

Planeringsförutsättningar – Bostäder för äldre

Planeringsförutsättningar - Bostäder för äldre

Planeringsunderlaget är framtaget av:

Fredrik Idevall, Region Örebro län.

Jonna Lidström, Region Örebro län.

Thobias Torstensson, Region Örebro län.

Tommy Larserö, Region Örebro län

Marie Villman, Örebro kommun

2016-09-25

Innehåll

1.	Inledning	5
1.1	Bakgrund	5
	Planer för bostäder till äldre	5
1.2	Syfte	5
1.3	Metod	6
2.	Definitioner av begrepp.....	7
2.1	Seniorbostäder	7
2.2	Trygghetsbostäder.....	8
2.3	Vård- och omsorgsboende	8
2.4	Servicebostäder.....	9
3.	Nuläge	10
3.1	Befolkning.....	10
3.2	Bostadsmarknad.....	13
	Hur bor äldre?	13
	Andel och antal platser på särskilt boende/vård- och omsorgsboende	14
3.3	Hälso- och sjukvård	20
	Slutenvårdsplatser.....	20
	Utskrivningsklara	21
3.4	Förutsättningar för byggande	23
	Lagstiftning och andra styrdokument.....	23
	Planering och projektering av nya särskilda boenden /vård- och omsorgsboenden.....	23
3.5	Kostnader och kostnadsutveckling	26
	Kostnader för att bygga	30
4.	Förutsättningar för framtiden	30
4.1	Befolkningsprognos	30
	Antaganden om befolkningen 2030	31
4.2	Bostadsmarknad.....	34
	Planerad byggnation i Örebro län.....	34
	Läget på bostadsmarknaden	35

4.3	Olika faktorer/parametrar som i framtiden påverkar vårdbehov och behovet av bostäder till äldre.....	35
	Olika former av vård- och omsorgsinsatser hänger ihop.....	35
4.4	De äldres hälsa	36
	Upplevd hälsa i länet.....	36
4.5	Utveckling av vården.....	37
	Tidigare utveckling	37
	Framtida utveckling.....	37
	Medicinska framsteg	37
	Ny teknik	38
	Förändrade levnadsvanor	38
	Ensamhet och social isolering.....	39
	Ökad medellivslängd.....	39
	Fysisk miljö och tillgänglighet inom det ordinära bostads- beståndet	39
	Boendetid.....	39
	Kvarboende, bostadsanpassning.....	40
	Strukturomvandling	41
	Platser i förhållande till förekomst av demenssjukdomar	41
5.	Analys/ behovsbedömning	43
5.1	Behovstäckning av platser på vård- och omsorgs- boenden	43
	Täckningsgrad av vård- och omsorgsboenden	43
5.2	Modeller för beräkning	43
	Alternativ 1- Befolkningsmodellen.....	46
	Alternativ 2 - Behovsökningssmodellen - hög alternativ	48
	Alternativ 3. Behovsminskningsmodellen - låg alternativ	50
	Alternativ 4 - Huvudalternativ	52
6.	Slutsatser	54
	Antal vård- och omsorgsboende platser år 2030	54
	Planering.....	54
	Källor	56

1. Inledning

I detta kapitel ges en bakgrund till varför det är viktigt att lyfta frågan om bostäder till äldre. Utifrån bakgrunden presenteras planeringsunderlagets syfte och frågeställning samt de metoder som använts för att besvara frågeställningen.

1.1 Bakgrund

Regeringen tillsatte redan 2006 en delegation för arbetet med att utveckla bostäder och boenden för äldre både vad gäller den ordinarie bostadsmarknaden och särskilda boendeformer. I delegationens första rapport 2008 konstaterades att behovet av bostäder anpassade för äldre personers önskemål och behov kommer att bli mycket stort under en lång tid framöver. Man påtalade redan då att små och medelstora lägenheter till en rimlig kostnad var en bristvara, en situation som inte blivit bättre då det är många olika grupper i dag som efterfrågar den typen av bostäder. Man konstaterade också en oroväckande minskning av antalet platser på särskilt boende/vård- och omsorgsboende över landet.

Planer för bostäder till äldre

Samtliga kommuner i Örebro län tillfrågades i april 2016 om de hade upprättade äldreomsorgsplaner med beräkningar av framtida behov av bostäder för äldre. Tre kommuner svarade ja, sex kommuner angav att de håller på att ta fram äldreomsorgsplaner och tre kommuner svarade nej.

Många kommuner i länet är i startgroparna för att påbörja planering av ny- och ombyggnation av särskilda boenden/vård- och omsorgsboenden. Flera kommuner har kontaktat Region Örebro län och framfört intresse för någon form av samverkan kring utveckling av ny- och ombyggnation av särskilda boenden/vård- och omsorgs-boenden. I länet finns positiva erfarenheter av att den typen av verksamhet lokalmässigt integreras med en vårdcentral och att det finns närhet till primärvårdens hälso- och sjukvårdspersonal.

Byggnation av nytt särskilt boende/vård- och omsorgsboende från idé till färdigställande tar lång tid. Erfarenheter från länets kommuner har visat att processen tar minst fyra till fem år från ett första politiskt beslut till invigning.

1.2 Syfte

I samband med att Regionala samverkansrådet beslutade att inrätta det ”Tillfälliga specifika samverkansrådet för bostadsplaneringsförsörjning mellan Region Örebro län och länets kommuner” i juni 2015 beslutades om ett särskilt uppdrag för samverkansrådet. Uppdraget var att ta fram ett planeringsunderlag som skulle stödja kommunerna i deras planering av bostäder för äldre fram till 2030 med särskilt fokus på särskilt boende/vård och omsorgsboende.

Syftet med detta underlag är att ta fram planeringsförutsättningar för det framtida behovet av nya platser på särskilt boende/vård- och omsorgsboende och andra former av bostäder riktade till målgruppen äldre, samt att öka kunskapen om planering av sådana bostäder. Underlaget ska bidra till kunskapsspridning och problematisering kring behovet av bostäder till äldre samt också till att främja framförhållning och strategisk planering av bostäder och boenden för äldre.

1.3 Metod

I arbetet med att ta fram detta planeringsunderlag har material samlats in från olika typer av källor. De statistiska underlagen kommer från bland annat Statistiska centralbyrån och Socialstyrelsen samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Annan information har hämtats från ett flertal webbsidor kopplade till någon myndighet, kommun, region eller organisation samt från forskning och skrifter som lyft fram fakta och problematiserat kring bostäder för äldre. Vidare har resultatet från Boverkets årliga bostadsmarknadsenkät använts. För att få ytterligare information om situationen i varje kommun i länet skickades en enkät med kompletterande frågor ut till kommunerna under samma period som Boverkets enkät skulle besvaras.

Befolkningsprognoserna baseras på befintliga framskrivningar som gjorts för regionala utvecklingsaktörer i östra Mellansverige och viktas mot Statistiska centralbyråns senaste befolkningsprognoser.

En särskild utredningsgrupp har haft ansvaret att arbeta fram underlag och beräkningar. Materialet har diskuterats och granskats av det tillfälligt specifika samverkansrådets tjänstemannagrupp för bostadsförsörjningsfrågor. Under arbetets gång har avstämningsmöten gjorts med den politiska samverkansgruppen som är beställare av planeringsunderlaget. Dialog om fakta och framtidsbedömningar har under arbetets gång gjorts med kommunernas socialchefer/ vård- och omsorgsansvariga. Arbetsgruppen har också träffat representanter från pensionärsorganisationer för att få synpunkter och stämna av hur framtida behov av bostäder för äldre bör beräknas.

2. Definitioner av begrepp

I detta kapitel görs ett försök att förklara vad som avses med de olika begreppen för bostäder till äldre när de används i detta planeringsunderlag.

Enligt socialtjänstlagen (SFS 2001:453) har kommunerna det yttersta ansvaret för att de personer som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver om inte ansvaret ligger hos en annan huvudman. Enligt socialtjänstlagen har kommunen ett särskilt ansvar för vissa grupper, varav äldre människor är en grupp, som omfattas av socialtjänstlagens femte kapitel. De äldre ska få möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Socialnämnden ska verka för att äldre människor bor i bra bostäder och erbjuda stöd och hjälp i hemmet samt annan lättåtkomlig service. Vidare står det i Socialtjänstlagen att det är kommunens skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för äldre som behöver särskilt stöd i form av service och omvårdnad.

Äldre personer ska så långt möjligt kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges. Det har medfört att hög ålder, otrygghet och ensamhet kan vara skäl för att få en permanent plats på ett vård- och omsorgsboende.

Ofta används begreppet ”äldreboende” när man talar om eller beskriver olika former av bostäder som riktar sig till äldre. Begreppet har dock ingen fastslagen definition och tittar man runt i landet ser det väldigt olika ut vilken boendeform som avses.

Boverket definierar i ett PM från år 2015 senior- och trygghetsbostäder. Gemensamt för dessa är att det är vanliga bostäder som riktar sig till personer över en viss ålder. Något biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) krävs alltså inte för att få flytta in i en senior- eller trygghetsbostad då bostäderna ingår i det ordinarie bostadsbeståndet.

Kommunens skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för äldre som behöver särskilt stöd i form av service och omvårdnad regleras däremot i Socialtjänstlagen. Efter Äldreboendedelegationens rapport år 2010 har många kommuner i landet valt att benämna särskilt boende för äldre som vård- och omsorgsboende vilket delegationen föreslog. Att få plats på ett vård- och omsorgsboende kräver ett biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen. Det vanligaste är dock att man har eget hyreskontrakt för den lägenhet man disponerar

I detta dokument används begreppen särskilt boende, vård- och omsorgsboende och vårdboende för samma boendeform.

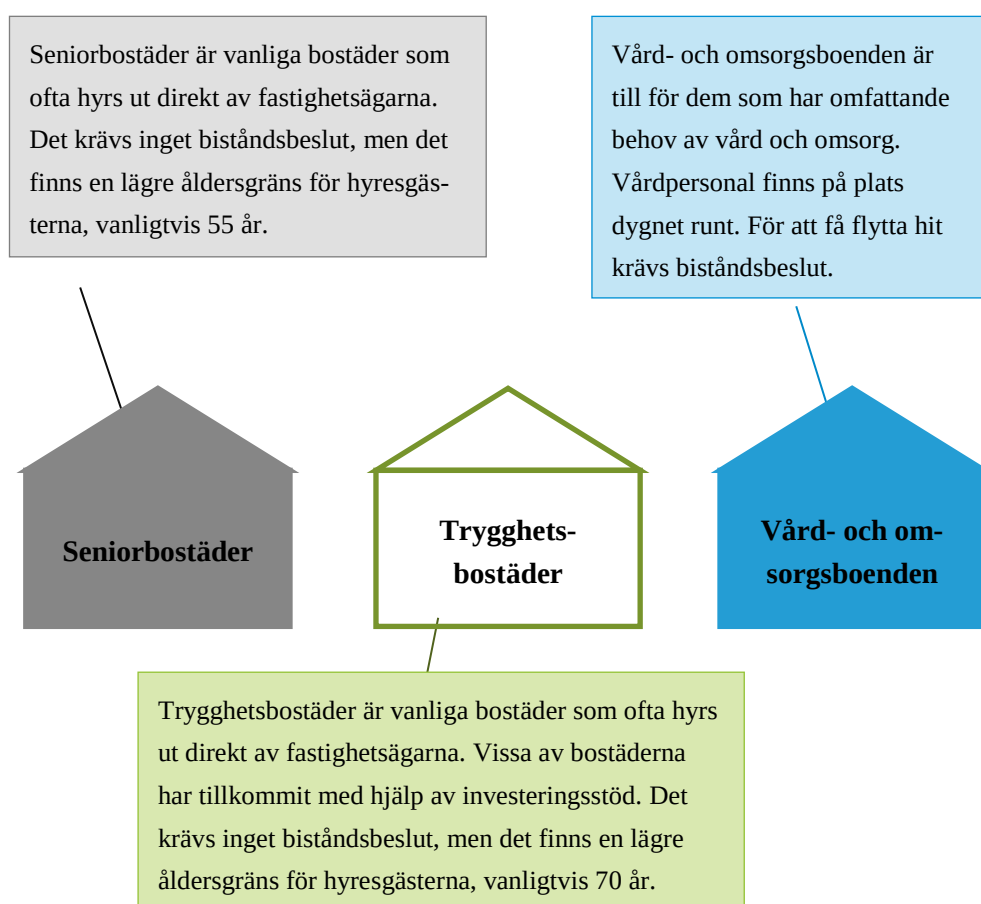
2.1 Seniorbostäder

Seniorbostäder är vanliga bostäder som ofta finns i flerbostadshus och hyrs ut direkt av respektive fastighetsägare eller via en bostadsrättsförening. Åldersgränsen för att få flytta till en seniorbostad är ofta

55 år men ibland något högre. När det gäller utformningen av seniorbostäder är tanken att äldres behov av tillgänglighet ska tillgodoses. I många seniorbostäder finns gemensamma lokaler för samvaro och aktivitet, ibland finns också lunchservering och/eller en anställd värd eller värdinna.

2.2 Trygghetsbostäder

Trygghetsbostäder är en boendeform som tillkommit för att ge äldre som önskar det tillgång till gemenskap och trygghet. Det finns en stor variation av trygghetsbostäder runt om i landet. Trygghet, tillgänglighet, gemensamhetsutrymmen och särskild personal för att för att stärka det sociala innehållet är ofta gemensamma nämnare. Trygghetsbostäder hyrs ut, precis som seniorbostäder, direkt av respektive fastighetsägare. Den nedre åldersgränsen för att få flytta till en trygghetsbostad är vanligtvis 70 år.



Figur xx. Bild över de tre vanligaste begreppen för bostäder för äldre, med kort begreppsförklaring.

2.3 Vård- och omsorgsboende

Vård- och omsorgsboende, enligt lagstiftningen benämnt som särskilt boende, är till för dem som har omfattande behov av vård och omsorg. För att få flytta till ett vård- och omsorgsboende krävs biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen. Sedan några år tillbaka har makar och sambor som har levt tillsammans

rätt att fortsätta bo tillsammans i ett vård- och omsorgsboende, så kallat parboende. Denna bestämmelse gäller även i de fall då endast den ene har behov av ett vård- och omsorgsboende.

På ett vård- och omsorgsboende finns vårdpersonal dygnet runt och kommunen ansvarar för hälso- och sjukvården upp till sjuksköterskenivå men inte för läkarinsatser. Utöver permanenta platser finns ofta också platser för korttidsvård på ett vård- och omsorgsboende. Korttidsplatser används under begränsad tid, exempelvis efter sjukhusbesök eller för avlastning för anhöriga.

2.4 Servicelägenheter

I Hallsbergs kommun finns något som de där kallar för servicelägenheter. Dessa lägenheter har ingen åldersgräns, men är däremot behovsprövade. Alla lägenheter finns i anslutning till dagcentraler där olika former av verksamhet bedrivs. Här finns också matservering och gemensamhetsutrymmen. Även hemtjänstpersonalens lokaler ligger i nära anslutning till dessa lägenheter och många av de bosatta har insatser från hemtjänst. Flera av lägenheterna är bostadsanpassade.

3. Nuläge

I detta kapitel görs en kartläggning av nuläget i regionen som helhet och i vardera av länets kommuner avseende befolkning, bostadsmarknad och sjukhusplatser. Relevanta kopplingar görs till riksgenomsnittet. Avslutningsvis beskrivs också aktuell lagstiftning och byggprocess.

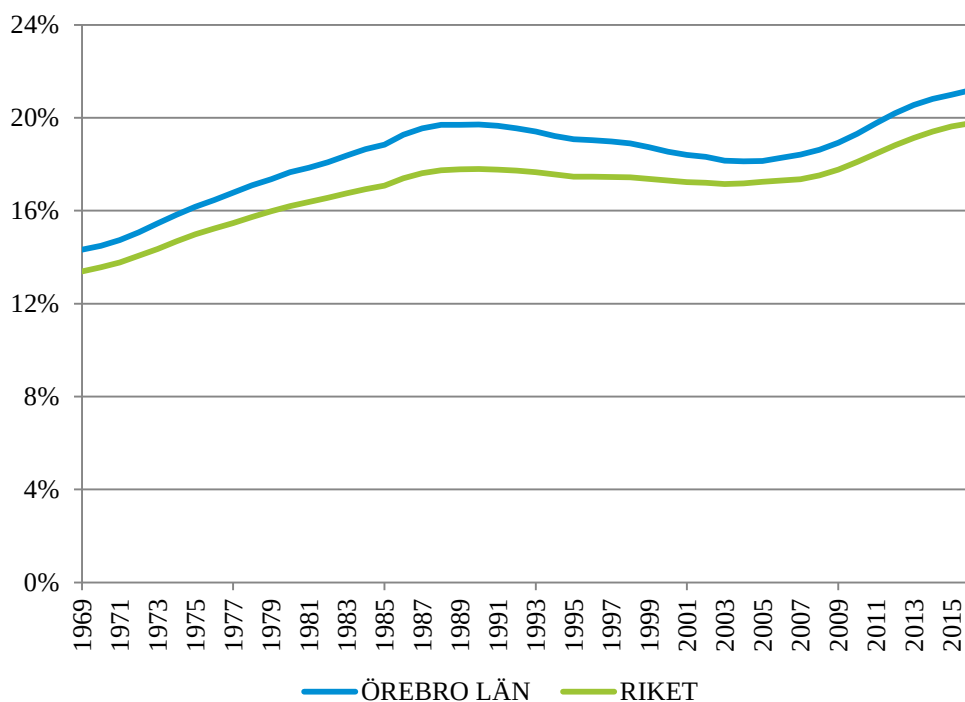
3.1 Befolkning

Vid årsskiftet 2015/2016 uppgick befolkningsantalet i länet till totalt 291 012 personer, vilket var 2 862 personer fler jämfört med föregående årsskifte. Den stora befolkningsökningen på länsnivå berodde till största del på invandring från utlandet och till viss del på att antalet födda översteg antalet döda.

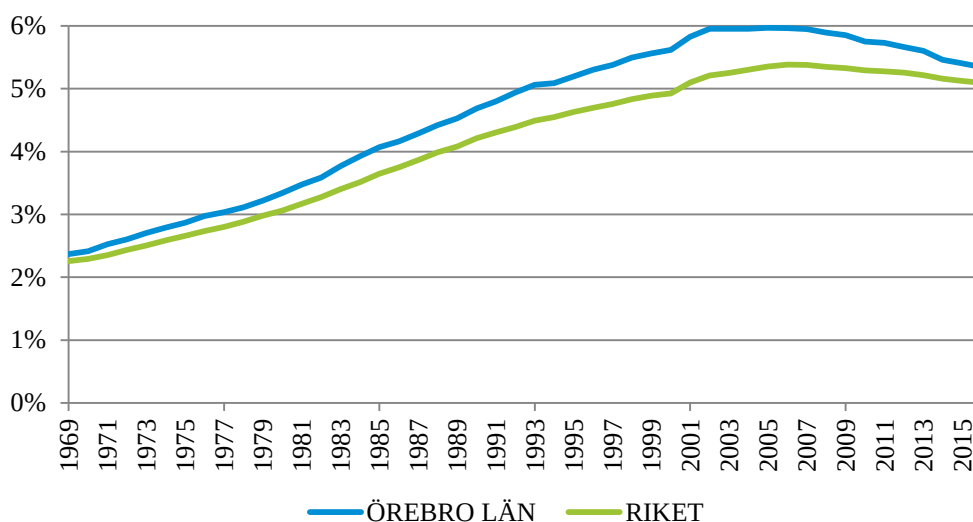
Avseende befolkningens åldersstruktur så är befolkningen i Örebro län något äldre än riksgenomsnittet, men i paritet med jämförbara län i Mellansverige. Den andel av befolkningen som nått 65 år har ökat i samtliga länets kommuner de senaste tio åren, i en del kommuner med så mycket som sex procentenheter. Antalet invånare under 25 år har däremot blivit färre i tio av länets kommuner, Örebro och Kumla kommun undantaget, sedan början på 1990-talet. Samma minskande trend går att se bland de som är under 15 år.

Vid årsskiftet 2015/2016 utgjorde de som är 65 år eller äldre 21 procent av länets befolkning, vilket var något högre än genomsnittet i riket. Från början av 1980-talet och fram till mitten av 00-talet utgjorde andelen i samma ålderskategori omkring 18-20 procent i länet, därefter har andelen stigit från år till år till dagens nivå, se figur xx.

För ålderskategorin 80 år och äldre minskade andelen av den totala befolkningen under mitten av 00-talet, se figur xx. Vid årsskiftet 2015/2016 utgjorde de som var 80 år eller äldre 5,3 procent av totalbefolkningen i länet, vilket var något högre än genomsnittet i riket.



Figur xx Andel invånare 65 år och äldre. Källa: Egna bearb./SCB.



Figur xx Andel invånare 80 år och äldre. Källa: Egna bearb./SCB.

Andelen äldre varierar något mellan länets kommuner, se tabell xx. Örebro kommun har lägst andel personer i ålderskategorin 65 år och äldre, 18 %, och Hällefors kommun har högst andel, 28,9 %. I ålderskategorin 80 år och äldre varierar andelen av totalbefolkningen mellan 4,5 % och 8 % i kommunerna.

År 2015 (31 dec)	Antal invånare	Antal personer 65 år och äldre	Andel personer 65 år och äldre	Antal personer 80 år och äldre	Andel personer 80 år och äldre
Askersund	11 151	3 080	27,6 %	711	6,5 %
Degerfors	9 543	2 549	26,7 %	627	6,5 %
Hallsberg	15 509	3 536	22,7 %	857	5,5 %
Hällefors	7 032	2 034	28,9 %	565	8 %
Karlskoga	30 283	7 360	24,3 %	1 989	6,5 %
Kumla	21 154	4 078	19,2 %	945	4,5 %
Laxå	5 656	1 593	28,1 %	450	8 %
Lekeberg	7 492	1 605	21,4 %	376	5 %
Lindesberg	23 562	5 631	23,8 %	1 387	6 %
Ljusnarsberg	4 928	1 368	27,7 %	310	6,5 %
Nora	10 502	2 738	26,0 %	608	6 %
Örebro	144 200	26 091	18,0 %	6 716	4,5 %
Örebro län	291 012	61 663	21,1 %	15 541	5,3 %

Tabell xx Antal och andel invånare 65 år och äldre och 80 år och äldre i länets kommuner och regionen som helhet år 2015. Källa: SCB och egna bearbetningar.

År 2000	Antal invånare	Antal personer 80 år och äldre	Andel personer 80 år och äldre
Askersund	11 530	749	6,50 %
Degerfors	10 544	628	5,96 %
Hallsberg	15 685	838	5,34 %
Hällefors	8 025	588	7,33 %
Karlskoga	31 293	2 301	7,35 %
Kumla	18 983	959	5,05 %
Laxå	6 699	415	6,19 %
Lekeberg	7 008	363	5,18 %
Lindesberg	23 525	1 479	6,29 %
Ljusnarsberg	5 651	426	7,54 %
Nora	10 465	630	6,02 %
Örebro	124 207	6 557	5,28 %
Örebro län	273 615	15 933	5,8 %

Tabell xx Antal och andel invånare 80 år och äldre år 2000.

Källa: SCB och egna bearbetningar.

Örebro läns faktiska befolkningssiffror de senaste 30 åren.

År	Antal invånare	Antal personer 65 år och äldre	Andel personer 65 år och äldre	Antal personer 80 år och äldre	Andel personer 80 år och äldre
1985	270 211	52 054	19,3 %	11 239	4,2 %
2000	273 615	50 339	18,4 %	15 933	5,8 %
2015	291 012	61 663	21,2 %	15 541	5,3 %

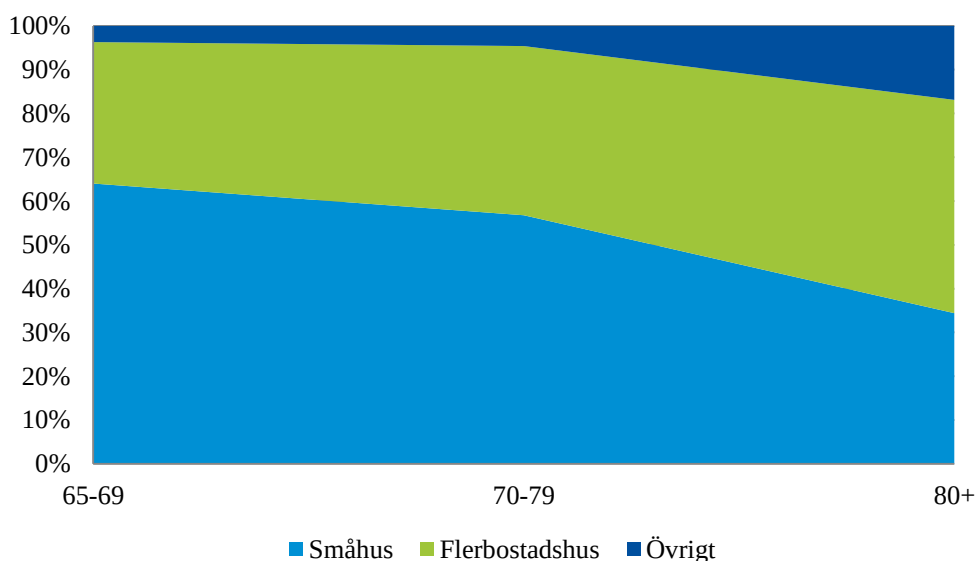
Senaste 15 åren har antalet invånare 80 år och äldre minskat med 392 personer i Örebro län medan antalet 65 år och äldre ökat med 11 324 personer. Källa: SCB

3.2 Bostadsmarknad

Hur bor äldre?

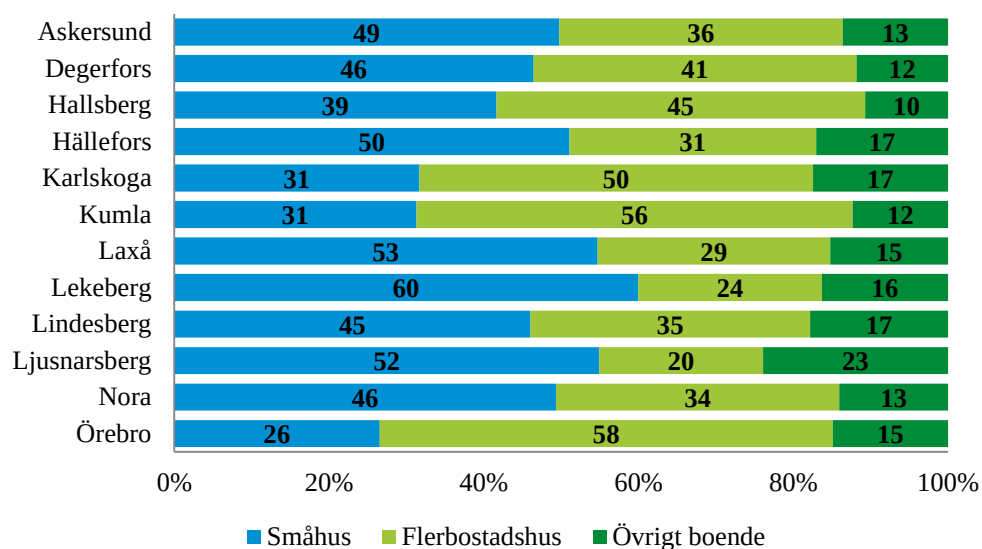
Fler moderna och tillgängliga bostäder gör det möjligt för äldre att i allt högre ålder och med fysiska funktionsnedsättningar bo i ordinära bostäder. Möjligheten att få bostadsanpassningsbidrag för att anpassa sin bostad bidrar också till att enskilda kan bo kvar längre i sin vanliga bostad. Även närheten till offentlig och kommersiell service är av stor betydelse för att äldre ska kunna klara sig själva. Den som bor i sin ordinära bostad och har svårt att klara sitt vardagliga liv kan få hjälp i form av bland annat hemtjänst och hemsjukvård.

I Örebro län bor över 60 % av befolkningen mellan 65 och 69 år i småhus medan knappt 40 % av de som är 80 år eller äldre gör det. Av de som är 80 år eller äldre bor en större andel i lägenheter eller i andra anpassade bostäder, se figur xx. Enligt statistik på nationell nivå är det framför allt från och med 80 års ålder som människor flyttar till anpassade bostäder. Av de som är 100 år bor ungefär hälften på ett särskilt boende/vård- och omsorgsboende och den andra hälften bor i flerbostadshus.



Figur xx. Fördelning av boendeformer för den äldre befolkningen i Örebro län år 2015. Inom kategorin Övrigt utgörs den största delen av vård- och omsorgsboende. Källa: SCB.

Hur den äldsta delen av befolkningen bor skiljer sig åt mellan kommunerna i länet. Den största skillnaden kan ses i förhållandet mellan andelen som bor i småhus och andelen som bor i flerbostadshus. I de flesta kommuner bor 15-20 % av de som är 80 år och äldre i övrigt boende, vilket till stor del utgörs av vård- och omsorgsboenden, se figur xx.



Figur xx. Fördelning av boendeformer för personer över 80 år i länets kommuner 2015. Siffrorna anger procent av befolkningen 80 år och äldre i respektive kommun. Källa: SCB.

Andel och antal platser på särskilt boende/vård- och omsorgsboende

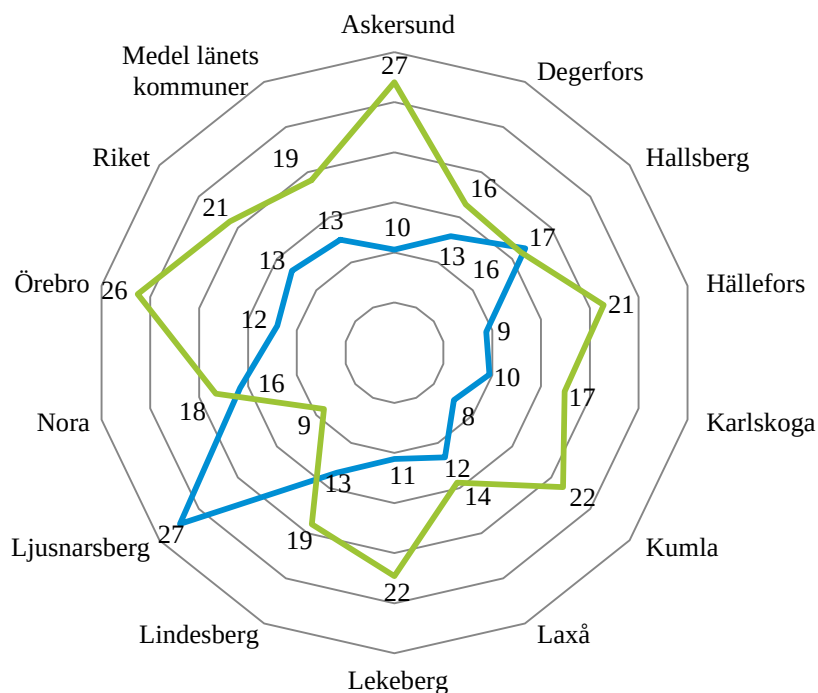
Tidigare har det gått att se ett tydligt samband mellan andelen invånare med hemtjänst och andelen invånare som bor på särskilt boende/vård- och omsorgsboende. De kommuner som har haft en hög andel äldre som bor på vård- och omsorgsboende har haft en lägre andel äldre med hemtjänst och vice versa. På senare år har dock detta samband suddats ut lite och det finns kommuner som har en hög andel i båda kategorierna och tvärtom. I kommunerna i Örebro län bor cirka 10-15 % av de som är 80 år och äldre på ett särskilt boende/vård- och omsorgsboende och ca 15-25 % har hemtjänst, se tabell xx. Mest avvikande är läget i Ljusnarsberg, där endast 9 % har hemtjänst medan 27 % bor på särskilt boende/vård- och omsorgsboende.

Det är möjligt att skillnaderna kan förklaras av att äldre i olika kommuner har olika stora behov men det är svårt att verifiera detta, till exempel genom att se samband mellan hälso- och sjuktal i förhållande till volym hemtjänst eller vård- och omsorgsboende. Sannolikt beror de stora skillnaderna mer på att kommunerna har valt olika strategier för äldreomsorgen, har olika ambitionsnivå och inte minst läget på bostadsmarknaden.

	Andel invånare 80 år och äldre med hemtjänst	Andel invånare 80 år och äldre på särskilt boende/vård- och omsorgsboende
Askersund	27,0	10,3
Degerfors	16,4	12,9
Hallsberg	16,1	16,7
Hällefors	21,4	9,4
Karlskoga	17,4	9,7
Kumla	21,5	7,6
Laxå	14,4	11,6
Lekeberg	22,3	10,6
Lindesberg	19,0	13,3
Ljusnarsberg	9,0	27,4
Nora	18,3	15,8
Örebro	26,3	11,9*
Medelvärde i länet	19,1	12,5
Riket	21,2	13,1

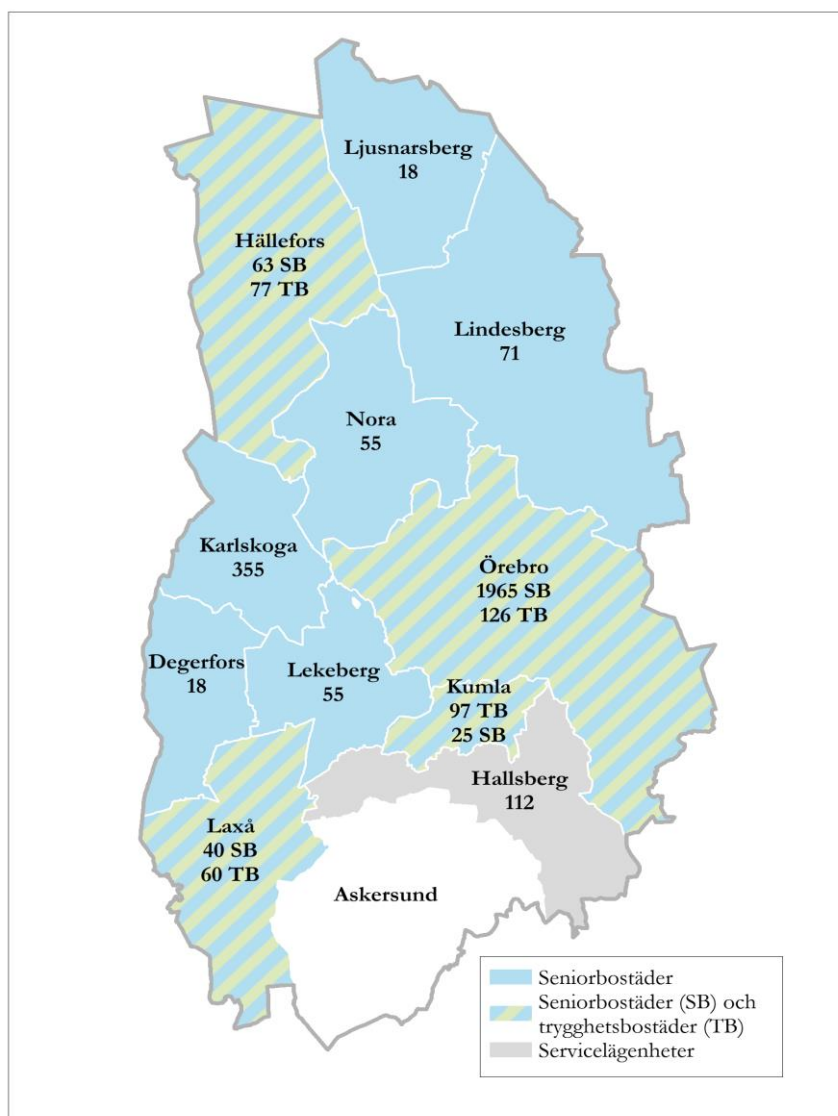
Tabell xx. Andel invånare 80 år och äldre med hemtjänst respektive boende på särskilt boende/vård- och omsorgsboenden år 2015 (*år 2012). Källa: SKL's statistikdatabas Kolada.

- Andel (%) invånare 80 år och äldre som bor på särskilt boende/vård- och omsorgsboende
- Andel (%) invånare 80 år och äldre med hemtjänst i ordinärt boende



Utbud av bostäder

När det gäller utbudet av seniorbostäder och trygghetsbostäder varierar det mellan kommunerna i länet. I nio av kommunerna finns seniorbostäder och i fyra kommuner finns trygghetsbostäder. I Hallsbergs kommun finns varken seniorbostäder eller trygghetsbostäder men servicelägenheter. Vid behov av servicelägenhet ansöker den enskilde om bistånd enligt Socialtjänstlagen hos kommunens biståndshandläggare och ställs vid ett gynnande beslut i kö till lägenheterna. Bostadstyperna och antal bostäder illustreras i karta i figur xx.



Figur xx. Kartan visar utbudet av bostäder för äldre som, förutom Hallsbergs servicelägenheter, inte kräver biståndsbeslut i länets kommuner. Färger anger typ av boende. Siffror anger känt antal platser. Källa: Egen karta över resultat från Boverkets bostadsmarknadsenkät och egen enkät.

Det bedömda läget på bostadsmarknaden vad gäller seniorbostäder för årsskiftet 2015/2016 var allmänt bra, se figur xx. Av de kommuner som besvarade Boverkets bostadsmarknadsenkät var det endast Laxå som uppgav att det rädde brist. Laxå var också den enda kommunen som såg en risk med att tillgången

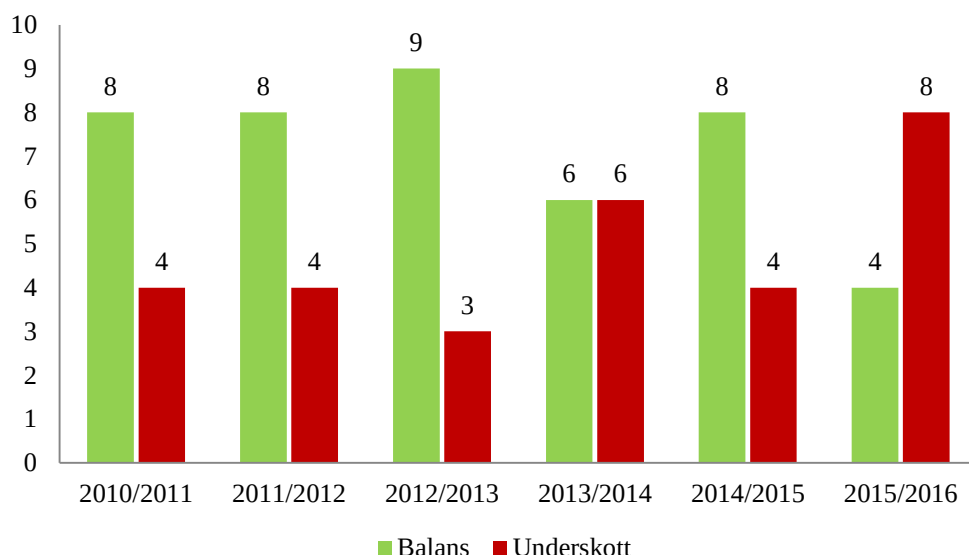
till seniorbostäder inte kommer att motsvara efterfrågan de kommande åren. Endast Örebro kommun bedömer att arbetet med att bygga nya seniorbostäder påbörjas under åren 2016-2017.

Alla kommuner utom Ljusnarberg bedömde vid årsskiftet 2015/2016 att det var underskott på trygghetsbostäder, se figur xx. Detta upplevdes dock som svårbedömt i några av de kommuner där det inte finns trygghetsbostäder. I Ljusnarberg finns inga trygghetsbostäder, men där upplevs den goda tillgången på vård- och omsorgsboenden täcka upp för det eventuella behovet av trygghetsbostäder.

Kommun	Vård- och omsorgsboenden	Seniorbostäder	Trygghetsbostäder
Askersund			
Degerfors			
Hallsberg		-	
Hällefors		-	-
Karlskoga			
Kumla			
Laxå			
Lekeberg			
Lindesberg		-	
Ljusnarsberg			
Nora			
Örebro			

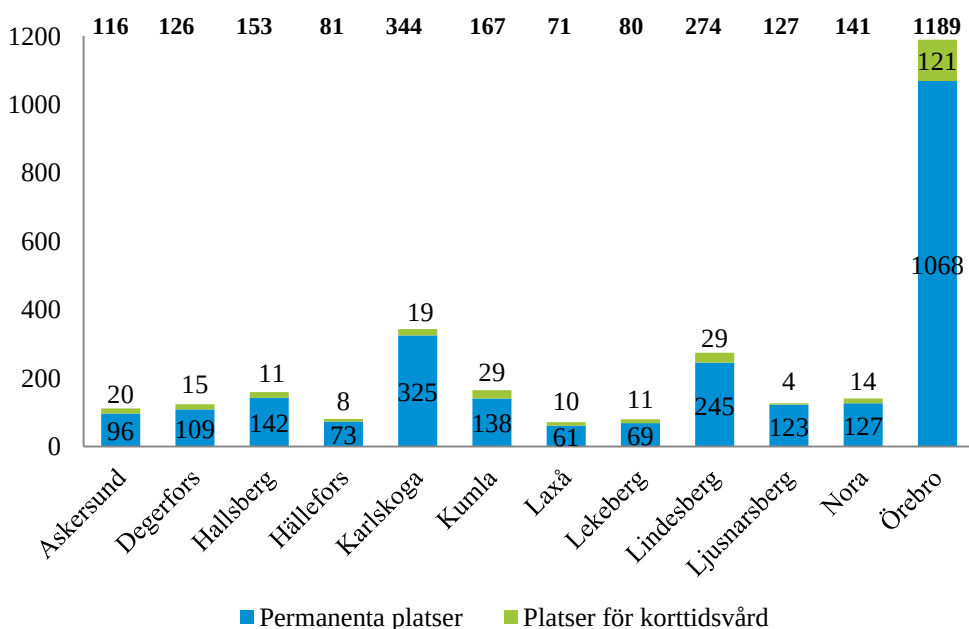
Figur xx Bedömning av utbudet av bostäder för äldre vid årsskiftet 2015/ 2016. Rött = underskott, grönt = balans, grått = svårbedömt. Källa: Resultat från Boverkets bostadsmarknadsenkät samt egen enkät.

Resultatet från de senaste sex årens bostadsmarknadsenkäter från Boverket visar att läget gällande platser på vård- och omsorgsboenden varit ungefär lika genom åren. Vid det senaste årsskiftet angav dock länets kommuner i betydligt högre utsträckning att det rådde underskott på platser, se figur xx. De fyra kommuner som vid senaste årsskiftet angav att det rådde balans var Hällefors, Karlskoga, Ljusnarsberg och Nora. Övriga kommuner angav att de hade brist på vård- och omsorgsboenden se figur xx.



Figur xx. Antalet kommuner som vid de senaste årsskiftena bedömde att det då rådde balans (grönt) respektive underskott (rött) på platser på vård- och omsorgsboenden. Källa: Boverkets bostadsmarknadsenkäter besvarade från år 2011-2016.

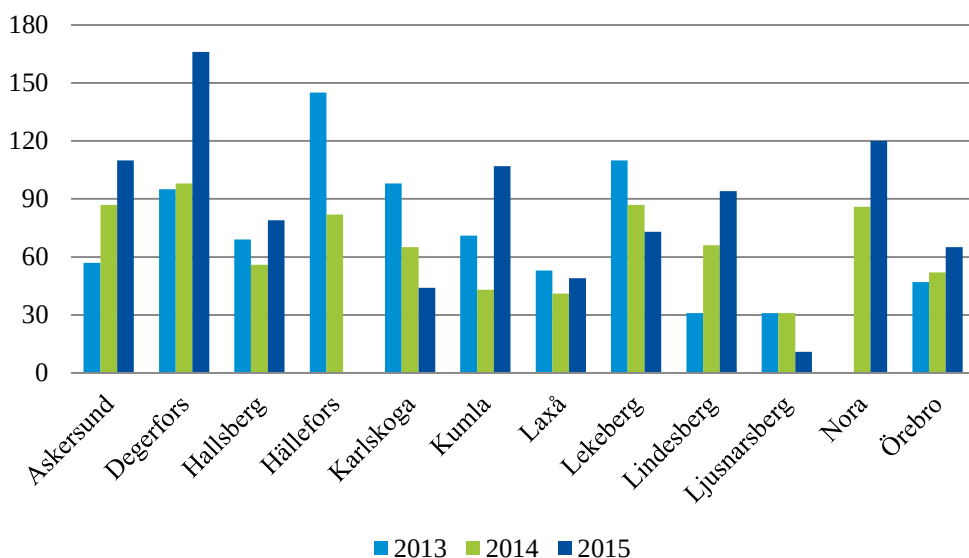
Antalet platser på vård- och omsorgsboenden skiljer sig mycket åt mellan kommunerna i länet se figur XX. Detta beror framför allt på de stora skillnaderna i befolkningsantal.



Figur xx. Totalt antal platser på vård- och omsorgsboenden i respektive kommun, maj 2016 samt uppdelat i permanenta platser och platser för korttidsvård. Källa: egen enkät.

En indikation på om en kommun har tillräckligt många platser på vård- och omsorgsboenden är hur långa väntetiderna är för den som beviljats en permanent plats. Enligt Socialtjänstlagen (SoL) har kom-

munerna skyldighet att rapportera beslut som inte verkställts inom tre månader till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Om ett beslut inte verkställts inom ”skälig tid”, som det uttrycks i lagstiftningen, kan sanktionsavgift utdömas. I SKL´s statistikdatabas Kolada går det att se väntetiden från beslut om permanent plats till verkställighet. De senaste åren har väntetiden i Örebro län ökat mer än i hälften av länets kommuner



Figur xx. Väntetid i antal dagar (medelvärde) från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till vård- och omsorgsboende. Källa: SKL´s statistikdatabas Kolada.

Nedan anges hur många ärenden som respektive kommun rapporterat till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), där personer med beviljat bistånd haft väntetid mer än tre månader från beslut om boende på särskilt boende. Vid långvariga väntetider kan IVO anmäla ärendet till Förvaltningsrätten (FR) som har befogenhet att utdöma sanktionsavgifter.

	Antal rapporterade ärenden	Särskild avgift			
		Dom i FR 2015	Dom i FR 2016	Ansökan 2015 ännu ingen dom	Ansökan 2016 ännu ingen dom
Askersund	12				
Degerfors	8				1
Hallsberg	2				
Hällefors	8	4	1		
Karlskoga	2				
Kumla	11		1	5	
Laxå	6				
Lekeberg	0				
Lindesberg	37	4			
Ljusnarsberg	0				
Nora	10				
Örebro	124				

Tabell xx Antal nya ärenden rapporterade kvartal 1-4 år 2015 gällande permanent boende på vård- och omsorgsboenden. Källa: IVO

Ett exempel: I Örebro kommun tog man år 2015 totalt 531 beslut om bistånd till särskilt boende. 124 av dessa ärenden (23 %) hade en väntetid på 3 månader eller mer innan beslutet verkställdes. Källa: Marie Villman, Örebro kommun.

3.3 Hälso- och sjukvård

Region Örebro läns hälso- och sjukvårdsverksamhet och kommunernas äldreomsorgsverksamhet är beroende av varandra och påverkas av om den ena huvudmannen gör förändringar. Kommunernas tillgång på platser för korttidsvård och permanenta platser på vård- och omsorgsboende kan påverka till exempel beläggningen på länets sjukhus. Antalet platser på sjukhusen, närsjukvårdens arbete med äldre patienter, påverkar i sin tur exempelvis efterfrågan på platser för korttidsvård och permanenta platser hos kommunerna.

Slutenvårdsplatser

Antalet platser på de sjukhus som finns i länet har minskat över tid, se tabell xx. Från oktober 2013 till oktober 2015 minskade slutenvården i länet med totalt 90 platser. Detta påverkar de äldre eftersom åldersgruppen 80 år och äldre upptar cirka 26 procent av vårdtiden inom slutenvården. Medicintekniska framsteg i form av mer specialiserade öppenvårdsinsatser och förfinade operationstekniker samt svårigheter att rekrytera inom bristyrken är framförallt orsaken till att antalet platser minskar.

	Totalt	Karlskoga	Lindesberg	Örebro	Psykiatri
Oktober 2013	878	125	96	528	129
Oktober 2014	832	123	82	497	130
Oktober 2015	788	116	76	475	121

Tabell xx. Antal slutenvårdsplatser i länet. Källa: Anna-Karin Karlsson-Lindell, vårdutvecklare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Örebro län.

Utskrivningsklara

Ett antal av de platser som finns på länets sjukhus upptas av personer som är färdigbehandlade och därmed utskrivningsklara, men som av olika anledningar inte kunnat lämna sjukhuset. Det rör sig framförallt om äldre personer som inte kan återvända till sin ordinära bostad utan väntar på någon form av kommunal insats som till exempel korttidsvård.

Datum	Antal personer
2014-12-31	78
2015-12-31	70

Tabell xx. Antal utskrivningsklara på USÖ vid årsskiftena 2014/2015 och 2015/2016. Källa: Anna-Karin Karlsson-Lindell, Region Örebro län.

Lagen om kommunernas betalningsansvar (SFS 1990:1404) för viss hälso- och sjukvård reglerar kommunernas betalningsansvar för utskrivningsklara patienter med behov av kommunala insatser. Från det att kommunen mottagit kallelse till vårdplanering har kommunen fem dagar på sig att erbjuda de insatser patienten behöver. Om patienten är kvar på sjukhuset efter fem dagar inträder ett betalningsansvar.

Under år 2015 var det totala antalet dagar med kommunalt betalningsansvar 4 611 i länet som helhet, se tabell xx för uppdelning per kommun. När det gäller det genomsnittliga antalet utskrivningsklara dagar per person är det högre i Örebro län än för riket, se tabell xx.

	Antal dagar med kommunalt betalningsansvar
Askersund	54
Degerfors	46
Hallsberg	188
Hällefors	22
Karlskoga	8
Kumla	1 280
Laxå	58
Lekeberg	29
Lindesberg	27
Ljusnarsberg	2
Nora	333
Örebro	2 454
Totalt Örebro län	4 611

Tabell xx. Antal dagar med kommunalt betalningsansvar per kommun år 2015. Källa: Kristina Andersson, m.fl. Hälso- och sjukvårdsstaben, Region Örebro län.

	Antal utskrivningsklara patienter	Antal utskrivningsklara dagar	Utskrivningsklara dagar per person
Örebro län	3 272	22 127	6,76
Riket	-	-	4,15

Tabell xx. Genomsnittligt antal dagar som utskrivningsklara per person i Örebro län och i riket under år 2015. Källa: Utdrag för 2015 ur Kvalitetsportalen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Slutenvården - beläggning totalt under 2015 Region Örebro län

Åldersgrupp	Antal vårdtillfällen	Vårdtid dagar	Vårdtid timmar	Antal individer
00 – 19 år	7 313	21 096	511 008	5 897
20 – 59 år	16 062	72 331	1 751 143	11 444
60-79	15 735	88 584	2 122 289	9 353
80 år och äldre	9 819	62 395	1 488 652	5 452
Totalt	48 929	244 406	5 873 092	32 146

Andel av totalen

Åldersgrupp	Vårdtillfällen	Vårdtid dagar	Vårdtid timmar	Antal individer
00 – 19 år	15 %	9 %	9 %	18 %
20 – 59 år	33 %	30 %	30 %	36 %
60-79	32 %	36 %	36 %	29 %
80 år och äldre	20 %	26 %	25 %	17 %

Läkarbesök inom primärvård 2015

Åldersgrupp	Antal besök	Antal individer	Antal besök per individ	Andel besökta individer
00 – 19 år	48 175	27 474	1,8	16 %
20 – 59 år	143 729	69 595	2,1	47 %
60-79 år	81 678	37 881	2,2	27 %
80 år och äldre	29 686	12 204	2,4	10 %
Totalt	303 268	147 154	2,1	

Källa: Jan Rosengren, Hälso- och sjukvårdsstaben, Region Örebro län.

3.4 Förutsättningar för byggande

Lagstiftning och andra styrdokument

I lagen om kommunernas bostadsförsörjningsansvar (SFS 2000:1383, revidering 2013 SFS 2013:866), framgår att alla kommuner ska planera bostadsförsörjningen i syfte att skapa förutsättningar för alla i kommunen att leva i goda bostäder. Kommunfullmäktige ska anta riktlinjer för bostadsförsörjningen under varje mandatperiod.

Verktygen för att genomföra riktlinjerna för bostadsförsörjningen är det kommunala planmonopolet, genom översikts- och detaljplanering. Andra verktyg är kommunalt markinnehav i kombination med aktiv markpolitik, marköverlåtelse- och exploateringsavtal, allmännyttiga bostadsföretag samt kommunala bostadsförmedlingar. Hyresgarantier är andra verktyg som kommuner kan använda sig av.

Planering och projektering av nya särskilda boenden /vård- och omsorgsboenden

Nybyggnation och ombyggnad av särskilda boenden/vård- och omsorgsboenden är en komplex och omfattande process som tar många år och därför kräver framförhållning. Olika beslut ska fattas på många nivåer i kommunen. De investeringar som måste göras vid ny- och ombyggnationer är ofta stora, men de driftkostnader som kommunen har för nya platser är också ett stort långsiktigt ekonomiskt åtagande.

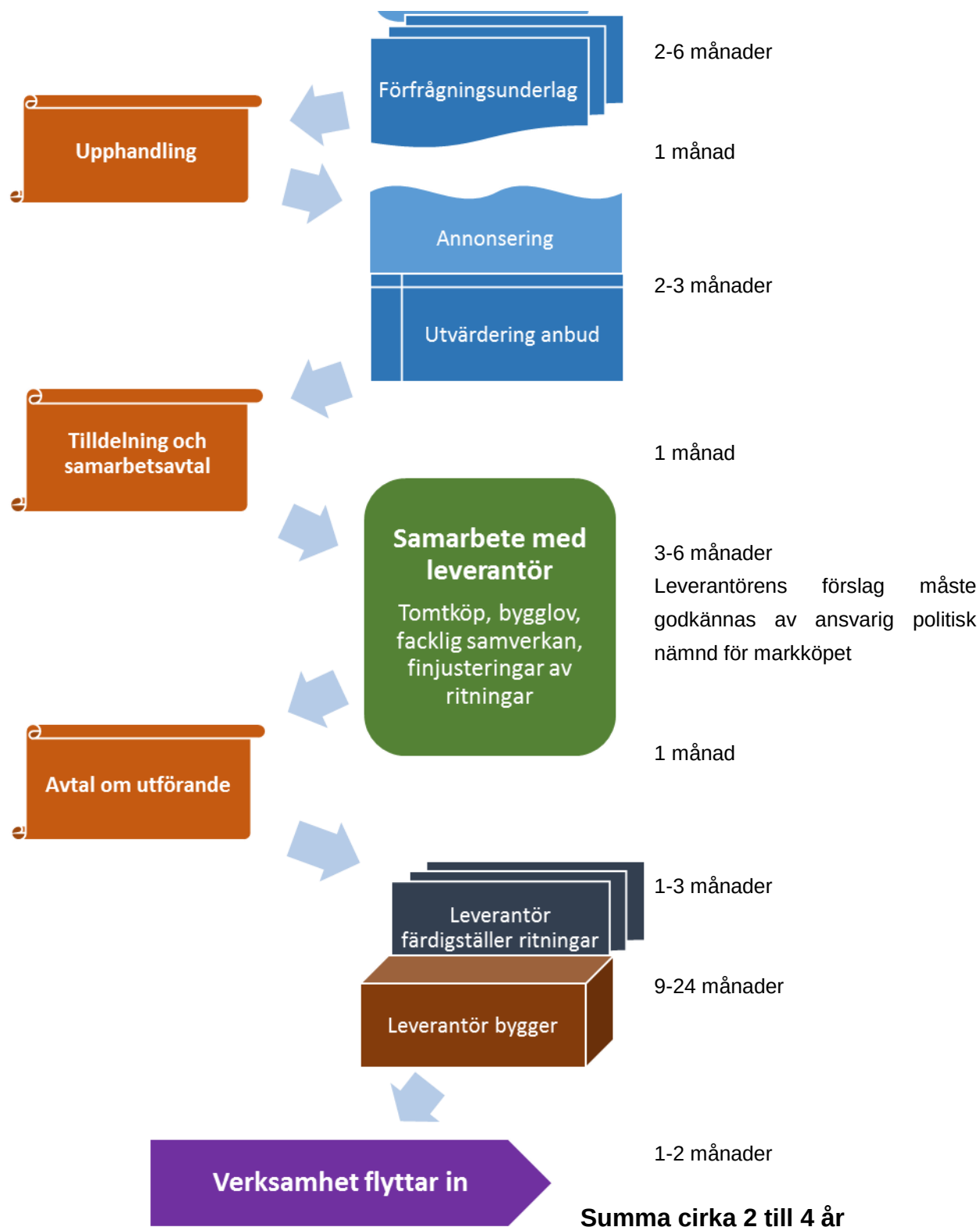
Beslut och genomförandeprocessen vid nybyggnation kan exemplifieras på följande sätt

1. **Underlag** – arbetet bör starta med att kvalitetssäkrade underlag tas fram som visar på behovet av fler platser på särskilda boenden/vård- och omsorgsboenden. Nyproduktion kan också behövas på grund av att befintliga boenden är omoderna eller uttjänta.

2. **Projektidé** – redovisar behov av nybyggnation eller utbyggnad av befintligt boende med ekonomiska bedömningar för såväl den investering som krävs som kommunens ökade driftkostnader (hyra, personal m.m.).
3. **Budgetbeslut** – krävs av ansvarig nämnd för att starta projektet och är att betrakta som ett igångsättningsbeslut.
4. **Beslut om lokalprogram** – för varje nybyggnation, om- eller utbyggnad ska ett, för projektet, unikt lokalprogram tas fram. Lokalprogrammet beslutas av ansvarig nämnd och är underlag för den beställning/upphandling som görs.
5. **Beslut om utförande** – tas i ansvarig nämnd när kalkyl finns framtagen för projektet. Beslutet formaliseras i ett projektavtal eller hyreskontrakt
6. **Detaljprojektering** – tillsammans med arkitekt kan påbörjas när projektavtal eller hyreskontrakt är klart.

Steg 1 till 6 beskriver kommunens beslutsprocess för driften av ett nytt särskilt boende/vård- och omsorgsboende. Ska kommunens fastighetsbolag bygga och äga, har också det en beslutsprocess för de investeringar som ska göras, men den är inte beskriven här. Bilden på nästa sida beskriver själva byggprocessen som tar vid när erforderliga beslut finns.

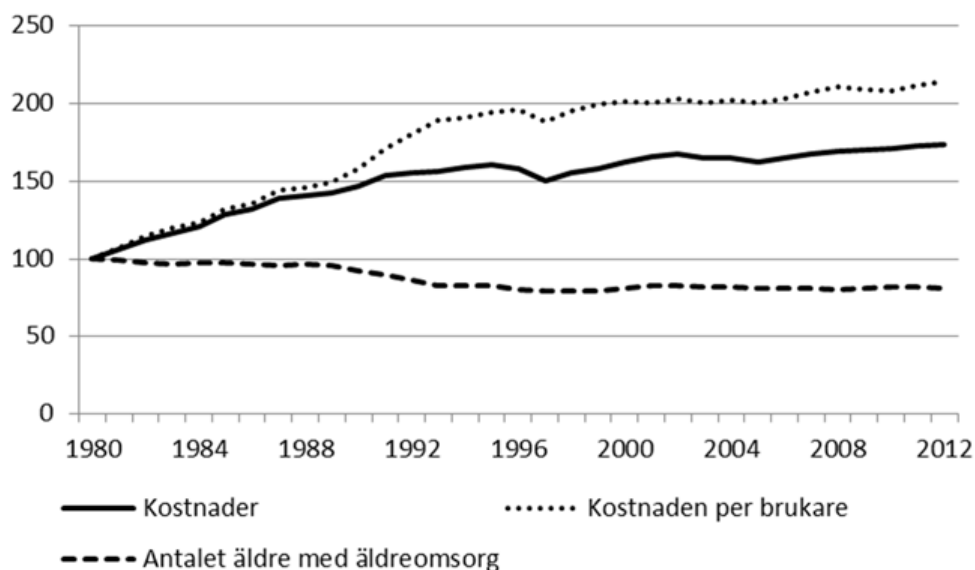
7. Byggprojektet – kan starta



3.5 Kostnader och kostnadsutveckling

I äldreomsorgens kostnader finns två motsatta tendenser. Den ena är att en minskad andel äldre tar äldreomsorg i anspråk. Den andra är att kostnaden per omsorgstagare över tid ökar. I diagrammet nedan visas utvecklingen av äldreomsorgens kostnader uppdelat på antalet omsorgstagare och på kostnaden per omsorgstagare.

Diagram. Äldreomsorgens kostnader, antalet brukare och kostnad per brukare
Index 1980 = 100

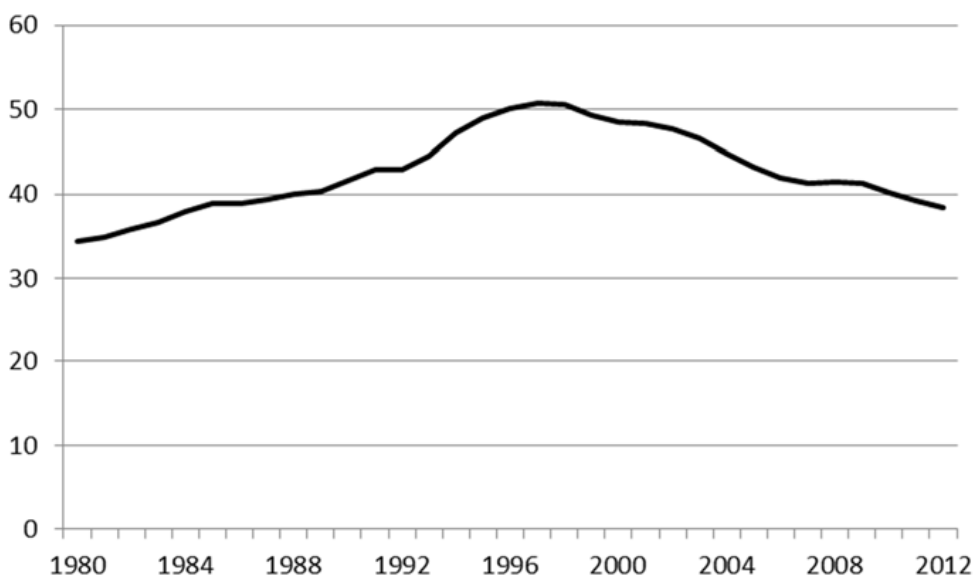


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Förhållandet mellan ordinärt och särskilt boende

Kostnaden för en äldre i särskilt boende är idag i genomsnitt ungefär två-tre gånger så omfattande som för en äldre med äldreomsorg i ordinärt boende. Kostnadsrelationen har varierat över tiden, men det särskilda boendet har alltid varit väsentligt dyrare än äldreomsorg i ordinärt boende. I början av 1980-talet var det särskilda boendet bortemot fyra gånger så dyrt som äldreomsorgen i ordinärt boende. På den tiden bestod en stor del av det särskilda boendet av sjukhusvård. I diagrammet återspeglas hur antalet äldre i särskilt boende har utvecklats relativt det totala antalet äldre med äldreomsorg. Under andra halvan av 1990-talet bodde ungefär varannan äldre med äldreomsorg i särskilt boende. Därefter har andelen kontinuerligt sjunkit till under 40 %. Det är väsentligt lägre än i slutet av 1990-talet, men ändå en högre andel än i början av 1980-talet.

Diagram. Andelen av de med äldreomsorg som bor i särskilt boende, procent.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Förskjutningarna i äldreomsorgen mellan ordinärt och särskilt boende bör ha haft betydelse för den sammanlagda kostnadsutvecklingen. Att en och samma omsorgstagare flyttas från ordinärt till särskilt boende gör dock inte omsorgstagaren med automatik två-tre gånger dyrare. Kostnaden för brukare i öppenvård har stora variationer beroende på skillnader i omsorgsbehov.

Planering för rätt förhållande mellan särskilt och ordinärt boende

Kommuner har olika strategier för vilken omfattning av insatsnivå som ska hållas för ordinärt och särskilt boende. Kommunen bör utgå ifrån dess specifika förutsättningar och fokusera på att ha rätt insatsmix, det vill säga rätt nivå av boendeplatser, korttidsplatser och hemtjänstinsatser, i förhållande till behoven och vad insatserna kostar att producera. Rätt nivå av insatser kommer resultera i att det som faktiskt produceras nyttjas till fullo och bidrar till en väl fungerande vårdkedja. Kommunerna inom Örebro län skiljer sig också åt, vilket gör det viktigt att kommunen gör en egen planering som också årligen uppdateras. Med en prognos som kontinuerligt uppdateras ökar kunskapen och förutsättningarna att producera rätt omfattning av insatserna utifrån kommunens egna förutsättningar.

Brytpunkten

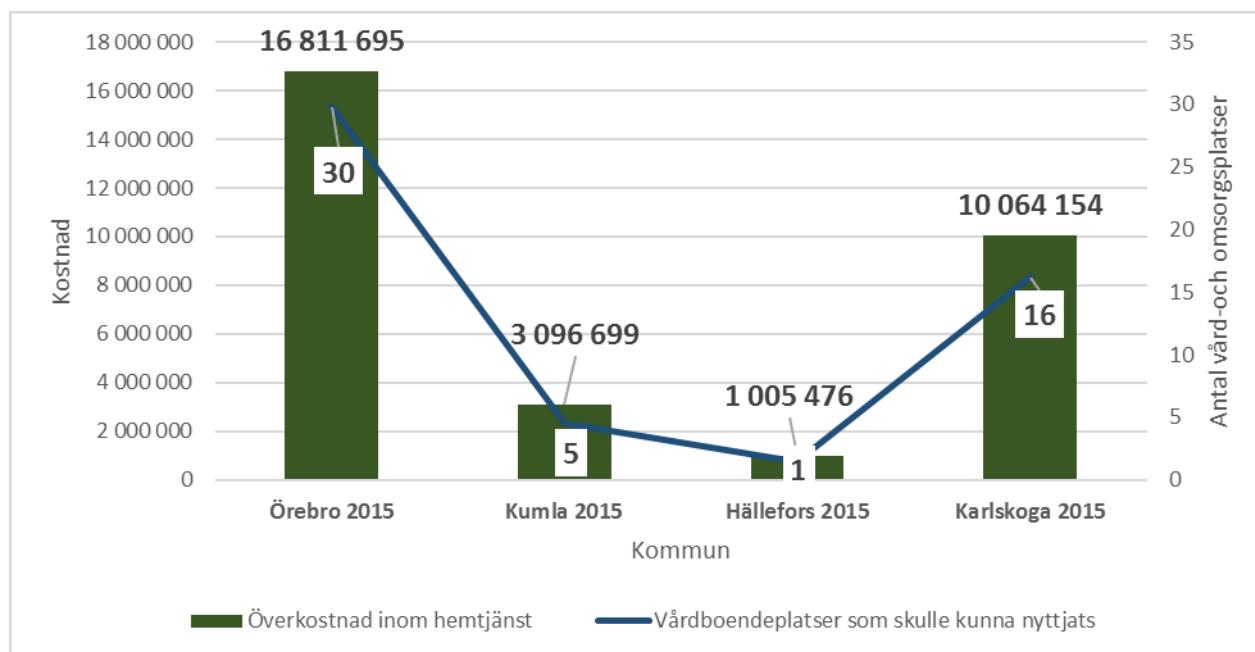
En metod att använda för att hitta en avvägning för rätt nivå av insatser, är att mäta kostnaden som kommunen har för att producera en årsplats på särskilt boende. En sådan kostnad kan även kallas för brytpunkt, och kan i sin tur sättas i relation med de insatser som ges inom ordinärt boende. Genom att veta var brytpunkten ligger kan kommunen då beräkna när i tid en brukares kostnader inom ordinärt boende överstiger kostnaden för en vårdboendeplats. Metoden kostnad per brukare möjliggör kostnadsberäkningar för såväl brytpunkt och kostnad för insatser inom ordinärt-och särskilt boende, vilket kommunen kan använda för att planera sin äldreomsorg och därmed få hjälp med att hitta rätt nivå av insatser.

Att förhålla sig till brytpunkten

Brytpunkten påverkas alltså av vilken kostnadsnivå kommunen har för sina vårdboendeplatser, både permanenta och korttidsplatser samt hemtjänstinsatser. Har kommunen dyra boendeplatser och samtidigt en låg kostnad per producerad hemtjänststimme kan brukaren få fler timmar hemtjänst innan brytpunkten uppnås. Skulle ett vård- och omsorgsboende istället ha en lägre kostnad per årsplats skulle istället färre timmar inom hemtjänsten kunna nyttjas. Det är viktigt att kommunen är medveten om sin brytpunkt för att hålla koll på vilken nivå av insatser som utifrån ekonomiskt perspektiv bör produceras i framtiden.

Överkostnad

När kommunen vet vilken kostnadsnivå brytpunkten innehar så kan kostnaden överstigande brytpunkten härledas, det vill säga hur stor kommunens överkostnad är utifrån ekonomiska ställningstagande. Överkostnaden är kostnaden som nyttjades inom (i nedanstående exempel) hemtjänst istället för att ha brukaren placerad på ett särskilt boende. I nedanstående tabell syns den totala kostnaden som överstiger brytpunkten ”överkostnad inom hemtjänst”. (Överkostnaden är beräknad på de timmar en brukare har utöver brytpunkten för antal hemtjänsttimmar per år). I Örebros fall förekom en överkostnad under 2015 inom hemtjänsten på 16,8 miljoner kronor, vilket motsvarade 43 554 timmar inom hemtjänsten, vilket kostnadsmässigt kunde likställas med 30 årsplatser inom särskilt boende. Det innebär att om dessa brukare som haft en konsumtion över brytpunkten och placerats ”rätt”, alltså på ett särskilt boende istället för att ha varit aktuellt inom hemtjänsten, så skulle 16,8 miljoner kronor kunna användas till något annat, exempelvis 30 årsplatser på ett särskilt boende.

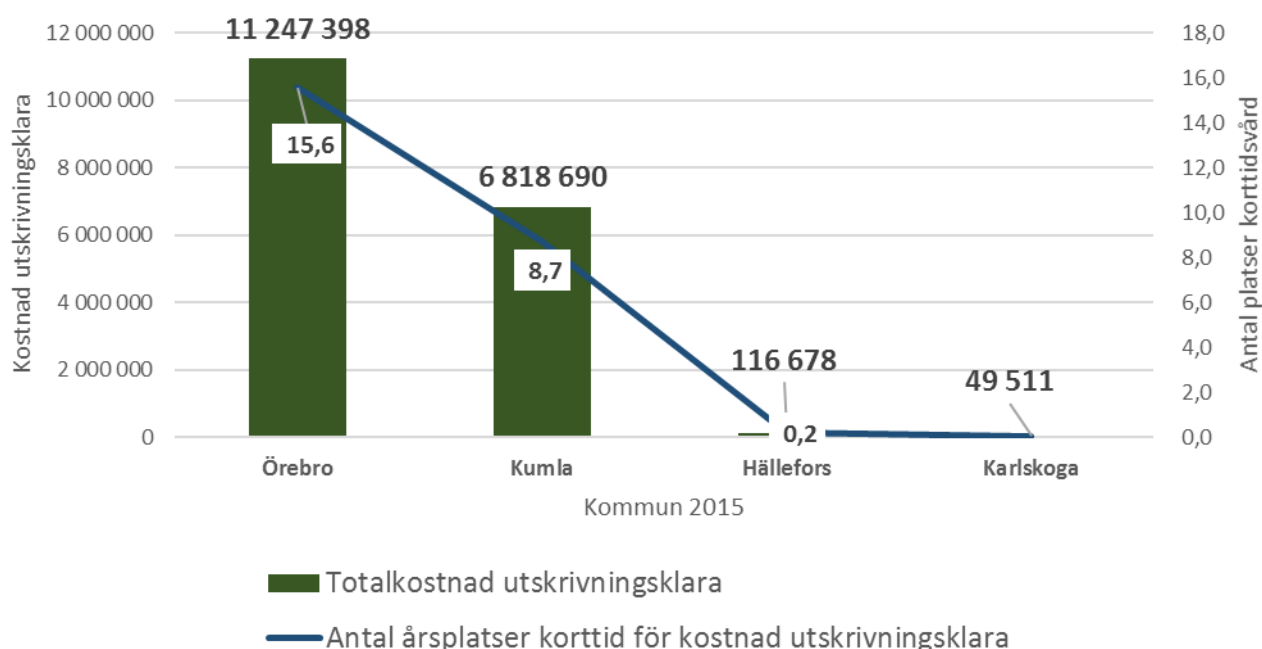


Figur xx Kostnad för överkostnad inom hemtjänsten i förhållande till om brukaren hade bott på särskilt boende helår. Linjen visar den totala överkostnaden och hur många extra boendeplatser som skulle kunna utvinna om brukaren fått särskilt boende helår istället för hemtjänst. Siffrorna baseras på utfall 2015. Källa: Kostnad per brukare, Ensolution AB.

Kommun/år	Kostnad helår SÄBO inkl HSL	Brytpunkt HTJ per år	Övertimmar inom hemtjänst mot brytpunkt	Överkostnad inom hemtjänst	Antal brukare över brytpunkt Hemtjänst	Vårdboendeplatser som skulle kunna nyttjats
Örebro 2015	643 495	1 667	43 554	16 811 695	63	30
Kumla 2015	594 209	1 087	5 672	3 096 699	15	5
Hällefors 2015	704 339	1 450	2 069	1 005 476	6	1
Karlskoga 2015	674 682	1 400	20 880	10 064 154	31	16

Figur xx Kostnad för överkostnad inom hemtjänsten i förhållande till om brukaren hade bott på särskilt boende helår. Siffrorna baseras på utfall 2015. Källa: Kostnad per brukare, Ensolution AB.

Nedanstående tabell visar ett exempel på hur kostnaden för utskrivningsklara med betalningsansvar istället skulle kunna nyttjats till korttidsplatser om insatsnivån hade varit rätt. Skulle kommunen istället satsa dessa pengar på att bygga korttidsplatser så skulle enligt nedan tabell, exempelvis Kumla, med sin snittkostnad per dygn inom korttidsvården inklusive kostnad för HSL finansiera 8,7 korttidsplatser.



Figur xx Kostnad för utskrivningsklara med betalningsansvar utfall 2015 och antal platser inom korttidsvården som skulle kunna produceras (beräknat på kostnad per dygn korttidsvård inkl. kostnad för HSL) av kostnaden för utskrivningsklara. Källa: Kostnad per brukare, Ensolution AB.

Kommun	Kostnad per dygn korttidsvård inkl HSL	Totalkostnad utskrivningsklara	Anta dygn korttidsvård inkl HSL	Antal årsplatser korttid för kostnad utskrivningsklara
Örebro	1 978	11 247 398	5 686	15,6
Kumla	2 136	6 818 690	3 192	8,7
Hällefors	1 614	116 678	72	0,2
Karlskoga	2 827	49 511	18	0,0

Figur xx Kostnad för utskrivningsklara med betalningsansvar utfall 2015 och antal platser inom korttidsvården som skulle kunna produceras av kostnaden för utskrivningsklara. Källa: Kostnad per brukare, Ensolution AB

Kostnader för att bygga

Det är svårt att ange några exakta siffror för vad det kostar att bygga ett nytt särskilt boende/vård- och omsorgsboende. Förr byggdes dessa på ett likartat sätt med en institutionell prägel, i dag är det stor variation på utformningen och stort fokus på kvalitet i boendemiljön.

När det gäller storlek, det vill säga vilken yta som krävs för nytt boende, så visar erfarenheten att det behövs cirka 70 till 90 kvadratmeter för varje boendeplats vid nyproduktion. Det innebär en lägenhet på cirka 35 kvadratmeter och därtill verksamhetslokaler som kök, samvarorum, tvättstugor, personalutrymmen m.m.

Det är svårt att få fram bra jämförbara siffror på nybyggnadskostnader för vårdboenden, eftersom själva boendedelen oftast kompletteras med lokaler för köksfunktioner, administration, rehabilitering, föreningslokaler m.m., som ibland även är till för verksamheter utanför huset, till exempel andra delar av äldreomsorgen.

Känd kostnad för nybyggnation av vårdboende i dagsläget (år 2016) har legat på ca 25 000-30 000 kronor/kvadratmeter.

Exempel

1. Nytt vårdboende med 60 vårdboende lägenheter inklusive verksamhetslokaler i form av tillagningskök och administrativa lokaler, beräknad byggnadskostnad 160 miljoner kronor.
2. Nytt vårdboende med 56 vårdboende lägenheter inklusive verksamhetslokaler i form av tillagningskök och restaurang, beräknad byggnadskostnad 125 miljoner kronor.

4. Förutsättningar för framtiden

I detta kapitel beskrivs förutsättningarna för framtiden i länet som helhet och i vardera av länets kommuner avseende befolkningsprognos, bostadsmarknad och förändringar kopplade till ny teknik m.m.

4.1 Befolkningsprognos

Att göra antaganden om befolkningsutvecklingen är svårt. Oförutsedda och exceptionella händelser som 2015 års flyktingsituation kan omkullkasta tidigare beräkningar och göra dem inaktuella. De kortsiktiga framskrivningarna avseende äldre påverkas dock inte i samma utsträckning av exceptionella folkmflyttningar. Nedan presenteras tänkbara utvecklingsscenarier för länets befolkning för år 2020 respektive år 2030.

Nationella prognoser för befolkningsutvecklingen i Sverige som helhet pekar i alla scenarier utom ett (hög dödlighet) på en fortsatt ökning av antalet äldre. Den förväntade regionala utvecklingen får antas avspegla den nationella eftersom utvecklingen i regionen ända sedan början på 1970-talet har följt den nationella utvecklingen.

Antaganden om befolkningen 2030

Under den kommande 15-årsperioden, det vill säga fram till år 2030 antas Örebro läns befolkning över 65 år ha ökat till omkring 71 000 personer, från 61 633 personer årsskiftet 2015/2016. Detta innebär sannolikt också en ökning av andelen 65 år och äldre av totalbefolkningen från dagens nivå på omkring 21 % till drygt 23 %. I en överblick av befolkningsstrukturen så sker en andelsökning i de äldre åldrar-na och samtidigt minskar andelen invånare i den arbetsföra befolkningen något. Att den arbetsföra be-folkningen blir mindre i förhållande till befolkningen i övrigt påverkar den så kallade försörjningskvo-ten, vilket i teorin innebär att färre ska försörja fler. Det ska dock tilläggas att förhållandet mellan de olika åldersgrupperna varierar mellan kommuner och på så sätt varierar också den potentiella försörj-ningskvoten. Sett i absoluta tal så förväntas befolkningen över 65 år växa i elva av tolv kommuner fram till 2030, se figur xx.

Prognos på andel 65 år och äldre av totalbefolkning (Obs andel, ej antal)

Äldre/befolkningen	2014	2020	2030	2040	2050
Lekeberg	22 %	23 %	24 %	25 %	25 %
Laxå	28 %	26 %	28 %	27 %	26 %
Hallsberg	22 %	24 %	26 %	26 %	25 %
Degerfors	26 %	27 %	28 %	28 %	28 %
Hällefors	29 %	26 %	25 %	24 %	23 %
Ljusnarsberg	28 %	28 %	28 %	27 %	27 %
Örebro	18 %	19 %	21 %	22 %	23 %
Kumla	19 %	20 %	22 %	24 %	24 %
Askersund	27 %	26 %	26 %	25 %	25 %
Karlskoga	24 %	24 %	24 %	23 %	22 %
Nora	26 %	26 %	27 %	28 %	28 %
Lindesberg	24 %	25 %	26 %	25 %	25 %
Örebro län	21 %	22 %	23 %	24 %	24 %

Den äldre delen av befolkningen ökar från 21 % till 24 % fram till 2050 på länsnivå.

Den minskar i Laxå, Hällefors, Ljusnarsberg, Askersund, och Karlskoga fram till 2050 (svarta siffror)

Den ökar i Lekeberg, Hallsberg, Degerfors, Örebro, Kumla, Lindesberg och Nora fram till 2050 (röda siffror)

Tabell xx. Andel anger den förväntade andelen 65 år och äldre av den totala befolkningen inom varje kommun. Källa: Tillväxt- och regionalplaneförvaltningen (TRM), Stockholms läns landsting samt egna bearbetningar.

Befolkningsprognos för år 2020

Prognos 2020				80+		
	65+					
	Antal	Förändring från 2015 (antal)	Förändring från 2015 (%)	Antal	Förändring från 2015 (antal)	Förändring från 2015 (%)
Askersund	3 083	3	0,0	740	29	4,0
Degerfors	2 626	77	3,0	671	44	7,0
Hallsberg	3 795	259	7,3	936	79	9,2
Hällefors	1 947	-87	-4,2	592	27	4,7
Karlskoga	7 269	-91	-1,2	2 027	38	1,9
Kumla	4 362	284	6,9	1 051	106	11,2
Laxå	1 569	-24	-1,5	447	-3	-0,6
Lekeberg	1 707	102	6,3	411	35	9,3
Lindesberg	5 816	185	3,2	1 473	86	6,2
Ljusnarsberg	1 447	79	5,7	355	45	14,5
Nora	2 795	57	2,0	680	72	11,8
Örebro	28 159	2 068	7,9	6 973	257	3,8
Örebro län	64 575	2 912	4,7	16 356	815	5,2

Tabell xx. Befolkningsprognos 2020. Antal anger det förväntat totala antalet inom varje kommun och ålderskategori. Källa: Tillväxt- och regionalplaneförvaltningen (TRM), Stockholms läns landsting samt egna bearbetningar.

Befolkningsprognos för år 2025

Prognos 2025				80+		
	65+					
	Antal	Förändring från 2015 (antal)	Förändring från 2015 (%)	Antal	Förändring från 2015 (antal)	Förändring från 2015 (%)
Askersund				956	245	34
Degerfors				846	219	35
Hallsberg				1 170	319	37
Hällefors				651	86	15
Karlskoga				2 371	382	19
Kumla				1 352	407	43
Laxå				524	74	16
Lekeberg				526	150	40
Lindesberg				1 828	441	32
Ljusnarsberg				444	134	43
Nora				893	285	47
Örebro				8 783	2 067	31
Örebro län				20 044	4 503	29

Tabell xx. Befolkningsprognos 2025. Antal anger det förväntat totala antalet inom varje kommun och ålderskategori. Källa: Egna beräkningar - 45 procent av totala ökningen mellan år 2020-2030.

Befolkningsprognos för år 2030

Prognos 2030						
	65+			80+		
	Antal	Förändring från 2015 (antal)	Förändring från 2015 (%)	Antal	Förändring från 2015 (antal)	Förändring från 2015 (%)
Askersund	3 170	90	2,9	1 220	509	71,5
Degerfors	2 783	234	9,1	1 059	432	68,8
Hallsberg	4 190	654	18,4	1 456	599	69,8
Hällefors	1 888	-146	-7,1	724	159	28,1
Karlskoga	7 463	103	1,3	2 792	803	40,3
Kumla	4 845	767	18,8	1 720	775	82,0
Laxå	1 650	57	3,5	619	169	37,5
Lekeberg	1 836	231	14,3	666	290	77,1
Lindesberg	6 195	564	10,0	2 261	874	63,0
Ljusnarsberg	1 458	90	6,5	552	242	78,0
Nora	2 920	182	6,6	1 154	546	89,8
Örebro	32 702	6 611	2,5	10 995	4 279	63,7
Örebro län	71 100	9 437	15,3	25 218	9 677	62,2

Tabell xx. Befolkningsprognos 2030. Antal anger det förväntat totala antalet inom varje kommun och ålderskategori. Källa: Tillväxt- och regionalplaneförvaltningen (TRM), Stockholms läns landsting samt egna bearbetningar.

Befolkning 80 år och äldre.

	1985	2000	2015	2020	2025	2030
Askersund	576	749	711	740	956	1 220
Degerfors	407	628	627	671	846	1 059
Hallsberg	702	838	857	936	1 170	1 456
Hällefors	508	588	565	592	651	724
Karlskoga	1 143	2 301	1 989	2 027	2 371	2 792
Kumla	734	958	945	1 051	1 352	1 720
Laxå	335	415	450	447	524	619
Lekeberg	0	363	376	411	526	666
Lindesberg	1 101	1 476	1 387	1 473	1 828	2 261
Ljusnarsberg	394	426	310	355	444	552
Nora	452	630	608	680	893	1 154
Örebro	4 887	6 557	6 716	6 973	8 783	10 995
Örebro län	11 239	15 929	15 541	16 356	20 044	25 218

Tabell xx. Befolkningstabell, faktiska siffror för år 1985, 2000 och 2015 samt prog-nossiffror för år 2020, 2025 och 2030. Källa: SCB, TRM och egna bearbetningar.

4.2 Bostadsmarknad

Planerad byggnation i Örebro län

Fem av kommunerna uppger att det kan komma att bli aktuellt med byggnation av trygghetsbostäder under åren 2016-2017. I Degerfors kommun finns planer om att bygga 6 bostäder, i Kumla 60 och i Lindesberg 30. Dessa tre kommuner är de enda som på längre sikt, fem år, tror att behovet av trygghetsbostäder kommer att vara täckt, se nästa avsnitt.

Hallsbergs kommun planerar att bygga ca 40 servicelägenheter per år under en flerårsperiod. Lägenheterna kommer vara anpassade efter hyresgästernas behov.

Kommun	Vård- och omsorgsboenden	Seniorbostäder	Trygghetsbostäder
Askersund	100/19		6-8
Degerfors			6
Hallsberg	50		
Hällefors	11	-	
Karlskoga	60		
Kumla	120		60
Laxå	32		
Lekeberg	36		
Lindesberg			30
Ljusnarsberg			
Nora			Svårbedömt
Örebro	125	25	
Totalt antal	534	25	96

Tabell xx. Kommunernas egna bedömningar om nya bostäder kommer påbörjas under 2016 eller 2017. Grönt = nya bostäder påbörjas, rött = inga nya bostäder påbörjas, grått = vet ej. Siffrorna i de gröna rutorna anger ungefärligt antal nya bostäder.

Ibland ersätter nya bostäder gamla bostäder som är omoderna. Exempelvis Askersunds 100 nya platser ersätter 81 gamla platser varav nettotillskottet blir 19 platser.

Läget på bostadsmarknaden

Nedan är kommunernas beskrivning av behovet av bostäder för äldre kommer vara täckt inom de närmaste åren.

Kommun	Vård- och omsorgsboenden		Seniorbostäder		Trygghetsbostäder	
	2 år	5 år	2 år	5 år	2 år	5 år
Askersund						
Degerfors						
Hallsberg			-	-	-	-
Hällefors			-	-	-	-
Karlskoga						
Kumla						
Laxå						
Lekeberg	-					
Lindesberg			-	-		
Ljusnarsberg						
Nora						
Örebro						

Tabell xx. Bedömning av huruvida behovet av bostäder för äldre kommer vara täckt om två respektive fem år i de 12 kommunerna i länet. Grönt = behovet täckt, rött = behovet inte täckt, grått = vet ej.

Trygghetsboende och seniorboende

En minskande andel äldre bor i särskilt boende, istället ökar kraven på anpassade lägenheter för äldre. I rapporten "Utvärdering av investeringsstödet till äldreboenden" föreslår Boverket bland annat en sänkning av åldersgränsen i trygghetsbostäder. I dag måste bostäderna vara avsedda för personer över 70 år för att det ska kunna lämnas statligt stöd till att bygga trygghetsbostäder. En sänkning av ålderskravet kan påverka efterfrågan på dessa lägenheter.

4.3 Olika faktorer/parametrar som i framtiden påverkar vårdbehov och behovet av bostäder till äldre.

Olika former av vård- och omsorgsinsatser hänger ihop.

Både i Sverige som helhet och i länet ses en tydlig utveckling mot en allt äldre befolkning, vilket kommer ställa ökade krav på alla typer av samhällsservice som är särskilt riktade till äldre. Behov av särskilt riktade insatser till äldre i form av färdtjänst, hemtjänst/hemsjukvård och vårdbostäder börjar accelerera framförallt för personer som är 80 år och äldre. Den demografiska utvecklingen visar att antalet 80 år och äldre kommer öka kraftigt från år 2020 och framåt.

Med anledning av den demografiska utvecklingen kommer i princip alla kommuner i länet inom en 15 års period att behöva planera för fler platser på särskilt boende/vård- och omsorgsboende och ordinära bostäder till målgruppen äldre.

Kvaliteten på insatser till äldre påverkas i hög grad av att olika former av vård- och omsorgsinsatser hänger ihop och dimensioneras rätt – hela vårdkedjan måste fungera var för sig men också ihop med nästa vårdnivå. Särskilt tydligt blir det när antalet platser på särskilt boende/vård- och omsorgsboende är för få, vilket leder till att fler korttidsplatser används som väntplatser och fler av sjukhusets vårdplatser upptas av patienter som är utskrivningsklara. Å andra sidan kan ett för stort antal boendeplatser innebära vakanta platser som ändå binder upp dyra personalresurser.

4.4 De äldres hälsa

Människor lever allt längre och är friska upp i allt högre åldrar. Trots det pekar utvecklingen mot att antalet år, med behov av stöd i det dagliga livet till följd av funktionsnedsättningar, inte minskar.

Risken att drabbas av sjukdom ökar ju äldre en människa blir och därför är förebyggande och hälsofrämjande insatser särskilt viktiga för äldres hälsa. För både psykisk och fysisk hälsa är rekreation, socialt stöd, boendemiljö, fysisk aktivitet, mental hälsa och goda matvanor av mycket stor betydelse.

Fallolyckor bland äldre är ett stort folkhälsoproblem. Hos äldre personer står olycksfallen för omkring 75 % av samtliga dödsfall till följd av skadehändelser. I Sverige dör i snitt mer än tre äldre personer per dag till följd av fallolyckor. Det är mer än dubbelt så många som dör i trafiken (*Källa: Statens folkhälsoinstitut "Fallolyckor bland äldre", 2013.*)

Upplevd hälsa i länet

Ifråga om de boendes vård- och omsorgsbehov indikerar uppgifter kring självskattningar av hälsa och upplevd hälsa, att de boende i länet inte hade ett bättre/sämre hälsotillstånd än riksgenomsnittet. Däremot visar nationella och undersökningar i Örebro län att upplevd hälsa förändras i relation till ökad ålder. Av befolkningen i Örebro län anger 76 % att den mår bra, av 69-79 år är det 61 % och över 80 år svarar 40 % att de mår bra. (*Källa: Välfärdsbokslut år 2012-2013, Örebro läns landsting.*)

4.5 Utveckling av vården

Tidigare utveckling

Ädelreformen år 1992 var en viktig startpunkt för utvecklingen av insatser till äldre. Den blev början till många fysiska förbättringar i bostäderna till äldre. Sjukhem med 4-6 bäddrum avvecklades, kompetenskraven för de som arbetade med äldre höjdes till minst undersköterskenivå och fler äldre kunde erbjudas avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet genom förbättrad samverkan mellan landstinget och kommunernas äldreomsorg. Nedan listas några av framgångsfaktorerna kopplade till äldre från de senaste åren:

- Människor lever allt längre och är friskare i allt högre åldrar.
- Behandling med lugnande mediciner och sömnmedel minskar.
- Beteendemässiga och psykiska symptom minskar vid demens.
- Undernäring minskar.
- Trycksår blir allt ovanligare.
- Vid livets slut får en större andel äldre rätt lindring för smärta och oro.

Framtida utveckling

Trots de många framstegen som tidigare gjorts finns det många möjliga förbättringar i insatserna till äldre. Behovet av fortsatt utvecklingsarbete förstärks av att antalet äldre ökar. Bra boendelösningar är en av de viktigaste insatserna för individens livskvalitet.

Det finns många olika faktorer som påverkar och ställer krav om förändring i vården av äldre. Dessa faktorer utgörs bl.a. ny teknik, nya levnadsvanor, längre levnadsålder, mer individanpassad läkemedelsanvändning, nya utskrivningsregler från sjukhus, vårdlotsar för patienten/brukaren. Äldreomsorgens och hälso- och sjukvårdens arbetsmetoder och organisation behöver därför i framtiden vara mer flexibel och öppen för utveckling.

Variationen i behov av omsorg hos morgondagens äldre kommer sannolikt att vara större till följd av en större mångfald och att allt fler äldre lever med kroniska sjukdomar. Samtidigt bidrar kunskapsutvecklingen till en ökad specialisering. Service, stöd och hälso- och sjukvård kommer från fler olika vårdgivare. De äldre kommer därmed i framtiden att i allt större utsträckning vara tvungna att komma i kontakt med fler instanser för att få den hjälp de behöver. Ju fler som involveras i vården och omsorgen om den enskilde, desto högre blir komplexiteten och desto svårare blir samordningen.

Medicinska framsteg

Något som omtalats under lång tid och som kan vara av stor betydelse för behovet av framförallt särskilda demensplatser är medicinska framsteg eller genombrott i behandlingen av demenssjukdomar. Under senare år har det också skett en utveckling av både diagnostik och behandlingsformer, även om det förefaller vara långt till större genomslag på prevalens och sjukdomsförlopp.

Ny teknik

Det är svårt att med säkerhet uttala sig om hur framtida teknisk utveckling kommer att se ut. Teknik och digitala tjänster får en allt större roll i våra liv och för både verksamheter och för äldre kan välfärdsteknik innebära förbättrade möjligheter. Exempelvis finns det möjligheter att genom tekniska hjälpmedel underlätta så att äldre klarar sig utan omfattande biståndshjälp och kan bo hemma längre. Hjälpmedel som är under utveckling finns såväl inom mobil som digital hälsa, i form av robotar (hjälp med att plocka upp saker, hämta mediciner, larma etc.), påminnelser m.m. Ny teknik kan bidra till att förenkla medicinska insatser men också möjliggöra mycket kvalificerade medicinska operationer eller andra behandlingsinsatser. Den tvärvetenskapliga utvecklingen är ett växande område, som kan visa sig vara av vikt för omsorgen om äldre, bland annat så att äldre kan bo kvar hemma längre.

Det finns idag ett stort utbud av hjälpmedel i form av välfärdsteknik. Det rör sig om allt från smarta köksredskap till avancerad utrusning för kommunikation med vård, omsorg och anhöriga. I en studie av 86-åringars vardagsteknik i Linköping 2013 konstaterades bland annat att:

”TV inklusive. fjärrkontroll, telefon och spis fanns hos i princip alla, drygt hälften av 86-åringarna hade mobiltelefon och nästan en femtedel hade dator. Nästan alla såg på TV dagligen, det var ett viktigt sätt att få information och nyheter, kombinerat med att läsa dagstidningar. TV-tittandet var också en form av sällskap. Många personer angav att man fick den information man behövde och att man själv valde vilken information man ville ha.”

(Källa: *”Äldres boende idag och i framtiden”, Boendepolitisktprogram för PRO 2013*)

Förändrade levnadsvanor

Sedan länge är det känt att förändringar i levnadsvanor, framförallt kring kost, motion, rökning och bruk av alkohol, kan vara av stor betydelse för det framtida behovet av mer omfattande vård- och omsorgsinsatser bland kommunens äldre. Till de riktade förebyggande insatserna hör fallpreventivt arbete, initiativen för att uppmärksamma och förebygga psykisk ohälsa samt arbetet kring läkemedelsanvändning och läkemedelsgenomgångar.

Äldres skilda behov

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

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

Äldres behov av omsorg blir allt mer olika i takt med en ökad mångfald och att allt fler lever allt längre med skilda förutsättningar.

Mängden sjukvård som en äldre person konsumerar skiljer sig åt mellan vilken bostadsform äldre bor i. De äldre som bor på vård- och omsorgsboende med tillgång till sjuksköterska har färre slutenvårddagar, kortare vårdtider och färre läkarbesök än äldre som bor i andra boendebalternativ.

Källa: *"Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan"*, 2015, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Ensamhet och social isolering

Sverige har de friskaste pensionärerna i EU och morgondagens äldre är sannolikt ännu mer aktiva och rörliga än dagens. De kan också förväntas leva i parförhållanden längre upp i åldrarna – något som förutom en given social förankring även ger bättre ekonomiska förutsättningar att efterfråga en adekvat bostad. Men även om det händer senare i livet kommer de flesta att efter hand drabbas av sådant som nedsatt rörlighet, hjärtproblem och försämrad syn eller hörsel, vilket gör det svårare att upprätthålla ett socialt nätverk. Många kommer också att överleva sin partner. Risken för problem med ensamhet och social isolering kan förväntas fortsätta öka med åldern och med ensamhet följer såväl psykisk som fysisk ohälsa. Vid studier av länets hälsa bland äldre finns det tydliga resultat att självuppskattad hälsa är sämre för äldre än för yngre invånare och försämringen accelererar ju äldre man blir. Det finns därför all anledning att främja och stödja boendebalterniv som ger möjlighet till vardaglig samvaro och ett meningsfullt sammanhang i boendet. Kan man dessutom ta till vara initiativkraft, kunskaper och de resurser i övrigt som morgondagens äldre besitter, och låta seniorer ta gemensamt ansvar för att utforma intressanta boendebalterniv, är mycket vunnet.

Ökad medellivslängd

Huruvida den ökade medellivslängden leder till ökade behov eller ej råder det skilda uppfattningar om. Det finns forskare som tror att en ökad livslängd leder till att tiden med behov av stöd eller omfattningen av behoven ökar. Andra forskare tror att behoven skjuts upp i takt med livslängdens ökning. Det andra alternativet är det vanligen förhärskande, och vad som bland andra Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) utgår ifrån.

Fysisk miljö och tillgänglighet inom det ordinära bostadsbeståndet

Tillgänglighetsskapande åtgärder som underlättar för äldre personer att kunna bo kvar i sin hemmiljö i befintligt bostadsbestånd är av strategisk betydelse och påverkar behovet av vård och omsorg men också behovet av särskilda boendebalterniv. Att tillgänglighetsaspekterna och dimensionering av bostadsbeståndet i förhållande till äldre personers behov ges stor tyngd i den kontinuerliga nyproduktionen av bostäder kommer också öka möjligheterna för äldre att bo kvar inom det ordinära beståndet.

Av Boverkets kartläggningar och forskning som berör äldres flyttpreferenser framgår att hälsoskäl eller ändrad social situation oftast utgör skäl till önskemål om flytt.

Boendetid

De genomsnittliga boendetiderna på vårdboenden minskade från början av 1990 talet till början av 2000 talet och har därefter legat relativt konstant. I Örebro kommun går det att se en liten ökning av den ge-

nomsnittliga boendetiden mellan år 2009-2015. Om detta är en ny trend, eller om det var tillfälligt, kommer att följas noggrant eftersom genomsnittliga boendetiderna i hög grad påverkar behovet av antal vårdboendeplatser.

Enligt en studie av Stockholms stad (Boendetider i vård och omsorgsboenden i Stockholm stad, 2014) tillbringade äldre år 2013 i genomsnitt knappt 2 år och 2 månader på ett vård- och omsorgsboende innan de avled. Mediantiden var knappt 1 år och 4 månader (mediantid innebär att hälften av alla äldre tillbringade en längre tid och den andra hälften en kortare tid än mediantiden). I undersökningen går det också att se att boendetiderna generellt sett är kortare i boenden med somatisk inriktning än med demensinriktning

En del i skillnaden är att boenden med somatisk inriktning har något äldre vårdtagare än boenden med demensinriktning (71 % respektive 58 % är 85 år eller äldre vid periodens start).

Överlevnadsanalyserna har visat på statistiskt säkerställda skillnader mellan kön, ålder och boendeform och det är tydligt att en förändring i vårdtagarnas ålders- och könsstruktur kan ha en stor påverkan på mått som exempelvis medianboendetider. Detta gör att sådana förändringar i bland vårdtagarna utgör ett viktigt perspektiv i diskussioner om skillnader i boendetider mellan åren. Mellan 2010 och 2014 har exempelvis medianåldern vid periodens start ökat från 87,0 till 87,9 år. För en kvinna inom somatisk vård innebär detta att mediantiden för tiden fram till avslut med anledning av dödsfall förväntas minska från 501 dagar till 477 dagar enligt överlevnadsanalysen. Resultaten från överlevnadsanalyserna antyder alltså att en förändrad medianålder bland vårdtagarna kan leda till väsentliga förändringar i medianboendetider.

Analyserna visar även att det finns stora skillnader i mediantider mellan män och kvinnor i samma ålder och en förändring i denna struktur kan innebära en betydande förändring av mediantiderna. För en 87-årig vårdtagare i somatisk vård förväntas mediantiden fram till avslut med anledning av dödsfall vara 501 dagar för kvinnor och 241 dagar för män. Resultaten påvisar alltså att även en förändring i könsstrukturen kan ha en stor påverkan på medianboendetiderna.

*Källa; Boendetider i vård och omsorgsboenden i Stockholms stad,
Äldreförvaltningen i Stockholms kommun*

Kvarboende, bostadsanpassning

Många kommuner tillämpar en kvarboendepincip med tanken om att äldre så långt det är möjligt ska kunna bo kvar i det egna hemmet. Som resultat av kvarboendepinciper och ökat stöd i hemmet har andelen med hemtjänst ökat och andelen med särskilt boende minskat i många kommuner. Möjligheten att skjuta upp äldres flytt till särskilt boende endast med ett antal månader, kan ur ett längre perspektiv ha stor påverkan på såväl kostnadsutveckling som bostadsbehov. Den tekniska utvecklingen är nära sammanbunden med hur detta utvecklas. Socioekonomiska kalkyler har visat att bostadsanpassning i det egna hemmet, med resultatet att flytten till särskilt boende förskjuts med några månader, har stor påverkan på det totala behovet och kostnaden.

Strukturomvandling

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

En utbyggd och tillgänglig hemvård är av stor betydelse för möjligheterna för äldre att bo kvar hemma. Samtidigt kan det uppstå besvärande omständigheter också för enskilda, i takt med att hjälpmedel flyttas in, personaltätheten ökar och hemmet alltmer förvandlas i riktning mot en "vårdinrättning". Inte sällan saknas också de fysiska bostadsanpassningar som finns på en sådan.

Vid en viss omfattning av hemvård blir det också, utifrån ett strikt förvaltningsekonomiskt perspektiv, avsevärt fördelaktigare att tillhandahålla vård och omsorg vid ett särskilt boende. Brytpunkten för detta ligger någonstans kring hemvårdsinsatser som omfattar 120 timmar per månad eller mer.

Källa: Framskrivning av äldreomsorgsbehovet perioden 2016-2040, Äldreförvaltningen Stockholms stad

Platser i förhållande till förekomst av demenssjukdomar

Utifrån uppgifter från SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) har det gjorts en prognos kring den förväntade utvecklingen av insjuknande i demenssjukdomar, den så kallade prevalensen, bland personer över 65 år i länet. Prevalensen i länet skiljer sig inte nämnvärt från riksmedelvärdet vad gäller insjuknande i demenssjukdomar på grund av ålder. Det finns ett klart samband mellan ålder och demenssjukdomar. Insjuknande i demenssjukdom ökar med ökad ålder.

Efter det att personer diagnosticerats med demenssjukdom flyttar de till särskilt boende inom 2,5-3 år. Enligt SBU:s uppgifter bor omkring hälften av de demenssjuka i särskilda boenden. För att nå behovstäckning behövs alltså ett utbud på demensboenden (platser i demensboenden) som motsvarar ungefär halva prevalensen. Med utgångspunkt från SBU:s uppgifter om prevalens och behov av demensboende inom 2,5-3 år efter insjuknande, behöver volymen av demensboende i länet öka kraftigt mot dagens läge för att nå behovstäckning år 2030.

Fördelning på grad av funktionsnedsättning år 2012 resp. 2025 per åldersgrupp och kön, procent

Nedan beskrivs en trendframskrivning av den äldre befolkningens fördelning på grad av funktionsnedsättning enligt SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) mellan åren 1996-2010. En sådan framskrivning leder till en minskning av andelen äldre med en funktionsnedsättning år 2025 jämfört med år 2012. Prognosen *förbättrad funktionsnivå* antar därför att behovet av äldreomsorg kommer att öka i långsammare takt än befolkningstillväxten fram till år 2025.

<u>2012</u>	<u>Kvinnor</u>			<u>Män</u>		
	Ingen	Lätt	Svår	Ingen	Lätt	Svår
78	74,8	17,5	7,7	84,0	9,3	6,7
81	66,3	21,2	12,5	77,0	13,2	9,8
84	56,7	23,7	19,5	68,1	17,8	14,0
87	46,6	24,2	29,2	57,7	22,5	19,8
90	36,7	22,0	41,2	46,5	26,4	27,2
93	27,9	17,7	54,4	35,6	28,4	36,0

<u>2025</u>	<u>Kvinnor</u>			<u>Män</u>		
	Ingen	Lätt	Svår	Ingen	Lätt	Svår
78	79,6	13,8	6,6	89,2	5,1	5,7
81	72,4	16,9	10,7	83,8	7,8	8,4
84	63,8	19,5	16,8	76,4	11,3	12,3
87	54,1	20,5	25,3	66,9	15,4	17,6
90	44,2	19,5	36,4	55,9	19,5	24,6
93	34,7	16,3	49,0	44,2	22,5	33,3

Livet efter 65 år delas i forskningen upp i en tredje och en fjärde ålder, där den tredje beskrivs som år som är relativt friska fram till 80-85 års ålder, och åren därefter i den fjärde åldern som mer sjuka och omsorgskrävande. I den fjärde åldern blir nästan alla så småningom beroende av andra människors vård och omsorg.

I de vetenskapliga studier som nyligen publicerats, fanns en ökad enighet jämfört med tidigare år om att den förväntade ökningen av medellivslängden kommer att innebära att omsorgsbehovet i den fjärde åldern skjuts upp i takt med ökad livslängd. Det innebär alltså att det är friska år som läggs till livet så omsorgstiden förblir oförändrad. Snabbast ökar den förväntade livslängden för män, vilket ligger bakom antagandet om en snabbare minskningstakt av konsumtion av äldreomsorg.

Utvecklingen pekar fortsatt på ett oförändrat antal år med omsorg, vilket tillsammans med befolkningens ökande medellivslängd innebär att andelen omsorgstagare i en given åldersklass sjunker.

Källa: Framskrivning av äldreomsorgsbehovet perioden 2016-2040, Äldreförvaltningen, Stockholm stad

5. Analys/ behovsbedömning

I detta avsnitt beskrivs möjliga sätt att beräkna framtida behov av platser på vård- och omsorgsboenden.

5.1 Behovstäckning av platser på vård- och omsorgs-boenden

En naturlig utgångspunkt vid framtagandet av en bedömning av framtida behov av bostäder till äldre är om behovet är täckt i utgångsläget, det vill säga idag. Indikatorer för att belysa huruvida behoven är täckta eller ej kan vara följande:

- Väntetider – ej verkställda beslut. Är det idag lång tid mellan beslut om vårdboendeplats och när beslutet faktiskt kan verkställas? Fem kommuner i länet hade en genomsnittlig väntetid som var längre än tre månader under 2015.
- Är fördelning av platser på vård- och omsorgsboenden rätt dimensionerade utifrån inriktning, till exempel antal platser för personer med demenssjukdomar och somatiska funktionsnedsättningar?

Förutom ovanstående förutsättningar påverkas behovet av vårdboendeplatser av de samhällsförändringar som bland annat beskrevs i kapitel 4, till exempel upplevd somatisk och psykisk hälsa, ny teknik, medicinska framsteg, förändrade levnadsvanor, ökad medellivslängd, boendetider på vårdboenden, tillgängliga bostäder för äldre, strukturuomvandlingar inom äldreomsorgens och hälso- och sjukvårdens organisationer/verksamheter.

Utöver detta finns det ytterligare parametrar som påverkar behovet av framtida vårdboendeplatser till exempel förändringar i lagstiftningen som förändrar kriterierna för biståndsbeslut,

Täckningsgrad av vård- och omsorgsboenden

När det gäller antal vårdboendeplatser i länet, visar statistik att länet totalt har mindre antal platser än riksgenomsnittet utifrån antal äldre befolkningens storlek (år 2014).

5.2 Modeller för beräkning

Hur ska man beräkna framtida behov av vårdboendeplatser? Vid förfrågan till olika nationella myndigheter och organisationer om det finns någon evidensbaserad modell för hur man ska beräkna framtida behov av vårdboendeplatser, har det inte lyfts fram någon modellberäkning som med hundra procentig säkerhet helt träffar rätt. Nationella myndigheter och kommuner har beräkningsmodeller men ofta gör man beräkningarna på lite olika sätt.

I detta planeringsunderlag har fyra olika beräkningsmodeller tagits fram;

1. Befolkningsmodellen,
2. Behovsökkningsmodellen,
3. Behovsminskningsmodellen,
4. Huvudalternativet.

Dessa fyra modeller har delvis hämtats från utredningar som Stockholms kommun och Äldrecentrum i Stockholm tidigare använt sig av.

Nedanstående prognosmodeller är inte på något sätt vetenskapligt belagda utan bygger på en rad antaganden om hur framtiden och utvecklingen kommer att utformas och påverka behoven av platser på vårdboenden i framtiden. Med så många parametrar som på olika sätt kan påverka människors hälsa och vårdbehov i framtiden måste man ha i beräkning att dessa framtidsbedömningar innehåller viss grad av osäkerhet.

Förutom huvudalternativet, som baseras på minskande konsumtion, redovisas även tre alternativa modeller. Dessa är menade att användas som stöd vid analys och besvara frågan ”vad som händer om konsumtions- och behovsutvecklingen inte alls förändras eller blir högre eller lägre än dagens nivå?”.

Nedan beskrivs de fyra beräkningsmodellerna som används för att prognostisera behovet av vård- och omsorgsboende platser fram till år 2030.

Beräkningarna grundar sig i den täckningsgrad av antalet vård- och omsorgsboende platser som fanns vid årsskiftet 2015/2016 i kommunerna. Täckningsgraden är en teoretisk modell framräknad utifrån befintligt antal platser i förhållande till 80 år och äldre. Länets genomsnittliga täckningsgrad var 18,5 % vid årsskiftet 2015/2016. Det betyder att 18,5 % av alla länets 15 541 personer 80 år och äldre har kunnat erbjudas plats på vård- och omsorgsboende.

Det är stora variationer mellan kommunerna. Högsta täckningsgrad har Ljusnarsberg med 40,9 % och lägsta täckningsgrad finns i Hällefors med 14,3 %. En viss förklaring är hur väl öppenvården är utbyggd (till exempel Ljusnarsberg har den lägsta volymen hemtjänst i förhållande till länsgenomsnittet). Skillnader kan också bero på att man definierar vad som är vård- och omsorgsboende på lite olika sätt när man redovisar sin statistik till SCB.

I utredningen har det inte kunnat konstateras att äldres olika funktionsförmåga och hälso- och sjukdomstillstånd samt civilstånd har direkta samband mellan volymen hemtjänst eller volymen vård- och omsorgsboende platser mellan kommunerna. Utifrån detta har det i två av de fyra nedanstående beräkningsmodeller lagts in en utjämnande parameter som påverkar kommuner som ligger över och under den genomsnittliga länstäckningsgraden.

Utgjämningen bygger på att de kommuner som i förhållande till länets genomsnittliga medelvärde för täckningsgraden ligger över plus 1,5 procent eller mindre än 1,5 procent av det genomsnittliga medelvärdet korrigeras så att skillnaderna mellan kommunerna minskar. I utredningens undersökande arbete har inga yttre faktorer (till exempel ohälsotal, bostadsmarknad) kunna hittas som förklarar varför det är stora skillnader mellan volymen av vårdboendeplatser per 80 år och äldre. Siffran 1,5 procent som intervall är ej vetenskapligt prövad utan framtagen utifrån en enkel bedömning att en differens mellan högsta och lägsta täckningsgrad på 3 procent skulle vara realistisk om inga skillnader i ohälsa eller funktionsnedsättning kan verifieras mellan kommunerna.

1. Befolkningsmodellen

Baserat helt på befolkningsstrukturen. Nuvarande antal vård- och omsorgsplatser räknas upp utifrån befolkningsförändring baserat på 80 år och äldre. Alternativet utgår från en oförändrad konsumtions/behovsutveckling av vård- och omsorgsboende platser. Denna prognos, oförändrad funktionsnivå, är en renodlad befolkningsframskrivning och baseras på befolkningsprognos över hur många personer 80 – w som förväntas finnas år 2030. Vi antar alltså att sannolikheten att drabbas av en lätt respektive svår funktionsnedsättning förblir densamma som i dag. Det som styr utvecklingen av antalet omsorgstagare i det här alternativet är alltså antalet invånare över 80 år. Här antas inte ökad levnadslängd, det är den medicinska eller tekniska utvecklingen som påverka omsorgstagandet.

Förbättrade levnadsförhållande uppnås men med ökad medellivslängd accelererar ett antal sjukdomar, bland annat demenssjukdomar, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och därmed förändras inte nivån för täckningsgraden.

2. Behovsökningsmodellen - hög alternativ

Baserat på befolkningsförändring 80 år och äldre. Ökad medellivslängd bidrar till att fler äldre-äldre i sista levnadsåren får fler sjukdomar/funktionsnedsättningar, till exempel demenssjukdomar. Scenario 2 antar också att trenden börjar gå i motsatt riktning, så att vissa av de äldre som i dag får hemtjänst i det egna hemmet får bo på vård- och omsorgsboenden (generösare biståndsbedömningar-lagstiftning, ekonomiska incitament att omfattande öppenvårdsinsats är kostnadskrävande).

I detta alternativ har utjämningsjustering lagts in genom att kommuner som ligger utanför genomsnittliga täckningsgraden av vårdboendeplatser i förhållande till 80 år och äldre, 18,5 % (intervall på plus/minus 1,5, 17,0-20,0 %) har räknats upp alternativt räknats ner.

Askersund 16,3 har räknats upp med 0,7 %, Hällefors 14,3 och Laxå 15,7 har räknats upp med 1,0 % och Lekeberg 21,2 samt Nora 23,1 har räknats ner med 1,0 samt Ljusnarsberg som har 40,9 och ligger betydligt högre än alla andra kommuner i länet har räknats ner med 3,0 %.

3. Behovsminskningsmodellen - låg alternativ

Baserat på befolkningsförändring 80 år och äldre, förbättrad funktionsförmåga, allt fler äldre vårdbehövande får hemsjukvård/hemtjänst i stället för vård- och omsorgsboenden, nya mellanvårdboenden skapas. Denna prognos antar att det blir en förbättrad funktionsnivå bland äldre. Behovsminskningsmodellen bygger på SCB:s undersökning där man gjort en trendframskrivning av den äldre befolkningens fördelning på grad av funktionsnedsättning enligt undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) mellan åren 1996 och 2010 (SCB 1996–2010).

En sådan framskrivning leder till en minskning av andelen äldre med en funktionsnedsättning år 2025 jämfört med år 2012. Prognosen förbättrad funktionsnivå antar därför att behovet av äldreomsorg kommer att öka i långsammare takt än befolkningstillväxten fram till år 2025. I SCB:s beräkningar har man

antagit att den förbättrade funktionsnivån beror på en allmän hälsoförbättring som följer av exempelvis livsstilsförändringar.

Denna framskrivning och beräkning som SCB gjort av funktionsnivå i äldre åldersklasser bedöms även ha relevans för år 2030. Alternativ tre antar att den nuvarande trenden med att allt fler äldre får hemtjänst snarare än plats på vård- och omsorgsboenden fortsätter. Prognosen bygger också på att vissa äldre som i dag får hemtjänst flyttar till ett mellanboende, som är en boendeform i anpassade lägenheter med personal tillgänglig på dagarna.

I detta alternativ antas att en större konsumtionsminskning sker fram till år 2030 än i huvudalternativet. Här antas att de omsorgskrävande åren i den fjärde åldern blir färre, vilket tillsammans med längre livslängd ger en lägre konsumtion av äldreomsorg i varje given ålder. Den tekniska och medicinska utvecklingen antas också göra att äldre klarar sig i större utsträckning utan omsorg även under de sjuka åren.

4. Huvudalternativ

Baserat på befolkningsförändring 80 år och äldre, förbättrad funktionsförmåga. Huvudalternativet utgår från ett antagande om minskande konsumtion av äldreomsorg i takt med den minskande dödligheten, bättre levnadsförhållande större volym av moderna äldreanpassade bostäder. Utifrån detta beräkningssätt är detta alternativ ett mellanting mellan alternativ två och tre. I detta alternativ har utjämningsjustering lagts in genom att kommuner som ligger utanför genomsnittliga täckningsgraden av vårdboendeplatser i förhållande till 80 år och äldre, 18,5 % (intervall på plus/minus 1,5, 17,0-20,0 %) har räknats upp alternativt räknats ner.

Askersund 16,3 har räknats upp med 0,7 %, Hällefors 14,3 och Laxå 15,7 har räknats upp med 1,0 % och Lekeberg 21,2 samt Nora 23,1 har räknats ner med 1,0 samt Ljusnarsberg som har 40,9 och ligger betydligt högre än alla andra kommuner i länet har räknats ner med 3,0 %.

Alternativ 1- Befolkningsmodellen

Beräknat behov av vårdboendeplatser fram till 2030 utifrån befolkningsutveckling 80 år och äldre samt med samma täckningsgrad som 2015. Med utgångspunkt från åldersstrukturen år 2015 kan en framskrivning göras av det framtida förväntade behovet av platser i särskilt boende. Framskrivningen utgår från antal platser i vård och omsorgsboenden år 2015. Beräkningarna bygger på att samma andel av åldersgrupperna 80 år och äldre som år 2015 bor i vårdboende kommer att vara i behov av detta även i framtiden. Antagandena utgår ifrån att konsumtionen idag motsvarar det faktiska behov som finns. Här antas även att boståndsbedömningen, avgifter och balansen mellan behov och budgetram förblir oförändrade.

Kommun	År	Antal invånare 80 år och äldre	Faktiskt antal platser på vård- och omsorgsböende permanenta platser och platser för korttidsvård år 2015	Befintlig täckningsgrad % utifrån 80-w	Prognos antal platser med samma täckningsgrad som år 2015	Förändring i antal platser (nettoökning)
Askersund	2015	711	116	16,3		
	2020	740		16,3	121	5
	2030	1 220		16,3	199	83
Degerfors	2015	627	126	20,0		
	2020	671		20,0	134	8
	2030	1 059		20,0	212	86
Hallsberg	2015	857	153	17,8		
	2020	936		17,8	167	14
	2030	1 456		17,8	259	106
Hällefors	2015	565	81	14,3		
	2020	592		14,3	85	4
	2030	724		14,3	104	23
Karlskoga	2015	1 989	344	17,2		
	2020	2 027		17,2	349	5
	2030	2 792		17,2	480	136
Kumla	2015	945	167	17,7		
	2020	1 051		17,7	186	19
	2030	1 720		17,7	304	137
Laxå	2015	450	71	15,7		
	2020	447		15,7	70	-1
	2030	619		15,7	97	26
Lekeberg	2015	376	80	21,2		
	2020	411		21,2	87	7
	2030	666		21,2	141	61
Lindesberg	2015	1 387	274	19,7		
	2020	1 473		19,7	290	16
	2030	2 261		19,7	445	171
Ljusnarsberg	2015	310	127	40,9		
	2020	355		40,9	145	18
	2030	552		40,9	226	99
Nora	2015	608	141	23,1		
	2020	680		23,1	156	20
	2030	1 154	271	23,1	267	126
Örebro	2015	6 716	1 189	17,7		
	2020	6 973		17,7	1234	45
	2030	10 995		17,7	1946	757
Totalt Örebro län	2015	15 541	2869	18,5		
Prognos	2020	16 350		18,5	3025	156
Prognos	2030	25 218		18,5	4665	1 796

En rak framskrivning utifrån demografin visar att platsbehovet år 2030 beräknas uppgå till ca 4 665 platser i Örebro län. Detta innebär en ökning med ca 1 796 platser jämfört med dagsläget. Ökningstakten är relativt måttlig fram till ca år 2020, varefter en snabbare ökning kan skönjas.

I den demografiska framskrivningen bortses från eventuella förändringar i de äldres hälsa. Männen och kvinnorna i en viss ålder förutsätts ha samma behov av äldreomsorg som männen och kvinnorna i motsvarande ålder hade året innan. Ett ökat antal äldre – och framförallt ett ökat antal äldre bland de allra äldsta – innebär med automatik ökade behov av äldreomsorg.

Alternativ 2 - Behovsökningsmodellen - hög alternativ

Beräknat behov av vårdboendeplatser fram till 2020 och 2030 utifrån befolkningsutveckling 80 år och äldre samt försämrade funktionsförmåga och ökad andel som erhåller vård- och omsorgsboende.

Ökad medellivslängd bidrar till att fler äldre-äldre i sista levnadsåren får fler sjukdomar/funktionsnedsättningar, till exempel demenssjukdomar. Scenario 2 antar också att trenden börjar gå i motsatt riktning, så att vissa av de äldre som i dag får hemtjänst i det egna hemmet får bo på vård- och omsorgsboenden (generösare biståndsbedömningar-lagstiftning, ekonomiska incitament att omfattande öppenvårdsinsats är kostnadskrävande).

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

I detta alternativ har *utjämningsjustering* inlagts genom att kommuner som ligger utanför genomsnittliga täckningsgraden av vårdboendeplatser i förhållande till 80-år, 18,5 procent (intervall på plus/minus 1,5 %, 17,0-20,0 %) har räknats upp alternativt räknats ner.

Askersund 16,3 har räknats upp med 0,7 %, Hällefors 14,3 och Laxå 15,7 har räknats upp med 1,0 % och Lekeberg 21,2 samt Nora 23,1 har räknats ner med 1,0 samt Ljusnarsberg som har 40,9 och ligger betydligt högre än alla andra kommuner i länet har räknats ner med 3,0 %.

I detta alternativ har *konsumtionen och behovet av vårdboendeplats beräknats öka* med 1 % fram till 2030 utifrån täckningsgraden 2015/2016.

Kommun	År	Antal invånare 80 år och äldre	Faktiskt antal platser på vård- och omsorgsboende permanenta platser och platser för korttidsvård år 2015	Befintlig täckningsgrad % utifrån 80-w. + ökning med 1,0 % år 2030. +- utjämningsjustering vissa kommuner	Prognos antal platser med högre täckningsgrad än år 2015	Förändring i antal platser (nettoökning)
Askersund	2015	711	116	16,3		
	2020	740		16,3	121	5
	2030	1 220	Utjämnings 0,7 %	18,0	220	104
Degerfors	2015	627	126	20,0		
	2020	671		20,0	134	8
	2030	1 059		21,0	222	96
Hallsberg	2015	857	153	17,8		
	2020	936		17,8	167	14
	2030	1 456		18,8	274	121
Hällefors	2015	565	81	14,3		
	2020	592		14,3	85	4
	2030	724	Utjämnings 1,0 %	16,3	119	38
Karlskoga	2015	1 989	344	17,2		
	2020	2 027		17,2	349	5
	2030	2 792		18,2	508	164
Kumla	2015	945	167	17,7		
	2020	1 051		17,7	186	19
	2030	1 720		18,7	322	155
Laxå	2015	450	71	15,7		
	2020	447		15,7	70	-1
	2030	619	Utjämnings 1,0 %	17,7	110	39
Lekeberg	2015	376	80	21,2		
	2020	411		21,2	87	7
	2030	666	Utjämnings -1,0 %	21,2	141	61
Lindesberg	2015	1 387	274	19,7		
	2020	1 473		19,7	290	16
	2030	2 261		20,7	468	194
Ljusnarsberg	2015	310	127	40,9		
	2020	355		40,9	145	18
	2030	552	Utjämnings -3,0 %	38,9	215	88
Nora	2015	608	141	23,1		
	2020	680		23,1	156	20
	2030	1 154	Utjämnings -1,0 %	23,1	267	126
Örebro	2015	6 716	1 189	17,7		
	2020	6 973		17,7	1234	45
	2030	10 995		18,7	2056	867
Totalt Örebro län	2015	15 541	2869	18,5		
Prognos	2020	16 350		18,5	3025	156
Prognos	2030	25 218		19,5	4918	2049

Totalt behövs ca 4 918 vård- och omsorgsboende platser 2030 enligt denna beräkningsmetod. Detta innebär en nettoökning med ca 2 049 boende platser. Många kommuner kommer behöva en stor nettoökning för att tillgodose behoven, bland annat Askersund, Kumla och Nora.

Alternativ 3. Behovsminskningsmodellen - låg alternativ

Befolkningsutveckling 80 år och äldre samt förbättrad funktionsförmåga och strukturförändringar.

SCB:s undersökning om äldres funktionsförmåga visar att för varje år framåt kommer funktionsförmågan succesivt förbättras i de äldre åldersklasserna vilket resulterar i minskat behov av vård, det vill säga att andelen 80 - w som kommer att efterfråga vårdboende år 2030 minskar i förhållande till 2015/2016.

Statistiska centralbyråns hälsoindex visar att andelen äldre med svår ohälsa har minskat markant under de senaste decennierna. Utvecklingen är likartad i samtliga åldersgrupper. Förbättringen i de äldres hälsa borde rimligtvis ha haft betydelse för

utvecklingen av de äldres omsorgsbehov. Senaste 15 åren har andelen 80 år och äldre som bor på vårdboenden minskat.

Senaste femton årens utveckling med att de äldre som efterfrågar biståndsreglerad äldreomsorg till allt större del får sina behov tillgodosedda genom öppenvård kommer fortsätta även framöver. Detta minskar behoven av vårdboendeplatser men ökar kraven och behoven av öppenvårdsinsatser.

Mer ändamålsenliga bostäder för äldre samt en medicinteknisk och digital utveckling är också faktorer som påverkar behovet av vårdboendeplatser.

I detta alternativ har konsumtionen och behovet av vårdboende plats beräknats minskat med 5 % mellan 2015 och 2030. Fram till år 2020 prognostiseras en konsumtionsminskning med 1,5 %. Nivån på konsumtionsminskningen är ej vetenskapligt förankrad. Den bygger på ett antagande om vad ovanstående parametrar bidrar till att minska behoven i åldersklasserna 80 år och äldre.

En beräkning enligt denna modell visar på ett behov av ca 3 404 vårdboende platser år 2030, det vill säga en nettoökning med ca 535 platser. Hällefors, Karlskoga och Laxå har inget behov av fler vårdboende platser (nettoökning) än vad som fanns 2015. En vägvisare för om denna beräkning är realistisk, är att se hur utvecklingen blir fram till år 2020 - till dess ska i så fall sju kommuner ha ett överskott av antal vårdboende platser.

Kommun	År	Antal invånare 80 år och äldre	Faktiskt antal platser på vård- och omsorgsboende permanenta platser och platser för korttidsvård år 2015	-Befintlig täck- ningsgrad -Reducering med 1,5 % år 2020 -Reducering med 5,0 % år 2030	Prognos antal platser med lägre täckningsgrad än år 2015 minus reduktion 2020 och 2030	Förändring i antal platser (nettoök- ning/minskning)
Askersund	2015	711	116	16,3		
	2020	740		14,8	109	-7
	2030	1 220		11,3	138	22
Degerfors	2015	627	126	20,0		
	2020	671		18,5	124	-4
	2030	1 059		15,0	159	33
Hallsberg	2015	857	153	17,8		
	2020	936		16,3	153	0
	2030	1 456		12,8	186	33
Hällefors	2015	565	81	14,3		
	2020	592		12,8	76	-5
	2030	724		9,30	67	-14
Karlskoga	2015	1 989	344	17,2		
	2020	2 027		15,7	318	-26
	2030	2 792		12,2	341	-3
Kumla	2015	945	167	17,7		
	2020	1 051		16,2	170	2
	2030	1 720		12,7	218	51
Laxå	2015	450	71	15,7		
	2020	447		14,2	63	-8
	2030	619		10,7	66	-5
Lekeberg	2015	376	80	21,2		
	2020	411		19,7	81	1
	2030	666		16,2	109	29
Lindesberg	2015	1 387	274	19,7		
	2020	1 473		18,2	268	-6
	2030	2 261		14,7	332	58
Ljusnarsberg	2015	310	127	40,9		
	2020	355		39,4	140	13
	2030	552		35,9	198	71
Nora	2015	608	141	23,1		
	2020	680		21,6	147	7
	2030	1 154	271	18,1	209	68
Örebro	2015	6 716	1 189	17,7		
	2020	6 973		16,2	1 130	-59
	2030	10 995		12,7	1396	207
Totalt Örebro län	2015	15 541	2869	18,5		
Prognos	2020	16 350		17,0	2780	-89
Prognos	2030	25 218		13,5	3404	535

Alternativ 4 - Huvudalternativ

Baserat på befolkningsförändring 80 år och äldre och förbättrad funktionsförmåga. Huvudalternativet utgår från ett antagande om minskande konsumtion av äldreomsorg i takt med den minskande förbättrad hälsa och ökad medellivslängd. Utifrån detta beräkningssätt är detta alternativ ett mellanting mellan alternativ två och tre.

Sammanfattningsvis baseras antagandet om minskad konsumtion av äldreomsorg på följande faktorer:

- Den utveckling som varit de senaste åren (lägre konsumtion av äldreomsorg)
- Införandet av RUT-tjänster (d v s fler utnyttjar RUT istället för serviceinsatser inom hemtjänsten). Kvarboende förlängs.
- Ökat sammanboende (när männens medellivslängd ökar snabbare än kvinnornas lever paren en större del av sin tid tillsammans samtidigt som par konsumerar äldreomsorg i lägre grad än ensamboende).
- Den medicinska och tekniska utvecklingen som bland annat på sikt kan reducera förekomsten och effekterna av demens
- Befolkningens ökande utbildningsnivå (hälsoutvecklingen är mer gynnsam i befolkning med hög utbildningsnivå och därmed har högutbildade ett lägre omsorgsbehov).

I detta alternativ har *utjämningsjustering* inlagts genom att kommuner som ligger utanför genomsnittliga täckningsgraden av vårdboendeplatser i förhållande till 80 år och äldre, 18,5(intervall på plus/minus 1,5 %, 17,0-20,0 %) har räknats upp alternativt räknats ner.

Askersund 16,3 har räknats upp med 0,7 %, Hällefors 14,3 och Laxå 15,7 har räknats upp med 1,0 % och Lekeberg 21,2 samt Nora 23,1 har räknats ner med 1,0 samt Ljusnarsberg som har 40,9 och ligger betydligt högre än alla andra kommuner i länet har räknats ner med 3,0 %.

I detta alternativ har *konsumtionen och behovet av vårdboendeplats beräknats minska* med 1 % fram till 2030 utifrån täckningsgraden 2015/2016. Procentsatsen är av arbetsgruppen bedömd som en realistisk behovssänkning per åldersklass 80- och äldre utifrån de kända fakta som arbetsgruppen tagit del av, framförallt förbättrad hälsa och funktionsnivå.

Kommun	År	Antal invånare 80 år och äldre	Faktiskt antal platser på vård- och omsorgsböende permanenta platser och platser för korttidsvård år 2015	Befintlig täckningsgrad % utifrån 80-w. - minskning med 1,0 % år 2030. +- utjämningsjustering vissa kommuner	Prognos antal platser med lägre täckningsgrad som år 2015	Förändring i antal platser (nettoökning)
Askersund	2015	711	116	16,3		
	2020	740		16,3	121	5
	2030	1 220	Utjämning 0,7 %	16,0	195	79
Degerfors	2015	627	126	20,0		
	2020	671		20,0	134	8
	2030	1 059		19,0	201	75
Hallsberg	2015	857	153	17,8		
	2020	936		17,8	167	14
	2030	1 456		16,8	245	92
Hällefors	2015	565	81	14,3		
	2020	592		14,3	85	4
	2030	724	Utjämning 1,0 %	14,3	104	23
Karlskoga	2015	1 989	344	17,2		
	2020	2 027		17,2	349	5
	2030	2 792		16,2	452	108
Kumla	2015	945	167	17,7		
	2020	1 051		17,7	186	19
	2030	1 720		16,7	287	120
Laxå	2015	450	71	15,7		
	2020	447		15,7	70	-1
	2030	619	Utjämning 1,0 %	15,7	97	26
Lekeberg	2015	376	80	21,2		
	2020	411		21,2	87	7
	2030	666	Utjämning -1,0 %	19,2	128	48
Lindesberg	2015	1 387	274	19,7		
	2020	1 473		19,7	290	16
	2030	2 261		18,7	423	149
Ljusnarsberg	2015	310	127	40,9		
	2020	355		40,9	145	18
	2030	552	Utjämning -3,0 %	36,9	204	77
Nora	2015	608	141	23,1		
	2020	680		23,1	156	20
	2030	1 154	Utjämning -1,0 %	21,1	243	102
Örebro	2015	6 716	1 189	17,7		
	2020	6 973		17,7	1234	45
	2030	10 995		16,7	1836	647
Totalt Örebro län	2015	15 541	2869	18,5		
Prognos	2020	16 350		18,5	3025	156
Prognos	2030	25 218		17,5	4413	1544

Ca 1 544 vårdboende platser behöver nyskapas för att tillgodose behovet enligt detta scenario. Totalt behöver det i länet finnas ca 4 413 platser på vårdboende. I Nora, Askersund och Kumla krävs det ett särskilt stort nettotillskott av vårdboende platser i förhållande till nuvarande volym.

6. Slutsatser

Antal vård- och omsorgsboende platser år 2030

Efterfrågan på bostäder till äldre och då i synnerhet vård- och omsorgsboende kommer öka kraftigt närmaste 15 åren. Årsskiftet 2015/2016 fanns 2863 platser i Örebro län. Exakt hur stor utbyggnaden av nya vård- och omsorgsboende platser som behövs går inte med exakthet fastställas för år 2030 eftersom det är många faktorer som påverkar efterfrågan. Den främsta påverkansfaktorn är volymen äldre-äldre personer eftersom sambandet mellan hög ålder och efterfrågan på vård- och omsorgsboendeplatser är mycket starkt.

I utredningen har fyra olika prognoser använts och omvandlats till beräkningsmodeller. De alternativ som prognostiserade största behovet av vårdboendeplatser påvisade att det år 2030 behövs ca 4 918 platser totalt inom Örebro län och det alternativ som redovisade minsta behovet angav ca 3 404 platser. Det scenario som av utredningsgruppen bedömts som mest realistiskt är huvudalternativet. Denna beräkningsmodell visar ett behov av ca.4413 vårdboendeplatser totalt för Örebro län. Nettoutökningen utifrån befintliga volymen årsskiftet 2015/2016 är ca 1 544 vårdboendeplatser.

Allra störst behov av volymökning proportionellt har kommunerna Askersund, Kumla och Nora som skulle behöva öka kapaciteten med 70-72 % från befintlig volym till år 2030.

Alla kommuner i länet bedöms ha behov av nybyggnation av platser på vård- och omsorgsboende fram till år 2030.

Förutom behov av nettoökning av antalet vårdboendeplatser har flera kommuner i länet äldre vårdboendeanläggningar som inte betraktas som ändamålsenliga och effektiva och som därmed behöver byggas om eller ersättas.

Planering

Den stora behovsökningen av vårdboendeplatser kommer efter år 2020. Men redan nu behöver planeringsprocessen kring behovet av vårdboende påbörjas eftersom en nybyggnads process från idé till färdigställande av nytt vårdboende är normalt tidsmässig lång och tidsintervallet 3-5 år för denna process är relativt vanlig.

Framförhållning behövs för att ekonomiskt kunna hantera en kraftig utbyggnad av vårdboendeplatser. Driftkostnad för ca 1 544 nya vårdboende platser är årligen ca.1 158 miljoner kronor (750 tusen kronor x 1 544 platser).

Även övrig äldreomsorg och hälso- och sjukvård kommer att stå inför stora utmaningar med anledning av att antal personer 80 och äldre kommer att öka med drygt 60 % fram till år 2030.

80 år och äldre tar idag i anspråk drygt 25 % av slutenvårdens vårdtimmar och vårdtiddagar inom Region Örebro län.

Både kommunernas vård- och omsorgsverksamheter och Region Örebro läns hälso- och sjukvårdsverksamheter behöver, på grund av den kraftiga ökningen av personer 80 - w, tillsammans fortsätta utveckla de mest effektiva vårdprocesserna för att få hög kvalitet i verksamheterna men också klara av de ökade ekonomiska åtagandena.

Vad gäller vårdboende har konceptet med att bygga ihop vårdcentral och vårdboende blivit ett alternativ som bidragit till ökad samverkan mellan personalkategorier men också ett samutnyttjande av lokalytor, vilket har reducerat den totala lokalkostnaden.

Förebyggande insatser

Det blir allt mer nödvändigt att hitta metoder, arbetssätt, ny teknik och bra bostäder för äldre, som på olika sätt kan förebygga behovet av omsorg och vård och klara utmaningen av att antalet äldre-äldre ökar kraftigt och försörjningskvoten minskar.

En bra förebyggande metod är att skapa särskilt anpassade boendeformer inom ramen för ordinärt boende.

För den äldre målgruppen kan en utveckling och utbyggnad av särskilt anpassade boendeformer i det ordinära beståndet, alltså vid sidan av vårdboenden, bidra till trygga och säkra boendeförhållanden, som kan skjuta upp behovet av mer omfattande vård- och omsorgsinsatser. Boendet utgör en trygghet även för anhöriga som vet att hjälp finns att få vid behov. För närvarande finns främst två boendeformer, så kallade seniorbostäder respektive trygghetsbostäder. Flera kommuner i länet har i sina bostadsförsörjningsplaner angett att man framledes har tankar på byggnation av senior/trygghetsbostäder. Förslag har också kommit om att kommunerna bör genomföra bostadsinventering av tillgänglighet utifrån äldre och funktionsnedsattas förutsättningar/behov, för att få underlag på vad som behöver förbättras för att kunna erbjuda äldre personer goda/ändamålsenliga bostäder och stimulera kvarboende i ordinära lägenheter.

Ett ökat antal trygghetsbostäder och seniorbostäder kan minska efterfrågan på i första hand vård och omsorgsboende. Ett ökat utbud sätter också i gång flyttkedjor som underlättar för andra grupper att hitta en bostad och etablera sig på bostadsmarknaden.

För många äldre blir det ofta svårt att bo kvar i den bostad man haft länge på grund av till exempel bristande tillgänglighet eller otrygghet. Vardagslivet blir begränsat i och med att få bostäder är anpassade efter personer med funktionsnedsättningar, ibland med ensamhet och isolering som följd.

Hur nybyggnation av lägenheter i det ordinarie bostadsbeståndet sker idag kan också påverka behovet av särskilt anpassade lägenheter framöver. Om det redan från början går att säkerställa att lägenheterna utformas för att passa äldre (tröskelfritt, dusch, övriga utrymmen) kan behovet av särskilda bostäder påverkas och förskjutas. Detta inkluderar även hänsynstagande till service i närområdet, utemiljöer, med mera.

För att framtida behov ska kunna tillgodoses är det viktigt att samtliga kommuner påbörjar ett aktivt planeringsarbete med att skapa bra bostäder för äldre men framförallt beräkna behovet av nya platser på vård- och omsorgsboende fram till 2030. Förhoppningen är att denna rapport ska vara ett stöd för kommunernas bostadsplanering och planering av vård- och omsorgsboenden.

Källor

Boverket (2015a): *PM om seniorbostäder och trygghetsbostäder*. Promemoria 2015-04-27.

Boverket (2015b): *Begreppsförklaring Bostadsmarknadsenkäten 2016*. 2015-12-01.

Hallsbergs kommun (2016): Enkät svar.

Äldres boende idag och i framtiden, Bostadspolitiskt program för PRO 2013.

Omvärldsanalys – trender och framtid i äldreomsorgen, Älmhults kommun 2015

Boendetider vård- och omsorgsboenden i Stockholms stad, Äldreförvaltningen, Stockholms kommun, 2015.

Framskrivning av äldreomsorgsbehovet perioden 2016-2040, Äldreförvaltningen, Stockholms kommun.

Rapport 2015:8 Ett kunskapsunderlag för planering av morgondagens äldreomsorg - ”Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mittemellan”, Vårdanalys, Myndigheten för vård och omsorgsanalys.

”Strategier för ökad möjlighet till kvarboende för äldre personer i Nora kommun”, Nora kommun, 2016-04-21.

”Öppna jämförelser 2015”, Socialstyrelsen.

”Hälso- och sjukvårdsstatistik”, Region Örebro län.

”Befolkningsstatistik”, Statistiska Centralbyrån, Tillväxt och regionalplaneförvaltningen (TRM), Stockholms läns landsting.

Lagar

SFS 1992:1574: Lag om bostadsanpassningsbidrag m.m.

SFS 2000:1383: Lag om kommunernas bostadsförsörjningsansvar.

SFS 2001:453: Socialtjänstlag.