

ÄLDREPLAN 2007–2016



Frågor om planen kan ställas till:

Kjell Bjerrehorn, äldreomsorgsnämndens ordförande
kjell.bjerrehorn@hanninge.se
073-941 30 77

Ewa Kardell, förvaltningschef
ewa.kardell@hanninge.se
08-606 85 14

Elizabeth Lindholm Hahne, biträdande förvaltningschef
elizabeth.hahne@hanninge.se
08-606 81 87

Kurt Johansson, ekonomichef
kurt.johansson@hanninge.se
08-606 82 28

Rolf Ljungström, utvecklingssekreterare
rolf.ljungstrom@hanninge.se
08-606 76 08

”Den fysiska skillnaden på gamla och unga människor är att det knarrar i kopplingarna och att de ofta är mer utdragna i benen.”

FABIAN, 8 ÅR

”... tänderna gnisslar också och så blir kretsloppet dåligt.”

FANNY, 6 ÅR

”... och stötdämparna i knäna fungerar inte längre.”

GUSTAV, 6 ÅR

INNEHÅLL

Frågor om planen kan ställas till:.....	2
1. INLEDNING	5
1.1 Uppdrag, handläggning och beredning.....	5
1.2 Omfattning och innehåll.....	5
1.3 Uppföljning och revidering.....	5
2. ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STYRNING FÖR ÄLDREOMRÅDET	6
2.1 Politikens mål, omfattning och inriktning.....	6
Vi vill:.....	6
2.2 Socialtjänstlagen.....	7
2.3 Hälso- och sjukvårdslagen.....	7
3. BEFOLKNINGSUTVECKLING – EUROPA, SVERIGE OCH HANINGE	8
Så här planerar vi att utveckla verksamheten:.....	8
4. DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE	9
Så här planerar vi att utveckla verksamheten:.....	9
5. JÄMSTÄLLDHET OCH MÅNGFALD	10
5.1 Etnicitet.....	10
Så här planerar vi att utveckla verksamheten:.....	10
6. FÖREBYGGANDE OCH HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE	11
6.1 Positiv hälsoutveckling.....	11
6.2 Skillnader i hälsa.....	11
6.3 Psykisk ohälsa hos äldre.....	11
6.4 Frivilliga insatser av och för äldre.....	11
6.5 Anhörigstöd.....	12
6.6 Mat och näring.....	12
Så här planerar vi att utveckla verksamheten:.....	13
7. NÄRVÅRD I SAMVERKAN	14
7.1 En sammanhållen hemvård för äldre.....	14
Så här planerar vi att utveckla verksamheten:.....	14
8. TILLGÄNGLIGT BOENDE	15
8.1 Trygghet i boendet.....	15
8.2 Ordinärt boende med hög tillgänglighet.....	15
8.3 Träffpunkter för äldre.....	15
8.4 Parbogaranti.....	15
8.5 Seniorboende.....	15
8.6 Hemtjänst och dagverksamhet.....	15
8.7 Korttidsplatser och särskilt boende.....	16
Så här planerar vi att utveckla verksamheten:.....	17
9. IT, TEKNIK OCH MILJÖ	18
9.1 IT-strategi.....	18
9.2 Teknikutveckling - hjälpmedel.....	18
9.3 Miljö.....	18
Så här planerar vi att utveckla verksamheten:.....	18
10. KVALITET	19
10.1 Kvalitetspolicy.....	19
10.2 Kvalitetsdeklarerade tjänster och synpunktshantering.....	19
10.3 Verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling.....	19
10.4 Förstärkt tillsyn.....	19
Så här planerar vi att utveckla verksamheten:.....	20
11. KOMPETENSFÖRSÖRJNING	21
11.1 Arbetsmiljö.....	21
Så här planerar vi att utveckla verksamheten:.....	21
12. FORSKNING OCH UTVECKLING	22
Så här planerar vi att utveckla verksamheten:.....	22

1. INLEDNING

1.1 Uppdrag, handläggning och beredning

Äldreomsorgsnämnden har gett äldreomsorgsförvaltningen i uppdrag att utarbeta ett förslag till Äldreplan för Haninge kommun.

Äldreplanen har remitterats till lokala partier, pensionärsföreningar och frivilligorganisationer. Den har också remitterats till kommunens övriga förvaltningar för ett tjänstemannautlåtande.

En medborgardialog har hållits i Haninge kulturhus den 6 november 2006 med 45-talet besökare samt ett 15-tal tjänstemän och politiker.

Under fem tisdagar i november–december 2006 inbjöd äldreomsorgsförvaltningen till en fortsatt medborgardialog på medborgarkontoret, där 12 besökare har gästade tjänstemän för samtal, frågor och synpunkter kring Äldreplanen.

De synpunkter som lämnats under medborgardialogen och i remissvaren har delat av förvaltningsledningen behandlat och värderat. Resultatet av detta är en omarbetad skrivning av kapiteltexterna och de avslutande punktsatserna som följer på kapitlen 3-12.

1.2 Omfattning och innehåll

Denna Äldreplan riktar sig till brukare, medborgare, politiker och personal i Haninge kommun.

Planen gäller för åren 2007 till och med 2016 och är

i huvudsak skriven utifrån ett medborgar- och brukarperspektiv och ska ses som en vägledning för kommunens planerings- och utvecklingsarbete i frågor som rör äldreområdet. Planen redogör för nutida och framtida behov och förutsättningar samt pekar på utvecklingsområden och vad som bör göras – både på kort och längre sikt.

Planen är inte en angelägenhet bara för äldreomsorgsnämnd och äldreomsorgsförvaltning utan också för övriga kommunala nämnder och förvaltningar. Ska vi nå framgång i det strategiska arbetet som rör äldreområdet bör vi i många avseenden samverka mellan förvaltningar. Det kan exempelvis handla om rekrytering av personal, boende- och tillgänglighetsfrågor samt sociala och kulturella frågor.

Av Mål och Budget som fastställs årligen framgår kommunfullmäktiges vision, mål, uppdrag och styrtalet. Där anges också inriktningsmål och resultatmål samt åtaganden och strategier som respektive nämnd fattar beslut om och som utgör grunden för nämndernas verksamhetsplaner.

1.3 Uppföljning och revidering

Planen ska följas upp årligen och revideras vid väsentliga förändringar som påverkar planeringsförutsättningarna.

2. ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STYRNING FÖR ÄLDREOMRÅDET

Riksdagen stiftar de lagar som ligger till grund för vården och omsorgen av äldre människor i Sverige. De lagar som i första hand styr den kommunala äldreomsorgen är socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Riksdagen kan också besluta om nationella mål som ytterligare förtydligar kommunernas ansvar för äldreomsorgen.

2.1 Politikens mål, omfattning och inriktning

Äldreplanen är en produkt av politiskt formulerade viljeyttringar i kombination med ett förvaltnings- och verksamhetsperspektiv.

På nationell nivå har regeringens proposition ”Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre” varit vägledande i arbetet. Propositionen anger sex särskilt angelägna utvecklingsområden:

1. Bättre vård och omsorg om de mest sjuka
2. Trygghet i boendet
3. Den sociala omsorgen
4. Nationell likvärdighet och lokal utveckling
5. Förebyggande arbete
6. Personalen

Mål, omfattning och inriktning för äldrepolitiken sammanfaller till stora delar med tidigare ansatser och pekar på;

”Målet för politikområdet är att äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt och ha tillgång till god vård och omsorg.

Många av politikområdets insatser utförs inom ramen för en generell politik som riktar sig till fler målgrupper än äldre varför de ofta finansieras och redovisas inom andra politikområden än äldrepolitiken. De insatser som i detta sammanhang redovisas som äldrepolitik är huvudsakligen sådana som kommunerna ansvarar för inom ramen för äldre- och handikappomsorgen.

Regeringen vill komma till rätta med bristerna inom äldreomsorgen. Äldre personer med stora behov av vård och omsorg behöver få ökad tillgång till läkare. Fler läkemedelsgenomgångar bör genomföras för att bidra till förbättrad livskvalitet. Demensvården ska utvecklas och det sociala innehållet i äldreomsorgen behöver förbättras. Genom aktiva hälsofrämjande och förebyggande insatser kan hälsan stärkas och risken för fallolyckor minskas.

Möjligheterna att välja ett bra boende för äldre måste utvecklas. Bristen på särskilda boenden måste avhjälpas och nya boendeformer behöver utvecklas. Regeringen vill stimulera byggandet av fler bostäder för äldre. I ett första steg kommer ett särskilt investeringsstöd att införas för att åstadkomma fler platser i särskilt boende.

En utvecklad samverkan med ideella krafter kan bidra till ökad livskvalitet för äldre. Situationen för anhöriga ska prioriteras. Personalen inom vård och omsorg behöver stöd för sitt professionella engagemang och sin fortsatta kompetensutveckling.

Regeringen vill öka valfriheten för att stärka den äldre personens möjligheter till inflytande över den egna vardagen. Äldreomsorgen måste bedrivas på ett sätt som visar respekt för människovärdet och därför avser regeringen att ta initiativ till att införa en värdighetsgaranti.”

Den politiska plattformen för Haninge 2007-2010 anger följande:

”Alla ska garanteras en trygg och värdig äldreomsorg av god kvalitet. Utformningen av en värdighetsgaranti, med konkreta besked om vad den enskilda individen kan kräva av omsorgen, utreds.

Eget val införs som ger den enskilde möjlighet att själv välja utförare av hemtjänst eller äldreomsorg utifrån sina individuella behov. Stödet till anhängigvårdare ses över. Kommunens stöd till Vantjänsten ska utvecklas. Syftet är att bättre tillgodose de äldres behov av hjälp med olika personliga önskemål och praktiska göromål.

Ett stort utbud av olika boendeformer ska finnas för att möta de äldres olika behov. Under kommande mandatperiod ska utbyggnaden av seniorbostäder prioriteras så att de medborgare som vill kan få bo kvar i sina egna närområden.

Bristen på platser i äldreboende, som har medfört att många saknar ett fullgott medicinskt omhändertagande, eller känner sig ensamma och isolerade, måste avhjälpas. En boendegaranti som kan göra det lättare för alla över en viss ålder att få ett särskilt boende ska utredas.

Vi vill:

- att en värdighetsgaranti införs,
- att hemtjänst utan individuell behovsbedömning för personer över 75 år utreds,
- att stödet till anhängigvårdare ses över,
- att en boendegaranti utreds,
- att innehållet i och behovet av äldreboenden i våra kommundelar ses över.”

2.2 Socialtjänstlagen

Ett urval av styrande paragrafer för äldreomsorgen, med väsentlig betydelse för planeringsarbete:

1 kap 1 § - Socialtjänstens mål

Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas

- ekonomiska och sociala trygghet,
- jämlikhet i levnadsvillkor,
- aktiva deltagande i samhällslivet.

Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

3 kap 6 § - Socialnämnden bör genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande socialtjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra.

5 kap 4 § - Socialnämnden skall 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 5 § - Socialnämnden skall verka för att äldre människor får goda bostäder och skall ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Kommunen skall inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.

5 kap 6 § - 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.

Kommunen skall planera sina insatser för äldre. I planeringen skall kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

2.3 Hälso- och sjukvårdslagen

Ett urval av styrande paragrafer för äldreomsorgen, med väsentlig betydelse för planeringsarbete:

2 § - Mål för hälso- och sjukvården

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

2 e § Där det bedrivs hälso- och sjukvård skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges.

18 § - Kommunens ansvar

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i socialtjänstlagen.

18 b § - Kommunen skall erbjuda även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade.

3. BEFOLKNINGSUTVECKLING – EUROPA, SVERIGE OCH HANINGE

Den demografiska utvecklingen inom EU innebär stora påfrestningar på de sociala välfärdssystemen, för pensionerna, hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Utmaningen beskrivs utifrån flera dimensioner; den relativa minskningen av befolkningen i arbetsför ålder och den åldrande arbetskraften, trycket på pensionsystemen och de offentliga finanserna, det ökade behovet av vård och omsorg samt de ökade skillnaderna mellan äldre i fråga om familjesituation, boende, utbildning och hälsa.

Andelen äldre över 65 år är något lägre i genomsnitt i den europeiska unionen än i Sverige men kommer att öka under de kommande årtiondena. Till exempel kommer andelen 80 år och äldre i genomsnitt att öka med 50 procent under den närmsta 15 åren.

Äldrekvoten, det vill säga förhållandet mellan antal personer över 65 år och antal personer i arbetsför ålder, är i genomsnitt 24 i unionen. Det betyder att 100 personer i arbetsför ålder ska försörja 24 personer som är över 65 år. År 2010 kommer Sverige att ha en äldrekvot på mellan 28 och 31. Det betyder att det kommer att finnas färre arbetsföra per person över 65 år. Till detta kommer att den arbetsföra befolkningen också ska försörja den yngre delen av befolkningen som inte är i arbete.

Eftersom socialpolitik är en nationell angelägenhet finns ingen möjlighet för EU att harmonisera lagar eller bestämmelser inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Däremot har ett mer djupgående samarbete påbörjats i linje med den öppna samordningsmetoden. Modellen innebär att man på EU-nivå, i detta fall alla ländernas social- och hälsoministrar, enas om mål och hur dessa mäts. Sedan får varje land finna sin egen väg för att uppnå dessa mål.

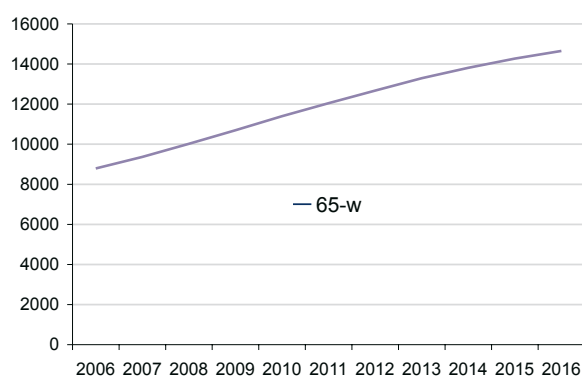
De gemensamma målen för vård och omsorg är:

- tillgång till vård och omsorg för alla oavsett inkomst eller förmögenhet,
- vård av hög kvalitet,
- vård som är finansiellt hållbar.

Dessa tre mål bryts ner i en mängd förslag på åtgärder som medlemsländerna kan använda sig av. Om ett land inte uppfyller målen eller inte lämnar in rapporter i tid finns inget sanktionssystem. Det skapas dock ett visst moraliskt tryck. EU kan genom sitt folkhälsoprogram eller sitt forskningsprogram stödja projekt som studerar olika aspekter och konsekvenser av åldrandet inom unionen.

Haninge kommun är den kommun på Södertörn som enligt befolkningsprognoserna beräknas ha den kraftigaste ökningstakten vad gäller personer 65 år och äldre under den närmaste femårsperioden. Ser man enbart på gruppen 80 och äldre har flera av grannkommunerna, exempelvis Botkyrka och Huddinge, en likartad ökningstakt.

Gruppen 65 år och äldre beräknas under 10-årsperioden 2006 – 2016 öka med 67%. Gruppen 80 år och äldre beräknas öka med 42%.



Andelen 65 år och äldre ökar kraftigt under hela planperioden. Ökningen av andelen äldre över 80 år är kraftigare under den senare delen av planperioden.

10-årsprognosen visar på stora skillnader i åldersutvecklingen mellan kommundelarna där exempelvis Vendelsö har en *minskning* av andelen 80 och äldre med 4% medan Vendelsöalm under samma period har en ökning med 122%. Däremellan har vi Brandbergen med en ökning på 22%. Detta visar med tydlighet att vi i planeringen av en god äldreomsorg också har att ta hänsyn till de lokala skillnader i åldersutvecklingen som råder.

Så här planerar vi att utveckla verksamheten:

- Bedriva ett erfarenhetsutbyte och samarbete - regionalt, nationellt och internationellt - kring konsekvenser av en åldrande befolkning.
- Följa den demografiska utvecklingen inom kommundelarna.
- I samarbete med andra aktörer utreda behovet av varierade boendeformer inom kommunen samt hur ansvarsfördelning mellan olika samhällsaktörer bör utformas.
- Att vid framtida detaljplanläggning tillgodose behovet av bostäder för äldre.

4. DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE

Morgondagens äldre förefaller ha relativt goda egna resurser. Det gäller såväl hälsa som ekonomi, sociala nätverk och utbildning. Kraven de kommer att ställa och förväntningarna de har på den framtida äldreomsorgen är delvis avhängiga de möjligheter som ges till delaktighet och inflytande över hur den ska utformas och vilka som ska få ta del av den. Viktiga frågor att ställa sig blir då bl a:

- Vad innebär den demografiska utvecklingen i fördelningen av ansvar mellan den enskilde och samhället under åldrandet?

- Hur kan vi stärka både det egna ansvarstagandet och förtroendet för de insatser som man åtar sig att klara av med gemensamma resurser och i lagreglerade former?

Att befolkningen åldras kräver att samhället i en vid mening klarar att möta vård- och omsorgsbehoven hos äldre människor samtidigt som det främjar aktivitet och delaktighet. Fortsättningsvis bör prioriteringsdebatten ske öppet och med sikte på att tillsammans med med-

borgarna ändå fatta viktiga grundläggande beslut om hur vi kan prioritera våra gemensamma resurser.

Vi måste lägga stor vikt vid att hitta former för hur vi med lyhördhet och experimentlusta kan arbeta oss fram till en ökad delaktighet och ett ökat inflytande. Inom kommunen måste detta ske i olika forum. Idag har vi ett aktivt och engagerat pensionärsråd med representation från pensionärsorganisationer. Företrädare för våra äldre är också representerade i andra sammanhang som Nestor FoU-center och inom frivilligarbetet. Vi måste också tillsammans skapa nya mötesplatser som syftar till att i dialog skapa respekt för varandras olika utgångspunkter och uppfattningar.

Så här planerar vi att utveckla verksamheten:

- Utökad brukar- och medborgardialog.
- Införande av ”eget val”.
- Kundval inom hemtjänsten.

5. JÄMSTÄLLDHET OCH MÅNGFALD

Mycket av det som idag görs inom äldreomsorgen handlar om sysslor som kvinnor traditionellt har gjort. Det innebär att äldreomsorgens tillgänglighet, omfattning, kvalitet och resurser i mycket hög grad berör kvinnor.

Cirka 70 % av de äldre med insatser från kommunen är kvinnor. Insatserna mellan män och kvinnor fördelar sig däremot betydligt mer jämnt om hänsyn tas till att de äldre kvinnorna är fler och därutöver är mer beroende av offentliga insatser eftersom de så ofta lever i ensamhushåll. Kvinnorna uppper oftare än männen att de är missnöjda med den äldreomsorg de får och vill ha mer hjälp. Det kan tyda på att insatserna är dåligt anpassade efter kvinnors behov.

Samtidigt är det viktigt att uppmärksamma männens situation, både i rollen som brukare och som personal i en verksamhet med så tydliga kvinnliga förtecken. Möjligheten för äldre män att ha någon att dela sina manliga intressen med kan vara små. Det är samtidigt få män som vill arbeta inom äldreomsorgen. En fråga är vad fler anställda män skulle innebära för äldreomsorgen, från ett brukar-, personal- och samhällsperspektiv.

Socialstyrelsen rekommenderar att socialtjänsten/ äldreomsorgen:

- utvecklar arbetssätt för att tillämpa jämställdhetsintegrering i hela arbetsprocessen, från behov och behovsbedömning till uppföljning av resultat,
- aktivt undersöker och uppmärksammar behov av insatser hos kvinnor och män,
- följer upp insatser, resultat och effekter i relation till kvinnors och mäns syn på bemötande och kvalitet.

5.1 Etnicitet

För att definiera den del av befolkningen som har annat etniskt ursprung än den svenska majoritetsbefolkningen kan man använda sig av uttrycket ”*utrikesfödda*” - en icke homogen grupp som invandrat under olika tidsperioder, från olika länder och av olika skäl. Andelen med utländsk bakgrund är fortfarande liten bland dagens ålderspensionärer men kommer att öka i takt med att befolkningen åldras.

Äldre invandrare har olika socioekonomisk status, etnisk och kulturell härkomst och språk; de skiljer sig också åt när det gäller tidpunkt för och orsak till invandringen. Det är därför tveksamt att uttala sig om hälsan bland äldre invandrare generellt.

I takt med att antalet äldre invandrare ökar har vi all anledning att uppmärksamma de med vård- och omsorgsbehov. Anhöriga står för merparten av omsorgsinsatserna till äldre personer i eget hem och detta gäller oavsett födelseland.

Den äldres situation är givetvis olika beroende på om de bott länge i Sverige eller invandrat i hög ålder för att förenas med sina familjer, så kallade ”sent-i-livet-invandrare”. Många i den senare kategorin lär sig aldrig språket tillräckligt bra för att kunna kommunicera på svenska och blir därmed beroende av sina barn för kontakter med det svenska samhället.

Behov av en särskilt anpassad äldreomsorg för personer från olika etniska eller språkliga grupper kan säkerligen förekomma i vissa avseenden – särskilt bland demenssjuka. Med stigande ålder ökar efterfrågan på att få omsorg av personal som behärskar ”hemspråket” och som har en liknande kulturell bakgrund som de själva.

De allra flesta äldre av utländsk härkomst kommer dock även i fortsättningen att få hjälp av en den reguljära äldreomsorgen som i ökad utsträckning måste bli mångkulturell, det vill säga kunna ge hjälp till äldre personer av olika etnisk och kulturell härkomst.

Så här planerar vi att utveckla verksamheten:

- Öka betydelsen av jämställdhets- och mångfaldsperspektivet med syfte att kunna fördela våra resurser rättvist och effektivt.
- Belysa och rätta till eventuella brister i behovsbedömningen utifrån ett manligt/kvinnligt perspektiv.
- Öka kunskapsbasen och anpassa verksamheten kring behov och förväntningar hos äldre personer med utländsk bakgrund.
- Ta till vara och anpassa verksamheten utifrån den mångfald av kunskap, erfarenhet och kompetens som finns tillgänglig.
- Se över hur kulturella skillnader vid vård i livets slutskede kan bejakas.

6. FÖREBYGGANDE OCH HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE

Det finns goda förutsättningar för framgångsrikt förebyggande hälsoarbete bland äldre. Flera av de försämringar som ses som normala processer under åldrandet kan i själva verket påverkas och förebyggas. Ohälsosamma matvanor, fysisk inaktivitet och rökning är några av de faktorer som har tydliga negativa effekter på åldrandet. Samhället kan genom olika åtgärder stimulera till livsstilsförändringar och hälsosamma val, även om det naturligtvis är individens ansvar att välja om han eller hon vill förändra sin livsstil.

Det finns två huvudsakliga skäl för att satsa på förebyggande och hälsofrämjande insatser för äldre. Det ena är att förebyggande insatser förbättrar äldre personers välbefinnande och livskvalitet. För den enskilde individen kan det innebära att sjukdom och skador, som kan leda till lidande och beroende, i många fall kan förebyggas eller skjutas upp. Det andra är att förebyggande insatser minskar omfattningen och kostnaderna för vård och omsorg, till följd av att funktionsnedsättningar och beroende skjuts upp.

6.1 Positiv hälsoutveckling

Den positiva hälsoutveckling som skett under 1900-talet kan till stor del tillskrivas ett framgångsrikt folkhälsoarbete; bland annat förbättringar av den fysiska arbetsmiljön, rökningens tillbakagång, den medicinska utvecklingen och minskningen av olycksfall. I huvudsak är det friska år vi kunnat lägga till livet. Om denna positiva trend fortsätter kommer ökningen av antalet äldre inte att åtföljas av en motsvarande ökning av de förväntade vård- och omsorgsbehoven. Även till synes små årliga hälsoförbättringar, till följd av bland annat ett framgångsrikt folkhälsoarbete, kan drastiskt dämpa vårdbehovet. Äldre människors hälsa och välbefinnande kommer att vara av central betydelse för hela samhällets utveckling, inte minst ur samhällsekonomisk synpunkt. Det är därför viktigt att personal som arbetar med vård och omsorg om äldre har kunskap om vad som främjar hälsa, t ex om betydelsen av kost och fysisk aktivitet.

Det är aldrig för sent att förbättra hälsan och välbefinnandet genom att ändra delar av sin livsstil. Många studier visar att förändrade levnadsvanor kan ge positiva hälsoeffekter även högt upp i åldrarna.

6.2 Skillnader i hälsa

Det är vanligare att kvinnor upplever ohälsa och besvär av långvarig sjukdom. Däremot har männen högre dödlighet i alla åldrar än kvinnor. Fler kvinnor än män har hälsoproblem, fler kvinnor har funktionsnedsättningar och värk. Ohälsa är inte bara kopplat till ålder och kön utan även till civilstånd, födelseland, utbildningsnivå och, framför allt, inkomst.


Skillnaderna i hälsa och medellivslängd mellan olika socioekonomiska grupper visar även att det går att påverka funktionsnedsättningar och ohälsa. Det finns goda möjligheter att förbättra hälsoläget men arbetet måste vara långsiktigt eftersom hälsoläget för de äldre är så starkt präglad av villkor och levnadsvanor tidigare i livet.

6.3 Psykisk ohälsa hos äldre

Psykisk ohälsa är vanligt förekommande hos äldre. Vid 75 års ålder har ca 15 % någon psykiatrisk diagnos, t ex depressivt syndrom, ångestsyndrom eller olika former av psykotiska tillstånd. Depression är den vanligaste orsaken till psykisk ohälsa hos äldre. Kroppsliga sjukdomar och demens ökar risken för depression men även stressande livshändelser ökar risken på liknande sätt hos äldre som hos yngre personer. En nära anhörigs dödsfall är exempelvis en riskfaktor för depression. Ytterligare riskfaktorer är ett svagt socialt nätverk, sömnstörning, funktionshinder och tidigare depression. Kvinnor rapporterar psykiska besvär i betydligt högre omfattning än män. En förklaring till detta kan vara att kvinnor lever längre än män och därmed i större utsträckning utsätts för riskfaktorer för psykisk ohälsa, t ex en nära anhörigs dödsfall. Ett stort antal äldre har odiagnostiserade och obehandlade psykiska problem och sjukdomar, trots kontakter med hälso- och sjukvård och hemtjänst. Uppskattningsvis kommer var fjärde äldre att behöva någon form av insatser pga. psykisk ohälsa i vid mening.

6.4 Frivilliga insatser av och för äldre

Att vara socialt aktiv och att ha en meningsfull uppgift har inte bara betydelse för välbefinnandet, utan minskar även risken att drabbas av psykisk ohälsa och att i framtid utveckla demenssjukdom. Det är därför viktigt att kommuner, föreningsliv och andra aktörer i samhället inbjuder till engagemang från medborgarna, inte minst de äldre. Pensioneringen innebär för många en stor



omställning. Med stigande ålder tunnast ofta det sociala nätverket ut.

Ett bra sätt att tillgodose människors behov av att ha något meningsfullt att göra och att bryta ensamhet och isolering är att utveckla verksamheten vid väntjänst- och anhörigcentraler. Väntjänsten kan fungera som en mötesplats och forum för stöd, dialog och information mellan de äldre, kommunen och olika organisationer som engagerar frivilliga. Väntjänsten kan arbeta för att stimulera till ökade frivilliginsatser av och för äldre personer.

6.5 Anhörigstöd

Anhöriga gör stora och viktiga insatser för att hjälpa och vårda sina äldre och långtidssjuka närstående. För många äldre påverkas möjligheterna att under trygga och trivsamma former bo kvar hemma i hög grad av om någon anhörig kan, orkar och vill hjälpa. År 2000 stod anhöriga för ungefär 70 % av den totala hjälpvolymen bland personer 75 år och äldre som bodde i ordinärt boende. Det är vanskligt att sja om hur stor andelen är idag i Haninge och hur den kommer utvecklas på sikt.

Den uppsökande verksamheten hos personer 75 år och äldre i Haninge som påbörjades 2005, visar i sin första fas att nära 5 % av de besökta var att definiera som anhörigvårdare. Omsätter vi denna erfarenhet till en grov prognos om anhöriga i ordinärt boende som kan vara i behov av stöd framöver, så handlar det om flera hundra.

En välutbyggd och välfungerande äldreomsorg torde vara det bästa stödet för anhöriga till omsorgsbehövande äldre. Vetskapen om att det finns en god vård och omsorg den dagen det behövs för den omsorgsbehövande, eller när den anhöriga själv inte orkar, kan eller vill längre, är viktig för att båda ska kunna känna sig trygga. Ett rikt utbud av bra hemtjänst och dagverksamhet, särskilt boende och korttidsboende, lokala träffpunkter för äldre, en livaktig förenings- och frivilligverksamhet och en väl rustad primärvård kan betraktas som ett indirekt stöd till anhöriga. Insatser som direkt riktar sig till anhöriga kan vara avlösning, anhörigcirklar, utbildning mm.

6.6 Mat och näring

När den egna hälsan börjar svikta ökar risken för näringsproblem hos äldre. Maten och måltiden har en

central funktion för hälsa och välbefinnande. Tillgång till en näringsriktig kost är en av de viktigaste förutsättningarna för att kunna bevara hälsan och att kunna återfå den efter sjukdom.

Måltiden som en social och hälsofrämjande företeelse ska beaktas. Miljön och omständigheterna kring måltiden - såväl i det särskilda boendet som i det ordinarie - har en avgörande betydelse för hur den äldre ska kunna tillgodogöra sig maten på bästa sätt.

Följande problem och brister kring äldre personers mat och ätande är några av de mest väldokumenterade som uppmärksammas ur ett nationellt perspektiv;

- ansvarsfördelningen,
- kvalitetskriterierna vid upphandling,
- hur kvalitetsarbetet bedrivs,
- de äldre personernas valmöjligheter,
- måltidsordningen.

Regeringen har beslutat att förstärka arbetet med måltidskvaliteten i kommunernas äldreomsorg. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram kriterier för tillsyn och att sprida kunskap om mat och näringens betydelse till personal, inköpare och beslutsfattare i kommunerna. I uppdraget ligger också att bedöma om föreskrifter behöver tas fram för kvalitet och säkerhet i mathållningen.

De ansträngningar Haninge äldreomsorg åstadkommit genom lokalt utrednings- och utvecklingsarbete har bidragit till förhöjd kvalitet. En lokal instruktion för nutrition och kosthantering är också implementerad i våra verksamheter med hjälp av profilområde Kost & Måltid.

En god munhälsa är en viktig förutsättning för att kunna tillgodogöra sig en allsidig och näringsriktig kost vilket i sin tur leder till ökad folkhälsa.

Landstingen har ansvar för att organisera och finansiera viss tandvård till äldre och funktionshindrade personer. Tandvårdsstödet innebär att personer inom äldre- och handikappomsorgen som har ett omfattande och varaktigt behov av vård- och omsorgsinsatser ska erbjudas uppsökande verksamhet. Detta ska ske i samverkan med kommunen och där omvårdnadspersonalen får handledning och utbildning. Äldreomsorgen i Haninge har i flera sammanhang lyfts fram som ett mycket gott exempel på hur man i kommunen kan samverka och arbeta med denna förebyggande tandvård.



Så här planerar vi att utveckla verksamheten:

- Förstärka det allmänna förebyggande hälsoarbetet.
- Införa förebyggande hembesök som reguljär verksamhet.
- Utveckla nya och fördjupade former för samverkan mellan kommunen och frivilligorganisationer.
- Utveckla ett individanpassat anhörigstöd.
- Se måltiden ur ett socialt perspektiv som en hälsofrämjande insats, både inom och utom biståndsbedömd verksamhet.
- Skapa ett utrymme för en variationsrik måltidshantering under alternativa driftsformer; egen tillagning i särskilt boende, eget/egna produktionskök, måltids/restaurangentreprenad.
- Samarbeta med kultur- och fritidsförvaltningen om förebyggande insatser för äldre.
- I samarbete med landstinget identifiera personer med varaktigt behov av uppsökande tandvård.

7.1 En sammanhållen hemvård för äldre

På förslag har diskuterats att kommunen ska ha ansvar för hälso- och sjukvård i såväl ordinärt som i särskilt boende inklusive rehabilitering och hjälpmedel. Bakgrunden till förslaget refererar i huvudsak till de under 1990-talet allt kortare vårdtiderna på sjukhus. Kortare vårdtider är förenade med risker i överföringen från sluten- till öppenvård. Än större är risken för personer med sammansatta eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov.

Med en allt högre andel kvarboende kommer allt fler personer att ha många och sammansatta behov i det ordinära boendet vilket kommer att ställa höga krav på hemsjukvårdens tillgänglighet och kompetens och att samverkan mellan olika aktörer fungerar. Parallella organisationer för vården och omsorgen skapar onödiga kostnader och en oklar ansvarsfördelning.

Både socialt och medicinskt utbildade personer behöver arbeta i team för att kunna tillfredsställa den enskildes samlade behov. Därför är det viktigt att integrera hemsjukvården i den organisation för äldreomsorg som vi har idag. Den måste också förändras för att kunna anpassa sig efter den tillkommande organisationen så att den enskildes behov bäst kan tillgodoses.

Så här planerar vi att utveckla verksamheten:

- Utveckla vård- och omsorgsarbetet genom teambildning med hög medicinsk och social kompetens.
- Utveckla vårdplaneringen till ett verktyg som stärker och säkrar det individuella inflytandet för brukare och anhöriga, när det gäller val av insatser.
- Överväga ett övertagande av hemsjukvård i samverkan med landstinget för personer 65 år och äldre.
- Planera för en värdighetsgaranti i enlighet med kommande beslut från riksdagen.

8. TILLGÄNGLIGT BOENDE

8.1 Trygghet i boendet

Tillgängliga bostäder och närmiljöer, möjligheten till bostadsanpassning i befintligt boende, närhet till träffpunkter för social samvaro, möjlighet att få kvalificerade insatser från hemtjänst och hemsjukvård när behov uppstår och tillgång till plats i särskilt boende även för makar och sammanboende kan räknas till de främsta trygghetsskapande faktorerna för att man som äldre ska uppleva trygghet.

8.2 Ordinärt boende med hög tillgänglighet

För att klara de utmaningar vi står inför är tillgängligheten i det ordinära boendet av närmast avgörande betydelse för en framgångsrik äldreomsorg. Med tanke på den långsiktiga utvecklingen med en ökande andel äldre i befolkningen är det nödvändigt att öka tillgängligheten i det befintliga bostadsbeståndet och i om- och nyproduktion.

Ska man som äldre med skiftande funktionshinder tillförsäkras en ålderdom i värdighet ska man ges möjlighet och förutsättningar att göra egna val. Ett val som med stor sannolikhet kan komma att innebära kvarboende i den miljö och omgivning man som aktiv och social individ har verkat i. Det åligger den enskilde ett eget ansvar att planera och förbereda sig för sin ålderdom. Likväl har kommunen ett ansvar för att skapa förutsättningarna för den enskildes planering, förberedelser och val.

Bostads- och fastighetsbeståndet i Haninge ägs och förvaltas av ett flertal aktörer som har att anpassa bostaden och dess omgivning efter de målgrupper som efterfrågar bostad. En samverkan mellan dessa och kommunen är en förutsättning för att säkerställa ett ordinärt boende med hög tillgänglighet.

8.3 Träffpunkter för äldre

Att vara socialt aktiv och att ha en meningsfull uppgift har inte bara betydelse för välbefinnandet, utan minskar även risken att drabbas av psykisk ohälsa och att i förtid utveckla demenssjukdom. Det är därför angeläget att på olika sätt stimulera tillkomsten av öppna verksamheter för samvaro och aktiviteter. Vi kan se fram emot att allt fler äldre kommer att välja att bo kvar i den egna bostaden och därmed ökar behovet att få till stånd *gemenskapslokaler* i de flesta bostadsbestånden. Samverkan mellan olika aktörer är en förutsättning för att kunna starta, driva och utveckla dessa verksamheter.

Haninge har ett rikt föreningsliv, med bl a pensionsorganisationer som idag bedriver verksamhet på lokal nivå med stort engagemang. Detta borgar för en gynnsam utveckling under temat gemenskapslokaler och träffpunkter för äldre.

Här spelar också inställningen hos bostadsbolagen en stor roll. Med den kommande demografiska utvecklingen måste det i många områden bli lika naturligt att ha gemenskapslokaler för de äldre, som det är att iordningställa lekplatser för barnen.

8.4 Parbogaranti

Om båda personerna i ett par behöver plats i särskilt boende och vill fortsätta bo tillsammans är det idag inte givet att man erbjuds att bo tillsammans. Regeringen vill med den nya parbogarantin säkerställa möjligheten att fortsätta att bo tillsammans även i det särskilda boendet. Parbogarantin avser boende i samma särskilda boende, lägenhet eller rum då båda personerna i paret har behov av särskilt boende. I Haninge är ambitionen att kunna erbjuda parboende även för par där endast den ena har behov av särskilt boende.

8.5 Seniorboende


Begreppet seniorboende avser på den kommersiella bostadsmarknaden ofta bostäder/boende för personer 55 år och äldre. I den kommunala sektorn avses oftast bostäder/boende för personer 65 år och äldre.

Ombildningen av kommunens servicehuslägenheter (särskilt boende) till seniorboende har skapat en ny boendeform i Haninge, som delvis svarar upp mot behovet av tillgängliga bostäder för äldre.

Istället för att - som tidigare - utreda och fatta beslut om särskilt boende ges nu möjlighet för den som är bosatt i Haninge och är över 65 år att ställa sig i kö till seniorboende. Förtur ges till personer med en otillgänglig boendesituation. Detta har dämpat behovet av särskilt boende där behovet ibland enbart var kopplat till den fysiska boendemiljön och inte till ett faktiskt vårdbehov.

8.6 Hemtjänst och dagverksamhet

Hemtjänsten är basen för omsorgen om äldre. De senaste decennierna har det skett en mycket stor förändring av hemtjänsten - *från serviceinsatser till omfattande omvårdnadsinsatser*. En växande andel äldre kommer också att leda till en väsentligt förhöjd efterfrågan. Om



åren sedan Ädelreformen trädde i kraft 1992 framför allt präglats av utbyggnad av särskilt boende, så kommer nästa decennium präglas av en utbyggnad av hemtjänsten.

Allt pekar på att allt fler väljer att *bo kvar hemma*. Kombinerat detta med den värdeförskjutning där morgondagens äldre förväntas ställa allt större krav på vad vården och omsorgen ska åstadkomma, så skapar detta ett högt förändringstryck på hemtjänst och närliggande verksamheter som exempelvis dagverksamhet.

Deltagande i *dagverksamhet* är ett viktigt sätt för äldre att kunna upprätthålla och förbättra sin funktionsförmåga och det kan ge stimulans och bidra till ett värdefullt innehåll i dagen. Verksamheten kan bryta isolering och ge viktiga sociala kontakter och gemenskap. Dagverksamhet kan också fungera som avlastning för anhöriga och är ett viktigt led i att underlätta för äldre att bo kvar i ordinärt boende.

Begreppet *servicetjänster* i samband med äldre och äldreomsorg definieras och benämns ofta som boservice, fixartjänst, Fixar-Malte, Fixar-Lisa, ”en Martin Timell åt pensionärerna” etc och avser tjänster som ej biståndsprövas och som ibland är avgiftsfria. Syftet med dessa tjänster är att förebygga skador, olycksfall och ohälsa för personer över en viss ålder. Här kan det handla om insatser som hjälp med gardinuppsättning, byte av glödlampor, tunga lyft mm. Kommunerna har möjlighet att utan föregående individuell behovsprövning tillhandahålla servicetjänster som är avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa åt personer som fyllt 67 år.

Inom *hemtjänsten* (i Haninge) delas insatserna upp i *Vård och omsorg* och i *Serviceinsatser*. Här avser serviceinsatser hjälp med städning, tvätt, inköp, post- och bankärenden. Serviceinsatserna föregås alltid av en biståndsprövning.

Den redan påbörjade behovsutvecklingen pga. fler äldre kommer bland annat kräva en ökad *specialisering* med spetskompetens för att ta hand om de allra sjukaste äldre i hemtjänsten och äldre med psykisk ohälsa.

Direktiven till en utredning om *Fritt val inom äldre- och handikappomsorgen* är klara. Det främsta skälet att öka valfriheten – enligt direktivet – är för att de äldre och handikappade ska få bestämma själva vilken typ av vård och omsorg de önskar.

De *arbetsuppgifter* som personalen utför kan hänföras till sex kategorier; omvårdnadsuppgifter, sociala uppgifter, serviceuppgifter, medicinska uppgifter, ad-

ministrativa uppgifter, socialpedagogiska uppgifter. Ett brett spektra att greppa. På senare år har det alltmer skett en förskjutning till medicinska uppgifter.

År 2002 återinfördes bestämmelsen om ett aktivt och meningsfullt liv i socialtjänstlagen. Detta ställer krav på oss som kommun att också se till dem som är ofrivilligt ensamma och som behöver stöd för att bryta sin isolering.

Efterfrågan på kompetent personal för kvalificerad vård och omsorg i hemtjänsten kommer under planperioden att öka. En rad överväganden behöver därför tas för att säkra tillgången på personal.

8.7 Korttidsplatser och särskilt boende

Vid bedömningar av utbyggnadsbehovet av särskilt boende måste tillgången till *korttidsboende* vägas in, även synen på i vilken omfattning kommunen ska köpa platser av andra utförare och tillgången till sådana platser.


I Socialstyrelsens remissvar på äldreomsorgsutredningens förslag om att lägga till korttidsboende i utredningen av socialnämndens uppgifter i socialtjänstlagen, betonas att korttidsplatserna inte bör användas för utredning och diagnostik.

I Haninge äldreomsorg har vi delvis ett annat synsätt än Socialstyrelsen när det gäller inriktning i korttidsboendet. För kortvariga och återkommande eller tillfälliga behov finns behov av flexibla lösningar som kan erbjudas den enskilde eller närstående när behovet uppstår. Det är ofta en uppskattad lösning att kunna erbjudas plats i korttidsboende om man inte kan bo hemma i avvaktan på att bostadsanpassning genomförs eller i avvaktan på en plats i särskilt boende. Det kan också handla om att den egna hälsan är tillfälligt nedsatt eller att en anhörig kan behöva avlastning.

Vi behöver utveckla formerna för korttidsboende så att det uppfyller de äldres framtida behov av trygghet och tillgänglighet som ett led i kvarboendet.

Grundläggande kriterier för den enskildes behov av *särskilt boende* är hans/-hennes fysiska och psykiska hälsa och funktionsförmåga. Här har vi att utföra en *service och omvårdnad* som står i samklang med den enskildes rätt till självbestämmande, integritet och möjligheter att aktivt delta i samhällslivet. Till detta ska vi också skapa en boendemiljö under trygga förhållanden med möjlighet till en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Hur vi på bästa sätt framöver ska kunna svara upp mot dessa krav är inte alldeles givet. Vi kan se en



utveckling där vi utifrån brukarperspektiv i vissa avseenden behöver specialisera oss mer. För demenshandikappade har vi idag särskilda boendeenheter. Kan det framöver finnas skäl att skapa andra boendeenheter med viss inriktning, som exempelvis stroke? Vi gör den bedömningen att vi förmår att möta skilda behov med de två huvudinriktningar vi har idag i det särskilda boendet; allmän inriktning och demensinriktning. Genom att utveckla personalens kompetens ska vi kunna klara en omfattande service och omvårdnad med den inriktning vi har idag. Detta skulle stärka kvarboendepincipen i det särskilda boendet vilket betyder att den person som flyttat in i särskilt boende ska i möjligaste mån kunna bo kvar i samma lägenhet och inte behöva byta boende/lägenhet, varefter hälsoläge och behov förändras. Att bilda särskilda boendestödsteam kan vara ett sätt att lösa specifika behov.

Så här planerar vi att utveckla verksamheten:

- Att tillsammans med andra berörda nämnder se över behovet av varierade boendeformer inom kommunen samt hur ansvarsfördelning mellan olika samhällsaktörer bör utformas.

- Utforma föreningsbidragen som ett utvecklingsstöd för sociala, kontaktskapande och hälsofrämjande aktiviteter.
- Att som särskilt boende för par kunna erbjuda parboende i samma lägenhet/intilliggande lägenhet, även där endast den ena parten har behov av särskilt boende.
- Påverka och medverka till att fler seniorbostäder byggs.
- Utveckla dagverksamhetens innehåll och öppethållande som ett samverkande komplement till hemtjänsten.
- Erbjud *servicetjänster* utan individuell behovsprövning till äldre i förebyggande syfte.
- Skilja ut *serviceinsatser* som städ, tvätt, inköp och matdistribution från *vård och omsorg*.
- Införa *Fritt val* för brukare av hemtjänst.
- Tillskapa platser i olika boendeformer utifrån behov.
- Använda korttidsboende även för utredning då det långsiktiga behovet av vård och omsorg inte alltid går att fastställa efter en kort sjukhusvistelse.
- Bilda boendestödsteam för äldre psykiskt sjuka.
- Vid konkurrensutsättning av kommunal äldreomsorg, stödja personal att starta eget.

9.1 IT-strategi

I den *nationella IT-strategin för vård och omsorg* kan vi utläsa följande vision:

”Med hjälp av ändamålsenliga IT-stöd får alla patienter god och säker vård och bra service. Vårdpersonalen kan ägna mer tid åt patienterna och anpassa vården till varje patients behov. IT används som ett strategiskt verktyg i alla delar av vården och de samlade vårdresurserna utnyttjas på ett mer effektivt sätt:

- Medborgare, patienter och anhöriga har tillgång till lättillgänglig allsidig information om vård och hälsa samt om sin egen hälsosituation. De erbjuds en bra service och är delaktiga i vården utifrån individuella förutsättningar.
- Personal inom vård och omsorg har tillgång till väl fungerande och samverkande IT-stöd som garanterar patientsäkerheten och underlättar deras dagliga arbete.
- Ansvariga för vård och omsorg har ändamålsenliga IT-stöd för att följa upp patientsäkerheten och vårdens kvalitet samt för verksamhetsstyrning och resursfördelning.”

Sveriges Kommuner och Landsting har i uppdrag att verka för att alla kommuner och landsting antar och tillämpar den nationella IT-strategin. Samtliga kommuner och landsting ska fatta egna beslut om att anta och tillämpa IT-strategin i sina vård- och omsorgsverksamheter.

9.2 Teknikutveckling - hjälpmedel

En framgångsrik teknikutveckling för en åldrande befolkning kommer att kunna underlätta för äldre att klara sig själva. Det finns många exempel på vardagliga verktyg, såsom rollatorer och trygghetslarm, som har stor betydelse för äldre personers oberoende och livskvalitet. Hjälpmedel och annat tekniskt stöd kan ha den

dubbelt goda effekten att både ge ökade möjligheter till aktivitet och självständighet för äldre personer med funktionsnedsättningar och minska behovet av stöd i form av personal.

Regeringen ger Hjälpmedelsinstitutet i uppdrag att samordna satsningen *Teknik för äldre*. Särskilda fokusområden är anhöriga, information och tillgänglighet samt boende. Programmet beräknas pågå under åren 2007-2009.

Hjälpmedelsinstitutet som är en betydelsefull aktör inom området har bl a genom projektet Hemma med IT, visat på tekniska lösningar som underlättar för personer med kognitiva funktionsnedsättningar att klara ett självständigt boende.

9.3 Miljö

Haninges mål för miljöarbetet är inriktat på tre utpekade målområden som ska prioriteras; *Energi och transporter, Vatten och avlopp* samt *Avfall*. De utpekade målområdena utgår från de nationella och regionala miljömålen och är formulerade utifrån vilka frågor som är särskilt angelägna att åtgärda i Haninge och som kommunen har rådighet över. De lokala miljömålen syftar till att minska energianvändningen, miljöanpassa transporter, minska avfallsmängder samt öka återvinningen.

Så här planerar vi att utveckla verksamheten:

- Utveckla en IT-strategi som verktyg för att skapa gränsöverskridande lösningar.
- Aktivt medverka i FoU – regional utblick.
- Att följa de av fullmäktige antagna miljöpolitiska målen antagna i det Miljöpolitiska programmet vilket innebär att välja miljöförbättrande åtgärder som ger positiva effekter för både brukare, personal och ekonomi.

10.1 Kvalitetspolicy

Haninge kommuns kvalitetspolicy och dess avsiktsförklaring har en tydlig medborgar- och brukarprofil och vägleder oss i hur vi ska förbättra servicen för kommuninvånarna. De gemensamma kriterierna för kvalitetsarbetet är:

- Bemötande
- Tillgänglighet
- Rättssäkerhet
- Lyhördhet
- Delaktighet och Inflytande
- Trygghet

Dessa ska anpassas till och tydliggöras i kommunens olika verksamheter.

10.2 Kvalitetsdeklarerade tjänster och synpunktshantering

Kvalitetsberedningen har uppdragit åt samtliga nämnder att fastställa kvalitetsdeklarerade tjänster. Äldreomsorgsnämndens *kvalitetsdeklarerade tjänster* omfattar i inledningen av planperioden två tjänster; *Särskilt boende* och *Hemtjänst*. Tjänsterna beskrivs kortfattat till sitt innehåll och på vilket sätt de ska utföras.

Att fånga upp och ta till vara medborgarnas/brukarnas uppfattningar om kommunens tjänster är en viktig del i arbetet med kvalitetsförbättringar. De förväntningar och krav man som kommuninvånare/brukare har på kommunens tjänster ska rimligen spegla de åtaganden och utfästelser som kommunen i olika sammanhang kommunicerar med medborgarna/brukarna.

10.3 Verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling

En utveckling av *kvalitetsindikatorer* för socialtjänsten på nationell nivå har inletts. Med hjälp av kvalitetsindikatorer - och i förlängningen ett *kvalitetsregister* - kommer det att ge lokala beslutsfattare, brukare och personal information om äldreomsorgen. Det ger också möjligheter till att jämföra den egna verksamheten med andra.

God kvalitet i socialtjänstens verksamhet kan beskrivas i termer av att tjänsterna svarar mot de mål (lagar, förordningar, föreskrifter) som beslutats samt att de:

- bygger på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet,
- utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglade av kontinuitet,
- är kunskapsbaserade och effektivt utförda
- är tillgängliga,
- är trygga och säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.

Den *brukarundersökning* som sedan 2000 har använts i Haninge äldreomsorg som ett verktyg för kvalitetsförbättringar kommer under planperioden anknuta till den planerade utvecklingen och införandet av kvalitetsindikatorer och till de regelbundna brukarundersökningar på nationell nivå som planeras. På sikt kan brukarundersökningen på nationell nivå komma att ersätta den lokala.

10.4 Förstärkt tillsyn

Länsstyrelsernas och Socialstyrelsens tillsynsverksamhet är under utveckling. Tillsynen har successivt förstärkts och sanktionsmöjligheterna utökats. Förändringar är att vänta i regleringen av patientsäkerhetsfrågor där förbättrad avvikelsehantering, händelseanalys och förändrade rutiner och förhållningssätt ska genomsyra arbetet.

En metod för Intern KvalitetsGranskning (IKG) är under utveckling i Haninge äldreomsorg och har prövats i några verksamheter. Granskningen utförs av egen förvaltningspersonal och berör områdena:

- Organisation och ledning
- Personal
- Gemensamma arbetssätt och metoder
- Kvalitetsarbete och uppföljningssystem
- Synpunkter och förbättringsområden
- Uppföljning mot den lokala verksamhetsplanen

IKG har till uppgift att skapa ett systematiskt sätt att följa upp verksamheten och utgör på så sätt ett verktyg för enhetschefen att använda för kvalitetsförbättringar.



Så här planerar vi att utveckla verksamheten:

- Utöka antalet kvalitetsdeklarerade tjänster i dialog med medborgare, brukare och personal.
- Införa en *synpunktshantering* i anslutning till äldreomsorgens åtaganden och utfästelser (exempelvis kvalitetsdeklarerad tjänst). Detta gör det tydligt och logiskt för medborgaren/brukaren att kunna tycka till och lämna synpunkter på kvaliteten på äldreomsorgens tjänster.
- Införa IKG som en reguljär granskning och uppföljning av äldreomsorgens samtliga enheter.

11. KOMPETENSFÖRSÖRJNING

Utmaningen inför framtiden är bristande tillgång på yrkeskompetent personal. Tillgången förväntas minska samtidigt som efterfrågan beräknas öka. Orsakerna till den förväntade bristen är främst stora pensionsavgångar och att alltför få väljer att skaffa sig den yrkesförberedande omvårdnadsutbildningen.

Om unga människor ska lockas att arbeta inom vård och omsorg måste statusen höjas och arbetet göras attraktivt ur en rad aspekter. Men det handlar inte endast om dem som ska lockas till yrket utan även dem som redan finns i yrket och som ska stimuleras att vara kvar och utveckla sig inom området.

Personal inom vård och omsorg bör arbeta med stöd av vetenskap och beprövad erfarenhet. Vilken kvalitet som är möjlig att uppnå inom äldreomsorgen är i stora stycken beroende av ovanstående fakta. En annan helt avgörande faktor är personalens förhållningssätt till brukaren/vårdtagaren. Regeringen uppdrog 2002 till samtliga inblandade myndigheter att utreda vad staten bör göra för att förebygga ovanstående. Man ansåg att följande förändringar bör komma till stånd:

- ”All omvårdnadspersonal skall minst ha grundläggande pedagogisk, medicinsk och social yrkeskompetens för sitt arbetsfält.
- En grundläggande kompetensnivå för arbete inom vård och omsorg skall läggas fast. Denna skall bygga på ett brett kompetensbegrepp. Plattformen bör vara gymnasiets omvårdnadsprogram.
- Det behövs tydliga legala förutsättningar där personalen ges självständighet och ansvar för att kunna ges insatser med god kvalitet och flexibilitet.
- Omvårdnadspersonalen skall i ökad utsträckning självständigt kunna utföra vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter, förutsatt ett visst dokumenterat kunnande.
- Ökad tydlighet skall uppnås om kompetenskrav, erkännande av yrkeskompetens samt utvecklingsvägar från grundkompetensnivån till specialiseringar inom högskolesystemet.
- Kompetensnivåerna bör ges någon form av nationellt erkännande.
- Befattningsbenämningar och yrkestitlar bör i högre grad motsvara arbetets innehåll och ett modernt språkbruk samt bli könsneutrala.”

Socialstyrelsen föreslår yrkesbeteckningen *vård- och omsorgsassistent* som betecknar en generalistkompetens som

är applicerbar inom all vård och omsorg, oberoende av driftsform och huvudman.

En av huvuddelarna i *Haninges kompetensstege* är arbetet med *Kravmärkt yrkesroll*. Syftet med det är bl a att få möjlighet att fastställa varje individs reella kompetens. Genom validering fastställs verksamhetens grundläggande krav och öppnar sedan möjligheten att fördjupa och profilera kvalifikationerna inom mera avgränsade områden. Dessa bör ha sin utgångspunkt i lokala behov. Kravmärkt yrkesroll är en långsiktig satsning som ger möjlighet att möta framtida krav på yrkesrollen.

11.1 Arbetsmiljö

Alla arbetsplatser behöver en god miljö för att de anställda ska må bra. Tydliga målformuleringar, uttalade förväntningar och delaktighet är viktiga faktorer för välbefinnande och utveckling, liksom uppföljning av målen.

Ett gott ledarskap likaväl som ett gott medarbetarskap förutsätter också tillräckliga resurser för att ge möjlighet att möta de behov av individuell anpassning som ett arbetsliv kräver.

Genom hälsofrämjande åtgärder minskar antalet sjukskrivningar och behovet av rehabilitering, personalen orkar mera och mår bättre. På en hälsofrämjande arbetsplats arbetar man med en helhetssyn på de olika åtgärder som krävs för att få en frisk personal. Detta inkluderar även kravet på att den anställda själv bidrar till att förbättra hälsa.

Så här planerar vi att utveckla verksamheten:

- Den påbörjade satsningen på Haninge kompetensstege med dess tre huvudaktiviteter: Grundläggande kunskaper, Strategisk och behovsanpassad kunskapspåfyllnad samt Spetskompetens övergår i reguljär drift from 2009.
- Förstärkning av sjuksköterskekompetensen för att kunna möta behoven hos de svårast sjuka.
- Satsning på hälsofrämjande åtgärder för att på ett tidigt stadium förebygga ohälsa bland de anställda liksom förbättring av arbetsmiljön.
- Satsning på att på olika sätt stimulera intresset för att öka kunskapen om de äldre och om arbete och utbildning inom äldreomsorgen bland ungdomar och arbetsökande.

12. FORSKNING OCH UTVECKLING

Den fortsatta utvecklingen av vård, omsorg och andra insatser för äldre är beroende av att verksamheten fortlöpande får tillgång till nya kunskaper och nya och bättre metoder. Ett fåtal *nationella forskningsinstitut* för äldreforskning finns; bl a Aging Research Center (ARC) och National Institute for Studies of Aging and Later Life. Demensforskning - där Sverige är ett av de ledande länderna - bedrivs vid samtliga *universitetssjukhus*. Det statliga stöd som anslagits och kommer att anslås till *regionala FoU-centrum* inom äldreområdet är välkomna men kommer till fullo inte att kunna finansiera den regionalt drivna och förankrade FoU-verksamheten.

Forskning och utveckling såsom den bedrivs på nationell nivå, på universitetsnivå och på regional nivå, skiljer sig delvis från varandra vad gäller forsknings- och utvecklingsområden. Långsiktig forskning och studier kring äldres hälsa och hälsoutveckling lämpar sig mer för nationella institut och universitet medan de regio-

nala/lokala centra mer ska inrikta sig på personal- och metodstöd. *Sveriges Kommuner och Landsting* har en viktig uppgift i att stimulera kunskapsproduktion samt förmedla och tillgängliggöra kunskap som framkommer ur de olika forskningsområdena.

Nestor FoU-center - där Haninge kommun är en av fem ägarkommuner tillsammans med landstinget - bidrar genom sin praktisknära forskning och utveckling till förhöjd kvalitet inom äldreomsorg och äldrevården och därmed ökar livskvaliteten för de äldre och deras närstående. Överlevnaden för Nestor FoU-center är avhängig betalningsviljan från stat, ägarkommuner och Stockholms läns landsting. En betalningsvilja som med all sannolikhet kommer att kvarstå ifall nyttan och de positiva effekterna för brukare och personal är märkbara.

Så här planerar vi att utveckla verksamheten:

- Verka för en utökning och samverkan med andra FoU-centra och med Sveriges Kommuner och Landsting.

”Det är inte svårt att bli gammal.
Det är bara att följa med strömmen.”

LINN, 6 ÅR



Haninge
kommun

136 81 HANINGE tel 08-606 70 00 www.haninge.se