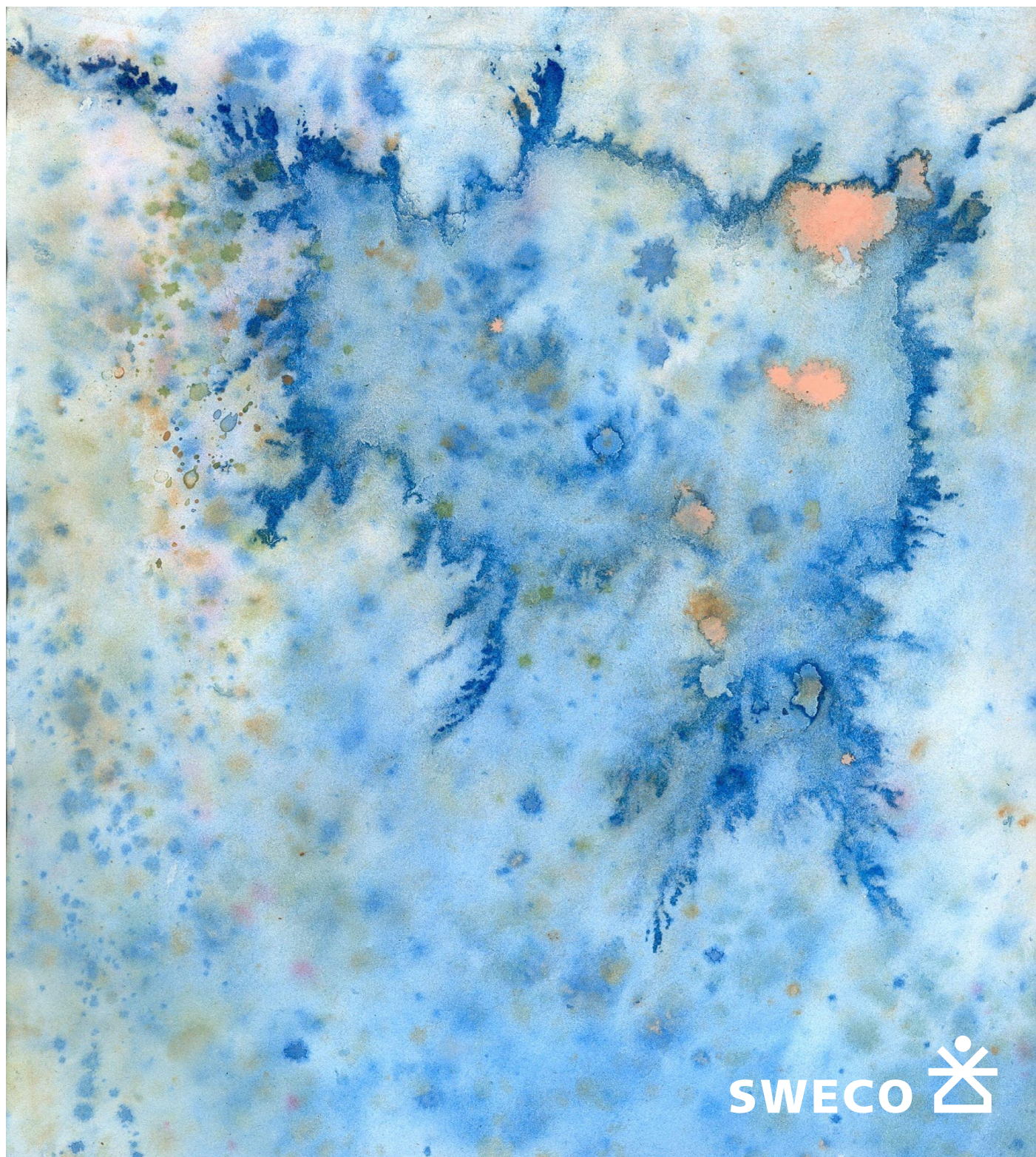


ÄLDREOMSORGSPROGNOS 2019

FRAMSKRIVNING AV ÄLDREOMSORGSBEHOVET PERIODEN 2020–2040



INNEHÅLL

Prognosen i korthet.....	5
Medellivslängden ökar.....	5
Omsorgstagandet fortsätter att sjunka	5
I prognosen antas ett fortsatt minskat omsorgstagande.....	6
Befolkningsutvecklingen fram till år 2040.....	7
Väntad ökning av omsorgstagare från år 2021.....	7
Bakgrund och redovisning.....	9
Demografisk utveckling.....	10
Medellivslängd.....	10
Ensamboende och samboende.....	12
Utbildningsnivå.....	15
Utrikes födda äldre.....	15
Konsumtion idag och historiskt.....	18
Omfattning i september 2019	18
Utvecklingen 1998 – 2019	20
Äldres hälsoutveckling.....	27
Utvärdering av tidigare års.....	29
Prognos.....	29
Föregående års prognos och utfall 2019	29
Sju tidigare prognoser och utfall 2012–2019.....	30
Stadsdelsområden	32
Antaganden	33
Konsumtionsutveckling.....	34
Befolkningsutveckling.....	35
Prognosmodell	38
Konsumtionstal för staden som helhet.....	38
Konsumtionstal för stadsdelsområden.....	38
Resultat.....	39
Hela staden.....	39
Stadens områden.....	41
Alternativa prognoser.....	42

Kostnadsprognos	43
Boendetidernas betydelse för behovet av VoB.....	44
Äldreomsorg på minoritetsspråk.....	46
Äldreomsorg på finska	46
Äldreomsorg på samiska.....	48
Äldreomsorg på meänkieli	49

PROGNOSEN I KORTHET

Antalet äldre personer över 65 år i Stockholms stad beräknas öka de kommande åren enligt stadens officiella befolkningsprognos och frågan är hur denna ökning kommer att påverka behovet av äldreomsorg. På uppdrag av Stockholms stad har Sweco därför utvecklat en modell för att prognostisera äldreomsorg och har under de senaste åren tagit fram årliga uppdateringar av omsorgsprognosen för hela staden och för de 14 stadsdelsområdena.

Omsorgsbehovet prognostiseras baserat på de senaste årens utveckling av omsorgstagande, befolkningens demografiska utveckling och forskning om äldres hälsoutveckling.

I årets prognos förväntas antalet omsorgstagare 65 år och äldre att öka från dagens cirka 21 100 till drygt 30 000 år 2040, vilket är en något snabbare ökningstakt än i förra årets framskrivning. Skillnaderna mellan prognoserna är dock relativt små, vilket hänger samman med att förändringarna i befolkningsprognosen är små. Även förändringarna i konsumtionsutveckling är mycket små jämfört med förra årets prognos.

MEDELLIVSLÄNGDEN ÖKAR

Befolkningens medellivslängd ökar stadigt. De som föds nu har en förväntad medellivslängd på 85,0 år för flickor och 81,6 år för pojkar. För de som redan uppnått åldern 65 år är den förväntade återstående medellivslängden 21,8 år för kvinnor och 19,1 år för män, vilket är en ökning sedan 70-talet. Snabbast har ökningen varit för män och i framtiden väntas både kvinnors och mäns medellivslängd fortsätta öka samtidigt som de närmar sig varandra ytterligare.

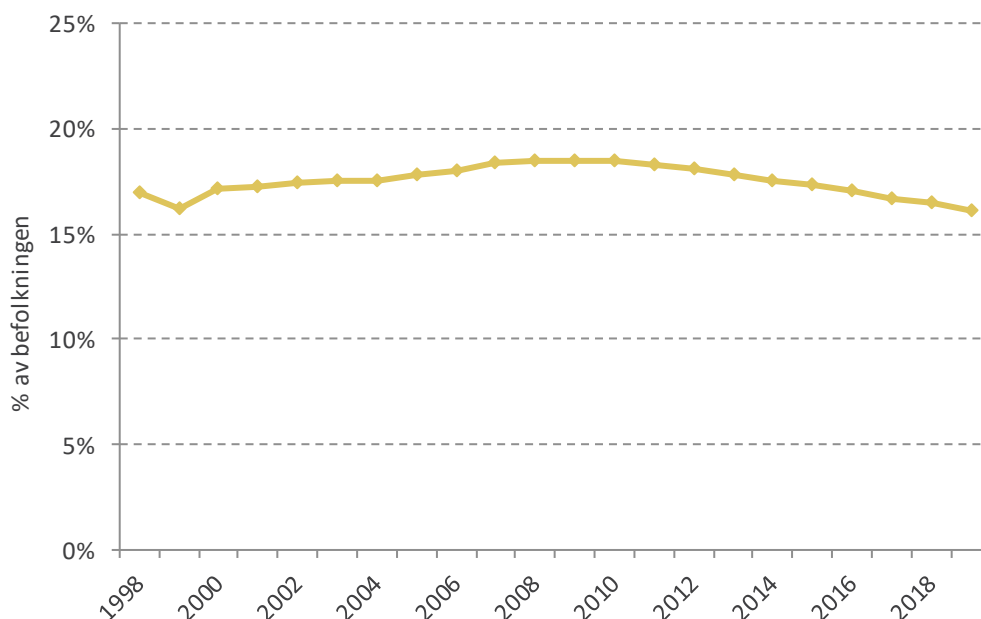
Den minskande skillnaden mellan mäns och kvinnors medellivslängd kan vara en faktor bakom att andelen äldre som bor ensamma minskar. Ensamboende äldre har behov av äldreomsorg i högre utsträckning än de som bor med en partner, vilket bland annat visar sig i Swecos analyser av samband mellan ensamboende och omsorgstagande. Den minskande andelen ensamboende kan därför väntas bidra till ett minskande behov av omsorg.

I avsnitt *Demografisk utveckling* beskrivs den demografiska utvecklingen närmare och att faktorer som utbildningsnivå och födelseland har betydelse för medellivslängden. Exempelvis har boende i Sverige som är födda utanför Europa eller i EU exklusive Norden längre medellivslängd än födda i Sverige. En förklaring till det kan vara att personer födda utanför Europa som väljer att utvandra sannolikt är friskare och därmed har högre förväntad livslängd än övriga personer i ursprungslandet. Samtidigt är det viktigt att påpeka att det i Swecos analyser inte har kunnat påvisas några skillnader i omsorgsbehov baserat på födelseland. Det högre omsorgstagandet i stadsdelar med en hög andel utrikes födda hänger istället samman med andra faktorer som inkomstnivå.

OMSORGSTAGANDET FORTSÄTTER ATT SJUNKA

I diagrammet nedan visas utvecklingen av andelen personer över 65 år som har haft någon av omsorgsformerna hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller korttidsvård sedan slutet av 90-talet. Som diagrammet visar har andelen omsorgstagare minskat stadigt under hela 10-talet. I beräkningarna tas hänsyn till att medelåldern i den äldre befolkningen har sjunkit då antalet 65–79-åringar har ökat medan antalet i de allra äldsta åldersgrupperna har minskat. Utvecklingen i diagrammet speglar alltså den minskning av omsorgstagandet som berott på annat än förändrad åldersfördelning i befolkningen.

Figur 1 Andel personer 65+ år med hemtjänst/VoB/korttidsvård (åldersstandardiserat)



I avsnittet *Konsumtion idag och historiskt* visas att under de senaste åren har en minskning av omsorgstagandet skett i samtliga studerade omsorgsformer och i samtliga åldersgrupper med undantag för de allra äldsta.

I PROGNOSEN ANTAS ETT FORTSATT MINSKAT OMSORGSTAGANDE

Forskningen pekar på att antalet omsorgskrävande år är oförändrade trots att medellivslängden ökar, det vill säga att omsorgstagandet fortfarande pågår lika många år men inträffar senare i livet. En förklaring till det uppskjutna omsorgstagandet är medicinsk och teknisk utveckling som gör det möjligt att klara sig utan omsorg trots viss sjukdom.

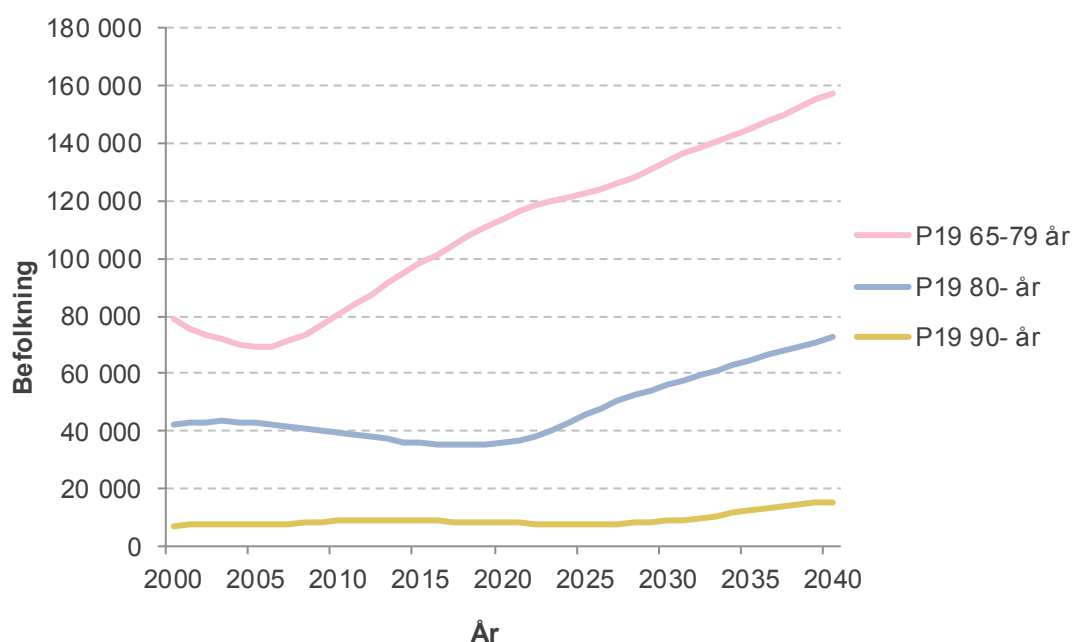
Prognosen utgår ifrån omsorgstagandet idag uppdelat på kön, ålder, omsorgsform och stadsdelsförvaltning. Omsorgstagandet väntas minska i varje specifik ålder, med undantag för gruppen 95 år och äldre, baserat på följande faktorer:

- den utveckling som observerats de senaste åren (lägre konsumtion av äldreomsorg för de flesta omsorgsgrupper)
- utvärdering av tidigare prognoser där utfallet stämmer väl överens med beräknad konsumtion, även på några års sikt
- ökat samboende (par konsumerar mindre omsorg, då männens medellivslängd ökar snabbare än kvinnornas antas paren leva en större del av sina liv tillsammans och med relativt sett mindre omsorg)
- den medicinska och tekniska utvecklingen som till exempel kan förväntas reducera den framtida förekomsten och effekterna av demens
- befolkningens ökande utbildningsnivå (hälsoutvecklingen har observerats som mer gynnsam för befolkning med högre utbildningsnivå och en positiv utveckling av högt utbildade antas därför leda till ett lägre omsorgsbehov)

BEFOLKNINGSUTVECKLINGEN FRAM TILL ÅR 2040

Förutom andelen omsorgstagare är utvecklingen av antalet personer i den äldre befolkningen naturligtvis en avgörande faktor för utvecklingen av antalet omsorgstagare. I diagrammet nedan visas den faktiska utvecklingen av den äldre befolkningen åren 2000–2018 samt enligt prognos för åren 2019–2040. Diagrammet visar att antalet yngre äldre, under 80 år, ökar stadigt under hela prognosperioden medan de allra äldsta väntas minska något de närmsta åren innan även den gruppen börjar öka. Då omsorgstagandet i de äldsta åldrarna är betydligt högre än bland de yngre äldre är det framförallt utvecklingen för dem över 80 år som är av betydelse för utvecklingen av äldreomsorgsbehovet.

Figur 2 Befolkning perioden 2000–2018 och prognos 2019–2040

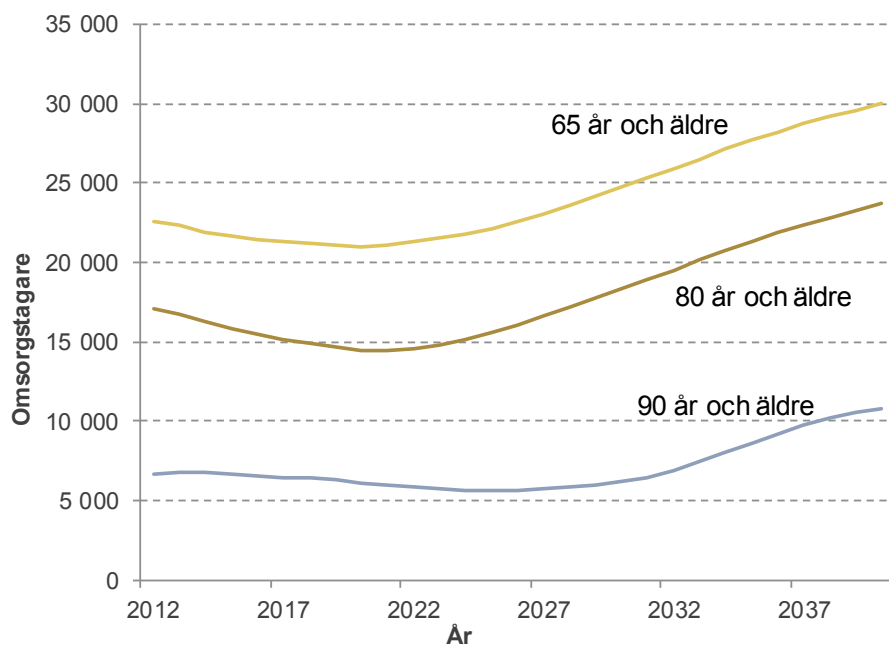


I avsnittet *Befolkningsutveckling* beskrivs befolkningsprognosen mer detaljerat och vilken utveckling som väntas i stadens olika områden.

VÄNTAD ÖKNING AV OMSORGSTAGARE FRÅN ÅR 2021

I diagrammet nedan visas resultatet av omsorgsprognosen fram till år 2040. Antalet omsorgstagare beräknas vara i stort sett oförändrat det närmaste året. Även om den äldre befolkningen totalt sett ökar sker fortfarande en minskning av de allra äldsta samtidigt som prognosen baseras på ett antagande om minskat omsorgstagande per ålder. Från och med år 2021 väntas antalet omsorgstagare öka, för att år 2040 vara 30 000 personer vilket kan jämföras med dagens 21 100 i de studerade omsorgsformerna. Närmare redogörelse för resultatet finns i avsnittet *Resultat*. I avsnittet redovisas också resultatet uppdelat per område i staden, hög- respektive lågalternativ samt indexerad kostnadsutveckling.

Figur 3 Omsorgstagare perioden 2012–2019 samt prognos 2020-2040



BAKGRUND OCH REDOVISNING

Antalet äldre personer över 65 år i Stockholms stad beräknas öka de kommande åren enligt stadens officiella befolkningsprognos. Frågan är hur denna ökning kommer att påverka behovet av äldreomsorg. På uppdrag av Stockholms stad har Sweco därför utvecklat en modell för att prognostisera äldreomsorg och tagit fram årliga prognoser för hela staden och för de 14 stadsdelsområdena. Under hösten 2015 genomfördes en utveckling av modellen som syftade till att på ett mer detaljerat och noggrannare sätt ta hänsyn till skillnaderna mellan olika åldrar vad gäller konsumtion av äldreomsorg. De senaste fem årens prognoser grundar sig på den vidareutvecklade modellen, vilken går att läsa mer om i rapporten för 2015 års prognos, *Äldreomsorgsprognos 2015 – Framskrivning av äldreomsorgsbehovet perioden 2016–2040*. Årets framskrivning baseras på stadens senaste befolkningsprognos på lång sikt som är framtagen under våren 2019. Skillnaderna mellan årets befolkningsprognos och förra årets som låg till grund för 2018 års framskrivning av äldreomsorg är relativt små.

I denna rapport presenteras modellen för framskrivning av äldreomsorg, en utvärdering av föregående års prognos och vilka antaganden om konsumtion som görs samt vad de baseras på.

Framskrivningen görs för hela staden, de 14 stadsdelsförvaltningarna och fyra större delområden. Resultatet redovisas i bilaga för de geografiska områdena uppdelat på omsorgsform och åldersklass. De fyra delområdena är:

Delområde	Stadsdelsförvaltningar
Innerstaden	Norrmalm, Östermalm, Kungsholmen, Södermalm
Östra Söderort	Farsta, Enskede-Årsta-Vantör, Skarpnäck
Västra Söderort	Älvsjö, Hägersten-Liljeholmen, Skärholmen
Västerort	Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta, Hässelby-Vällingby, Bromma

I Bilaga 1 redovisas resultaten från framskrivningen för hela staden, de fyra delområdena samt de 14 stadsdelsområdena. I uppgifterna för hela staden ingår även de personer där Enheten för hemlösa är biståndsbeslutande. Omsorgsformer, åldersgrupper och geografiska områden som redovisas är samma i årets prognos som tidigare år. För varje område redovisas dels ett översiktsblad med uppgifter om befolkning och äldreomsorgstagare i olika omsorgsformer åren 2019, 2020, 2030 samt 2040, dels ett blad med mer detaljerade uppgifter om varje år fram till och med år 2040. För hela staden och de fyra delområdena redovisas uppgifter för åldersgrupperna 65-år, 80-, 85- år samt 90- år. Samma åldersgrupper redovisas för de 14 stadsdelsområdena med undantag för 90- år som inte särredovisas då uppgiften bedöms vara för osäker på den lägre geografiska nivån.

Framskrivningen av äldreomsorg redovisas i följande typer av service/omsorg:

- Vård- och omsorgsboende (demens, somatisk inriktning)
- Hemtjänst uppdelat på ordinärt boende samt servicehusboende
- Dagverksamhet (särredovisas endast för hela staden)
- Korttidsvård (särredovisas endast för hela staden)
- Totalt netto av ovanstående typer av omsorg

I tidigare prognoser har omsorg inom hemtjänsten redovisats med en uppdelning i tre grupper beroende på hemtjänstens omfattning¹. Problem med dataunderlaget till prognosen har lett till osäkra uppgifter om antalet timmar hemtjänst som beviljats och utförts. Därför redovisas inte hemtjänst efter omfattning i denna prognos. Däremot redovisas precis som tidigare hemtjänsttagare uppdelat på ordinärt boende och servicehus.

En person kan ha flera olika typer av omsorg under en och samma månad som exempelvis trygghetslarm och hemtjänst. Framskrivningen är begränsad till ovanstående omsorgsformer. Detta innebär att personer boende i servicehus utan hemtjänstinsats, personer med enbart trygghetslarm eller med enbart ledsagning/avlösning exkluderas.

DEMOGRAFISK UTVECKLING

I detta avsnitt presenteras demografiska faktorer för den äldre befolkningen i Stockholm som visat sig ha samband med konsumtionen av äldreomsorg. Utländsk bakgrund, samboende och utbildning är exempel på bakgrundsfaktorer som påverkar olika äldregruppers livslängd² och behov av äldreomsorg. Att följa hur de faktorerna förändras över tid ger inblick i hur behovet av äldreomsorg kan tänkas utvecklas.

MEDELLIVSLÄNGD

Befolkningens medellivslängd ökar stadigt. För de barn som föddes år 2018 hade flickor en förväntad medellivslängd på 85,0 år och pojkar 81,6 år. För de som redan uppnått åldern 65 år var den förväntade återstående medellivslängden för kvinnor 21,8 och för män 19,1 år 2018. Det innebär en ökning sedan år 1970 då 65-åriga kvinnors återstående medellivslängd var 17,0 år och motsvarande för män var 13,1 år. Ökningen under perioden 1970–2018 har alltså varit störst för män som lever i snitt 6,0 år längre idag än för 50 år sedan. Kvinnors motsvarande ökning under samma period har varit 4,8 år. Kvinnor lever fortfarande längre än män, men skillnaden i livslängd mellan könen har minskat över tid. I framtiden förväntas en fortsatt ökning av livslängden för både män och kvinnor samtidigt som skillnaden i livslängd mellan könen förväntas minska ytterligare.

Dödsorsaker relaterade till rökning och alkohol har varit betydande såväl för den ökade medellivslängden som för de minskade skillnaderna mellan män och kvinnor. De minskade skillnaderna brukar främst förklaras av livsstilsfaktorer där mäns konsumtion av alkohol och tobak har minskat samtidigt som kvinnors konsumtion har ökat³. Inga aktuella studier som fokuserat specifikt på Stockholms stad finns dock tillgängliga men det är rimligt att anta att staden i stort följer rikets utveckling när det gäller dessa bakomliggande orsaker till den ökade livslängden.

¹Serviceinriktad hemtjänst (högst 6,4 timmar, hemtjänst med omsorg 6,5-136,2 timmar) och hemtjänst med heldygnsomsorg (minst 136,2 timmar).

² SCB 2016:2, Livslängd och dödlighet i olika sociala grupper

³ Kohortdödligheten i Sverige - Dödlighetsutvecklingen sedan 1861, Statistiska centralbyrån Demografiska rapporter 2010:1

Tabell 1 Återstående medellivslängd (antal år) i staden år 1970, 2000, 2010, 2018 samt prognos för 2030 och 2040

	1970	2000	2010	2018	Prognos	
					2030	2040
Vid 65 år						
Kvinnor	17,0	20,3	21,2	21,8	23,0	24,0
Män	13,1	16,4	17,9	19,1	20,9	22,0
Vid 80 år						
Kvinnor	7,1	9,3	9,9	10,2	10,8	11,4
Män	5,8	7,2	8,0	8,5	9,4	10,1

Medellivslängden har även ökat för dem övever 80 år. Den återstående medellivslängden för 80-åriga kvinnor steg under perioden 1970–2018 från 7,1 till 10,2 år medan motsvarande ökning för män var från 5,8 till 8,5 år. För de över 80 har alltså ökningen i medellivslängd varit större för kvinnor än för män sett till ett längre perspektiv, men under 2000-talet har den återstående livslängden ökat snabbare för män än för kvinnor även för personer över 80 år.

Att räkna på skillnaderna i medellivslängd mellan stadsdelsområdena är svårt då antalet döda per stadsdelsområde är relativt få, vilket kan ge slumpmässiga variationer som inte är stabila över tid. Trots det är det möjligt att med statistiska metoder undersöka skillnaderna mellan respektive stadsdelsförvaltning och staden totalt. Beräkningarna visar att fyra stadsdelsförvaltningar skiljer sig tillräckligt mycket ifrån staden i stort för att skillnaderna ska anses vara statistiskt säkerställda. I stadsdelsområdena Bromma och Östermalm är dödligheten lägre än i staden i stort, medan Älvsjö och Enskede-Årsta-Vantör har en högre dödlighet. Dessa skillnader beaktas i prognosarbetet genom den befolkningsprognos som ligger till grund för behovsprognosen.

I de kommande tre avsnitten beskrivs utvecklingen av ensamboende/samboende, utbildningsnivå och utrikes födda i den äldre befolkningen i Stockholms stad. Detta är viktiga faktorer att studera då de hänger samman med livslängd och delvis även har visat sig ha betydelse för omsorgsbehovet.

Enligt SCB:s rapport *Livslängd och dödlighet i olika sociala grupper* (2016) är medellivslängden högre för personer med hög utbildning än med kortare utbildning. Mellan personer med eftergymnasial utbildning och de med förgymnasial utbildning skiljer den återstående medellivslängden vid 30 år cirka 5 år för kvinnor och 6 år för män. Sedan sekelskiftet år 2000 har skillnaderna dessutom ökat.

Enligt rapporten skiljer även den återstående medellivslängden mellan olika civilstånd. Vid 65 års ålder är den återstående medellivslängden längre för gifta än för skilda och även längre för skilda än ogifta. Även denna skillnad har ökat över tid. Samtidigt är det viktigt att påpeka att medellivslängden för samtliga utbildningsgrupper och civilstånd har ökat under de senaste 30 åren.

Även vad gäller utrikes födda finns det enligt SCB:s rapport tydliga skillnader i återstående medellivslängd vid 30 års ålder sett till olika födelselandsgrupper. Födda utanför Europa eller i Europa inom EU exklusive Norden hade längre medellivslängd än födda i Sverige. Födda i Norden exklusive Sverige och födda i Europa utanför EU hade istället kortare medellivslängd än födda i Sverige. En förklaring till den relativt höga medellivslängden bland utrikes födda utanför Europa kan vara att personer som väljer att utvandra sannolikt är friskare och därmed har högre förväntad livslängd än övriga personer i ursprungslandet. Utifrån detta skulle man kanske

förvänta sig att livslängden var längre i stadsdelsområden med stor andel utrikesfödda, men så ser det inte ut i Stockholms stad. Den förväntade återstående livslängden för äldre personer i de stadsdelsområdena kan varken påvisas vara längre eller kortare än i Stockholm som helhet, men omsorgstagandet är klart högre.

Samtidigt har de analyser som Sweco gjort i samband med resursfördelningen för äldreomsorg mellan stadsdelsförvaltningar visat att utländsk bakgrund inte har signifikant betydelse för omsorgstagandet. Att det finns skillnader i omsorgstagande mellan stadsdelsförvaltningar beror istället till stor del på skillnader i inkomst samtidigt som medelinkomsterna i stadsdelsområden med hög andel utrikes födda i Stockholms stad är lägre än i staden i stort.

ENSAMBOENDE OCH SAMBOENDE

Ensamboende äldre har i betydligt högre utsträckning behov av äldreomsorg än de som har en partner, vilket bland annat visar sig i Swecos analyser av samband mellan ensamboende och omsorgstagande. Samboende lever också längre än ensamstående⁴. Andelen ensamboende varierar dessutom kraftigt mellan olika stadsdelsförvaltningar vilket är en viktig förklaring till skillnaden i omsorgsbehov mellan olika områden.

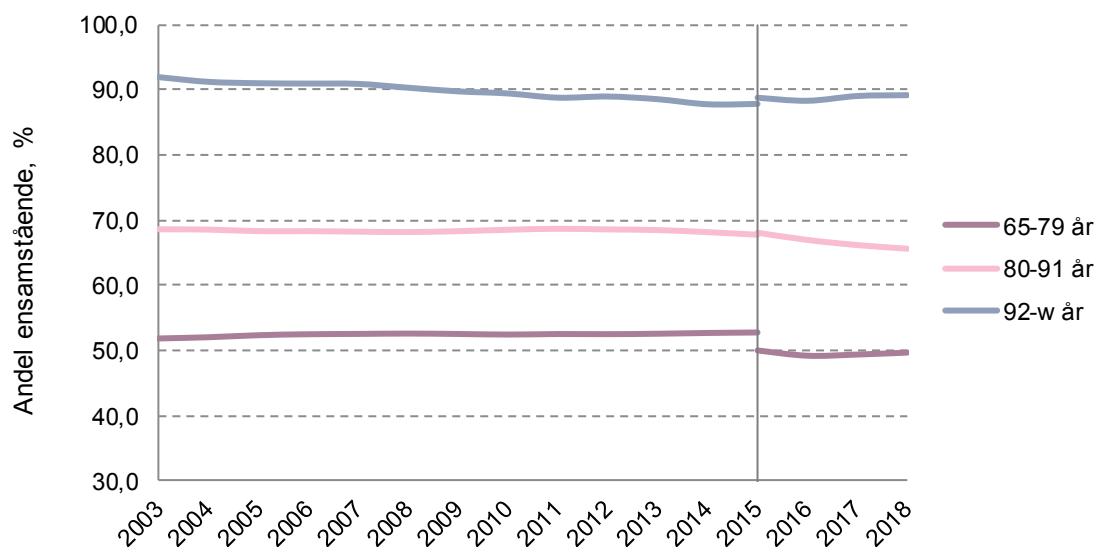
Uppgifterna för staden avseende ensamstående avser åren 2003–2015 och är hämtade från inkomststatistiken. För dessa år definieras samboende som gifta samt ogifta samboende som har eller har haft gemensamma barn och är skrivna på samma fastighet. Det innebär att samboende utan gemensamma barn klassas som ensamstående. Den andelen kan fortfarande antas utgöra en liten del av den allra äldsta befolkningen även om den sannolikt ökar, framförallt bland yngre äldre.

Från och med år 2015 hämtas statistiken från lägenhetsregistret där samboende istället definieras utifrån vilka som bor i samma lägenhet. Den nya definitionen ger troligen en mer sanningsenlig bild av andelen ensamstående. För år 2015 finns uppgifter från båda registren, varför andelen ensamstående presenteras enligt båda definitionerna.

Figur 4 visar utvecklingen av andelen ensamboende bland äldre i olika åldersklasser. För åren 2003–2015 presenteras andelarna utifrån den äldre definitionen. Därefter presenteras andelen ensamstående baserat på definitionen från lägenhetsregistret för åren 2015–2018. Andelen ensamstående enligt den nya definitionen är lägre för yngre äldre (65–79 år), vilket kan vara en effekt av att samboende utan gemensamma barn inte längre klassas som ensamstående. För de allra äldsta (92-år) visar sig andelen ensamstående enligt den nya definitionen istället vara något högre än enligt den tidigare definitionen. Det finns en sjunkande trend av ensamstående i den äldsta åldersgruppen, vilket kan antas vara en följd av att mäns och kvinnors medellivslängd närmar sig varandra. Under de senaste två åren har dock andelen ökat något. Det är för tidigt att säga om det är början på en ny trend eller en tillfällig förändring. Då männens medellivslängd ökar snabbare än kvinnors kan kvinnor antas leva ensamma färre år än tidigare.

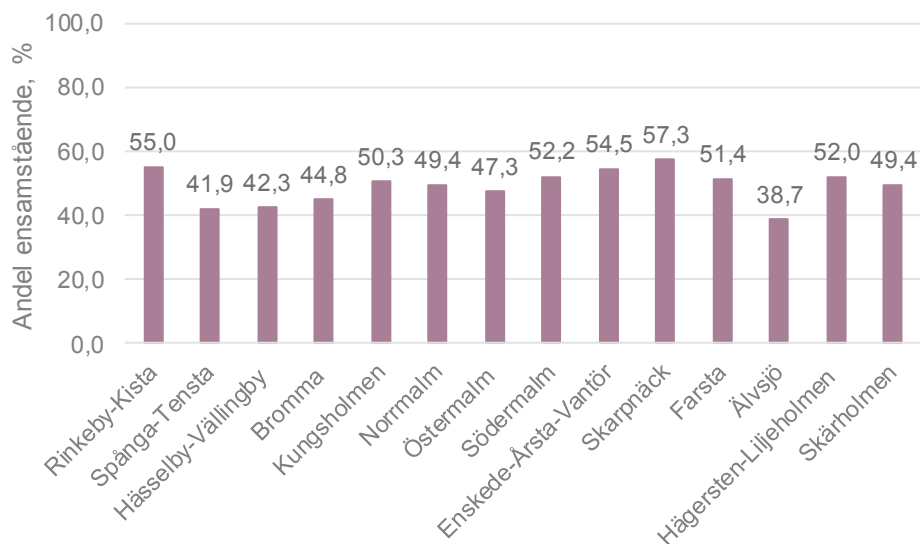
⁴ SCB 2016:2 Livslängd och dödlighet i olika sociala grupper

Figur 4 Andel ensamstående bland äldre 65+ år (baserat på tidigare och ny definition)

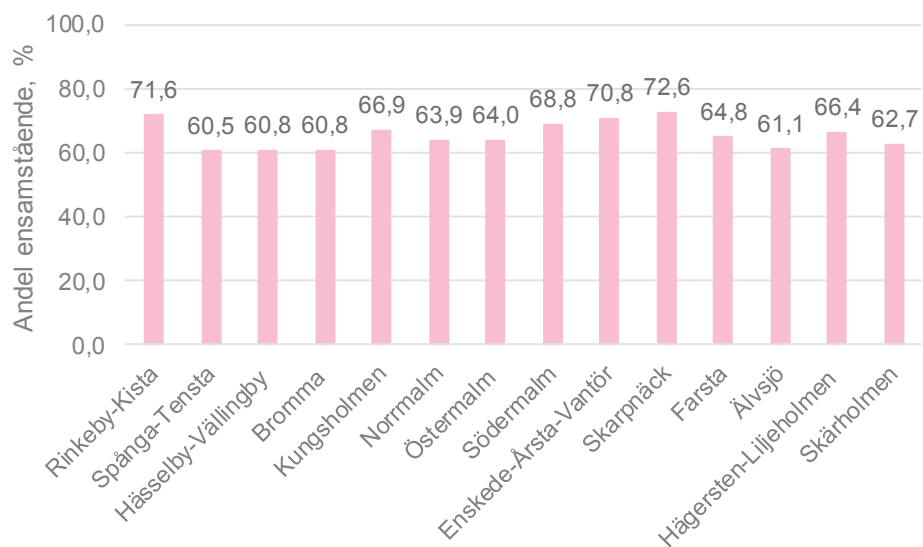


Figur 5-Figur 7 presenterar andelen ensamboende per åldersklass i olika stadsdelsområden och visar på en stor spridning mellan olika delar av staden, framförallt bland yngre pensionärer. Lägst andel ensamboende 65–79-åringar har Älvsjö, Spånga-Tensta, Hässelby-Vällingby och Bromma, medan Skarpnäck, Rinkeby-Kista och Enskede-Årsta-Vantör har de högsta andelarna. I äldre åldrar är mönstret ungefär detsamma även om skillnaderna är mindre.

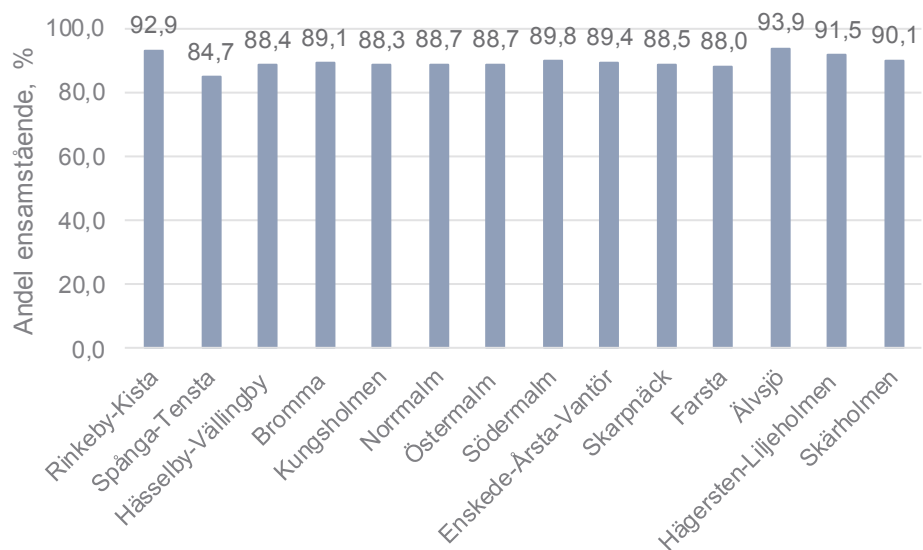
Figur 5 Andel ensamboende av befolkningen 65–79 år, 2018 per stadsdelsförvaltning



Figur 6 Andel ensamstående av befolkningen 80–91 år, 2018 per stadsdelsförvaltning



Figur 7 Andel ensamstående av befolkningen 92- år, 2018 per stadsdelsförvaltning

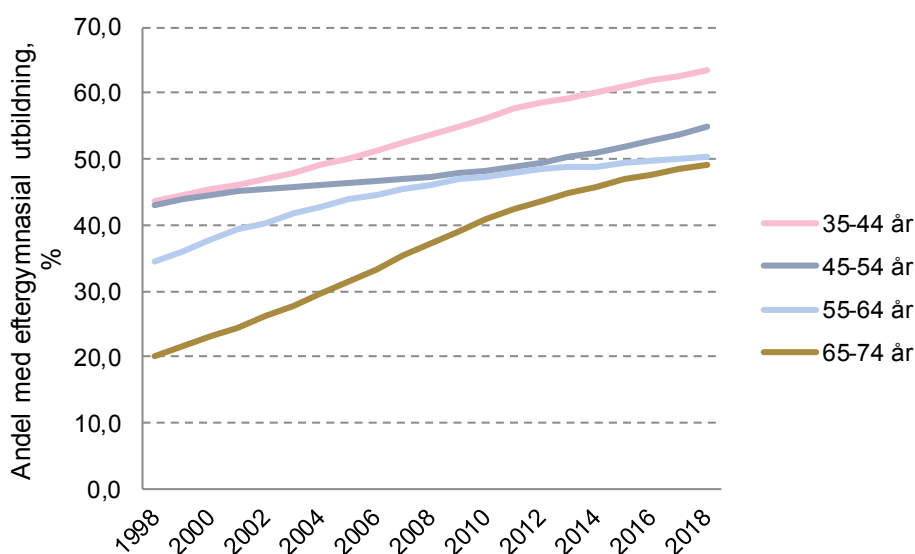


UTBILDNINGSNIVÅ

Det finns statistiskt säkerställda skillnader i medellivslängd mellan olika sociala grupper⁵. Exempel på en social faktor med tydlig betydelse för livslängd är utbildningsnivå. Personer med kortare utbildning har i genomsnitt högre dödlighet än personer med längre utbildning. Utbildningsnivån i befolkningen påverkar även den förväntade sjukligheten och behoven av äldreomsorg. Personer med högre utbildning har i lägre utsträckning omsorg än de med lägre utbildning.

I Figur 8 nedan presenteras uppgifter för andelen med eftergymnasial utbildning i olika åldersgrupper.

Figur 8 Befolkning med eftergymnasial utbildning i olika åldersgrupper i Stockholm perioden 1998-2018, procent.



Det har blivit allt vanligare att uppnå en eftergymnasial utbildning och andelen med eftergymnasial utbildning har ökat inom alla åldersgrupper under perioden 1998–2018. Störst har ökningen varit i åldersgruppen 65–74 år där andelen har ökat från 20,1 procent år 1998 till 49,3 procent år 2018. I de yngre åldersgrupperna är det ännu högre andelar som har eftergymnasial utbildning. Bland de som var 55–64 år hade 50,2 procent eftergymnasial utbildning år 2018. Motsvarande andel för de som var 45–54 år var 54,9 procent och för de som var 35–44 år 63,4 procent. De höga andelarna bland yngre pekar på att det i framtiden kommer att bli ännu vanligare för äldre att ha eftergymnasial utbildning, vartefter de yngre åldersgrupperna blir äldre.

UTRIKES FÖDDA ÄLDRE

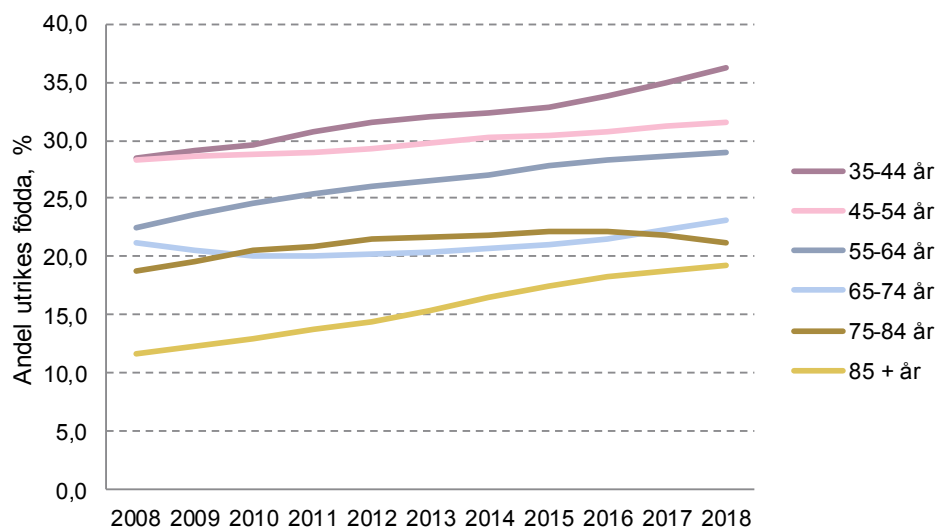
För staden är det viktigt att följa den demografiska utvecklingen av de utrikes födda äldre eftersom det exempelvis kan uppkomma önskemål om äldreboenden anpassade för utländska nationaliteter. Då behov och utformning av äldreomsorg kan variera mellan svenskfödda och utrikes födda kan det även vara en viktig förklaring till att behovet skiljer sig åt mellan olika stadsdelsförvaltningar.

Bland befolkningen som var 65 år och äldre var det drygt 31 550 utrikes födda personer år 2018, vilket motsvarar 22,1 procent av samtliga i den åldersgruppen. Andelen utrikes födda varierar mellan de olika äldre åldersgrupperna. Generellt är andelen utrikes födda större bland de yngre

⁵ SCB 2016:2 Livslängd och dödlighet i olika sociala grupper

åldersgrupperna än bland de äldre. Högst är andelen för de som är 35–44 år, bland dem var 36,2 procent utrikes födda år 2018. Lägst var andelen bland de som var 85 år och äldre, 19,2 procent av dem var utrikes födda år 2018.

Figur 9 Utrikes födda i staden i olika åldersgrupper perioden 2008–2018, procent.



Generellt har andelen utrikes födda ökat stadigt i alla åldersgrupper under hela perioden 2008–2018, med undantag för 65–74-åringar vars andel sjönk från 22,0 procent år 2008 till 20,0 procent år 2010, för att därefter stiga till 23,1 år 2018. Detta beror inte på någon minskning av antalet utrikes födda inom gruppen, utan på att antalet svenskfödda i gruppen 65–74 år ökade snabbare än antalet utrikes födda i samma ålder under 2006–2010. Även andelen utrikes födda inom åldersgruppen 75–84 år har minskat något under de senaste två åren.

Utrikes födda och vistelsetid

I Tabell 2 redovisas antalet äldre, 65+ år, efter vistelsetid i Sverige. De flesta som utvandrar till ett annat land gör det i ung ålder. Bland Stockholms äldre som är utrikes födda har de flesta varit i Sverige en längre tid. Sammantaget är det 27 904 personer 65 år eller äldre som varit i landet 10 år eller längre, medan det är 1 944 personer över 65 år som har varit här kortare tid. För 1 706 personer är vistelsetiden okänd.

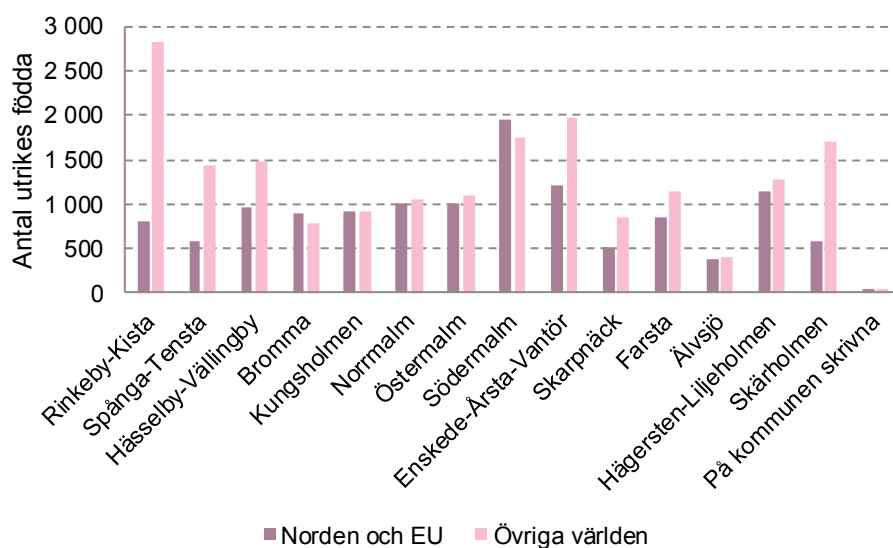
Bland de utrikes födda som är 80 år eller äldre är det något vanligare att vara född inom Norden och EU jämfört med Övriga världen. För de utrikes födda 65–79 år är det istället vanligare att vara född i Övriga världen än inom Norden och EU

Tabell 2 Utrikes födda i efter vistelsetid, ålder och nationalitet år 2018

Vistelsetid	65+ år		65–79 år		80+ år	
	Norden och EU	Övriga Världen	Norden och EU	Övriga Världen	Norden och EU	Övriga Världen
0–4 år	216	672	171	580	45	92
5–9 år	254	802	198	687	56	115
10 år eller fler	11 593	16 311	8 464	13 456	3 129	2 855
Uppgift saknas	782	924	309	374	473	550
Summa	12 845	18 709	9 142	15 097	3 703	3 612

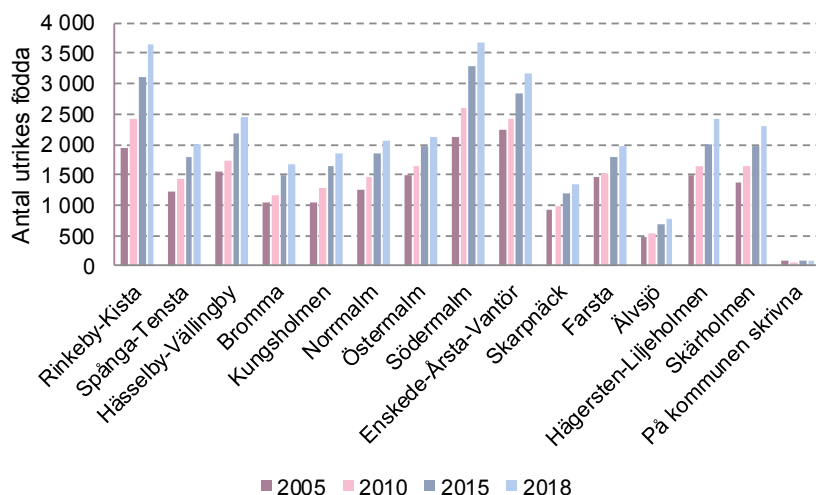
Antalet utrikesfödda bland äldre (65+ år) i de olika stadsdelsområdena varierar, vilket framgår av Figur 10. På Södermalm och i Bromma är det fler utrikes födda från Norden och EU än från Övriga världen. I övriga stadsdelsområden, undantaget Kungsholmen, är det tvärtom, fler utrikes födda från övriga världen än från Norden och EU. På Kungsholmen är ungefär lika många utrikes födda från övriga världen som Norden och EU. Det största antalet äldre med födelseregion övriga världen (utanför Norden och EU) finns i Rinkeby-Kista, följt av Enskede-Årsta-Vantör och Södermalm. Stadsdelsområdet med störst antal äldre födda i Norden och EU är Södermalm, följt av Enskede Årsta-Vantör och Hägersten-Liljeholmen.

Figur 10 Utrikes födda 65+ i stadsdelsområdena utifrån födelseregioner år 2018, antal



Av Figur 11 framgår att antalet äldre utrikes födda har ökat i samtliga stadsdelsområden under perioden 2005–2018. Rinkeby-Kista är det område där andelen ökat mest både procentuellt och i absoluta tal.

Figur 11 Antal utrikes födda 65+ år i Stockholms stadsdelsområden år 2005, 2010, 2015 och 2018



KONSUMTION IDAG OCH HISTORISKT

I det här avsnittet redovisas konsumtionen av äldreomsorg i september år 2019, vilket är utgångspunkten för årets prognos. Här redovisas även den historiska konsumtionsutvecklingen översiktligt och vad som hänt sedan det senaste året.

OMFATTNING I SEPTEMBER 2019

I staden hade cirka 27 790 personer som är 65 år och äldre ett verkställt beslut avseende någon form av äldreomsorg i september 2019. Det är knappt 370 fler jämfört med motsvarande tidpunkt år 2018. Det totala antalet omsorgstagare i september 2019 utgjorde 19,1 procent av befolkningen⁶ 65 år och äldre.

De omsorgsformer som ingår i framskrivningen omfattar knappt 21 100 personer (verkställda beslut⁷ i september 2019) och utgör 14,5 procent av befolkningen 65 år och äldre. Som framgår av tabellen nedan är hemtjänst den vanligaste omsorgsformen vilken 73,7 procent av de 21 100 omsorgstagarna har. Hemtjänst kan antingen ske i ordinärt boende eller i servicehusboende.

⁶ I relation till befolkningen september 2019, beräknad genom att väga samman Stockholms befolkning 2018 och Swecos prognos för 2019.

⁷ Avser omsorg i form av hemtjänst i ordinärt boende eller servicehus, hemvårdsbidrag, korttidsvård, dagverksamhet och vård- och omsorgsboende exkl HVB

Tabell 3 Omsorgstagare september 2019 per omsorgsform

Omsorgsform	Antal i sept 2019	% av bef 65- år ⁵
Korttidsvård	329	0,2%
Dagverksamhet	944	0,6%
Hemtjänst i ordinärt boende	14 565	10,0%
Hemtjänst i servicehus	950	0,7%
Vård- och omsorgsboende	5 512	3,8%
Summa, netto*	21 064	14,5%

*Observera att en person kan ha flera olika typer av omsorg under månaden. I summa netto är varje person räknad endast en gång.

Omsorgstagare med hemtjänst delas normalt sett in i tre kategorier beroende på hur omfattande hemtjänsten är. I den första gruppen, med högst 6,4 timmar per månad⁸, ingår individer som har hemtjänst som endast omfattar serviceinsatser, exempelvis hjälp med städning eller matinköp. I nästa grupp, med 6,5–136,2 timmar ingår personer som förutom serviceinsatser har omsorgsinsatser i form av personlig omvårdnad, exempelvis duschning och påklädning. Av dessa personer är det en mindre andel⁹ som har hemvårdsbidrag, ett bidrag som täcker delar av anhöriginsatserna. I den tredje hemtjänstgruppen ingår de som har minst 136,3 hemtjänsttimmar per månad, vilket är ett mycket omfattande omsorgsbehov och som kostnadsmissigt kan likställas med en plats på vård- och omsorgsboende. I prognosen görs ingen redovisning uppdelat på de olika timgrupperna, utan endast uppdelat på hemtjänst i ordinärt boende och hemtjänst i servicehus.

Hemtjänst i ordinärt boende är den största omsorgskategorin som omfattar 14 565 individer, det vill säga 10,0 procent av den äldre befolkningen. 950 individer har hemtjänst i servicehus, motsvarande 0,6 procent av den äldre befolkningen.

Den näst vanligaste omsorgsformen, vård- och omsorgsboende, omfattar cirka 5 510 äldre, vilket motsvarar 3,8 procent av hela den äldre befolkningen. Omsorgsformen omfattar samtliga äldre som bor på boenden med somatisk eller demensinriktning.

Knappt 330 personer hade korttidsvård under september månad och omsorgsformen omfattar växelvård, avlastning för anhöriga samt övrig korttidsvård.

Dagverksamheten omfattar drygt 940 personer och flertalet av dessa erhåller även annan form av omsorg.

⁸ Kategoriseringen av timmar är baserad på utförarrapporterade timmar. I framskrivningen används biståndsbedömda timmar. Hemtjänsten omfattar både boende i ordinärt boende och i servicehus.

⁹ Finns hemtjänst i kombination med hemvårdsbidrag kategoriseras personerna med hemvårdsbidrag efter antalet beslutade hemtjänsttimmar

UTVECKLINGEN 1998 – 2019

I det här avsnittet presenteras hur konsumtionsutvecklingen har sett ut i staden under perioden 1998–2019 totalt och per kön med tonvikt på förändringen det senaste året. Under perioden 1998–2012 avser uppgifterna om antal omsorgstagare oktober respektive år. Från 2013 och framåt avser uppgifterna september månad. Uppgifterna sätts i relation till den befolkning som är 65 år eller äldre i slutet av året¹⁰.

Sammantaget visar diagrammen i det här avsnittet att den faktiska konsumtionen under ett antal år har minskat för varje år. En naturlig förklaring till förändringar i konsumtion av äldreomsorg är att åldersstrukturen i befolkningsgruppen 65 år och äldre förändras för varje år. De senaste åren har antalet yngre äldre i Stockholms stad blivit fler samtidigt som antalet äldre, över 80 år, har minskat sedan mitten av 00-talet. Då andelen riktigt gamla sjunker är det också naturligt att även den totala andelen personer över 65 år med behov av äldreomsorg minskar. Då särskilt intresse ligger i att studera den förändring i konsumtion som inte beror på förändringar i åldersstruktur redovisas även de så kallade åldersstandardiserade konsumtionstalen. I de åldersstandardiserade konsumtionstalen är hänsyn tagen till förändringen i åldersstruktur och de visar därför den utveckling som beror på andra faktorer än förändringar i de äldres åldersstruktur. I diagrammen redovisas för jämförbarhetens skull genomgående både faktiska och åldersstandardiserade konsumtionstal.

Hemtjänst/VoB/korttidsvård

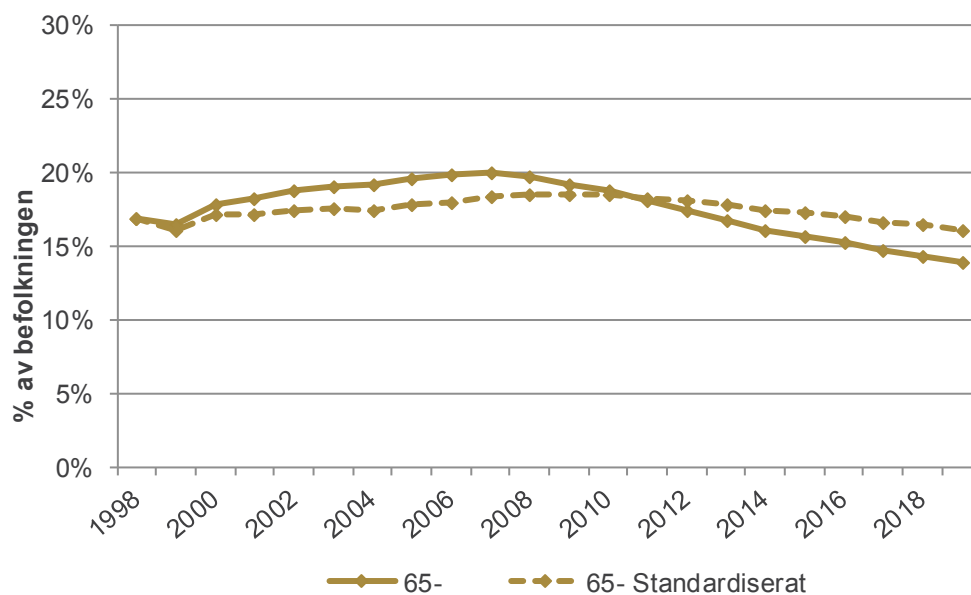
Av de cirka 21 100 omsorgstagare som omfattas av prognosen erhåller knappt 20 400 någon av de tre vårdformerna hemtjänst, VoB och korttidsvård som i viss mån kan anses ersätta varandra. Det är därför intressant att följa utvecklingen för den sammanslagna konsumtionen av alla vårdformer. I Figur 12 nedan presenteras den sammanlagda konsumtionsutvecklingen för dessa tre omsorgsformer.

Av den heldragna linjen i Figur 12 framgår att den totala faktiska konsumtionen av vårdformerna generellt sett ökade fram till och med år 2007. Under decenniet därefter har konsumtionen minskat. En jämförelse med den åldersstandardiserade kurvan i samma diagram visar att minskningen av konsumtionen till stor del beror på att andelen yngre äldre har ökat medan andelen i äldre åldrar har minskat. Det framgår dock en tydlig konsumtionsminskning även efter åldersstandardisering, vilket innebär att det är fler faktorer än förändringar i åldersstruktur som ligger bakom minskningen. Sedan år 2010 har det skett minskning av andelen omsorgstagare, efter åldersstandardisering, med en minskningstakt mellan 1 och drygt 2 procent. Under de sju senaste åren har dock konsumtionen av äldreomsorg minskat alltmer tydligt.

Observera att förändringen av antalet hemtjänsttagare år 2014 kan vara påverkad av den omläggning av redovisningen som skedde bland annat inom hemtjänsten från och med januari år 2014. Omläggningen innebar bland annat en kvalitetshöjning av redovisningen genom att besluten om hemtjänst fick rapporteras på nytt.

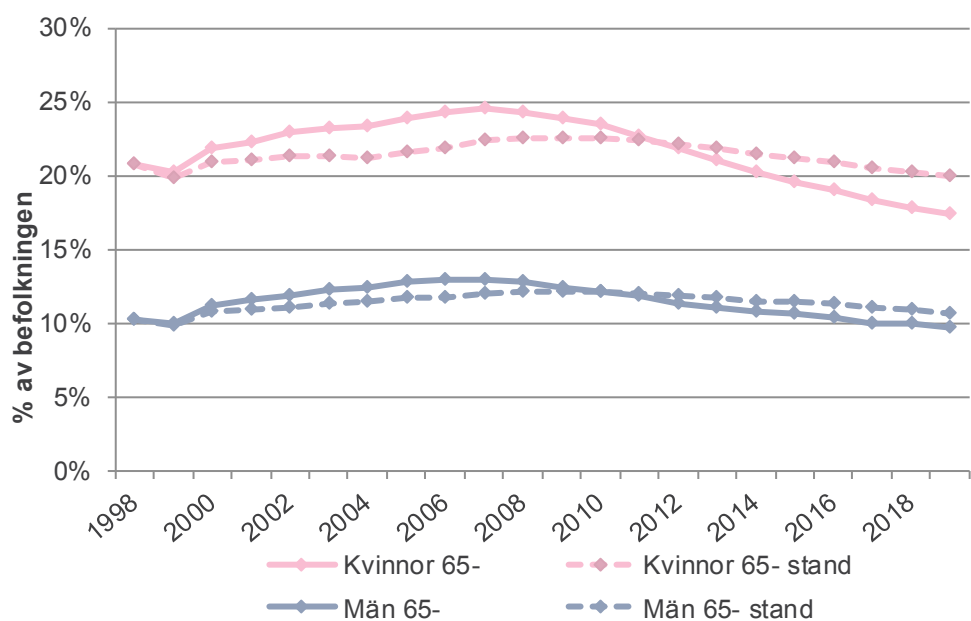
¹⁰ I relation till faktisk befolkning 31 dec fram tom 2014, fr o m år 2015 i relation till prognostiserad befolkning 31 december respektive år

Figur 12 Personer 65+ år med hemtjänst/VoB/korttidsvård (netto) i relation till befolkningen åren 1998-2019.



Av Figur 13 framgår att kvinnor har en betydligt högre konsumtion av omsorg än män. I september 2019 var det knappt 10 procent av männen som hade någon av de tre studerade omsorgsformerna medan motsvarande andel bland kvinnorna var drygt 17 procent. Den åldersstandardiserade utvecklingen under perioden har varit likartad för både män och kvinnor med en lång period av uppgång, följt av en utplaning och därefter en minskning under de senaste åren.

Figur 13 Kvinnor och män med hemtjänst/VoB/korttidsvård (netto) i relation till befolkningen¹¹ åren 1998-2019

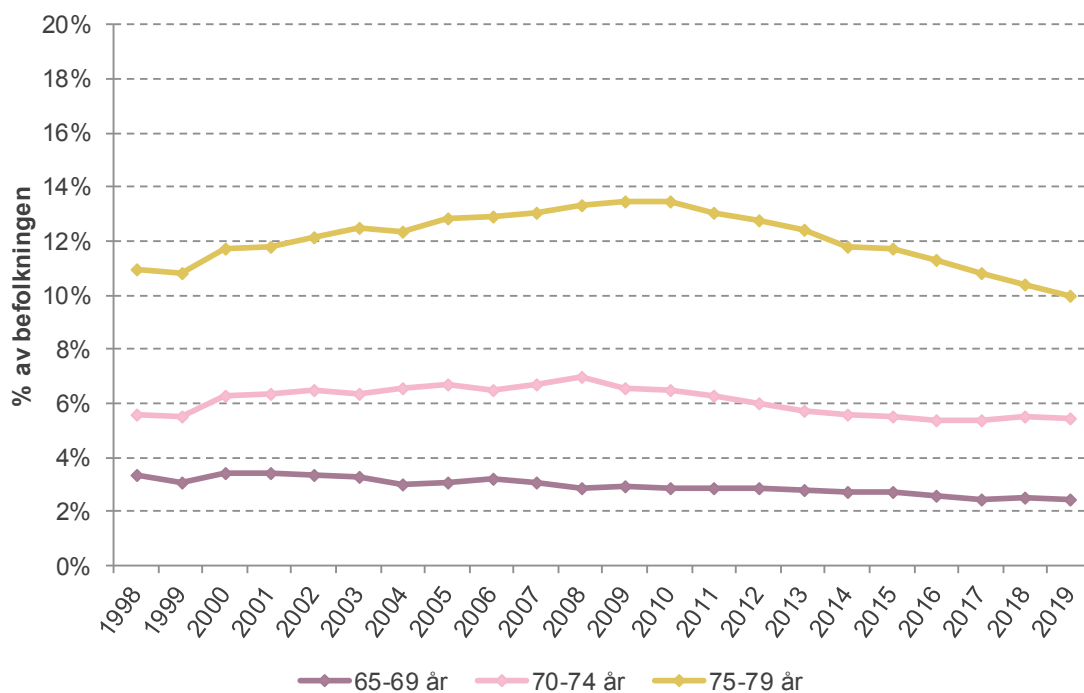


¹¹ Åldersstandardiserad inom respektive kön

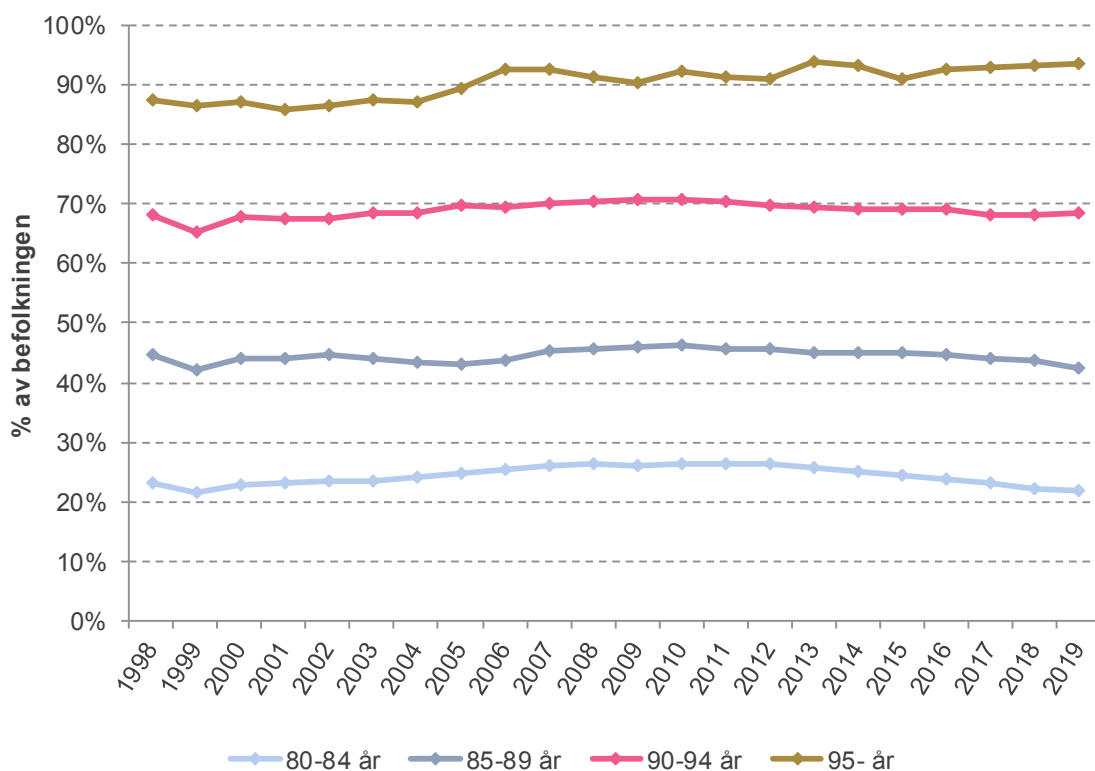
I Figur 14 och Figur 15 visas utvecklingen av konsumtion av hemtjänst/VoB/korttidsvård i olika åldrar. Jämfört med september 2018 är omsorgstagande i stort sett oförändrat för åldersgruppen 95-år och äldre. När det gäller de har utvecklingen av konsumtionen förändrats från år till år utan generell trend. Att mönstret för de allra äldsta varierar och inte minskar på sikt kan delvis höra samman med att det är en öppen åldersklass. Det finns ingen övre gräns som selekterar bort de allra äldsta och därför ökar medelåldern i gruppen i takt med att livslängden stiger.

För åldersgruppen 90–94 år har omsorgstagandet istället ökat något för andra året i rad. Jämfört med september 2018 ökade omsorgstagandet med 0,3 procent i denna åldersgrupp. På längre sikt har det dock skett en långsam minskning även för denna grupp och det är för tidigt att säga att de senaste två årens ökning innebär en ny trend. För övriga redovisade åldersgrupper, dvs under 90 år, har omsorgstagandet minskat jämfört med september 2018. Störst är minskningen för gruppen 75–79 år där omsorgstagandet har minskat med 4,4 procent jämfört med september 2018.

Figur 14 Personer med hemtjänst/VoB/korttidsvård (netto) 65-79 år i relation till befolkningen åren 1998-2019.



Figur 15 Personer med hemtjänst/VoB/korttidsvård (netto) 80- år i relation till befolkningen åren 1998-2019.

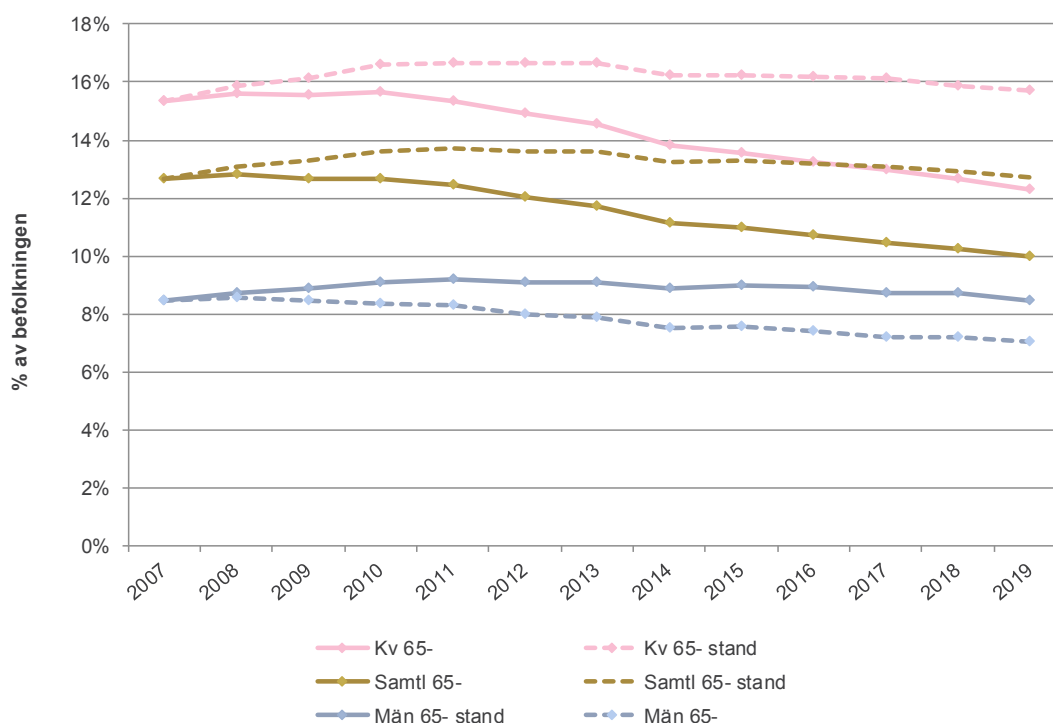


Utveckling i omsorgsformerna hemtjänst, korttidsvård och VoB

I det här avsnittet redovisas konsumtionsutvecklingen för hemtjänst, korttidsvård och VoB. Utvecklingen presenteras i relation till befolkningens storlek (65 år och äldre) med och utan åldersstandardisering samt könsuppdelad.

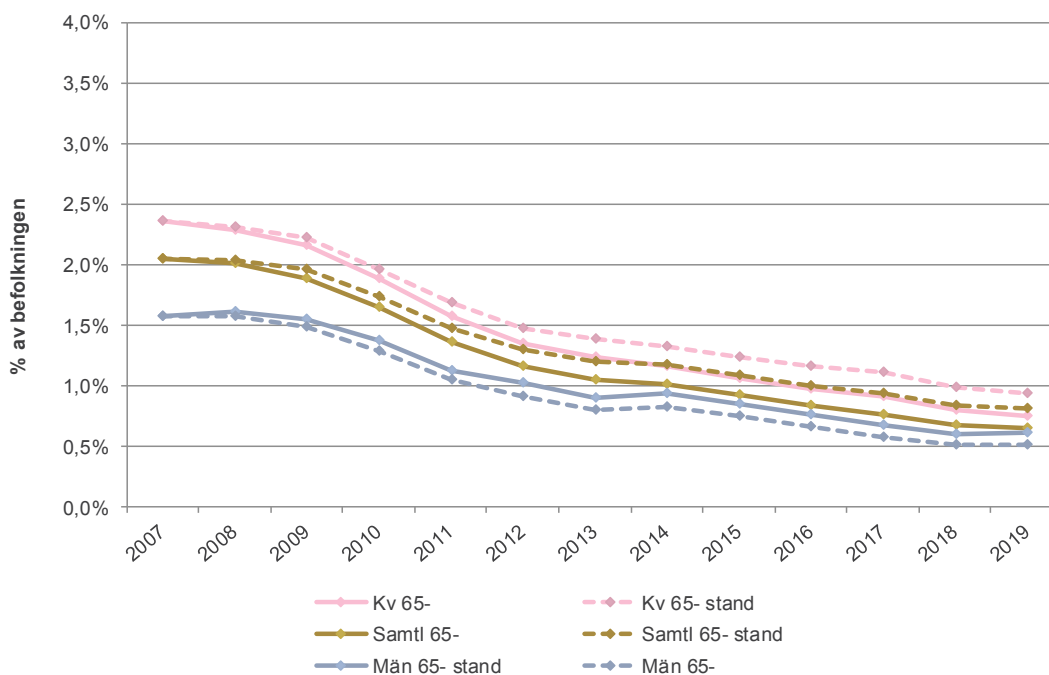
I september 2019 var det 14 565 individer som hade hemtjänst i ordinärt boende, motsvarande 10 procent av befolkningen över 65 år, vilket är en minskning på 2,7 procent från föregående år. Mellan 2007 och 2019 har en succesiv minskning av andelen omsorgstagare skett, totalt på drygt 21 procent. Störst var minskningen för gruppen kvinnor. Det sjunkande omsorgstagandet inom hemtjänst i ordinärt boende kan huvudsakligen förklaras av förändrad ålderssammansättning hos den äldre befolkningen. När hänsyn tas till ålderssammansättningen, genom åldersstandardisering, visar sig utvecklingen istället ha ökat något mellan åren 2007 och 2011 för att därefter sjunka långsamt.

Figur 16 Hemtjänst i ordinärt boende i relation till befolkningen åren 2007 – 2019



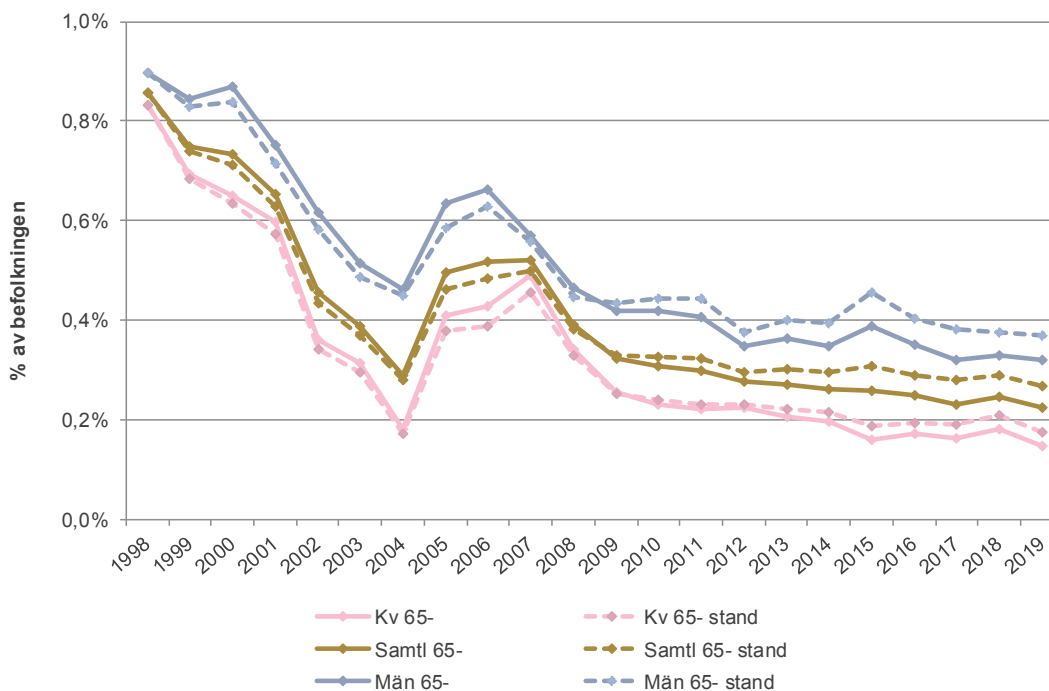
I september 2019 var det 950 personer som hade hemtjänst i servicehus, motsvarande 0,6 procent av befolkningen över 65 år. Andelen personer med hemtjänst har minskat stadigt sedan år 2007, både vad gäller den faktiska och den åldersstandardiserade utvecklingen. Minskningen avser både kvinnor och män, undantaget år 2019 då andelen män med hemtjänst i servicehus låg kvar på samma nivå som 2018.

Figur 17 Hemtjänst i servicehus i relation till befolkningen perioden 2007 – 2019



En liten andel av den äldre befolkningen, knappt 330 personer eller cirka 0,2 procent, har omsorgsformen korttidsvård. Under perioden 1998–2004 skedde en kraftig minskning av andelen omsorgstagare inom korttidsvården, både vad gäller den faktiska och den åldersstandardiserade utvecklingen. Efter en ökning de efterföljande två åren har utvecklingen inom korttidsvård varit avtagande fram till år 2019.

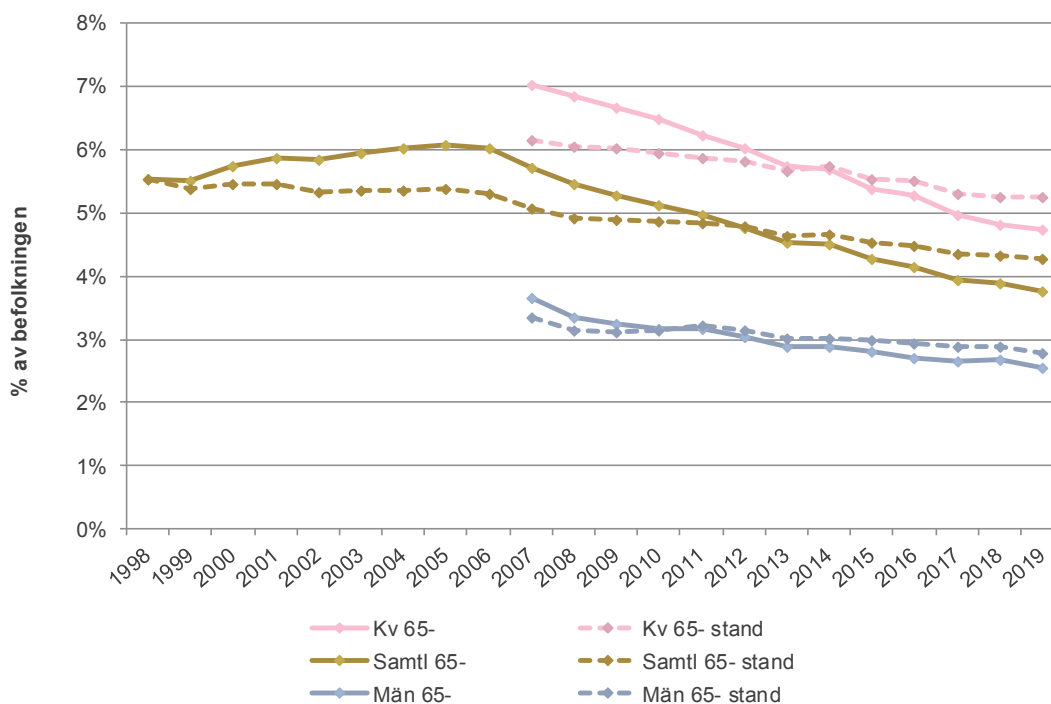
Figur 18 Korttidsvård i relation till befolkningen perioden 1998 – 2019



Antalet och andelen av befolkningen som bor i ett vård- och omsorgsboende har sammantaget minskat under perioden 2007–2019. I september 2019 var antalet boende på vård- och omsorgsboende drygt 5 510, vilket motsvarar nästan 3,8 procent av befolkningen 65 år och äldre.

Att andelen vård- och omsorgsboende minskar kan till viss del förklaras av en förändrad ålderssammansättning i den äldre befolkningen. Dock visar diagrammet att andelen vård- och omsorgstagare minskat sedan 2007 även när hänsyn tas till den förändrade ålderssammansättningen genom åldersstandardisering, om än i en lägre minskningstakt.

Figur 19 Vård- och omsorgsboende i relation till befolkningen åren 1998-2019.



Omsorgskonsumtion och omsorgsbehov

Swecos prognoser skattar det framtida omsorgstagandet delvis baserat på den faktiska utvecklingen de senaste åren. Den faktiska utvecklingen av omsorgstagande påverkas i sin tur av biståndshandläggningen. Antagandet om att omsorgskonsumtionen minskar i takt med livslängdens ökning, förutsätter att beviljandet av omsorg inte styrs av något annat än av de äldres behov. Om det exempelvis i biståndshandläggningen skulle förekomma alltmer restriktiva kriterier för att bevilja omsorg, skulle det självklart ge en allt lägre omsorgskonsumtion. Sweco känner inte till några förändringar av socialtjänstlagen eller andra förändringar av socialtjänstens praxis under denna period som skulle kunna påverka biståndshandläggningen och utgår därför ifrån att den omsorg som konsumerats är i paritet med det omsorgsbehov som finns.

ÄLDRES HÄLSOUTVECKLING

Äldres hälsa är givetvis avgörande för behovet av omsorg. Sedan en längre tid ökar medellivslängden i Stockholms stad och i avsnittet demografisk utveckling visades att äldre lever allt längre. Det medför en viktig fråga till äldreomsorgsprognosen: är det sjuka eller friska år som läggs till livet? Därtill kommer frågan om hur hälsoutvecklingen i sin tur kan tänkas påverka behovet av äldreomsorg, alla sjukdomstillstånd kräver inte äldreomsorg.

I årets prognosarbete, har det liksom vid tidigare prognostillfällen gjorts en översyn av den forskning som finns på området, främst via intervju med forskare¹² knutna till Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum och Karolinska institutet samt genom litteraturstudier¹³.

I äldreforskningen delas livet efter 65 år upp i en tredje och en fjärde ålder, där den tredje beskrivs som relativt friska år och vanligen pågår fram till 80–85 års ålder, därefter följer den fjärde åldern som innebär både mer sjuka och mer omsorgskrävande år. I den fjärde åldern blir i stort sett samtliga i sinom tid beroende av vård och omsorg.

Forskarvärldens syn på äldres framtida hälsoutveckling är komplicerad att generalisera utan att riskera alltför grova förenklingar. Olika forskare betonar olika slutsatser, vilket följer av inriktningen på forskningsområdet samt om det är hälsa eller omsorgstagande som studeras.

Forskaren Karin Modigh, vid karolinska institutet, skriver att i takt med att gruppen äldre växer kommer även spridningsgraden i hälsa och ohälsa inom gruppen att öka¹⁴. I Region Stockholms studie över sjukdomspanoramata för de över 65 år skriver Modigh att det sker en positiv hälsoförbättring inom somatiska sjukdomar. För de sjukdomar som studerats har överlevnaden ökat för samtliga inkluderade sjukdomar, utom för höftfrakturer bland kvinnor. Samtidigt har höftfrakturer dock blivit mindre vanligt bland kvinnor. Bland de somatiska sjukdomarna har det skett en stor förbättring vilket troligen kommer fortgå men i lägre takt. För demenssjukdomarna är det annorlunda, de väntas medföra en stor sjukdomsburda framöver med den ökade befolkningen.

Forskare som följer ADL (*allmän daglig livsföring*) hos äldre med sviktande kognitiv hälsa beskriver omsorgsbehovet som växande¹⁵. Den övergripande trenden som beskrivits i ett flertal vetenskapliga studier är att den förväntade ökningen av medellivslängden medför att omsorgsbehovet i den fjärde åldern skjuts upp i takt med ökad livslängd¹⁶. Det vill säga att de år som förväntas tillkomma till livet är icke omsorgskrävande och att omsorgstiden därför förblir

¹² Bettina Meinow och Pär Schön, Intervju vid Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2019-11-19

¹³ Region Stockholm/TRF, 2019:6, Sjukdomspanoramata bland 65+ i Stockholms län – idag och i framtiden samt SLL/TRF 2017:05 Mortalitet och sociala faktorer i Stockholms län 2016, SCB 2016:2, Livslängd och dödlighet i olika sociala grupper, Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum 2013:05 *Ett hälsosamt åldrande*, samt Karin Modigh, SLL/TRF Presentation *Hälsan hos den åldrande befolkningen – tidstrender, status och framtida scenarios*. 2018-11-19
Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum *Äldres liv och hälsa – Redovisning av SNAC-resultat 2001-2010* och Läkartidningen 2013 110 CA33

¹⁴ Region Stockholm/TRF, 2019:6, Sjukdomspanoramata bland 65+ i Stockholms län – idag och i framtiden

¹⁵ Bettina Meinow, Pär Schön och Jenny Österman, Intervju vid Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2018-11-06

¹⁶ Se exempelvis Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2013:05 *Ett hälsosamt åldrande* samt Karin Modigh, SLL/TRF Presentation *Hälsan hos den åldrande befolkningen – tidstrender, status och framtida scenarios*. 2018-11-19

oförändrad. Detta tillsammans med befolkningens ökande medellivslängd antas innebära att andelen omsorgstagare i en given åldersklass blir lägre.

Det antagandet om förbättring har tidigare väl överensstämt med den observerade utvecklingen av minskad omsorgskonsumtion i Stockholm de senaste åren. Därför har antagandet om minskad konsumtion i takt med ökad livslängd fått vara utgångspunkten i prognosens huvudalternativ sedan år 2014.

Från och med prognos 2018, från förra året, antas bara en marginell minskning av omsorgskonsumtion bland de som befinner sig i den fjärde åldern. För åldrarna 90-94 år har konsumtionen observerats minska långsammare än dödligheten och för den allra äldsta gruppen 95+ år har konsumtionen varit i stort sett oförändrad. Att någon betydande hälsoförbättring inte sker i de åldrarna har bekräftats av de forskare som har kontaktats. Karin Modig, har visat på en tydlig förskjutning av debutålder för ett flertal somatiska sjukdomar, men efter 90-95 år upphör förskjutningen.

Forskare¹⁷ vid äldrecentrum i Stockholm har poängterat den tekniska och medicinska utvecklingen som förklaring till att omsorgstagandet minskar. Utvecklingen med minskad omsorgskonsumtion antas inte enbart bero på hälsoutvecklingen, utan även på utvecklingen av mediciner och hjälpmedel. Faktorer som i allt högre grad visat sig underlätta behov förknippade med eventuella funktionsnedsättningar, framförallt somatiska sjukdomar. Minskad äldreomsorgskonsumtion ska i sig inte entydigt tolkas som ett bevis på förbättrad hälsa.

Inför framtiden betonar forskarna vid äldrecentrum att utvecklingen av äldres kognitiva hälsa är avgörande för konsumtionsutvecklingen. De som har sviktande kognitiv förmåga kommer helt enkelt att ha ett omfattande omsorgsbehov. Dessa personer blir inte avhjälpta av punktinsatser från hemtjänst, utan behöver en kontinuerlig tillsyn för att känna trygghet och klara av vardagen. Äldrecentrum ser inte heller samma förbättringar för de kognitivt nedsatta som för de med somatiska sjukdomar.

En annan faktor till att omsorgskonsumtionen har minskat kan vara att mäns livslängd har ökat snabbare än kvinnors, vilket innebär att fler par har kunnat leva längre tillsammans. Till följd av detta lever äldre kvinnor under allt kortare tid ensamma som änkor. Som tidigare nämnts har samboende i regel mindre omsorgsbehov än ensamboende, eftersom de har varandra till hjälp när den enes hälsa börjar svikta.

För mindre omfattande hemtjänst bör även möjligheten att utnyttja RUT-tjänster¹⁸ beaktas. I viss utsträckning kan det tänkas att äldre med mindre vårdbehov väljer att avstå ifrån hemtjänst för att istället köpa tjänster som inte omfattas av äldreomsorgen.

Barnlösa äldre och de utan anhöriga är en grupp värd att uppmärksamma i samband med omsorg. Familjeband har visats ha positiv betydelse för äldres hälsa¹⁹. Äldre som har barn överlever längre efter allvarliga sjukdomar och har dessutom lägre risk att återinläggas på sjukhus än äldre utan barn. Utöver det har högutbildade barn visat sig ha extra stor betydelse för en äldres överlevnad. Detta hör samman med att barn ofta hjälper sina föräldrar och ser efter deras behov när deras hälsa försämras. De som är både ensamboende och barnlösa är alltså en särskilt sårbar grupp av äldre.

¹⁷ Bettina Meinow, Pär Schön och Jenny Österman, Intervju vid Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2018-11-06

¹⁸ Rengöring, Underhåll och Tvätt.

¹⁹ Region Stockholm/TRF, 2019:6, Sjukdomspanoramata bland 65+ i Stockholms län – idag och i framtiden

UTVÄRDERING AV TIDIGARE ÅRS PROGNOS

I det här avsnittet presenteras en utvärdering av föregående prognos som gjordes år 2018. Inledningsvis presenteras hur utfallet år 2019 skiljer sig från antalet omsorgstagare som prognostiserades för 2019, följt av en djupare utvärdering baserat på prognos och utfall de senaste sju åren. Slutligen presenteras prognosutvärderingen uppdelat på de olika stadsdelsområdena.

FÖREGÅENDE ÅRS PROGNOS OCH UTFALL 2019

Föregående års prognos av äldreomsorgstagare gjordes år 2018 och prognostiserade omsorgen under åren 2019 – 2040. Sedan föregående prognostillfälle finns nu det faktiska utfallet av antalet äldreomsorgstagare att tillgå för år 2019, vilket innebär att det första prognosåret i 2018 års prognos kan utvärderas. Det som kan påverka skillnader mellan prognos och utfall är dels konsumtionstalen (andel äldreomsorgstagare av befolkningen), dels befolkningsprognosen.

Om antalet personer 65 år och äldre har felskattats i befolkningsprognosen påverkas även antalet omsorgstagare eftersom konsumtionstalen appliceras på den prognostiserade befolkningen. En viss del av skillnaden kan således bero på eventuella felskattningar i befolkningsprognosen. Den uppföljningen är dock inte möjlig förrän i slutet av februari 2020 då befolkningssiffrorna för år 2019 publiceras.

Nedan visas Tabell 4, där det framgår hur väl prognosen som gjordes år 2018 överensstämde med det faktiska utfallet av omsorgstagare år 2019. Förutom huvudalternativet beräknades även ett hög- och ett lågalternativ. Huvudalternativet utgick från ett antagande om minskande konsumtion i takt med den minskande dödligheten för åldrarna 65-89 år. För de äldsta åldrarna antog huvudalternativet att konsumtionsminskningen kommer vara marginell för åldrarna 90-94 år och oförändrad för åldrarna 95 år och äldre. Detta efter att i 2018 års utvärdering framgick att konsumtionsutvecklingen för äldsta varit så de senaste åren. I lågalternativet antogs konsumtionen av äldreomsorg minska något snabbare än dödligheten²⁰ medan högalternativet utgick från en oförändrad konsumtion.

Tabell 4 Äldreomsorgstagare 2019 enligt prognos 2018 (huvudalternativ) samt faktiskt utfall år 2019.

	Äldreomsorgs- tagare	därav 80- år
Utfall	21 064	14 685
Huvudalternativ	21 110	14 710
Högalternativ	21 374	14 849
Lågalternativ	20 840	14 563
<i>Differens Prognos-Utfall</i>		
Huvudalternativ	46	25
Högalternativ	310	164
Lågalternativ	-224	-122

Förra årets prognos skattade totalt sett antalet omsorgstagare relativt bra. Huvudalternativet överskattade antalet äldreomsorgstagare med 46 personer. Den överskattningen var ungefär lika stor för de yngre omsorgstagarna 65-79 år som de äldre över 80 år. Det är tydligt att

²⁰ Det vill säga minskad dödlighet där den ökade livslängden också skulle innebära fler år utan omsorgsbehov.

huvudalternativet bäst prognostiserade utvecklingen för omsorgstagandet. Högalternativet överskattade omsorgstagarna med 310 och lågalternativet underskattade det med 224 personer.

Det finns skillnader i prognosens avvikelse för olika omsorgsformer. I Tabell 5 nedan visas resultatet för äldreomsorgstagare uppdelat på omsorgsformer år 2018. Prognosen överskattade hemtjänst i ordinärt boende och i servicehus, medan vård- och omsorgsboende med heldygnsomsorg samt antalet med hemtjänst i serviceboende underskattades.

Skillnaderna kan delvis bero på att omsorgsformer delvis kan ersätta varandra, vilket prognosen inte tar hänsyn till.

Tabell 5 Äldreomsorgstagare uppdelat på omsorgsform år 2017 enligt prognos 2016 och faktiskt utfall

	Huvudalternativ i		Differens
	prognos 18	Utfall	
Vård- och omsorgsboende med heldygnsomsorg	5 480	5 512	-32
Hemtjänst i serviceboende	980	950	30
Hemtjänst i ordinärt boende	14 580	14 566	14
Äldreomsorgstagare totalt, netto	21 110	21 064	46
Därav 80- år	14 710	14 685	25

SJU TIDIGARE PROGNOSE OCH UTFALL 2012–2019

För att ge en bild av hur förra årets prognos och tidigare prognoser har stämt över tid har en sammanställning av de sju senaste årens prognoser gjorts. Utvärdering på längre sikt än ett år är möjligt för äldre prognoser och ger en bild av hur väl de antaganden om konsumtionsutveckling som har gjorts stämt över tid. Denna sammanställning visar effekten av hur antagandet om minskad konsumtion stämt på längre sikt.

I Figur 20 visas de sju senaste årens prognoser av äldreomsorg fram till år 2026, samt utfall för åren 2013–2019. Prognoserna från år 2012 och 2013 baserades på andra antaganden om konsumtionsutveckling än prognoserna från senare år. Prognoserna 2012 och 2013 antog en lägre minskningstakt av konsumtionen än de fem senare. I de två tidiga prognoserna antogs att äldreomsorgskonsumtionen skulle minska långsammare än dödligheten vilket innebar att antalet år med omsorg i slutet av livet skulle ha blivit fler. År 2013 utformades även ett lågalternativ. I lågalternativet antogs perioden med omsorgsbehov vara oförändrad och att debutåldern för omsorg ökar i samma takt som livslängden.

Figur 20 visar att prognoserna som togs fram år 2012 respektive 2013 relativt grovt överskattade utvecklingen av antalet äldreomsorgstagare under perioden 2014–2019. Denna överskattning noterades redan vid prognosutvärderingen år 2014, vilket resulterade i det nya antagandet om att konsumtionsminskningen sker i samma takt som dödligheten minskar. Prognoser framtagna åren 2014, 2015 och 2016 som baseras på det antagandet har enligt denna utvärdering varit relativt träffsäkra, vilket stöder antagandet om minskande konsumtion i samma takt som dödligheten minskar.

I prognos 2013 gjordes en överskattning på 4 procent av antalet äldreomsorgstagare år 2018. I prognos 2014 uppgick motsvarande överskattning till 0,4 procent. Det är en tydlig förbättring som indikerar giltigheten det 2014 års prognosantagande, det vill säga att konsumtionen minskar i

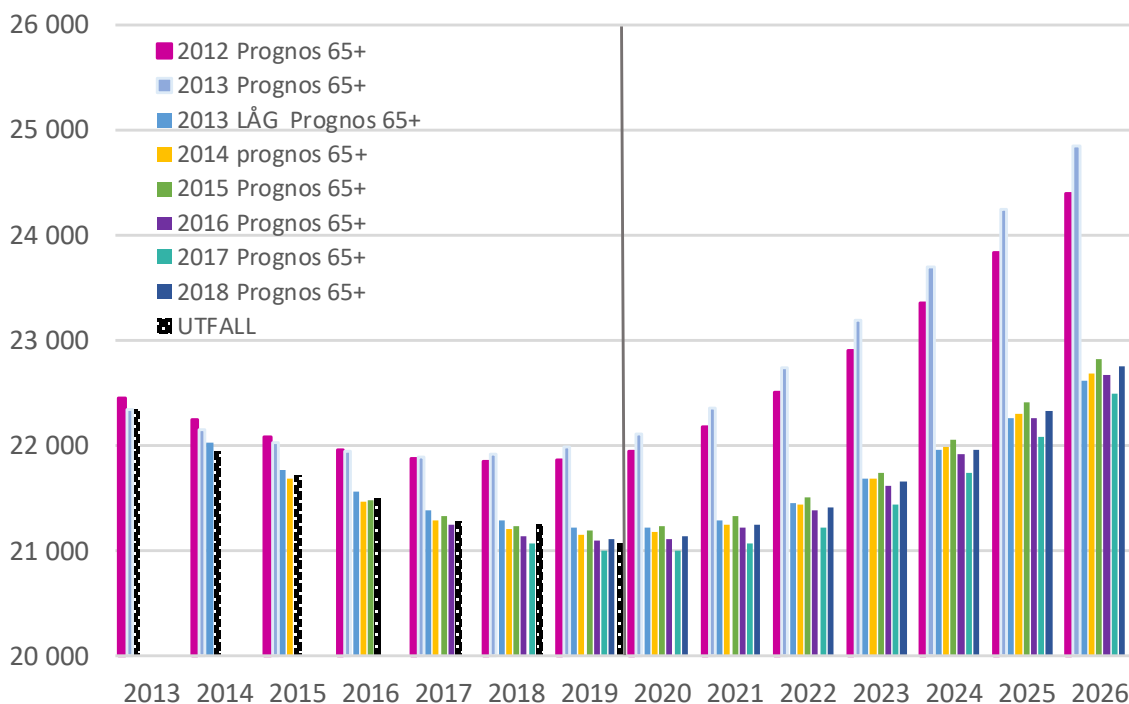
samma takt som att livslängden. Det tyder på att de äldre lever längre då är det framförallt omsorgsfria år som tillkommer.

Prognos 2017 underskattade omsorgstagandet år 2018. Underskattningen var något kraftigare än tidigare. Utifrån det justerades antagandet om minskat omsorgstagande i prognos 2018 och minskningen av omsorgskonsumtion prognostiseras framförallt i åldrarna 65-89 år, medan den väntas vara marginell eller obefintlig för äldre åldrar. Det antagandet verkar rimligt utifrån det enda år som går att jämföra, prognos 2018 skattade utfallet år 2019 bättre än prognos 2017.

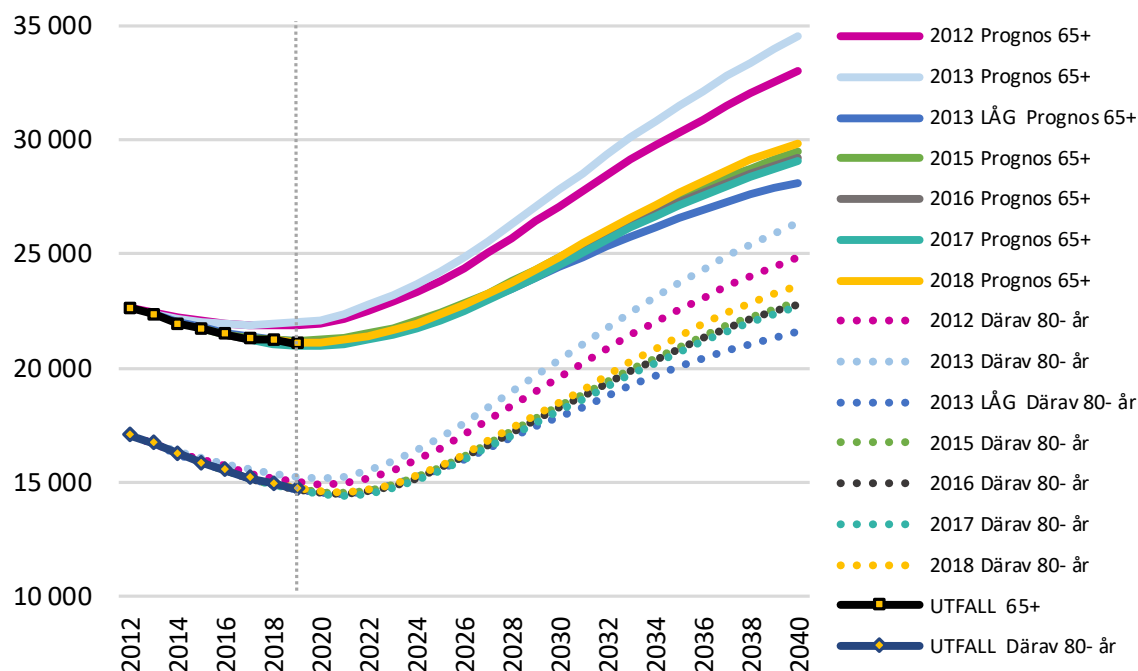
Figur 21 redovisar de sju olika prognoserna fram till år 2040 samt utfallet åren 2012–2018 uppdelat på de som är 65 år och äldre samt de som är 80 år och äldre. Här är det tydligt att antagandet om minskat omsorgstagande ger större effekt på sikt, vilket framgår genom att skillnaden mellan de olika prognoserna ökar. Störst är skillnaden mellan prognos 2013 och prognos 2017, bortsett från prognos låg 2013 som hamnar något lägre.

Ovan beskrivs skillnaderna för omsorgstagare som är 65 år och äldre men skillnaderna mellan prognoserna är i stort sett liknande även för gruppen 80 år och äldre. Som ovan nämnts antogs i prognos 2018 inga större konsumtionsminskningar för omsorgstagandet för de äldsta. Detta har medfört att prognos 2018 är den prognos gjord efter 2013 som är högst år 2040, tydligast blir skillnaden för dem över 80 år.

Figur 20 Äldreomsorgsprognos 2012-2018 fram till 2026 utfall 2013-2018.



Figur 21 Äldreomsorgsprognos 2012-2018 fram till 2040 och utfall 2012-2019, för åldrarna 65+ respektive 80+ år



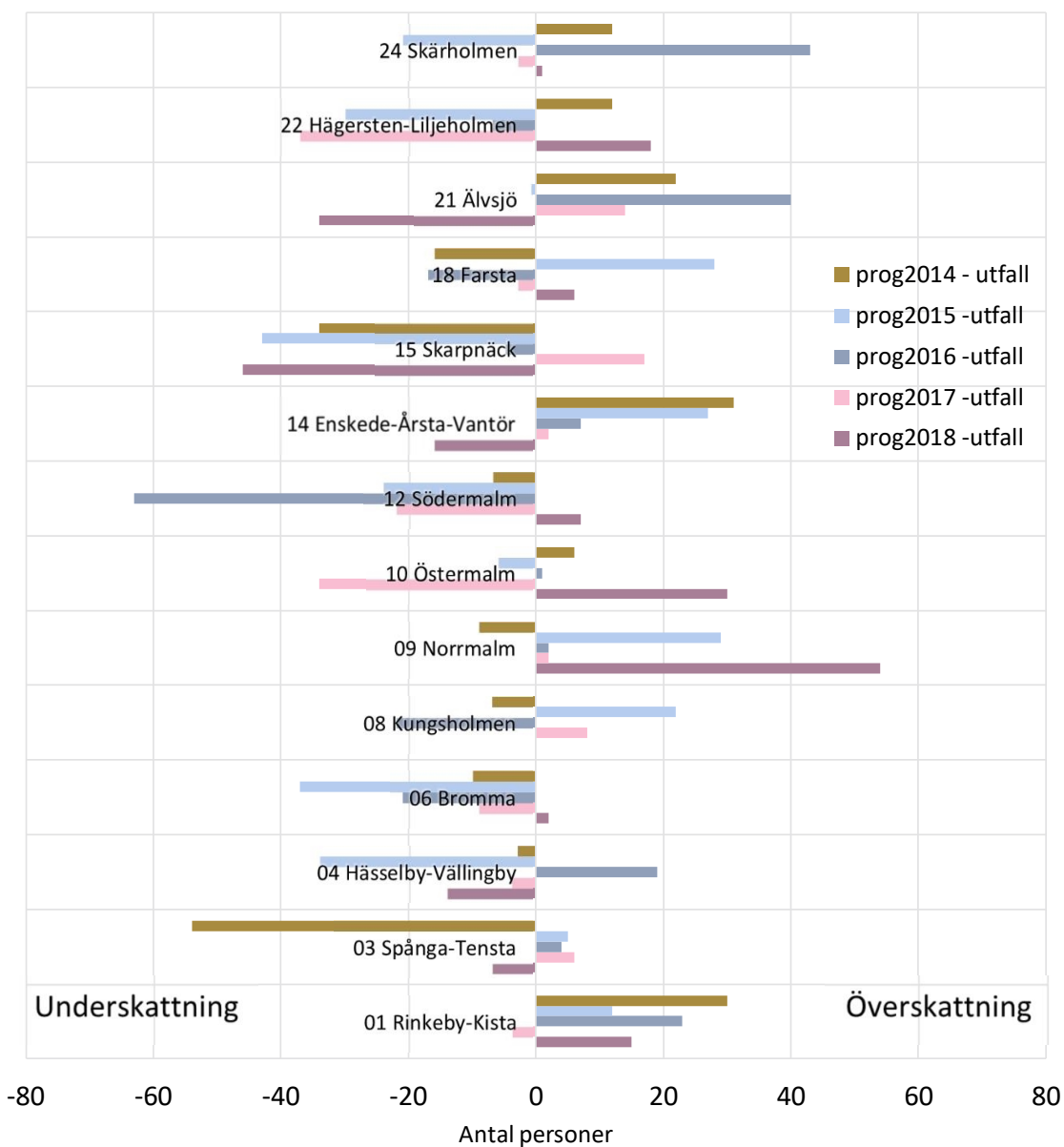
STADSDELSOMRÅDEN

Generellt sett brukar skillnaderna mellan prognos och utfall vara relativt små sett till staden som helhet. Skillnaderna är något större i prognosen uppdelat på de enskilda stadsdelsområdena. När prognosen bryts ner i mindre grupper ökar osäkerheten både i befolkningsprognosen och vad gäller omsorgstagande. Den större osäkerheten gör att det mycket väl kan vara större avvikelser i antal per stadsdelsområde än för staden i stort. I det här avsnittet redovisas skillnaderna mellan de tre senaste prognoserna för de som är över 80 år uppdelat på de 14 stadsdelsområdena. Efter 80 års ålder ökar såväl sannolikheten att ha omsorg som kostnaden per omsorgstagare snabbt, vilket gör att prognosavvikelser för denna åldersgrupp är extra intressant att studera.

I Figur 22 visas skillnaderna mellan prognos och utfall det första prognosåret för äldre över 80 år i de fem senaste prognoserna framtagna 2014–2018. För de flesta stadsdelsområdena visar diagrammet att prognoserna ibland överskattar och ibland underskattar antalet omsorgstagare, vilket tyder på att det är slumpen snarare än en systematisk felskattning som ger prognosavvikelser.

Prognos 2018 hade relativt små avvikelser för staden som helhet, men uppdelat på stadsdelsområdena blir det tydligt att avvikelserna för varje stadsdelsförvaltning kan variera relativt stort från år till år. Störst var prognosavvikelsen i förra årets prognos för Norrmalm. År 2019 var det totalt 54 färre omsorgstagare än förväntat i prognos 2018. Tidigare år har skillnaden mellan prognos och utfall för Norrmalm varierat. I Skarpnäck underskattade prognosen utfallet, det blev 46 fler omsorgstagare än var prognosen förutsåg.

Figur 22 Skillnad mellan prognos och utfall första prognosåret för prognoser framtagna 2014-2018 för omsorgstagare 80+ år



ANTAGANDEN

Utvecklingen av antalet omsorgstagare beror dels på antalet äldre i befolkningen, dels på konsumtionen i olika åldrar. I det här avsnittet presenteras antagandena som prognosen bygger på och en sammanfattning av vad de grundar sig på. Avsnittet innehåller även en kortare beskrivning av antaganden för befolkningsprognosen fram till år 2040 som ligger till grund för behovsframskrivningen.

Antagandena utgår ifrån att konsumtionen idag motsvarar det faktiska behovet av omsorg hos de äldre. Här antas även att biståndsbedömningen, avgifter och balansen mellan behov och budgetram förblir oförändrade.

KONSUMTIONSUTVECKLING

De äldre i Sverige lever allt längre och i Stockholms stad har den återstående medellivslängden ökat markant de senaste 50 åren och särskilt för män, vilket leder till ökat samboende då mäns och kvinnors medellivslängd närmar sig varandra.

Samtidigt som medellivslängden ökar, minskar konsumtionen av äldreomsorg givet en viss ålder, dels tack vare vissa hälsoförbättringar hos äldre, dels tack vare den medicinska och tekniska utvecklingen.

Sammanfattningsvis används ett antagande om minskad konsumtion i omsorgsprognosen baserat på följande faktorer:

- den utveckling som observerats de senaste åren (lägre konsumtion av äldreomsorg för de flesta omsorgsgrupper)
- utvärdering av tidigare prognoser där utfallet stämmer väl överens med beräknad konsumtion, även på några års sikt
- ökat samboende (par konsumerar mindre omsorg, då männens medellivslängd ökar snabbare än kvinnornas antas paren leva en större del av sina liv tillsammans och med relativt sett mindre omsorg)
- den medicinska och tekniska utvecklingen som till exempel kan förväntas reducera den framtida förekomsten och effekterna av demens
- befolkningens ökande utbildningsnivå (hälsoutvecklingen har observerats som mer gynnsam för befolkning med högre utbildningsnivå och en positiv utveckling av högutbildade antas därför leda till ett lägre omsorgsbehov)
- en viss hälsoförbättring bland de äldsta, främst vad gäller att klara grundläggande vardagliga aktiviteter (ADL)

I årets prognos bibehålls i huvudsak antagandet från tidigare års prognoser om konsumtionsminskning, detsamma gäller antagandet om att det skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper. Snabbast antas konsumtionen minska för gruppen yngre äldre medan minskningen för personer över 90-94 år antas vara marginell. För den äldsta åldersgruppen, 95+ år har det gjorts ett antagande om oförändrad konsumtionsutveckling baserat på att det de senaste åren inte går att se någon minskad konsumtion. I Tabell 6 presenteras antagandet om konsumtionsminskningen i siffror.

Även om medellivslängden beräknas öka snabbare för män än för kvinnor antas i omsorgsprognosen att minskningen av omsorgstagande sker i samma takt för båda könen. Det är troligt att även kvinnor gynnas av mäns snabbare ökning av livslängden då samboendet ökar, vilket kan väntas leda till att kvinnors behov av äldreomsorg minskar. När den faktiska utvecklingen för de olika könen studeras har minskningen dessutom snarare varit långsammare för män än för kvinnor. Däremot behålls antagandet om högre minskningstakter för omsorgskonsumtionen för yngre åldrar jämfört med äldre då livslängden ökar snabbare för yngre äldre än för de allra äldsta. Den minskning som antas i prognosen stämmer överens med den genomsnittliga minskningen av dödlighet hos män och kvinnor i olika åldrar, den så kallade dödsriskreduktionen. Detta gäller med undantag för de två äldsta åldersgrupperna för vilka minskningen har justerats ned ytterligare.

Observera att konsumtionstalen i prognosen är specifika för varje ettårsklass även om själva *minskningen* är beräknad på 5-årsklasser. Konsumtionen förändras relativt sett snabbare för högre åldrar medan skillnaden i den årliga *konsumtionsförändringen* relativt sett är liten mellan olika åldrar. Därför anses det inte vara meningsfullt att göra olika antaganden om konsumtionsminskningar på så låg detaljnivå som ettårsklasser.

Tabell 6 Årlig förändring (%) av konsumtionsutvecklingen i framskrivningen 2019

	Män	Kvinnor
65-69 år	-1,87	-1,87
70-74 år	-1,93	-1,93
75-79 år	-1,87	-1,87
80-84 år	-1,64	-1,64
85-89 år	-1,25	-1,25
90-94 år	-0,26	-0,26
95- år	0,00	0,00

Förutom den prognos som utgör huvudalternativet och som baseras på den minskande äldreomsorgskonsumtionen, som beskrivits i detta avsnitt, tas även två alternativa prognoser fram. Avsikten med dessa är att de ska användas för känslighetsanalys och att besvara frågan "vad händer om konsumtionsutvecklingen blir högre eller lägre än antagandena i huvudprognosen?".

I det första av dessa alternativ, högalternativet, antas konsumtionen för varje omsorgsform, kön och ålder ligga kvar på samma nivå som idag. Det som styr utvecklingen av antalet omsorgstagare är alltså antalet invånare över 65 år och deras åldersstruktur. Livslängden förväntas fortfarande öka men det är omsorgskrävande istället för friska år som läggs till livet, det vill säga tvärtemot vad som antas i huvudalternativet. Här antas inte heller den medicinska och tekniska utvecklingen påverka det framtida omsorgstagandet.

I det andra alternativet, lågalternativet, antas istället en relativt sett högre konsumtionsminskning än i huvudalternativet. Här antas de omsorgskrävande åren i den fjärde åldern bli färre, vilket tillsammans med en ökande livslängd leder till en lägre konsumtion av äldreomsorg sett till varje given ålder. Den tekniska och medicinska utvecklingen förväntas i detta fall också leda till att äldre även under sjuka år klarar sig i allt högre utsträckning utan omsorg.

BEFOLKNINGSUTVECKLING

Framskrivningen grundar sig på Stockholms stads ordinarie befolkningsprognos 2019 som utgår ifrån den faktiska befolkningen sista december år 2018. Mer om antaganden och hur prognosen är framtagen går att läsa om i rapporten *Statistik om Stockholm – Befolkningsprognos 2019*.

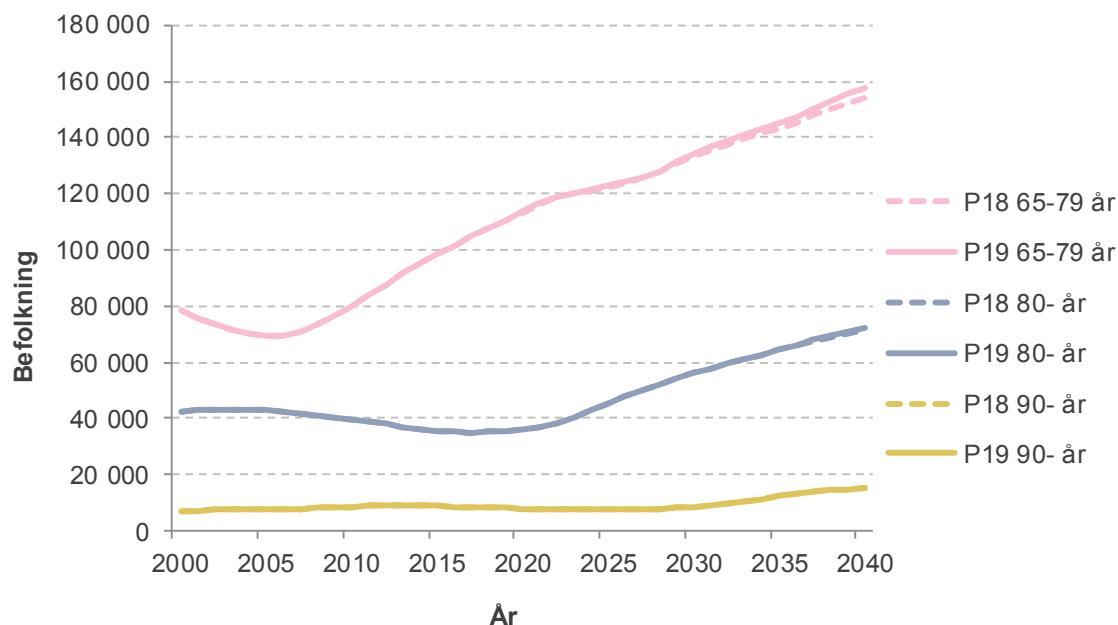
Skillnaderna mellan prognos 2019 och prognos 2018 är mycket små för den äldre befolkningen i åldersgrupperna 80+ respektive 90+ år i hela staden. Vad gäller åldersgruppen 65–79 år prognostiseras befolkningsutvecklingen få en något ökande utvecklingstakt i prognos 2019 jämfört med prognos 2018. I Figur 23 presenteras prognos 2019 och prognos 2018 uppdelat på yngre och äldre invånare över 65 år. Diagrammet visar att de båda prognoserna i stort sett överlappar varandra.

År 2020 väntas antalet personer i 65–79-årsåldern vara drygt 113 600, en ökning med cirka 5 800 personer sedan årsskiftet 2018/2019. År 2030 beräknas antalet personer ha ökat ytterligare till knappt 134 000, vilket är cirka 800 fler än i prognos 2018. År 2040 beräknas antalet personer ha ökat till drygt 157 500, drygt 3 300 fler individer jämfört med prognos 2018.

Antalet personer över 80 år var vid årsskiftet 2018/2019 cirka 35 200 och prognostiseras att öka till drygt 36 000 år 2020. År 2030 beräknas antalet ha stigit till knappt 56 100 och år 2040 till drygt 72 500.

De allra äldsta över 90 år var vid senaste årsskiftet drygt 8 200 och beräknas minska i antal fram till år 2025 då antalet enligt prognosen kommer att uppgå till knappt 7 600 individer. Därefter väntas även den äldsta åldersgruppen att öka och år 2030 beräknas antalet individer till knappt 8 600 och år 2040 till drygt 15 300 personer.

Figur 23 Befolkning perioden 2000–2018 och prognos 2019–2040.



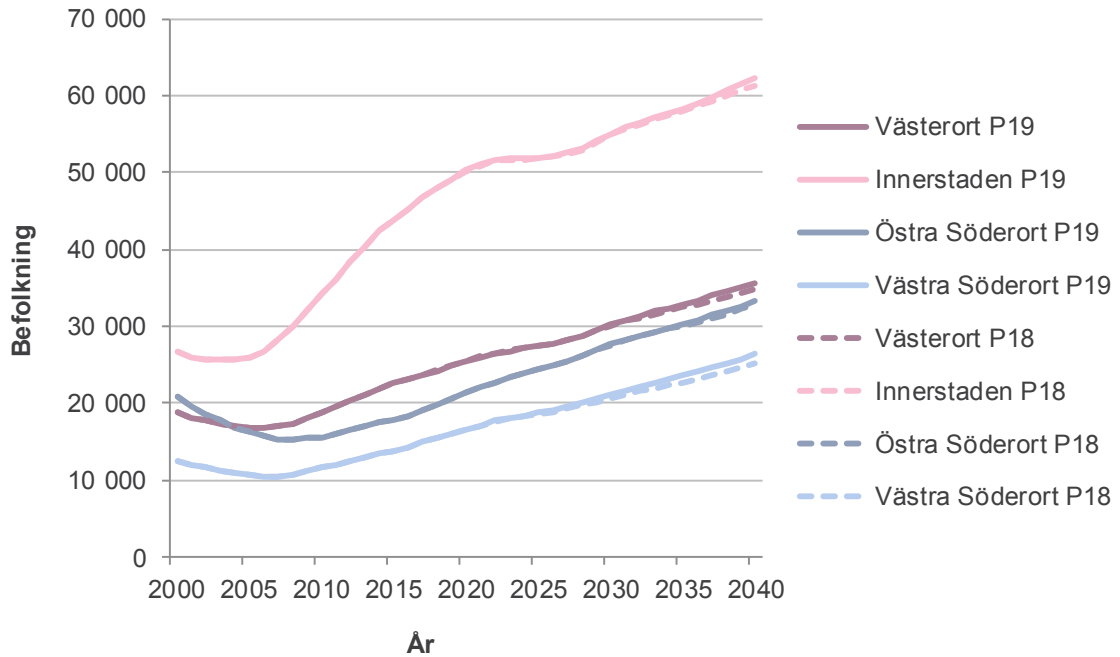
I Figur 24 och Figur 25 redovisas samma befolkningsprognoser som ovan men uppdelade på stadens fyra områden Innerstaden, Västerort, Östra Söderort och Västra Söderort. I det första diagrammet visas utvecklingen för åldersklassen 65–79 år medan det andra diagrammet visar utvecklingen för dem över 80 år.

Ökningen av yngre invånare i pensionsåldern förväntas i samtliga områden i staden. I både Östra och Västra Söderort beräknas antalet yngre äldre, 65–79 år, öka med över 65 procent mellan år 2019 och 2040. Även i Innerstaden och i Västerort prognostiseras stora ökningar räknat i antal invånare även om den procentuella ökningen inte antas bli lika stor som i Söderort.

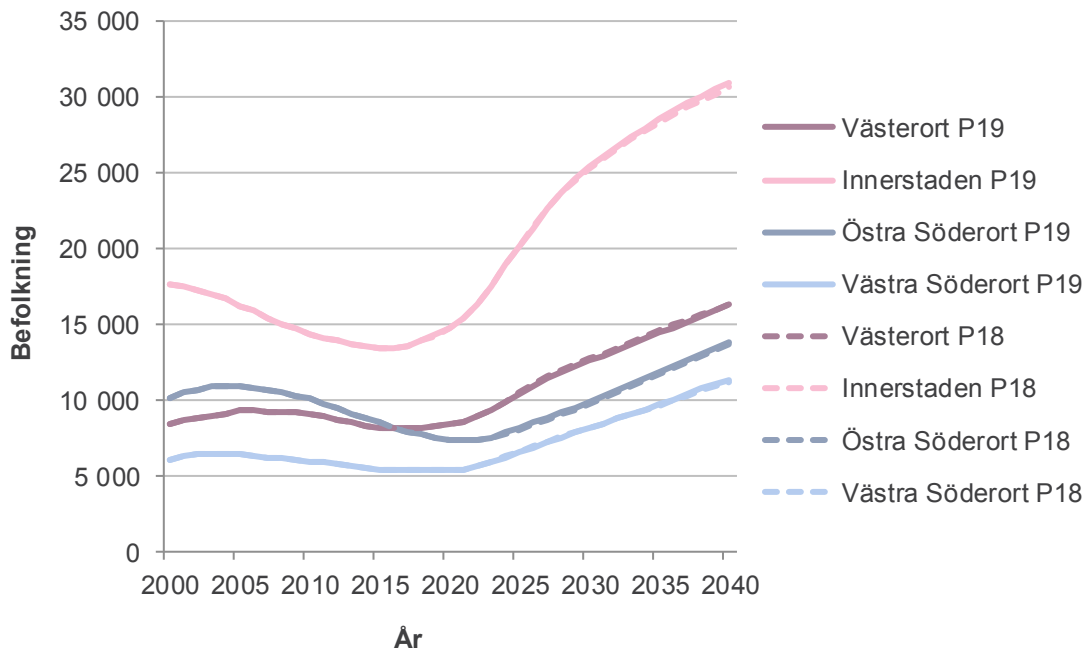
Efter ett antal års minskning av invånare över 80 år väntas gruppen åter öka i antal. Detta följer av de senaste årens ökning av den yngre åldersgruppen. I Innerstaden, Västerort och Västra Söderort ökade antalet individer år 2018. I Östra Söderort beräknas antalet sjunka ytterligare fram till år 2022. På sikt, fram till år 2040, väntas en ökning av invånare i åldersgruppen som innebär att antalet invånare blir minst det dubbla jämfört med idag i samtliga områden i staden, förutom Östra Söderort där ökningen beräknas uppgå till knappt 80 procent. I antal personer innebär det en ökning på cirka 8 100 personer i Västerort, 17 000 personer i Innerstaden, 6 100 i Östra Söderort och 6 000 i Västra Söderort.

Jämfört med prognos 2018 beräknas antalet individer i prognos 2019 att öka något mer i stadens samtliga 4 områden. Skillnaden mellan prognoserna är dock förhållandevis liten.

Figur 24 Befolkning 65-79 år perioden 2000-2018 och prognos 2019-2040 per område.



Figur 25 Befolkning 80 år och äldre perioden 2000-2018 och prognos 2019-2040 per område.



PROGNOSMODELL

I 2015 års prognosarbete genomfördes en modellutveckling där hänsyn i större utsträckning än tidigare togs till den stora variation som finns i konsumtion av framförallt mindre omsorgstyper mellan olika åldrar. Istället för att som tidigare beräkna konsumtionen för bredare åldersklasser beräknades konsumtionen för varje 1-årsklass. Då den nya prognosmodellen är mer precis och resultatet för de första prognosåren i de senaste prognoserna dessutom stämt väl med utfallet används den även fortsättningsvis.

KONSUMTIONSTAL FÖR STADEN SOM HELHET

För att få stabila konsumtionskurvor för de olika omsorgsformerna är det viktigt att dataunderlaget är tillräckligt stort, detta för att öka säkerheten i modellen. För detta syfte används konsumtion av äldreomsorg perioden 2016–2019 alternativt 2017–2019 för mindre omsorgsformer och åldersgrupper, men det är inte givet på förhand hur många år som ska fungera som underlag för utjämningsmodellen. Dessutom varierar antalet personer med olika omsorgsformer, så en unik bedömning av dataunderlagets säkerhet görs för varje omsorgsform. Bedömningarna listas i Tabell 7 nedan. Vad som är viktigt i bedömningen är hur mycket konsumtionen av omsorgsformen varierar med ålder och över tid samt hur väl estimerad konsumtion är anpassad till faktisk konsumtion.

Tabell 7 Sammanställning av använda dataunderlag för skattade konsumtionstal för män och kvinnor per omsorgsform

Omsorgsform	Dataunderlag	
	Män	Kvinnor
Äldreomsorg totalt, 65-94 år	2019	2019
95+ år	2017–2019	
Dagverksamhet	2016–2019	2016–2019
Hemtjänst ordinärt boende, 65-89 år	2019	2019
90+ år	2017–2019	
95+ år		2017–2019
Hemtjänst boende i servicehus, 65-89 år	2019	2019
90+	2017–2019	
Hemtjänst kortare än 6,4 h	2016–2019	2019
Hemtjänst mellan 6,4 h och 136 h	2019	2019
90+	2017–2019	
Hemtjänster längre än 136 h	2017–2019	2019
Vård och omsorgsboende, 65-89 år	2019	2019
90+ år	2017–2019	
95+ år		2017–2019
Korttidsvård	2016–2019	2019

I utjämningsmodellen skattas konsumtion av äldreomsorg för de åtta olika omsorgsgrupperna och äldreomsorg totalt efter kön och ålder uppdelat i 1-årsklasser. Grunden för dessa skattningar är faktisk konsumtion, vilka utifrån utjämningsmodellen slutligen ger de konsumtionstal som används i framskrivningen.

KONSUMTIONSTAL FÖR STADSDELSOMRÅDEN

För stadsdelsförvaltningarna är antalet omsorgstagare i de olika omsorgsgrupperna i många fall få, vilket gör att det blir stora slumpmässiga variationer mellan åldrar om konsumtionstalen beräknas på 1-årsklasser och kön. Därför baseras estimeringen av konsumtionstal för de 14

stadsdelsområdena på konsumtionstalen för hela staden där åldersstrukturen behålls men med en anpassning av kurvans nivå till stadsdelsförvaltningens. Anpassningen görs för äldreomsorgen totalt, för samtliga omsorgsgrupper och uppdelad på kön. Graden av justering tillåts även att variera något med ålder då kvoterna som beräknas skiljer sig åt för åldersgrupperna 65–79, 80–89 samt 90+ år.

Prognosmodellen för äldreomsorg baseras på befolkningsprognosen för Stockholms stad på 1-årsklasser och kön samt på den framtida konsumtionen av äldreomsorg i olika åldrar för kvinnor och män. Den framtida konsumtionen baseras i sin tur på dagens konsumtion av äldreomsorg totalt och i olika omsorgsformer och på antaganden om konsumtionens utveckling under prognosåren. För varje prognosår multipliceras den antagna konsumtionen av äldreomsorg med antalet äldre i befolkningsprognosen.

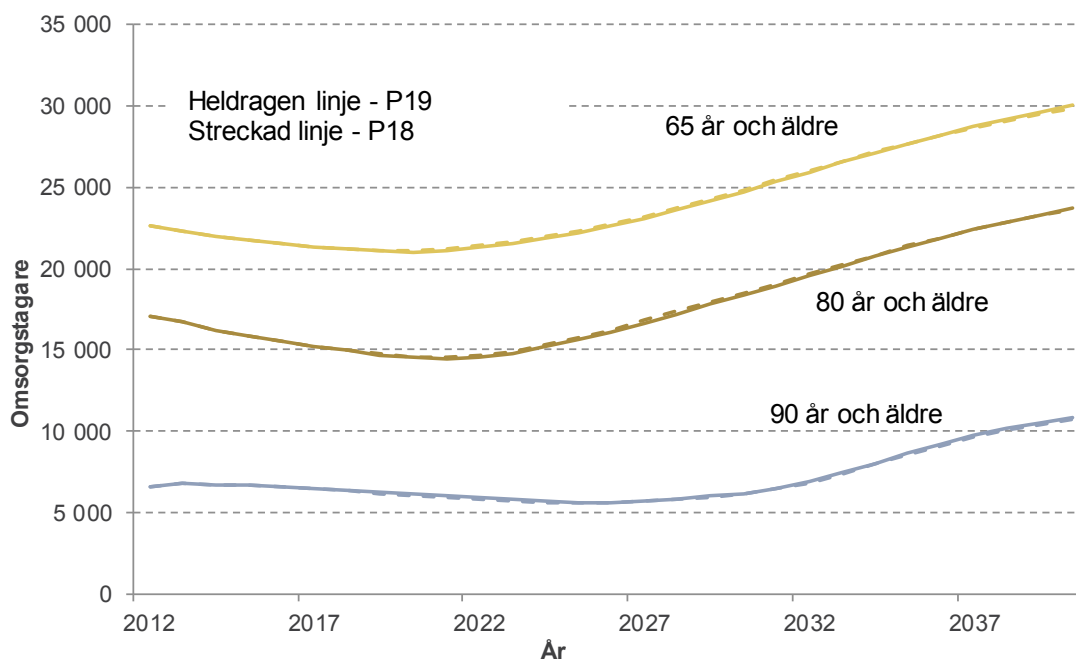
RESULTAT

Till grund för prognosen av antalet äldreomsorgstagare ligger en prognos för befolkningen och antaganden om en konsumtionsminskning i samtliga åldersgrupper med undantag för gruppen 95-år. Därutöver antas relationen mellan olika omsorgsformer och deras kostnader bestå över tid jämfört med september 2019. Prognosen tar inte hänsyn till eventuella framtida förändringar av konsumtionen beroende på förändringar i biståndsbedömningen, budgetramen, eller avgiftsförändringar. Framskrivningen kan ses som ett scenario utifrån nuvarande kunskap om hälsförändring och demografisk utveckling. Resultaten av framskrivningen presenteras i detalj för hela staden och stadens stadsdelsområden i Bilaga 1. Det här avsnittet ger en övergripande presentation av resultaten och jämfört med resultaten i förra årets prognos.

HELA STADEN

I prognos 2019 förväntas antalet omsorgstagare 65 år och äldre på längre sikt att öka från knappt 21 100 år 2019 till cirka 24 700 år 2030 och drygt 30 000 år 2040. Detta kan jämföras med 2018 års prognos då antalet omsorgstagare väntades öka till cirka 29 850 år 2040. I Figur 26 nedan visas det prognostiserade omsorgsbehovet för äldre över 65 år, över 80 år och över 90 år i årets prognos (heldragna linjer) och i förra årets prognos (streckade linjer). Av diagrammet framgår att skillnaderna mellan prognoserna är relativt små för samtliga redovisade åldersgrupper, vilket hänger samman med att förändringarna i befolkningsprognosen är små. Även förändringarna i konsumtionsutveckling är mycket små jämfört med förra årets prognos.

Figur 26 Antalet äldreomsorgstagare perioden 2012–2019 och prognos 2019–2040 enligt årets respektive förra årets prognos.



Även om antalet omsorgstagare totalt sett ökar i ungefär samma takt i prognos 2019 som i prognos 2018 skiljer utvecklingen sig åt mellan olika omsorgsformer. För nästan alla omsorgsformer beräknas omsorgsbehovet stadigt öka mellan 2018 och 2040. Undantaget är vård- och omsorgsboende där omsorgsbehovet beräknas sjunka under prognosens första år för att därefter öka fram till 2040. Skillnaden i utveckling i de olika omsorgsformerna hänger samman med att ålderssammansättningen i de olika omsorgsformerna skiljer sig samtidigt som befolkningsutvecklingen ser olika ut i olika åldersgrupper. I vård- och omsorgsboenden är befolkningen i genomsnitt äldre än bland de som har hemtjänst. Då antalet personer i de allra äldsta åldrarna beräknas minska under de närmsta åren sker heller inte ökningen av behovet av denna omsorgsform lika snabbt som exempelvis hemtjänst.

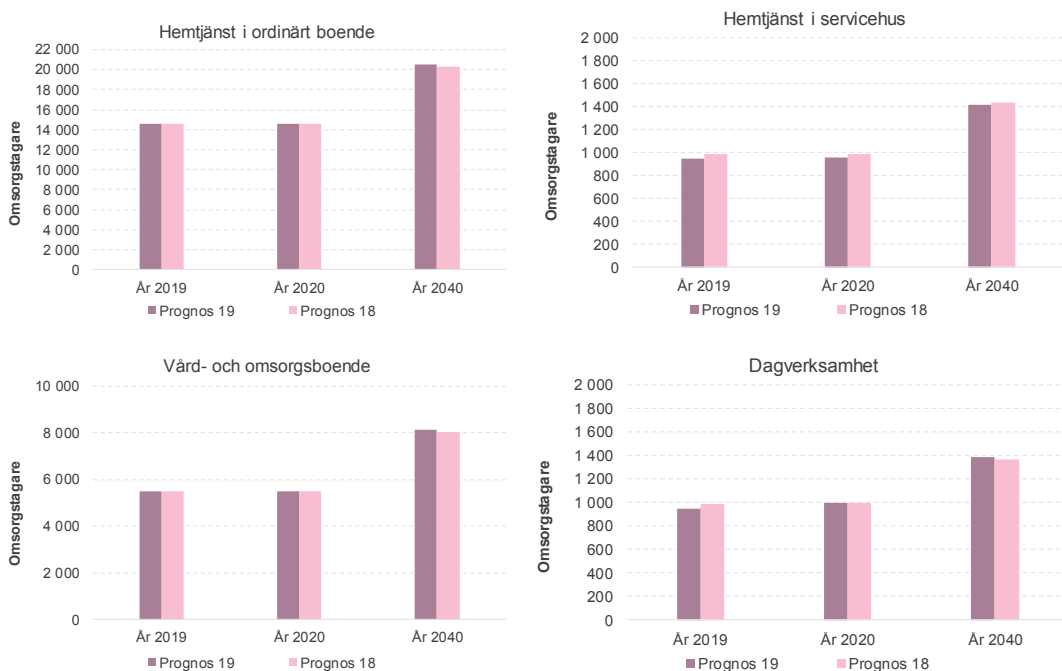
I Figur 27 redovisas antalet omsorgstagare per omsorgsform enligt årets och förra årets prognos. För den största omsorgsgruppen, hemtjänst i ordinärt boende, minskade antalet omsorgstagare något mer mellan 2018 och 2019 än prognostiserat. Årets prognos ligger därför till en början något lägre jämfört med framskrivningen i 2018 års prognos. Antalet omsorgstagare ökar dock i något snabbare takt i årets prognos, vilket får till följd att antalet personer i behov av hemtjänst i ordinärt boende år 2040 beräknas vara något högre i årets prognos jämför med 2018 års prognos.

Även för gruppen med hemtjänst i servicehus överskattades antalet omsorgstagare något i 2018 års prognos. Det gör att årets prognos för denna omsorgsform utgår från en något lägre nivå i årets prognos, en nivåskillnad mellan förra och årets prognos som beräknas kvarstå genom hela prognosperioden.

Vad gäller vård- och omsorgsboende gjordes en mindre underskattning på 31 personer av antalet omsorgstagare för 2019 i föregående prognos. Prognosen för 2020 respektive 2040 ligger därmed något högre i årets prognos jämfört med 2018 års prognos då startvärdet i årets prognos är högre. I prognos 2019 beräknas antalet omsorgstagare vara i stort sett oförändrat på 5 500 mellan åren 2019 och 2020. Därefter ökar behovet fram till år 2040 då antalet omsorgstagare skattas till knappt 8 150, vilket är 130 individer fler än i prognos 2018.

I föregående års prognos överskattades antalet omsorgstagare inom dagverksamhet för år 2019 med 45 individer. I prognos 2019 beräknas antalet omsorgstagare öka från cirka 940 personer år 2019 till knappt 1 390 individer år 2040, vilket är något högre än framskrivningen i prognos 2018.

Figur 27 Antalet äldreomsorgstagare 65+ år, 2019 och prognos för 2019, 2020 och 2040 enligt årets och förra årets prognos.



STADENS OMRÅDEN

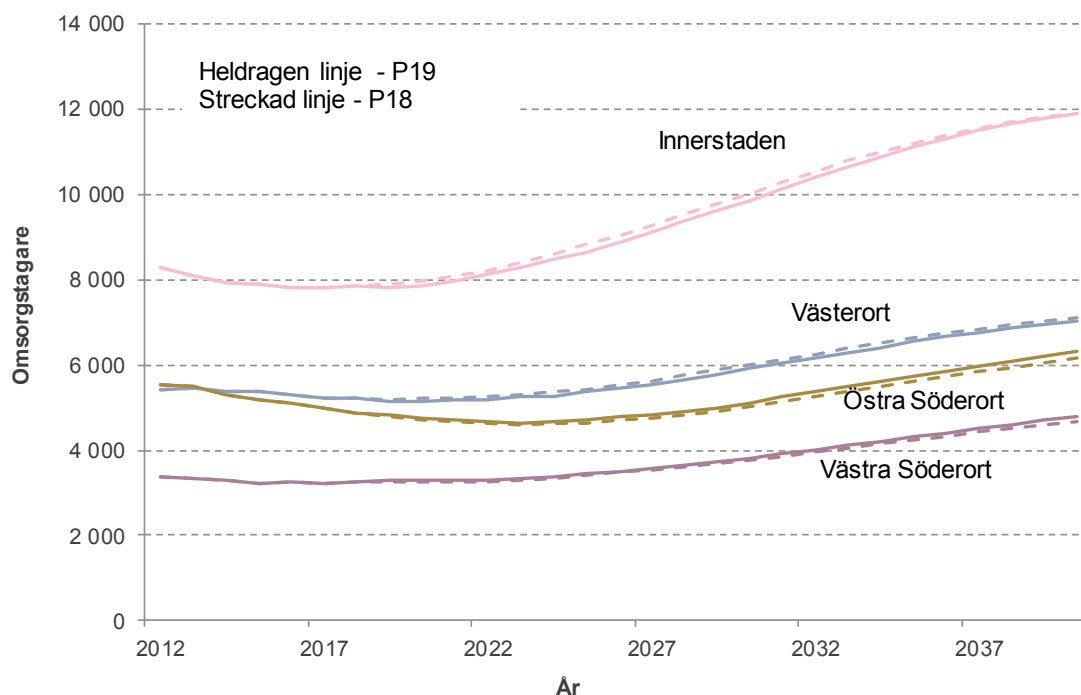
I framskrivningen presenteras de 14 stadsdelsområdena samt en summering av de 14 områdena till fyra delområden och en summa avseende hela staden²¹ fram till år 2040. De fyra delområdena delar in stadsdelsförvaltningarna efter de förvaltningar som förväntas samplanera äldreomsorgstagandet, speciellt avseende vård- och omsorgsboende. Samtliga geografiska områden presenteras i tabellbilagan.

Utvecklingen av antalet omsorgstagare följer i stort befolkningsutvecklingen i de fyra områdena. I Östra söderort väntas antalet omsorgstagare minska fram till år 2023, medan antalet i Innerstaden, Västerort och Västra söderort beräknas öka. På längre sikt prognostiseras antalet omsorgstagare öka i samtliga områden, framför allt i Innerstaden där antalet omsorgstagare väntas öka med nästan 4 100 omsorgstagare mellan åren 2019 och 2040. I Västerort prognostiseras antalet omsorgstagare öka med knappt 1 900, medan Östra och Västra söderort ökar med cirka 1 500 omsorgstagare vardera fram till 2040.

Som framgår av Figur 27 är skillnaderna mot förra årets prognos relativt små för stadens områden, vilket kan förklaras av att förändringarna i befolkningsprognosen är små. Även förändringarna i konsumtionsutveckling är mycket små jämfört med förra årets prognos.

²¹ Hela staden inkluderar Enheten för hemlösa

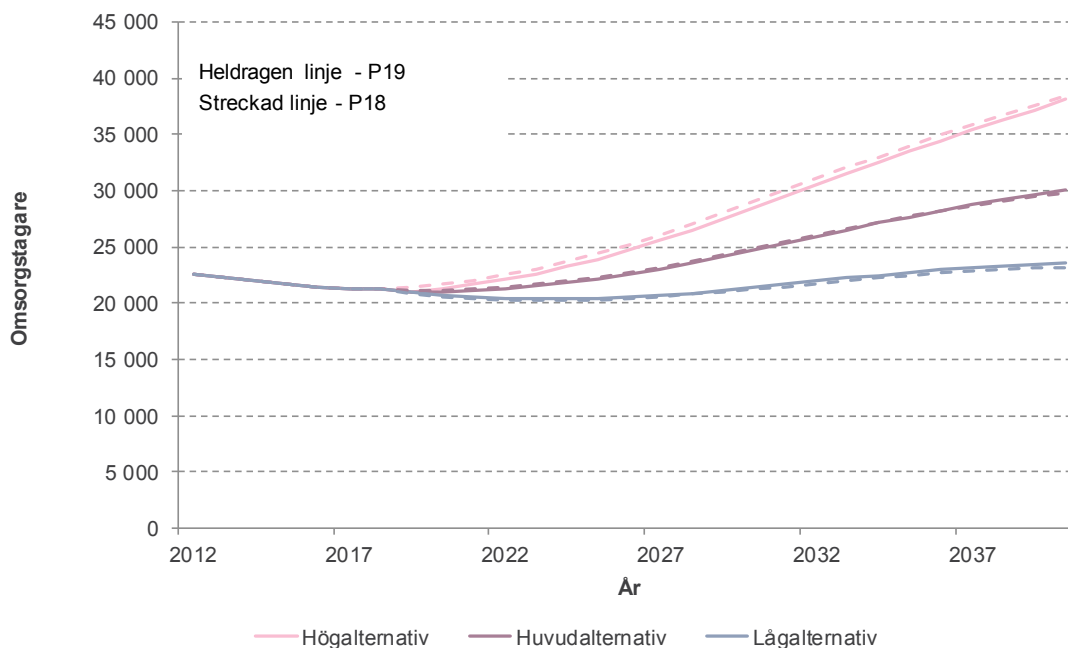
Figur 28 Omsorgstagare 65+ år perioden 2012–2019 och prognos 2019–2040 i stadens delområden



ALTERNATIVA PROGNOSE

I Figur 29 presenteras antalet omsorgstagare totalt för staden enligt huvudalternativet, högalternativet respektive lågalternativet. Om konsumtionen av äldreomsorg för olika åldrar skulle vara oförändrad jämfört med idag skulle utvecklingen följa prognosens högalternativ. I lågalternativet antas istället konsumtionen minska dubbelt så snabbt som i huvudalternativet. Lågalternativet motsvarar en situation där antalet år i livet med äldreomsorg minskar tack vare bättre hälsa, tekniska hjälpmedel och medicinsk utveckling. Enligt lågalternativet är antalet omsorgstagare år 2040 i stort sett detsamma som idag medan antalet i högalternativet antas öka med drygt 17 000 till prognosperiodens slut.

Figur 29 Alternativa beräkningar av antalet äldreomsorgstagare 65+ år utifrån olika om antaganden om hälsoförbättring hos äldre, fram till 2040.



KOSTNADSPROGNOS

Utifrån dagens kostnader²² för hemtjänst, dagverksamhet, hemvårdsbidrag och äldreboende har kostnaderna för äldreomsorgen beräknats. Kostnaden är beräknad för omsorgstagare i varje åldersklass och därefter summerad till en total kostnad. I beräkningen antas att förhållandena mellan omsorgsformerna hemtjänst, vård- och omsorgsboende med flera hålls konstant över tid (i äldreomsorgsprognosen antas samma reduktion av konsumtionen oavsett omsorgsform). Beräkningen tar inte heller hänsyn till exempelvis löne- och hyreshöjningar eller effekter av förändrad biståndsbedömning. Utvecklingen presenteras som ett index i diagrammet nedan där kostnaden framöver jämförs med den beräknade kostnaden för år 2019.

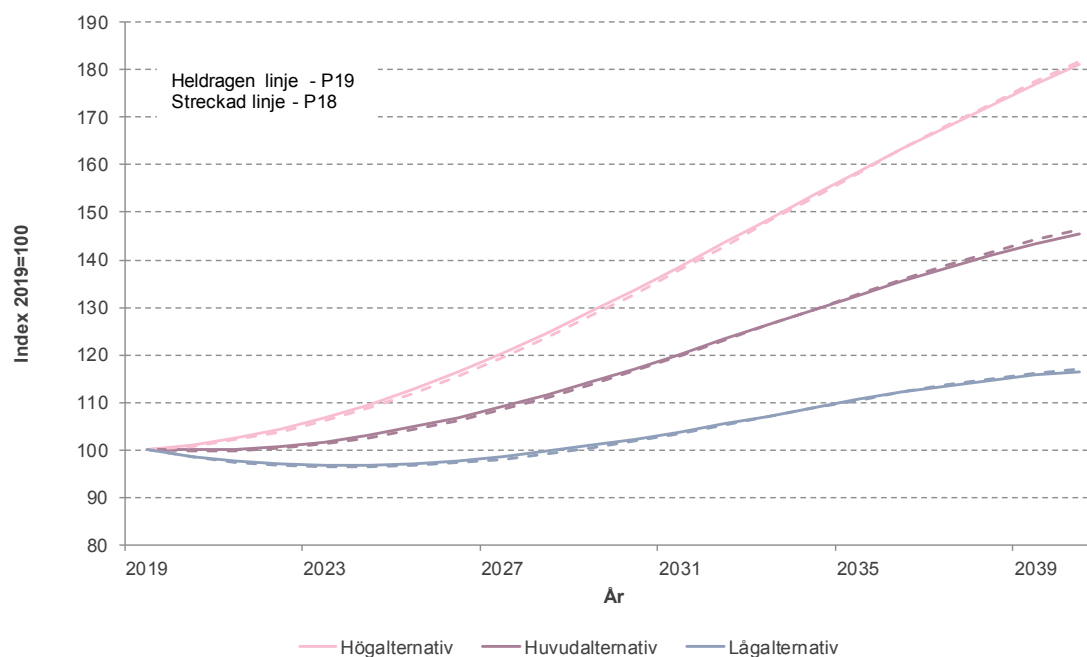
I budgeten år 2019 är bruttokostnaden för äldreomsorgen 7,7²³ miljarder kronor enligt ramen för fördelningsnyckeln.²⁴ I årets omsorgsprognos förväntas kostnaderna öka med cirka 45 procent fram till år 2040, vilket är i nivå med förra årets prognos. I dagens penningvärde innebär det en bruttokostnadsökning på cirka 3,7 miljarder kronor fram till 2040. Under prognosens inledande år beräknas dock kostnaderna enligt huvudalternativet minska något för att sedan öka kraftigt fram till prognosperiodens slut år 2040. Kostnaderna i högalternativet beräknas öka stadigt under hela prognosperioden och totalt sett med cirka 82 procent fram till år 2040. Kostnaderna i lågalternativet beräknas istället sjunka med 3 procent fram till år 2025 för att därefter öka igen och år 2040 vara cirka 17 procent högre än idag.

²² Kostnadernas utveckling mäts i fasta priser.

²³ Budget 2019, Stockholms stad, s. 72, <https://stad.stockholm/globalassets/om-stockholms-stad/sa-anvands-dina-skattepengar/stockholms-stads-budget-2019.pdf>

²⁴ Exklusive Köv, privata servicehus samt unga äldre med stora omsorgsbehov

Figur 30 Kostnadsutvecklingen för äldreomsorgen utifrån olika antaganden om äldres hälsförbättring perioden 2019–2040, index 2019=100.



BOENDETIDERNAS BETYDELSE FÖR BEHOVET AV VOB

Omsorgsprognosen utgår ifrån antal personer i de olika vårdformerna som hade omsorg någon gång under mät månaden september 2019. I prognosen beräknas sedan antal personer som antas behöva omsorg under september för kommande år. En person som flyttar in i ett vård- och omsorgsboende i mitten av månaden räknas som en person i prognosen även om personen inte har behov av platsen under hela månaden. Någon annan kan alltså ha haft platsen i början av månaden. Därför är prognostiserat antal personer i vård- och omsorgsboenden inte nödvändigtvis detsamma som prognostiserat behov av antal platser.

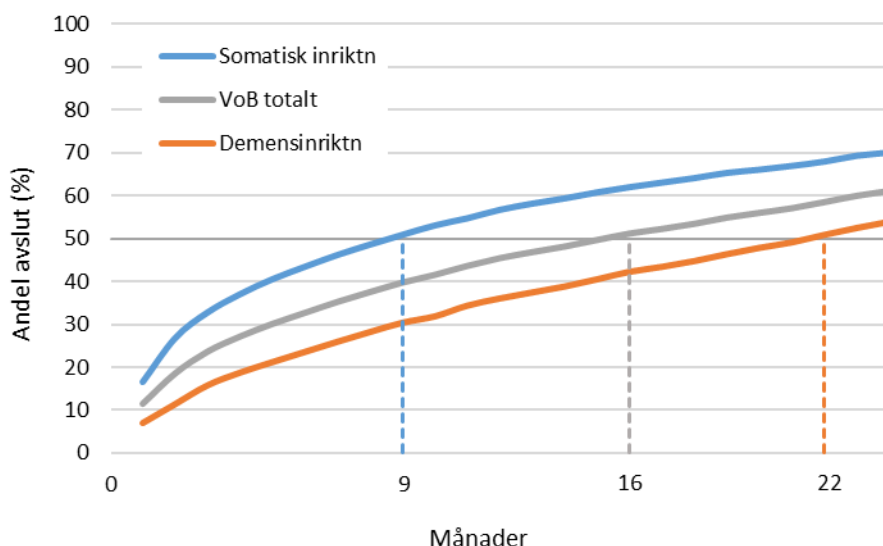
Hur nära prognosen för antal platser ligger prognosen för antal personer hänger samman med hur långa boendetiderna i vård- och omsorgsboenden är. Om boendetiderna skulle vara väldigt korta, ca två veckor, kan flera personer dela på samma plats, förutsatt att de inte har behov av platsen vid samma tidpunkt. Skillnaden mellan antal boende och antal platser blir då relativt stor. Om boendetiderna istället är väldigt långa är omsättningen av boende väldigt liten och det blir då relativt få personer som lämnar över sin plats till någon annan. Antalet boende ligger då nära behovet av antal platser.

I rapporterna *Excelrapport Boendetider i VoB 2019* och *Excelrapport Boendetider i servicehus 2019*, framtagen av Sweco hösten 2019, redovisas boendetider i Stockholms stad i vård- och omsorgsboenden samt servicehus för de senaste åren. Rapporten visar på stor spridning och allt ifrån boendetider på några dagar upp till flera år förekommer. Det är också stor skillnad på boendetiderna beroende på om det är boenden med somatisk inriktning eller demensboenden.

I Figur 31 visas hur stor andel av boendeperioderna som startade åren 2015-2016 som var avslutade efter ett visst antal månader. Medianboendetiden är det antal månader efter vilket hälften av perioderna är avslutade. För vård- och omsorgsboenden hade hälften av de påbörjade

perioderna avslutats efter 16 månader. I boenden med somatisk inriktning var motsvarande tidpunkt 9 månader och för demensboenden 22 månader. Det är alltså relativt stor skillnad mellan boendetiderna beroende på vilken typ av boende det rör sig om. Samtidigt visas i rapporten om boendetider att en allt större del av omsorgstagarna bor i boenden med demensinriktning, vilket har lett till allt längre boendetider totalt sett.

Figur 31 Andel avslutade boendeperioder efter typ av boende och tid sedan start, åren 2015-2016



För att beräkna boendetidernas betydelse för behovet av antal platser i vård- och omsorgsboenden har även omsättningen per månad under år 2018 beräknats i samtliga boenden oavsett inriktning och uppdelat på boenden med somatisk inriktning respektive demensboenden. Omsättningen visar hur stor andel av platserna som blir lediga under en månad och blir förstås lägre med ökande boendetid. Högst är omsättningen i boenden med somatisk inriktning där boendetiderna generellt sett är kortare, medan omsättningen i demensboenden är lägre. I genomsnitt var omsättningen i boenden med somatisk inriktning 3,0 procent per månad medan motsvarande andel i demensboenden var 4,0 procent. I vård- och omsorgsboenden totalt var omsättningen 3,4 procent.

För att få en uppfattning om det framtida behovet av platser i vård- och omsorgsboenden och vilken osäkerhet eventuella förändringar i boendetider kan medföra har en känslighetsanalys gjorts. Om andelen boende med demens fortsätter att öka skulle boendetiderna i vård- och omsorgsboenden totalt sett bli längre, vilket skulle leda till en lägre omsättning. En ökning av boenden med somatisk inriktning skulle istället leda till kortare boendetider och högre omsättning.

I Tabell 8 redovisas dels prognosen för antal omsorgstagare i vård- och omsorgsboenden fram till år 2040, dels behovet av antal platser vid en omsättning på 3,0 procent som i boenden med somatisk inriktning, dels vid en omsättning på 4,0 procent som i demensboenden. Tabellen visar exempelvis att behovet av platser år 2025 varierar mellan cirka 5 280 och 5 330 beroende på hur sammansättningen mellan boendeformerna utvecklas under prognosperioden. Även om medianboendetiderna i demensboenden är mer än dubbelt så långa som i boenden med somatisk inriktning leder alltså skillnaden i omsättning endast till en mindre skillnad i behov av antal platser. Detta beror på att det redan vid en kortare medianboendetid visar sig att omsättningen i boendena är relativt liten och därmed att antalet platser som blir lediga under en månad är relativt få. Observera att behovet av antal platser förutsätter full beläggning vid alla tidpunkter samt att det inte är någon omställningstid mellan utflyttning av en boende och inflyttning av nästa vilket givetvis inte helt stämmer överens med verkligheten. Samtidigt visar

tabellen att behovet av antal platser skiljer relativt lite mellan boendeformerna. Även om boendetiden inklusive omställningstid egentligen är något längre än mediantiderna i tabellen har detta alltså en förhållandevis liten betydelse för platsbehovet.

Tabell 8 Boende i VoB och beräknat behov av platser baserat på olika boendeformer och omsättningen som observerats under januari till december 2018

	Boende i VoB per månad (mätmånad september)	Behov av antal platser beroende på boendeform (observerad omsättning)		
		Somatisk	Totalt	Demens
2020	5510	5300	5330	5350
2025	5500	5280	5320	5330
2030	5710	5490	5530	5550
2035	6390	6140	6180	6200
2040	7310	7030	7080	7100

ÄLDREOMSORG PÅ MINORITETSSPRÅK

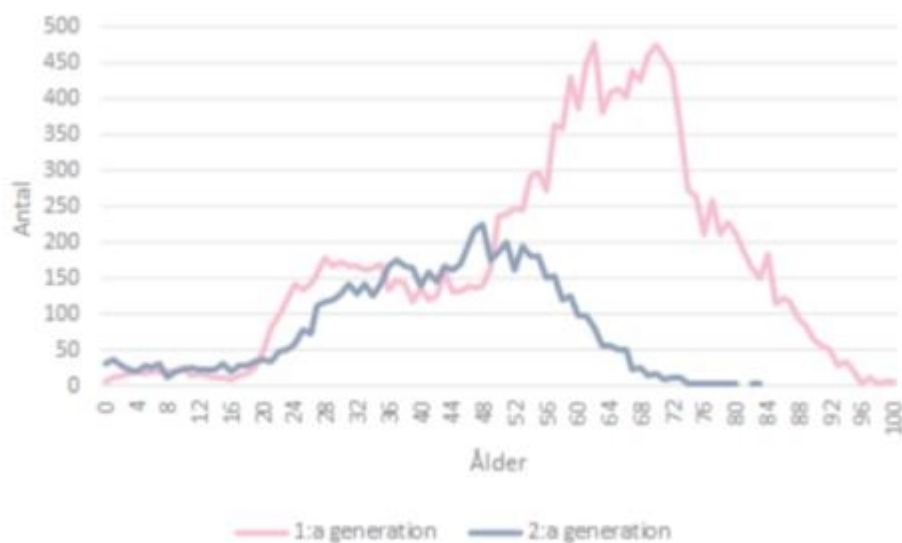
Stockholms stad ingår sedan 2010 i förvaltningsområde för finska och den 1 februari 2019 anslöt sig staden även till förvaltningsområde för samiska och meänkieli. Detta innebär att staden bedriver ett särskilt arbete för att främja de tre minoritetsspråken finska, samiska och meänkieli och verkar för att det ska finnas personal som har kunskaper i minoritetsspråken. Inom äldreomsorgen innebär det bl.a. att kunna erbjuda omsorg på något av minoritetsspråken om någon önskar detta.

Sweco har i år fått i uppdrag att utreda behovet av äldreomsorg på de tre minoritetsspråken under perioden 2019–2040. I Sverige är det inte tillåtet att föra statistik på etnisk grund, vilket innebär att möjligheterna att prognostisera behovet av äldreomsorg på de tre minoritetsspråken är begränsade. Information har därför främst inhämtats via intervjuer med bl.a. intresseorganisationer, länsstyrelsen, socialstyrelsen samt via digitala källor så som minoritet.se och sametinget.se. Undantaget är den sverigefinska minoriteten, där det genom stadens områdesdatabas (ODS) har varit möjligt att få uppgift om antalet invånare med finsk bakgrund.

ÄLDREOMSORG PÅ FINSKA

Enligt uppgifter från stadens områdesdatabas fanns det i december 2018 cirka 23 200 personer med finsk härkomst bosatta i Stockholm. Av dessa är 16 500 födda i Finland och 6 700 är födda i Sverige men har två föräldrar födda utomlands varav åtminstone fadern är född i Finland. I Figur 1 redovisas åldersstrukturen för personer med finsk bakgrund uppdelat på 1: a och 2: a generationens invandrare från Finland. Av diagrammet framgår att i gruppen som är född i Finland är det många som idag befinner sig i, alternativt under prognosperioden kommer att åldras in, i de omsorgskrävande åldrarna.

Figur 32 Åldersstruktur för personer med finsk härkomst 2018



Den sista december 2018 fanns det 7 000 personer som var 65 år eller äldre och som var födda i Finland. Ytterligare drygt 200 personer över 65 år var födda i Sverige men med två föräldrar födda utomlands varav åtminstone fadern var född i Finland. Givet att konsumtionen av äldreomsorg i gruppen med finsk härkomst inte skiljer sig från äldre i övrigt uppskattas antalet omsorgstagare med finsk härkomst till drygt 900 i september 2018. Av dessa beräknas drygt 670 ha behov av hemtjänst i ordinärt boende och cirka 230 beräknas ha behov av vård- och omsorgsboende. Gruppen omsorgstagare bland personer med finsk bakgrund antas i september 2018 nästan uteslutande bestå av personer som är födda i Finland. Endast ett tiotal omsorgstagare antas tillhöra 2:a generationens invandrare, varav nästintill alla antas ha behov av hemtjänst.

Antar man att medellivslängden och konsumtionen av äldreomsorg i gruppen med finsk bakgrund utvecklas i samma takt som för den övriga befolkningen i Stockholm så kommer antalet i behov av äldreomsorg öka inom såväl 1: a som 2: a generationens invandrare från Finland. Därmed är det rimligt att anta att även efterfrågan av äldreomsorg som bedrivs på finska kommer att öka under prognosperioden, detta även om inte alla med finsk bakgrund kommer efterfråga omsorg på det finska språket.

I gruppen som är född i Finland, dvs 1: a generationens invandrare, antas antalet omsorgstagare i behov av vård- och omsorgsboende öka från 230 till 350 omsorgstagare mot slutet av prognosperioden. Detta motsvarar en ökning på cirka 50 procent. Även antalet omsorgstagare i behov av hemtjänst beräknas öka, från 650 till cirka 830 omsorgstagare under prognosperioden, vilket motsvarar en ökning på cirka 25 procent.

Även när det gäller 2: a generationens invandrare från Finland, dvs personer som är födda i Sverige men med två föräldrar födda utomlands varav åtminstone fadern är född i Finland, väntas antalet omsorgstagare öka. Antalet omsorgstagare med behov av vård- och omsorgsboende beräknas öka med knappt 40 omsorgstagare. När det gäller behov av hemtjänst väntas antalet omsorgstagare öka från 10 till cirka 125 fram till prognosperiodens slut.

I Stockholm finns idag två vård- och omsorgsboenden som tillsammans har 80 platser där äldreomsorg bedrivs på det finska språket. På boendena bor även till viss del äldre som saknar finsk bakgrund. Utöver två vård- och omsorgsboenden finns även ett servicehus och flera hemtjänstutförare som kan erbjuda finstalande personal. Det saknas dock uppgift på hur många omsorgstagare som har hemtjänst på finska. Enligt uppgift från äldreförvaltningen finns även en

handfull äldre som önskat dagverksamhet på finska. I dagsläget har staden dock inte möjlighet att erbjuda detta utan har istället köpt tre platser i annan kommun.

Enligt utförarna för de vård- och omsorgsboendena som erbjuder äldreomsorg på finska är kön till boendena relativt liten. Antalet som väntar på en ledig plats uppskattas till omkring 5–6 personer, vilket talar för att det idag råder balans mellan tillgång och efterfrågan på vård- och omsorgsplatser där äldreomsorg på finska erbjuds. Utifrån detta antagande väntas behovet av antalet platser där äldreomsorg erbjuds på finska att öka från dagens 80 till 120 platser mot prognosperiodens slut. Detta gäller under förutsättning att hänsyn endast tas till utveckling av omsorgstagandet bland 1: a generationens invandrare. Om hänsyn tas även till 2: a generationens invandrare behövs ytterligare knappt 10 platser. Det kan dock antas att efterfrågan på äldreomsorg på finska är lägre bland personer uppväxta i Sverige (men där båda föräldrar är födda utomlands och åtminstone fadern är född i Finland) jämfört med personer som är födda i Finland.

När det gäller hemtjänst saknas uppgifter om hur efterfrågan ser idag, det vi vet är dock att det sista december 2018 fanns 7 216 personer bosatta i Stockholm som är 65 år eller äldre och som har härkomst från Finland. Av dessa antas drygt 670 ha behov av hemtjänst, varav endast ett tiotal antas tillhöra 2:a generationens invandrare från Finland. Fram till prognosperiodens slut beräknas antalet öka till cirka 960 omsorgstagare, varav 830 tillhör 1: a generationens invandrare och 130 2: a generationens invandrare.

Beräkningarna över hur omsorgstagandet i den sverigefinska minoriteten kommer att utvecklas under prognosperioden baseras på uppgifter om antalet bosatta i Stockholm år 2018. Däremot tas inte hänsyn till in- och utflyttning av personer med finsk härkomst. Då det idag inte görs någon befolkningsprognos för den sverigefinska minoriteten är det även svårt att med säkerhet säga hur in- och utflyttning kommer påverka antalet omsorgstagare på sikt.

För gruppen äldre som är födda i Finland har dock utflyttningen från Stockholm varit något högre än inflyttningen under de senaste åren. Under perioden 2014–2018 flyttade det ut omkring 300 fler personer än vad det flyttade in bland gruppen födda i Finland 60 år eller äldre. Detta innebär att prognosen över antalet omsorgstagare för den sverigefinska minoriteten kan vara något överskattad. I relation till det totala antalet finlandsfödda som är bosatta i Stockholm är dock in- och utflyttningen förhållandevis liten och bedöms därmed ha liten betydelse på prognosen över antalet omsorgstagare.

ÄLDREOMSORG PÅ SAMISKA

Skattingarna av antalet samer som finns i Sverige varierar stort. Under 70-talet kom en statlig utredning fram till att det fanns cirka 20 000 samer i Sverige. Uppgiften grundar sig på studier av renlängder och församlingsböcker. Sedan sametinget bildades 1993 finns även möjlighet att ta med samer som finns registrerade i röstlängden. Kopplar man ihop gamla renlängder och Sametingets röstlängd till SCB:s register över generationer och lägger till barn, föräldrar och syskon (om de är i livet) uppskattas antalet till 50 000 personer. Den dåvarande professorn och föreståndaren för Centrum för samisk forskning (Cesam) säger i en intervju publicerad på samer.se att antalet samer i Sverige kanske kan uppskattas till uppåt 70 000. Detta på grund av att många samer, bland annat barn och unga som inte får rösta, inte finns i någon av längderna eller är nära släkt med dem där.

Inför sametingsvalet 2017 hade totalt 8 766 personer registrerat sig till sameröstlängden. Av dessa var 328 var bosatta i Stockholms kommun och 691 i Stockholms län. Även om antalet anmälda till sameröstlängden ökat stadigt för varje val kan man inte anta att alla samer registrerat sig. Därför bör siffran på 328 ses som en lägsta nivå för antalet samer bosatta i Stockholm.

Inom ramen för detta uppdrag har det inte varit möjligt att säkerställa uppgift om ålder för de 328 samer som anmält sig till röstlängden och som är bosatta i Stockholms stad. Utgår man däremot ifrån att åldersstrukturen i gruppen motsvarar åldersstrukturen hos Stockholms stads befolkning i stort fanns det i december 2017 knappt 50 samer bosatta i Stockholm som var 65 år eller äldre. Givet att dessa konsumerade äldreomsorg i samma utsträckning som övriga befolkningen i Stockholm uppskattas antalet omsorgstagare under 2017 till drygt 5. Dessa beräknas öka till omkring 10 omsorgstagare fram till prognosperiodens slut givet att utveckling av medellivslängd och konsumtion av äldreomsorg utvecklas i samma takt som för övriga befolkningen i Stockholm stad. Här är det dock viktigt att påpeka att den beräknade uppskattningen av omsorgstagare inom gruppen samer baseras på ett rad antaganden och därför är mycket osäker.

Vidare har vi inte vetskap om hur stor efterfrågan av äldreomsorg på minoritetsspråket är bland den samiska befolkningen. Enligt uppgifter från [samer.se](#) är det långt ifrån alla samer som talar samiska. Framför allt är det många äldre som idag inte behärskar språket, en följd av att samiskan under 1900-talet har varit ett marginaliserat språk och att man från statens sida har bedrivit en hård försvenskingsprocess. Enligt [samer.se](#), uppskattas andelen samisktalande i folkgruppen idag till 40–45 %. Detta kan dock tänkas att öka i takt med att en yngre generation som har möjlighet att lära sig det samiska språket växer upp och åldras.

ÄLDREOMSORG PÅ MEÄNKIELI

Precis som för den samiska minoriteten är det svårt att uppskatta antalet som talar meänkieli. Enligt Svenska Tornedalingars Riksförbund, STR-T²⁵, handlar det om uppskattningsvis 70 000 personer som talar eller förstår meänkieli helt eller delvis. De flesta meänkieli-talande finns, enligt [minoritet.se](#), i Tornedalen och Malmfälten. Men även Stockholm, Umeå och Luleå finns det större grupper med koppling till språket, en följd av stor utflyttning från Tornedalen under 1950-talet.

Baserat på de uppgifter som föreningen "Tornedalingar i Stockholm" lämnat finns det cirka 350 medlemmar i föreningen som är bosatta i Stockholms kommun. Av dessa, uppger föreningen, är en majoritet 60 år eller äldre. I föreningen finns även en besöksgrupp som regelbundet besöker äldre tornedalingar på äldreboende. Idag träffar besöksgruppen fyra äldre tornedalingar. Precis som för den samiska minoriteten bör detta ses som en lägsta nivå, då det rimligen bör finnas tornedalingar bosatta i Stockholm och som inte är medlemmar i föreningen.

Vidare är det uppskattade antalet i Sverige som talar meänkieli fler till antalet än det uppskattade antalet som talar samiska. Detta talar för att behovet av äldreomsorg på meänkieli är större än behovet av äldreomsorg på samiska. Hur stort behovet kan antas vara och hur det kommer utvecklas under de kommande åren är dock svårt att besvara utifrån tillgängliga uppgifter. Föreningen "Tornedalingar i Stockholm" driver själva önskemålet om att få motsvarande en avdelning där meänkieli talas.

²⁵ Svenska Tornedalingars Riksförbund-Tornionlaaksoilaiset