

Program för Äldreplan 2019-2026

- *Se mig! Äldreplan för Ale kommun*

Styrdokument	
Dokumenttyp	Program
Beslutad av	Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden
Beslutsdatum	2018-06-01
Ansvarig sektor	Sektor ATO
Gäller för	Verksamhetsområde äldreomsorg Verksamhetsområde äldreboende och hälso- och sjukvård men dokumentet har också bäring på andra sektorer verksamhet i kommunen
Gäller från	2019-01-01
Gäller till	2026-12-31
Revideras	Under 2026
Ansvarig för revidering	Verksamhetschef äldreomsorg samt verksamhetschef äldreboende och hälso- och sjukvård

Sammanfattning

På uppdrag av Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden har en äldreplan arbetats fram med hög delaktighet av kommuninvånare, företrädare för pensionärsorganisationer, medarbetare och chefer. Utifrån det nationella betänkandet: *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer* har åtta övergripande mål tagits fram – ett för varje temaområdet i betänkandet. Till varje mål finns också förslag på strategier och aktiviteter för att nå det önskade läget 2026.

Mål 2026

– Se mig! Äldreplan för Ale kommun

”Jag vill att personalen ska tycka om att komma hem till mig”.
(Kvalitet och effektivitet)

”Jag trivs och utvecklas på min arbetsplats och ser varje individs behov och förmåga.”
(God kompetensförsörjning)

”Jag har, oavsett bakgrund och förmåga, förutsättningar att leva ett gott liv”.
(Hälsöfrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser)

”Om jag blir sjuk så vet jag att jag får den hjälp jag behöver”
(Sammanhållen vård och omsorg)

”Som anhörig känner jag mig trygg och väl bemött och upplever att jag ses som en resurs”.
(Anhöriga)

”Jag har tillgång till teknik som ökar min självständighet och underlättar min vardag”.
(Välfärdsteknik)

”När jag har behov av stöd och hjälp vet jag vart jag ska vända mig och mitt behov sätts i centrum”.
(Handläggning av behov)

”Mitt boende underlättar min självständighet och ger mig trygghet”.
(Boende för äldre personer)

Innehållsförteckning

Inledning/uppdrag	5
Planens struktur	5
Processen	5
Planens utgångspunkter	6
Nationellt	6
Nuläge i Ale.....	6
Högre kvalitet och ökad effektivitet	8
Kvalitet	8
Effektivitet.....	8
Förslag på nationell nivå	8
Nuläge i Ale - kvalitet och effektivitet	9
Förslag på lokal nivå - kvalitet och effektivitet.....	12
God kompetensförsörjning	13
Tillgång till och efterfrågan på personal	13
Förslag på nationell nivå	14
Nuläge i Ale – kompetensförsörjning.....	15
Förslag på lokal nivå - god kompetensförsörjning	17
Hälsöfrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser.....	18
Lagstiftning	18
Förslag på nationell nivå	19
Evidens för effekterna av förebyggande arbete	19
Nuläge i Ale – hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser	20
Förslag på lokal nivå - hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser.....	23
Sammanhållen vård och omsorg	25
Lagstiftning	25
Förslag på nationell nivå	26
Nuläge Ale – sammanhållen vård och omsorg	26
Förslag på lokal nivå – sammanhållen vård och omsorg.....	27
Anhöriga.....	28
Förslag på nationell nivå	29
Nuläge i Ale – anhöriga.....	29
Förslag på lokal nivå - anhöriga	29
Välfärdsteknik	30
Förslag på nationell nivå	30
Nuläge Ale – välfärdsteknik.....	30
Förslag på lokal nivå - välfärdsteknik	31
Handläggning av behov.....	32

Lagstiftning	32
RUT	33
Förslag på nationell nivå	33
Nuläge Ale – handläggning av behov	33
Förslag på lokal nivå - handläggning av behov	34
Boendeformer för äldre personer.....	35
Lagstiftning	35
Särskilt boende	35
Förslag på nationell nivå	36
Nuläge Ale – boendeformer för äldre personer	37
Förslag på lokal nivå - boendeformer för äldre personer	38
Tidsplan och uppföljning.....	39
Tack till	39
Bilageförteckning	40

Inledning/uppdrag

Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden har begärt att en äldreplan ska tas fram som beskriver Ale kommuns riktning gällande äldrefrågor. Planen är tänkt som ett långsiktigt dokument som ska gälla under perioden 2019-2026.

Planen ska ta sin utgångspunkt i betänkandet *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer* och göras med hög delaktighet av medborgarna och brukare/närstående.

Äldreplanen förväntas:

- Tydliggöra kommunens långsiktiga mål för äldre i Ale
- Skapa trygghet för äldre och anhöriga ur ett längre tidsperspektiv
- Planera för ökad produktion utifrån att kommunen växer
- Förändra utbudet för att möta framtidens äldre
- Fånga idéer och förslag från Aleborna

Precis som anges i det nationella betänkandet är långsiktighet nödvändigt för att kunna bedöma om en metod eller arbetssätt har positiv effekt för den äldre personens hälsa och välbefinnande. Det tar tid för nya arbetssätt och metoder att få genomslag och ge en mätbar effekt, därför sträcker sig denna äldreplan över två mandatperioder.

Planens struktur

Planen är uppbyggd kring de temaområden som betänkandet bygger på. Varje temaområde innehåller en kort sammanfattning av betänkandet och dess förslag samt en nulägesbild av hur det ser ut i Ale. Därpå följer förslag på kommunens mål, strategier och aktiviteter som utarbetats i nära samverkan och med hög delaktighet från kommuninvånare, medarbetare och chefer.

Processen

Under hösten 2017 påbörjades arbetet med äldreplanen och sju st workshops genomfördes inom ramen för brukarråden samt på det kommunala pensionärsrådet (KPR). Utifrån en kort sammanfattning av betänkandet diskuterades frågan; *Vilken är den viktigaste framtidsfrågan avseende äldre i Ale för dig?* Vidare deltog representanter från sektorn på seniormässan för att informera om arbetet med äldreplanen och fånga upp intresserade personer till en referensgrupp.

Under början av 2018 genomfördes liknande workshops på fem arbetsplatsträffar inom berörda verksamheter och avslutningsvis hölls en större workshop med ca 60 deltagare för att ”knyta ihop säcken”. Den avslutande workshopen inleddes av Susanne Rolfner Suvanto som var regeringens särskilda utredare i framtagande av den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer och hon medverkade som stöd och inspiration under dagen. Förutom medarbetare och chefer inom sektorn deltog även invånare i Ale som anmält sig till referensgruppen. Totalt var det sju arbetsgrupper med en blandning av deltagare i varje grupp. Observeras bör att gruppernas sammansättning fått stor inverkan på resultatet av gruppernas respektive arbete.

I processen har även medborgarpanelen nyttjats vid två tillfällen för att försöka nå personer som vi normalt sett inte når inom ramen för sektorns verksamheter. Den mer omfattande enkäten skickades till 300 personer varav 90 svarade på frågorna.

En sammanfattning av resultatet från enkäterna, workshops och annat inkommet material bifogas. Delar av materialet kan komma att användas som underlag till olika arbetsgrupper framgent.

Planens utgångspunkter

Nationellt

Regeringen gav i juni 2015 Susanne Rolfner Suvanto i uppdrag att ta fram förslag till en nationell kvalitetsplan för hur vård och omsorg om äldre personer kan ges med högre kvalitet och på ett effektivare sätt än idag med utgångspunkt i jämlikhet, inflytande och valfrihet för äldre. Utredningen överlämnades till äldreministern den 31 mars 2017. Betänkandet som benämns; *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer* är en långsiktig plan som omfattar fyra mandatperioder.

I betänkandet framhålls att vård och omsorg är en relationell verksamhet. En helhet med utgångspunkt från trion;

- den som får vård och omsorg
- den som ger vård och omsorg
- den anhöriga

Planeringen och organiseringen av vård- och omsorgsarbete måste utgå från dess specifika karaktär. Den ska skapa utrymme för handlingsfrihet för personalen att kunna hantera individuella behov och önskemål och klara oväntade situationer. Den ska tillgodose att personalen får de förutsättningar som krävs – utbildning, handledning och tid. Den ska utgå från att den äldre personen ska vara delaktig i och medskapande till sin vård och omsorg. Den ska kunna involvera och stödja de anhöriga.¹ I betänkande framhävs också vikten av att vården och omsorgen om äldre personer är jämställd och jämlik.

I betänkandet lämnas förslag till en mängd åtgärder inom följande temaområden;

- Högre kvalitet och ökad effektivitet
- God kompetensförsörjning
- Hälsöfrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser
- Sammanhållen vård och omsorg
- Anhöriga
- Välfärdsteknik
- Handläggning av behov
- Boendeformer för äldre personer

Förslagen beskrivs mer ingående i respektive avsnitt nedan. Som framhålls i betänkande måste vi veta var vi står idag (nuläge) för att kunna mäta och säkerställa att vi rör oss i önskad riktning.

Det som många är överens om är att vi står inför stora utmaningar framöver gällande hur vi ska kunna tillgodose de äldres behov av vård och omsorg. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) pekar prognoserna på att antalet personer som är 75 år och äldre kan komma att fördubblas från 2014 till 2050. Även med en fortsatt positiv utveckling av äldres funktionsförmåga, talar det mesta för ett växande behov av vård och omsorg under de kommande decennierna.²

Nuläge i Ale

Likt många kommuner står Ale inför en rad olika komplexa samhällsfrågor. Frågorna rymmer inom det vi kallar hållbar utveckling och Agenda 2030. Hållbarhetsfrågorna innefattar och berör områden som

¹ SOU 2017:21, Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (s 32)

² Rapport 2015:8, Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan, Vårdanalys (s. 19)

bland annat handlar om människors välmående, bevarande av naturresurser och livskvalitet. Det kan gälla hälsa, utbildning, sysselsättning och boende så väl som möjligheter till samhälleligt deltagande och inflytande, jämlikhet och jämställdhet. Med utmaningar som en åldrande befolkning, påfrestningar på miljön, bostadsbrist, ökad inflyttning till städer och skillnader i levnadsvillkor och hälsa är detta en högst aktuell fråga i dag så väl som i framtiden. Här har kommunen ett viktigt ansvar för att möjliggöra och säkerställa invånarnas behov och rättigheter i många olika frågor.

Befolkning

Alebor i åldern 65 år och äldre utgör idag mindre än en femtedel av Ales befolkning (cirka 17 %). Kommunens befolkningsprognos visar att tolv år framåt i tiden är det kraftiga skillnader mellan hur antalet yngre och äldre pensionärer i kommunen förändras. Den yngre pensionärsgruppen, 65-79 år, växer inte alls utan kanske till och med minskar något. Den äldre gruppen, 80+ år ökar däremot starkt – med 63 procent, att jämföra med totalfolkmängdens 35 procent.

Den längre prognosen som sträcker sig till 2040 visar istället en motsatt bild med nya mönster för utvecklingen av pensionärsåldrarnas olika åldersklasser. Den yngre gruppen, 65-79-åringarna, växer starkt till skillnad mot att den stagnerat under de första tolv prognosåren. Och det omvända gäller för den äldre gruppen i åldrarna 80+ år. Från att ha ökat kraftigt fram till år 2029 växer den inte alls utan till och med minskar något fram till år 2040. Följande tabell sammanfattar hur äldregrupperna förändras enligt de båda prognoserna.

	Antal personer		
Ålder/År	2017	2029	2040
65-79 år	4 205	4 080	5 330
80+ år	1 139	1 850	1 800

Tabell 1. Befolkningsprognos 2018

Folkhälsan i Ale, likt den i Sverige, är bra sett ur ett globalt perspektiv och i flera avseenden blir den bättre. Men samtidigt är inte hälsan jämnt fördelad i befolkningen och ojämlikheten i hälsa mellan vissa grupper ökar. Medellivslängden ökar över tid för både män och kvinnor, vilket innebär att dödligheten minskar. Nationellt minskar exempelvis dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar och de fyra vanligaste formerna av cancer. Samtidigt ökar förekomsten av flera riskfaktorer, till exempel övervikt och fetma, liksom andelen som uppger att de har högt blodtryck. Hälsan kan ses som en indikator på hur jämlikt ett samhälle är och är därför viktig att följa. Samtliga av kommunens verksamhetsområden har på ett eller annat sätt bäring på hälsan.

Högre kvalitet och ökad effektivitet

Utvecklingen av vården och omsorgen av äldre personer har historiskt sett haft en positiv utveckling. På goda grunder antas i betänkandet att vi inte tidigare haft en lika bra vård och omsorg om äldre personer som vi har idag. Den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer ska vara ett stöd för att denna positiva utveckling fortsätter.³

Kvalitet

Kvaliteten i vården och omsorgen skapas i det dagliga arbetet och stärks genom ett systematiskt kvalitetsarbete på respektive arbetsplats. Kvalitet är ett brett begrepp, som både kan inkludera de förutsättningar som finns i form av t.ex. lokaler, bemanning, rutiner och utrustning, hur arbetet utförs och resultatet – blev det bra, och i så fall ur vems perspektiv? I en relationell verksamhet som äldreomsorgen är det lättare att mäta vilka förutsättningar som finns, än vad resultatet blev. Hur sambandet ser ut mellan förutsättningar och resultat är mer svårbedömbart.⁴

I både socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) betonas vikten av god kvalitet. ”Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet ... Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras” (3 kap. 3 § SoL). ”Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras” (31 § HSL).⁵

Socialstyrelsen framhåller att god kvalitet förutsätter att vården och omsorgen är; kunskapsbaserad, individanpassad, säker, tillgänglig och jämlik.⁶

Effektivitet

Begreppet effektivitet missförstås ibland och förstås då som produktivitet. Ett exempel för att belysa detta missförstånd hämtas från betänkandet;

”En matlåda hängd på dörrhandtaget kan ge hög produktivitet – man hinner förse många äldre med sin lunch. Men vara usel om man ser till effektiviteten, om den som får insatsen på detta sätt inte äter, eller äter dåligt. Om målet för kommunens vård och omsorg är att den äldre personen inte ska bli undernärld, och att hen ska få uppleva måltiden som en bra del av dagen, ja då kan det vara effektivt att laga maten i den äldre personens hem, även om det tar längre tid.”⁷

Effektivitet beskrivs ibland som att göra rätt saker för rätt personer på rätt sätt vid rätt tidpunkt.

För att höja kvalitet och kunna se effekterna av vidtagna åtgärder framhålls i betänkandet vikten av långsiktighet och en plan som innefattar personalens möjlighet till rätt kompetens, handledning och reflektion. Det måste också finnas förutsättningar för att utföra en god och säker vård och omsorg som säkerställer den äldre personens delaktighet och inflytande.⁸

Förslag på nationell nivå

- Att arbetet med kvalitetsregister så som IBIC ska fortsätta samt utvecklas och utvärdera om modellen bidrar till att äldre personers behov tillgodoses på ett rättssäkert sätt och ger tillgång

³ SOU 2017:21, Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (s. 31)

⁴ Ibid (s. 126)

⁵ Ibid (s. 119)

⁶ Ibid (s. 120)

⁷ Ibid (s. 135)

⁸ Ibid. (s.117)

till omsorg som är jämställd och jämlik samt stödjer den äldre personens möjlighet till inflytande.

- Värdegrund och människosyn - likvärdighet, självbestämmande. Jämställd och jämlik vård och omsorg
- Att de fyra äldrepolitiska målen kompletteras med ett femte mål om att det ska finnas en tillgång till *jämlik* och *jämställd* vård och omsorg

Nuläge i Ale - kvalitet och effektivitet

Arbetet med att utveckla kommunens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens riktlinjer och allmänna råd (SOSFS 2011:9) som avser hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamheter enligt LSS fortgår. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Enligt Socialstyrelsen ska det systematiska förbättringsarbetet bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser. Med kvalitet avses i detta sammanhang att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten, samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.⁹ I Ale pågår ett intensivt arbete med att bygga ledningssystemet i samklang med övriga processer så att eventuella synergieffekter kan tas tillvara.

Ale deltar, precis som landets övriga kommuner, i Socialstyrelsens arbete med ”Öppna jämförelser”. Öppna jämförelser syftar till att öka insyn och användas för analys, uppföljning och utveckling inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter.¹⁰

En återkommande del av Öppna jämförelser är den nationella brukarundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” som varje år skickas ut till landets äldre som har hemtjänst eller bor på särskilda boenden. Undersökningen är uppdelad i flera olika kvalitetsområden som t.ex. ”Hälsa”, ”Utförande” och ”Boendemiljö”. Resultaten redovisas på både enhets- och kommunnivå. I Ale kommun ligger resultaten från undersökningen till grund för utveckling av verksamheten; svaren ger värdefull förståelse för vilka förbättringsområden som finns för verksamheten utifrån ett brukarperspektiv. Resultaten analyseras på enhetsnivå och aktiviteter och/eller åtgärder formuleras sedan inom ramen för arbetet med verksamhetsplan och budget.

I Ale har 2015 och 2016 års enkäter haft anmärkningsvärda låga svarsfrekvenser vilket påverkat validiteten i svaren och därmed förutsättningarna för att använda resultaten i den egna verksamhetsutvecklingen. Inför 2017 gjordes därför riktade insatser för att höja svarsfrekvensen vilket också fick effekt. Svarsfrekvensen för 2017 var klart högre än snittet för såväl riket som Västra Götalands län. Framgångsfaktorerna i arbetet med att höja svarsfrekvensen kommer tillvaratas inför 2018 års undersökning.

⁹ <http://www.socialstyrelsen.se/ledningssystem> (hämtad 2018-02-21)

¹⁰ <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser> (hämtad 2018-03-26)

Nedan följer en tabell med redovisning av nuläget i Ale kommun såväl som en historisk jämförelse.

Frågeområde	2015	2016	2017
Hemtjänst - helhetssyn	90	87	89
Hemtjänst - information om förändringar	70	62	64
Hemtjänst - behov anpassas	75	74	73
Hemtjänst - bemötande	98	98	96
Hemtjänst - besväras ofta av ensamhet	14	10	12
Hemtjänst - bor med annan vuxen	26	29	28
Hemtjänst - få kontakt med Hemtjänstpersonalen	83	85	86
Hemtjänst - förtroende för personalen	93	94	93
Hemtjänst - hälsotillstånd	29	32	29
Hemtjänst - hänsyn till åsikter och önskemål	89	86	88
Hemtjänst - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	62	55	63
Hemtjänst - möjlighet påverka tider	66	60	60
Hemtjänst - personalen kommer på avtalad tid	85	85	84
Hemtjänst - personalen utför sina arbetsuppgifter	89	87	87
Hemtjänst - rörlighet inomhus	27	19	24
Hemtjänst - själv svarat på frågorna	59	60	59
Hemtjänst - svåra besvär av ängslan oro eller ångest	7	4	6
Hemtjänst - tillräckligt med tid	86	87	82
Hemtjänst - trygghet	87	91	89
Särskilt boende - helhetssyn	84	82	73
Särskilt boende - möjligheten att komma utomhus	60	61	60
Särskilt boende - sociala aktiviteter	65	63	45
Särskilt boende - tillgång till sjuksköterska	73	67	60
Särskilt boende - bemötande	96	93	90
Särskilt boende - besväras ofta av ensamhet	16	20	20
Särskilt boende - få kontakt med personalen på boendet	87	87	88
Särskilt boende - förtroende för personalen	87	84	88
Särskilt boende - hälsotillstånd	25	37	17
Särskilt boende - hänsyn till åsikter och önskemål	82	81	84
Särskilt boende - information om förändringar	47	49	40
Särskilt boende - maten	82	75	67
Särskilt boende - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål	47	50	46
Särskilt boende - möjlighet påverka tider	69	56	47
Särskilt boende - plats på äldreboende	88	93	93
Särskilt boende - rörlighet inomhus	10	13	14
Särskilt boende - själv svarat på frågorna	27	42	30
Särskilt boende - svåra besvär av ängslan oro eller ångest	11	13	20
Särskilt boende - tillräckligt med tid	69	67	63
Särskilt boende - trivs med rum/lägenhet	76	70	67
Särskilt boende - trivsamma gemensamma utrymmen	69	62	52
Särskilt boende - trygghet	95	87	82

Tabellen visar hur andelen positiva svar fördelar sig på de olika frågorna. Det går till exempel att utläsa att den upplevda hälsan är sämre för de äldre på särskilda boenden än för de med hemtjänst; upplevda besvär av ensamhet samt ängslan, oro och ångest är också större på boendena. Detta följer en nationell trend och tas bland annat upp i socialstyrelsens nationella jämförelserapport om

undersökningen.¹¹ Andelen som uppger att någon annan svarat på frågorna är högre inom de särskilda boendena.

När det gäller brukarnas upplevelser av hemtjänsten så ökar upplevelsen av ensamhet samt besvär av ängslan oro och ångest. Inom Ale hemtjänst har det pågått ett riktat arbete för att öka andelen brukare som vet var de ska vända sig med eventuella synpunkter och klagomål. Arbetet har gett effekt och 2017 års siffra är den högsta någonsin.

För både hemtjänst och särskilda boenden är upplevelsen av personalens bemötande och utförande väldigt god. Det redovisas även höga värden på upplevelsen av trygghet och om personalen tar hänsyn till den enskildes önskemål.

Utöver Socialstyrelsens Öppna jämförelser genomförs även mätningar inom ramen för ”KKiK” (Kommunens Kvalitet i Korthet). KKiK samordnas av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) och syftar till att mäta kommuners kvalitet utifrån utvalda nyckelindikatorer och områden.¹² För äldreomsorgens del handlar det bland annat om frågor om omsorgs- och serviceutbud, personalkontinuitet och väntetid på särskilda boenden. Nedan tabell visar Ale kommuns resultat från valda delar av KKiK 2015-2017.

	2015	2016	2017
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg av maxpoäng	49	60	67
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre erbjuds daglig utevistelse	100	100	100
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre erbjuds tid utifrån sina egna önskemål dagligen	0	0	46
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre har möjlighet att välja alternativ rätt vid huvudmål	0	0	18
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet/lägenheten	0	37	55
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre kan påverka tv-kanaler utöver basutbudet i den egna lgh	100	100	100
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre kan påverka tv-kanaler utöver basutbudet i gemensamhetslokal	0	0	0
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre serveras kvälls/nattmål	100	100	100
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre själv kan välja tid för nattvila	100	100	100
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre själv kan välja tid för uppstigning på morgonen	100	100	100
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst en organiserad och gemensam aktivitet per dag på helgen	0	18	18
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst två organiserade och gemensamma aktiviteter på vardagar	0	18	46
Brukare i särskilt boende för äldre som har möjlighet att tala sitt modersmål (inkl. svenska) med sin kontaktman	0	97	98
Enheter i särskilt boende där det är möjligt att bli sambo		100	100
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	11	16	17
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	94	71	25

Resultatet visar bland annat att personalkontinuiteten i hemtjänsten minskar, att omsorgs- och kvalitetsutbudet ökar på särskilda boenden och att väntetiden på plats minskar. Mätningarna inom KKiK är, precis som brukarundersökningen, viktiga pusselbitar i utvecklingen av verksamheten.

¹¹ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-5> (hämtad 2018-03-26)

¹²

<https://skl.se/demokratiledningstyrning/kvalitetstyrning/foljaupp/utveckla/kommunenskvalitetikorthetkkik/dethararkkik.14456.html> (hämtad 2018-03-26)

Förslag på lokal nivå - kvalitet och effektivitet

Tema	Kvalitet och effektivitet			
Mål 2026	”Jag vill att personalen ska tycka om att komma hem till mig.”			
Strategier	Utveckla salutogent förhållningssätt i äldreomsorgen*	All verksamhet ska bedriva ett systematiskt kvalitets- och uppföljningsarbete	Ökad kontinuitet	Förtroende och tillit
Aktiviteter	I samverkan arbeta fram aktiviteter för att implementera ett salutogent förhållningssätt.	Arbetet med kvalitetsledningssystemet ska färdigställas och implementeras full ut i alla verksamheter.	Samordna insatser Arbeta fram redskap för att uppnå en ökad kontinuitet	Främja relationen mellan den som behöver och den som ger vård och omsorg, t.ex. utveckla kontaktmannaskap

*Ett salutogent förhållningssätt innebär att man utgår från, och tar vara på, det friska hos individen. Man utgår från hälsans ursprung och arbetar hälsofrämjande utifrån varje individs enskilda förutsättningar och stimulerar till en känsla av självständighet och meningsfullhet.

God kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning kan beskrivas som en process för att fortlöpande säkerställa rätt kompetens hos personalen för att nå verksamhetens mål och tillgodose dess behov. Det handlar både om att det ska finnas personal och att dessa har rätt kompetens. Tillräcklig tillgång till yrkeskompetent personal är nödvändig för att uppnå god kvalitet inom vård och omsorg om äldre personer.¹³

Enligt betänkandet är det en kvarts miljon anställda som arbetar med kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre personer. Nio av tio är undersköterskor och sex av tio bland dessa har yrkesutbildning för sitt arbete. Övervägande delen av de som arbetar inom området är kvinnor. I jämförelse med andra OECD-länder har Sverige mycket personal i förhållande till den äldre befolkningen och personalvolymen i Sverige har ökat mer än den äldre befolkningen sedan 2009.¹⁴ Ändå råder för närvarande brist på yrkesutbildad personal inom flertalet yrken inom vård och omsorg om äldre personer. En brist som förväntas öka de kommande åren.¹⁵

Det finns ett säkerställt samband mellan yrkeskompetent personal och god kvalitet i vård och omsorg. Olika studier visar även på ett samband mellan kvalitetsbrister i särskilt boende och låg bemanning.¹⁶ På nationell nivå framhålls vikten av att kraven på god yrkeskompetens ökar framgent. Personalens kvalifikationer måste ses i förhållande till äldre personers hälsa, funktionstillstånd och sociala förhållanden.¹⁷

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) framhåller i sin rapport om tillsynserfarenheter 2015 att personer som bor på särskilda boenden och personer som får hjälp från hemtjänst och hemsjukvård många gånger har komplexa och omfattande behov av både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser vilket ställer delvis nya krav på kompetens hos den personal som ger de äldre omvårdnad och omsorg. Kompetensbristen hos personalen kommer även till uttryck i lex Sarah- och lex Maria anmälningar där vård- och omsorgsgivarna lyfter fram brist på kompetens som en orsak till missförhållanden och vårdskador inom vården och omsorgen om äldre.¹⁸

Tillgång till och efterfrågan på personal

I Långtidsutredningen 2015 som det refereras till i betänkandet genomfördes analyser av arbetskraftsbehov och kompetensförsörjning fördelat på så kallade funktionella analysregioner (FA-regioner). En FA-region är en grupp av kommuner som på sikt kan antas vara självförsörjande vad gäller arbetskraft och arbetstillfällen. Dessa regioner utgör lokala arbetsmarknader utifrån pendlingsströmmar över kommungränser. Utredningen visade att befolkningen i arbetsför ålder väntas minska i 60 av 72 FA-regioner fram till år 2040, vilket innebär att det kan bli svårt för såväl offentlig som privat sektor att rekrytera personal.¹⁹

I betänkandet redovisas översiktligt några olika beräkningar gällande långsiktig tillgång och efterfrågan på personal. Beroende på vilket perspektiv som antas, avgränsningar, metod och andra antagandet blir resultatet något olika. Enligt Statistiska centralbyråns (SCB) beräkningar kommer det råda *viss brist* på arbetsterapeuter år 2035, *brist* på fysioterapeuter, *relativ balans* avseende grundutbildade sjuksköterskor, *stor brist* på specialistutbildade sjuksköterskor (speciellt inom geriatrik) och *ett överskott* av socionomer. Gällande undersköterskor visar beräkningarna på en brist på 160 000 undersköterskor år 2035. Dock ska det uppmärksammas att flera faktorer som påverkar

¹³ SOU 2017:21, Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, (s. 334)

¹⁴ Ibid. (s. 33)

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid (s.269)

¹⁷ Ibid. (s. 249)

¹⁸ Ibid (s 270)

¹⁹ Ibid. (s. 316)

tillgång och efterfrågan är svåra eller omöjliga att långsiktigt förutse så som migrationens omfattning, den samhällsekonomiska utvecklingen, yrkessammansättning i personalen etc.²⁰

I betänkandet identifieras två nyckelgrupper att beakta i den framtida kompetensförsörjningen, dels personer som är i den senare delen av sitt arbetsliv, dels utrikes födda personer.²¹

Förslag på nationell nivå

- Utred legitimation för undersköterskor i syfte att synliggöra och stärka den professionalisering som är nödvändig i rollen
- Öka antalet personer som årligen slutför en usk-utbildning
- Bestämmelser om att enhetschefer i särskilda boenden, hemtjänst och dagverksamheter ska ha lämplig utbildning
- Inrätta en nationell ledarskapsutbildning för enhetschefer
- Högskoleutbildning för biståndshandläggare
- Nationellt inriktningsmål för antal anställda per chef
- Att studenter till socionom och sjuksköterska läser mer om gerontologi och geriatrik

Som en konsekvens av ovanstående förslag har regeringen under hösten 2017 tillsatt en särskild utredare som ska överväga och lämna förslag till hur yrket undersköterska kan regleras i syfte att öka kvaliteten och säkerheten i hälso- och sjukvården och omsorgen. Utredaren ska bland annat:

- Beskriva yrkets innebörd och yrkesrollens beskaffenhet,
- Föreslå en ändamålsenlig reglering för yrkesgruppen undersköterska, det vill säga att yrkesgruppen ska omfattas antingen av bestämmelserna om legitimation, skyddat yrkestitel eller annan reglering,
- Förtydliga vilken kompetens som ska krävas, och
- Lämna de författningsförslag som behövs.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 april 2019.

Enligt en ny rekryteringsrapport från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kan förändringar i arbetssätt och organisation minska behoven av rekrytering när arbetskraftsbristen är stor. SKL konstaterar att rekryteringsbehovet kan minskas med runt 180 000 personer de kommande tio åren genom att kommuner, landsting och regioner utnyttjar tekniken bättre, att fler anställda arbetar heltid och att fler medarbetare jobbar ett par år längre.²²

Kommunal och SKL har kommit överens om att heltid ska vara norm och att fler ska arbeta heltid. För att uppnå att heltid blir norm har parterna kommit överens om tre mål:

1. Alla medarbetare som nyanställs ska anställas på heltid.
2. Alla deltidsanställda ska erbjudas heltidsarbete.
3. Fler av dem som redan har en heltidsanställning men av olika anledningar jobbar deltid i dag, ska eftersträva heltidsarbete.

²⁰ SOU 2017:21, Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, (s 323 ff)

²¹ Ibid. (s. 315)

²² Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden, Rekryteringsrapport 2018, SKL (s. 7)

Nuläge i Ale – kompetensförsörjning

Heltid som norm

I Ale arbetas det aktivt med heltidsfrågan. Att arbeta deltid ger lägre inkomst, lägre pension och sämre möjligheter att vara ekonomiskt självständig och styra över sitt eget liv. Kommunals beräkningar visar att det finns en överhängande risk att många av de som arbetar deltid över långa perioder kommer bli beroende av garantipension. Ales sociala kartläggning visar att ensamstående kvinnor och äldre kvinnor är de vanligaste grupperna som lever i relativ fattigdom i kommunen. För kommunen som arbetsgivare är det därför viktigt att driva heltidsfrågan av jämställdhetsskäl. Fler heltidsarbetande i kommuner, landsting och regioner skulle bidra till en mer jämställd arbetsmarknad och ett mer jämställt samhälle.

I Ale har pilotprojektet Heltid för alla genomförts och utifrån kommunstyrelsens beslut i februari 2018 fortgår arbetet nu på bred front. Beslutet innebär att

- alla nyanställningar från 1 april 2018 sker som heltid.
- alla som har deltidsanställning uppmanas att istället teckna ett anställningsavtal omfattande heltid med rätt till deltid.
- förvaltningen ges i uppdrag om att teckna ett modernt flexitidsavtal.
- resursspass och samverkan över organisationsgränserna är norm.

Utifrån beslutet kommer en partsammansatt arbetsgrupp att arbeta vidare med uppdraget att införa heltid som norm i hela kommunen.

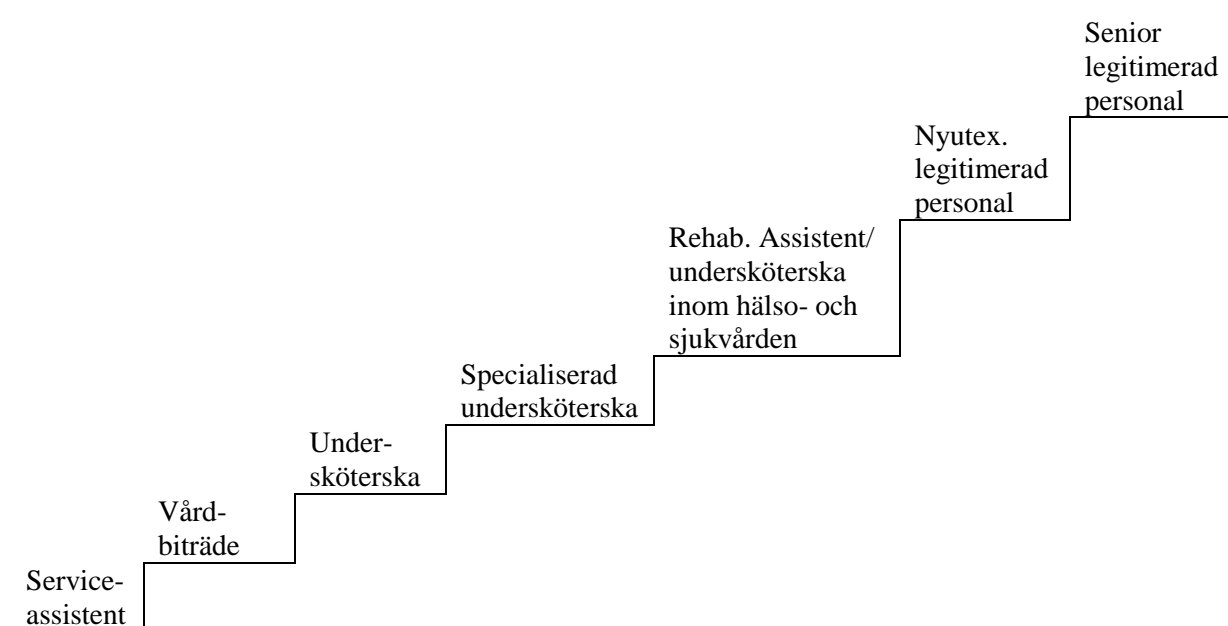
Kompetenslyftet

I Ale har verksamheten arbetat med utbildningssatsningar för visstidsanställda som saknat undersköterskekompetens i enlighet med det statligt finansierade kompetenslyftet. Utbildningen har anordnats inom lokala Vård- och omsorgscollege och Komvux och gjort det möjligt för målgruppen att kombinera studier med arbetet. Kompetenslyftet ger förutsättningar för en tillsvidareanställning som undersköterska på sikt. I dagsläget är ca 80 % av omsorgspersonalen undersköterskor i Ale.

Karriärmöjligheter

Inom lokala Vård- och omsorgscollege Ale/Lilla Edet Komvux finns en målsättning om en karriärstege för de kommande åren avseende omsorgspersonal. Omsättningen av undersköterskor i kommunen är låg och kommunen har en lägre sjukfrånvaro än genomsnittet i GR för 2017 (11,8 procent för Ale jämfört med snittet i GR på 12,1 procent).²³ Grupper som är mer svårrekryterade till kommunen är sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter, där största anledningen är bristen på arbetskraft. Ambitionen inom verksamheten för att bidra till att behålla personal samt underlätta nyrekrytering framöver är att tydligare visa på karriärmöjligheterna via en *karriärtrappa*. Nedan är ett exempel på hur en karriärtrappa skulle kunna se ut:

²³ Nyckeltal Personalhälsa 2017, kortrapport, GR – Göteborgsregionens kommunalförbund.



Serviceassistenter

I Göteborg stad har man infört en ny yrkestitel och utbildning inom äldreomsorgen; serviceassistent. En serviceassistent frigör tid för undersköterskorna då de hanterar uppgifter så som städning, tvätt, inköp och mathantering inom äldreomsorgen. Syftet med satsningen i Göteborgs stad, förutom att avlasta undersköterskorna, är att sänka tröskeln in på arbetsmarknaden och visa på hur roligt och stimulerande det är att arbeta inom äldreomsorgen.²⁴ Det är också ett sätt att hantera kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen – att använda kompetens rätt.

²⁴

http://www.vartgoteborg.se/prod/sk/vargotnu.nsf/1/vard_o_omsorg,serviceassistenter_ska_avlasta_i_aldreomsorgen (hämtad 2018-02-21)

Förslag på lokal nivå - god kompetensförsörjning

Tema	God kompetensförsörjning			
Mål 2026	”Jag trivs och utvecklas på min arbetsplats och ser varje individs behov och förmåga.”			
Strategier	Rätt kompetens i alla led	Jämställdhet avseende löner och heltid	Vårt arbetssätt ska präglas av evidensbaserad praktik	Attraktiva yrken och attraktiv arbetsgivare
Aktiviteter	Tillsätt en arbetsgrupp för att utreda vad som är ”rätt” kompetens och vilka behov som finns i organisationen. Denna utredning inleds med en inventering (inkl. språkkunskaper)	Heltid som norm – en förutsättning för jämställdhet	Inrätta akademiska tjänster 50/50 forskning/praktik	Utforma en kommunikationsstrategi för att marknadsföra vård och omsorg i Ale.
	Utveckla en tydlig karriärstege med koppling till lönekriterier. Detta inkluderar att utforma befattningsbeskrivningar för respektive ”steg” liksom fortbildningsplaner.			Tydlig karriärstege med koppling till lönekriterier.
	Möjliggöra flexibla utbildningsmöjligheter			Utforma garantipunkter som en del i kompetensförsörjningen
	Utveckla specialistkompetens inom demens, psykisk ohälsa, vård i livets slut och hjärt- och kärlsjukdomar.			
	Utveckla samarbetet med utbildningsanordnare/skola och arbetsgivare inom lokala vård- och omsorgscollege			

Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser

Ett preventivt arbetssätt inom vård och omsorg kan ge flera vinster och vara samhällsekonomiskt motiverat. Framför allt handlar det dock om att de äldre kan få ett gott och självständigt liv under en längre tid. I direktivet till utredning Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen nämns vikten av god och näringsrik mat, fysisk aktivitet, starka sociala nätverk, att förebygga fallskador och att uppmärksamma munhälsan.²⁵ Samhällets alla delar berörs av hälsofrämjande och förebyggande insatser. I betänkandet lyfts exempelvis en tillgänglig utemiljö som en viktig faktor för att kunna leva ett så självständigt liv som möjligt. Utformningen av kollektivtrafiken är ett annat exempel som man kanske inte alltid associerar med hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser.

I betänkandet redovisas de hälsoskillnader som finns mellan kvinnor och män, och mellan olika socioekonomiska grupper. Dessa skillnader kvarstår, och förstärks i vissa fall, i hög ålder. Personer med högre utbildning lever längre än de med kort utbildning och rapporterar bättre självupplevd hälsa. Kvinnor har en sämre hälsa än männen men har en längre medellivslängd. Fler män än kvinnor tar sina liv.²⁶ Regeringens mål är att de påverkbara skillnaderna i hälsa mellan olika samhällsgrupper ska vara borta inom en generation.²⁷

Lagstiftning

I betänkandet redogörs för de uppdrag och ansvar som kommunerna eller landstingen har enligt lag relaterat till hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser. Nedanstående redogörelse är i sin helhet hämtad från betänkandet:

Enligt 2 c § HSL "Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada." Kommunerna och landstingen har således ett lagstadgat ansvar att möjliggöra för den enskilde att leva hälsosamt och få kännedom om riskfaktorer för sjukdom.

I socialtjänstlagen (2001:453), SoL, anges att till socialnämndens uppgifter hör att "genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden" (3 kap. 1 § SoL). I 5 kapitlet med rubriken "Äldre människor" anges att "Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra." (5 kap. 4 § SoL).

Avseende människor med funktionshinder anges att "Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd" (5 kap. 7 § SoL).

Kommunerna har också ett ansvar för uppsökande arbete riktat till äldre personer. "Socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område." (5 kap. 6 § SoL).

²⁵ SOU 2017:21, Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, (s. 473)

²⁶ Ibid. (s 476)

²⁷ <http://www.regeringen.se/artiklar/2015/06/en-kommission-for-jamlik-halsa/> (hämtat 2018-02-09)

Förslag på nationell nivå

- Folkhälsomyndigheten får i uppdrag av regeringen att ta fram ett kunskapsstöd för kommunernas insatser inom hälsofrämjande och förebyggande arbetet för äldre personer.
- Socialstyrelsen får ett uppdrag att inrätta ett nationellt kompetenscentrum om äldre personer och psykisk hälsa.
- Livsmedelsverket får i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen genomföra en ny treårig informations- och utbildningsinsats för den personal som arbetar med mat till äldre personer i ordinärt och särskilt boende.
- Socialstyrelsen får i uppdrag att tillsammans med andra berörda myndigheter och organisationer utveckla former för insamlande av nationella data om effektiva rehabiliteringsmetoder, organisatoriska modeller och arbetssätt samt sprida kunskap riktad till huvudmän, vårdgivare och vård- och omsorgspersonal.
- Myndigheten för delaktighet föreslås få i uppdrag att kartlägga levnadsförhållanden och livssituation för äldre personer med funktionsnedsättning.
- Socialstyrelsen föreslås göra en kartläggning av tillgång till rehabilitering och habilitering för äldre personer med funktionsnedsättning samt utreda orsakerna bakom de skillnader i tillgång till hjälpmedel som finns mellan personer över och under 65 år samt mellan äldre kvinnor och män.

Evidens för effekterna av förebyggande arbete

Vårdanalys har simulerat hur funktionsförmågan för en genomsnittlig 78-åring utvecklas på 15 års sikt under olika omständigheter. Simuleringen visar att både funktionsnivån och dödligheten över tid påverkas av den äldres ursprungliga funktionsförmåga. Exempelvis har en kvinna utan funktionsnedsättning vid 78-års ålder drygt 50 procents chans att efter nio år sakna eller endast ha en lätt funktionsnedsättning. Gällande dödligheten visar analysen på att risken att en kvinna utan en ursprunglig funktionsnedsättning skulle ha avlidit vid 87-års ålder var 28 procent, jämfört med 93 procent för en kvinna som började med en svår funktionsnedsättning (jämförelsen antar en oförändrad funktionsnivå i övrigt).²⁸

Om vi ser på motsvarande analys för män visar det att en 78-årig man, allt annat lika, snabbare försämrades i sin funktionsförmåga och även dog tidigare än en jämnårig kvinna. För en kvinna var det troligaste utfallet vid 87 års ålder att fortfarande sakna funktionsnedsättning, medan det troligaste utfallet för en man var att ha avlidit. Även sannolikheten att en man skulle överleva länge trots att han drabbats av en funktionsnedsättning var mindre än för kvinnan.²⁹ Förebyggande åtgärder och rehabilitering spelar med andra ord en viktig roll för en fortsatt positiv utveckling av de äldres funktionsnivå.

En viktig aspekt i det förebyggande arbetet är också att genom närståendestöd förebygga ohälsa hos dagens anhörigvårdare när de själva blir äldre. Som framgår i avsnittet om anhöriga längre fram i detta dokument så skattar personer som ger omfattande vård och omsorg till en anhörig/närstående sin hälsa sämre än genomsnittsbefolkningen i samma åldersgrupp.

Möjligheterna att skjuta upp de äldres funktionsnedsättningar kommer att ha stor betydelse för att begränsa kostnaderna för morgondagens äldreomsorg. Vårdanalys rapport visar att med en oförändrad äldreomsorgsstruktur kommer de totala kostnaderna för äldres vård och omsorg att öka med 30 procent till år 2025, enbart till följd av den demografiska utvecklingen. Om vi istället antar att äldres

²⁸ Rapport 2015:8, Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan, Vårdanalys (s. 101-103)

²⁹ Ibid. (s. 104)

funktionsnivå fortsätter att förbättras i samma takt som den gjort sedan mitten av 1990-talet, beräknas kostnaderna istället öka med 19 procent, eller knappt 40 miljarder, under samma period.³⁰

Nuläge i Ale – hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser

Folkhälsa äldre

Ett sätt för att mäta det allmänna hälsotillståndet i ett land, i en kommun eller i ett område – är genom att se till den förväntade medellivslängden. Genom att se till den kan hälsoskillnader beskrivas på ett enkelt sätt. I Sverige kan vi se att hälsan, mätt i medellivslängd, blir allt bättre. Mycket tack vare att många hälsoproblem har minskat i takt med att utbildningsnivåer och ekonomiska resurser har ökat.

Statistiken för återstående medellivslängd vid födseln visar att kvinnor i Ale har en något lägre medellivslängd än vad genomsnittet i riket visar. Dock visar 2016 års siffror att skillnaderna är mindre än tidigare år. För män i Ale är medellivslängden något högre än för rikets genomsnitt. I Ales sociala kartläggning 2016 kunde även medellivslängd för kommunens orter jämföras. Den stora skillnaden som framkom var den som synliggjordes mellan mäns återstående medellivslängd i Nödinge och Älvängen. Statistiken visade att den återstående medellivslängden för män i Nödinge var 6 år kortare än i Älvängen. Eftersom medellivslängden är ett använt mått på det allmänna hälsotillståndet ses det därför som tydligt att det finns skillnader i hälsa inom kommunen. När det gäller den självskattade hälsan ses andelen av de som uppger att de har en bra eller en mycket bra hälsa, öka över tid. Män uppger en något högre andel som upplever sig ha en god hälsa, men totalt sett uppskattas 73 % av både män och kvinnor ha en god hälsa.

De flesta äldre personer har en god hälsa och hälsan har även förbättrats över tid, sett utifrån Västra Götalandsregionens årliga enkätundersökning Hälsa på lika villkor. Ett mått på det är att den självrapporterade hälsan blivit allt bättre högre upp i åldrarna. I Ale kan ses att det är en högre andel 65-84 åringar som upplever att de har en god hälsa, i jämförelse med Västra Götalands genomsnitt. Något utmärkande är dock medelåldern för vissa äldreomsorgsindikatorer, i jämförelse med Västra Götalands snitt. Inom indikatorn medelålder för äldre i ordinärt boende med hemtjänst visar Ale en något lägre medelålder med 79,6 år, i jämförelse med Västra Götalands 81,3 år. Mer utmärkande är medelåldern för äldre i särskilt boende där det i Ale är nästan 6 års lägre medelålder än Västra Götalands genomsnittsålder.

När det gäller det egenupplevda hälsotillståndet för de äldre som har hemtjänst eller bor på särskilt boende ligger Ale dock sämre till. Nedanstående tabell visar att de äldre med hemtjänst ligger i linje med Västra Götalands genomsnitt när det gäller skattningen av den egna hälsan medan de äldre på särskilt boende ligger under snittet.

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2017	Ale	Västra Götaland
Andel hemtjänsttagare som upplever sin hälsa som god	29	29
Andel äldre på särskilt boende som upplever sin hälsa som god	17	25
Andel hemtjänsttagare som upplever svåra besvär av ångslan, oro och ångest	6	7
Andel äldre på särskilt boende som upplever svåra besvär av ångslan, oro och ångest	20	17
Andel äldre på särskilt boende som ofta besväras av ensamhet	20	18

Tabell 1. Resultat från brukarundersökning 2017, Ale och Västra Götaland. Källa: Verksamhetsstatistik.

Utmaningarna på området ligger för både Ale, regionen och nationellt i att vidta åtgärder för en jämlik hälsa, bland annat för att minska skillnaderna i hälsa och välbefinnande mellan olika grupper i samhället och förbättra en snabb och jämn tillgång till sjukvård för alla som är i behov av det.

³⁰ Rapport 2015:8, Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan, Vårdanalys (s. 10)

Ohälsosamma matvanor är vidare en av de största riskfaktorerna för ohälsa och för tidig död i Sverige. I Ale, såväl som nationellt, finns också särskilda utmaningar när det gäller skillnader i såväl psykisk som fysisk hälsa mellan olika grupper av befolkningen, främst mellan personer med olika utbildningsnivå och beroende på kön.

Socioekonomi äldre

Med socioekonomi sammanfattas indikatorer som beskriver sociala och ekonomiska förhållanden i samhället. Flera olika studier och rapporter har visat att det finns tydliga samband mellan den sociala positionen och hälsan, samt hälsans fördelning i befolkningen. Socioekonomiska tillgångar är därför centrala delar för individens hälsa.

Den sociala kartläggningen 2016 visade tydligt att det finns socioekonomiska skillnader inom och mellan geografiska områden i kommunen. Centrala Nödinge pekades ut med högre ohälsotal, högre andel arbetslöshet, lägre andel elever med gymnasiebehörighet, lägre utbildningsnivå, och lägre medelinkomst. Det indikerar en socioekonomisk segregation i kommunen.

Det finns även stora skillnader i disponibel inkomst i Ale beroende på boendeort, bakgrund, ålder och kön. Personer med utländsk bakgrund har lägre disponibel inkomst än de med svensk bakgrund. Personer mellan 20-29 år och de som är 80 år och äldre har lägst disponibel inkomst i Ale. Högst disponibel inkomst har män i åldern 45-54 år.

I Sverige finns ingen nationell definition av fattigdom, utan vi använder oss av ett EU mått som beskriver relativ fattigdom. Relativ fattigdom mäts som disponibel inkomst som är lägre än 60 % av den nationella medianinkomsten. Disponibel inkomst innebär summan av alla skattepliktiga och skattefria inkomster minus skatt och övriga negativa transfereringar. Diagrammen nedan visar relativ fattigdom för åldersgruppen 65 år och äldre i Ale kommun. Totalt sett räknades 35 % av samtliga i gruppen 65 år och äldre till relativ fattigdom 2015. Inom gruppen finns det stora skillnader, framför allt gällande kön. 50 % av alla kvinnor i åldern 65 år och äldre lever i relativ fattigdom, i jämförelse med männens 19 %. Det är en betydligt större skillnad än inkomstskillnaderna för hela befolkningen. Även gällande bakgrund finns det skillnader, där 48 % av de som är utrikesfödda lever i relativ fattigdom, i jämförelse med 33 % av de som räknas som inrikesfödda.

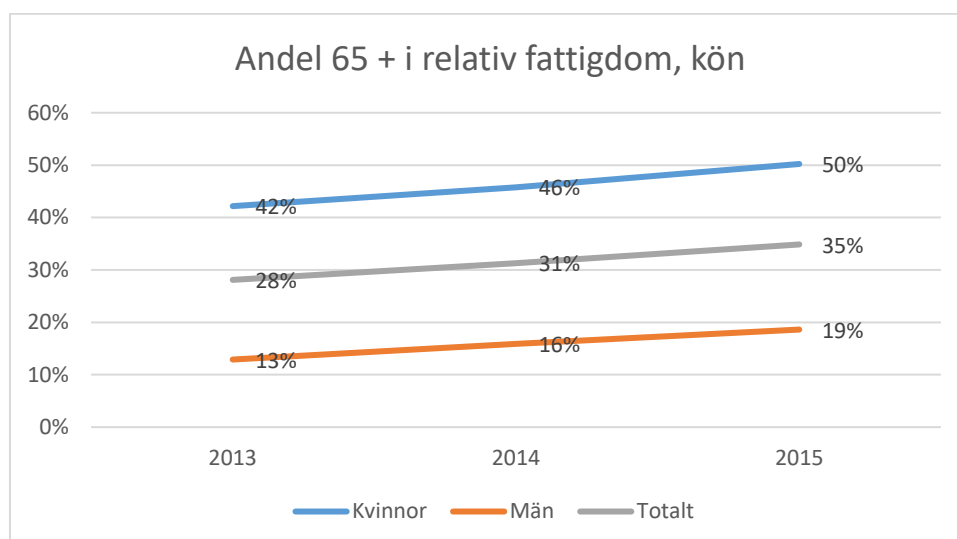


Diagram 1. Andel 65 år och äldre i relativ fattigdom uppdelat på kön. Ale kommun 2013-2015. Källa: SCB

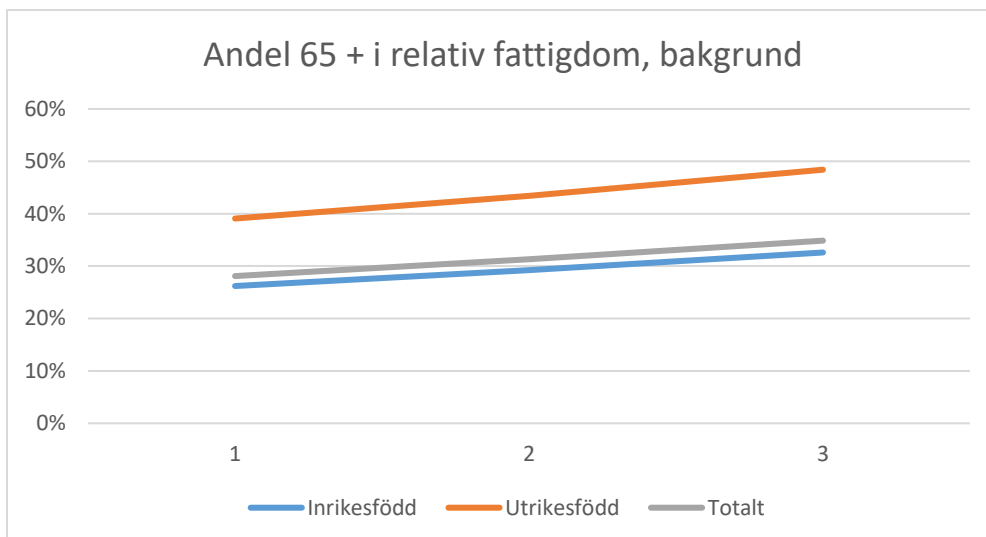


Diagram 2. Andel 65 år och äldre i relativ fattigdom uppdelat på bakgrund. Ale kommun 2013-2015. Källa: SCB

Ensamstående kvinnor, 80 år och äldre utgör tveklöst den procentuellt största hushållsgrupp som lever i relativ fattigdom idag i Ale. En viktig aspekt att se till gällande hållbar utveckling och folkhälsa.

Demens och psykisk ohälsa

Flera tecken visar att psykisk ohälsa ökar, såväl nationellt som i Ale. Andelen som uppger besvär av ångslan, oro eller ångest och nedsatt psykiskt välbefinnande ökar i befolkningen 16-84 år. Att vid ett vårdbesök diagnostiseras med en psykiatrisk sjukdom kan handla om ångestrelaterade sjukdomar, demens eller allmän oro. I Västra Götaland är det runt 15 % i åldern 65-79 som diagnostiseras med psykiatrisk sjukdom, och nära 30 % gällande åldern 80 år och äldre. Ales siffror liknar den bild som ses i Västra Götaland, med en något lägre andel (25 %) som diagnostiserats med psykiatrisk sjukdom i gruppen 80 år och äldre. Både i Ale och Västra Götaland är det en högre andel kvinnor som inräknas i den psykiska ohälsan. Personer med psykisk ohälsa utgör den största gruppen inom kommunens särskilda boenden.

Kommunens förebyggande arbete

Att bevara det friska hos äldre är ett av äldreomsorgens viktigaste mål. Det förebyggande arbetet ska bland annat syfta till att skapa trygghet och kontinuitet för äldre samt ge anhöriga stöd. Genom förebyggande insatser finns möjlighet att minska ensamhet och isolering, vilket innebär en ökad livskvalitet. Förebyggande insatser kan också underlätta för den äldre att bo kvar hemma.

Det förebyggande arbetet har bland annat i sitt uppdrag att utforma mötesplatser för äldre och anhöriga utifrån önskemål och behov. Genom lättillgängliga mötesplatser ska äldre erbjudas möjlighet till stimulans, aktiviteter och social gemenskap. Utbudet anpassas utifrån deltagarnas önskemål och behov och finns på flertalet orter i kommunen.

Inom ramen för det förebyggande arbetet finns den så kallade fixartjänsten. Uppdraget är att arbeta för att undvika fall och andra olyckor bland de som fyllt 65 år och behöver hjälp med praktiska saker i hemmet. Genom fixartjänsten kan den äldre få stöd med enklare sysslor så som att byta gardiner, glödlampor, fästa sladdar, lägga halkskydd under mattor med mera. Vid hembesöket testas även brandvarnare och fixartjänsten erbjuder en säkerhetsöversyn. Tjänsterna är kostnadsfria för den enskilde. I uppdraget ingår även att informera och stötta äldre till besök i öppna verksamheter samt arbete med kommunens uppsökande verksamhet i syfte att bidra till att bryta isolering och minska ensamhet.

Den uppsökande verksamheten riktar sig till personer som fyllt 80 år. Syftet är att informera om den service som finns i kommunen, ge riskförebyggande råd samt få kännedom om äldres levnadsförhållanden för att kunna identifiera behov.

Brukarråd

I Ale finns en struktur med brukarråd – ett per hemtjänstenhet eller särskild boende. Syftet är att främja social gemenskap och aktivitet med en målsättning om att verka hälsofrämjande och ge social stimulans, erbjuda stöd för värdigt liv och välbefinnande samt att i dialog med brukare och anhöriga stärka upplevelsen av inflytande och delaktighet. Dock har inte brukarråden fått den effekt som var ambitionen. En utvärdering och översyn bör göras och införlivas i det fortsatta arbetet utifrån äldreplanen.

Rådgivande organ

Inom ramen för kommunens organisation finns bland annat det kommunala pensionärsrådet samt rådet för funktionshinderfrågor. Representanter för rådets olika intressegrupper träffas och samråder med kommunens politiker. Tanken är att organisationerna på så vis kan ta del av och påverka kommande beslut inom sina intresseområden.

Frivilligorganisationer

Engagemanget från olika frivillig- och pensionärsorganisationer i kommunen är stort och många gånger kompletterar deras verksamhet och insatser det som görs inom ramen för den kommunala verksamheten. Nämnas kan exempelvis Ale kontakt- och stödverksamhet som är en paraplyorganisation för olika intresseorganisationer med frivilliga medarbetare. Medlemmarna besöker bland annat ofrivilligt ensamma människor i kommunen för en pratstund, en promenad eller en stunds läsning. Föreningen ledsagar också till sjukhus eller läkare och kan även lösa av anhängvårdare i hemmet.

Det finns med andra ort en mängd parter som verkar på olika sätt inom området för hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser. För att utveckla området behöver samverkan öka och informationen synliggöras på ett bättre sätt än idag.

Förslag på lokal nivå - hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser

Tema	Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser			
Mål 2026	”Jag har, oavsett bakgrund och förmåga, förutsättningar att leva ett gott liv”			
Strategier	Äldre ska ha tillgång till aktivitetslokaler där aktiviteter bygger på delaktighet och samverkan	Ale kommun ska ligga i framkant gällande hälsofrämjande och förebyggande insatser	God tillgång till träningsmöjligheter för äldre	Det ska vara lätt att förflytta sig tryggt mellan sin bostad, service och aktiviteter
Aktiviteter	Tillsätt en arbetsgrupp (med blandad sammansättning) kring hur samverkan mellan kommunen och	Utöka den förebyggande verksamheten med t.ex. föreläsningar för nyblivna pensionärer	Rehabiliteringsmöjligheter i samband med korttidsvistelse	Inventera färdvägar och resvanor. Vidta åtgärder utifrån resultatet för att främja tryggt resande.

	föreningarna kan utvecklas.	Samla kompetens i en funktion med kunskap om utbud av aktiviteter etc (aktivitetsvärd, äldrecoach/senior-ombud)	Kompetensutveckling inom rehabilitering för medarbetare inom hemtjänst och särskilt boende	Skapa säkra gångvägar och belysning i samhället, där det är möjligt att på ett säkert sätt ta sig fram med rullstol.
		Se över utbudet av aktiviteter i samråd med brukare och föreningar	I samverkan med andra aktörer utreda möjligheterna till t.ex. utegym, motionslingor etc.	
		Utveckla stödprogram inom demens, psykisk ohälsa, vård i livets slut och hjärt- och kärlsjukdomar	Samla information om aktiviteter som finns i kommunen (oaktat organisatör)	
		Utöka den uppsökande verksamheten		

Sammanhållen vård och omsorg

I socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om huvudmännens respektive ansvar. De lagstadgade ansvarsområdena utgör kommunens respektive landstingets grund för att skapa den bro som samverkan kan utgöra. Sekretessen mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård samt mellan huvudmännen påverkar detta ”brobygge”, liksom att det i övrigt är olika bestämmelser som styr socialtjänst och hälso- och sjukvård.³¹

För många äldre personer är samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst inget problem. Det handlar om de äldre som har någon eller några timmars hemtjänst i veckan, ingen hemsjukvård och tydliga diagnoser när de uppsöker sin läkare på vårdcentralen. Men för de äldre personer med flera diagnoser, nedsatt rörlighet och ork och ett sviktande socialt nätverk finns en rad brister i hur vården och omsorgen är organiserad. Det brister alltför lätt i samspelet mellan slutenvård och primärvård liksom mellan primärvård och äldreomsorg. Rehabiliteringsinsatserna kan vara splittrade och kortvariga. Insatserna från de olika aktörerna är ofta reaktiva, inte proaktiva och det finns allt för sällan någon som tar ett helhetsansvar. Anhöriga kan i dessa situationer ofta uppleva att de har en ensam roll i sin uppgift att stödja den närstående där hen får stort ansvar att koordinera och samordna vården och omsorgen.³²

Drygt hälften, 54 procent, av de personer som har hemtjänst har också hemsjukvård. Knappt var femte (19 procent) av de som har kommunal hemsjukvård har inga SoL-insatser.³³ Faktorer som forskare har funnit innebära ökad risk för multisjuklighet är hög ålder, kvinnligt kön och låg utbildningsnivå (oberoende av varandra).³⁴

Lagstiftning

Sedan Ädel-reformen år 1992 är både landstingen och kommunerna huvudmän för hälso- och sjukvård. Kommunerna har ansvar för *viss* hälso- och sjukvård avseende vård av äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Ett av målen med Ädel-reformen var att insatser som ges enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen i kommunerna skulle integreras. Kommunernas ansvar regleras dels i lag, dels genom avtal.

Varje kommun ska enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket SoL, dvs. i särskilda boenden för äldre personer. Ansvaret omfattar insatser upp till sjuksköterskenivå medan läkarinsatser är ett ansvar för landstinget (18 § fjärde stycket HSL). Kommunens ansvar omfattar också habilitering, rehabilitering och hjälpmedel, inklusive förbrukningsartiklar som behövs för inkontinens (18 b och c § HSL). Varje kommun ska även i samband med dagverksamhet som omfattas av 3 kap. 6 § SoL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som vistas där.

I hälso- och sjukvårdslagen anges vidare att landstinget får överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i ordinärt boende (hemsjukvård) till en kommun inom landstingets geografiska område. Överenskommelsen får även avse ansvar för förbrukningsartiklar enligt 3 d § HSL. Även när det gäller hemsjukvård omfattar det inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Sådana överenskommelser har träffats mellan landsting och kommuner i samtliga län utom i Stockholms län.³⁵

³¹ SOU 2017:21, Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, (s. 531)

³² Ibid. (s. 534)

³³ Ibid (s. 233)

³⁴ Ibid. (s. 185)

³⁵ Ibid (s. 231)

Förslag på nationell nivå

- Utredda de lagliga förutsättningarna för kommuner och landsting att gemensamt kunna erbjuda multiprofessionella team för personer med stora och omfattande behov.
- Underlätta för äldre att kunna välja ett multiprofessionellt team
- Utvärdering av SIP (samordnad individuell plan) – hur den används, dess effekt och hur den bidrar till en mer samordnad vård och omsorg

I mars 2019 kommer utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)* att presenteras. I höstas fick den utredningen ett tilläggsdirektiv med uppgift att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.³⁶

Nuläge Ale – sammanhållen vård och omsorg

Kommunens hälso- och sjukvård ansvarar för drygt 500 patienter där uppdraget är att ge vård och rehabilitering utifrån professionerna sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Verksamheten är inne i ett systemskifte där allt fler sjuka personer vårdas i det egna hemmet eller på kommunens särskilda boenden. God samverkan med regionens aktörer är väsentligt för att i denna situation ge en god och säker vård av god kvalitet.

Vid årsskiftet 2017/2018 trädde en ny lag i kraft "Samverkan vid utskrivning efter slutna hälso- och vård". Effekterna av hur förändringarna påverkar verksamheten återstår att se. Det som står klart redan nu är att verksamheten behöver ha en större flexibilitet, arbeta mer personcentrerat och stärka teamarbetet.

Ale kommun ingår i vårdsamverkan SIMBA tillsammans med kommunerna i mellersta Bohuslän. SIMBA i sin tur är en del av vårdsamverkan i Västra Götaland. Sedan 2012 har det funnits en handlingsplan till stöd för arbetet som ska ske i samverkan.

Den första handlingsplanen *Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland* gällde under åren 2012-2014 och reviderad plan under 2014-2015. Nuvarande plan som bytt namn till *Det goda livet för mest sjuka äldre i Västra Götaland* gäller för åren 2016-2018 och togs fram på uppdrag av LiSA (Ledningsgrupp i Samverkan). Beslut om att rekommendera kommuner och region att arbeta efter handlingsplanen togs i LiSA i april 2016.

De fyra fokusområden som anges i handlingsplanen är

- SIP - Samordnad individuell plan
- Mobil närvård
- Kunskapsbaserad vård
- God och säker läkemedelsbehandling
- Trygg och säker vårdövergång

Utifrån SIMBA pågår sedan 2016 arbete med Mobil närvård. Syfte med denna modell är att underlätta för patienten att få hembesök av primärvårdsläkare och stärka samverkan mellan kommunens hemsjukvård och primärvården Sedan 2018 styrs nu primärvårdens uppdrag kring mobil närvård av krav- och kvalitetsboken.

³⁶ Dir. 2017:97, Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), (s. 1)

Inför 2018 har Ales närområdessamverkansgrupp (NO) två egna gemensamma fokusområden – Öka resultatet på palliativregistret samt ta fram en modell för tidiga samordnade insatser för sköra äldre.

En stor del av sjukvården riktas till multisjuka; personer med minst två kroniska sjukdomar står för 50 procent av de samlade sjukvårdskostnaderna och drygt hälften av alla läkarbesök på akutmottagningar. Förekomsten av kroniska sjukdomar är naturligt relaterad till ålder – 85 procent av svenskarna över 65 år har minst en kronisk sjukdom. I gruppen 65–74 år har 56 procent fler än en kronisk sjukdom, i gruppen 75 till 84 år 77 procent och i gruppen över 85 år 81 procent. Personer med kommunala omsorgsinsatser har i ännu högre grad (90 procent) kronisk sjukdom.³⁷ Antalet personer 85 år och äldre förväntas öka med 130 procent mellan åren 2015 och 2050.³⁸

Förslag på lokal nivå – sammanhållen vård och omsorg

Tema	Sammanhållen vård och omsorg			
Mål 2026	”Om jag blir sjuk så vet jag att jag får den hjälp jag behöver”			
Strategier	Primärvård och kommun tar ett gemensamt ansvar i tidiga insatser	Utveckla användandet av samordnad individuell plan -SIP	Trygg och säker in- och utskrivning från sjukhus	Trygg och säker palliativ vård.
Aktiviteter	Tillsätt en arbetsgrupp (med blandad sammansättning) kring hur samverkan mellan kommunen (förebyggande och bistånd) och primärvården kan utvecklas.	Fortsatt arbete med mobil närvård Inkludera hemtjänsten i pågående arbete.	Planerade aktiviteter utifrån SIMBA*	Utveckla arbetet med palliativregistret i samverkan.

*SIMBA är en vårdssamverkansorganisation för Den Nära Vården i mellersta Bohuslän och Ale

37 Effektiv vård - Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso och sjukvården. Stockholm 2016

38 SCB, Statistiska centralbyrån 2015, Sveriges folkmängd (i ettårsklasser) 1860–2014. Från www.scb.se

Anhöriga

Anhöriga svarar för merparten av insatserna till äldre personer som har behov av hjälp i sin vardag. Nationellt finns det ingen aktuell kunskap om hur stödet är utformat, hur väl informationen om vilket stöd som finns når ut till alla anhöriga, eller hur anhöriga upplever värdet av det.

Kommunernas ansvar att stödja anhöriga skrevs in i socialtjänstlagen (1980:620), SoL, första gången 1998. Under tio år därefter gav staten stimulansmedel till landets kommuner för att de skulle bygga ut stödet till anhöriga. Drygt tio år senare förstärktes detta stadgande i socialtjänstlagen (2001:453) genom att ordet *bör* byttes ut till *ska*, ”Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller stödjer en närstående som har funktionshinder” (5 kap. 10 § SoL). Bakgrunden till de båda lagändringarna var en ökande insikt om de anhörigas centrala roll och deras behov av stöd. Med stöd avses enligt propositionen olika insatser som primärt syftar till att fysiskt, psykiskt och socialt underlätta de anhörigas situation.³⁹

Socialstyrelsen har gett ut en vägledning till kommunerna för tillämpningen av socialtjänstlagens bestämmelse om anhörigstöd. Där beskrivs vikten av att identifiera anhörigas situation och behov av stöd både när insatserna bestäms och när de utformas. Individens behov i centrum (IBIC) lyfts fram som modell för detta. Socialstyrelsen betonar i sin vägledning vikten av att ha ett anhörigperspektiv, se familjen som ett system och att ha ett preventivt synsätt, dvs. att med rätt stöd förebygga att de anhöriga blir fysiskt eller psykiskt utslitna. Vidare framhålls betydelsen att chefer och arbetsledare tar ansvaret för att utveckla anhörigstödet, följa upp hur det fungerar och främja samverkan med hälso- och sjukvårdshuvudmännen.⁴⁰

Anhörigas insatser är av olika slag. Allt från att vara koordinator i ett fragmentiserat vård- och omsorgssystem till att hjälpa till i vardagen med olika praktiska göromål så som ekonomi, olika ärenden och städning. Stödet kan också vara av mer omvårdande karaktär så som att hjälpa till med på- och avklädning och den kroppsnära omsorgen. För den som lever tillsammans med sin närstående kan det handla om tillsyn dygnets alla timmar året runt.⁴¹

I en enkätundersökning som Socialstyrelsen genomförde 2012 angav nästan var femte person äldre än 18 år att de regelbundet gav omsorg till en närstående. Det motsvarar ungefär 1,3 miljoner personer, varav omkring 0,9 miljoner är i förvärvsaktiv ålder. Ungefär 30 procent av dem som regelbundet gav omsorg till en närstående gjorde det varje dag, 46 procent gav omsorg minst en gång i veckan och 23 procent gjorde det minst en gång i månaden. Omsorgsgivande var vanligast förekommande i åldersgruppen 45–64 år.⁴² Att vårda en anhörig ger konsekvenser i den personliga livssituationen. Den som ger omfattande vård och omsorg skattar sin hälsa sämre än genomsnittsbefolkningen i samma åldersgrupp. Att vara omsorgsgivare påverkar också den ekonomiska situationen (man minskar sin arbetstid, säger upp sig eller går i pension tidigare än planerat), välbefinnandet och vardagslivet.⁴³

I betänkandet lyfts det fram att det finns skillnader i hur anhöriga bemöts av personal och vilka förväntningar som ställs på dem, beroende av kön, etnicitet, samhällsklass och utbildning. Skillnader som kan förklaras av de outtalade könsroller som finns. I det särskilda boendet bemöts de anhöriga lätt som ”besökare”. I en avhandling av Jessica Holmgren problematiserar hon kring detta och utmanar oss att vända på perspektiven; att det är personalen som är ”pedagogiska, professionella och vårdande besökare” hos den äldre personen och hans familj.⁴⁴

³⁹ SOU 2017:21, Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (s. 577-578)

⁴⁰ Ibid (s.594)

⁴¹ Ibid. (s. 583)

⁴² Ibid.(s. 583)

⁴³ Ibid (s. 585)

⁴⁴ Ibid (s. 587)

Förslag på nationell nivå

- Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att följa upp hur stödet till anhöriga fungerar samt utveckla regelbundna undersökningar riktade till anhöriga om vården- och omsorgens kvalitet.

Nuläge i Ale – anhöriga

Kommunens stöd till anhöriga kan vara både insatser som erbjuds generellt så som någon att tala med, information och vägledning, träff med andra i liknande situationer, utbildningsinsatser etc. Stödet kan också vara individuellt utformat för en viss anhörig och dennes närstående, dessa insatser är biståndsbedömda så som avlösning i hemmet, dagverksamhet, växelvård på korttidsboende och enstaka veckor på korttidsboende som avlastning. I de fall där aktuell avlastning inte fungerar eller räcker till kan den anhörige undantagsvis beviljas hemtjänst i form av serviceinsatser som avlastning, trots att den anhörige egentligen själv har den fysiska förmågan. Även olika former av tekniska hjälpmedel (välfärdsteknik) kan underlätta vardagen för de anhöriga. Hit hör exempelvis en matta som larmar om hens närstående vaknar och går upp, vilket kan göra att den anhörige törs sova på natten. Denna insats förutsätter att den närstående själv vill ha insatsen.

Ett arbete med att inrätta anhörigombud på särskilt boende är påbörjat. Tanken är att ombudet träffar metodutvecklaren 4 gånger per år för att diskutera hur stödet till anhöriga kan utvecklas på bästa sätt och vilka aktiviteter som ska genomföras.

Förslag på lokal nivå - anhöriga

Tema	Anhöriga		
Mål 2026	”Som anhörig känner jag mig trygg och väl bemött och upplever att jag ses som en resurs.”		
Strategier	Anhörigperspektivet ska vara en naturlig del i verksamheten	Information om anhörigstödet i kommunen ska synliggöras	Stödet till anhöriga ska utvecklas
Aktiviteter	Medarbetare ska ha kunskap om och informera om anhörigstödet i kommunen.	Information om anhörigstöd ska utvecklas och förbättras samt finnas samlad och lätt tillgänglig	Tillsätt en arbetsgrupp där anhörigrepresentanter ingår med uppdrag att komma med förslag på hur anhörigstödet kan utvecklas i kommunen.
	Utveckla modellen för anhörigombud i arbetsgrupper		Flexibel avlösning/växelvård.
	Samverkan med föreningar ska utvecklas.		

Välfärdsteknik

Utgångspunkterna i betänkande är dels hur välfärdsteknik kan bidra till äldre personers möjlighet att vara självständiga och att underlätta kommunikation med såväl anhöriga som vård- och omsorgspersonal, dels hur tekniken kan öka äldre personers trygghet och delaktighet.⁴⁵ Välfärdsteknik ska användas av rätt anledning och vara för den äldre personens bästa. Det krävs med andra ord noggranna analyser och överväganden om användandet av tekniken inkräktar på den äldre personens rätt till integritet och värdighet. Välfärdstekniken kan också användas för att underlätta personalens arbete, vilket är önskvärt om arbetet kan utföras mer effektivt, med en högre kvalitet för den äldre personen och med bibehållen rättssäkerhet. För att ny teknik ska kunna fungera på ett tryggt och bra sätt krävs att personalen har tillräcklig kunskap om tekniken, vet syftet med den och att arbetet organiseras så att den nya tekniken kan bli en integrerad del. Vid införandet av ny teknik är det därför angeläget att personalen är involverad, får utbildning och teknisk support så att de kan känna sig trygga vid användningen av tekniken.⁴⁶

I betänkande belyses också den gråzon eller nära samband som finns mellan hjälpmedel och välfärdsteknik vilket ställer krav på samverkan mellan kommunens och landstingets hjälpmedelsverksamhet.⁴⁷

Förslag på nationell nivå

- Nationell strategi för nya former av välfärdsteknik och stimulansbidrag till kommunerna för innovationer
- Tillsätta en särskild utredning för att överväga behov av ytterligare lagförslag och lagändringar i syfte att underlätta användningen av välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen samtidigt som rättssäkerheten garanteras.
- Utredda innehåll och former för ett nationellt FoU-organ för välfärdsteknik.

Nuläge Ale – välfärdsteknik

Trygghetslarm är nog det som flest är bekanta med när välfärdsteknik kommer på tal. Trygghetslarm är till för den som känner sig otrygg i att vara ensam hemma eller om man exempelvis är orolig för att ramla och inte kunna ta sig upp själv. I Ale ansöker den äldre om trygghetslarm hos kommunens kontaktcenter och betalar en avgift enligt gällande taxa. Trygghetslarm finns även på samtliga särskilda boenden i kommunen.

Inom ramen för äldreomsorgen så är flera digitala projekt på gång där digital signering är först ut. Under 2018 fortsätter upphandlingsprocesserna för tillsynskameror (som ett alternativ till fysiska besök av personal), nyckelfria lås för omsorgstagare inom hemtjänsten (som en säkerhets- och trygghetsåtgärd i kombination med tidsvinster för utförandet) och mobil dokumentation.

Ale deltar även i AllAgeHub som är en samverkansplattform för forskning, utveckling och innovation vars vision är att främja tillgängliga boendemiljöer och välfärdstekniktjänster så att människor oavsett funktionsvariation och ålder kan leva självständiga och trygga liv. AllAgeHub finansieras av de tolv kommunerna i GR (Göteborgsregionens kommunalförbund), Vinnova och Västra Götalandsregionen. Ett antal samverkanspartners finns också knutna till arbetet.

Genom workshops inom ramen för AllAgeHub har åtta utmaningsområden identifierats utifrån kommunernas intresse och behov. Vilket eller vilka utmaningsområden som Ale kommer att fokusera på beror på vilket område som vi bedömer bäst motsvarar våra behov. Arbetet med äldreplanen är en

⁴⁵ SOU 2017:21, Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, (s. 599)

⁴⁶ Ibid (s. 636)

⁴⁷ Ibid. (s. 605)

avgörande del i det framtida fokusområdet och kommer att bevakas inom ramen för det arbete som görs.

Förslag på lokal nivå - välfärdsteknik

Tema	Välfärdsteknik		
Mål 2026	”Jag har tillgång till teknik som ökar min självständighet och underlättar min vardag”		
Strategier	Ökad självständighet, integritet och trygghet för äldre med hjälp av ny teknik	Ale kommun ska ligga i framkant vad det gäller användning av ny teknik för äldre	Infrastrukturen för IT-lösningar ska vara väl utbyggd, pålitlig och kompatibel
Aktiviteter	Tillhandahålla tekniska lösningar som underlättar för den enskilde att bibehålla självständighet, integritet och trygghet.	Fortsatt arbete och engagemang inom AllAgeHub, (200 h)	Verka för att kontinuerligt bygga ut och säkra upp infrastrukturen som möjliggör användandet av välfärdsteknologi.
	Möjlighet för äldre att få handledning och hjälp i att använda ny teknik. Integreras i det förebyggande arbetet	Vid nybyggnation av boenden för äldre ska tekniska lösningar som underlättar självständighet, integritet och trygghet byggas in från början	
	Utreda gränsdragning mellan förskrivning, kommunalt ansvar och den enskildes ansvar för välfärdsteknik.	Personal som arbetar med äldre ska ha utbildning i de tekniska lösningar som används.	
	Skapa möjlighet för personal och äldre att testa ny teknik via testmiljö på Ale Seniorcentrum	Personal som arbetar med äldre ska kontinuerligt få fortbildning inom området. Kommunens offentliga lokaler ska vara utrustade med teknik som bidrar till att alla kan delta (syn, hörsel)	

Handläggning av behov

Av direktiven till betänkandet (dir. 2015:72) framgår att många kommuner vill kunna erbjuda tjänster inom äldreomsorgen genom en handläggningsprocedur som upplevs som mindre krånglig och kontrollerande än idag. Skälen är bland annat en önskan om att minska det administrativa arbetet och öka självbestämmandet och delaktigheten för äldre personer.

Då flertalet kommuner uppfattar rättsläget som osäkert är det många som avstått från att tillämpa en förenklad form av handläggning.⁴⁸ Bland de kommuner som haft förenklad handläggning men avbrutit förfarandet nämns förutom rättsläget även kostnaderna som en orsak.⁴⁹ Gemensamt för de kommuner som ändå har någon form av förenklad biståndsbedömning är att bedömning/hantering sker för en viss åldersgrupp, till exempel 75 år och äldre.⁵⁰ Förenklad biståndsbedömning tillämpas ofta för enklare insatser så som städning, inköp eller trygghetslarm.

Studier om biståndshandläggning utgår ofta ifrån andra än den äldre personen själv och det finns således mycket begränsad kunskap om äldre personers egna upplevelser av biståndshandläggningen. Det saknas kunskap om det exempelvis finns skillnader beroende på kön, socioekonomisk tillhörighet, etnisk bakgrund och sexuell läggning.⁵¹ De insatser inom äldreomsorgen som ges till flest äldre personer är hemtjänst i ordinärt boende och permanent boende i särskild boendeform.

Lagstiftning

Den enskildes rätt till hemtjänst och andra insatser prövas normalt enligt 4 kap. 1 § SoL. Där anges att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Genom biståndet ska den enskilde tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv. Prövningen av rätten till bistånd ska utgå från individen och de omständigheter som finns i det enskilda ärendet.⁵² Vad som avses med skälig levnadsnivå beträffande insatser som avser livsföringen i övrigt, så som äldreomsorg, är rättsläget oklart i många situationer och lämnar ett visst tolkningsutrymme i bedömningen.

Enligt 5 kap. 4 § SoL ingår det i socialnämndens ansvar att verka för att äldre personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. I denna bestämmelse understryks att insatsen är behovsrelaterad och att den ska vara lättåtkomlig.⁵³ Av förarbetena till lagen framgår att hemtjänstens uppgifter kan delas in i två kategorier, en med inriktning mot uppgifter av servicekaraktär och en mot personlig omvårdnad. Begreppet hemtjänst omfattar insatser såväl i ordinärt boende som i särskilt boende.⁵⁴

Beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen utgör myndighetsutövning och kan således inte överlåtas från kommunen till någon annan aktör.⁵⁵ Kommunerna ansvarar vidare för att de beviljade insatserna utförs med god kvalitet (3 kap. 3 § SoL) vilket behöver säkerställas genom uppföljning av beslutade insatser. Den äldre ska också så långt det är möjligt kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan service ska ges (5 kap. 5 § SoL).

Redan idag finns möjlighet för kommuner att tillhandahålla servicetjänster utan någon individuell behovsprövning till samtliga kommunmedlemmar som fyllt 67 år (2 kap. 7 § Lagen (2009:47) om

⁴⁸ SOU 2017:21, Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (s. 715)

⁴⁹ Ibid. (s.724)

⁵⁰ Ibid. (s. 722)

⁵¹ Ibid. (s. 717)

⁵² Ibid. (s. 731)

⁵³ Ibid. (s. 733)

⁵⁴ Ibid. (s. 734)

⁵⁵ Ibid. (s. 739)

vissa kommunala befogenheter). Kommunerna har dock inte utnyttjat denna möjlighet i någon större utsträckning av de orsaker som nämndes inledningsvis (osäkerhet kring rättsläget samt risk för stor efterfrågan och därmed ökade kostnader) samt att det är en brist att möjligheten inte ligger inom ramen för socialtjänstlagen. Den tjänst som flest kommuner tillhandahåller med stöd av befogenhetslagen är så kallade "Fixartjänster".⁵⁶

RUT

Den 1 juli 2007 trädde lagen (2007:246) om skattereduktion för utgifter för hushållsarbete i kraft. Skattereduktionen innebär att den som har utgifter för hushållsarbete kan få en minskning av skatten med hälften av utgiften för arbetet. Initialt innefattades exempelvis städning, diskning, fönsterputsning och matlagning, men även klädvård, byte av glödlampor, proppar eller liknande. Senare har även flytt hjälp lagts till. I förarbetena skriver regeringen att även omsorg, tillsyn och annat hjälparbete av personlig art som behövs på grund av en persons funktionsnedsättning, ålder eller sjukdom också ska omfattas av skattereduktionen.⁵⁷

Enligt statistik från SCB är det i högre grad äldre personer som använder sig av RUT jämfört med yngre. År 2013 var det drygt 14 procent i åldrarna över 75 år som använde RUT jämfört med mellan 6-9 procent i åldrarna 30-74 år. Det finns dock ingen statistik som visar på hur många av de som använder RUT som gör det istället för hemtjänst eller för att komplettera sin biståndsbedömda hjälp.⁵⁸

Förslag på nationell nivå

- Föreslår en ny bestämmelse som gör det möjligt att genomföra en förenklad form av handläggning för personer som fyllt 80 år avseende serviceinsatser, vissa trygghetslarm och sociala insatser.
- Att Socialstyrelsen ges i uppdrag att följa upp hur äldre personers inflytande och delaktighet samt rättssäkerhet påverkas vid förenklad biståndsbedömning.
- Att Socialstyrelsen ges i uppdrag att initiera och stödja ett långsiktigt utvecklingsarbete avseende genomförandeplaner hos såväl kommuner, i egenskap av huvudmän för äldreomsorgen, som hos kommunala och privata utförare.

Förslaget till bestämmelse om förenklad handläggning innebär att utredningen kan förenklas och gör det möjligt för kommunerna att informera mer systematiskt om den förenklade biståndsprövningen. Bestämmelsen innebär dock inte någon absolut rätt till viss insats vid viss ålder, utan endast en viss begränsning av kravet på individuell prövning som finns enligt 4 kap. 1 § SoL.⁵⁹

Skälet som anges i betänkande till att bestämmelsen avser personer över 80 år är den markanta skillnaden i andelen äldre personer som har insatser inom äldreomsorgen i åldersgrupperna 65-79 år i förhållande till åldersgrupperna 80 år och äldre. Personer under 80 år har också rätt att få motsvarande insatser men med den skillnaden att de inte omfattas av samma möjlighet till förenklad biståndsprövning.⁶⁰

Nuläge Ale – handläggning av behov

Idag är det endast trygghetslarm som omfattas av en förenklad handläggning i kommunen. Den som upplever en otrygghet i att vara ensam hemma eller är orolig för att ramla och inte kunna ta sig upp

⁵⁶ SOU 2017:21, Läs mig! Nationell kvalitetsplan om vård och omsorg om äldre personer, (s. 746-747)

⁵⁷ Ibid, (s. 229-230)

⁵⁸ Ibid, (s. 230)

⁵⁹ Ibid, (s. 755)

⁶⁰ Ibid, (s. 758)

själv kan ansöka om trygghetslarm via kommunens kontaktcenter. En avgift enligt gällande taxa tas ut för trygghetslarmet.

Inom ramen för befogenhetslagen erbjuder kommunen även så kallade ”Fixartjänster”. Tjänsten erbjuds kostnadsfritt till den som är över 65 år och behöver hjälp med enklare vardagssysslor som inte kräver fakkunskap så som att byta lampor, fästa lösa sladdar och kablar, sätta upp eller ta ner gardiner etc. Syftet är att minska risken för fall- och halkolyckor i hemmet.

Förslag på lokal nivå - handläggning av behov

Tema	Handläggning av behov		
Mål 2026	”När jag har behov av stöd och hjälp vet jag vart jag ska vända mig och mitt behov sätts i centrum ”		
Strategier	Individens behov i centrum (IBIC)	Tydlig och förståelig handläggningsprocess	Det ska vara lätt att ansöka om hjälp
Aktiviteter	Utreda hur IBIC kan användas som arbetsmetod vid handläggning.	Tydliggöra och förenkla handläggningsprocessen där möjlighet finns.	Arbeta aktivt med informationsåtgärder i samarbete med den förebyggande verksamheten.
	Möjliggöra att IBIC kan användas som utgångspunkt i arbetet (verksamhetssystem, kompetens hos personal etc)	Information och formuleringar ska ses över i syfte att tydliggöra processen och göra den enklare att förstå.	Se över tillgängligheten; så väl den fysiska som digitala
		Följa utvecklingen på nationell nivå avseende förändringar i utbudet av insatser som kräver biståndsbeslut.	Utveckla digitala tjänster

Boendeformer för äldre personer

I den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer refereras till betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) där det bland annat framgår att äldre personer ofta bor bra, många bor i eget hem eller en bostadsrättslägenhet och är nöjda med sitt boende. Däremot finns det problem med att många äldre personers boende inte fungerar vid försämrad rörlighet. Till exempel saknas hiss för hälften av de som bor i flerbostadshus, och för hälften av dem som bor i hus med hiss kan inte denna nås utan att trappsteg passeras. Var tredje person som är 65 år eller äldre bor ensam.⁶¹

Bostäder för äldre, oaktat om det handlar om ordinärt eller särskilt boende, påverkas av situationen på bostadsmarknaden i allmänhet. Uppskattningsvis behövs cirka 350 000 nya lägenheter fram till år 2030 för de som är 65 år och äldre.⁶² Betänkandet framhåller att den generella bostadspolitiken behöver genomsyras av ett intresse för tillgänglighetsfrågor parallellt med ett större fokus på olika boendeformer som erbjuder fler möjligheter till vardaglig samvaro i boenden än de traditionella boendeformerna. Det konstateras också att ett varierat utbud av boendeformer kan få igång flyttkedjan när äldre personer flyttar till en bostad som fungerar att åldras i och då lämnar sin bostad som kan vara eftertraktad av yngre hushåll.⁶³

Vikten av att tillhandahålla information om bostadsutbudet, var det finns tillgängliga bostäder, hur bostadstillägget fungerar, bostadsanpassningsbidrag och vilket annat stöd som kan finnas lyfts fram. Det finns en bristande kunskap hos många äldre personer och deras anhöriga om vilka alternativ som finns på bostadsmarknaden.⁶⁴

Lagstiftning

I 5 kap. 4 § SoL anges bland annat att socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. I följande paragraf (5 kap. 5 § SoL) anges att socialnämnden ska verka för att äldre människor får goda bostäder samt att kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor med behov av särskilt stöd. Av förarbeten till socialtjänstlagen framgår att äldre människor så långt det är möjligt ska ges förutsättningar att bo kvar i sitt eget hem. Detta bör, enligt förarbetena, vara utgångspunkten även när den enskilde har omfattande behov av tillsyn, omvårdnad och vård.⁶⁵

I de särskilda boendeformerna har kommunen ansvar för hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763 HSL). Kommunens ansvar omfattar även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. I ett särskilt boende ska det (enligt 2 kap. 3 § socialtjänstförordningen, 2001:937) finnas tillgång till personal som dygnet runt utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Tillgången till personal ska bestämmas utifrån den boendes aktuella behov.

Enligt 4 kap. 1 c § SoL ska det, för den som beviljas bistånd i form av särskilt boende för äldre personer, ingå i en skälig levnadsnivå att kunna sammanbo med make, maka eller sambo, den så kallade parboendegarantin. Detta gäller oavsett om den andra parten har behov av boende i särskild boendeform eller inte.

Särskilt boende

Tillgången till platser i särskilt boende för äldre personer varierar mellan kommuner men har under 2000-talet minskat. I vissa kommuner har det samtidigt skett en ökning av andel äldre personer som

⁶¹ SOU 2017:21, Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, (s. 667-668)

⁶² Ibid, (s. 698)

⁶³ Ibid, (s. 699)

⁶⁴ Ibid, (s. 713)

⁶⁵ Ibid, (s. 680)

har hemtjänst. Enligt statistik från 2015 var det fyra procent av personer 65 år och äldre som bodde i särskilt boende och 13 procent av personer i åldersgruppen 80 år och äldre.⁶⁶

I betänkandet reflekteras kring frågan om behovet av en ”mellanboendeform”. Det vill säga ett boende för personer med mindre omfattande behov av vård och omsorg. Dock landar utredningen i bedömningen att det kan vara mer adekvat och lämpligt att ge stöd med utgångspunkt från bostaden i ordinarie boende, än att kommunens ansvar att tillhandahålla särskilda boenden utvidgas eller att nya boendeformer skapas. Här nämns kommunernas biståndsbedömda och öppna dagverksamhet liksom samverkan med och stöd till olika former av sociala aktiviteter, träffpunkter, väntjänster och liknande som ordnas av föreningar, trossamfund och pensionärsorganisationer.⁶⁷

Det finns i dag inte någon forskning som visar om biståndsbedömda dagverksamheter, öppna verksamheter och andra sociala aktiviteter leder till minskat behov av särskilda boenden. Vad som dock är tydligt är att äldre personer känner större välbefinnande och mindre ensamhet när de erbjuds komma till sociala aktiviteter och också får stöd att ta sig till sådana aktiviteter. Eftersom ensamhet och oro är en starkt bidragande orsak till att många äldre vill flytta till särskilt är det utredningens bedömning att det ligger nära till hands att anta att fungerande social verksamhet faktiskt kan leda till minskat behov och intresse av flytt till särskilt boende.⁶⁸

Betänkandet belyser även frågan om rätt till särskilt boende vid en viss ålder som lyfts i olika sammanhang, det vill säga att den äldre personen över en viss ålder själv ska kunna bestämma om och när hen ska få flytta till ett särskilt boende. Bestämmelserna i socialtjänstlagen utgår från att en äldre person har rätt till särskilt boende *om behov föreligger* och det är med nuvarande lagstiftning inte tillåtet att tillhandahålla insatser med ålder som enda grund.⁶⁹ En eventuell förändring av socialtjänstlagen kräver en omfattande översyn av den rättsliga regleringen och av de ekonomiska konsekvenserna för kommunerna. Något sådant förslag lämnas inte inom ramen för betänkandet.

Förslag på nationell nivå

- Att Socialstyrelsen får i uppdrag att kartlägga om det finns skillnader mellan kommunerna vad gäller riktlinjer och tillämpning för att bevilja bistånd till särskilt boende och vilka orsaker som i så fall kan förklara dessa skillnader.
- Att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys får i uppdrag att göra en studie beträffande livssituationen för personer som har ansökt om plats i särskilt boende där huvudorsaken varit oro, ångest och/eller ensamhet, men fått avslag på ansökan om särskilt boende.
- Att Socialstyrelsen får i uppdrag att följa upp i vilken utsträckning kommunernas stöd i form av dagverksamhet och öppna verksamheter kan minska äldre personers behov av och önskemål om flytt till särskilt boende.
- Utvärdera trygghetsbostäder för att se om de fungerar så som det var tänkt
- Höjt bostadstillägg, med syfte att det ska vara möjligt även för pensionärer med låga inkomster att skaffa en nyproducerad eller renoverad bostad.
- Att Socialstyrelsen får i uppdrag att följa och utvärdera hur olika kommuner ger äldre stöd och information för att förändra sitt boende

Även om man inte inom ramen för betänkandet föreslår en så kallad ”mellanboendeform” är detta något som utretts på Socialdepartementet. Den utredningen utmynnade i ett förslag om att

⁶⁶ SOU 2017:21, Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (s. 676)

⁶⁷ Ibid, (s. 689)

⁶⁸ Ibid, (s. 696)

⁶⁹ Prop. 2000/01:80, Ny socialtjänstlag, s. 92. Se även kapitel 14.3 och 14.6 i SOU 2017:21).

kommunerna ska få befogenhet att inrätta särskilda boendeformer för äldre i två hjälpnivåer. Den nya boendeformen ska vara ett alternativ för de som behöver viss hjälp, service och gemenskap men som inte har behov av hjälp och tillsyn under alla tider på dygnet. Förslaget syftar till att ge de kommuner som så önskar möjlighet att inrätta denna form av boende.⁷⁰ Förslaget har varit ute på remiss men något beslut i frågan är ännu inte fattat. Om förslaget antas förväntas det gälla fr.o.m. 2 april 2019.

I Socialstyrelsens årliga enkät om vad de äldre tycker om äldreomsorgen har de analyserat sambanden mellan svaren och faktorer så som sjukdomar, läkemedel och omfattning av omsorgsinsatser. Ett av resultaten är att äldre med multisjuklighet upplever sin hälsa som dålig i betydligt högre utsträckning om de bor hemma jämfört med om de bor på särskilt boende. Bland de med hemtjänst skattar 24 procent sin hälsa som god, medan motsvarande andel bland de på särskilt boende är 40 procent. Socialstyrelsen kan också se att personer generell svarar mindre positivt ju fler hemtjänststimmar de har.⁷¹

Nuläge Ale – boendeformer för äldre personer

Ale kommun utmärker sig inte avsevärt gällande vissa äldreomsorgsdata i jämförelse med Västra Götalands genomsnittliga värden. Ungefär 3,5 % av samtliga personer 65 år och äldre finns inom särskilda boendeformer och 12 % av gruppen 80 år och äldre bor inom särskilt boende. Däremot utmärker sig Ale när det gäller medelåldern för de äldre som bor på särskilt boende i jämförelse med Västra Götalands snitt. De äldre som bor på särskilt boende i Ale har nästan 6 års lägre medellivslängd än Västra Götalands genomsnittsålder.⁷² Därav är det viktigt att rent demografiskt följa utvecklingen av *både* yngre äldre samt äldre över 80 år. Utifrån befolkningsprognosen för kommunen kommer antalet yngre äldre minska marginellt under perioden 2019-2026 (från 4264 till 4144) medan antalet äldre över 80 år ökar från 1199 till 1661 personer under samma period.

Boendefrågorna engagerar och har framhållits som en av de viktigaste frågorna för Aleborna när det gäller äldreomsorgen. Detta har visat sig både genom de workshops som har genomförts under processen med denna äldreplan samt genom medborgarpanelen där 35,7 % av de svarande framhöll *utbudet av boendeformer för äldre* som den viktigaste frågan.⁷³ Här avses inte primärt särskilda boendeformer utan förekomsten av tillgängliga lägenheter i det vanliga utbudet. Så kallade trygghetsbostäder lyfts i diskussioner fram som ett attraktivt alternativ.

Även i rapporten från Vårdanalys (Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?) konstateras att det finns en efterfrågan på mellanboenden och att det är ett underskott av denna boendeform jämfört med vad som efterfrågas. De kostnadsanalyser som Vårdanalys genomfört visar också på att det troligen är samhällsekonomiskt motiverat att öka tillgången till mellanboenden.⁷⁴

I kommunen finns idag så kallade äldrelägenheter, det är hyreslägenheter som är anpassade för att minimera hinder för den boende. Jämfört med det som brukar beskrivas som trygghetsbostäder saknas tillgång till gemensamhetslokal för måltider och rekreation/hobby samt tillgång till personal eller andra gemensamma tjänster.⁷⁵ Förvaltningen har dock i uppdrag att under innevarande år omvandla äldrelägenheterna till trygghetsbostäder. Detta innebär i sig inget nytillskott av bostäder anpassade för en äldre målgrupp utan att graden av service och möjligheter till gemenskap som erbjuds de boende höjs, bland annat genom anställandet av en aktivitetsvärd.

I kommunens bostadsförsörjningsprogram anges att eftersom marknaden främst bygger för barnfamiljer behöver särskilt fokus läggas på att även tillskapa bostäder för andra grupper så som 55+.

⁷⁰ Ds 2017:12, Om förenklat beslutsfattande och särskilda boendeformer för äldre, (s. 3)

⁷¹ <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2018/multisjukaaldremarsamrehemmaanpaboende> (hämtad 2018-02-23)

⁷² Ale kommuns Uppföljningsrapport för augusti 2017, avsnittet om Hälsa och levnadsvanor

⁷³ Bilaga 2, Material från workshops (brukarråd, KPR, arbetsplatsträff m.m)

⁷⁴ Rapport 2015:8, Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan, Vårdanalys (s. 9)

⁷⁵ Om man med trygghetsbostäder utgår från Boverkets definition för det statliga investeringsstödet, Förordning (2016:848) om statligt stöd för att anordna och tillhandahålla bostäder för äldre personer

Möjlighet att göra boendekarriär/bo kvar på orten ska finnas.⁷⁶ I bostadsförsörjningsprogrammet framhålls också vikten av att vid all nybyggnation beakta tillgänglighetsaspekten så att bostäderna utformas så att även personer med olika funktionsvariationer kan bo där. Bostäderna ska också ligga lättillgängligt i de centrala delarna med närhet till kommunikation och service. Även här lyfts behovet av att främja tillväxten av andra boendeformer så som seniorbostäder eller trygghetsbostäder fram.⁷⁷

Gällande tillgången på särskilt boende i kommunen finns idag en viss överkapacitet i och med öppnandet av Garverivägens särskilda boende. Överskottet av platser säljs idag men kommer att minskas i takt med att det egna behovet ökar. Inom ramen för perioden för denna äldreplan (2019-2026) är det förvaltningens bedömning att behovet av platser inom särskilt boende är täckt.

Förslag på lokal nivå - boendeformer för äldre personer

Tema	Boendeformer för äldre personer			
Mål 2026	”Mitt boende underlättar min självständighet och ger mig trygghet”			
Strategier	Trygghetsbostäder ska finnas på flera platser i kommunen	Lätt att förändra sin boendesituation utifrån sina behov	Kommunens äldreboenden ska vara hemtrevliga med plats för besökare	Tillagningskök med servering ska finnas på alla särskilda boenden
Aktiviteter	Se över samverkan med de hyresvärdar och fastighetsägare som finns i kommunen.	Kommunen ska arbeta för att tillgängliga lägenheter avseende både utformning och utbud skapas.	Inventera befintliga boenden avseende skick, möjligheter till övernattning för närstående etc	Följa planerad renovering och upprustning av tillagningskök på Björkliden och Klockareängen.
	Innehållet i trygghetsbostäder så som aktiviteter utvecklas i samverkan mellan aktivitetsvärd och de boende	Samla information om bostadsbidrag, flyttning etc.	Skapa barnvänliga ytor på samtliga boenden	Omvärldsbevaka om och hur det är möjligt att subventionera maten för pensionärer.
		Bomässa riktad till seniorer	Vid planering av nytt äldreboende ska delaktighet från kommuninvånare vara stor från start.	
		Se över riktlinjerna för biståndshandläggning		
	Utreda möjligheten till juridisk hjälp och stöd exempelvis vid bostadsanpassning.			

⁷⁶ Bostadsförsörjningsprogram Ale kommun 2017-2021, (s. 9)

⁷⁷ Ibid. (s. 18)

Tidsplan och uppföljning

I varje års nämndplan ska respektive mål följas upp för att säkerställa att vi är på väg åt rätt håll. I mitten av perioden, år 2022, ska en mer omfattande uppföljning göras. Aktiviteterna inom respektive tema/område ska läggas in i kommunens system för planering och uppföljning (Stratsys). På så sätt följs och integreras aktiviteterna med övrig verksamhet och en kontinuerlig återkoppling till nämnden säkerställs. En ansvarig funktion för respektive mål kommer utses. Omvärldsbevakning om vad som händer på det nationella planet ska göras kontinuerligt för att säkerställa att kommunens åtgärder korrelerar med vad som händer nationellt.

För att kunna mäta och säkerställa att vi rör oss i önskad riktning måste vi veta var vi står idag (nuläge). Under hösten 2018 kommer därför en del enkäter och undersökningar behöva genomföras för att ha som jämförelseunderlag när målen successivt ska följas upp och utvärderas.

Tack till

Slutligen vill vi rikta ett varmt och innerligt tack till alla som engagerat sig och bidragit med sin tid och sina perspektiv;

Samtliga deltagare den 12 april

Deltagare på alla brukarråd

KPR

Medarbetare och chefer inom sektor ATO

Utvecklingsenheten, sektor KS

Bilageförteckning

Bilaga 1, Dokumentation från arbetet den 12 april

Bilaga 2, Material från workshops (brukarråd, KPR, arbetsplatsträffar m.m)

Bilaga 3, Medborgarpanelen – enkät om äldreomsorgen i Ale

Bilaga 4, KPRSamråds underlag till en ny kvalitetsplan för äldreomsorgen i Ale kommun

Bilaga 5, KPRSamråds förslag på aktiviteter för boende på särskilda boenden i Ale kommun