 år under perioden. Kvoten är högre för män än för kvinnor då mäns läkemedelskonsumtion ökar kraftigare vid tilltagande ålder jämfört med kvinnor<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> LAS-PM 3/1996, Materialet som analyseras i PM är hämtat från Apoteksbolagets receptundersökning och är resultatet av en uppräkningsstickprov omfattande 1/25-del av recepten expedierade på apoteken. Siffrorna får alltså inte tolkas absolut. Däremot håller materialet för att tolka storleksordningar, trender och tendenser.



## 4 Sambandet mellan hälso- och sjukvårdskostnader och återstående livslängd

Många studier, som har gjorts de senaste trettio åren, har påvisat att de sista levnadsåren, oavsett livslängden, är förenade med höga vårdkostnader. En intressant genomgång av studier kring sambandet mellan tiden fram till döden och vårdkostnaderna görs av Gerdtham och Jönsson (1990). På basis av denna genomgång drar de slutsatsen att antalet år kvar till döden är en mer relevant åldersdefinition för användning i befolkningsframskrivningar än antalet år från födelsen. Härvid hänvisar de bland annat till den amerikanske sjukvårdsforskaren Fuchs, som i en artikel (1984) uttryckte:

”Sjukvårdsutgifterna bland de äldre är inte så mycket funktion av tiden sedan födelsen som en funktion av tiden fram till dödsdagen.”(sid. 151).

Fuchs menade att framskrivningar, som utgår från oförändrad vårdkonsumtion per capita givet åldersgruppen, är missvisande (”biased”) eftersom förändringar i befolkningens åldersstruktur delvis är en funktion av minskande åldersspecifik mortalitet. Minskar mortaliteten betyder det att antalet personer som genomlever sina sista levnadsår är färre i varje åldersgrupp. I samma artikel skrev Fuchs att:

”Den huvudsakliga orsaken till varför sjukvårdsutgifterna stiger med åldern i en tvärsnittsanalys (bland personer 65 år och äldre) är att andelen personer nära döden ökar med åldern”.

Detta är, menar Gerdtham och Jönsson, väsentligt eftersom många empiriska undersökningar kunnat visa att sjukvårdskonsumtion under livscykeln i mycket stor utsträckning är koncentrerad till tiden just före död. Gerdtham och Jönsson hänvisar också till Lubitz och Prihoda (1984), som visade att för år 1976 den genomsnittliga sjukvårdskonsumtionen inom ramen för Medicare, den offentliga sjukförsäkringen för pensionärer i USA, var 6,6 gånger högre bland personer under sitt

sista levnadsår än bland personer med minst två år kvar att leva. Samma forskare konstaterade vidare att 25,9 procent av sjukvårdskostnaderna förbrukades av personer under deras sista levnadsår (se även Scitovsky, 1984 och Riley and Lubitz, 1989). Nord et al (1989) fann att vårdkostnaderna i Norge för patienter som befann sig i sitt sista levnadsår utgjorde 18–26 procent av de offentliga sjukvårdskostnaderna. Dessa patienter beräknades utnyttja 15 till 20 procent av de totala kostnaderna för sjukhusvård, 50 till 70 procent av kostnaderna för vård på somatiska sjukhem, 3 till 7 procent av kostnaderna för läkarbesök i öppen vård samt 20 till 30 procent av kostnaderna för hemsjukvård.

Roos et al (1987) bekräftade tidigare resultat genom att konstatera att sjukvårdskonsumtionen (i genomsnitt) är avsevärt mindre bland personer som kommer att leva minst fyra år till än i befolkningen som helhet. Deras resultat återges i tabell 4.1 nedan. Sjukvårdskonsumtionen (uttryckt i vårddagar) bland personer 85 år och äldre, var nästan åtta gånger större än bland personer 45–64 år. Bland överlevande var denna relation drygt fyra gånger. En stor del av sambandet mellan ålder och sjukvårdskonsumtion per person kan således härledas till sambandet mellan ålder och mortalitet.

**Tabell 4.1** Vårdkonsumtion i antal vårddagar per person, kort- och långtidsvård, givet antal år till tidpunkten för att avlida

	Jämförelsegrupper		Avlidna			
	Befolkning	Överlevande	4 år före	3 år före	2 år före	1 år före
<b>Män</b>						
45–64 år	1,8	1,3	8,3	6,8	7,5	24,8
65–74 år	4,8	2,4	6,0	9,9	14,5	36,5
75–84 år	9,8	3,8	9,6	13,0	19,4	48,7
85– år	14,3	5,6	9,0	14,1	15,0	39,7
<b>Kvinnor</b>						
45–64 år	1,8	1,3	16,3	20,8	14,8	42,3
65–74 år	4,2	2,4	9,4	16,7	18,9	52,9
75–84 år	8,3	3,9	9,8	15,5	18,3	45,4
85– år	15,9	6,7	14,1	15,2	23,5	44,8
Samtliga	3,8	1,8	10,0	13,4	16,5	41,4

Källa: Roos et al. , 1987 (efter Jönsson – Gerdtham)

Roos et al presenterade också en mortalitetsjusterad beräkning för sjukvårdskonsumtionen 1976–2000 baserad på ett stratifierat urval av försäkringstagare från Manitoba, Kanada. Deras beräkningar visade att åldersgruppen 85 och äldre med vanlig framskrivning kunde förväntas

öka sin konsumtion av vårddagar på sjukhus med 73 procent, medan en mortalitetsjusterad framskrivning endast gav en ökning på 64 procent.

Relevansen i att räkna på de återstående levnadsåren i stället för – som brukligt är – på de genomlevda, verifieras ytterligare genom en färsk ekonometrisk analys av Zweifel och medarbetare (1999). Analysen bygger på longitudinella data avseende de två sista levnadsåren. De konstaterar att det starka sambandet mellan levnadsålder och sjukvårdskostnader till stor del sammanhänger med att en betydligt större andel av de äldre än de yngre befinner sig i livets slutskede. Som följd härav menar de att det ökande antalet äldre förmodligen har mindre effekt på hälso- och sjukvårdsutgifterna än man tidigare föreställt sig.

En genomgång av tillgänglig forskning visar alltså att hälso- och sjukvårdens insatser till en betydande del är koncentrerade till livets slutskede. Samtidigt kan vi konstatera att den ökande livslängden gör att detta slutskede förskjuts till högre åldrar. Andelen personer, som vid en viss ålder har ett visst antal år kvar att leva, förändras därmed. I varje åldersgrupp minskar andelen, som kommer att dö innevarande eller närmast kommande år, och andelen med flera år kvar att leva ökar. Denna observation har vi tagit som utgångspunkt för en analys, där dels – givet åldersgrupp och kön – vårdkonsumtionen per person bestäms med uppdelning på antalet återstående levnadsår, dels den förväntade förändringen i fördelningen på återstående levnadsår beräknas utgående från prognoserna över dödligheten. Med detta underlag är det sedan möjligt att göra en framskrivning, där utgångspunkten inte längre, som i en vanlig demografisk framskrivning, är given vårdkonsumtion per ålder och kön utan i stället given konsumtion per ålder, kön och *återstående levnadsår*.

En förutsättning för att göra dessa beräkningar är att man har tillgång till individbaserade vårdkonsumtionsdata samt uppgifter om tidpunkt för dödsfallet för de vårdade personerna. Uppenbart kräver detta att man går tillbaka till tidigare år. Beroende på hur långt man kan gå tillbaka kommer det att finnas en restpost av ”överlevande” personer, dvs. personer, vilkas död ännu inte inträffat vid tidpunkten för det senast tillgängliga dödsfallsregistret. Individrelaterade kostnadsdata, som går tillbaka ett antal år, finns för närvarande endast från Region Skåne. Genom att i stället för kostnader mäta vårdkonsumtionen uttryckt i vårddagar kan man dock, som närmare beskrives nedan, komma betydligt längre tillbaka genom att utnyttja Socialstyrelsens slutenvårdsregister.

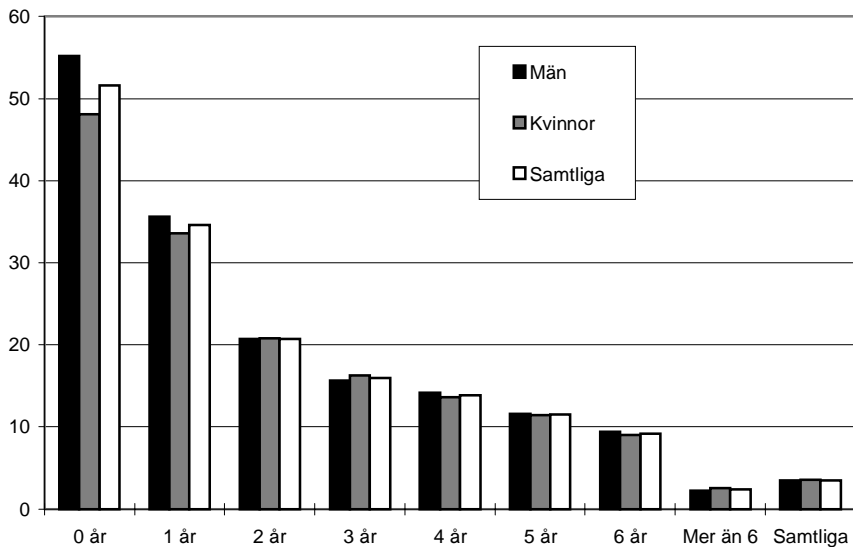
Det första steget i analysen utgörs sålunda av en beräkning av kostnaderna per åldersgrupp, kön och återstående levnadsår med utnyttjande av register, som omfattar individrelaterade kostnadsdata för hälso- och sjukvården i Region Skåne. Vi har där haft tillgång till individrelaterade kostnadsdata för den slutna vården för åren 1992–1997, medan för den

öppna vården motsvarande data endast varit tillgängliga för det senaste året. Genom samkörning av kostnadsregistret för resp. år med dödsfallsregistren för detta och de följande åren har bestämts – per åldersgrupp och kön – hur stor andel av slutenvårdskostnaderna, som fallit på personer som dött samma, följande, nästföljande år osv. ända till och med det senaste året för vilket det finns dödsfallsregister, dvs. 1998. Med utnyttjande av dödligheten per åldersgrupp och kön – resp. observationsår och efterföljande år – har därefter beräknats antalet personer i den motsvarande befolkningen med 0, 1, 2, ... år kvar att leva<sup>1</sup> och kostnadsandelen ställts i relation till detta antal. Medelvärde har sedan bildats för de fall, där denna antalsrelaterade andel kunnat bestämmas för flera olika år, dvs. åren 1992–1998 för dödsfall under innevarande år, 1993–1998 för dödsfall följande år, 1994–1998 för dödsfall nästföljande år osv.

Med utnyttjande av dessa medelandelar per person har slutligen kostnaden för slutna vård per person givet åldersgrupp, kön och återstående levnadsår bestämts utifrån den totala slutenvårdskostnaden för slutåret, 1997. För den öppna vården har motsvarande uppdelning endast kunnat göras på avlidna samma år resp. överlevande. Resultatet sammanslaget över alla åldersgrupper för män, kvinnor och totalt framgår av diagram 4.1 resp. tabell 4.2 nedan.

---

<sup>1</sup> Med ”noll återstående levnadsår” avses således att dödsfallet inträffar samma kalenderår, ”ett återstående levnadsår” innebär dödsfall kalenderåret därpå osv.... Givet denna definition faller hela kostnaden för de med *noll* återstående levnadsår och – som genomsnitt – halva kostnaden för de med *ett* återstående år på det sista hela levnadsåret.

**Diagram 4.1. Genomsnittlig kostnad för sluten hälso- och sjukvård per person i befolkningen, 1000-tals kronor, beroende på återstående antal levnadsår**

Anm. Män och kvinnor resp. totalt, alla åldersgrupper, tusental kronor, Region Skåne (f.d. Malmöhus läns landsting), 1997

**Tabell 4.2. Genomsnittlig kostnad för öppen hälso- och sjukvård per person i befolkningen beroende på om personen avlider under året eller överlever**

	Män	Kvinnor	Samtliga
Avlidna	17,3	15,4	16,7
Överlevande	2,5	3,1	2,8
Samtliga	2,7	3,2	3,0

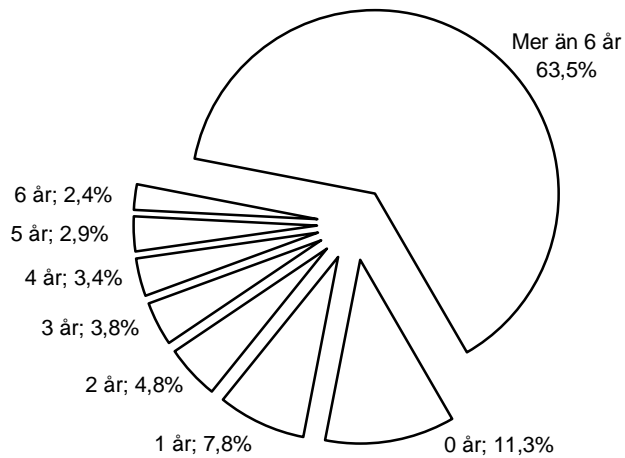
Anm. Män och kvinnor resp. totalt, alla åldersgrupper, tusental kronor, Region Skåne (fd Malmöhus läns landsting), 1997

Den höga kostnaden per capita för de med få återstående levnadsår gör att en betydande del av de samlade hälso- och sjukvårdsresurserna går till personer i livets slutskede. Hur stor del av hälso- och sjukvårdskostnaderna, som faller på patienter med ett visst antal återstående år, beror också på hur stor andel dessa personer utgör i befolkningen. Denna andel skiljer givetvis i hög grad mellan olika åldersgrupper. I den följande tabellen 4.3 visas fördelningen, dels totalt för samtliga åldersgrupper, dels för åldersgrupperna 65–69 år resp. 80–84 år.

**Tabell 4.3 Procentuell fördelning av befolkningen på återstående antalet levnadsår för samtliga resp. i åldersgrupperna 65–69 år och 80–84 år**

Antal återstående år	Samtliga	65–69 år	80–84 år
0	0,8	1,3	5,5
1	0,8	1,4	5,8
2	0,8	1,5	6,1
3	0,9	1,6	6,4
4	0,9	1,8	6,6
5	0,9	2,0	6,8
6	0,9	2,2	6,8
Mer än 6 år	94,1	88,2	56,0
Samtliga	100,0	100,0	100,0

Utifrån den genomsnittliga kostnaden per person – givet ålder, kön och antal återstående levnadsår – och andelen personer i befolkningen i resp. grupp kan man beräkna hur hälso- och sjukvårdskostnaderna fördelar sig med avseende på patienternas återstående antal levnadsår. Resultatet, sammantaget för alla åldersgrupper, framgår av tabell 4.4 nedan. För den öppna vården har som angetts ovan uppdelning endast kunnat ske på avlidna och överlevande. En illustration av hur kostnaderna för den slutna vården fördelar sig beroende på patienternas antal återstående levnadsår ges i diagram 4.2 .

**Diagram 4.2** Procentuell fördelning av de totala kostnaderna för slutna vård beroende på återstående antal levnadsår**Tabell 4.4** Procentuell fördelning av kostnaderna för hälso- och sjukvården med avseende på antalet återstående levnadsår*A. Slutna vård*

Antal återstående år	Män	Kvinnor	Samtliga
0	12,8	9,9	11,3
1	8,5	7,1	7,8
2	5,1	4,6	4,8
3	4,0	3,7	3,8
4	3,7	3,2	3,4
5	3,1	2,8	2,9
6	2,5	2,2	2,4
Mer än 6	60,3	66,4	63,5
Samtliga	100,0	100,0	100,0

*B. Öppen vård*

Antal återstående år	Män	Kvinnor	Samtliga
Avlidna	6,6	4,6	5,5
Överlevande	93,4	95,4	94,5
Samtliga	100,0	100,0	100,0

Anm. Män och kvinnor resp. totalt, samtliga åldersgrupper. Region Skåne (f.d. Malmöhus läns landsting), 1997

Det framgår klart om man jämför tabellerna 4.3 och 4.4 att de med få år kvar i livet är starkt överrepresenterade som patienter i hälso- och sjukvården i god överensstämmelse med de forskningsresultat som redovisades ovan. Trots att de som kommer att dö under de närmaste tre åren utgör mindre än en fjrtiondedel av befolkningen svarar de för nästan en fjärdedel av slutenvårdskostnaderna och uppskattningsvis en åttiondedel av kostnaderna för de öppna vården.

En begränsning i den ovan beskrivna metodiken är att det saknas register med individrelaterade kostnader, som går längre tillbaka i tiden än 1992. Som framgår av diagram 4.2 ovan svarar andelen personer med upp till sex år kvar att leva för närmare 37 procent av slutenvårdskonsumtionen i kostnader räknat och man kan uppskatta andelen av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna till 29 procent<sup>2</sup>. För att kunna täcka en större del av hälso- och sjukvårdskostnaderna vore det önskvärt om man kunde gå längre tillbaka. En sådan möjlighet erbjuder sig om man använder antalet vårddagar i slutenvård som approximation för kostnaden. Register över konsumtionen av slutenvård omfattande en relativt stor del av befolkningen finns nämligen tillgängliga sedan slutet av 1960-talet. Eftersom slutenvårdskostnaden utgör den större andelen av sjukvårdskostnaden och den genomsnittliga vårddagskostnaden torde vara relativt oberoende av antalet återstående levnadsår, ger denna vårddagsfördelning en approximation av kostnadsfördelningen. För att få jämförelse bakåt mht Ädel-reformen avser beräkningarna endast akut somatisk vård. Genom att skära bort de vårddagar, som faller efter den 21:a dagen i en vårdepisod, har hänsyn också tagits till att förekomsten av en stor andel äldre färdigbehandlade patienter i akutvården före Ädel-reformen förskjuter ålders- och överlevnadsfördelningen.

Nedanstående tabell 4.5 visar det genomsnittliga antalet vårddagar i slutenvård akut somatisk vård per år och person i befolkningen givet antalet återstående levnadsår för män och kvinnor samt totalt, sammantaget för samtliga åldersgrupper.

---

<sup>2</sup> Denna beräkning bygger på antagandet att kostnadsandelen för de sista sex levnadsåren är hälften så hög i den öppna vården som i den slutna.



**Tabell 4.5. Genomsnittligt antal vårddagar i slutet somatisk vård per person i befolkningen givet antalet återstående levnadsår, samtliga åldersgrupper.**

Antal återstående levnadsår	Män	Kvinnor	Samtliga
0	12,6	12,6	12,6
1	7,9	8,0	8,0
2	4,7	5,0	4,9
3	3,7	4,1	3,9
4	3,1	3,5	3,3
5	2,7	3,0	2,9
6–10	1,9	2,2	2,1
11–15	1,3	1,4	1,3
16–25	0,8	1,0	0,9
mer än 25 år	0,5	0,8	0,7
Totalt	0,9	1,2	1,1

Källa: Socialstyrelsen, slutenvårdsregistret, 1968–97

Den större vårdkonsumtionen per capita i vårddagar räknat för de med kort tid kvar att leva i resulterar i att dessa tar en betydande andel av resurserna i anspråk. Tabell 4.6 visar den procentuella fördelningen av antalet vårddagar på återstående antalet levnadsår för män och kvinnor resp. Totalt, i tabell A sammantaget för alla åldersgrupper och i tabell B för 65–69-åringar samt 80–84-åringar.

**Tabell 4.6. Procentuell fördelning av antalet vård dagar på återstående antalet levnadsår för män och kvinnor resp. totalt**

<i>A. Samtliga åldersgrupper</i>						
Antal återstående år	Män		Kvinnor		Totalt	
0	15,2		10,7		12,7	
1	9,5		6,9		8,1	
2	5,7		4,4		5,0	
3	4,5		3,6		4,0	
4	3,9		3,1		3,4	
5	3,4		2,8		3,0	
6–10	2,5		2,1		2,3	
11–15	1,7		1,4		1,5	
16–25	1,2		1,1		1,1	
Mer än 25 år	52,4		63,9		58,9	
Summa	100,0		100,0		100,0	

<i>B. 65–69 åringar och 80–84 åringar, procentuell fördelning</i>						
Antal återstående år	65–69 åringar			80–84 åringar		
	Män	Kvinnor	Samtliga	Män	Kvinnor	Samtliga
0	17,8	13,9	15,9	29,5	22,1	25,2
1	11,4	9,0	10,2	17,5	14,1	15,5
2	6,7	5,3	6,0	11,4	10,2	10,7
3	5,4	4,3	4,9	8,8	8,8	8,8
4	4,8	3,8	4,4	7,1	7,7	7,4
5	4,4	3,5	4,0	5,8	6,8	6,4
6–10	18,2	16,1	17,2	15,3	21,3	18,8
11–15	13,5	15,0	14,2	4,0	7,4	6,0
16–25	14,1	22,9	18,4	0,6	1,7	1,3
Mer än 25 år	3,7	6,2	4,9	0,0	0,0	0,0
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Det framgår att omkring en femtedel av vårdkonsumtionen i vård dagar räknat faller på personer som kommer att dö innevarande eller följande år. Mer än en tredjedel av vården i vård dagar räknat (36 procent) ges till personer som kommer att dö inom sex år. Anledningen till att denna proportion är något högre än när det gäller slutenvårdskostnaderna (34 procent; jfr tabell 4.4A) är att vård dagskostnaden för de äldre, som är överrepresenterade bland de med få återstående år, är lägre än för yngre patienter (jfr kap. 3). För de äldre och speciellt de äldsta är andelen vård dagar som faller på de sista levnadsåren av uppenbara skäl

betydligt högre. I gruppen 80–84 år avser över hälften av vårddagarna personer som kommer att dö inom tre år, dvs. innevarande, följande eller nästföljande år.

*En framskrivning av hälso- och sjukvårdskostnaderna baserad på förändringen i antalet återstående levnadsår*

Ovan redovisade data kan användas för att göra en kostnadsframskrivning för hälso- och sjukvården, som tar i beaktande den sjunkande dödligheten. Med utnyttjande av de senaste prognoserna för dödlighetsutvecklingen under åren 1999–2030 har fördelningen på återstående levnadsår bestämts per åldersgrupp och kön. Som exempel visas i tabell 4.7 nedan hur denna fördelning kan förväntas förändras för män resp. kvinnor i åldrarna 65–69 resp. 80–84 år.

**Tabell 4.7 Fördelning av befolkningen på antal återstående levnadsår för 65–69- resp. 80–84-åringar 1999 resp. 2030, i procent**

År	Återstående levnadsår	65–69 -åringar		80–84-åringar	
		Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
<b>1999</b>	0	1,9	1,0	8,7	5,6
	1	2,0	1,1	8,8	6,0
	2	2,2	1,2	8,8	6,3
	3	2,3	1,3	8,6	6,6
	4	2,5	1,4	8,4	6,8
	5	2,7	1,6	8,0	7,0
	6–10	16,8	10,5	30,8	33,1
	11–15	21,5	16,5	14,0	20,3
	16–25	38,5	45,4	3,8	7,9
26+	9,6	20,0	0,0	0,0	
<b>2030</b>	0	1,2	0,6	6,7	4,3
	1	1,3	0,7	7,0	4,7
	2	1,4	0,8	7,3	5,1
	3	1,5	0,8	7,4	5,6
	4	1,7	0,9	7,5	5,9
	5	1,8	1,0	7,4	6,2
	6–10	12,3	7,4	32,5	32,8
	11–15	18,7	13,4	18,0	23,8
	16–25	44,3	46,7	6,1	11,1
26+	15,9	27,7	0,0	0,0	

Som man kan se i tabell 4.7 förväntas det ske ganska avsevärda förändringar i fördelningen på antalet återstående levnadsår under den kommande trettioårsperioden. Som exempel minskar sannolikheten för en 80-årig man att dö inom fem år från 43 procent till 36 procent, motsvarande en minskning med 17 procent, och för en 65-årig man är den förväntade minskningen ännu större, från 11 till 7 procent, eller mer än tredjedel. Minskningen för kvinnor förväntas bli ungefär lika stor som för män. Det är lätt att inse att detta får effekter på vårdkonsumtionen givet ålder och kön, eftersom denna, som framgått av de siffror som redovisats ovan, har ett så starkt samband med antalet återstående levnadsår.

Beräkningen av den framskrivna kostnaden för den slutna vården har gått till på det sätt som beskrivits ovan, dvs. det antas att kostnaden per åldersgrupp, kön och återstående levnadsår är konstant, varefter kostnaden per åldersgrupp och kön kan beräknas för resp. år utifrån den då prognosticerade dödligheten. Utgångspunkten har härvid varit kostnaden per åldersgrupp, kön och återstående levnadsår år 1997 enligt Skånematerialet (jfr ovan).

För den öppna vården finns, som anförts ovan, endast uppgifter på fördelningen av kostnaderna mellan avlidna och överlevande. Med samma metod som för den slutna vården erhålles då en viss effekt på kostnaden per ålder och kön genom att andelen avlidna minskar med tiden. Denna effekt är emellertid för låg genom att hänsyn inte tas till minskningen av andelen överlevande med få återstående levnadsår. Reduktionen i kostnad per ålder och kön i den öppna vården har därför räknats upp med en faktor (2,5), som motsvarar bidraget från den sjunkande andelen överlevande med få återstående levnadsår i den slutna vården<sup>3</sup>. I tabell 4.8 visas det slutliga resultatet uttryckt som förändringen under perioden 2000–2030 i kostnaden per person i befolkningen, givet ålder och kön, uppdelat på slutna vård, öppen vård samt totalt.

---

<sup>3</sup> Faktorn 2,5 har räknats fram genom att jämföra den reduktionseffekt man får för den slutna vården, om man tar bara hänsyn till de avlidna, med den man får om man också räknar med dem med upp till högst sex återstående levnadsår.

**Tabell 4.8 Beräknad förändring av hälso- och sjukvårdskostnaderna per person i befolkningen, givet åldersgrupp och kön, beroende på minskad dödlighet, 2000–2030***A. Sluten vård*

Åldersgrupp	1997		Procentuell förändring	
	Kronor per person		2000 -2030	
	i befolkningen		Män	Kvinnor
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
–64 år	2 230	2 460	–1,8	–1,6
65–69 år	8 090	6 350	–4,9	–8,3
70–74 år	11 600	8 610	–11,9	–8,0
75–79 år	13 670	10 360	–11,4	–8,5
80–84 år	15 380	12 020	–9,0	–7,4
85–89 år	15 170	11 610	–7,5	–6,7
90–år	12 200	11 060	–8,5	–9,1

*B. Öppen vård*

Åldersgrupp	1997		Procentuell förändring	
	Kronor per person		2000–2030	
	i befolkningen		Män	Kvinnor
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
–64 år	2 200	2 890	0,0	–0,7
65–69 år	4 250	4 300	–7,3	–5,3
70–74 år	5 850	4 760	–10,1	–5,0
75–79 år	6 590	5 150	–8,0	–5,6
80–84 år	6 410	5 370	–9,5	–6,5
85–89 år	5 690	4 830	–7,7	–5,6
90–år	4 610	3 940	–7,8	–6,1

*C. Totalt hälso- och sjukvården*

Åldersgrupp	1997		Procentuell förändring	
	Kronor per person		2000–2030	
	i befolkningen		Män	Kvinnor
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
–64 år	4 430	5 340	–0,9	–1,1
65–69 år	13 030	10 660	–5,8	–7,1
70–74 år	17 450	13 370	–11,3	–7,0
75–79 år	20 250	15 510	–10,3	–7,5
80–84 år	21 800	17 390	–9,1	–7,1
85–89 år	20 860	16 450	–7,6	–6,4
90–år	16 810	14 990	–8,3	–8,3

Som man ser i tabell 4.8 är det fråga om en mycket marginell minskning av kostnaden per capita för de som är under 65 år. Den största effekten får man i åldersgrupperna 70–84 år. Som man kan vänta är effekten större när det gäller män än kvinnor. Detta beror ju på att människors dödlighet väntas minska snabbare än kvinnornas.

## 5 Utvecklingen av de äldres vårdbehov, ohälsa och funktionsförmåga

### *Hur fastställer man behoven?*

Den demografiska framskrivningen förutsätter som framhållits ovan oförändrad servicenivå, dvs. att antal, innehåll och kvalitet av de tjänster som ges per person i resp. åldersgrupp och kön är oförändrad. En första förutsättning för att detta antagande skall vara relevant är att då också behoven av dessa tjänster är oförändrade. De äldres behov av vård och omsorg är inte lätta att definiera. Det behov som patienten upplever kan vara ett annat än det som vårdgivarna tycker sig kunna fastställa. Detta kan i sin tur avvika från anhörigas uppfattning. Vårdgivare med olika professionell bakgrund kan också se olika behov hos samma person.

Systematisk behovsbedömning inom äldreomsorgen utförs idag endast på ett fåtal ställen i landet. Mätningar har visat att det finns stora skillnader mellan olika kommuner, mellan olika distrikt inom samma kommun och mellan olika handläggare i samma distrikt när det gäller hur stora och vilka insatser en person med givet vårdberoende behöver (Lagergren, 1998). Även om det fortfarande finns betydande metodologiska problem när det gäller att mäta omsorgsbehov och funktionsförmåga står det ändå klart att existerande metoder räcker väl till för att möjliggöra en tydligare bedömning av behoven och därmed ett mer konsekvent utnyttjande av de knappa resurserna.

Det förtjänar också att framhållas att sättet att mäta behoven ofta inte är så kritiskt (Jagger, Spies och Clarke 1993). Enkla översiktliga metoder kan vara väl så träffsäkra som mer detaljerade och komplicerade. Detta beror på att åldrandet som process pågår på bred front. Olika variabler som beskriver denna process blir därigenom starkt korrelerade. Vad man mäter i detta komplex blir av underordnad betydelse så länge man mäter något som är direkt relaterat till åldrandet och den successivt sjunkande funktionsförmågan. Förfinade, mer specifika mätmetoder motiveras härigenom huvudsakligen av behovet av information för specifika vårdinsatser som t.ex. rehabilitering. För den

allmänna behovsbedömning som behövs för övergripande planering och uppföljning är grövre mått tillfyllest.

En viktig fråga när det gäller bedömning av funktionsförmåga och vårdberoende är *vem* som skall utföra bedömningen. Flera forskare har visat att man erhåller systematiska avvikelser beroende på om det är vårdgivarna, de anhöriga eller den äldre själv som står för uppgifterna (Rothman et al. 1991; Rubinstein et al. 1984; Magaziner et al. 1988; Thorslund och Wärneryd, 1990). I det första fallet gäller frågan också vilken/vilka professioner som skall göra bedömningen och om samma personer skall bedöma vårdberoendet som sedan skall utföra vården. En vanlig lösning enligt litteraturen är att vårdbehovsbedömningen görs av en allsidigt sammansatt grupp, ett s.k. "geriatric assessment team" (Rafferty et al. 1987; Rubinstein 1987; Donaldson och Jagger 1983). Studier visar vidare att de anhöriga, jämfört med de yrkes mässiga vårdgivarna, tenderar att underskatta den äldres funktionsförmåga (Poulshock och Deimling 1984). De äldre själva överskattar enligt samma studier i stället ofta sin förmåga (Little et al. 1986). Det finns också möjligheten att personalen systematiskt överskattar vårdbehoven om detta inverkar på bemanningen (George 1991; Styrborn 1994).

Överhuvudtaget kan man konstatera att mätning av vårdberoende aldrig kan vara en exakt vetenskap (Wiener 1990). Funktionsförmågan hos äldre växlar över tiden och mätresultat och bedömningar är i hög grad beroende av sammanhanget. Speciellt påverkas den observerade funktionsförmågan av den fysiska omgivningen (Lilja och Borell 1997). Det saknas också en accepterad standard för vårdberoendemätning. Olika mätmetoder tenderar att ge olika resultat, vilket till en del beror på definitionsproblem.

I botten på behovsbestämningen ligger dock i allmänhet en uppfattning om hälsa och funktionsförmåga, subjektivt upplevd eller objektivt fastställd. Frågan om behovsutvecklingen kan därmed återföras till frågan om vad som händer med hälsa och funktionsförmåga i befolkningen – kommer morgondagens äldre att vara friskare och ha mindre behov av hjälp än dagens?

### *Tre hypoteser rörande den framtida utvecklingen av ohälsa och funktionsförmåga*

Den enkla demografiska framskrivningen utgår från att vårdbehovet per person givet åldersgrupp och kön förblir oförändrat. Detta är som kommer att framgå av fortsättningen ett mycket realistiskt antagande. Som påpekats ovan beror behovet av vård och omsorg ytterst på den äldres hälsa och funktionsförmåga. Vi visade i kapitel 2 ovan att den



åldersrelaterade dödligheten sjunkit i hög grad under de senaste decennierna. Det ligger nära till hands att tro att en sådan dödlighetsminskning också är förknippad med en förbättring av de äldres hälsotillstånd och funktionsförmåga per åldersgrupp räknat. Detta har dock sedan flera år varit en mycket omdiskuterad fråga. Det har i den internationella litteraturen figurerat tre hypoteser avseende ohälsan och åldran det:

- den komprimerade sjukligheten (compression of morbidity)
- den växande sjukligheten (expansion of morbidity) och
- den uppskjutna sjukligheten (postponement of morbidity)

En central fråga i dessa hypoteser är utvecklingen av antalet levnadsår med hälsa (active life expectancy) i förhållande till den totala förväntade livslängden.

Enligt hypotesen ”*komprimerad sjuklighet*” (compression of morbidity), ursprungligen framlagd av den amerikanske forskaren James Fries (1980; 1983; 1986), leder förbättrade levnadsvillkor och sundare levnadsvanor till att insjuknandet i kroniska sjukdomar, såsom hjärt/kärlsjukdomar, cancer m.m., skjuts upp till allt högre ålder. Enligt hypotesen har människan en genetiskt bestämd – om än individuellt varierande – högsta ålder. Hypotesen för därför med sig att sjukligheten ”komprimeras” till de sista levnadsåren. Fries anger 85 år som ett genomsnitt för den biologiska maximiåldern och menar därmed att detta är den teoretiska gränsen för den möjliga ökningen av medellivslängden. Det slutliga resultatet av en utveckling enligt denna hypotes skulle vara att alla ”dog friska” eller med en mycket kort sjukdomsperiod vid hög ålder, dvs. antalet hälsoår skulle tendera att bli lika med antalet levnadsår och det genomsnittliga antalet levnadsår med ohälsa skulle sjunka mot noll.

Visst empiriskt stöd för kompressions-hypotesen har lämnats av bland andra de engelska forskarna Stout och Crawford (1988), som analyserade intagningarna på en geriatrisk enhet under åren 1954–1986 och fann att genomsnittsåldern för när patienterna blev starkt vårdberoende hade blivit högre samt att antalet hälsoår (active life expectancy) hade ökat. Men de fann också en ökning av andelen levnadsår i långvarig vård, vilket strider mot Fries’ hypotes. En liknande studie av Henderson och medarbetare (1990) visade å andra sidan att ökningen i antalet levnadsår inte hade lett till någon ökning av tiden på sjukhus det sista levnadsåret. Den svenska H70-studien kunde påvisa betydande hälsoförbättringar för 70-åringar under en tioårsperiod, men inga större skillnader för personer i 80-årsåldern och uppåt (Svanborg 1984).

Hypotesen om sammanpressningen av sjukligheten hänger alltså ihop med frågan om det finns en biologiskt bestämd maximal livslängd och

vad denna i så fall är. Förutsättningarna för att studera denna fråga är särskilt goda i Sverige på grund av vår, sedan mycket länge, goda befolkningsstatistik. Med utnyttjande av dödlighetsdata från denna statistik har demograferna Vaupel och Lundström (1994) visat att dödligheten i Sverige stadigt minskat de senaste femtio åren i alla åldersgrupper, även för de allra äldsta över 100 års ålder. Till samma slutsats kommer Grundy (1997) med stöd av en sammanställning av forskningsresultat från ett flertal länder. Dessa resultat stöder alltså inte föreställningen om en biologisk fixerad gräns.

En direkt motsatt hypotes, ”*växande sjuklighet*” (expansion of morbidity), har föreslagits av Olshansky och medarbetare (1991). Deras argument är att medicinska insatser för de äldre leder till att en större andel personer med hälsoproblem överlever till högre ålder. Den åldersrelaterade sjukligheten kommer härmed att öka, de allvarligt sjuka försvinner ju inte längre. Detta är också innebörden i den s.k. medicinska paradoxen: ju fler som räddas till livet, ju fler ohälsoproblem får sjukvården senare att ta hand om! I huvudsak samma argument hade tidigare framförts av den amerikanske läkaren Gruenberg (1977) i en artikel med namnet ”The failure of success”. Gruenberg framhöll där bland annat att de nya möjligheterna att hejda infektionssjukdomar med antibiotika hade sin största betydelse när det gällde att rädda livet på kroniskt sjuka, men detta botade inte deras kroniska sjukdom! Hypotesen innebär alltså i sin renodlade form att antalet hälsoår förblir oförändrat trots den ökade livslängden. I stället ökar antalet år med ohälsa.

Stöd för expansions-hypotesen har bland andra lämnats av Guralnik (1991), som utifrån data från amerikanska studier drar den i och för sig självklara slutsatsen att – under förutsättning att den åldersspecifika sjukligheten förblir oförändrad – den förväntade ökningen av medellivslängden kommer att leda till ett ökat antal år med ohälsa för de äldre. Till samma slutsats kom Kaplan (1991) med utnyttjande av data från Alameda-studien. Det bör dock påpekas att empiriska data pekar på en minskning av den åldersspecifika sjukligheten (jfr nedan).

Den tredje hypotesen, ”*uppskjuten sjuklighet*” (postponement of disease) har bland andra lanserats av den amerikanske demografen Manton (Manton et al. 1995). Hypotesen innebär att uppskjutandet av dödsfallet till högre ålder, till följd av den minskande dödligheten, åtföljs av ett motsvarande uppskjutande av ohälsa och sjukdom. Helt renodlat skulle detta betyda att det förväntade antalet levnadsår med full hälsa (active life expectancy) ökade i samma takt som den totala antalet levnadsår, under det att antalet år med ohälsa var oförändrat. Följden härav skulle i så fall bli att den åldersspecifika förekomsten av ohälsa och funktionshinder hos de äldre skulle minska samtidigt som det totala vård- och omsorgsbehovet förblev detsamma. Givetvis är det också

möjligt att tänka sig mindre renodlade varianter, där en viss del av de tillkomna levnadsåren är år med ohälsa och där därför det totala vårdbehovet ökar trots att den åldersspecifika ohälsan minskar.

En avgörande punkt i diskussionen kring de tre hypoteserna har varit den epidemiologiska bakgrunden till de observerade förändringarna i förekomsten av ohälsa och funktionshinder. Beror dessa på förbättrade levnadsvillkor och bättre hälsa eller ökad tillgång till tekniskt kvalificerad hälso- och sjukvård? Enligt en studie av hälsotillståndet hos äldre personer i ett ekonomiskt välbeställt område med en åldersstruktur liknande den, som förväntas i USA en bit in på 2000-talet, var den åldersrelaterade ohälsan i detta område jämförbar med den i nationen som helhet. Förbättrade levnadsvillkor skulle därmed inte ha någon betydelse för folkhälsan (Lusky 1986). Detta resultat motsägs dock i hög grad av House och medförfattare, som med stöd av flera amerikanska datamaterial visat på mycket stora skillnader i hälsa och funktionsförmåga mellan högre och lägre socio-ekonomiska grupper även vid högre ålder, och därmed på en betydande potential för hälsoförbättringar. Skillnaderna mellan grupperna är i vissa fall så stora att de motsvarar 20–30 års åldersskillnad! Att reducera de socio-ekonomiska skillnaderna i befolkningen framstår därigenom som en mycket betydelsefull metod att öka antalet aktiva år (House et al. 1990). Luskys resultat avseende avsaknaden av hälsoskillnader får heller inget stöd i svenska undersökningar. Tvärtom visar både avgränsade studier och allmänna undersökningar att det även i Sverige finns betydande skillnader i ohälsa och dödlighet mellan olika sociala klasser även bland de allra äldsta (Thorslund och Lundberg 1994).

Verbrugge (1991) påpekar att den lyckosamma utvecklingen kan bero på framsteg inom primär, sekundär eller tertiär prevention. Tertiär prevention, dvs. insatser för att begränsa effekterna av sjukdom och ytterst förhindra/uppskjuta död, sker ofta med hjälp av stora och dyrbara medicinska insatser ("heroisk medicin"), men har epidemiologiskt sett begränsad betydelse, eftersom de berör endast en liten del av befolkningen. Sekundär prevention, dvs. att tidigt upptäcka och kontrollera kronisk sjukdom i syfte att förhindra/uppskjuta dess utveckling, leder förmodligen till ökad prevalens (utbredning) i överensstämmelse med expansions-hypotesen. Endast primär prevention, dvs. att undanröja uppkomsten av sjukdom, leder enligt Verbrugge till det önskade resultatet, minskad sjuklighet och dödlighet. Samma argument använder Fries och medarbetare när de framhåller att det primära syftet med det hälsofrämjande arbetet är att öka den förväntade aktiva levnadsåldern, antalet år med full hälsa (Fries et al. 1989).

### *Empiriska data stöder i första hand hypotesen om uppskjuten sjuklighet*

Att kampen mellan de tre hypoteserna har kunnat föras så länge beror på brist på tillräckligt utslagsgivande empiriskt underlag. Detta är i sin tur en följd av att det krävs mycket omfattande studier över lång tidsperiod för att med säkerhet kunna påvisa om det skett signifikanta förbättringar i de äldres hälsoläge.<sup>1</sup> Resultaten från sådana studier börjar emellertid nu komma fram och de förefaller genomgående att peka på att det är "uppskjuten sjuklighet" som gäller.

De senaste åren har flera stora amerikanska undersökningar publicerats med i huvudsak samstämmiga resultat. Den viktigaste undersökningen har rapporterats av Manton (1997a) och är baserad på National Long Term Care Survey (NLTCs). Denna undersökning omfattar ett representativt urval av den amerikanska befolkningen på sammanlagt 20 000 personer i åldrarna 65 år och äldre, som följts under perioden 1982–1994. Panelen avser såväl personer i eget boende som institutionsboende. Svarsfrekvensen har varit 95 procent. De ingående personerna har bland annat tillfrågats om de har långvariga problem med olika aktiviteter för dagligt liv. Resultatet visar en tydlig, signifikant nedgång i den åldersstandardiserade andelen funktionshindrade äldre i U.S.A. under perioden 1982–1994 från 24,9 till 21,3 procent, motsvarande en minskning på 1,3 procent per år. Takten i minskningen är högre de senare fem åren än de tidigare sju och de äldstas funktionsförmåga har förbättrats i högre grad än de yngre äldres. En ny mätning av det successivt förnyade urvalet i NLTCs-studien görs år 1999.

Betydelsen av den uppmätta hälsoförbättringen framgår av att det på en trettioårsperiod innebär en minskning av antalet personer med svår ohälsa med 16 procent. Detta gör att den prognosticerade ökningen i USA av antalet vårdbehövande äldre mer än halveras (+15 procent i stället för 38 procent) jämfört med en beräkning som bygger på oförändrad åldersspecifik hälsa och funktionsförmåga!

Manton har också i en annan studie visat, att förekomsten av flertal kroniska sjukdomar minskat under 1980-talet. De sjukdomar, som minskat i utbredning per ålder/kön räknat, är bland andra demens, stroke och cirkulationsrubbningar. Å andra sidan har höftfrakturer och Parkinson ökat i omfattning. Utvecklingen förklaras med förbättringar i bakomliggande faktorer som högre utbildningsnivå, bättre nutrition,

---

<sup>1</sup> En anledning härtill är att svårigheten att definiera hälsa och funktionsförmåga i entydiga, över tiden stabila mått. Bristande precision i måtten medför att det krävs stora förändringar över tiden eller lång mätperiod för att med säkerhet detektera dessa förändringar.

ökad fysisk aktivitet m m. Eftersom dessa faktorer fortsätter att utvecklas gynnsamt, menar Manton att det är rimligt att hälsotillståndet i äldrebefolkningen fortsätter att förbättras. Antalet friska levnadsår skulle därmed öka (Manton et al. 1995).

Resultaten från NLTCs-studien har bekräftats i en annan nyligen publicerad amerikansk studie, som använder data från Survey of Income and Programme Participation (SIPP) (Freedman och Martin, 1998) med sammanlagt 13 000 individer 50 år och äldre. I SIPP-studien har bland annat mätts förekomsten av olika funktionshinder, oförmåga att gå upp för trappor, lyfta och bära matkassar etc. Resultaten visar en årlig minskning i förekomsten av funktionsnedsättning per åldersgrupp räknat med 0,9–2,2 procent.

Ytterligare en amerikansk studie med liknande resultat har rapporterats av Crimmins och medarbetare (1997). Denna är baserad på National Health Interview Survey (NHIS) under perioden 1982–1993 och de undersökta personerna har tillfrågats om arbetsförmåga och orsaker till begränsningar i denna. Resultaten är i detta fall något mindre entydiga, vilket kan förklaras med vissa brister i undersökningsmetodiken.

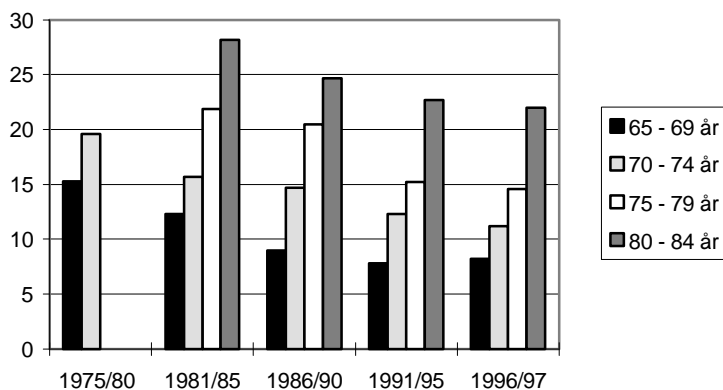
*Den svenska ULF-undersökningen visar att andelen äldre med svår ohälsa har minskat avsevärt de senaste tjugo åren – men inte så mycket att det motiverar nedskärningarna inom äldreomsorgen*

I de intervjuundersökningar, som SCB sedan mer än tjugo år tillbaka gör av levnadsförhållanden (ULF), ingår även frågor om hälsan. Dessa avser dels individens egen bedömning av det allmänna hälsotillståndet, dels förekomst av långvariga sjukdomar, besvär och annan svaghet samt olika former av funktionsnedsättning, bl.a. rörelseförmåga, syn, hörsel, behov av hjälp och tillsyn. Undersökningen omfattar omkring 8000 personer årligen i åldrarna 16–84 år (före 1979–75 år).

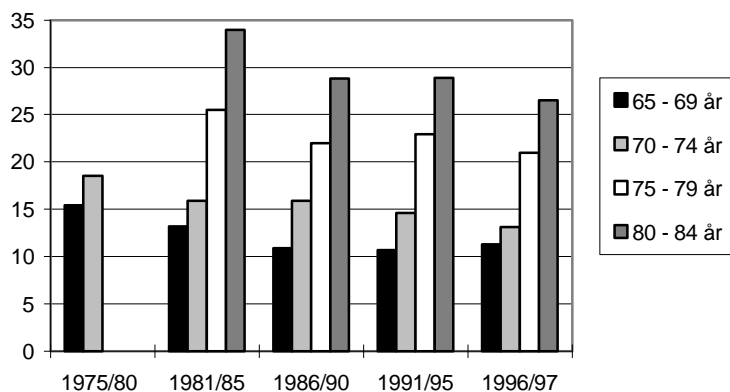
Svaren på de hälsofrågor, som berör allmänt hälsotillstånd, rörelseförmåga och långvarig sjukdom, har använts för att konstruera ett hälsoindex med fyra nivåer: svår ohälsa, måttligt svår ohälsa, lätt ohälsa samt full hälsa. Diagram 5.1 nedan visar hur enligt ULF-undersökningen andelen med svår ohälsa förändrats under de senaste tjugo åren. För att ge stabilare urval har undersökningarna lagts samman i femårsintervall (utom de två senaste åren).

**Diagram 5.1 Utvecklingen av andelen äldre med svår ohälsa enligt SCB:s ULF-undersökningar 1975–1997**

Män i procent



Kvinnor i procent



Anm. Uppgifter om personer i åldersgrupperna 75–79 år och 80–84 år saknas för perioden 1975–1980 på grund av att övre åldersgräns i ULF-undersökningarna före 1979 var 75 år.

Tendensen är som man ser mycket tydlig. Andelen äldre med svår ohälsa har stadigt sjunkit i samtliga undersökta åldersgrupper och för både kvinnor och män. Samma tendenser gäller beträffande måttligt svår ohälsa. När det gäller lätt ohälsa däremot är tendensen snarast den motsatta. Denna andel har ökat i samtliga åldersgrupper. Det är vanskligt att uttala sig om orsaken härtill. En möjlig förklaring kan vara ökad diagnosticering och uppmärksamhet på någon långvarig sjukdom, som

inte är förenad med funktionsnedsättning eller försämring av den upplevda hälsan (förekomsten av långvarig sjukdom placerar automatiskt personen i någon av de tre högre ohälsogrupperna). Fenomenet saknar betydelse i detta sammanhang, eftersom, som framkom i tabell 3.2, kostnaderna för omsorg om personer med lätt ohälsa är mycket låga i åldrarna under 85 år.

Andelen äldre som får service och omsorg genom kommunernas försorg har minskat avsevärt sedan mitten av 1980-talet (Reg. prop. 1997/98:113). Det kan vara intressant att jämföra denna minskning med den av SCB uppmätta reduktionen av andelen personer med svår ohälsa, eftersom man på det sättet får en indikation på om den kommunala servicenivån är en reell åtstramning eller bara ett uttryck för minskade behov. Tabell 5.1 visar – uppdelat på yngre och äldre äldre – hur dels andelen med svår ohälsa, dels andelen som får hjälp förändrats under perioden 1980–1995.

**Tabell 5.1 Andel äldre som får hjälp i förhållande till andelen med svår ohälsa 1980–1995**

*A. Andel med svår ohälsa i procent*

	1980	1985	1990	1995	Årlig reduktion i procent
65–79	17,2	15,1	13,7	13,1	<b>2,0</b>
80–	40,9	38,3	35,9	33,7	<b>1,2</b>

*B. Andel äldre som får hjälp i procent*

	1980	1985	1990	1995	Årlig reduktion i procent
65–79	14,9	11,7	8,7	7,6	<b>4,7</b>
80–	62,3	54,1	47,4	44,8	<b>2,3</b>

*C. Andel som får hjälp i relation till andelen med svår ohälsa*

	1980	1985	1990	1995	Årlig reduktion i procent
65–79	0,86	0,78	0,64	0,58	<b>2,8</b>
80–	1,52	1,41	1,32	1,33	<b>1,0</b>

Resultatet visar klart att nedskärningarna inom äldreomsorgen gått betydligt längre än som varit motiverat av hälsoförbättringen hos de äldre. Knappt hälften av nedskärningarna skulle kunna motiveras med en minskande andel äldre i behov av hjälp. Å andra sidan kan det vara motiverat att ifrågasätta om alla de äldre som fick offentlig hjälp år 1980 verkligen behövde den. Så menar till exempel Thorslund (1991) att den svenska äldreomsorgen på 1980-talet var överdimensionerad i förhållande till behoven. Nedskärningarna kan också i viss mån re lateras till andra förklaringar (se vidare kapitel 7). Det bör vidare noteras att många av hjälptagarna under 1980-talet endast fick hem tjänst några få timmar per vecka. Idag får de som får hjälp i genomsnitt betydligt större insatser.

#### *Hälsoförbättring hos de äldre har observerats i longitudinella studier i flera andra länder*

I en nyligen publicerad översikt över den internationella utvecklingen avseende de äldres funktionsförmåga kommer två amerikanska forskare till slutsatsen att andelen funktionshindrade äldre sjunker i de flesta industriländer (Waidman och Manton, 1998).

Även OECD konstaterar i en underlagsrapport för 1998 års möte med Working Party on Social Policy (OECD, 1998c) efter en genomgång av ett antal publicerade studier i olika länder att det mesta talar för en trend mot förbättrad hälsa hos de äldre i OECD-länderna. Hälsoförbättringarna är mest uttalade i åldersgruppen 65–80 år och tydligare för män än för kvinnor. De gäller i första hand personer i eget boende. För de som vårdas på institution är tendensen delvis den motsatta, vilket förklaras genom den selektionsprocess som råder till följd av avinstitutionaliseringen.

Takten i den uppmätta hälsoförbättringen varierar mellan länderna. I enstaka länder föreligger till och med en motsatt trend i vissa grupper, t.ex. äldre kvinnor. Denna variation är naturlig med hänsyn till att de flesta av de rapporterade studierna har en ganska kort tidsbas – fem till tio år – och att det är förenat med stora metodologiska problem att analysera resultaten av studierna. De studier som förtjänar mest tilltro förefaller vara de amerikanska med hänsyn till det stora antalet undersökta individer och den noggranna studieuppläggningsen samt den svenska med hänsyn till den långa tidsbasen. För de övriga länderna har vi gjort en sammanvägning med antalet observationsår som vikt. Resultatet redovisas i tabell 5.2 nedan.



**Tabell 5.2. Den årliga utvecklingen av andelen äldre personer med svår ohälsa i ett antal OECD-länder, procent.**

Ålders- grupp	Frank- rike	Stor- britan- nien	Tysk- land	Japan	Kanada	Austra- lien	Sverige	USA	Poolat resultat, samtliga länder utom USA och Sverige
<b>Män</b>									
65– 74 år	-2,63	-0,53	-3,19	-1,84	-5,22	-1,21	-3,02	-2,47	-1,96
75–79 år	-10,47	-2,03	-2,68	-1,41	2,48	-2,37	-2,00	-1,34	-2,31
80 – 84 år	-8,82	-2,60 <sup>2</sup>	-1,40	-1,41	3,73	2,13	-1,17	-2,28	-1,00
<b>Kvinnor</b>									
65– 74 år	-6,59	0,89	-3,57	-3,24	-5,2	0,02	-1,73	-0,60	-1,93
75–79 år	-2,72	-0,75	-3,25	-0,74	1,31	1,04	-1,06	-0,34	-0,72
80 – 84 år	0,61	-1,10	-1,1	-0,74	-0,95	-2,05	-1,33	-0,21	-1,10

Källa: OECD

De resultat som visas i tabell 5.2 bekräftar i hög grad resultaten från de svenska ULF-undersökningarna. Det är, som man ser, fråga om betydande årliga minskningar när det gäller andelen äldre med svår ohälsa i olika åldersgrupper. I ett senare kapitel kommer vi att visa, vilka stora effekter minskningarna skulle få på det framtida behovet av vård och omsorg, om utvecklingen fortsätter. De resultat avseende hälsoutvecklingen, som nu kommit fram, är givetvis fortfarande behäftade med osäkerhet även om bilden idag är avsevärt klarare än för fem-tio år sedan. Allteftersom nya data redovisas kommer också resultatet att bli tydligare. Så mycket kan dock sägas redan nu att en bedömning av de framtida vårdbehoven hos de äldre som inte tar hänsyn till hälsoutvecklingen med stor sannolikhet kommer att vara mycket missvisande.

#### *Kommer hälsoförbättringen hos de äldre att fortsätta i framtiden?*

En viktig förutsättning för en fortsatt förbättring av hälsa och överlevnad hos de äldre är utvecklingen av levnadsvanor och livsmiljö i hela befolkningen. De äldres hälsa avspeglar de förhållanden de levt under och de levnadsvanor som de skaffat sig under årens lopp. Mycket talar för att den goda utveckling, som observerats i dessa avseenden, kommer att fortsätta. Exempelvis är rökningen på tillbakagång i de flesta grupper

<sup>2</sup> över 80 år

och det finns ett starkt intresse för hälsosam kost, motion och kulturaktiviteter. Övervakningen av arbetsmiljön har också i hög grad förbättrats och antalet arbetsrelaterade sjukdomar minskar. Framtidens äldre kommer härigenom ha bättre möjligheter till hälsa än dagens och gårdagens.

I motsats till dessa positiva faktorer står dock att andelen överviktiga i befolkningen ökar och att hälsoskillnaderna mellan olika socialgrupper tenderar att växa (Socialstyrelsen 1997b). Som påpekats ovan består sådana skillnader också vid hög ålder. Att reducera hälsoskillnaderna i befolkningen blir därmed en uppgift av betydelse även för äldrepolitiken. Utgår man ifrån den grundläggande observationen att hälsan som äldre i hög grad beror av de levnadsvillkor man levat under – som barn och som yngre vuxen – synes dock den mest rimliga slutsatsen vara att de äldres hälsa kommer att fortsätta att successivt förbättras.

Denna slutsats bestyrks av den betydande samstämmighet som en jämförelse mellan utvecklingen av dödligheten (se kapitel 2) och hälsotillståndet hos de äldre visar. I båda fallen handlar det om en stadig, långvarig minskning med 1-3 procent per år. Dödligheten tycks härvid minska något snabbare än förekomsten av svår ohälsa. Kopplingen kan knappast vara en tillfällighet. Slutsatsen bör därför vara att så länge vi tror på en minskande dödlighet och längre livslängd i framtiden så länge bör vi också räkna med ett förbättrat hälsotillstånd vid given ålder. Men skulle dödligheten fortsätta att falla något snabbare än sjukligheten ökar givetvis antalet vårdkrävande äldre totalt sett. Hur mycket kommer vi att visa beräkningar på i kapitel 6 nedan.

## 6 Enkel eller reviderad framskrivning av volymutvecklingen?

### 6.1 Hälsa- och sjukvården

Att beräkna framtida kostnader för en sektor som hälso- och sjukvård är en vanskelig uppgift av flera skäl. Hälsa- och sjukvården är en dynamisk sektor, som är mycket beroende av samhällsutvecklingen och i särskild hög grad samhällsekonomin. Efterfrågan på hälso- och sjukvård påverkas i hög grad av utbudet och mycket talar för att det som i första hand bestämmer kostnaderna är tillgången till ekonomiska resurser. Men även den inre dynamiken i hälso- och sjukvården har stor betydelse, i första hand beroende på den intensiva forskningen. Många medicinska behandlingsmetoder, som idag tillämpas rutinmässigt, var helt okända för bara ett tiotal år sedan. Samspelet mellan den medicinska- och tekniska utvecklingen och kostnaderna är dock komplicerat. Ibland verkar nya behandlingsmetoder kostnadsdrivande, ibland kan de medföra betydande besparingar. En allmängiltig observation torde dock vara att kostnaderna vid givna ekonomiska resurser ökar med en högre teknisk utvecklingsnivå. Detta talar för att de framtida kostnaderna, som andel av BNP, kommer att bli högre än vad som motiveras av det framtida sjukdomspanoramat i sig.

Det har gjorts många olika försök att uppskatta de framtida kostnaderna för hälso- och sjukvården. Den enklaste – och utan konkurrens vanligaste! – ansatsen består i att beräkna kostnaderna per person givet åldersgrupp och kön vid prognosperiodens början, att anta att dessa kostnader förblir oförändrade samt att beräkna den framtida totalkostnaden med hjälp av data från en befolkningsprognos. Problemet med denna enkla framskrivningsmetod är att det finns ingenting som säger att kostnaden per capita givet ålder och kön kommer att vara oförändrad. Analys av historiska data visar genomgående stora förändringar i dessa kostnader. Ännu större blir problemet om man, som vanligen är fallet, saknar kostnadsdata på individnivå och i stället är hänvisad till vårdkonsumtionsdata. Att metoden trots detta användes sammanhänger

med att den ändå ger ett visst stöd för tanken. Om kostnaderna per capita förblir oförändrade, så kommer kostnaderna att öka på det här viset osv.

Det kunde synas naturligt att i stället försöka utgå från den förväntade förekomsten av ohälsa och sjukdom. Svårigheten här är att det inte finns något klart samband mellan sjukdomspanoramata i befolkningen och hur mycket hälso- och sjukvård man efterfrågar. Det senare beror, som påpekats ovan, framförallt av förväntningar, tekniska möjligheter och ekonomiska resurser. Som exempel motsvaras de avsevärt högre sjukvårdskostnaderna i USA jämfört med Sverige ingalunda av någon radikalt högre sjuklighet. De befolkningsgrupper i USA, som har svåra ohälsoproblem, har tillgång till väsentligt mindre vård än de med relativt god hälsa, som har råd att betala för sig.

Olika utredningar har ändå sökt metoder att på något sätt väga in sjukligheten. Ett sätt är att söka avgränsa olika patientgrupper och prognostisera utvecklingen av dessa var och en för sig. I en rapport från utredningen HSU 2000 ("Behov och resurser i vården", SOU 1996:163) visas hur en begränsad grupp av befolkningen med allvarliga och kroniska sjukdomar svarar för en stor del av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård. Baserat på data från Malmöhus landsting selekterade man med hjälp av diagnosstatistiken ut nio vårdtunga grupper<sup>1</sup>, därtill lades de som fått sjukvård under sitt sista levnadsår. Sammantaget svarade dessa grupper för omkring hälften av den totala vårdkonsumtionen.

Den ansats, som togs fram av HSU 2000, har av Kommunala utjämningsutredningen anpassats till de problemställningar, som finns i systemet för kostnadsutjämning mellan landstingen. Utredningen fokuserade framförallt på de vårdtunga grupperna och räknade i en delmodell fram vårdkostnader för personer i dessa grupper. I en annan delmodell beräknades vårdkostnaderna för den övriga befolkningen. Utgångspunkten för valet av de vårdtunga grupper, som skulle kunna användas i ett nationellt utjämningsssystem, var samma kriterier som formulerades i HSU-arbetet. Därtill fogades sedan ett antal kriterier, som primärt syftade till att ge likformighet i avgränsningen i hela landet och en möjlighet att basera denna på löpande nationella register. Utredningen valde åtta registerbaserade grupper för att ingå i modellen för kostnadsutjämning. Därtill lades gruppen HIV, för vilken helt separata beräkningar har gjorts. De under året avlidna personerna hänfördes här inte, som i HSU 2000, till en egen vårdtunga grupp. Nära 40 procent av de avlidna fångades dock upp i någon av de använda vårdtunga grup-

<sup>1</sup> Beskrivning av vilka grupper som tagits fram återfinns i SOU1996:163 (HSU 2000)

perna. Detta visar på ett klart samband mellan vård under det sista levnadsåret och tillhörigheten i de vårdtunga grupperna.

I denna undersökning har vi valt en annan metod, som är baserad på observationen att hälso- och sjukvårdskostnaderna, per person räknat, ökar mot livets slutskede oavsett vid vilken ålder detta inträffar. I kapitel 4 visade vi hur den genomsnittliga hälso- och sjukvårdskostnaden per person beror av antalet återstående levnadsår. Med utnyttjande av detta samband – givet åldersgrupp och kön – är det, som vi där påpekade, möjligt att skriva fram hälso- och sjukvårdskostnaderna under antagandet om konstant kostnad per capita givet ålder, kön och återstående levnadsår.

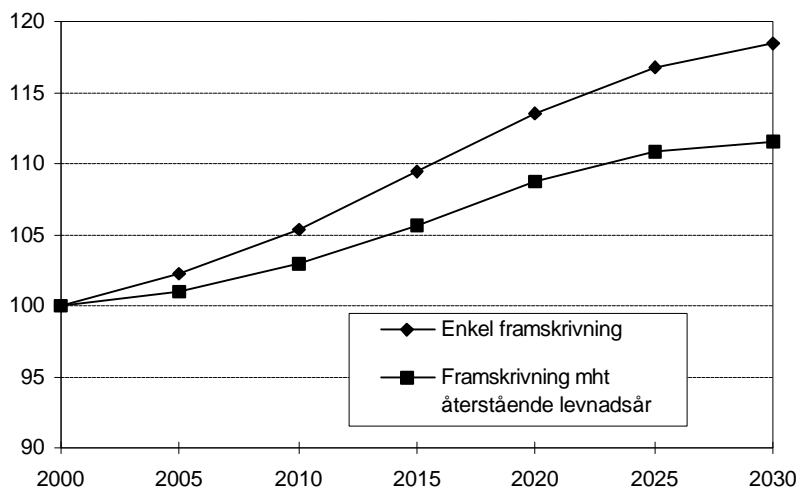
Fördelen med denna ansats är att den ger ett mått på betydelsen av den minskade dödligheten. Om döden på grund av förbättrad hälsa uppskjuts till högre ålder är det, som vi resonerade i kapitel 5, rimligt att anta att den sjuklighet, som är direkt knuten till dödsfallet, också skjuts fram i tiden. Eftersom kostnaderna sjunker med antalet överlevnadsår blir vårdkostnaden – allt annat lika – lägre, om en större andel av dödsfallen i en viss åldersgrupp inträffar vid en senare tidpunkt. ”Allt annat lika” är givetvis en avgörande förutsättning. I verkligheten kan kostnadsutvecklingen naturligtvis bli en helt annan beroende på någon av de kostnadspåverkande faktorer som påtalats ovan. Självklart kan också hypotesen om en oförändrad kostnad givet antalet återstående levnadsår vara felaktig. Detta skulle till exempel vara fallet, om orsaken till den uppskjutna döden var allt mer intensifierade medicinska insatser. Vår ansats bygger alltså på att det finns ett samband mellan den minskade dödligheten och den förbättrade hälsan.

Utgångspunkten för framskrivningen är precis som för den enkla metoden den genomsnittliga kostnaden per capita per åldersgrupp och kön. Skillnaden är den att vid en framskrivning, som tar hänsyn till förändringen i antalet återstående levnadsår, så minskar denna kostnad över tiden medan den vid enkel framskrivning antas vara konstant. Som framgick av tabell 4.8 ovan uppgår minskningen i de äldre, vårdtunga grupperna till totalt mellan 6–11 procent med en större minskning för män än för kvinnor och för yngre-äldre än för äldre-äldre. Den minskande kostnaden per åldersgrupp och kön får i sin tur en kraftig inverkan på framskrivningen av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna givet SCB befolkningsprognos fram till 2030 (jfr tabell 2.1). Diagram 6.1 jämför resultatet av den enkla och den på ovan beskrivet sätt reviderade framskrivningen uttryckt som volymindex<sup>2</sup>, dvs. kostnaderna i fasta priser i förhållande till år 2000.

<sup>2</sup> Kostnaderna i fasta priser kan för enkelhetens skull approximeras av verksamhetsvolymen uttryckt i arbetstimmar. Kostnaderna i löpande priser

**Diagram 6.1 Utveckling av volymindex för hälso- och sjukvården vid enkel resp. reviderad framskrivning**

Index 2000=100



Det första man här kan observera är att det i ingendera fallet handlar om någon våldsam ökning. Anledningen härtill är att efter Ädel-reformen huvuddelen av långvariga vården av de äldre förts över till äldreomsorgen. Det som återstår har, som vi såg i kapitel 3, inte en lika utpräglad åldersprofil. Man kan också se att ökningen är ganska jämnt fördelad över perioden. Att skriva fram med kostnaden given per återstående levnadsår resulterar i en ganska betydande reduktion av ökningstakten. Denna reduceras från i genomsnitt 0,56 till 0,37 procent per år – eller totalt för perioden från 18 till 11 procent.

## 6.2 Äldreomsorgen

Metoden att beräkna kostnaden med hänsynstagande till antalet återstående levnadsår skulle i princip kunna fungera även för äldreomsorgen. Även där kan man göra observationen att kostnaderna beror av antalet år till dödsfallet och sedan anta att kostnaderna är konstanta givet antalet återstående år. Undersökningar på material från Region Skåne, som publicerats i HSU 2000, visar som exempel att av kostnaderna för den kommunala äldreomsorgen föll 18 procent på det sista levnadsåret (SOU1996:163). Tyvärr är denna ansats inte möjlig, eftersom det saknas

---

kommer att bero av bland annat löneutvecklingen och utvecklingen av övriga kostnader utom löner (jfr kapitel 7).

individrelaterade kostnadsdata för äldreomsorgen, som på samma sätt som för hälso- och sjukvården går flera år tillbaka. Vi är därför hänvisade till att använda en annan metod. Som framgick av redovisningen av äldreomsorgskostnaderna för olika delgrupper i kapitel 3 skiljer sig dessa kostnader mycket starkt mellan grupperna. En tänkbar metod skulle då kunna vara att skriva fram kostnaderna baserat på den förväntade förändringen i antalet personer i resp. grupp. Denna framskrivning skulle då utgå ifrån antagandet att ohälsan eller vårdbehovet (och kostnaderna för att tillgodose detta behov) inom resp. grupp skulle förbli oförändrad under prognosperioden.

Emellertid är, som närmare beskrivits i kapitel 5, antagandet om oförändrat hälsa hos de äldre felaktigt. En förfining av metoden skulle då kunna vara att anta en hälsoutveckling per delgrupp. Vi har här valt att, på samma sätt som OECD, beräkna det framtida vårdbehovet utgående från andelen personer i resp. åldersgrupp och kön med hög gradigt nedsatt funktionsförmåga<sup>3</sup>. Som redovisats i kapitel 5 ovan finns ett flertal studier i olika länder, som visat nedgång i dessa an delar. En svårighet i sammanhanget är att definitionerna på höggradigt nedsatt funktionsförmåga kan ha varierat mellan dessa studier. Det finns också skiljaktigheter när det gäller avgränsningen av ålders grupper mm.

När det gäller svenska data är de hämtade från den s.k. ULF-undersökningen och avser åldersgrupperna 65–84 år uppdelat på femårsgrupper (65–69, 70–74 ....). En del av de utländska studierna är på samma sätt avgränsade till en övre åldersgräns, andra inte. Huvuddelen av de med en öppen övre åldersgräns redovisar hälsoförbättringar även i den högsta åldersgruppen. Mycket talar ändå för att takten i hälsoförbättringarna minskar med ökande ålder. För att inte överskatta effekten av hälsoutvecklingen har vi antagit att förbättringen i åldersgruppen 85–89 år är hälften av den i gruppen 80–84 år samt att ohälsan – uttryckt som andelen med svår ohälsa – i gruppen 90 år och äldre är konstant.

I tabell 6.2 nedan visas andelen med svår ohälsa år 2000, 2015 samt 2030 i åldersgruppen 80 år och äldre för män resp. kvinnor med utgångspunkt från ULF-undersökningen 1996/97 samt framräknat dels med svenska ULF-data, med data från amerikanska undersökningar samt

<sup>3</sup> En beräkning, där vi i stället utgått från utvecklingen per åldersgrupp, kön, sam/ensamboende samt fördelat på samtliga ohälsogrupper (med full hälsa och lätt ohälsa sammanslagna), visar sig ge så gott som samma resultat. Vi har här valt den enklare metoden att enbart räkna på de med svår ohälsa, eftersom resultatet annars inte skulle kunna jämföras med de man erhåller, om man använder de utländska källorna, där en sådan uppdelning saknas.

med data, som erhållits genom att lägga samman (poola) data från samtliga de övriga studier som rapporterats av OECD (jfr tabell 5.1).

**Tabell 6.2. Andelen i procent med svår ohälsa i åldrarna 65–84 år enligt ULF år 1996/97 samt år 2015 och 2030 efter framskrivning enligt olika undersökningar.**

Män	1996/97		2015		2030		
	ULF	ULF	USA	Poolade data	ULF	USA	Poolade data
Åldersgrupp							
65/74 år	9,6	5,4	6,0	6,3	3,4	4,1	4,5
75/79 år	14,6	10,0	11,4	8,3	7,4	8,1	5,2
80/84 år	22,0	17,7	14,4	15,0	14,8	10,2	11,0

Kvinnor	1996/97		2015		2030		
	ULF	ULF	USA	Poolade data	ULF	USA	Poolade data
Åldersgrupp							
65/74 år	12,2	8,9	10,9	8,0	6,9	10,0	5,7
75/79 år	21,0	17,2	19,7	17,6	14,7	18,7	15,3
80/84 år	26,5	20,7	25,5	22,7	16,6	24,7	20,0

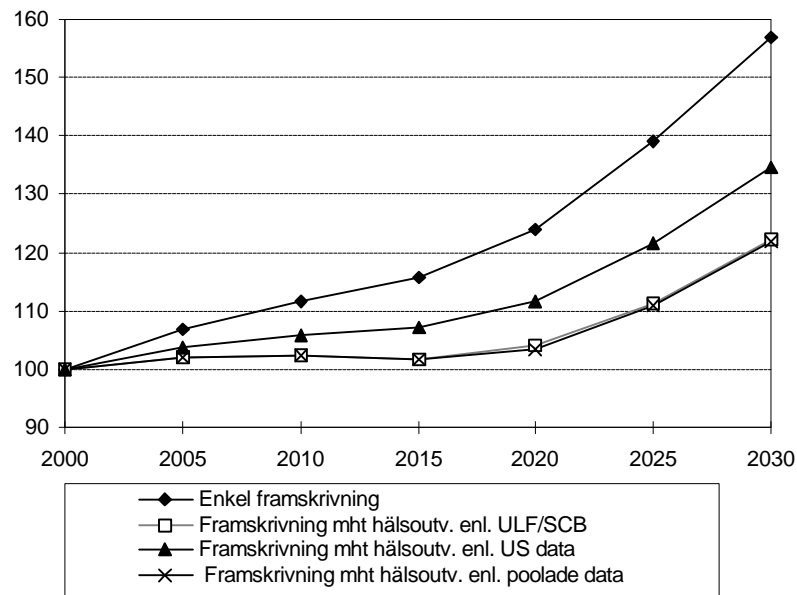
Det framgår att resultaten är relativt samstämmiga. Om nuvarande trender fortsätter handlar det om en klar reduktion av andelen gamla med svåra hälsoproblem. Antar man att behovet av arbetstimmar inom äldreomsorgen utvecklas proportionellt mot antalet personer med svåra hälsoproblem kan de beräknade andelarna räknas om till verksamhetsvolym med stöd av befolkningsprognosen. Utvecklingen för de över 85 år antas då följa ovan redovisade antaganden. Resultatet av denna beräkning visas i diagram 6.2 nedan.

Som jämförelse visas även den motsvarande volymtillväxt, som erhålls vid en enkel framskrivning, dvs. en framskrivning, där man antar att vårdinsatsen per person, givet åldersgrupp och kön, är oförändrad. Vi har också gjort överslagsmässiga beräkningar med utgångspunkt från den alternativa befolkningsprognosen. Detta ger ungefär 10-procentenheter högre värden, när det gäller volym utvecklingen, än de ovan redovisade. Som påpekats i tidigare kapitel är det dock rimligt att anta att en sådan befolkningsutveckling är kopplad till en bättre hälsa, vilket alltså skulle resultera i en långsamare efterfrågeutveckling än den vi här räknat fram.



**Diagram 6.2 Utveckling av volymindex för äldreomsorgen vid enkel resp. reviderad framskrivning enligt data från olika undersökningar, 2000–2030**

Index 2000=100



Inverkan av förväntade hälsoförbättringar på den erforderliga framtida verksamhetsvolymen i äldreomsorgen är som man kan se mycket stark. Mellan hälften och tvåtredjedelar av den förväntade ökningen försvinner. I kapitel 9 skall vi visa vad detta innebär när det gäller beräknade framtida kostnader för vården och omsorgen om de äldre i relation till den totala samhällsekonomin.

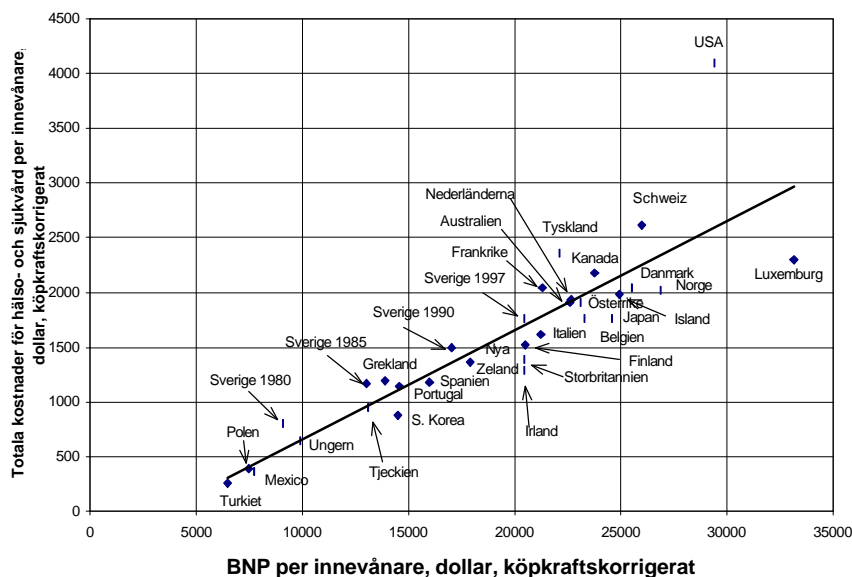
## 7 Andra faktorer som påverkar vårdkostnaderna

De kalkyler avseende framtida kostnader för den offentliga vården och omsorgen som presenterats ovan är baserade på antaganden om befolkningsutvecklingen samt utvecklingen av ohälsa och dödlighet. Som vi påpekade i inledningen är det dock många andra faktorer som påverkar de framtida vårdkostnaderna. Förutom hälsa och funktionsförmåga identifierade vi där följande faktorer som länkar i kedjan från antalet äldre personer till vårdkostnader per åldersgrupp och kön:

- behov av hjälp, stöd och vård givet ohälsa och samhällsförhållanden
- tillgång till hjälp och stöd i familj och socialt nätverk
- benägenheten att söka offentlig vård och omsorg: förväntningar, avgifter, privata alternativ
- vårdstruktur: vård och omsorg i hemmet eller på institution
- vårdens inverkan på hälsa och funktionsförmåga: förebyggande insatser, rehabilitering, av vården framkallade ( iatrogena) vårdbehov
- personalbehov för given vårdinsats
- personalkostnader och övriga kostnader (lönenivå, boendestandard, läkemedel, tekniska hjälpmedel..)

Det måste dock klart sägas ifrån från början att den faktor som har den mest avgörande inverkan på kostnaderna är tillgängliga resurser! Som påpekats på flera ställen i denna skrift är det i hög grad resurserna som avgör inte bara vilka behov, som kommer att kunna tillgodoses, utan till och med vad som betecknas som behov. Exempelvis är det sedan länge känt att det finns ett klart samband mellan hälso- och sjukvårdskostnaderna per innevånare och BNP per innevånare, när man jämför olika länder. Detta illustreras tydligt av diagram 7.1, som visar det aktuella sambandet för OECD-länderna år 1997. BNP och hälso- och sjukvårdskostnader har i detta fall uttryckts i köpkraftskorrigerade US-dollar för att erhålla jämförbarhet.

**Diagram 7.1 Samband mellan hälso- och sjukvårdskostnaderna per innevånare och BNP per innevånare, OECD-länder, 1997**



Källa: OECD, Health Data, 1999

I diagrammet har vi även lagt in Sverige för år 1980, 1985 och 1990. Som man kan se ansluter den svenska utvecklingen mycket nära till det generella sambandet, uttryckt genom den heldragna regressionslinjen <sup>1</sup>. De ansträngningar, som gjorts för att begränsa utvecklingen av de svenska hälso- och sjukvårdskostnaderna under 1990-talet, har varit framtvingade av kravet på anpassning till tillgängliga, alltför långsamt växande resurser. Den enkla slutsatsen är att vi – liksom de flesta andra OECD-länder – i princip har de hälso- och sjukvårdskostnader vi anser oss ha råd till. Härutöver kan man observera ett visst närmande mot regressionslinjen ovanifrån, vilket skulle kunna tolkas som att vi nu inte längre anser oss ha råd till något överbud. De framtida kostnaderna för vården och omsorgen kommer i slutändan att vara bestämda av samma princip.

<sup>1</sup> Vid en jämförelse av denna typ kan man också väga in åldersstrukturen. En sådan åldersstandardisering leder i Sveriges fall till en minskning kostnaden per capita med 7 procent, varvid vi alltså hamnar något under regressionslinjen (OECD, 1996). Analyser som gjorts av OECD visar dock att det inte finns något samband på ländernivå mellan hälso- och sjukvårdskostnaderna och andelen äldre. Det är resurserna som avgör!

När väl detta är klarlagt och erkänt kan det ändå vara instruktivt att gå igenom vilka andra faktorer, som kan påverka kostnaderna i olika avseenden. Avsikten är här närmast att klargöra om det finns faktorer, som leder oss till någon väsentligt annorlunda bedömning av behovsutvecklingen än den vi tecknat i föregående kapitel.

#### *Behov av hjälp, stöd och vård givet ohälsa och nedsatt funktion*

Ohälsa och brister i funktionsförmåga avgör inte ensamt det upplevda behovet av stöd, hjälp eller omsorg hos de äldre. Hjälpbehovet kan förändras trots att ohälsan eller bristerna i funktionsförmåga är desamma. Detta kan bero på ökad tillgång till tekniska hjälpmedel eller andra förändringar i omgivningen, som minskar behovet av hjälp, till exempel en bättre, mer handikappanpassad bostad. Men omvänt kan sådana förändringar också leda till att hjälpbehovet ökar, till exempel beroende på minskad tillgänglighet till olika slag av service etc..

Även immateriella förhållanden, såsom könsroller, utbildning och psyko-socialt stöd kan spela en roll för hur mycket hjälp eller vård man behöver. Som exempel på de psyko-sociala förhållandenas betydelse kan nämnas ryggont. Olika slag av ryggproblem förorsakar stora samhällskostnader för sjukskrivning och sjukvårdande behandling. Senare tids forskning har dock visat att psyko-sociala faktorer har en avgörande betydelse för upplevd arbetsförmåga och vårdbehov. Förmågan att klara sig själv som äldre beror i hög grad på vilka färdigheter man förvärvat som yngre. För trettio år var det fortfarande många män som inte var vana att tillreda sin egen mat eller kunde sköta en tvättmaskin. Idag betraktas detta som självklart bland yngre och medelålders, men fortfarande finns det kvar äldre män som inte tagit del av denna omställning. Om några decennier kommer självfallet även de äldsta männen att vara vana vid att klara sådana saker själva.

Ett flertal förändringar har skett i samhället som gör det lättare att klara sig själv med olika slag av funktionsnedsättningar. Till dessa hör de olika maskiner man har tillgång till i hushållet, centralvärme och elektrisk belysning, hissar och ramper, hörselslingor, närhet till affärer och service, anpassning av bostäder, larm osv. Det är också fortfarande lättare att klara sig själv i storstaden än i glesbygden. I framtiden kan ökade möjligheter att handla via internet, kommunikation via TV med vårdcentraler eller anhöriga, olika övervakningssystem etc. göra det enklare för personer med nedsatt funktionsförmåga att klara sig på egen hand.

Till den tekniska utvecklingen hör också den dramatiskt ökande tillgången till information genom nya medier. Möjligheten för kroniskt

sjuka personer att själva sköta sina ohälsoproblem ökar när man enkelt har tillgång till medicinsk information, kan följa utvecklingen av olika mätvärden och kanske själv ställa in sin medicinering för att kontrollera dessa. Om detta leder till minskad efterfrågan på hälso- och sjukvård är dock mera ovisst. Det kan i stället givetvis bli så att man tar kontakt betydligt oftare beroende på att man oroar sig av olika skäl.

Det finns också andra faktorer som kan verka i motsatt riktning till ett minskande behov av hjälp. Ökat beroende av bil genom nedläggning av närbutiker och närservice försvårar livet för äldre som inte längre klarar att köra. Samhällets anpassning till nya tekniska hjälpmedel kan utestänga de som inte har förmåga eller intresse att ta till sig det nya, såsom till exempel att utnyttja internet.

### *Tillgången till hjälp och stöd i familj och socialt nätverk*

Offentligfinansierad vård och omsorg är *ett* sätt att tillgodose det behov av stöd och hjälp, som är relaterat till brister i hälsa och funktionsförmåga. Ett alternativt sätt är s.k. informell omsorg, dvs. vård, omsorg och hjälp som ges av anhöriga, grannar, vänner m.fl. Det är välbekant att inom äldreomsorgen den informella hjälpen volymmässigt starkt dominerar. Enligt svenska uppskattningar uppgår den informella äldreomsorgen för de äldre, som bor hemma, till två à tre gånger den offentliga i arbetstimmar räknat (Johansson, 1991). Detta kan synas mycket, men OECD gör i en rapport uppskattningen att i OECD-länderna de anhöriga står för fyra femtedelar av insatserna inom äldreomsorgen utanför institutionsvården (OECD 1998b).

Olika forskare har analyserat den informella omsorgens karaktär och dess samband med den formellt organiserade. Kemper (1992) konstaterar i sin analys av faktorer, som har samband med tilldelningen av formell och informell hjälp, att de anhörigas insatser är mycket omfattande, men att vårdgivarbördan är mycket ojämnt fördelad i befolkningen. Johansson och medförfattare (1993) framhåller i en annan studie att den formella omsorgen tenderar att komplettera den informella utan att undantränga denna så länge den äldre bor kvar i sin egen bo stad. Till samma slutsats kommer den norske äldreforskaren Daatland i en artikel som behandlar familjens roll (Daatland 1990). Daatland påpekar också att de äldre i Norge numera föredrar formell hjälp framför informell (speciellt när det gäller långvarig personlig omvårdnad). Tidigare kunde mottagandet av hjälp i hemmet uppfattas stigmatiserande. Denna inställning kan fortfarande finnas i vissa etniska grupper. Frågan om den formella omsorgen ersätter eller kompletterar den informella har även behandlats av Holstein och medförfattare (1997) i en nordisk studie av

sambandet mellan hemtjänst och informell hjälp. De finner en klar rollfördelning mellan de olika formerna av stöd, inte att den förra ersätter den senare.

I Sverige har på senare år det skett en allt mer tydlig prioritering av ensamboende vid tilldelningen av hjälp i hemmet (underförstått att maka/make skall svara för omsorgen för de samboende). Det saknas dock i hög grad metoder för att på ett mer systematiskt sätt bedöma den faktiska och potentiella insatsen av anhöriga och hur man skall ta hänsyn till denna vid behovsbedömning och prioritering. Denna brist i forskningen kring de äldres vård och omsorg står i märklig kontrast till den omfattning och betydelse som insatserna från de anhöriga har (Johansson 1991; Lingsom 1997; Szebehely 1998).

Möjligheterna att komplettera den offentliga omsorgen och anhöriginsatserna med frivilligverksamhet har bland andra diskuterats av den engelske forskaren Baldock (1991). Han konstaterar dock att trots den stora tradition av frivilligarbete som finns i Storbritannien är möjligheten för en vårdberoende äldre att få hjälp av en frivillig-organisation förvånansvärt liten. En av de viktigaste målen för de frivillig-organisationer, som är verksamma inom äldreomsorgen, är att stödja och avlösa anhöriga, men enligt Green (1988) är det i Storbritannien endast några få procent av de informella vårdgivarna som får något stöd från frivillig-organisationer. Situationen i Sverige är förmodligen inte bättre. Johansson, som studerat frågan från ett svenskt perspektiv, anmärker att "det finns en långvarig och djupt ingrodd förväntan i Sverige att den offentliga sektorn skall ta huvudansvaret för omsorgen". I jämförelse med andra länder finns ingen tradition av samarbete mellan det formella omsorgssystemet och frivilligsektorn (Johansson 1991).

En demografisk framskrivning av vårdbehovet förutsätter att andelen offentligfinansierad hjälp är oförändrad. Detta är ett tveksamt antagande av många skäl, men det är svårt att kvantifiera de faktorer som skulle kunna påverka den. Bland dessa faktorer finns tillgången till anhöriga, deras förutsättningar att hjälpa till med hänsyn till bostadsort, tillgång till tid, villighet och förmåga.

Dagens äldre har i allmänhet fler anhöriga att tillgå än tidigare generationer, en större andel har egna barn, fler syskon är i livet även om syskonkullarna har minskat. En betydande del av den informella omsorgen ges av makar sinsemellan. Den framtida utvecklingen beror här av två motstridiga faktorer – å ena sidan den förväntade ökningen av antalet ensamboende frånskilda, separerade eller aldrig tidigare samboende, å andra sidan den minskande skillnaden i medellivslängd mellan män och kvinnor. Denna leder till färre änkor och en kortare tid av änkestånd och därmed till att fler kvinnor i framtiden kommer att kunna få hjälp av sina män (Socialstyrelsen 1997b).

Från de i tidigare kapitel utnyttjade ULF-undersökningarna kan man utläsa att andelen ensamboende äldre minskat de senaste tjugo åren – mest bland yngre-äldre kvinnor ( $-0,7$  procent per år) och äldre-äldre män ( $-1,0$  procent per år). Det kan vara rimligt att anta att dessa tendenser fortsätter. Beräkningar, som utgår från en fortsättning på denna trend, ger en ytterligare reduktion av hjälpbehovet i äldreomsorgen år 2030 med knappt 2 procent. Att effekten inte blir större beror på att förändringarna har mycket liten inverkan i de mest vårdtunga grupperna, dvs. äldre över 85 år.

Det kvinnliga förvärvsarbetet har tidigare varit en viktig faktor vid bedömningen av de framtida resurserna inom den informella omsorgen. Så är fortfarande fallet i många länder där kvinnorna ännu inte tagit steget fullt ut på arbetsmarknaden. I Sverige är situationen annorlunda eftersom denna utveckling redan i stort sett är avslutad. Vi kan konstatera att den informella omsorgen ingalunda upphört som följd av det kvinnliga förvärvsarbetet (Johansson, 1991). En viktig anledning härtill är förstås att en betydande del av omsorgsarbetet utförs av kvinnor (och en del män) som redan lämnat förvärvsarbetet på grund av ålder. För de som är kvar på arbetsmarknaden kan hårdnande krav i arbetslivet spela roll för ork och möjligheter att stödja hjälpbehövande anhöriga. Kortare arbetstid skulle i detta fall kunna ge förbättrade möjligheter förutsatt att detta inte innebär ökad stress i arbetet.

De anhörigas möjligheter att hjälpa med hänsyn till bostadsort verkar inte ha undgått några större förändringar på senare år. Flyttningsbenägenheten är nu snarare lägre än tidigare. Villigheten att hjälpa äldre anhöriga är genomgående hög i det svenska samhället. Många personer tar på sig ett mycket stort ansvar och mycket stora bördor. Detta gäller i första hand makar emellan, men även barnen engagerar sig mycket aktivt. Speciellt inom demensvården är belastningen på de anhöriga mycket stor.

Förmågan att hjälpa beror förstås på den egna skröpligheten. Tendensen på senare år har, som påpekats ovan, varit att samboende får betydligt mindre hjälp än ensamboende även när det gäller mycket gamla personer, dvs. det förutsätts att maka/make skall kunna träda in närmast oavsett egen ålder. Förbättrad hälsa och funktionsförmåga hos de äldre får härigenom också den effekten att resurserna för informell omsorg ökar. När det gäller sjukvårdsinsatser beror anhörigas möjligheter att bistå även av kunskapsnivån. Utvecklingen här synes vara att såväl patienterna som deras anhöriga blir kunnigare och mer kapabla att sköta kroniska tillstånd. Medvetna satsningar på att öka denna kunskap kan leda till att belastningen på äldreomsorgen och hälso- och sjukvården minskar samtidigt som vården och omsorgen blir mer anpassad till de individuella behoven.

Av stor betydelse framöver kan bli attityder och normer när det gäller att bidra med informell hjälp. Detta är ett i stort sett utforskat område. Dagens situation kännetecknas, som anförts ovan, av att betydligt större krav nu ställs på anhöriga än tidigare, åtminstone när det gäller serviceinsatser. Det är inte självklart att detta kommer att accepteras framöver med ändrade värderingar och band mellan generationerna.

#### *Benägenheten att söka hjälp givet ohälsa och funktionsförmåga*

En annan faktor som inverkar på relevansen av en demografisk framskrivning är förändringar i benägenheten att söka vård och hjälp givet ohälsa och funktionsförmåga. En sådan förändrad benägenhet kan vara grundad i ändrade attityder, reviderade förväntningar eller nya möjligheter. Det behov man känner är aldrig någon absolut storhet utan kommer att vara påverkat både av konkreta, materiella förhållanden och mer subjektiva sådana som attityder och förväntningar.

När det gäller hälso- och sjukvården spelar den medicin-tekniska utvecklingen en mycket stor roll. Denna har bland annat haft till följd att möjligheterna att utföra även komplicerade ingrepp ökat radikalt för äldre och till och med mycket gamla personer. Prioriterings-utredningen gjorde i sin slutrapport (SOU 1995:5) ett mycket klart uttalande att kronologiska åldersgränser inte får tillämpas vid ställningstagande till medicinska åtgärder (s.128). Däremot kan man självfallet tvingas ta hänsyn till biologiska faktorer, såsom nedsatta fysiologiska reserver hos äldre personer. Äldre personers förväntningar på vad livet skall erbjuda, även i uppe i åldrarna, skiljer sig också i hög grad från tidigare. Man är alltmer inställd på att "den tredje åldern" skall erbjuda hög livskvalitet och goda möjligheter att förverkliga olika önskemål. Detta inbegriper förväntningar på snabba och effektiva sjukvårdsinsatser.

Det finns ingen anledning att tro att dessa tendenser kommer att upphöra eller förbytas i sin motsats. Snarare handlar det om att utvecklingen blir ändå snabbare. Mot denna bakgrund inser man att hälso- och sjukvårdskostnadernas utveckling i framtiden mer beror av vilka resurser som står till buds än av hur många äldre det handlar om. Om resurserna finns kommer de att utnyttjas. Problem uppstår i första hand, om det blir en sådan knapphet, att många människor anser sig uppleva en försämring och en växande klyfta mellan vad de skulle önska sig och vad de får. I en sådan situation, som givetvis är tänkbar om den ekonomiska utvecklingen av olika skäl blir ogynnsam, måste man förvänta ett starkt tryck på ökad tillgång till privatfinansierad vård och en motsvarande minskning av viljan till solidarisk finansiering.



Även när det gäller äldreomsorgen spelar attityder och förväntningar en mycket stor roll. Här kan dock tendensen, åtminstone delvis, gå i en annan riktning. Attityden till att söka hjälp varierar starkt mellan olika människor. Den stora variationen i attityder människor emellan talar för att attityderna också förändras över tiden. Man har kunnat observera en ökad vilja att klara sig själv på senare år. Detta torde gälla såväl äldre som yngre personer med funktionshinder.

De undersökningar, som gjorts i samband med ÄDEL-uppföljningen, visar på en kraftig minskning av det upplevda hjälpbehovet under den senaste tioårsperioden – framförallt i åldersgruppen 75–84 år (Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård, ÄDEL-utvärderingen 96:6, Socialstyrelsen, 1996). Minskningen är betydligt större än vad som vore motiverat med hänsyn till förbättrad hälsa och funktionsförmåga. Det måste därför i hög grad vara en fråga om ändrade attityder, en ökad vilja att klara sig själv. Tröskeln för att överlämna sig som hjälpbehövande skulle därmed allmänt sett ha höjts.

Till en del kan naturligtvis denna utveckling hänga samman med minskat utbud. Man efterfrågar inte det man ändå inte kan få. Det kan också vara fråga om att man avstår från hjälp på grund av för höga avgifter eller därför att man anser att kvalitén på de erbjudna tjänsterna är för låg. Socialstyrelsen kunde i en studie av äldre som lämnat hemtjänsten konstatera att orsaken i två fall på fem var missnöje med avgifter eller kvalitet (Socialstyrelsen, 1998).

#### *Det är orealistiskt att anta en oförändrad vårdstruktur*

En annan, högst diskutabel utgångspunkt för den demografiskt betingade framskrivningen av vård- och omsorgskostnaderna är att behoven skall tillgodoses med en oförändrad vård- och omsorgstruktur. Detta är av flera skäl ett orealistiskt antagande, som helt motsägs av den faktiska utvecklingen inom vård- och omsorgsområdet.

Ett exempel på strukturförändringar är den omfattande övergången på 1980-talet till äldreomsorg i eget boende i stället för på institution, dvs. tillämpandet av den s.k. kvarboendepincipen. Alldeles bortsett från den förbättrade livskvalitén medförde detta att samma omsorgs behov i ett stort antal fall kunde tillgodoses med en väsentligt mindre resursinsats. Vilken boendeform som är den minst resurskrävande beror dock uppenbart på behovsnivån. I princip finns för varje grad av vårdbehov en lämpligaste boendeform, där behoven kan tillgodoses med godtagbar kvalitet till lägsta resursinsats (Ferlie, Challis och Davies, 1989). De vinster som kunnat inhämtas genom det senaste decenniets omstrukturering mot ökat vård i hemmet torde dock nu vara i stort sett

uttömda. Mer tydliga önskemål och ökade möjligheter att själv välja boendeform kan självfallet verka ökande på kostnaderna. Å andra sidan är en sådan vitalare inställning till hur man vill ordna sitt liv en behovsreducerande faktor i sig.

Inom hälso- och sjukvården kan man peka på den omstrukturering som skett av den psykiatriska vården. En demografisk framskrivning år 1970 av antalet psykiatriska slutenvårdsplatser skulle uppenbart gett ett mycket annorlunda resultat än det vi i dag kan observera. Övergången till att i allt högre grad utföra undersökningar och ingrepp i öppen vård och genom s.k. dagkirurgi är ett ytterligare exempel.

En oförändrad struktur när det gäller sättet att tillgodose befolkningens behov av vård och omsorg förutsätter också att behoven har en absolut, av vårdsystemet oberoende karaktär och att vårdsystemets uppgift helt enkelt är att möta dessa absoluta behov. I verkligheten är, som också framhållits ovan, behoven många gånger föränderliga och påverkade på olika sätt av samhällsutvecklingen i vid mening. Genom att studera och jämföra vårdsystemen både i andra länder och inom landet mellan olika sjukvårdshuvudman kan man komma fram till nya idéer om alternativa sätt att möta behoven, idéer som i sin tur leder fram till en förändrad vård- och omsorgsstruktur (jfr "Äldreomsorg i jämförelse", Svenska Kommunförbundets äldreberedning, 1999b). De framtida resurskrav, som erhålls efter en sådan strukturförändring, kan avvika avsevärt från de som en demografisk framskrivning pekar på.

Vårdstrukturen i sig kan också generera vårdbehov. Detta är kärnan i det s.k. hospitaliseringsproblemet, som låg bakom omstruktureringen av den psykiatriska vården och som också spelat roll i utvecklingen mot allt kortare vårdtider i den somatiska vården. När det gäller äldreomsorgen finns forskningsresultat, som indikerar att institutionsformen leder till att utvecklingen mot ökat vårdberoende accelereras i jämförelse med ett åldrande i eget boende, där den gamla behåller an svaret för sitt dagliga liv (Lagergren, 1994a). Detta innebär att minskat institutionsboende för äldre kan leda till minskade vårdbehov jämfört med den demografiska framskrivningen. Ett annat medicinskt-socialt förhållnings-sätt, där man betonar betydelsen av patientens eget ansvar, rätt till självbestämmande och inflytande över vården kan på samma sätt ge positiva hälsoeffekter och leda till bättre behandlings resultat.

En bra utveckling inom den akuta hälso- och sjukvården kan även bidra till att minska de långvariga vård- och omsorgsbehoven genom framgångsrik behandling av ohälsa och bristande funktionsförmåga. Detta är av stor betydelse för äldreomsorgen. Ytterligare insatser i form av rehabilitering och eftervård skulle förmodligen få positiva effekter på vårdbehoven genom att processen mot ökat vårdberoende bromsas och äldre personer i högre grad ges möjlighet att kunna klara sig själva.

Medicinsk forskning som klarlägger mekanismerna bakom de kroniska sjukdomarna och möjliggör förebyggande eller behandling kan också få mycket stor inverkan på de framtida resursbehoven. Som exempel skulle ett genombrott när det gäller demenssjukdomarna få en oerhörd betydelse mätt såväl ekonomiskt som i mänskligt lidande.

*Lägre personalinsats för att tillgodose ett givet behov, dvs. ökad produktivitet*

Den demografiska framskrivningen av vård och omsorgskostnaderna är baserad på utgångspunkten, att personalinsatsen för att tillgodose ett visst behov alltid kommer att vara oförändrad, dvs. att ingen ökning av produktiviteten är möjlig. Man bortser då helt ifrån de möjligheter som finns genom teknisk utveckling och metodutveckling. Den tekniska och medicinsk-tekniska utvecklingen gör att olika tillstånd kan tas om hand på nya sätt. Om kraven på vårdkvalitet och behandlingsresultat hålls oförändrade, leder detta i allmänhet till ett lägre resursbehov. På samma sätt kan ändrade metoder inom omvårdnad och omsorg leda till mindre personalbehov vid oförändrade kvalitetskrav. Detta är innebörden i en ökad produktivitet i vården och omsorgen.

Uppmärksamheten på produktivitetens utvecklingen har ökat i hög grad under de senaste åren. Man kan också konstatera att betydande förbättringar av produktiviteten har inregistrerats under 1990-talet – framförallt inom hälso- och sjukvården – och det synes inte orimligt att anta att denna utveckling kan komma att fortsätta. Till exempel kan en bättre utbildad personal bli en mycket viktig del i detta utvecklingsarbete.

En särskild fråga med anknytning till produktiviteten är de stora variationer, som kunnat konstateras i olika undersökningar när det gäller volymen tjänster som tilldelas personer med ett givet vårdbehov, t.ex. antalet hemtjänststimmar för en person med visst vårdberoende. Framskrivningen utgår här från att denna tilldelning kommer att vara oförändrad. Variationen kan ha två grunder, antingen erhåller man samma resultat vid olika resursinsats eller också handlar det om olika resultat. I det första fallet avspeglar skillnaderna i tilldelning helt enkelt olika produktivitet, vilket faller under resonemanget ovan. I det andra fallet föreligger skillnader i servicenivå. Frågan blir då om man skall anta att dessa skillnader kommer att finnas kvar oförändrade i framtiden eller om man bör räkna med att de kommer att försvinna.

Oavsett om det handlar om produktivitetsskillnader eller skillnader i servicenivå indikerar de stora variationerna mellan kommuner, distrikt och till och med enskilda handläggare på en betydande potential för

effektivisering och utjämning. Det kan knappast vara rimligt att slumpen i form av vald bostadsort eller tilldelad biståndsbedömning skall avgöra hjälpinsatsen i så hög grad som för närvarande sker. Det handlar här om skillnader av en helt annan storleksordning –50-60 procent mätt som variation mellan hög och låg tilldelning av hjälp givet vårdbehovet – än de nedskärningar som skett i äldreomsorgen under 1990-talet (Lagergren, 1998). Ett sätt att beräkna betydelsen av detta skulle kunna vara att – i stället för att skriva fram riksgenomsnittet – utgå från att det sker en anpassning till exempelvis den lägre kvartilen, dvs. den nivå avseende kostnaden per tjänst, som understigs av 25 procent av kommunerna. Resonemang och beräkningar av detta slag görs i den ovan nämnda rapporten ”Äldreomsorg i jämförelse” från Kommunförbundet.

#### *Utvecklingen av löner och övriga kostnader*

De beräkningsresultat, som kommer att redovisas i kapitel 9, är baserade på antagandet att löneutvecklingen för personalen inom den offentligfinansierade vården och omsorgen kommer att följa parallellt med löneutvecklingen i det svenska samhället i övrigt. Denna antas i sin tur på sikt följa värdet av produktionen per arbetad timme i näringslivet, den s.k. arbetsproduktiviteten. Historiskt sett är detta ett realistiskt antagande. En långsiktig avvikelse i löneutveckling mellan offentlig sektor och näringsliv är mindre trolig, eftersom den skapar obalans mellan sektorerna när det gäller konkurrensen om arbetskraften. Å andra sidan kan man kanske ifrågasätta, om det går att rekrytera det betydande tillskott av personal som ändå kommer att krävas till vård- och omsorgssektorn, om löneläget inte görs mer attraktivt. För en snabbare löneutveckling inom sektorn talar också kravet på ökad jämlikhet i lönenivåerna mellan män och kvinnor. Skulle en sådan relativ löneförändring komma till stånd innebär den demografiskt baserade kostnadsutvecklingen en underskattning (för vidare diskussion och exempel, se kapitel 9).

I kostnaderna för vården och omsorgen ligger också kostnader för utrustning och lokaler m.m. Även här kan naturligtvis kostnadsutvecklingen komma att avvika från de tidigare mönster som är inlagda i framskrivningen. Det är dock mindre troligt att detta kommer att spela någon roll. Dessa kostnader är starkt beroende av standardkraven, som i sin tur bestäms av den allmänna ekonomiska utvecklingen. Om denna är god ökar krav och förväntningar på toppmodern utrustning och fräscha lokaler, omvänt får detta stå tillbaka om ekonomin inte tillåter några excesser.

Ett stort frågetecken måste sättas för kostnadsutvecklingen när det gäller läkemedlen. I våra kalkyler har vi inte lagt in dessa kostnader (utom när det gäller de läkemedel som förbrukas inom den slutna vården). De statliga läkemedelsutgifterna uppgår till ca 0,7 procent av BNP och de ökar för närvarande snabbt<sup>2</sup> även om den aviserade läkemedelsreformen<sup>3</sup> kan innebära en press på kostnaderna. Läkemedel är en viktig behandlingsform i hälso- och sjukvården och måste ses som en integrerad del av hälso- och sjukvården.

---

<sup>2</sup> Även läkemedelsanvändningen har ökat. Enligt SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) uppgav år 1996 ca 66 procent av männen och 83 procent av kvinnorna i åldrarna 16–84 år att de under en tvåveckorsperiod använt något läkemedel. År 1988 var motsvarande siffror 55 respektive 76 procent.

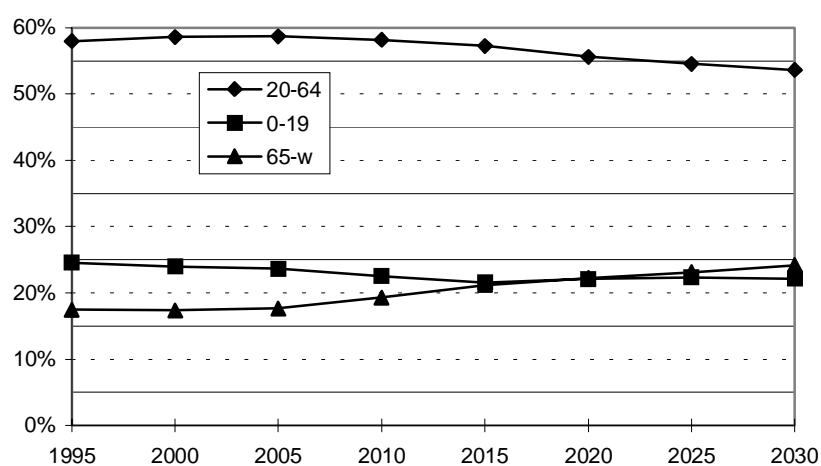
<sup>3</sup> Kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen övergick den 1 januari 1998 till landstingen och medel för läkemedelsförmånen kommer övergångsvis att lämnas via ett särskilt statsbidrag. Enligt överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet skall parterna överenskomma om en ny modell för statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånen. För närvarande pågår en utredning (Översyn av läkemedelsförmånen, dir. 1999:35) som ska utreda ett nytt högkostnadsskydd för läkemedel. Vissa frågor som nära anknyter till läkemedelsförmånen såsom läkarnas fria förskrivningsrätt skall också utredas.

## 8 Utbudet av arbetskraft

En analys av de anspråk vården och omsorgen om de äldre kommer att ha på våra resurser i framtiden måste vara baserad på relevanta antaganden om den samhällsekonomiska utvecklingen. Som utgångspunkt för vår analys har vi valt att använda Långtidsutredningens basscenario (2000–2015) förlängt till år 2030. I analysen fokuserar vi på två antaganden. För det första, vilket beskrivits i föregående kapitel, analyserar vi olika varianter avseende utvecklingen inom vård- och omsorgssektorn, för det andra vill vi visa arbetsutbudets betydelse genom att visa beräkningsresultat avseende två olika antaganden beträffande den framtida arbetsmarknaden.

Ett högt arbetskraftsdeltagande är grunden för att vi skall kunna ta hand om våra äldre i framtiden. Ålderssammansättningen av den svenska befolkningen kommer att genomgå stora förändringar under de närmaste decennierna.

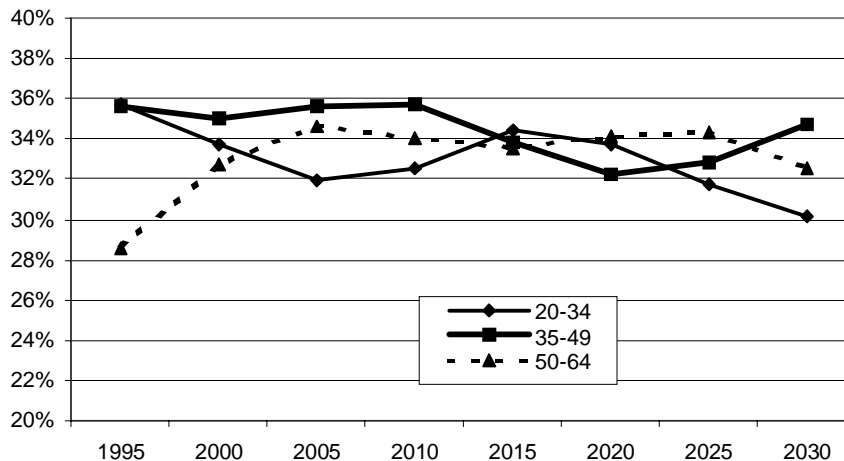
Diagram 8.1 Andel av befolkningen, utveckling 1995–2030



Källor: SCB och egna beräkningar

Det handlar här både om en relativt sett krympande befolkning i det som idag betecknas som arbetsför ålder, dvs. 20–64 år (se diagram 8.1 ovan) och om en ökad genomsnittsålder i denna befolkning (se diagram 8.2 nedan). Dessa obalanser är resultat av kraftiga svängningar i barnafödandet och en allt bättre hälsoutveckling under de senaste 50–60 åren. Framförallt är det de stora barnkullarna från 1940 och 1950-talet, som gör att vi några år fram på 2000-talet får en allt äldre befolkning i arbetsför ålder.

**Diagram 8.2 Fördelning av befolkningen 20–64 år under perioden 1995–2030 (femårs intervaller)**



Källor: SCB och egna beräkningar

Diagram 8.2 visar den starka ökningen av åldersgruppen 50–64 år relativt andra grupper det närmaste årtiondet. Ökningen har varit som starkast – från 29 procent till 33 procent – under det femårsintervall, som vi just passerat (1995–2000). Den yngsta åldersgruppen 20–34 år minskar sin relativa andel i stort sett över hela perioden från 36 procent år 1995 till 30 procent år 2030. Den mellersta gruppen, som också är den grupp som har det högsta arbetskraftsdeltagandet, håller sig relativt stabilt kring 36 procent fram till år 2010. Efter år 2010 faller den relativa andelen för denna grupp till 32 procent år 2020 för att sedan åter stiga till 35 procent år 2030.

De prognosticerade svängningarna, när det gäller åldersfördelningen av befolkningen i åldern 20 till 64 år, gör det viktigt att också ha en bild av arbetskraftsdeltagandet i olika åldersgrupper. Som framgår av tabellerna 8.1A–C har arbetskraftsdeltagandet utvecklats mycket olika för olika åldersgrupper de senaste tjugo åren. Man måste här också

skilja på utvecklingen för män och kvinnor. SCB gör en utförlig analys av detta i sin rapport ”Arbetskraftsprognos 1999”.

**Tabell 8.1A Arbetskraftsdeltagande i olika åldersgrupper**

Båda könen	1976	1981	1986	1991	1996	1997	1998
16–19	58,5	49,8	45,0	45,6	26,0	24,6	26,6
20–24	79,4	83,2	81,1	79,6	63,2	63,0	62,7
25–34	84,5	89,0	91,4	89,7	84,7	83,2	83,0
35–44	87,9	91,7	94,1	93,9	89,5	88,4	87,9
45–54	85,5	89,2	92,0	92,4	89,8	89,0	88,0
55–59	75,6	78,8	81,2	82,7	80,7	80,3	81,0
60–64	54,8	56,1	56,1	59,1	54,6	52,5	49,7
20–64	80,8	84,6	86,6	87,0	81,9	81,0	80,4

**Tabell 8.1B Arbetskraftsdeltagande i olika åldersgrupper, män**

Män	1976	1981	1986	1991	1996	1997	1998
16–19	59,5	49,4	44,1	43,1	24,4	23,2	25,1
20–24	83,2	83,6	81,5	81,7	66,2	66,3	66,4
25–34	95,5	94,2	93,7	92,3	88,1	87,0	87,0
35–44	96,9	96,5	96,7	95,5	91,3	90,1	89,7
45–54	94,7	93,9	95,1	94,2	90,8	90,4	89,7
55–59	89,1	87,7	86,4	86,2	83,1	82,3	83,6
60–64	73,0	68,2	65,2	64,3	59,4	56,4	54,4
20–64	91,3	90,3	90,0	89,5	84,5	83,5	83,3

**Tabell 8.1C Arbetskraftsdeltagande i olika åldersgrupper, kvinnor**

Kvinnor	1976	1981	1986	1991	1996	1997	1998
16–19	57,4	50,2	46,1	48,1	27,6	26,0	28,2
20–24	75,5	82,7	80,7	77,5	60,1	59,5	58,8
25–34	72,9	83,6	88,9	87,0	81,1	79,3	78,7
35–44	78,5	86,6	91,4	92,3	87,6	86,6	86,0
45–54	76,4	84,5	88,8	90,5	88,7	87,5	86,7
55–59	62,3	70,2	76,3	79,3	78,4	78,3	78,4
60–64	37,5	44,7	47,6	54,2	49,9	48,8	45,2
20–64	70,1	78,8	83,2	84,4	79,4	78,3	77,5

Källa: SCB

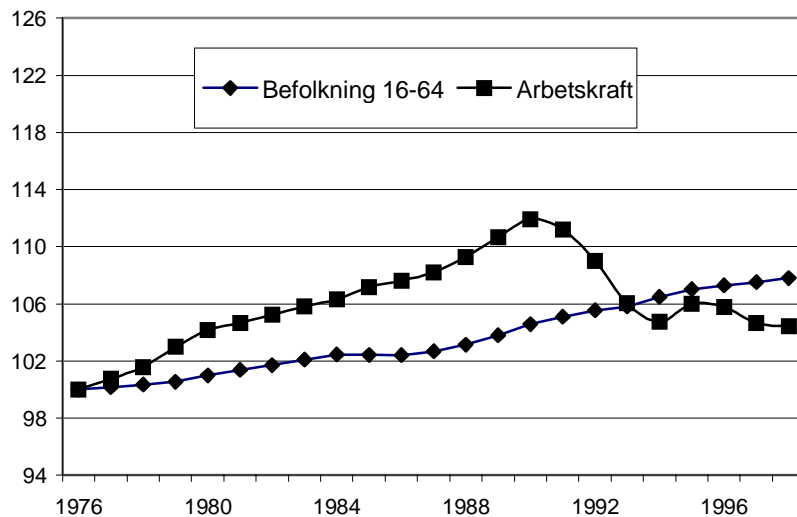
Kombinationen av befolkning och arbetskraftsdeltagande ger arbetskraftens utveckling. I diagram 8.3 kan man se hur arbetskraften och befolkningen i ålder 16–64 år utvecklades under perioden 1976–1998.



Antalet personer i arbetskraften ökade starkare än befolkningen i arbetsför ålder fram till 1990. Därefter har arbetskraften fallit kraftigt och på vägen korsat kurvan för befolkningsutvecklingen. Resultatet har blivit att antalet personer i arbetskraften ökat med drygt 4 procent, medan befolkningen i ålder 16–64 år ökat med knappt 8 procent mellan 1976 och 1998.

**Diagram 8.3 Arbetskraften och befolkningen mellan 16 och 64 år**

Index 1976 = 100

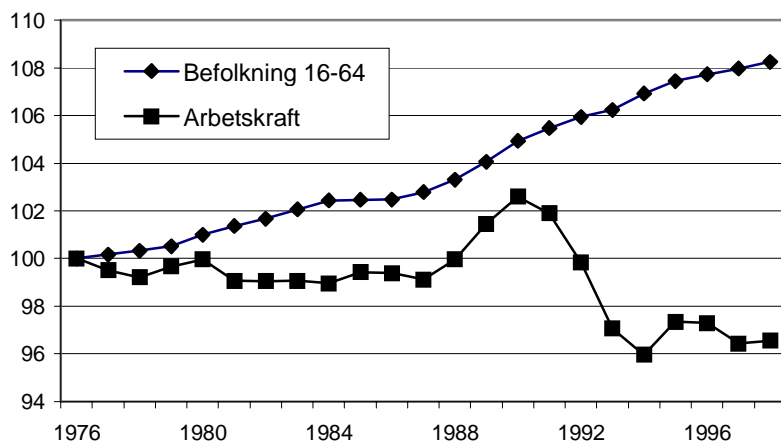


Källor: SCB och egna beräkningar.

Skälet till att man inte ingår i arbetskraften varierar alltifrån studier till olika former av arbetshinder eller helt enkelt brist på arbete. Storleken och sammansättningen av dagens arbetskraft är också beroende av olika historiska mönster. Speciellt viktigt för att förstå utvecklingen är att man beaktar kvinnornas inträde på arbetsmarknaden och det faktum att det vid sjuttioalets början fortfarande fanns många hemmafruar. Detta gör att utvecklingen av arbetskraften egentligen är summan av två helt skilda utvecklingar, för manlig resp. kvinnlig arbetskraft. Den stora skillnaden dem emellan framgår vid en jämförelse mellan de följande diagrammen 8.4 och 8.5.

**Diagram 8.4 Arbetskraften och befolkningen mellan 16 och 64 år, män**

Index 1976 = 100



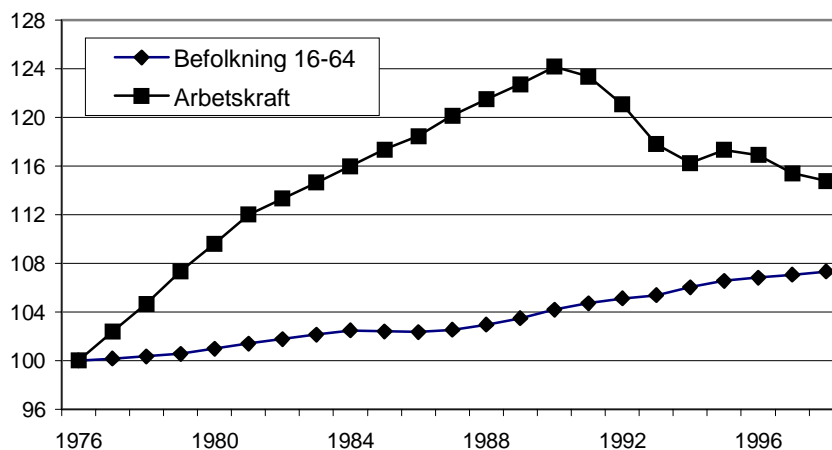
Källor: SCB och egna beräkningar

Som framgår av diagram 8.4 har antalet män i arbetskraften minskat med 4 procent under de senaste 22 åren trots att antalet män i arbetsför ålder ökat med 8 procent. Förklaringarna till denna utveckling är flera. En är den allt längre skolgången som gör att allt färre i de unga åldrarna står till arbetsmarknadens förfogande. Detta gäller såväl män som kvinnor. Men den stora förklaringen till det minskade arbetskraftsdeltagandet bland männen är förtida utträde från arbetsmarknaden (se nedan).

Kvinnorna ökade, som man kan se i diagram 8.5, sitt arbetskraftsdeltagande mycket kraftigt under perioden 1976–1990, 24 procent. Därefter har också kvinnornas deltagande i arbetskraften fallit tillbaka. Sammanfattningsvis har antalet kvinnor i arbetskraften ökat med 15 procent under de senaste 22 åren medan antalet kvinnor i arbetsför ålder ökat med 7 procent.

**Diagram 8.5 Arbetskraften och befolkningen mellan 16 och 64 år, kvinnor**

Index 1976 = 100



Källor: SCB och egna beräkningar.

Kvinnornas ökade arbetskraftsdeltagande är resultatet av de samhällsförändringar som skedde för 20–30 år sedan när det gällde kvinnornas roll i samhället. Utvecklingen hänger i Sverige i hög grad samman med utbyggnaden av den offentliga sektorn. Det kan konstateras att den offentliga sektorn både har skapat de nya jobben och gjort det möjligt att bryta gamla strukturer så att kvinnorna kommit in på arbetsmarknaden.

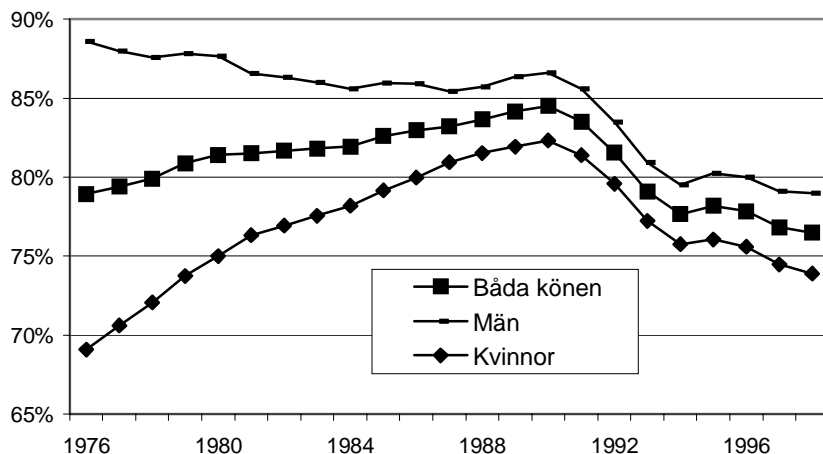
Som vi påpekar i "Välfärden och samhällsekonomin" (Socialdepartementet, Välfärdsprojektet):

"Utbyggnaden av den kommunala barnomsorgen ledde till att kvinnorna inte lämnade arbetsmarknaden i samma omfattning som tidigare när de fick barn. När samhället organiserade äldreomsorgen tvingades ingen längre att avstå från förvärsarbete för att vårda gamla föräldrar eller andra anhöriga. Till detta kom att sloandet av sambeskattningen år 1973 gjorde förvärsarbete mycket mer lönsamt för gifta kvinnor. Den mycket snabba utbyggnaden inom hälso- och sjukvård samt barn- och äldreomsorg erbjöd i sin tur ett stort antal nya arbetstillfällen." (Lagergren, Batljan, Žavistic, 1997).

Trots kvinnornas inträde minskade dock andelen av befolkningen i åldrarna 16–64 år, som ingår i arbetskraften, från 79 procent 1976 till 76 procent 1998. Utvecklingen har varit tudelad. Under perioden 1976–1990 ökade arbetskraftsdeltagandet från 79 procent till 84 procent, för att sedan mellan 1990 och 1998 falla till 76 procent. Skillnaderna i utvecklingen mellan män och kvinnor, som vi beskrivit ovan, blir ännu tydligare om man lägger in dem i samma diagram

(diagram 8.6). Samtidigt är det slående hur parallell utvecklingen varit efter 1990, då fallet i arbetskraftsdeltagandet varit i stort detsamma för båda könen, 7–8 procent. Det är detta som är det nya mönstret. Övergången från hemarbete till yrkesarbete för kvinnornas del är avslutad. Numera gäller i stort sett samma förhållanden för män och kvinnor i dessa avseenden.

**Diagram 8.6 Andelen i arbetskraften av befolkningen 16–64 år, män och kvinnor**



Källa: SCB

En viktig faktor i sammanhanget är att nedgången i hög grad berört den äldre arbetskraften. Diagrammen 8.7A–B visar att allt färre personer i åldrarna 55–64 år är aktiva på arbetsmarknaden.

Diagram 8.7A Ålderns bytydelse – arbetskraftsdeltagandet i åldrarna 55-59 år

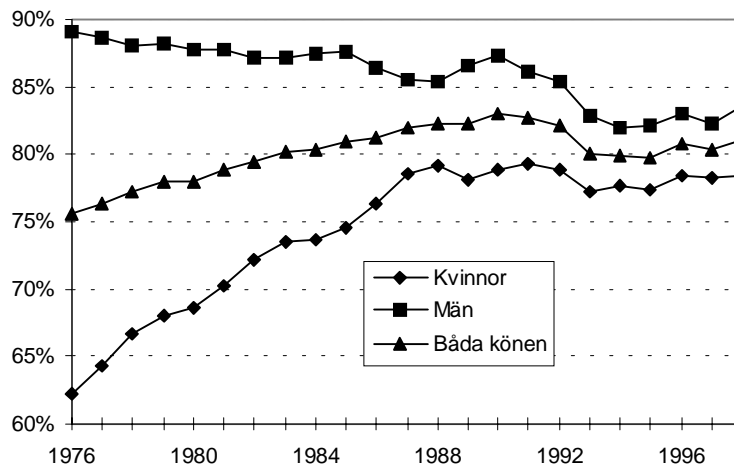
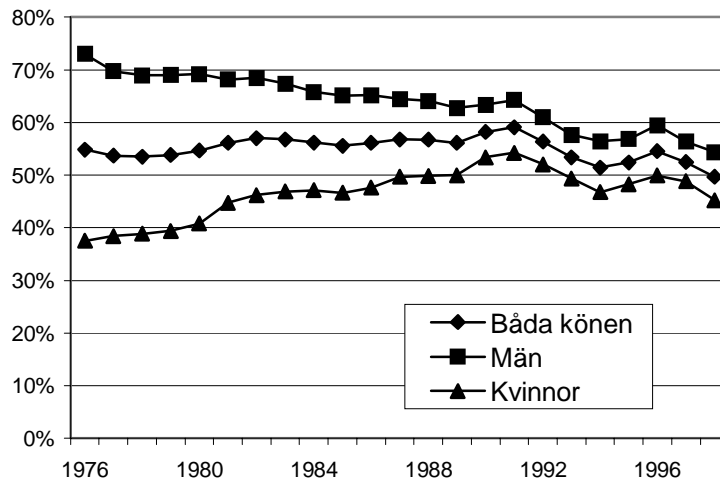


Diagram 8.7B Ålderns betydelse – arbetskraftsdeltagandet i åldrarna 60-64 år



Källa: SCB

Den totala bilden skymms liksom tidigare av kvinnornas inträde på arbetsmarknaden, men sedan början av 1990-talet är även här den negativa trenden ett faktum. För männen i åldern 60-64 år är utvecklingen mycket tydlig. Under perioden 1976-1998 har andelen förvärvsaktiva män i åldern 60-64 år minskat dramatiskt från 73 procent 1976 till 54 procent 1998. Detta förhållande står i märklig kontrast till både hälso-utveckling och utveckling av levnadsförhållanden i Sverige under de senaste 25 åren. Orsakerna till den negativa trenden när det gäller de

äldres deltagande i arbetsmarknaden måste i hög grad sökas i arbetslivets utformning. Bidragande faktorer har också varit tendensen att förtidspensionera bort sysselsättningsproblemen samt de negativa attityderna mot äldre arbetskraft. Samtidigt har under 1990-talet avtalspensioneringar kommit att i allt större utsträckning utnyttjas som medel vid rationaliseringar och nedskärningar både hos privata och offentliga arbetsgivare. Vidare ökade antalet personer, som gjort förtida uttag från ålderspensionssystemet, med drygt 26 procent mellan år 1993 och 1998. (I december 1993 var 16 800 ålderspensionärer yngre än 65. I december 1998 var antalet 21 200.)

Trenden mot minskat arbetskraftsdeltagande bland äldre män är internationell (Holmlund, 1997). Många länder har under 1970- och 1980-talet medvetet satsat på förtidspensionering eller andra typ av lösningar, som innebär förtida utträde från arbetsmarknaden, som medel att reducera utbudet av äldre arbetskraft. Detta handlande har i många fall styrts av föreställningar om att det på det sättet blir fler jobb för ungdomar. Man har då inte tagit hänsyn till att något sådant enkelt samband knappast existerar. En växande insikt om de samhällsekonomiska problem, som är förknippade med en alltför omfattande för tidig avgång från arbetslivet, har gjort att de flesta industriländer nu arbetar på olika sätt för att vända utvecklingen (OECD, 1998a).

#### *Två vägar ut ur arbetsmarknaden före 65 år<sup>1</sup>*

När det gäller olika vägar ut ur arbetskraften är det viktigt att poängtera att det i många fall inte finns något rimligt alternativ till förtida utträde. Individens fysiska och psykosociala situation kan vara av sådant art att inga andra lösningar kan anses föreligga. För individer som har en mycket nedsatt arbetsförmåga är förtidspensionering av medicinska skäl naturlig utgång. Men det är också viktigt att betona att detta gäller just vid den tidpunkt individen träder ur arbetskraften. En tidigare fokusering på individens arbetsförhållanden skulle kanske lett till att antalet individer, som hamnar i en sådan situation, reducerats.

I december år 1998 var antalet personer som uppbar förtidspension eller sjukbidrag 422 000 (RFV, 1999). Cirka 56 procent av dessa var kvinnor. Knappt 134 000 personer i åldersgruppen 60-64 år uppbar förtidspension eller sjukbidrag i december år 1998. I förtids-

---

<sup>1</sup> Avsnittet bygger i stort sett på den analys som återfinns i Wadensjö och Sjögren, 1999. Vi har här fokuserat på två alternativa vägar för förtida utträde från arbetsmarknaden medan en mer utförlig analys av olika vägar ut ur arbetskraften före 65 år återfinns i Wadensjö och Sjögren.

pensionssystemet finns möjlighet till partiella förmåner. En omräkning till 100-procentig förtidspension reducerar antalet förtidspensioner/sjukbidrag till drygt 368 000 (Statskontoret, 1999).

En i sammanhanget viktig faktor, som sällan uppmärksammas i den allmänna debatten, är den förtida avtalspensioneringen. Denna har ökat starkt i omfattning under 1990-talet. Samhällsekonomiskt fungerar en förtida avtalspensionering på samma sätt som en förtidspensionering. Den enda skillnaden är att den direkta ersättningskostnaden inte drabbar den offentliga sektorn. Kunskapen om omfattningen av de förtida avtalspensioneringarna är begränsad. Enligt en uppskattning (Wadensjö och Sjögren, 1999) uppbar 52 600 tjänstemän förtida avtalspension i slutet av år 1996. Antalet tjänstemän i åldern 60–64 år med förtida avtalspension är större än antalet i samma ålder med förtidspension.

Enligt uppgifter som tagits fram på Socialdepartementet genom kontakter med AMF Pension<sup>2</sup> hade år 1998 cirka 89 000 personer under 65 år pension på SAF/LO-avtalsområdet (i stort sett privat anställda arbetare). Detta är en ökning från 78 000 personer 1989. Vad gäller kommuner och landsting hade år 1998 cirka 66 000 personer under 65 års ålder pension, vilket är en ökning från 39 000 personer 1989.

Ett sätt att få en uppfattning om omfattningen av de förtida avtalspensionerna är att analysera inkomststrukturen. Wadensjö och Sjögren har gjort detta för de som är i åldern 60–64 år. Med hjälp av deras redovisning kan man få en grov bild av förtids- och avtalspensionernas betydelse. Det visar sig att för män i åldern 60–64 år pensioner i olika former utgör 36 procent av den genomsnittliga bruttoinkomsten. De viktigaste posterna är förtidspension (knappt 14 procent av den genomsnittliga bruttoinkomsten) och avtalspension (knappt 13 procent).

När det gäller kvinnor i åldern 60–64 år utgör pensioner i olika former 39 procent. Den dominerade posten är förtidspension (knappt 16 procent av den genomsnittliga bruttoinkomsten). Avtalspensionernas andel var här något lägre (drygt 11 procent).

Avtalspensioneringarnas omfattning visar vikten av att analysera samspelet mellan ersättningarna från socialförsäkringssystemen och företagens personalpolitik. I en situation, där företaget väljer att göra sig av med den äldre arbetskraften, kan man helt eller delvis anlita socialförsäkringar, avtalsförsäkringar eller speciella arbetsmarknadspolitiska åtgärder för att minimera företagets kostnader. Social- och avtalsförsäkringarna påverkar också tillsammans med företagets

---

<sup>2</sup> Bolaget grundades 1973 och ägs gemensamt av SAF och LO. AMF Pension har närmare 1 miljon tjänstepensionskunder och är bland de största i Sverige när det gäller att förvalta just tjänstepensioner.

ersättningar de anställdas drivkrafter att lämna arbetskraften. Även om många äldre formellt lämnar företaget frivilligt kan det finnas inslag av tvång i denna typ av avgångar. Socialt tryck och diskriminering av de äldre i syfte att dessa skall lämna företaget (och därmed arbetskraften) är inslag som blivit allt mer vanliga idag. Det finns tydliga exempel på att en del av dem, som ansöker om tidig avgång, i själva verket önskar att arbeta kvar (Isaksson och Johansson, 1997). En viss roll kan det också spela att myter är i svang med innebörden att om de äldre lämnar arbetskraften så blir det fler jobb för de unga. Låt oss återigen peka på det självklara att ekonomin (och för den delen utvecklingen på arbetsmarknaden) inte är något nollsummespel. Antalet arbetstillfällen är inte fastställt i förväg en gång för alla.

Förtida utträde från arbetsmarknaden sker på bekostnad av hela samhället genom ökade offentliga utgifter, ökade avgifter till avtalsförsäkringar och minskade skatteinbetalningar. Den samhällsekonomiska förlusten i form av värdet på produktionsbortfallet i samband med förtida utträde från arbetsmarknaden måste också uppmärksammas.

#### *Två alternativ för den framtida utvecklingen av arbetskraften*

För att visa vilken betydelse det förtida utträdet ur arbetskraften har, när det gäller möjligheterna att finansiera den offentliga vård- och omsorgssektorn i framtiden, väljer vi att konstruera våra scenarier utifrån två alternativ – ”Oförändrat” resp. ”Förbättrat” – när det gäller arbetskraftsdeltagandet och utvecklingen på arbetsmarknaden.

*Alternativet ”Oförändrat”* utgår från SCB:s arbetskraftsprognos 1999, lågalternativet. Det baserar sig på följande antaganden<sup>3</sup>:

A. Befolkningsprognosens huvudalternativ (Enligt SCB:s prognos från 1998).

- Fruktsamhet: Det genomsnittliga barnantalet antas bli drygt 1,8 barn per kvinna, vilket är en ökning i förhållande till nuläget.
- Dödlighet: Under de närmaste 15 åren väntas dödligheten i olika åldrar sjunka så att medellivslängden ökar med 2,1 år för män och 1,7 år för kvinnor.
- Migration: Det årliga invandringsnettot antas bli 12 000 från och med år 2004.

---

<sup>3</sup> För fördjupad analys hänvisas till SCB:s rapport ”Arbetskraftsprognos 1999; Information om utbildning och arbetsmarknad 1999:2.



### B. Sysselsättningsprognosens lågalternativ:

- Arbetskraftsdeltagande: Kvar på 1997 års nivå till 2015 per åldersgrupp räknat.
- Arbetslöshet: I princip kvar på 1997 års nivå till 2015.

Total utjämning<sup>1</sup> mellan könen 2010 antas gälla inom varje åldersgrupp med avseende på såväl arbetskraftsdeltagande som arbetslöshet.

Utvecklingen mellan 2015 och 2030 antas följa SCB:s antaganden för perioden 1997–2015. Detta innebär att vi antar oförändrat arbetskraftsdeltagande per åldersgrupp och oförändrat arbetslöshet på 1997-års nivå, vilket ger en (netto-) arbetslöshet på 8 procent samt ett totalt arbetskraftsdeltagandet i befolkningen i åldern 20–64 år på 79,7 procent år 2030 beroende på förändringar i ålderssammansättningen samt skillnader i det åldersspecifika arbetskraftsdeltagandet.

Vårt ”Förbättrat” alternativ stämmer med Konjunkturinstitutets (KI) basscenario (Långtidsutredningen 1999/2000) för tiden fram till år 2015 såväl när det gäller antagandet om arbetskraftsdeltagandet som arbetslösheten. Befolkningsprognosen är densamma som i ovanstående alternativ.

För perioden mellan 2015–2030 antar vi att arbetskraftsdeltagandet per åldersgrupp räknat blir lika med det Konjunkturinstitutet använder för år 2015. Det totala arbetskraftsdeltagandet förändras därigenom endast marginellt beroende på förändringar i ålderssammansättningen samt skillnader i de åldersspecifika arbetskraftstalen. Arbetskraftsdeltagandet bland befolkningen i åldern 20–64 år kommer då år 2030 att ligga på 82,3 procent. Även andelen av arbetskraften, som är arbetslös eller sysselsatt i arbetsmarknadspolitiska åtgärder, hålls konstant på 2015 års nivå, vilket innebär en öppen arbetslöshet på 4 procent samt en bruttoarbetslöshet, dvs. inkl. åtgärder, på 6,5 procent. Andelen sysselsatta av befolkningen 20–64 år antas därmed under hela perioden 2015–2030 uppgå till drygt 79 procent. För jämförelsens skull kan man notera att andelen sysselsatta av hela befolkningen 16–64 år, dvs. inklusive de yngsta, som i stor utsträckning är upptagna av studier, under samma period antas ligga stilla på cirka 75 procent.

Alternativet ”Oförändrat” innebär en enkel, statisk framskrivning, där arbetskraftsutbudet i stort sett antas följa den underliggande

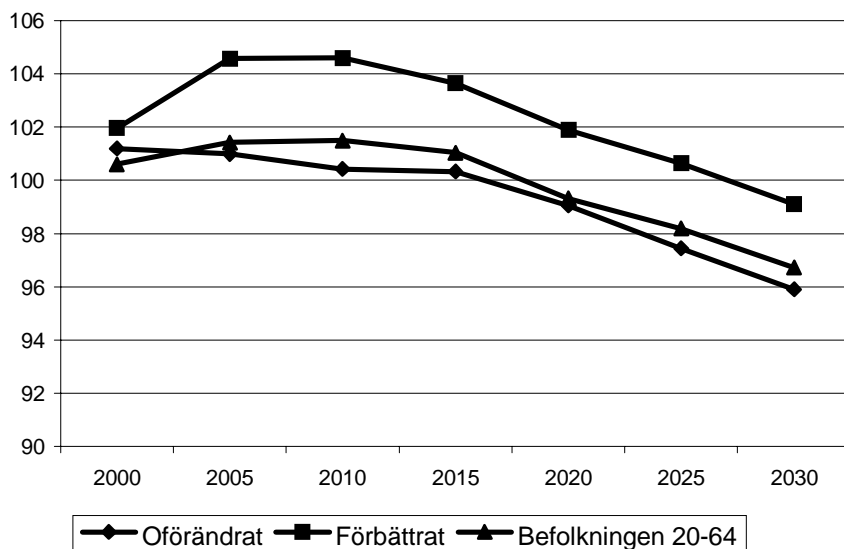
---

<sup>1</sup> Total utjämning åstadkoms genom att kvinnornas arbetskraftsdeltagande ökar samtidigt som männens minskar (SCB:s rapport ”Arbetskraftsprognos 1999”).

befolkningsutvecklingen. Som det framgår av diagram 8.8 nedan resulterar detta i en nedgång med cirka 4 procent vad gäller antal personer i arbetskraften.

**Diagram 8.8 Arbetskraften (två alternativ, "Oförändrat" resp. "Förbättrat") och befolkningen mellan 20 och 64 år, period 2000-2030**

Index för år 1998 = 100



Källor: SCB och egna beräkningar

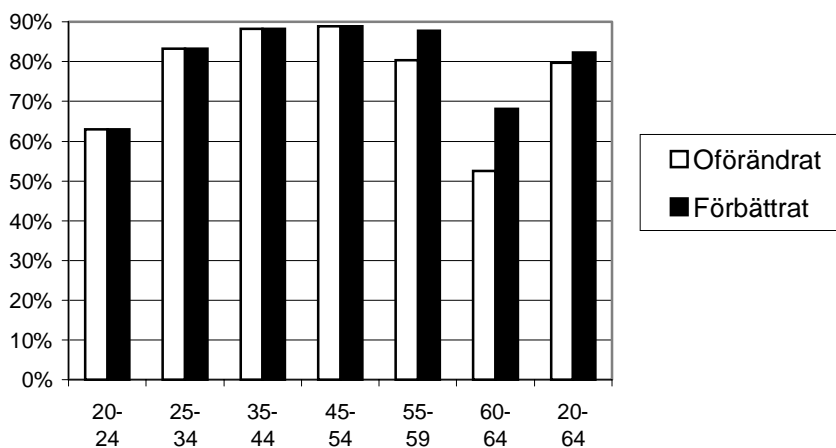
Om vi däremot skulle få ett förbättrat arbetskraftsdeltagande leder detta till att arbetskraftsutbudet växer snabbare än den underliggande befolkningsutvecklingen. I sitt basscenario antar Konjunkturinstitutet att arbetskraftsutbudet växer betydligt snabbare än den underliggande befolkningsutvecklingen under de närmaste åren fram till år 2004 för att därefter följa den underliggande demografiska trenden. Trots en så stark utveckling i början av perioden kommer dock antalet personer i arbetskraften i åldern 20–64 år 2030 i vårt "Förbättrat" alternativ att vara knappt 40 000 färre än motsvarande antalet år 1998. Detta sätter fokus på både förändringar i arbetskraftsutbudet och antalet arbetade timmar.

*Skillnaden<sup>1</sup> mellan "Oförändrat" och "Förbättrat" uttryckt som de äldres deltagande i arbetskraften*

Ett sätt att illustrera skillnaden mellan våra båda alternativ är att uttrycka den som en skillnad, när det gäller de äldres deltagande i arbetskraften. I "Förbättrat"-alternativet antas man framgångsrikt ha lyckats vända det förtida utträdet från arbetsmarknaden bland den äldre arbetskraften. Det har därigenom i åldersgruppen 55–64 år och för båda könen skett en återgång till vad som gällde för männens del år 1981. Arbetskraftsdeltagandet år 2030 i åldrarna 55–59 år resp. 60–64 år blir 87,8 procent (jämfört med 80,3 procent år 1997) resp. 68,1 procent (52,5 procent år 1997). Samma effekt skulle kunna uppnås genom ett 10 procent högre arbetskraftsdeltagande i åldersgruppen 50–64 år. I "Oförändrat"-alternativet däremot antas arbetskraftsdeltagandet ligga kvar på 1997 års nivå.

Skillnaden mellan "Oförändrat-" och "Förbättrat"-alternativen per åldersgrupp räknat kan illustreras av diagram 8.9 nedan.

**Diagram 8.9 Arbetskraftsdeltagande i olika åldersgrupper enligt alternativ "Oförändrat" resp. "Förbättrat" år 2030 (en illustration)**



<sup>1</sup> Detta är ett alternativt sätt att åskådliggöra skillnaderna mellan de två olika alternativen, dvs. det följer inte den av Konjukturinstitutet beskrivna utvecklingen när det gäller arbetskraftsdeltagandet per åldersgrupp räknat. Däremot är det totala arbetskraftsdeltagandet detsamma.

## 9 Framtida vårdkostnader i relation till samhällsekonomin

I detta kapitel beskrivs framtida vårdkostnader i relation till samhällsekonomin givet demografi, ohälsa och arbetskraftsdeltagande. Vi gör beräkningar med hjälp av några alternativa scenarier. I kapitel 6 har redovisats beräkningar avseende volymutvecklingen inom hälso- och sjukvården resp. äldreomsorgen under perioden 2000–2030 under olika antaganden. Dessa beräkningar visade att det finns anledning att förvänta sig ett ökande resursbehov för dessa verksamheter av demografiska skäl, men att resultatet i hög grad påverkas av om man tar hänsyn till förväntade förbättringar, när det gäller dödligheten och förekomsten av svår ohälsa. För att närmare förstå innebörden av dessa resultat måste man sätta in dem i ett samhällsekonomiskt sammanhang. I detta syfte har vi konstruerat två olika ekonomiska bakgrundsscenarier mot vilka vi sedan ställer två olika alternativ för utvecklingen inom den offentliga vård- och omsorgssektorn.

Scenarierna beskriver den samhällsekonomiska utvecklingen i termer av:

- arbetstimmar i offentlig sektor och näringsliv,
- arbetstider och deltidsarbete,
- sysselsättning, arbetslöshet och arbetsutbud,
- produktivitets- och löneutveckling,
- export, import och investeringar,
- privat resp. offentlig produktion och konsumtion,
- pensioner, bidrag och ersättningar,
- skatter, subventioner och sparande.

Vi har valt att som utgångspunkt för våra bakgrundsscenarier välja Långtidsutredningens basscenario<sup>1</sup> förlängt till år 2030, men med viss modifiering av utvecklingen inom den offentliga sektorn.

---

<sup>1</sup> Underlag för Långtidsutredningens basscenario för perioden fram till 2015 har tagits fram av Konjunkturinstitutet och presenterats i Bilaga 1 till Långtidsutredningen – Konjunkturinstitutet [2000].

Våra scenarier skiljer sig från varandra med avseende på utvecklingen av arbetskraften på det sätt som beskrivits i kapitel 8. I det alternativ, som vi benämner "Förbättrat", antas denna utvecklas på samma vis som i Långtidsutredningens basscenario. I "Oförändrat"-alternativet antas en betydligt sämre utveckling av arbetskraft och sysselsättning. De viktigaste resursantagandena i "Förbättrat"-alternativet resp. "Oförändrat"-alternativet framgår av tabell 9.1 nedan.

**Tabell 9.1 Ekonomiska resursantaganden i "Förbättrat"-alternativet resp. "Oförändrat"-alternativet för perioden 2000–2030, i 1000-tal**

	2000		2015		2030	
			Förbättrat	Oförändrat	Förbättrat	Oförändrat
Befolkning i åldern,						
16–64 år	5 594	5 589	5 589	5 589	5 412	5 412
Arbetskraft	4 323	4 389	4 252	4 252	4 216	4 080
Arbetslöshet, brutto <sup>2</sup>	389	286	559	559	274	536
Arbetslöshet, netto	245	176	344	344	169	340
Antal sysselsatta	4 078	4 213	3 908	3 908	4 047	3 750

Produktivitetsutvecklingen i näringslivet antas vara i genomsnitt 2,1 procent per år över perioden som helhet.

"Förbättrat"-alternativet tecknar en ganska positiv utveckling av svensk ekonomi under de närmaste decennierna. Andelen sysselsatta i befolkningen antas stiga till den nivå som gällde under mitten av 1980-talet, produktiviteten i näringslivet väntas öka i något högre takt än under de senaste tjugo åren osv. För den offentliga sektorn antas en utveckling, som motsvarar demografin inom de delsektorer, som är direkt påverkade av denna, dvs. i första hand barnomsorgen och skolan. Detta innebär en viss minskning av barnomsorgen fram till år 2005, varefter det sker en svag tillväxt så att volymen år 2030 är ungefär lika stor som i utgångsläget. Den kommunala utbildningssektorn antas av samma skäl minska med cirka 15 procent fram till år 2015. Därefter väntas antalet barn och ungdomar åter öka, vilket innebär en volymökning i skelsektorn på omkring 10 procent under åren 2015–2030. För de övriga icke-demografistyrd delarna av den offentliga sektorn antas en mycket långsam utveckling med sammanlagt omkring 5 procent volymökning under hela perioden 2000–2030. Transfereringarna till hushållen, dvs. pensioner, sociala ersättningar och bidrag, antas utvecklas i linje med Långtidsutredningens basscenario.

<sup>2</sup> Dvs. inkl. de personer som deltar i arbetsmarknadspolitiska åtgärder

De valda antagandena för den offentliga sektorn, exkl. hälso- och sjukvård och äldreomsorg, innebär att det knappast finns något utrymme för kvalitetshöjningar eller ens återställande av läget före 1990-talskrisen. Konjunkturinstitutet har här valt att göra ett betydligt mer expansivt antagande, som innebär en volymutveckling i den offentliga sektorn med 1 procent per år under perioden 2000–2015. Skälet till att vi inte valt att följa dessa antaganden är att man då tvingas till en betydande reduktion av den offentliga sektorn under perioden 2015–2030 på grund av framförallt minskningen av antalet personer i arbetsför ålder efter år 2010 (jfr tabell 9.2 nedan). Detta antal minskar enligt befolkningsprognosen med nästan en kvart miljon personer under perioden 2010–2030 beroende på stora pensionsavgångar och låg natalitet. Samtidigt ökar antalet personer över 65 år med mer än en halv miljon.

Den krympande befolkningen i traditionell yrkesverksam ålder aktualiserar i hög grad betydelsen av en hög andel förvärvsarbetande även högt upp i åldrarna. Våra alternativ avser här att illustrera effekten av om man lyckas att förhindra förtida utträde från arbetsmarknaden bland den äldre arbetskraften eller inte. Som påpekats i kapitel 8 skulle "Förbättrat"-alternativet innebära en återgång för åldersgruppen 55–64 år som helhet till det arbetskraftsdeltagande som gällde för männen år 1981. Samma effekt skulle kunna uppnås med ett 10 procent högre arbetskraftsdeltagande i åldersgruppen 50–64 år än i "Oförändrat"-alternativet, dvs. 1997 års nivå. En bakgrund för detta antagande ges i kapitel 8. Inte bara arbetskraftsdeltagandet antas vara lägre i "Oförändrat"-alternativet, utan, som framgår av tabell 9.1, antar vi här också att arbetslösheten är högre – såväl netto som brutto – dvs. inkl. arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Det lägre antalet sysselsatta resulterar i sin tur i lägre ekonomisk tillväxt och privat konsumtion samt högre skatter givet en oförändrad utveckling av den offentliga konsumtionen och transfereringarna.

Mot dessa två bakgrundsalternativ för den samhällsekonomiska utvecklingen har vi ställt två alternativ för utvecklingen av den offentliga vård- och omsorgssektorn. Det första alternativet är en renodlad, enkel demografisk framskrivning baserad på oförändrade konsumtionsmönster. Verksamhetsvolymen antas där utvecklas på det sätt som redovisats i kapitel 6 ovan. Sammantaget innebär detta en volymutveckling<sup>3</sup> för vård- och omsorgssektorn på omkring 25 procent under perioden 2000–2030, dvs. i genomsnitt 0,8 procent per år. Expansionen blir något starkare under den andra halvan av perioden än under den första.

---

<sup>3</sup> "Volym" motsvarar kostnader i fasta löner och priser

Som framgått av resultat och diskussion i tidigare kapitel måste emellertid de antaganden om oförändrad resursinsats per person givet ålder och kön, som en rent demografisk framskrivning är baserad på, betecknas som orealistiska. När det gäller vården och omsorgen finns det starka skäl att tro att förändringar i dödlighet och ohälsa kommer att påverka resursbehoven. Som vårt lägre utvecklingsalternativ har vi därför valt att lägga in den reviderade volymframskrivning för vården och omsorgen, som vi också presenterade i kapitel 6. För äldreomsorgen har vi här valt alternativet, som är baserat på SCB/ULF-data (jfr diagram 6.2). Vårdsektorns totala volymutveckling under perioden blir då omkring hälften så stor, knappt 12 procent, vilket motsvarar 0,4 procent per år. Den totala volymutvecklingen för de kommunala verksamheterna i våra båda scenarier resp. Konjunkturinstitutets basscenario framgår av tabell 9.2 nedan.

**Tabell 9.2 Total volymutveckling för de kommunala verksamheterna, en jämförelse mellan våra två alternativ och Konjunkturinstitutets (KI:s) beräkningar**

Index 2000 = 100

År	Alt. förbättrad hälsa		Alt. oförändrad hälsa		KI:s basscenario, efter 2015 LU	
		Årlig procentuell förändring		Årlig procentuell förändring		Årlig procentuell förändring
2005	100	0,0	101	0,2	105	1,0
2010	99	-0,1	101	0,1	111	1,1
2015	99	-0,1	102	0,1	117	1,1
2020	101	0,5	106	0,7	121	0,6
2025	104	0,5	109	0,7	119	-0,3
2030	105	0,3	112	0,5	118	-0,2

Källor: Bilaga 1 till Långtidsutredningen – Konjunkturinstitutet [2000], Bilaga 9 till Långtidsutredningen – Finansdepartementet [2000] samt egna beräkningar.

De två alternativ, som härmed erhålls när det gäller utvecklingen av vård- och omsorgssektorn, skiljer sig ganska avsevärt när det gäller behovet av arbetskraft. En viktig fråga, när det gäller att bedöma vilka konsekvenser det får om man ökar eller minskar den offentliga sektorn jämfört med ett grundalternativ, är varifrån denna arbetskraft skall tas resp. vad som händer med den om den inte längre behövs. I princip kan man tänka sig tre alternativ (och naturligtvis alla möjliga kombinationer härav):

- den totala arbetskraften ökar eller minskar i samma mån, varvid alltså såväl sysselsättningen i näringslivet som arbetslösheten förblir oförändrad jämfört med utvecklingen i grundalternativet,
- arbetslösheten ökar eller minskar i samma mån med oförändrad total arbetskraft och sysselsättning i näringslivet som följd,
- sysselsättningen i näringslivet ökar eller minskar i samma mån med oförändrad arbetskraft och arbetslöshet som följd.

Dessa alternativ ger uppenbart mycket olika utfall när det gäller den samhällsekonomiska effekten av den antagna förändringen av den offentliga sektorns storlek. Vi har här valt det från offentlig finansieringssynpunkt mest ogynnsamma, men också det mest realistiska alternativet, nämligen att det är sysselsättningen i näringslivet och inget annat som påverkas. Detta är motiverat med hänsyn till att vi diskuterar ett långt tidsperspektiv, där konjunkturella effekter saknar relevans och man därför måste utgå från att arbetsutbud och arbetslöshet är strukturellt bestämda.

Med hjälp av en ekonomisk beräkningsmodell – VEA-modellen<sup>4</sup> – har vi för de olika fallen beräknat dels den resulterande ekonomiska tillväxten, dels de statsfinansiella konsekvenserna av den antagna utvecklingen av den offentliga sektorn i resp. scenario. Resultaten av de senare beräkningarna kan uttryckas i skattekvot<sup>5</sup> vid ett givet offentligt budgetsaldo eller offentligt budgetsaldo vid en given skattekvot. Vi har valt det första måttet för att undvika att resultatet skymms av ränteutgifterna på en växande statsskuld. Vi har dessutom antagit att den kommunala sektorn hålls i finansiell balans genom förändring av statsbidragen. Det offentliga budgetsaldot styrs då genom ökning eller minskning av den statliga skatten.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Modellen finns beskriven i Lagergren, Batljan och Zavisic, Valfärden och Samhällsekonomi, Valfärdsprojektets skriftserie: Kunskap/idé/enskilda röster Nr. 10, Socialdepartementet, 1997

<sup>5</sup> Skattekvoten är lika med summan av direkta och indirekta skatter i förhållande till BNP.

<sup>6</sup> Det är i detta sammanhang oväsentligt *hur* en erforderlig ändring av skatteuttaget kommer till stånd. Antagandet om att det är statsskatten och inte kommunalskatten som ändras saknar betydelse för vår analys.



*En sammanfattande beskrivning av de olika scenarier<sup>7</sup>*

Som konstaterades ovan har utgångspunkten för våra scenarier varit Långtidsutredningens basscenario förlängt till år 2030. Den långsiktiga utvecklingen i Långtidsutredningens basscenario (Bilaga 1 till Långtidsutredningen – Konjunkturinstitutet [2000]) bygger på simuleringar med en så kallad allmän jämviktsmodell, EMEC. Modellen är utbudsstyrd, dvs. en möjlig produktion av olika varor och tjänster bestäms av tillgången på arbetskraft och kapital och av produktivitetstillväxten i olika sektorer. På lång sikt antas priserna anpassa sig så att tillgängliga resurser kan användas fullt ut. Den arbetslöshet som trots allt kvarstår är då av strukturell karaktär.

Utbudet av arbetskraft bestäms av antalet personer i arbetsför ålder och i vilken utsträckning dessa personer kommer att vilja och kunna arbeta. Som framgått ovan är det just arbetskraftsvariabeln, som modifieras i våra scenarier. Detta gäller såväl dess storlek som dess inbördes sammansättning med hänsyn till utvecklingen inom den offentliga (vården och omsorgen) resp. den privata sektorn.

I huvudscenariot antar Konjunkturinstitutet att medelarbetstiden trendmässigt kommer att sjunka med 0,2 procent per år. Nedgången i arbetstid förklaras inte av någon avtalad eller lagstiftad arbetstidsförkortning, utan är följderna av individuella beslut att arbeta mindre i takt med att den reala timlönen ökar. Medelarbetstiden minskar från 36,8 timmar per vecka 1998 till 35,5 timmar år 2015. Vi antar att den långsamma nedgången om 0,2 procent per år fortsätter under perioden 2015–2030. Veckoarbetstiden skulle då hamna på 34,5 timmar år 2030.

Den genomsnittliga ökningen i investeringsefterfrågan fram till år 2015 beräknas bli betydligt snabbare än BNP-tillväxten. Investeringarna ökar snabbast i början av perioden när BNP växer snabbt av konjunkturella skäl, och avtar sedan i takt med att arbetskrafts- och BNP-tillväxten minskar. Utvecklingen förstärks av en förväntad kraftig ökning i bostadsinvesteringarna under de närmaste åren, en ökning som mattas av på sikt. Sammantaget ger detta upphov till en i ett historiskt perspektiv relativt stark investeringsutveckling fram till år 2015. Under perioden 2015–2030 antas att investeringarna utvecklas i takt med BNP-tillväxten.

Fram till år 2015 baserar sig alltså våra beräkningar på utvecklingen i Konjunkturinstitutets basscenario. För de flesta variabler antas sedan att utvecklingen fortsätter i samma takt även under de följande 15 åren, dvs. fram till år 2030. Variabler som beskriver arbetslösheten, dvs. an-

---

<sup>7</sup> Avsnittet bygger på bilaga 1 till Långtidsutredningen resp. kapitel 3 i Långtidsutredningens huvudbetänkande.

delen av arbetskraften som är arbetslös eller sysselsatt i arbetsmarknadspolitiska åtgärder, hålls konstanta på 2015 års nivå.

Hur stor BNP-tillväxten blir vid en given sysselsättning (i timmar räknat) beror av produktivitetens utvecklingen i det privata näringslivet. I Konjunkturinstitutets basscenario antas produktiviteten i näringslivet öka med 2,3 procent per år under perioden 2010–2015. Under de därpå följande fem åren antas förändringstakten gradvis sjunka till genomsnittet för perioden 1980–1998, 2,0 procent per år. Denna tillväxt antas sedan vara konstant under de resterande tio åren fram till år 2030. Sammantaget antas produktivitetens utvecklingen i näringslivet vara i genomsnitt 2,1 procent per år över perioden som helhet. I den offentliga sektorn antas produktiviteten vara oförändrad<sup>8</sup>.

Ett annat viktigt antagande gäller det finansiella sparandet för den offentliga sektorn. I alla våra scenarier har vi ett och samma antagande när det gäller det offentliga sparandet. Detta överensstämmer med antagandena i KI:s basscenario, för perioden fram till 2015 och innebär krav på visst överskott i de offentliga finanserna. Detta krav ersätts efter år 2015 av ett krav på finansiell balans.

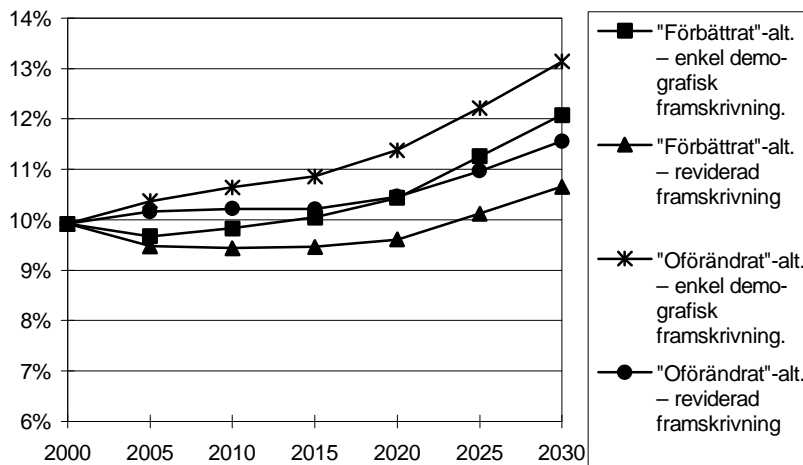
### *Resultat*

I diagrammen 9.1–9.3 sammanfattas huvudresultaten av beräkningarna i de olika alternativen uttryckta som utvecklingen under perioden 2000–2030 av offentlig konsumtion av vård och omsorg i förhållande till BNP, d:o offentlig konsumtion totalt samt skattekvoten.

---

<sup>8</sup> Detta är ett standardantagande i Nationalräkenskaperna

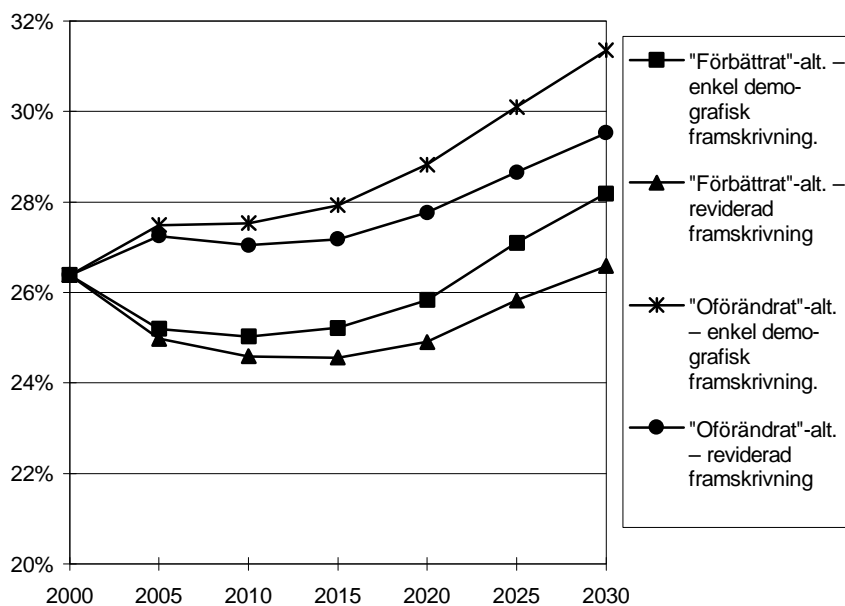
**Diagram 9.1 Offentlig konsumtion av vård och omsorg som andel av BNP, löpande priser**



Som framgår av diagram 9.1 är det inte fråga om några dramatiska ökningarna i något av alternativen, i vart fall inte de närmaste tjugo åren. Som mest blir år 2030 vård- och omsorgssektorns andel av BNP 13,1 procent och som minst 10,7 procent jämfört med 9,9 procent år 2000. Framskrivning enligt reviderad metod ger en obetydlig ökning av BNP-andelen – eller till och med minskning – fram till 2020-talets början. Därefter drar det iväg ganska hastigt beroende på den mycket starka ökningen av antalet mycket gamla när ”40-talisterna” når upp i de högsta åldrarna. Effekten av hälsoförbättringar och minskad dödlighet gäller ju i första hand de yngre äldre.

Utvecklingen av den totala offentliga konsumtionen i resp. alternativen visas i diagram 9.2.

Diagram 9.2 Offentlig konsumtion som andel av BNP, löpande priser



Det visar sig här tydligt att antagandet om sysselsättningens utveckling har större betydelse för den offentliga konsumtionen som andel av BNP än sättet att bedöma den framtida efterfrågan på vård och omsorg. Detta beror på att BNP år 2030 blir 13 procent högre i "Förbättrat"-alternativet än i "Oförändrat"-alternativet. Det är då att märka att utvecklingen av produktionen per arbetstimme i näringslivet är densamma i båda alternativen. Det som skiljer är andelen sysselsatta av befolkningen i arbetsför ålder.

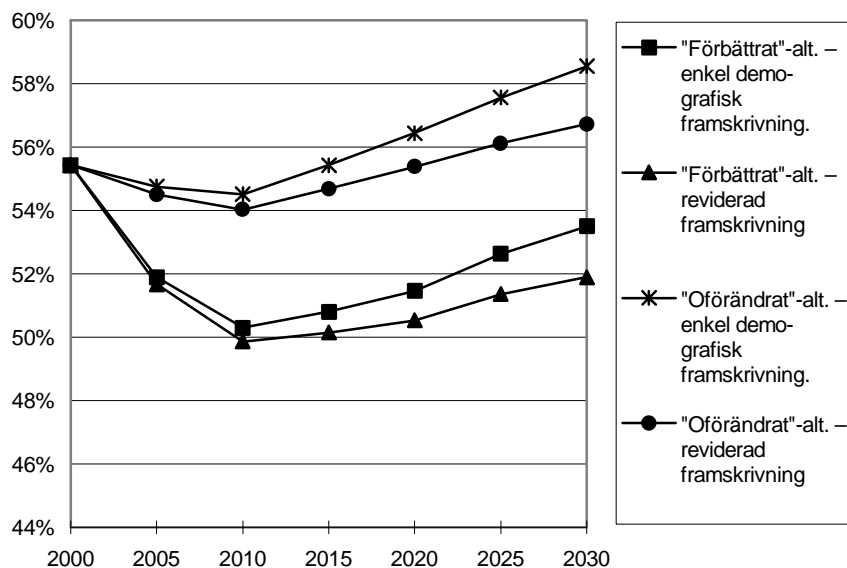
Som framgår av tabell 9.1 är det ca 300 000 fler personer i arbete år 2030 i "Förbättrat"-alternativet än i "Oförändrat"-alternativet. Huvuddelen av skillnaden uppstår emellertid redan i början av 2000-talet beroende på den snabba ökningen av arbetskraften under de närmaste åren enligt Konjunkturinstitutet:s basscenario. Olikheterna i BNP-utveckling får som framgår av nästa diagram stor betydelse för möjligheterna att finansiera den offentliga verksamheten.

En markant effekt i diagram 9.2 är också den minskning av den offentliga konsumtionens andel av BNP, som inträffar det närmaste årtiondet om sysselsättningen hamnar på en hög nivå. Denna beror på den demografiskt betingade minskningen av barnomsorg och skola i förening med ett mycket måttligt efterfrågetryck inom vård och omsorg. Efter år 2015 ändras denna situation påtagligt. I de båda alternativen med låg

sysselsättning erhålls därigenom en väsentligt högre BNP-andel för den offentliga konsumtionen år 2030 än i utgångsläget.

Pårestningen på det offentliga finansieringssystemet kan avläsas genom skattekvoten, dvs. summan av de direkta och indirekta skatterna i förhållande till BNP. Hur denna utvecklas i de olika alternativen framgår av diagram 9.3.

Diagram 9.3. Skattekvotens utveckling 2000–2030



Skattekvotens utveckling avspeglar väsentligen förändringen av den offentliga konsumtionen, fastän något förskjuten beroende på att utvecklingen av transfereringarna tillkommer. Man finner här att hög sysselsättning medger en skattenivå, som är lägre än år 2000 under hela perioden, oavsett om efterfrågetrycket i vård- och omsorgssektorn påverkas av hälsoutvecklingen eller ej. I det motsatta fallet hjälper inte hälsoförbättringen. Skattekvoten tvingas på 2020-talet ändå upp på en högre nivå än dagens.

### Diskussion

Beräkningarna av den offentliga vård- och omsorgskonsumtionen som andel av BNP under perioden 1995–2030 visar för det första att man under alla förhållanden måste räkna med ett behov av resursförstärkning på dessa områden, i absoluta termer såväl som i relation till de totala resurserna. Detta är inget oväntat resultat med hänsyn till den

mycket starka ökningen av antalet äldre personer i befolkningen. Mer anmärkningsvärt är den stora inverkan olika antaganden får på det beräknade ökningsbehovet. I det mest gynnsamma alternativet – hög sysselsättning ("Förbättrat"-alternativet) och god hälsa – är den erforderliga ökningen av vård- och omsorgssektorns BNP-andel fram till år 2030 inte mer än en fjärdedel av vad som krävs i det mest ogynnsamma alternativet – låg sysselsättning ("Oförändrat"-alternativet) och ingen hälsoförbättring. I det mest gynnsamma alternativet krävs överhuvudtaget ingen relativ resursförstärkning ända fram till mitten av 2020-talet!

Som man också kan se blir skillnaden stor beroende på om man antar fortsatt hälsoförbättring eller ej. I alternativet med ökad sysselsättning reduceras den erforderliga ökningen av BNP-andelen till drygt en tredjedel, om hänsyn tas till den trendmässiga förbättringen av hälsa och dödlighet, jämfört med om så ej sker. Den absoluta skillnaden mellan de två fallen är lika stor i det alternativ vi benämnt oförändrat arbetskraftsdeltagande (dvs. lika med år 1997) men relativt sett blir den här mindre.

Slutligen är det självklart att utvecklingen av de totala resurserna spelar stor roll för hur stor andel av dessa som vården och omsorgen kommer att ta. Det skiljer här 1 procentenhet mellan de båda sysselsättningsalternativen år 2030 – 12,1 procent resp. 13,1 procent. Denna skillnad avspeglar en motsvarande skillnad i BNP samma år. Det kan vara värt att notera att det inte är likgiltigt vari skillnaden i ekonomisk tillväxt består. I detta fall handlar det om att fler människor antas vara i arbete i "Förbättrat"-alternativet. Hade det i stället rört sig om en högre produktion per arbetad timme hade skillnaden mellan alternativen inte alls blivit lika stor, eftersom man i så fall hade måst anta att den ökade produktiviteten spillt över i lönehöjningar i vård- och omsorgssektorn med åtföljande kostnadsökningar.

När det gäller den totala offentliga konsumtionen är resultaten i allt väsentligt samstämmiga med de ovanstående, men några kommentarer kan ändå vara värda att göra. På samma sätt som för vård- och omsorgskonsumtionen är det en mycket stor skillnad i kraven på ökning av BNP-andelen mellan alternativen. I alternativet med förbättrad sysselsättning resulterar en demografisk framskrivning i att den offentliga konsumtionen minskar som andel av BNP ända fram till år 2020. Detta gäller oavsett om man räknar in effekten av förbättrad hälsa eller ej. Först därefter krävs en ökning, men denna är mycket begränsad om man antar fortsatt hälsoförbättring. I det lägre sysselsättnings alternativet är situationen mycket annorlunda. Den erforderliga ökningen blir mycket stark efter år 2015 och i slutändan blir, som framgår av diagram 9.2,

ökningen jämfört med nuläget 3–5 procentheter beroende på hälsoalternativ.

Det bör framhållas att den stora skillnaden i BNP-utveckling mellan de båda bakgrundsscenarierna sammanhänger med att bristen på arbetskraft reducerar näringslivets produktion. Ju större offentlig sektor man antar, ju lägre blir därigenom den ekonomiska tillväxten. Detta resultat beror givetvis i hög grad på vilket antagande man gör om hur en ändring av sysselsättningen i den offentliga sektorn påverkar sysselsättningen i näringslivet, dvs. om det råder konkurrens om arbetskraften eller ej (jfr ovan).

Den totala effekten på samhällsekonomin av den antagna utvecklingen i de olika scenarierna kan utläsas av skattekvoten (jfr diagram 9.3). Denna startar här på en mycket hög nivå beroende på den snabba ökningen från 50 till 55 procent under 1990-talets senare hälft. Ökningen sammanhänger i hög grad med skattesystemets egenskap att öka skatteintäkterna i en högkonjunktur. I fortsättningen antar vi som redovisats ovan att alla förändringar av skattekvoten motsvaras av en förändring av de offentliga utgifterna i förhållande till BNP<sup>9</sup>.

Precis som tidigare är skillnaderna mycket stora mellan alternativen. Alternativet med förbättrad sysselsättning medger ett lägre skatteuttag än för närvarande under hela perioden oavsett om man antar hälsoförbättring eller ej. I fallet med sämre sysselsättning är situationen den motsatta. Kravet på höjningar kommer i båda ohälsfallen efter år 2010 och accentueras under 2020-talet. En relevant fråga är givetvis hur högt skatten kan gå. Dagens höga skattenivå kommer med all säkerhet att sjunka till följd av de aviserade skattesänkningarna. Det är osannolikt att skattenivån över en längre tidsperiod skulle kunna hållas på en hög nivå. Snarare handlar det om en minskning med hänsyn till skattebasernas rörlighet och behovet av ökad anpassning till omvärlden. Detta innebär i klartext att det – med här gjorda antaganden – inte går att klara nuvarande välfärdsambitioner till år 2030 vid lågt arbetskraftsdeltagande utan en frysning av ambitionsnivån i den offentliga verksamheten samt fortsatta hälsoförbättringar. En närmare diskussion av denna slutsats ges i det avslutande kapitlet 10 nedan.

Som påpekades i kapitel 7 baserar sig de ovan redovisade beräkningsresultaten på antagandet att löneutvecklingen för personalen inom vården och omsorgen följer parallellt med lönerna i övrigt. Dessa antas i sin tur följa produktivitetens utvecklingen i näringslivet, vilket innebär att vinstandelen i näringslivet antas förbli oförändrad jämfört med år 2000. Eftersom BNP-utvecklingen – givet sysselsättningen i arbetet stimmar

---

<sup>9</sup> Med undantag för mindre justeringar av det finansiella sparandet under åren 2000–2015, jfr ovan.

räknat – bestäms av näringslivets produktivets-utveckling och en mycket stor del av vård- och omsorgskostnaderna utgörs av löner följer härav att kostnaderna för vård- och omsorgssektorn tenderar att följa BNP-utvecklingen. Med här gjorda antaganden ökar lönenivån i vård- och omsorgssektorn reallt med omkring 75 procent under perioden 2000–2030. Detta får som exempel till följd att den offentliga vård- och omsorgssektorns BNP-andel endast skulle minska med ½ procentenhet, om sektorn frystes på nuvarande nivå, dvs. utan någon hänsyn till den demografiska utvecklingen överhuvudtaget, trots att BNP under samma period antas växa med nästan 60 procent! Så länge BNP-tillväxten endast är baserad på produktivitetstillväxt medför i princip varje ökning av verksamhets-volymer en ökad BNP-andel (och därmed krav på ökad skatt). Enklare uttryckt: Vi har inte råd med mer vård för att vi blir rikare om det ökade välbefindandet också skall omfatta vårdpersonalen!

Möjligheterna att utveckla vård- och omsorgssektorn i takt med de demografiskt bestämda behoven beror inte bara på skattefinansiering utan också på tillgången till utbildad personal. Tabell 9.3 nedan visar utvecklingen av antalet anställda i den offentlig finansierade vård- och omsorgssektorn<sup>10</sup> under perioden 2000–2030 i resp. alternativ.

**Tabell 9.3 Antal anställda i vård- och omsorgssektorn 2000 – 2030, 1000-tal**

	2000		2015		2030	
	Antal	Andel av arbetskraften	Antal	Andel av arbetskraften	Antal	Andel av arbetskraften
”Förbättrat”-alternativet – enkel demografisk framskrivning.	538	12,5%	608	13,8%	711	16,9%
”Förbättrat”-alternativet – reviderad framskrivning	538	12,5%	573	13,1%	629	14,9%
”Oförändrat”-alternativet – enkel demografisk framskrivning.	538	12,5%	608	14,3%	711	17,4%
”Oförändrat”-alternativet – reviderad framskrivning .	538	12,5%	573	13,5%	629	15,4%

<sup>10</sup> Genomgående när vi i denna skrift talar om offentlig verksamhet avser vi *offentlig finansierad* verksamhet. Det faktum att offentlig-finansierad verksamhet kan läggas ut på privat entreprenad ändrar ingenting på den grundläggande frågan om hur verksamheten skall finansieras.



Det handlar som synes om en ökning av personalstyrkan i vård- och omsorgssektorn med 90 000–170 000 personer, eller 17–32 procent, beroende på om man tar hänsyn till den förväntade hälso- och dödlighet sutvecklingen eller ej. Den andel, som personalen i sektorn kommer att utgöra av samtliga som står till arbetsmarknadens förfogande, beror självfallet av arbetsutbudet. I samtliga alternativ gäller att andelen kommer att bli högre än i dag, men det gör stor skillnad vilket alternativ som blir gällande.

Man kan, som vi gjorde i kapitel 7, fråga sig om det är möjligt att rekrytera en så pass stor andel av arbetskraften utan att lönerna görs mer attraktiva. Högre löner medför å andra sidan högre kostnader. An tar man att lönerna i vård- och omsorgssektorn varje år kommer att öka en halv procent snabbare än genomsnittet på arbetsmarknaden i övrigt, ökar sektorns BNP-andel år 2030 med omkring 1,5-procentenheter och skattekvoten med 1,3 procentenheter <sup>11</sup>. Detta är dubbelt så mycket som hela den ökning, som är betingad av befolkningsutvecklingen i ”Förbättrat”-alternativet när hänsyn tagits till hälsoutvecklingen! Exemplet visar att de framtida vårdkostnaderna inte bara är en fråga om efterfrågan utan också om utbud.

---

<sup>11</sup> Anledningen till att BNP-andelen ökar något mer än skattekvoten är att reallöneutvecklingen i den övriga offentliga sektorn blir sämre om vårdsektorn skall ges företräde.

## 10 Sammanfattning av slutsatser samt policyrekommendationer

Resultaten av den analys vi presenterat i föregående kapitel kan sammanfattas som följer:

- Skall nuvarande servicenivå<sup>1</sup> bevaras kommer det ökande antalet äldre att medföra att de offentliga utgifterna för äldreomsorg och hälso- och sjukvård ökar som andel av BNP under de kommande decennierna. Ökningen blir starkast under 2010-talet när det gäller hälso- och sjukvården. För äldreomsorgen kommer ökningen först under 2020-talet. Ökningarna blir betydligt starkare om deltagandet i arbetskraften fortsätter att sjunka.
- Antar man fortsatt förbättring av dödlighet och hälsa hos de äldre, blir ökningarna förhållandevis måttliga och mindre än hälften av vad en renodlad demografisk framskrivning ger vid handen.
- Fram till år 2015 är ökningen av utgifterna för vård och omsorg i förhållande till BNP obetydlig. Ökningen under perioden 2015–2030 är starkare. Till en stor del beror detta dock på minskningen av arbetskraften under denna period.
- Vid högt deltagande i arbetskraften och oförändrad servicenivå sjunker den övriga offentliga konsumtionen som andel av BNP under de närmaste tjugo åren beroende på minskat barnantal. Till följd av arbetskraftsminskningen ökar sedan andelen från år 2020 och framåt.
- Om arbetskraftsdeltagandet fortsätter att sjunka, måste den offentliga konsumtionen fortsätta att öka som andel av BNP under hela perioden, om nuvarande servicenivå skall bevaras.
- Högt arbetskraftsdeltagande ger goda förutsättningar för att klara finansieringen av den offentliga välfärden under de kommande decennierna. Vid ett minskande deltagande är utsikterna betydligt sämre.

---

<sup>1</sup> Vi har i analysen hela tiden utgått ifrån ”oförändrad ambitionsnivå”, dvs. dagens omfattning på tjänsterna.

Den sammanfattande slutsatsen är helt enkelt att talet om en ”äldre-bomb”, som kommer att stjälpas på välfärdssystemet några år in på det nya seklet, är felaktigt. Med hänsyn tagen till de faktiska förbättringar, som sker när det gäller de äldres hälsa och dödlighet, är de vårdbehov, som erhålles genom framskrivningar baserade på oförändrade vårdbehov per åldersgrupp, kraftigt överdrivna. Men även om så *inte* skulle vara, ter sig de framtida ökningarna av vård- och omsorgs utgifterna förhållandevis obetydliga i ett totalt samhällsekonomiskt perspektiv. Detta kan illustreras med att om antalet äldre i befolkningen inte skulle öka alls under perioden 2000–2030, skulle den uteblivna ökningen av utgifterna för vård och omsorg inte resultera i mer än en sänkning av skattekvoten år 2030 från 51,9 till 50,5 procent i alternativet med förbättrat arbetskraftsdeltagande och hälsoförbättring och från 58,5 till 55,2 procent i alternativet med oförändrat arbetskraftsdeltagande och ingen hälsoförbättring.

För att ge en proportion till dessa siffror kan det vara värt att beakta att skattekvoten ökade med 5,5 procentenheter under femårsperioden 1995–2000. Tankeväckande kan också vara att jämföra de 23 miljarder, som utgör den beräknade utgiftsökningen i fasta priser och löner för den offentliga hälso- och sjukvården och äldreomsorgen sammantagna under de trettio åren 2000–2030, med den beräknade resursökningen till vård, skola och omsorg för perioden 1996–2000 på 21,3 miljarder<sup>2</sup> i löpande priser (knappt 19 miljarder i fasta priser, implicitprisindex för kommunal konsumtion).

Uppenbart är det inte fråga om några enorma kostnader för att ge framtidens äldre en god omvårdnad på äldre dagar. Analysen visar också att frågan om arbetskraftsdeltagandet och de äldres hälsa och funktionsförmåga är mycket viktigare än frågan om hur många äldre det totalt kommer att handla om! Ordnar sig bara detta tycks det inte vara mycket att orda om. Detta kan verka lugnande. Men två frågor in ställer sig ändå. För det första är de skattekvoter som här angetts mycket höga. Dagens skattekvot kan inte betraktas som långsiktigt hållbar i perspektivet av EU-harmonisering, globalisering och ökad rörlighet i skattebaserna. Detta förhållande kan i sig tvingas motivera nedskärningar av olika slag. För det andra har vi i kalkylerna inte tagit med någon arbetstidsförkortning utöver vad Långtidsutredningen 1999/2000 antar, dvs. 0,2 procent per år. Detta innebär vid oförändrad andel deltidsarbete ca 37 timmars arbetsvecka för heltid år 2030. Skulle arbetstiderna förkortas mer än så förändras hela kalkylen. Som exempel kan nämnas att sextimmarsdag år 2030 – allt annat lika – höjer

---

<sup>2</sup> Beräkningen återfinns i Budgetpropositionen för år 2000, volym 1, sid.36, tabell 1.8.

skattekvoten med 8–10 procentenheter beroende på alternativ. En sådan utveckling skulle därmed framtvunga helt andra lösningar av finansieringen av det sociala trygghetssystemet. Samtidigt reser sig kraven på kortare arbetstid allt starkare i Sverige såväl som i andra länder. Uppenbart är inte problemen så enkla som de först kan verka.

## 10.1 Policyrekommendationer

Den problematik som denna skrift behandlar är enligt många bedömare ett av de viktigaste områdena för både svensk välfärd och svensk ekonomi på lång sikt. Det är därför som vi tar oss friheten att utforma ett antal policyrekommendationer. Våra rekommendationer är inte de taljutformade och kan i stort sett operationaliseras på olika sätt beroende på värderingar. Vi delar rekommendationerna i två block. Det första blocket omfattar rekommendationer till policyåtgärder, som måste genomföras i stort sett omedelbart. Det andra blocket omfattar åtgärder som bör genomföras på några års resp. 10–15 års sikt.

**Tabell 10.1 Policyrekommendationer**

När?	Block 1	Block 2
Omedelbart	1) Barnafödandet måste öka 2) Förtida utträde från arbetsmarknaden måste minska 3) Arbetskraftsdeltagandet bland invandrare måste öka	
På några års sikt		Ett väldefinierat äldreomsorgskontrakt måste införas
10–15 års sikt		Efter 2015 kan det bli nödvändigt att tillåta arbetskraftsinvandring

### *Kris i befolkningsfrågan 2?*

Den demografiska utvecklingen har inte på mycket länge varit så uppmärksammasom idag. För svenska förhållanden måste man gå tillbaka till 1930-talet och den omtalade boken ”Kris i befolkningsfrågan” för att finna något liknande. Men dagens debatt har på ett egendomligt sätt kommit att fokuseras på den allt mer åldrande befolkningen och de

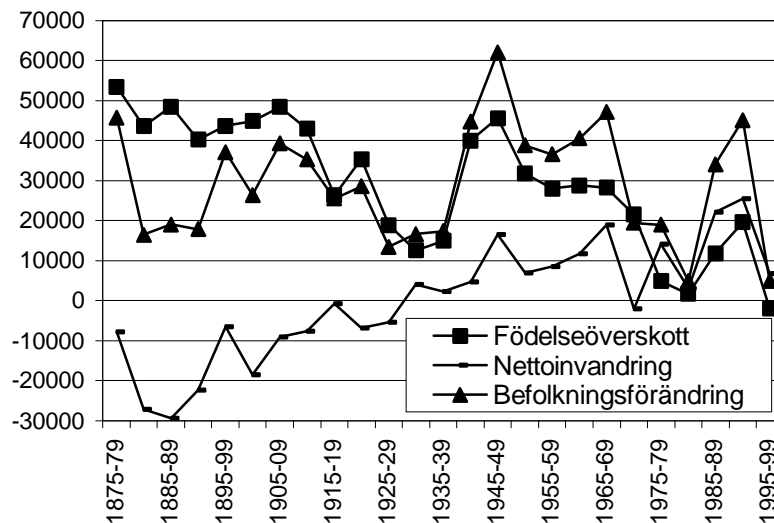
ökande behoven av äldreomsorg och hälso- och sjukvård på 2020 talet. Det är sällan man diskuterar de för närvarande mycket låga födelsetalen i Sverige. I debatten om framtidens äldreomsorg och hälso- och sjukvård för de äldre får fakta och forskning sällan utrymme. Man glömmer till exempel ofta att Sverige redan idag – till sammans med Japan och Italien – har den äldsta befolkningen i världen med nära var femte person (17 procent) i åldern 65 år eller äldre.

Som vi kunnat se i kapitel 9 är förutsättningarna för att i framtiden finansiera äldreomsorg och hälso- och sjukvård helt beroende på hur arbetskraftens storlek utvecklas. Att arbetskraft och befolkning är avgörande för ett lands välfärd är inget nytt. Det stämmer med den gamla visdom, som SCB påminde om i samband med firandet av att det gått 250 år sedan inrättandet av Tabellverket: ”En befolkning var ju då som nu ett lands främsta tillgång”, konstaterar SCB.

### *Barnafödandet måste öka*

Vår första rekommendation sätter fokus på befolkningsförändringarna. Som framgår av diagrammet 10.1 nedan upplever Sverige i den senaste femårsperioden den lägsta befolkningsökningen under de senaste 120 åren.

**Diagram 10.1** Befolkningsförändringar i Sverige 1875–1999, 5-års genomsnitt



Källor: SCB och egna beräkningar

Senast Sveriges befolkning minskade var år 1880. Den befolkningsförändring, som Sverige hade år 1997, är tillsammans med förändringen år 1983 den lägsta befolkningsökning Sverige haft sedan dess. År 1997 hade Sverige för första gången sedan år 1809 födelseunderskott (skillnaden mellan under året födda och döda var negativ). Födelseunderskottet nästan fördubblades följande år, 1998, och låg då på 4 243 personer. År 1999 har födelseunderskottet fortsatt att öka och uppgick till ca 6 400 personer. I och med detta kommer Sverige för första gången under de senaste 250 åren<sup>3</sup> att uppleva födelseunderskott under tre åtföljande år. Sverige har aldrig haft så låg fruktsamhet som idag, 1,5 barn per kvinna, och den visar inga tendenser att öka trots högkonjunkturen<sup>4</sup>. Detta ska jämföras med att SCB:s befolkningsprognoser, som vi använt i de analyser som presenterats ovan, bygger på antagen fruktsamhet på 1,8 barn per kvinna. Trots detta blir resultatet en kraftig minskning av befolkningen i arbetsför ålder, en minskning, som visar sig vara en avgörande faktor i den offentliga finansieringsanalysen.

Av denna diskussion drar vi slutsatsen att barnafödandet måste öka. De barn som föds idag är de som skall skapa nationens välstånd på 2020-talet och framåt. Barnafödandet skulle till och med behöva öka mer än de antagna 1,8 barn per kvinna för att ge en tillräcklig förstärkning av arbetskraften på 2020-talet och senare.

Den stora och viktiga frågan hur detta skall ske – och om det ens går att påverka – faller utanför vår analys. Vår ambition har enbart varit att peka på ett förhållande, som vi tycker i högre utsträckning borde uppmärksammas i dagens debatt.

#### *Det förtida utträdet från arbetsmarknaden måste minska*

Som vi konstaterat ovan är bilden av den svenska befolkningsutvecklingen, sedd från ett samhällsekonomiskt perspektiv, långt ifrån ljus. Detta gäller speciellt utvecklingen av antalet personer i arbetsför ålder. Som andel av hela befolkningen faller denna från dagens drygt 58 till 53 procent år 2030. Förutsättningarna för välfärd och ekonomi bestäms emellertid inte bara av hur många personer som är i arbetsför ålder utan också av hur stor andel av dessa som är aktiva på arbetsmarknaden, dvs. ingår i arbetskraften. Det är därför vi har två olika antaganden om

<sup>3</sup> Den svenska befolkningsstatistiken har funnits i 250 år. Sverige och Finland, som då var en del av Sverige, är unika som de enda länder, som har en obruten befolkningsstatistik sedan mitten av 1700-talet. Den svenska befolkningsstatistiken föddes med Tabellverket 1749.

<sup>4</sup> För en analys av orsakerna till det låga barnafödandet se SOU 2000:3 och SCB 1998.

”oförändrat” resp. ”förbättrat” arbetskraftsdeltagande. Våra antaganden är anpassade för att illustrera effekten av skillnader i arbetskraftsdeltagandet för den äldre arbetskraften, de i åldern 55–64 år.

”Allt fler lämnar arbetskraften före den allmänna pensionsåldern” (Wadensjö och Sjögren, 1999, sid. 15). Som vi visade i kapitel 8 har det skett en mycket stor minskning de senaste tjugo åren, när det gäller hur stor andel av personerna i dessa åldrar, som står till arbetsmarknadens förfogande. Detta förhållande står i märklig kontrast till den hälsoutveckling, som vi också kunnat visa på.

Wadensjö och Sjögren lyfter också fram företagets attityder gent emot äldre arbetskraften. På sidan 18 konstaterar de följande: ”Företagens incitament att säga upp äldre varierar med konjunkturen. Vid en konjunkturedgång kommer fler företag att göra större personaleddragningar och fler äldre kommer att bli uppsagda eller att få erbjudande att sluta som är ekonomiskt så fördelaktiga att de väljer att göra det (eller känner den sociala pressen att göra det). Det går ofta att finna ett samspel mellan den politiska sektorn och arbetsmarknadens parter. Regeringar och parlament beslutar ofta under lågkonjunkturer att ekonomiskt underlätta tidigt utträde ur arbetslivet. Syftet är många gånger att öka möjligheterna för andra grupper, speciellt de unga, att få ett arbete.”

Mänskligt att döma är dagens äldre-medelålders i betydligt bättre skick än sina föregångare för tjugofem år sedan, när det gäller att klara av påfrestningarna i ett yrkesarbete. Ändå anger många att de känner sig utslitna och förbrukade. Det tycks finnas en utbredd önskan hos många, som nu är i 50–55 årsåldern, att vilja lämna yrkeslivet i förtid. Orsakerna här till måste i hög grad sökas i arbetslivets utformning<sup>5</sup>. Att de som är i 50–55 årsåldern ser fram emot pensioneringen beror oftast inte att de inte tycker om sitt yrke utan på att arbetsmiljön är dålig och att de inte känner sig behövda och bekräftade. Allt för litet kraft har ägnats åt att skapa ett arbetsliv, där man värnar om att bevara hälsa, entusiasm och vilja att bidra hos de med lång arbetserfarenhet. I stället väljer man den enkla, kortsiktiga lösningen att förtidspensionera bort problemen i arbetslivet. Vår analys visar med all önskvärd tydlighet att

---

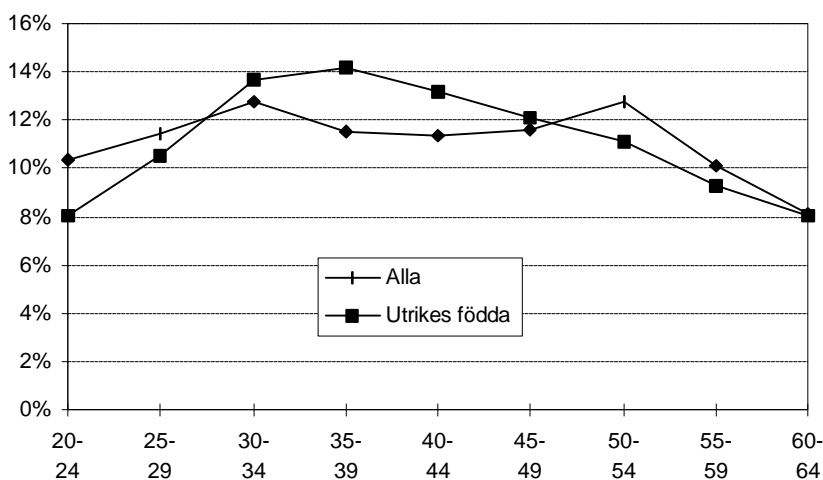
<sup>5</sup> En annan hypotes skulle kunna vara att de äldre egentligen inte vill arbeta. I det sammanhanget kan det vara intressant att konstatera att Wadensjö och Sjögren visar att merparten av de äldre, som är arbetslösa och i arbetsmarknadspolitiska åtgärder, förklarar sig vara helt eller delvis eniga i påståenden som styrker vikten av att ha ett arbete. Vidare visar de att det inte finns några större skillnader i uppfattning mellan olika åldersgrupper, när det gäller arbetsinriktning och bedömning av nackdelar och fördelar med att vara arbetslös.

detta inte länge till kommer att vara en framkomlig väg. Trenden mot en allt tidigare avgång från arbetslivet måste brytas genom att arbetslivet i större utsträckning tar hänsyn till människors behov och möjligheter. I det sammanhanget måste man särskilt uppmärksamma de negativa attityderna gentemot äldre i arbetslivet. Samhället och inte minst arbetsmarknadens parter måste komma till insikt om och se fördelarna i att ta tillvara de kunskaper och erfarenheter som finns hos den äldre arbetskraften.

#### *Arbetskraftsdeltagande bland invandrare måste öka*

Alternativet med förbättrat arbetskraftsdeltagande förutsätter att alla delar av befolkningen i arbetsför ålder i hög utsträckning deltar i arbetskraften. Under senare år har det kommit otaliga rapporter som visar på det låga arbetskraftsdeltagandet bland de utrikes födda. Det är i sammanhanget också intressant att påminna om att så sent som i början av 1970-talet var arbetskraftsdeltagandet bland de utrikes födda högre än i den infödda befolkningen. Idag ligger detta bland icke-nordiska medborgare under 50 procent. Som framgår av diagram 10.2 nedan har utrikes födda en ur arbetskraftssynpunkt mer fördelaktig åldersstruktur än befolkningen som helhet.

**Diagram 10.2** Befolkningsstruktur, befolkning i arbetsför ålder, utrikes födda, 1998



Källor: SCB och egna beräkningar



Även "Kommittén Valfärdsbokslut" (SOU 2000:3) har framhållit detta att åldersstrukturen skiljer så kraftigt åt mellan personer födda i Sverige och nyanlända invandrare. Enligt kommittén är barn och personer i reproduktiva åldrar klart överrepresenterade bland invandrare. Samt idigt finns det också betydligt färre personer som är äldre bland nya nlända invandrare jämfört med bland personer födda i Sverige. Vidare konstaterar kommittén "I denna överrepresentation av yngre i arbetsför ålder bland invandrare ligger – under förutsättning att arbetsmarknadssituationen förbättras för nyanlända invandrare – en möjlighet att förbättra försörjningsbalansen i en åldrande svensk befolkning.

Det låga arbetskraftsdeltagandet bland invandrare är ett slöseri med både den enskildes och samhällets resurser. Det finns många förklaringar till varför arbetslösheten är så hög och sysselsättningen så låg bland invandrare (se bl.a. Wadensjö (1973, 1981), Ekberg (1991, 1995), Batljan (1996)). En omdiskuterad förklaring är fördomar eller diskriminerande attityder. Bland annat skriver Ekberg (1995): "Det är möjligt att infödda svenskar ännu inte blivit vana vid immigranter. Det kan därför finnas mer negativa attityder och därmed kanske också öppen eller dold diskriminering på arbetsmarknaden gentemot invandrare."

Det är nödvändigt med många olika insatser för att öka sysselsättningen bland invandrarna. En av de viktigaste insatserna bör vara att ändra attityder och öppna upp den svenska arbetsmarknaden. I syfte att analysera de systematiska skillnaderna i arbetslöshet mellan personer som är födda i Sverige och utrikes födda ställer Arai, Regné och Schröder, (bilaga 6 till Långtidsutredningen) frågan: Hur viktiga är då egenskaper som indikerar att individen tillhör gruppen utrikes födda? Svaret pekar på att drygt 70 procent av de personer, som nyligen har lämnat arbetslösheten, anser att möjligheten att få ett arbete påverkas av utseende (mörkt hår eller hudfärg) och namn. Personer som är födda i Sverige är av samma uppfattning som personer födda utomlands. Författarna pekar också på att möjligheten att öka den kulturella mångfalden på svenska arbetsplatser kan blockeras av uppfattningar som är baserade på stereotyper. När det gäller förslag till åtgärder för att öka mångfalden på arbetsplatserna och minska arbetslösheten bland utrikes födda föreslår man åtgärder, som syftar till återuppbyggnad och bevarande av utrikesföddas humankapital, som ger möjligheter till bedömning och komplettering av utländska betyg och examina, och som motverkar diskriminering och mångfaldsplaner .

*Efter 2015 kan det bli nödvändigt med att tillåta arbetskraftsinvandring*

Att ändra attityderna gentemot immigranter är dock inte bara viktigt med hänsyn till de immigranter, som redan finns i landet, utan också för att Sverige ska kunna – om så skulle behövas – överväga arbetskraftsinvandring efter 2015.

Som vi kunnat se i kapitel två tenderar befolkningsprognoserna att underskatta antalet äldre samtidigt som barnafödandet ligger fortfarande långt under den antagna nivån. Under sådana förutsättningar kan obalansen när det gäller befolkningsfördelningen bli stor på 2020-talet. Arbetskraften är basen för vår välfärd. Otillräcklig tillgång till arbetskraft på 2020-talet med åtföljande låg tillväxt leder till att vi alla riskerar att bli relativt fattigare. Det bör dock påpekas att förutsättningarna för en lyckad arbetskraftsinvandring avgörs av om vi förmår ändra attityder och höja arbetskraftsdeltagande hos de immigranter som redan finns i landet. En preliminär beräkning indikerar att, om en arbetskraftsinvandring skulle vara aktuell, det skulle handla om drygt 200 000 personer fler i åldern 20–64 år år 2030 (eller ca 15 000 per år under perioden 2015–2030).

Hur ser då utvecklingen ut i andra länder när det gäller utveckling av arbetskraftsutbudet (arbetskraftsutbudet utgör basen för välfärds-systemet)? Ett intressant exempel i sammanhanget är Tyskland. Tyskland har under lång tid haft mycket låga födelsetal (sedan början av 1980-talet har fruktsamhet legat mellan 1,2 och 1,4 barn per kvinna). Av de europeiska länderna har bara Italien legat lägre. Tyska arbetsmarknadsverkets forskningsinstitut – IAB – presenterade i maj förra året framskrivningar hur arbetskraften i Tyskland kan komma att utvecklas fram till 2040-talet (Fuchs och Thon 1999). Framskrivningarna bygger på antagen befolkningsutveckling (nettoinvandring lika med 0) och antaget arbetskraftsdeltagande (antas oförändrat på den nivå som östra delen av Tyskland hade år 1995 resp. västra delen av Tyskland hade år 1996).

Grundkalkylen (alltså ingen nettoinvandring och oförändrat arbetskraftsdeltagande) resulterar i att antalet personer aktiva på arbetsmarknaden i Tyskland nästan halveras fram till år 2040 (från cirka 41 miljoner idag till cirka 25 miljoner år 2040)! Ett optimistisk antagande om arbetskraftsdeltagande resulterar enbart i en marginell förändring av antalet personer aktiva på arbetsmarknaden (27 miljoner år 2040 i stället för cirka 25 miljoner enligt alternativet med oförändrat arbetskraftsdeltagande).

Först när man kompletterar antaganden om det maximala arbetskraftsdeltagandet med en mycket kraftig invandring kan man räkna

med ett arbetskraftsutbud i närheten av dagens nivåer. Enligt IAB:s beräkningar krävs det en invandring i storleksordningen en halv miljon personer i arbetsför ålder<sup>6</sup> per år för att år 2040 ha knappt 42 miljoner personer aktiva på arbetsmarknaden<sup>7</sup>. Frågan var alla dessa miljoner av invandrare som ska rädda tysk ekonomi finns och hur det ska vara möjligt att integrera så många invandrare på Tysklands framtida arbetsmarknad blir obesvarad. Detta illustrerar dock allvaret i den demografiska situationen och att det inte är ett isolerat svenskt problem, utan något som även bör analyseras på EU-nivå.

Den stora lärdomen för de svenska förhållanden är att vi fortfarande har möjlighet att påverka framtiden. Att höja barnafödandet, höja arbetskraftsdeltagande bland invandrare och förhindra förtida utträde från arbetsmarknaden är åtgärder som är nödvändiga att undvika situationer liknande den som kan vara aktuell i Tyskland<sup>8</sup> om 15-20 år.

*Ett äldreomsorgskontrakt med väldefinierade insatser som faller under samhällets ansvar måste införas*

Vi har under de senaste åren gång på gång fått läsa dramatiska rapporter om den åldringsexplosion, som väntas några år på 2000-talet med åtföljande kraftigt stigande offentliga utgifter för vård och omsorg. Spekulationerna har gått så långt att till och med kostnaderna för hälso- och sjukvården, som i och med Ädel-reformen blivit i stort sett avlastad vården av de äldsta (som väntas öka mest i antal), förutspås fördubblade på 10–15 års sikt<sup>9</sup>. Profetior om dramatiskt ökade kostnader för äldreomsorg har duggat ännu tätare. Trots att många av dessa studier innehållit rena felaktigheter och ofta gjorts av personer, som haft få be-

---

<sup>6</sup> För dessa räknar man med ett arbetskraftsdeltagande på 80 procent.

<sup>7</sup> Alltså antalet personer i arbetskraften blir marginellt högre än år 1996 (41 miljoner).

<sup>8</sup> Här är det viktigt att uppmärksamma att Sverige har fördelar gentemot Tyskland när det gäller att kvinnligt arbetskraftsdeltagande är högt i Sverige. Som det påpekats i kapitel 8 har utbyggnaden av den kommunala barnomsorgen och äldreomsorgen samt slopandet av sambeskattningen skapat förutsättningar för högt arbetskraftsdeltagande bland kvinnor i Sverige.

<sup>9</sup> Slutrapporten från Panel 1 i projektet Teknisk Framsyn med representanter från de fyra organisationerna som utgör Teknisk Framsyns konsortium (IVA, Stiftelsen för Strategisk Forskning, NUTEK och Industriförbundet). Panel 1 skriver i sin slutrapport Hälsa, medicin och vård” i avsnitt 5.3 ”Framtidens hälso- och sjukvård: finansiering och organisation” följande: ”Sammanlagt väntas sjukvårdens andel av BNP fördubblas till 14 procent inom loppet av 10-15 år.” ([www.iva.se/tekniskframsyn/](http://www.iva.se/tekniskframsyn/))

röringspunkter med forskningen om äldreomsorgen eller hälso- och sjukvården, har de accepteras som oomtvistliga sanningar i samhällsdebatten.

Med hänsyn till detta är det inte förvånande att läsa i Veckans affärer 1999-11-22: "Vad kan man då göra för att undvika att bli en av de bortglömda i sjukhemmets korridorer? Ett hett tips är att spara så att man har råd med privat sjukvård och att placera pengarna i dollarnoterade läkemedelsaktier." Ett annat exempel på hur man spelar på äldre människors oro är de säljanvisningar som uppdragats hos försäkringsbolaget Trygg-Hansa: "Spela på hur dåligt samhället tar hand om deras generation som byggde upp Sverige med alla de skatter de betalat genom åren." (DN 1999-11-12). Exemplet med Trygg-Hansa och många andra visar att det finns många människor, som börjat tro på att det är sant att vi på 2000-talet inte kommer att ha råd med äldreomsorg och hälso- och sjukvård för alla. Bristen på tillit till den offentliga äldreomsorgen konstateras också av Svallfors (1999) i hans senaste undersökning om opinionsstödet för en kollektiv välfärdspolitik. Drygt var fjärde tillfrågad person uppger sig enligt undersökningen "absolut" uppleva ett behov av att komplettera den offentliga äldreomsorgen inför ålderdomen med egen privat försäkring. Nedskärningarna av vården och omsorgen under 1990-talet, som varit framtvungade av den ekonomiska krisen, och den mediadebatt som dessa lett till, har uppenbart gjort trovärdigheten för den framtida äldreomsorgen till en huvudfråga. Tilltron verkar redan mycket skadad och oron sprider sig.

I praktiken håller den svenska äldreomsorgen fortfarande en hög kvalitet. I en ESO-rapport (Ds 1999:61) konstaterar man bl.a. att Sverige ligger bra till jämfört med övriga länder vad gäller omfattningen av utbudet av äldreomsorg. Vidare skriver man, att man inte funnit några tecken på skillnader mellan länderna när det gäller kvaliteten. I fråga om att ha en äldreomsorg utformad så att de äldre inte skall behöva vara beroende av hjälp från anhöriga, som t.ex. make/ maka eller vuxna barn, är Danmark det land som hunnit längst. Där efter följer Sverige samt Finland och Norge. I Frankrike och Tyskland finns däremot ett uttalat ansvar för de anhöriga, inklusive vuxna barn, att bidra till omsorgen. Rapportförfattarna konstaterar också att möjligheten att leva ett aktivt liv som äldre är bättre i Sverige än i många andra länder.

Trots detta måste den oro som uppstått tas på största möjliga allvar. Det finns enligt vår uppfattning inget annat sätt att återupprätta trovärdigheten till en sådan viktig verksamhet som äldreomsorgen än att införa ett äldreomsorgskontrakt med väldefinierade insatser som faller under samhällets ansvar.

Oavsett att äldreomsorgens trovärdighetsproblem till följd av den sneda debatten om framtidens kostnadsexplosion är det tyngsta skälet att

införa ett äldreomsorgskontrakt, finns det också andra skäl för detta. Behovet av trygghet inför ålderdomen får aldrig underskattas. I och med det reformerade pensionssystemet har vi fått ett trovärdigt och långsiktigt stabilt pensionssystem. Men som det påpekas i ESO-rapporten "Samhällets stöd till de äldre i Europa" (Ds 1999:61), bestäms inte tryggheten för framtidens äldre enbart av ålderspensionen. Rapporten visar nämligen att Sverige är en av de länder, som har de otvivelaktigaste reglerna kring äldreomsorgen. Detta gäller såväl vilka behov som äldre kan förvänta sig att få tillgodosedda inom den offentliga äldreomsorgen, som vilka avgifter den offentliga omsorgen tar ut.

Finns det inte en risk att den trygghet, som tillhandahålls genom ett stabilt pensionssystem går förlorat, om man inte kan känna trygghet i vilken vård och omsorg man kommer att få som äldre och vad den kommer att kosta? Vår uppfattning är att svaret är ja. Personer som ännu inte uppnått pensionsåldern är intresserade av att känna trygghet i att få en acceptabel ålderdom. Detta gäller hela den situation, som man som äldre befinner sig i, inte bara hur det offentliga pensionssystemet ser ut. Att inte veta om man kan räkna med att få vård och omsorg av samhället, eller om hela eller stora delar av såväl den offentliga pensionen som andra ekonomiska tillgångar måste användas för att få vård och omsorg, skapar otrygghet. Vår slutsats, som vi delar med ESO-rapportens författare, blir att en stor del av värdet av ett stabilt och för individen tryggt pensionssystem kan gå förlorat om inte samma stabila trygghet och trygghet skapas också inom vården och omsorgen.

En viktig fråga, om man överväger att införa ett äldreomsorgskontrakt, är att studera om ett sådant har införts i några andra länder och hur detta i så fall fungerar. Två länder som då kan vara intressanta att studera är Tyskland, som nyligen infört äldreomsorgsförsäkring, och Japan, som är på väg att införa en sådan. Även andra länder, såsom Spanien och Luxemburg, överväger nu införande. Det krävs här att man noga följer uppbyggnad och genomförande samt genom en förutsättningslös forskning analyserar effekter och erfarenheter. Först med ett trovärdigt kontrakt som grund kan frågan om framtidens vård och omsorg skjutas åt sidan och andra viktigare saker, som hur vi skapar ett hållbart framtida välstånd, ställas i förgrunden i samhällsdebatten.

## Referenser

- Abramson J H, Gofin R, Peritz E. Risk Markers for Mortality Among Elderly Men – A Community Study in Jerusalem. *Journal of Chronic Diseases* 1982;35:565–572.
- Arai, M, Regnér, H, Schröder, L. Är arbetsmarknaden öppen för alla? Bilaga 6 till Långtidsutredningen 1999/2000. Fakta Info Direkt, Stockholm 1999.
- Baldock J. The national context of social innovation – England and Wales. In: In Kraan R J et al. *Care for the elderly – significant innovations in three European countries*. Frankfurt am Main: Campus – Westview, 1991.
- Batljan I, Hur förklaras den höga arbetslösheten bland invandrare?, Examensarbete, Nationalekonomiska institutionen, Stockholm: Stockholms Universitet, 1996
- Booth T at al. Patterns of mortality in homes of the elderly. *Age and Aging* 1983;12: 240–44.
- Branch L G, Jette A M. Personal health practices and mortality among the elderly. *American Journal of Public Health* 1984; 74:1126–1129.
- Campbell A J, Diep C, Reinken J, McCosh L. Factors predicting mortality in a total population sample of the elderly. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1985; 39:337–42.
- Crimmins E M, Saito Y, Reynolds S L. Further evidence on recent trends in the prevalence and incidence of disability among older Americans from two sources: the LSOA and the NHIS. *Journal of gerontology: SOCIAL SCIENCES* 1997; 52B: S59–S71.
- Daatland S O. What are families for? On family solidarity and preference for help. *Ageing and Society* 1990; 10:1–15.
- Dagens Nyheter (DN), Mats Andersson: Säljare utbildas i oetisk säljtaktik, 1999-11-12.
- Donaldson L J, Jagger C. Survival and functional capacity: three years follow up on an elderly population in hospitals and homes. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1983; 37: 176–79.
- Dontas A S et al. Survival in a residential home: An eleven-year longitudinal study. *Journal of the American Geriatric Society* 1991;39: 641–649.

- Ekberg J, Vad hände sedan? En studie av utrikes födda på arbetsmarknaden, Växjö: Acta Wexionensia, 1991.
- Ekberg J, Invandring, sysselsättning och ekonomiska effekter, Ds 1995:68, Stockholm: Finansdepartementet, 1995.
- Europeiska Kommissionen, Meddelande från kommissionen. Mot ett Europa för alla åldrar - att främja välfärd och solidaritet mellan generationerna, KOM(1999)221 slutlig, Socialdepartementet Diarienr: EUS1999/642/SK, 1999.
- Ferlie E, Challis D, Davies B, Efficiency-Improving Innovations in Social Care of the Elderly. Aldershot, England: Gower publishing company Ltd, 1989.
- Finansdepartementet, En åldrande befolkning – konsekvenser för svensk ekonomi, Bilaga 9 till Långtidsutredningen 1999/2000. Fritzes förlag. Stockholm 2000.
- Finansdepartementet, Långtidsutredningen 1999/2000, SOU 2000:7, Fritzes, Stockholm 2000.
- Folkhälsoinstitutet. Liv till åren. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1998.
- Freedman V A, Martin L G. Understanding trends in functional limitations among older Americans. American Journal of Public Health 1998; 88:1457-1462.
- Fries J F. Aging, natural death and the compression of morbidity. The New England Journal of Medicine 1980;303:130–135.
- Fries J F. The compression of morbidity. Milbank Memorial Fund Quarterly/ Health and Society 1983;61:397–419.
- Fries J F. The future of disease and treatment. Changing health conditions, changing behaviours, and new medical technology. Journal of Professional Nursing 1986;2: 171–180.
- Fries J F, Green L W, Levine S. Health promotion and the compression of morbidity. The Lancet 1989:481–483.
- Fuchs J, Thon M. Nach 2010 sinkt das Angebot an Arbeitskräften. IAB kurzbericht, nr 4/20.5.1999.
- Fölster S. ”Kommuner Kan! Kanske! – Om kommunal välfärd i framtiden”. Stockholm: Finansdepartementet, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Ds 1998:15, 1998.
- George S. Measures of dependency: their use in assessing the need for residential care for the elderly. Journal of Public Health Medicine 1991;13:178–181.
- Gerdtham U-G, Jönsson B. Sjukvårdskostnader i framtiden - vad betyder åldersfaktorn? Stockholm: Finansdepartementet, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Ds 1990:39, 1990.
- Goldberg E M, Connelly N. The effectiveness of social care for the elderly. London: Heinemann Educational Books, 1982.

- Goldfarb A I. Predicting mortality in the institutional aged – a seven-year follow-up. *Archives General Psychiatrics* 1969;21:172–76.
- Green H. *Informal Carers: General Household Survey 1985*. OPCS, Social Service Division: Series GH5, No.15, Supplement A. London: HSMO, 1988.
- Gruenberg E M. The failure of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly/ Health and Society* 1977;55:3–24.
- Grundy E. Demography and gerontology: Mortality trends among the oldest old. *Ageing and Society* 1997;17:713–725.
- Guralnik J M. Prospects for the compression of morbidity: Evidence from the Alameda County study. *Journal of Aging and Health* 1991;3:138–153.
- Harris T et al. Longitudinal Study of Physical Ability in the Oldest-Old. *American Journal of Public Health*. 1989;79:698–702.
- Henderson J, Goldacre M J, Griffith M. Hospital care for the elderly in the final year of life: A population study. *British Medical Journal* 1990;301:17–19.
- Holmlund B, *Svensk arbetsmarknad, I: Bo Södersten red. Marknad och politik*, Stockholm: Studieförbundet Näringsliv och samhälle (SNS), 1997
- Holstein B E, Avlund K, Heikkinen R-L. Home help and informal support for elderly people in three Nordic localities. *Fact, Research and Intervention in Geriatrics* 1997: 41–54.
- House J S et al. Age, socio-economic status and health. *The Milbank Quarterly* 1990; 68:383–411.
- Idler E L, Kasl S V, Lenke J H. Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington counties, Iowa, 1982–1986. *American Journal of Epidemiology* 1990;31:91–103.
- Isaksson K och Johansson G, *Avtalspension med vinst och förlust. Konsekvenser för företag och medarbetare*, Stockholm: Folksam och Rådet för arbetslivsforskning, 1997.
- Jagger C, Clarke M. Mortality risks in the elderly: Five-year follow-up of a total population. *International Journal of Epidemiology* 1988;17:111–14.
- Jagger C, Clarke M, Cook A J. Mental and Physical Health of Elderly People: Five-year Follow-up of a Total Population. *Age and Aging* 1989;18:77–82.
- Jagger C, Spies N A, Clarke M. Factors associated with decline in function, institutionalisation and mortality of elderly people. *Age and Ageing* 1993;22:190–97.



- Johansson B, Zarit S H. Prevalence and incidence of dementia in the oldest-old: A longitudinal study of a population-based sample of 84–90-year olds in Sweden. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1995;10:359–366.
- Johansson L. Caring for the next of kin. On informal care of the elderly in Sweden. Doctoral thesis at Uppsala University from the Department of Social Medicine, University Hospital. Uppsala: Uppsala University, 1991.
- Johansson L, Thorslund M, Smedby B. Formal and informal support in a rural setting in Sweden. *Journal of Gerontological Social Work* 1993;20:79–95.
- Kaplan G A, Camacho T. Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology* 1983;117:292–304.
- Kaplan G A et al. Mortality among the elderly in the Alameda county Study: Behavioral and demographic risk factors. *American Journal of Public Health* 1987;77:307–312.
- Kaplan G A. Epidemiologic observations on the compression of morbidity. Evidence from the Alameda county study. *Journal of Aging and Health* 1991;3:155–171.
- Kemper P. The use of formal and informal home care by the disabled elderly. *Health Services Research* 1992;27:421–451.
- Koedoot N, Hommel A, Knipscheer K. Home, sweet home: care mediation for the elderly. I: Challis D, Davies B, Traske K. Community care: New agendas and challenges from the UK and overseas. Aldershot: Ashgate Publishing Company, 1994.
- Konjunkturinstitutet, Sveriges ekonomi – scenarier fram till år 2015, bilaga 1 till Långtidsutredningen 1999/2000, Fritzes, Stockholm 2000.
- Lagergren M. Disability transitions in an area-based system of long-term care for the elderly and disabled. *Health Policy* 1994a;28:153–174.
- Lagergren M. The ASIM-system – A tool for monitoring, evaluation and planning of the long-term care for elderly and disabled people. Doctoral thesis at Karolinska Institute, Department of Social Medicine, Kronan Health Centre. Sundbyberg: Karolinska institute, 1994b.
- Lagergren M. Are there differences in standard of care for the elderly? A comparative study of assistance decisions in Stockholm. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 1998;7:341–350.
- Lagergren M., Batljan I. och Zavisic S., Valfärden och Samhälls-ekonomi, Valfärdsprojektets skriftserie: Kunskap/idé/enskilda röster Nr. 10, Stockholm: Socialdepartementet, 1997.

- Lawton M P, Yaffe S. Mortality, morbidity and voluntary change of residence by older people. *Journal of the American Geriatric Society* 1970;18:823–831.
- Lilja M, Borell L. Eldery peoples's daily activities and need for mobility support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1997;11:73–80.
- Little A G et al. The relationship between alternative assessments of self-care ability in the elderly. *British Journal of Clinical Psychology* 1986;25:51–59.
- Lingsom S. The substitution issue. Care policies and their consequences for family care. Oslo: NOVA (rapport 6/97), 1997.
- Liu K, Manton K G. The characteristics and utilization pattern of an admission cohort of nursing home patients. *The Gerontologist* 1984;24:70–76.
- Lusky R A. Anticipating the needs of of the U.S. aged in the 21st century: Dilemmas in epidemiology, gerontology, and public policy. *Social Science in Medicine* 1986;23:1217–1227.
- Magaziner J, Simonsick E M, Kashner T M, Hebel J R. Patient-proxy response comparability on measures of patient health and functional status. *Journal of Clinical Epidemiology* 1988;41:1065–1074.
- Manton K G. A Longitudinal Study of Functional Change and Mortality in the United States. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES* 43 (1988):S153–S161.
- Manton K G. Epidemiological, demographic, and social correlates of disability among the elderly. *The Milbank Quarterly* 1989; 67 (Suppl.2, Pt.1):13–58.
- Manton K G; Stallard E, Corder L. Changes in morbidity and chronic disability in the U.S. elderly population: Evidence from the 1982, 1984 and 1989 National Long Term Care Surveys. *Journal of gerontology: SOCIAL SCIENCES* 1995; 50B: S194–S204.
- Manton K G; Corder L, Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982–1994. *Proceedings of the National Academy of Sciences (Medical Sciences)* 1997a;94:2593–2598.
- Manton K G, Stallard E, Corder L. Education-specific estimates of life expectancy and age-specific disability in the U.S. elderly population. *Journal of Aging and Health* 1997b; 9:419–450.
- Markides K S, Lee D J. Predictors of Well-Being and Functioning in Older Mexican Americans and Anglos: An Eight-Year Follow-Up. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES* 1990;45:S69–73.
- Mossey J M, Shapiro E. Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health* 1982;72:800–808.
- Medelberg M, Forssell Å, Andersson Axsén M, Ljungberg D. Samhällets stöd till de äldre i Europa, Rapport till Expertgruppen för

- studier i offentlig ekonomi (ESO), Ds 1999:61, Stockholm: Finansdepartementet, 1999.
- Myers G C, Manton K G. Compression of mortality: Myth or reality? *The Gerontologist* 1984;24:346–353.
- OECD. Social Policy Studies N:o 20, 1996
- OECD. The caring world: National Achievements. DEELSA/ELSA/MIN(98)2, Paris:1998a
- OECD. The caring world: An analysis. DEELSA/ELSA/MIN(98)3, Paris: 1998b.
- OECD. Ageing and care for frail elderly persons: An overview of international perspectives. DEELSA/ELSA/WP1(98)10, Paris:1998c
- OECD. The health of older persons in OECD countries: Is it improving fast enough to compensate for population ageing? DEELSA/ELSA/WP1(98)11, Paris:1998d
- Olshansky S J, Rudberg M A, Carnes B A, Cassel C K, Brody J A. Trading off longer life for worsening health: The expansion of morbidity hypothesis. *Journal of Aging and Health* 1991;3:194–216.
- Parker M G, Thorslund M, Nordström M-L. Predictors of mortality for the oldest-old. A 4-year follow-up of community-based elderly in Sweden. *Archives of Gerontology & Geriatrics* 1992;14:227–37.
- Pfeiffer E. Survival in old age. *Journal of the American Geriatrics Society* 1970;18:273–285.
- Poulshock S W, Deimling G T. Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal of Gerontology* 1984;39:230–239.
- Rafferty J, Smith R G, Williamson J. Medical assessment of elderly persons prior to a move to residential care: A review of seven years' experience in Edinburgh. *Age and Ageing* 1987;16:10–12.
- Regeringens proposition 1997/98:113. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Stockholm, 1998.
- Regeringens proposition 1999/2000:1. Budgetpropositionen för år 2000, volym 1, sid.36. Stockholm, 1999.
- Riksförsäkringsverket (RFV), Förtidspensioner. Utbetalade i december 1998, Statistikinformation Is\_I 1999:6, Stockholm 1999.
- Rothman M L, Hedrick S C, Bulcroft K A, Hickam D H, Rubenstein L Z. The validity of proxy-generated scores as measures of patient health status. *Medical Care* 1991;29:115–124.
- Rubinstein L Z, Schairer C, Wieland G D, Kane R. Systematic biases in functional status assessment of elderly adults: Effects of different data sources. *Journal of Gerontology* 1984;39:686–691.
- Rubinstein L Z. Geriatric assessment: An overview of its impacts. *Clinics in Geriatric Medicine* 1987;3:1–15.

- Seeman T E et al. Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology* 1987;126:714–723.
- Singer B H, Manton K G. The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 1998;95:15618-15622.
- Socialstyrelsen, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:6. Äldreomsorgens avgifter. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.
- Socialstyrelsen, Äldreuppdraget, årsrapport 1997 (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:9). Stockholm: Socialstyrelsen, 1997a.
- Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 1997. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997b.
- Socialstyrelsen. Stöd till äldres anhöriga. En nationell kartläggning., Äldreuppdraget- Anhörigprojekten. Stockholm: Socialstyrelsen, 1998
- Socialstyrelsen, Slutenvårdsregistret, 1968–97.
- Socialdepartementet, Översyn av läkemedelsförmånen, Kommittédirektiv 1999:35, Stockholm: Socialdepartementet, 1999.
- SOU 1994:144, Utjämning av kostnader och intäkter i kommuner och landsting, Betänkande från beredningen för statsbidrag och utjämning i kommunsektorn, Stockholm 1994.
- SOU 1995:5, Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Stockholm 1995.
- SOU1996:163, Behov och resurser i vården - en analys, Betänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000), Stockholm 1996.
- SOU 1998:151, Kostnadsutjämning för kommuner och landsting – en översyn av statsbidrags- och utjämningsystemet, Betänkande av Kommunala utjämningsutredningen, Stockholm 1998.
- SOU 2000:3, Valfärd vid vägskalet, Delbetänkande från Kommittén Valfärdsbokslut, Stockholm 2000.
- Spector W D, Katz S, Murphy J B, Fulton J P. The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. *Journal of Chronic Diseases* 1987;40:481–489.
- Stark A, Kliewer E, Gutman G, McCashin B. Placement changes in long-term care: Three years experience. *American Journal of Public Health* 1984;74:459–463.
- Statistiska Centralbyrån (SCB), Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF), 1975-1997. Stockholm: SCB.
- Statistiska Centralbyrån (SCB), Befolkningsprognoser, 1978-1999 Stockholm: SCB.

- Statistiska Centralbyrån (SCB), Barnaföddande och sysselsättning. Upp- och nedgången i fruktsamheten 1985-1997, Demografiska rapporter 1998:1, Stockholm: SCB, 1998
- Statistiska Centralbyrån (SCB), Utgifter för det sociala skyddet i Sverige och EU 1993-1997, Stockholm: SCB, 1999a.
- Statistiska Centralbyrån (SCB), Arbetskraftsprognos 1999, Information om utbildning och arbetsmarknad 1999:2, Stockholm: SCB, 1999b.
- Statskontoret, Uppdrag att göra en analys och bedömning av utvecklingen av långvarig medicinskt grundad arbetsförmåga. Framtidens långa sjukfrånvaro, Stockholm: Statskontoret, Diariennr 1999/0268-5, 1999.
- Stout R W, Crawford V. Active-life expectancy and terminal dependency: Trends in long-term geriatric care over 33 years. *The Lancet* 1988;281-283.
- Styrborn, K. Geriatric decision-making. A study of medical and organizational aspects of discharge planning. *Acta Universitatis Upsaliensis. (Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 480)*. Uppsala, 1994.
- Sundberg C J, Jansson E. Regelbunden fysisk aktivitet hälsosamt för alla åldrar. *Läkartidningen* 1998; 95:4062-4067.
- Sundquist J, Johansson S-E. Self reported poor health and low educational level predictors for mortality: A population based follow up study of 39 156 people in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1997;51:35-40.
- Svallfors S, Mellan risk och tilltro: opinionsstödet för en kollektiv välfärdspolitik, Umeå studies in sociology No 114, Umeå: Sociologiska institutionen Umeå universitet, 1999.
- Svanborg A, Berg S, Nilsson L, Persson G. A Cohort Comparison of Functional Ability and Mental Disorders in Two Representative Samples of 70-Year-Olds. In: *Senile Dementia: Outlook for the Future*. New York: Alan R. Riss, 1984.
- Svenska Kommunförbundets äldreberedning, Behov och resurser för vård och omsorg till äldre, bilaga 3 till *Vår framtid, Äldres vård och omsorg inför 2000-talet*, Stockholm: Svenska Kommunförbundet, 1999a.
- Svenska Kommunförbundets äldreberedning, *Äldreomsorg i jämförelse. Modell och analys*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet, 1999b.

- Szebehely M. Hjälp i hemmet i nedskärningstider – hemtjänstens och anhörigas insatser för gamla kvinnor och män. I: Sandquist A-M (red) åt var och en efter behov. Stockholm: Kommentus förlag, 1998.
- Tapia-Videla J I. The use of special surveys of health needs of elderly populations as a basis for establishing policies and plans. *World Health Statistics Quarterly* 1985;38:76–90.
- Thorslund M, Wärneryd B. Surveying the elderly about health, medical care and living conditions. Same issues of response variability. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 1990;11:161-173.
- Thorslund M. The increasing number of very old people will change the Swedish model of the welfare state. *Social Science and Medicine* 1991;32:455–464.
- Thorslund M, Lundberg O. Health and inequalities among the oldest old. *Journal of Aging and Health* 1994;6:51–69.
- Townsend P. The structured dependency of the elderly: A creation of social policy in the twentieth century. *Ageing and Society* 1981;1:5–28.
- Vaupel J W, Lundström H. Longer life expectancy? Evidence from Sweden of reductions in mortality rates at advanced ages. In: Wise D (Ed). *Economics of Aging*. Chicago: University of Chicago Press, 1994.
- Veckans affärer nr 47, Göran Lind: Konjunktur. Den gamla världen, 1999-11-22
- Verbrugge L M . Survival curves, Prevalence rates and Dark Matter Therein. *Journal of Aging and Health* 1991;3:217–236.
- Wadensjö E, *Immigration och samhällsekonomi*, Lund: Studentlitteratur, 1973.
- Wadensjö E, *Arbetsmarknad, invandring och ekonomi*. I: Hamberg M E. och Hamar T. red. *Invandringen och framtiden*, Stockholm: LiberFörlag, 1981.
- Wadensjö E. och Sjögren G. *Arbetslinjen för äldre i praktiken. En studie för Riksdagens revisorer*, Stockholm: Riksdagens revisorer, Diariern 1998:96(4), 1999.
- Waidman T A, Manton K G. *International evidence on disability trends among the elderly*. Urban Institute, Duke University, Mimeo, 1998.
- Wiener J M et al. Measuring the activities of daily living: Comparisons across national surveys. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES* 1990;45:S229–237.
- [www.iva.se/tekniskframsyn/](http://www.iva.se/tekniskframsyn/), Panel 1, slutrapport Hälsa, medicin och vård, 1999
- Zweifel P, Felder S, Meiers M. Ageing of population and health care expenditure: A red herring? *Health Economics* 1999; 8: 485-496.