

KOMMUNLEDNINGSKONTORET
Utredning och tillsyn
Joachim Köhler

Behovsprognos för behov av omfattande omsorgsinsatser hos personer 65 år och äldre, period 2019-2028

Sammanfattning

Kommunens befolkningsprognos visar att antalet personer 65 år eller äldre i Täby kommer att öka med drygt 2 600 personer (20 %) under de kommande tio åren. Den absoluta lejonparten av ökningen sker i åldersgruppen 80 år eller äldre. Vid 2018 års slut var de 3 844 personer i Täby men beräknas att växa sig till 6 000 invånare år 2028. En ökad medellivslängd har över decennier inneburit att invånare har berikats med fler friska år. Samtidigt finns tecken på att en åldrande befolkning innebär större efterfrågan av omsorg och att antalet personer med någon form av demenssjukdom sannolikt kommer att öka.

Den demografiska och hälsomässiga utvecklingen kommer att ställa kommunen inför utmaningar och ställningstaganden. För att kunna möta behoven och planera långsiktigt för hur dessa ska tillgodoses behövs välgrundade behovsprognoser. Denna prognos visar på behovet av omfattande omsorgsinsatser, d.v.s. behov av särskilt boende eller hemtjänst vid fler än sex tillfällen dagtid (kl 07-22) och vid behov av insatser nattetid, fler än ett tillfälle. I prognosen har hänsyn tagits till förväntad demografisk utveckling samt utveckling av äldres livslängd och hälsa.

Behovsprognosen visar att år 2028 kommer cirka 790 Täbybor vara i behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Det nära 190 fler individer än idag. Av dessa 190 individer kommer 150 behöva särskilt boende och 40 omfattande hemtjänst, förutsatt att bedömningskriterierna för att bevilja omfattande omsorg förblir liksom idag.

I prognosen, som utgår från dagens omständigheter (äldres hälsotillstånd, kriterier för biståndsbeslut mm), har hänsyn tagits till den förväntade utvecklingen av äldres hälsa som innebär att den ökade medellivslängden antas medföra att fler friska år läggs till livet men även att antalet sjuka år i slutet av livet sannolikt kan komma att öka.

Principen om kvarboende, d.v.s. att äldre ska kunna bo kvar hemma så länge som möjligt, gäller även fortsättningsvis. Möjligheten att kunna bo kvar även med behov av omfattande omsorgsinsatser, påverkas av en rad faktorer som t.ex. hur bostaden är utformad, tillgång till hjälpmedel, utveckling av välfärdsteknik samt utvecklingen av den landstingsdrivna hälso- och sjukvården.

Utvecklingen av äldres hälsa och förekomsten av demenssjukdom är de faktorer som bedöms ha störst påverkan på hur behoven av omfattande omsorg kommer att utvecklas. Kommunens kriterier för att bevilja särskilt boende och tillgången till alternativa stödformer har också betydelse.

I förra årets behovsprognos väntades cirka 800 personer ha ett behov av omfattande omsorgsinsatser år 2028, vilket även ligger i linje med årets beräkningar. Under den kommande tioårsperioden antas ytterligare knappt 130 kvinnor och drygt 60 män stå i behov av omfattande omsorgsinsatser. Drygt 95 procent av dessa antas få beslut om vårdboende medan övriga ges omfattande hemtjänst.

Behovsprognosen är en del av underlaget till kommunens lokalförsörjningsplanering. Ställningstagande kring hur dessa behov ska tillgodoses blir en del i det strategiska arbetet. Prognosen ska också bidra till att förtydliga för olika aktörer vilka behov av omfattande omsorgsinsatser de äldre Täbyborna förväntas ha i framtiden.

Inledning

Socialnämndens ansvar för den äldre befolkningen (65 år och äldre) beskrivs i 5 kap. 5 § Socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Där stadgas att socialnämnden ska verka för att äldre människor får goda bostäder och ska ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet (hemtjänst) och annan lättåtkomlig service. För äldre människor som behöver särskilt stöd ska kommunen inrätta särskilda boendeformer.

Såväl när det gäller hemtjänst som särskilt boende är insatsen kopplad till ett behov. För att behovet ska tillgodoses med hemtjänst eller särskilt boende förutses att det inte kan tillgodoses på annat sätt (4 kap. 1 § SoL). Biståndet ska tillförsäkra den enskilde en skälig levnadsnivå. Kriterierna för att bevilja en insats kan variera över tid beroende på prioriteringar, vilka tjänster som finns tillgängliga osv.

I socialnämndens ansvar ingår att på strukturell nivå delta i samhällsplaneringen genom att beskriva de behov som nämndens målgrupper förväntas ha. Behovsprognosen är en del av underlaget till kommunens lokalförsörjningsplanering. Ställningstagande kring hur dessa behov ska

tillgodoses blir en del i den strategiska planeringen. Prognosen ska också bidra till att förtydliga för olika aktörer vilka behov av omfattande omsorgsinsatser de äldre Täbyborna förväntas ha i framtiden.

Om behovsprognosen

Behovsprognosen visar hur många av Täby kommuns invånare i åldersgruppen 65 och äldre som antas ha behov av omfattande omsorgsinsatser.

Då Täby kommun tillämpar Lagen om valfrihetssystem (LoV) är det sammanlagda behovet av platser för invånare från Täby samt från andra kommuner därför högre än vad som redovisas i denna rapport.

Ju längre tidsperspektiv en prognos har, desto större osäkerhet innehåller den. Utfallet kan påverkas av omvärldsfaktorer samt förändringar i lagar och regleringar. Prognosen uppdateras därför årligen.

För att möjliggöra jämförbarhet över tid, definieras omfattande omsorgsinsatser som särskilt boende eller hemtjänst vid fler än sex tillfällen dagtid (kl 07-22) och vid behov av insatser nattetid, fler än ett tillfälle.

Behovet av omfattande omsorgsinsatser kan påverkas av en rad faktorer som är mer eller mindre överblickbara och möjliga att fånga i en prognos.

Utgångspunkten är antalet personer 65 år och äldre som under januari månad innevarande år hade biståndsbeslut om omfattande omsorgsinsatser. Prognosen utgår alltså från de omständigheter som råder för närvarande, d.v.s. de omsorgsformer som finns tillgängliga och de bedömningskriterier för beslut om bistånd som tillämpas i dagsläget. I prognosen tas hänsyn till följande:

1. Demografisk utveckling i åldersgruppen 65 år och äldre
2. Förväntad konsumtion av omfattande omsorgsinsatser
3. Förväntad utveckling av äldres hälsa

Utöver ovan nämnda faktorer kan behovet påverkas av en rad andra faktorer som exempelvis hushållens sammansättning, utveckling av tjänster som ersätter eller kompletterar äldreomsorgens insatser, utveckling av välfärdsteknik och utveckling av alternativa, tillgängliga boendeformer. Läs mer om detta i föregående års behovsrapport "Behovsprognos för behov av omfattande omsorgsinsatser hos personer 65 år och äldre, period 2018-2031" (Dnr SON 2018/156-74).

1. Demografisk utveckling i åldersgruppen 65 år och äldre

Befolkningen blir allt äldre. Det gäller såväl i Sverige som i Europa. 2018 var 20 procent av befolkningen i Sverige 65 år eller äldre, något som beräknas öka till 23 procent 2050 enligt SCB:s senaste befolkningsprognos.¹ Detta är en följd av att medellivslängden ökar och att stora barnkullar från 1940-talet och, längre fram från 1960-talet, blir gamla.

Även om medellivslängden fortsätter att stiga sker ökningen inte samma takt som tidigare. Enligt SCBs befolkningsprognos är trenden också att dödsfallen förskjuts och samlas vid högre åldrar och att skillnaden i medellivslängd mellan kvinnor och män fortsätter minska.² 2017 hade Täby kommun den högsta medellivslängden i landet för kvinnor och sjätte högsta för män.³

Förbättrad hälsa och ökad livslängd innebär att tidpunkten för debut inom äldreomsorgen sker vid allt högre ålder. Åldrandet i sig innebär emellertid förr eller senare oftast en rad fysiska funktionsnedsättningar och även ökad förekomst av kroniska sjukdomar. Det innebär därmed också ett förmodat ökat behov av kommunens tjänster.

Täby kommun har en något större andel folkbokförda invånare i de övre ålderskategorierna och därmed en högre medelålder än Stockholms län.

Andel	Täby	Länet
Invånare +65 år	19%	17%
Invånare +80 år	5%	4%
Invånare +85 år	3%	2%
Invånare +90 år	1%	1%
Invånare +95 år	0%	0%
Medelålder	40,7 år	39,6 år

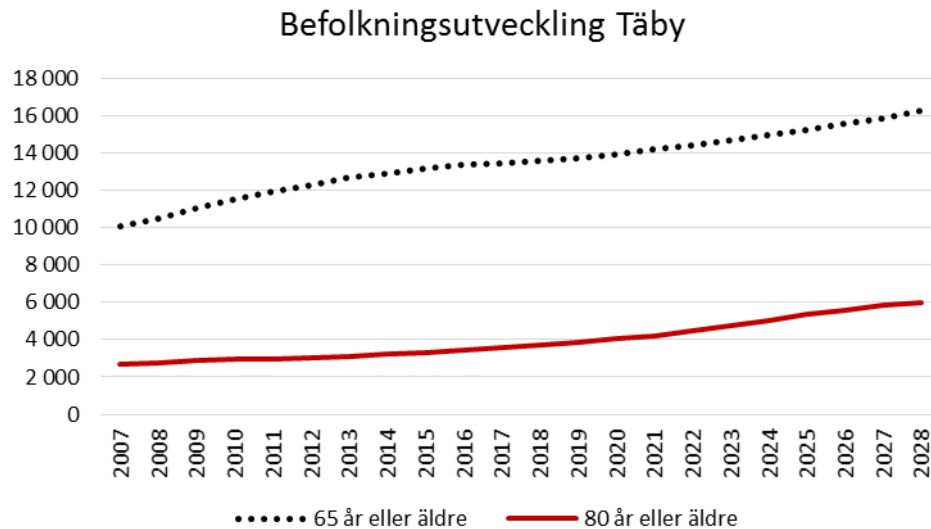
Vid 2018 års slut var 13 690 (19 procent) av Täbys invånare 65 år eller äldre. Gruppen växer till antalet men kommer att om tio år komma utgöra drygt 16 procent av Täbys befolkning. Den senaste tioårsperioden har inneburit en ökning med närmare 3 300 personer (se Diagram 1). Enligt den kommunens befolkningsprognos kommer åldersgruppen att öka med över 2 600 personer mellan åren 2019 och 2028.

¹ Se Statistiska meddelanden BE18SM1601, Sveriges framtida befolkning 2016-2060, SCB.

² SCB, *Sveriges framtida befolkning 2018-2070*, 2018.

³ Kolada (SCB).

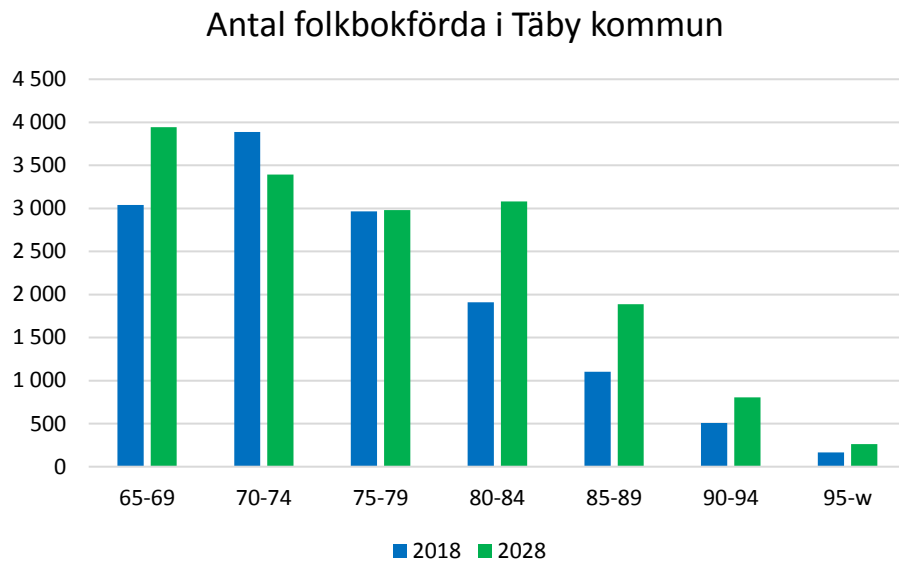
Diagram 1. Täbys befolkning i åldersgrupperna 65 år eller äldre samt 80 år eller äldre



Källa: utfall år 2007-2018 SCB; prognos år 2019-2028 Statisticon.

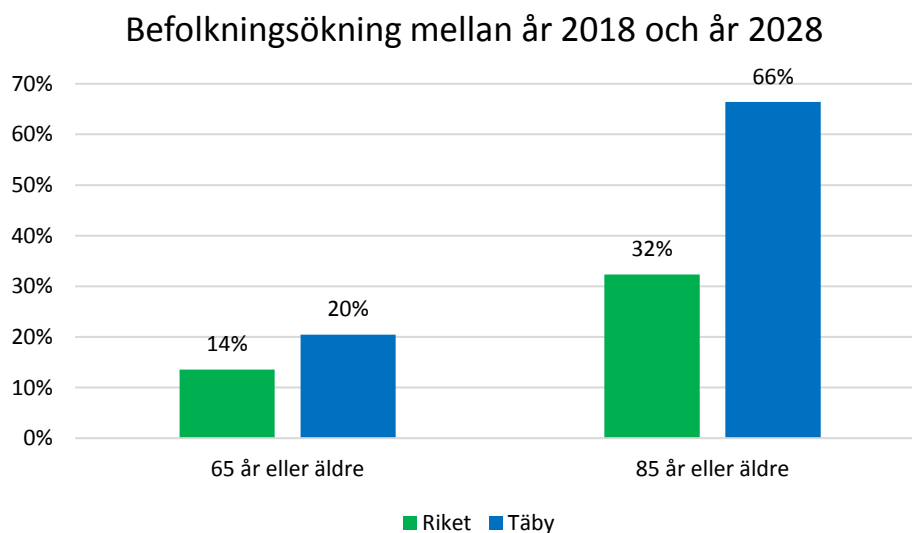
Gruppen 80 år eller äldre har ökat med drygt 800 personer den senaste tioårsperioden. 2018 utgjorde de ca fem procent av Täbys befolkning, vilket är i stort sett samma andel som i riket. Prognosen fram till 2028 visar på en fortsatt ökning. Vid periodens slut väntas antalet Täbybor som är 80 år eller äldre ha ökat från 3 700 till 6 000 personer och då utgöra cirka sex procent av Täbys totala befolkning.

Diagram 2. Täby kommuns befolkning i olika åldersgrupper år 2018 (utfall) respektive 2028 (prognos).



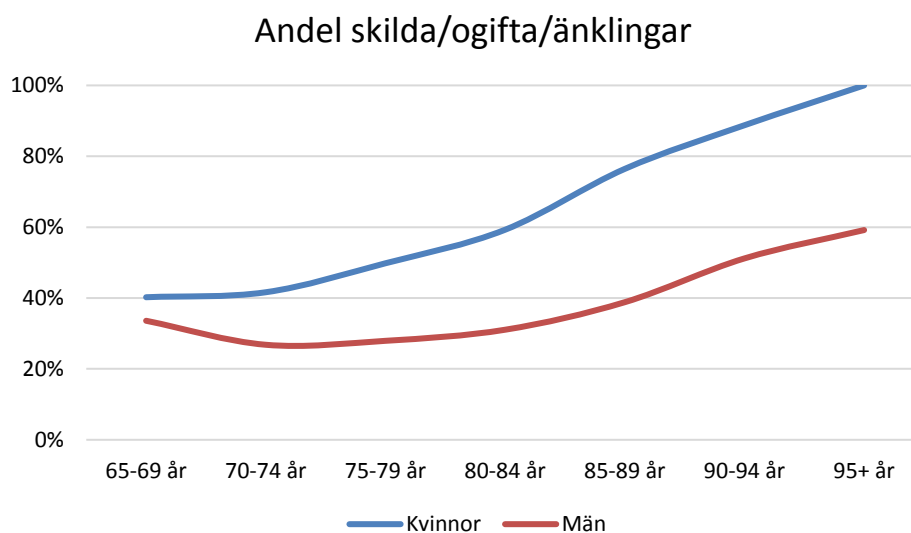
Detta innebär att kommunen står inför en nära dubbelt så kraftig ökning av den äldre befolkningen än riket i övrigt. Gruppen 85 år eller äldre väntas öka med en tredjedel i riket och med två tredjedelar i Täby under den kommande tioårsperioden.

Diagram 3. Relativ befolkningsökning i Täby kommuns och i riket år 2018 (utfall) respektive 2028 (prognos).



Från 75 års ålder är ungefär dubbelt så många kvinnor som män formellt ensamstående.⁴ I genomsnitt är 36 % av männen över 80 år ensamstående medan detsamma gäller för 71 % av kvinnorna. Detta är ett mönster som återspeglas i behov av vård, där kvinnor representerar den dubbla efterfrågan jämfört med män. Även återstående livslängd vid 65 år påverkas i hög grad om personen samboende eller ensamstående. För män var skillnaden 2012-2016 nästan fyra år, och för kvinnor två år.⁵

Diagram 4. Andel skilda/ogifta/änklingar i Täby kommun per åldersgrupp.

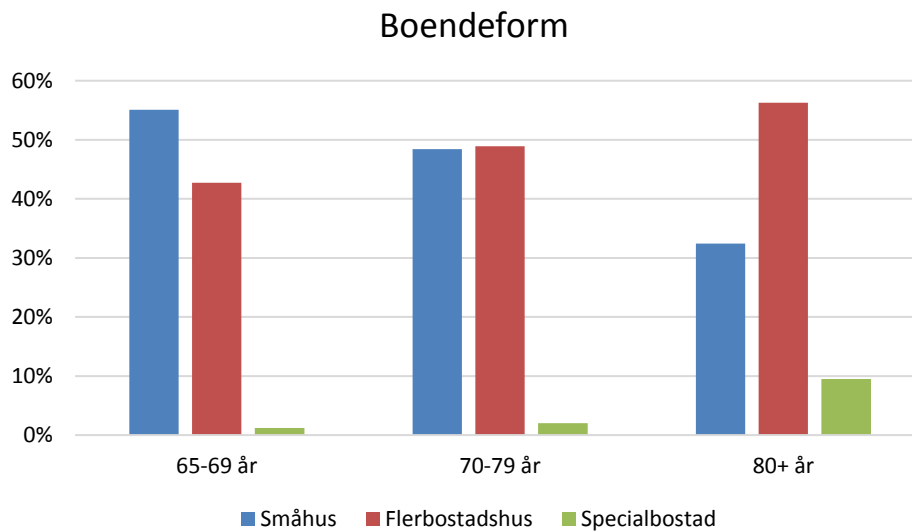


Invånarnas boendeform skiftar naturligt med stigande ålder. I åldern 65-69 år äger 94 % sin bostad och 54 % bor i småhus. Ju äldre man blir sjunker den siffran till förmån för flerbostadshus eller specialbostad. Från 80 års ålder äger fortfarande 87 % sin bostad och 32 % bor kvar i småhus.

⁴ Ensamstående räknas här person som är ogift, skild eller änka/änkling.

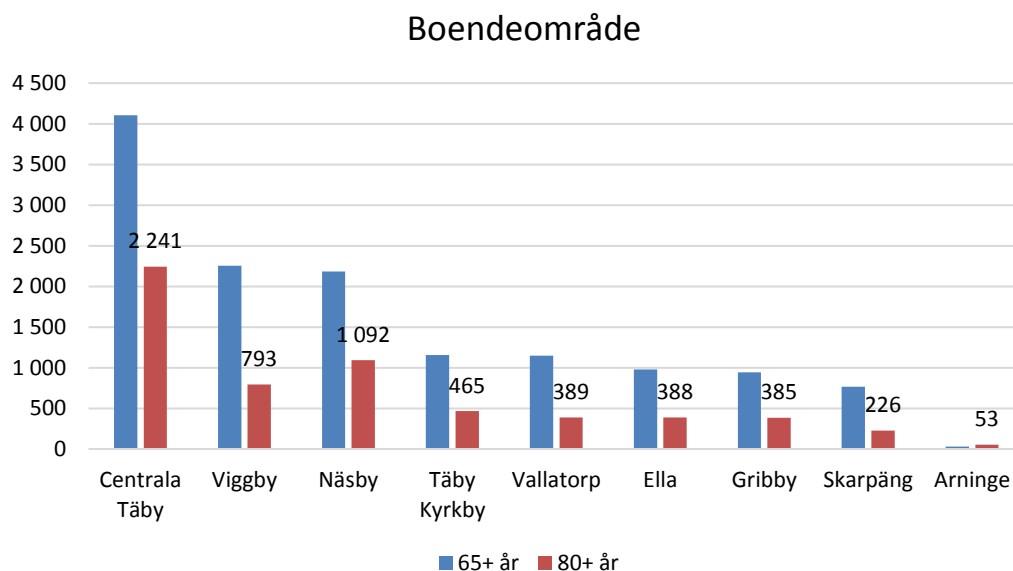
⁵ SCB, "Bilaga 9 Faktorer med betydelse för dödlighetens utveckling", i *Bilagor till Sveriges framtida befolkning 2018-2070*, 2018

Diagram 5. Boendeform bland kommuninvånare per åldersgrupp.



Av kommunens nio delområden⁶ har centrala Täby den högsta koncentrationen av folkbokförda invånare över 64 år, följt av Viggby- och Näsby-områdena.

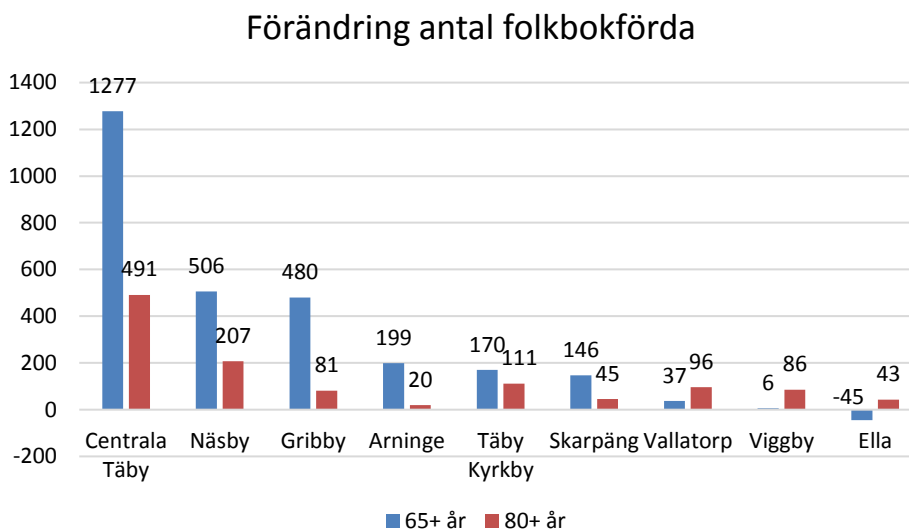
Diagram 6. Geografisk fördelning av Täby kommuns befolkning per åldersgrupp.



⁶ Täby kommun utgörs av delområdena Centrala Täby, Näsby, Gribby, Arninge, Täby Kyrkby, Skarpäng, Vallatorp, Viggby och Ella.

Befolkningsprognoser visar att fördelningen förväntas att te sig likartad även under den kommande tioårsperioden. Diagrammet nedan visar förändringen av antal folkbokförda i kommunens olika delområden mellan åren 2018 och 2028. Störst tillskott får Centrala Täby med nära 1300 fler invånare över 64 år (nära 491 av dessa kommer att vara över 79 år).

Diagram 6. Befolkningsförändring i Täby kommuns delområden per åldersgrupp.



2. Förväntad konsumtion av omfattande omsorgsinsatser

Socialnämndens insatser spänner över ett brett spektra när det gäller såväl innehåll som omfattning. Trygghetslarm som enstaka insats å ena sidan, omfattande omsorgsinsatser i ordinärt eller särskilt boende å den andra. Det finns inte några givna kriterier för när ett behov av en insats uppstår, det beror alltid på omständigheterna i det enskilda fallet.

Principen om kvarboende, d.v.s. att äldre ska kunna bo kvar hemma så länge som möjligt, gäller även för framtiden. Möjligheten att bo kvar påverkas av en rad faktorer, t ex hur bostaden är utformad, tillgång på hjälpmedel, utveckling av välfärdsteknik och utvecklingen av den landstingsdrivna hälso- och sjukvården.

Utvecklingen av äldres hälsa och förekomsten av demenssjukdom är de faktorer som bedöms ha störst påverkan på hur behoven av omfattande omsorg kommer att utvecklas. Kommunens kriterier för att bevilja olika insatser och tillgången till alternativa stödformer har också betydelse.

De biståndsbedömda insatser som kommunen tillhandahåller ska tillgodose den enskildes behov så att en skälig levnadsnivå uppnås (4 kap. 1 § SoL). Insatserna riktas, något grovt, till två behovskategorier: somatiska (kroppsliga) behov och behov på grund av kognitiv svikt/demenssjukdom.

Den som huvudsakligen har behov av omsorgsinsatser på grund av mer somatiska behov kan vanligen få sina behov tillgodosedda i den ordinarie bostaden. Insatser kan ges dygnet runt och kompletteras med t.ex. trygghetslarm. Möjligheten att bo kvar med omfattande stöd innebär för denna grupp att inflyttning till särskilt boende sker allt senare, vilket avspeglas i hur lång tid den enskilde bor i denna boendeform. Den genomsnittliga boendetiden inom Täby kommun är 12,4 månader.

Hos den som har en demenssjukdom kan de fysiska förmågorna initialt vara goda, personen i fråga kan vara rörlig och kan med stöd klara många moment i det vardagliga. Med tilltagande sjukdomstillstånd minskar dock förmågan att kara dig själv och orientera sig i tid, rum och till person.

Fysisk rörlighet i kombination med oro och förvirring kan innebära en ökad olycksrisk, t.ex. genom att den enskilde lämnar bostaden utan att hitta tillbaka. Den brytpunkt när behovet av omfattande omsorgsinsatser inte kan tillgodoses i det ordinära boendet uppstår vanligen tidigare när en person är demenssjuk än när behoven är av mer somatisk karaktär. Därmed kan boendetiden i demensboende bli något längre.

Även om sjukdom och allmän skröplighet tilltar med stigande ålder finns det inget självklart samband på individnivå mellan hög ålder och behov av omfattande omsorgsinsatser. Det finns 95-åringar som lever ett aktivt och självständigt liv, likväl som det finns 75-åringar som är beroende av omsorg dygnet runt. Hög ålder innebär dock en ökad risk för vissa sjukdomstillstånd som förekomst av demenssjukdomar.

Vanliga diagnoser för personer som är 65 år och äldre är hjärt- och kärlsjukdom, diabetes, kol och demens. I detta avsnitt kommer utvecklingen för dessa och några andra faktorer som påverkar äldres hälsa att behandlas.

Hjärt- och kärlsjukdom

Hjärt- och kärlsjukdomar har minskat mycket kraftigt de senaste trettio åren. Sedan 1987 har antalet döda på grund av hjärt- och kärlsjukdom minskat med nästan 60 %. Det är både färre som insjuknar och fler som insjuknar som överlever. Trots det förblir hjärt- och kärlsjukdom den vanligaste dödsorsaken i Sverige och världen och den största orsaken till sjukdomsördan i landet.⁷

En ny sammanställning från OECD visar att hjärt-kärlsjukdomarna inte minskar lika mycket som tidigare. Även om många riskfaktorer fortsätter att minska ökar övervikt och diabetes. En annan möjlig förklaring kan vara att de åtgärder som har störst effekt redan har vidtagits och att återstående förbättringar inte kommer ha lika stor inverkan.⁸

Stockholms län hör till de län som har lägst dödlighet och insjuknande i hjärt- och kärlsjukdom i landet. Täbys siffror är lite bättre än snittet i länet.⁹

Cancer

Totalt sett har såväl insjuknande som överlevnad i cancer ökat. Sedan 1970-talet har förekomsten av cancer ökat med 40 %, samtidigt som femårsöverlevnaden ökat med 40 % för män och 26 % för kvinnor. Utvecklingen varierar dock kraftigt mellan olika cancertyper.¹⁰ En tredjedel av cancerfallen skulle kunna förebyggas med bättre levnadsvanor, men på längre sikt krävs genombrott i forskningen för att minska cancerförekomsten.¹¹

Jämfört med Stockholms län som helhet har Täby lägre dödlighet i prostatacancer, lungcancer och tjock- och ändtarmscancer, medan dödligheten i bröstcancer och malignt melanom är högre.¹²

Diabetes

I befolkningen som helhet har omkring 5 % diabetes, 85-90 % diabetes typ-2. Bland de som är 65 år och äldre får dock 10-20 % diabetes. För personer som insjuknar i diabetes vid 60-79 års ålder minskar den förväntade livslängden med tre år. Var tredje äldre med diabetes har dessutom tre eller flera andra kroniska sjukdomar. Exempelvis är demens dubbelt så vanligt vid diabetes. Det finns ett

⁷ Folkhälsomyndigheten, "Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar", hämtad 2019-07-15.

Socialstyrelsen, *Statistik över dödsorsaker 2017*.

⁸ OECD, *Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: Why are improvements slowing?* 2019.

⁹ Folkhälsomyndigheten, Folkhälsostudio (Socialstyrelsen).

¹⁰ Socialstyrelsen, *Cancer i siffror 2018 - Populärvetenskapliga fakta om cancer*, 2018.

¹¹ Stockholms läns landsting, *Folkhälsorapport 2015. Folkhälsan i Stockholms län*, 2015.

¹² Folkhälsomyndigheten, Folkhälsostudio (Socialstyrelsen).

stort mörkertal och en tredjedel av all typ-2 diabetes tros vara upptäckt. Antalet patienter med diabetes ökar.¹³

I regel vårdas personer med diabetes typ-1 inom sjukhusvården och de med typ-2 inom primärvården. Socialstyrelsen skriver att många äldre med typ-2 diabetes kräver betydande omvårdnadsinsatser inom kommunal hemsjukvård och särskilda boenden.¹⁴

I Nationella folkhälsoenkäten uppgav 4 % i Täby att de har diabetes, 1-2 procentenheter längre än Stockholms län och riket.¹⁵

KOL

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en kronisk inflammatorisk lungsjukdom som leder till gradvis försämrad lungfunktion. 400 000 – 700 000 personer i Sverige tros ha KOL, en stor del av dem är odiagnostiserade. Den största riskfaktorn för KOL är rökning och ungefär hälften av alla rökare får KOL. Mer än 20 % av alla som har KOL har dock inte varit rökare.

Personer med KOL har ofta andra sjukdomar, t.ex. hjärt-kärlsjukdom, benskörhet, depression och diabetes. Varje år dör omkring 3 000 personer av KOL. Dödligheten ökar främst bland kvinnor.

Den största delen av patienterna med KOL behandlas inom primärvården, men de svårast sjuka inom specialistvården.¹⁶ Täby har en relativt låg andel dödsfall till följd av KOL.¹⁷

¹³ Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för diabetesvård - Stöd för styrning och ledning*, 2018.

Diabetesförbundet, "Diabetes i siffror", hämtad 2019-07-03

SKL, *Äldre med diabetes – för dig som arbetar inom vårdboende och hemsjukvård*, 2017.

¹⁴ Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer - Utvärdering 2015 - Diabetesvård - Indikatorer och underlag för bedömningar*, 2015

¹⁵ Folkhälsomyndigheten (Folkhälsostudio).

¹⁶ Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid astma och KOL. Huvudrapport med förbättringsområden*, 2018.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård vid astma och kol. Indikatorer och underlag för bedömningar*, 2018.

Magnus Sköld, "KOL drabbar inte bara rökare – en fjärdedel har aldrig rökt" i *Läkartidningen*, 2017-03-28.

¹⁷ Folkhälsomyndigheten (Folkhälsostudio).

Demens

Demens är ett samlingsnamn för en rad symtom som orsakas av hjärnskador. Dessa kan i sin tur bero på närmare 100 olika sjukdomar och sjukdomstillstånd, varav Alzheimers sjukdom och vaskulär demens tillsammans utgör 70-95 %.¹⁸ Symtomen yttrar sig i form av progressiv försämring av kognitiva förmågor som sammantaget leder till att den enskilde successivt får allt svårare att klara sin tillvaro utan stöd från närstående.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, har i granskningar av forskningslitteraturen om demenssjukdomar funnit ett starkt vetenskapligt underlag för att hög ålder är den främsta riskfaktorn för att insjukna i någon form av demenssjukdom. Efter 65 år fördubblas risken att drabbas ungefär vart femte år. Var femte person över 80 år beräknas ha någon form av demenssjukdom. För personer över 85 är demens vanligare bland kvinnor. Även om demens är vanligare i hög ålder är det inget naturligt åldrande. Gränsen mellan icke-normala och sjukliga kognitiva förändringar är dock diffus.¹⁹

Även om det saknas entydiga uppgifter om antalet personer med demens i Sverige tyder studier på att andelen med demens har minskat. Totalt i Sverige uppskattas det finnas mellan 130 000 och 150 000 personer med demens och varje år insjuknar 20 000 – 25 000 personer. Som orsaker till minskningen anges bland annat förbättrade livsstilsfaktorer, vilket minskat risken för stroke, samt högre utbildningsnivå. Det finns idag ingen läkemedelsbehandling som bromsar den bakomliggande sjukdomsprocessen. Existerande läkemedel har endast symtomlindrande effekt.

Även om andelen med demens minskar kommer antalet att öka när den stora generationen från 1940-talet blir gamla. Fram till 2050 uppskattas antalet personer med demens nästan fördubblas.²⁰ Enligt den demografiska prognosen som ligger till grund för denna behovsprognos kommer antalet personer 80 år och äldre att öka med 2 100 under perioden. Utifrån antagandet om att var femte person över 80 år beräknas ha någon form av demenssjukdom beräknas drygt 1 100 personer i denna åldersgrupp ha någon form av demenssjukdom 2026.

¹⁸ The Swedish National study on Aging and Care, *Demensförekomst i Sverige: geografiska och tidsmässiga trender 2001-2013. Resultat från den svenska nationella studien om åldrande, vård och omsorg – SNACK, 2017*

¹⁹ SBU, *Dementia – Etiology and Epidemiology. A Systematic Review. Volume 1, 2008.*

²⁰ *Läkemedelsboken, Demens.*

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Indikatorer och underlag för bedömningar, 2018.*

Fallolyckor

Fallolyckor är den olyckstyp som leder till flest dödsfall, inläggningar på sjukhus och besök på akutmottagningar. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap beräknar att antalet dödsfall för personer över 65 år till följd av fallolyckor kommer att fördubblas till 2050. Fallolyckor är betydligt vanligare bland kvinnor än män. Totalt sett minskade risken för fallolyckor något 2006-2017, dock har den ökat för män och personer över 85 år.

Fallolyckor är ofta inkörsport till hemtjänst och annan omsorg för en personer som tidigare klarat sig på egen hand.²¹

Andelen fallolyckor uppvisar stora skillnader mellan olika kommuner. Skillnader följer ett generellt mönster där bland annat stora tätortskommuner har högre förekomst av fallolyckor. Orsakerna till detta är inte fullt utredda.²² En rapport från SKL 2009 föreslog en rad förklaringar, bland annat skillnader i datahantering, ålders- och könsfördelning, socioekonomisk profil, boendeformer och geografisk struktur.²³

För fallskador bland personer över 65 år har Stockholms läns kommuner det näst högsta medelvärdet. Täby kommun skiljer dock inte ut sig på något markant sätt inom Stockholms län.²⁴

Alkohol

Till skillnad från befolkningen i stort ökar alkoholkonsumtionen bland äldre, framförallt bland kvinnor. Hos personer som är 65 år och äldre har såväl andelen som uppger att de har ett riskbruk, som de som vårdats på grund av skadligt alkoholbruk, som dödsfall till följd av alkohol ökat. Socialstyrelsen menar att detta ställer nya krav på både beroendevården och äldreomsorgen.²⁵

Stockholms län har högst andel riskkonsumenter av alkohol i landet, alla åldrar sammantaget. Täby kommun har något lägre andel riskkonsumenter än länet.²⁶

²¹ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Skador bland äldre*, 2014.

Folkhälsomyndigheten, "Fallolyckor bland äldre", hämtad 2019-03-19.

²² Socialstyrelsen, "Antalet fallolyckor varierar stort över landet", hämtad 2017-10-02.

²³ SKL, *Att förklara kommunala skillnader i fallskador bland äldre - En kunskapssammanställning*, 2009.

²⁴ Kolada (Patientregistret, Socialstyrelsen).

²⁵ Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2018*, 2018

²⁶ Folkhälsomyndigheten (Folkhälsostudio).

Klimatförändringar

De pågående klimatförändringarna gör att förekomsten av värmeböljor kommer att öka. På grund av nedsatt förmåga att reglera kroppstemperaturen och sämre förmåga att känna törst löper äldre en ökad risk att avlida till följd av ihållande höga temperaturer. Många sjukdomar som är vanliga bland äldre ökar också känsligheten för höga temperaturer, t.ex. hjärt- kärlsjukdomar och diabetes.²⁷

Juli 2018 var den varmaste månaden på 260 år i Sverige. Under sommaren 2018 sågs en signifikant överdödlighet bland äldre, även om det inte är klart i vilken utsträckning den berodde på värmen.²⁸

Multisjuka äldre

Med åldern ökar risken för multisjuklighet. Bland personer som är 85 år och äldre har nästan 60 % två eller fler kroniska sjukdomar. Multisjuka äldre har komplexa och sammansatta behov av vård och omsorg vilket ställer krav på samordning och helhetsansvar, något som bland annat tas upp i utredningen God och nära vård (som behandlas nedan). Multisjuka äldre i ordinärt boende skattar sin hälsa sämre än de i särskilt boende, samtidigt ser vi en utveckling där andelen äldre i särskilt boende minskar.²⁹

Kriterier för behovsbedömning

Socialtjänstlagen är en ramlag som anger riktningen för samhällets socialtjänst. Hur innehållet i socialtjänstens insatser ska utformas är däremot i hög grad upp till varje kommun och beskrivs vanligen i lokala riktlinjer som beslutas av ansvarig nämnd. Dessa riktlinjer ligger till grund för den bedömning av behov och det beslut om bistånd som fattas i varje enskilt fall.

Biståndet garanterar den enskilde en skälig levnadsnivå. Vad denna nivå innebär måste tolkas i varje enskilt fall och med hänsyn till rättspraxis. Biståndsbedömningen kan också påverkas av lokala riktlinjer och andra eventuella regleringar.

Hur många individer som har beslut om en viss insats avgörs ytterst av vilka generella kriterier kommunen fastställt. Att en kommun har en hög andel kommuninvånare i särskilt boende behöver inte nödvändigtvis betyda att kommuninvånarna har ett större behov och är skröpligare än i andra kommuner. Det kan istället handla om att kommunen har god tillgång på platser eller att den generella behovsnivån för att beviljas en sådan insats är låg. På motsvarande sätt kan en låg andel personer i särskilt boende innebära att behovströskeln är

²⁷ Folkhälsomyndigheten, *Hälsoeffekter av höga temperaturer. En kunskapssammanställning*, 2015.

²⁸ Socialstyrelsen, "Ökad dödlighet under sommarens värmebölja", hämtad 2019-09-10.

²⁹ IVO, *Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande*, 2018.

hög eller att hemtjänsten är så väl utbyggd att även omfattande behov kan tillgodoses i den egna bostaden.

En kort historisk tillbakablick visar att mellan 1980 och 2012 ökade antalet äldre och äldreomsorgens kostnader i ungefär samma takt. Andelen som fick äldreomsorg minskade dock, vilket innebär att resurserna fokuserades på de med stora behov. Trenden är alltså att andelen som får vård sjunker, men kostnaderna per omsorgstagare ökar. För såväl personer 65 år och äldre som 80 år och äldre har andelen som får hemtjänst eller bor i särskilt boende minskat sedan 2010. Av de i Sverige som idag är 80 år eller äldre har 36 % någon form av vård enligt SoL. Inräknat ökningen av antalet äldre innebär det att antalet som får vård enligt SoL kommer att öka med 53 % från 2018 till 2030.³⁰

En utgångspunkt i behovsprognosen är antal unika brukare (personer) som hade ett biståndsbeslut om omfattande omsorgsinsatser. Denna faktor kan påverkas av om kriterierna för att beviljas dessa omsorgsformer förändras. Om kriterierna blir mer restriktiva, kommer behovströskeln att bli högre och färre beviljas de aktuella insatserna, något som kommer att få effekter på framskrivningen.

I behovsprognosen fångas befolkningens behov, eller konsumtion, av omfattande omsorgsinsatser i det så kallade konsumtionstalet som baseras på ett genomsnitt av tidigare konsumtion (biståndsbeslut åren 2011-2018) samt faktiskt utfall i januari månad innevarande år.

Icke offentligt finansierad vård

En del av de äldre som har behov av vård och omsorg får detta på andra håll än inom den offentligt finansierade vården och omsorgen. Här finns dels de som vårdas av anhöriga (informell vård), dels de som köper vård privat.

En enkätundersökning 2012 visade att 18 % av befolkningen regelbundet ger omsorg till en närstående med anledning av dennes långvariga sjukdom, höga ålder eller funktionsnedsättning. Av dessa ger 30 % omsorg varje dag och 46 % varje vecka.

Anhörigas omsorg fungerar inte bara ett komplement till den offentliga omsorgen utan kan även ersätta den. Skäl till detta kan både vara att den offentliga omsorgen upplevs som otillräcklig eller att man föredrar anhörigvård framför offentlig vård. Socialstyrelsen skriver att anhörigomsorgen har en

³⁰ Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2019*, 2019.
SKL, *Äldreomsorgens kostnader - Historik och framtid*, 2016.

samhällsbärande funktion.³¹ För demensvård uppskattas exempelvis den informella vården stå för 15 % av kostnaderna.³²

Faktorer som på sikt kan påverka andelen anhängigvård är bland annat ändrade könsrollsmönster, minskade skillnaden i livslängd mellan kvinnor och män liksom andelen ensamhushåll.³³

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys skriver att mycket talar för att de totala kostnaderna för samhället för vård och omsorg av äldre förblir blir desamma oavsett organisationsformer och att förändringar i äldreomsorgens utformning mestadels förflyttar kostnaderna mellan kommuner, landsting och närstående.³⁴

Förändringar i lagstiftningen

Region Stockholm är den enda region där kommunerna inte tagit över huvudmannaskapet för *hemsjukvården*. De försök som hittills gjorts har inte genomförts på grund av olika uppfattningar hos ett fåtal kommuner om den skatteväxlingen som överföringen skulle innebära. Det är dock osäkert om denna ordning kommer att kunna bestå över tid.³⁵

I januari 2018 trädde lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ikraft. Lagen anger efter hur många dagar betalningsansvaret för patienter som skrivits ut från den slutna vården överförs till kommunen. En majoritet av de patienter som omfattas är över 65 år. Lagstiftningen ger också kommuner och landsting rätt att själva komma överens om tidsfrister och belopp för betalningsansvaret.³⁶ Så har också skett i Region Stockholm, där en överenskommelse väntas börja gälla 2020. Från 2020 kommer gränsen för det genomsnittliga antalet dagar att vara 2,0, för att sedan sänkas i två steg till 1,3 dagar november 2021. Under december 2018 till mars 2019 har 6-12 kommuner per månad överskridit den kommande gränsen om 2,0 dagar.³⁷

³¹ Socialstyrelsen, *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*, 2014.

³² Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Indikatorer och underlag för bedömningar*, 2018.

³³ Statskontoret, *En modell för att beskriva det framtida resursbehovet för vård och omsorg om äldre*, 2002.

³⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg*, 2015.

³⁵ Storsthlm, "Äldre", hämtad 2019-09-10.

³⁶ Vårdanalys, *På väg - Delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, 2018.

SOU 2015:20, *Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård*.

³⁷ Storsthlm, "Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Stockholms län", 2019-06-18

I april 2019 trädde ändringar i Socialtjänstlagen ikraft som gör att kommuner kan inrätta den nya boendeformen *biståndsbedömt trygghetsboende* (även kallat mellanboende). Boendet är till för personer som behöver stöd och service i bostaden och som får hemtjänst men inte behöver heldygnsvård. Syftet är att öka tryggheten och bryta den sociala isoleringen bland äldre. Till skillnad från i särskilt boende ska personerna fortsatt omfattas av hemsjukvård.³⁸

Utredningen *God och nära vård* har i tre betänkanden presenterat förslag på hur hälso- och sjukvården kan reformeras. Utgångspunkten är att det givet den demografiska utmaningen inte är möjligt att behålla den nuvarande organisationen av hälso- och sjukvården och samtidigt ha kontroll på kostnaderna och upprätthålla hög kvalitet. Problemet grundar sig i att den svenska sjukvården är för sjukhusstung. Förutom onödigt höga kostnader för vården medför sjukhusvård svårigheter att se till patienternas hela vårdbehov.

Målet är därför en personcentrerad hälso- och sjukvård med primärvården som förstahandsval och nav i ett samspel med sjukhus och kommunala insatser. Utredningen betonar att primärvården även inbegriper kommunal hälso- och sjukvård och att kommunen har dubbla roller, både som vårdgivare och utförare av socialtjänster.

Flera av förslagen tas upp i regeringsöverenskommelsen mellan S, C, L och MP, bland annat att en primärvårdsreform ska genomföras under mandatperioden. Slutbetänkandet från *God och nära vård* väntas i mars 2020.³⁹

³⁸ SoL, 5 kap. 5 §, tredje stycket.

³⁹ *Effektiv vård* (SOU 2016:2), *God och nära vård - En gemensam färdplan och målbild* (SOU 2017:53), - *En primärvårdsreform* (SOU 2018:39), - *Vård i samverkan* (SOU 2019:29)

3. Förväntad utveckling av äldres hälsa

I Sverige har medellivslängden ökat i det närmaste oavbrutet sedan 1860-talet. Idag beräknas medellivslängden vid födseln till nästan 84 år för kvinnor och 81 år för män. De senaste decenniernas ökning beror framförallt på minskad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar. 2050 väntas var närmare var fjärde svensk och var femte Täbybo vara över 65 år. Den ökande i livslängden i kombination med en allt bättre hälsa innebär att de flesta kan räkna med relativt många år med god hälsa efter pensioneringen.

Behovet av omfattande omsorgsinsatser kommer i hög grad att bero på utvecklingen av den åldrande befolkningens hälsa. Den systematiska forskningen kring utvecklingen av äldres hälsa tog fart först på 1970-talet och det är tydligt att dessa frågor är komplexa. Valet av metodik och mätinstrument spelar en stor roll, t.ex. vilka hälsoindikatorer som används, bortfallet och vilka åldersgrupper som studeras.

En mer integrerad modell har förslagits som visar på trender som går i olika riktningar.

- Ökad överlevnad bland sjuka personer
- Bättre kontroll av kroniska sjukdomar
- Förbättrad hälsa bland nya grupper av äldre
- Ökning av antalet mycket gamla äldre med samsjuklighet.

Behovsprognosen baseras på antagandet om uppskjuten sjuklighet. I scenariot ingår att den ökade livslängden innebär att det är friska år som läggs till livet medan antalet sjuka år i slutet av livet är detsamma eller något högre än idag.

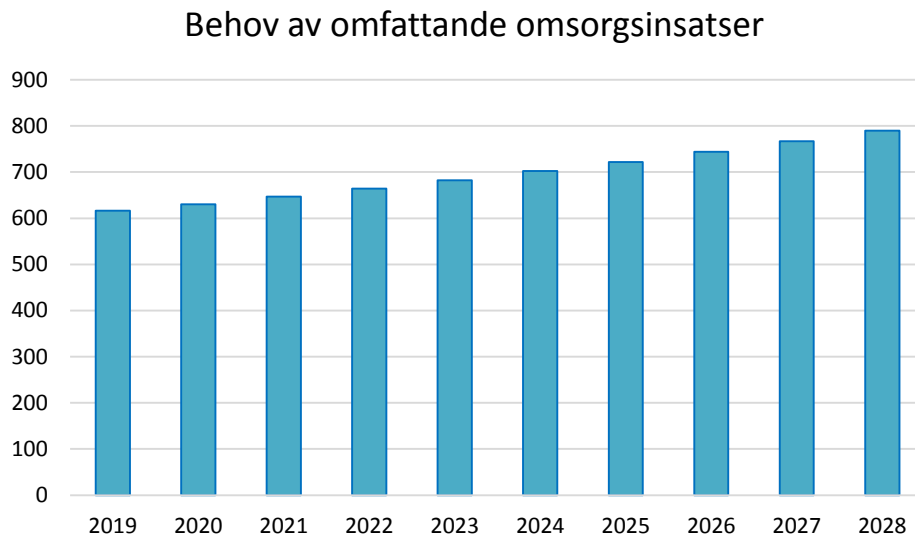
Det finns signaler om att denna utveckling kan komma att påverkas negativt av sjukdomstillstånd som exempelvis är relaterade till stress, alkohol och psykisk ohälsa. Det inte rimligt att tro att möjligheterna till fortsatta hälsovinster bland de allra äldsta kan fortsätta för alltid.⁴⁰

⁴⁰ Ahlbom, Drefahl, Lundström, "Den åldrande befolkningen. Fortsatt ökning av medellivslängden kontroversiell och spännande fråga", *Läkartidningen* nr 48, 2010. Thorslund och Parker, "Hur mår egentligen de äldre? Motstridiga forskningsresultat tyder på både förbättrad och försämrad hälsa, ", *Läkartidningen* nr 43, 2005.

Prognostiserat behov

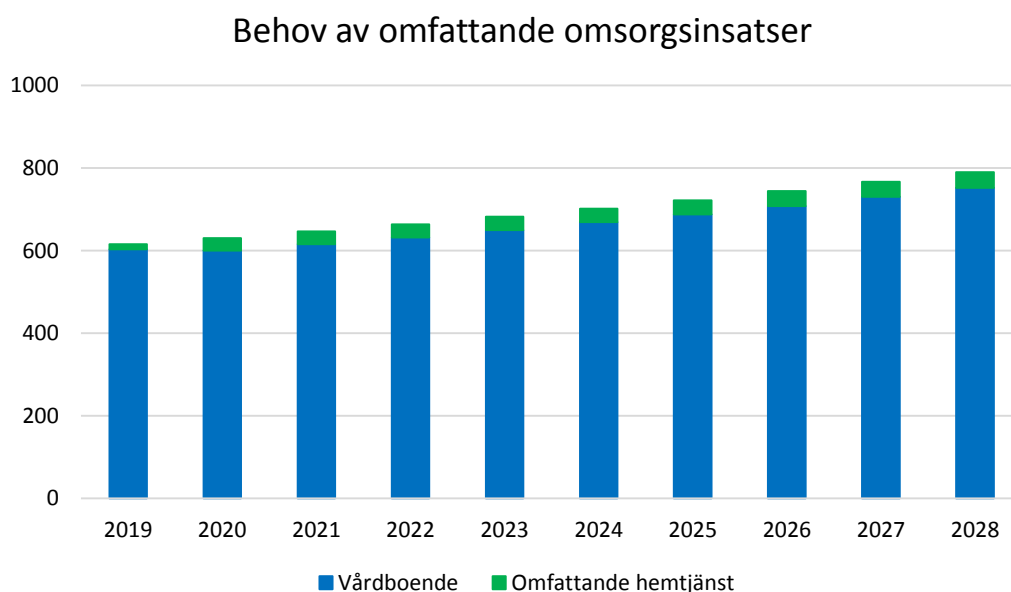
År 2028 väntas 790 personer vara i behov av omfattande omsorgsinsatser (vårdboende och omfattande hemtjänst). Det motsvarar nära 190 fler än idag.

Diagram 7. Antal kommuninvånare i behov av omfattande omsorgsinsatser



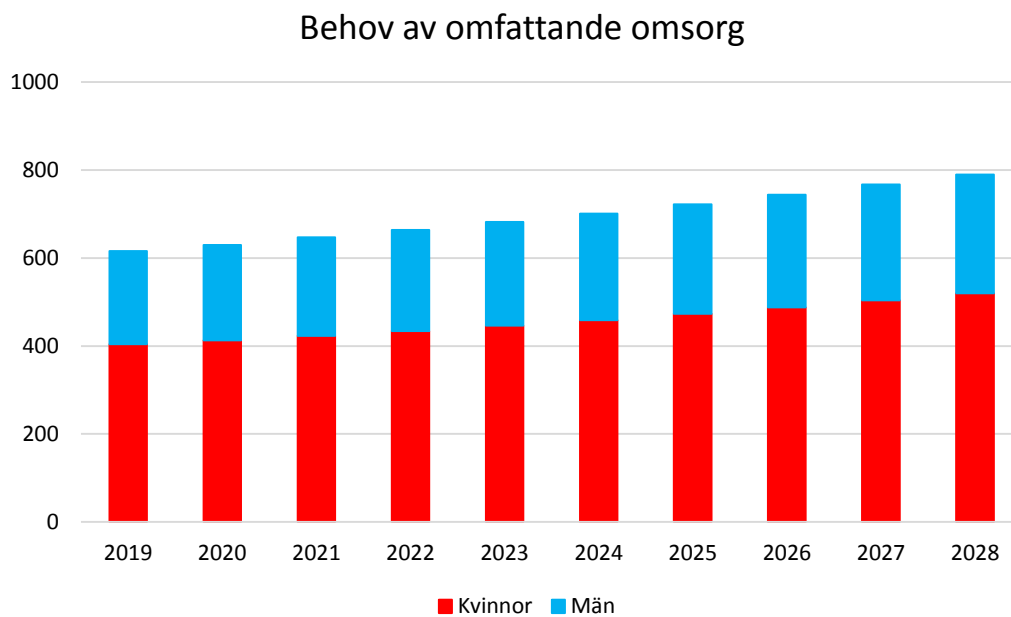
Omsorgen förväntas ske i vårdboende i drygt 95 procent av fallen vilket motsvarar 750 platser år 2028. Samtidigt antas knappt 40 personer få beslut om omfattande hemtjänst.

Diagram 8. Fördelning mellan vårdboende och omfattande hemtjänst.



Trenden om färre beslut om vård- och omsorgsboenden till män förstärks över tid. Dubbelt så många beslut utfärdas för kvinnor jämfört med för män vid prognosperiodens slut.

Diagram 9. Prognosticerat behov av omfattande omsorg, per kön



Förekomsten av demenssjukdom ökar med stigande ålder. Den demografiska utvecklingen med en ökande andel 80 år eller äldre talar därför för att det är boende för personer med demenssjukdom som måste prioriteras framåt. Dessutom att stödet i det ordinarie boendet och alternativa boendeformer för personer med mer somatiska behov kommer att behöva utvecklas.

I boende med somatisk inriktning tenderar boendetiden att bli allt kortare eftersom människor i hög grad kan erbjudas omfattande omsorg i hemmet. Inflyttning sker ofta i ett skede när den äldre är mycket skör och följaktligen blir boendetiden allt kortare.

Det finns anledning att i planeringen överväga om Täbybornas framtida behov av omfattande omsorgsinsatser ska tillgodoses på samma sätt som idag eller om det behöver utvecklas alternativ för att klara framtidens efterfrågan. Exempelvis genom att utveckla stödformer och teknik, framförallt i ordinarie boende, men

också alternativa boendeformer, tex med en mer palliativ⁴¹ kompetens och inriktning.

⁴¹ Definition enligt WHO: "Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och de närstående, genom att förebygga och lindra lidandet genom tidig upptäckt, bedömning och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem som kan uppkomma i samband med livshotande sjukdom".