

# ÄLDREPLAN 2019–2026



*Äldreomsorg är att dela  
sina sorger med de äldre”*

*- Anton, 7 år*



**Frågor om planen kan ställas till:**

**Annett Haaf**, äldrenämndens ordförande

Annett.haaf@hanninge.se

08-606 70 53

**Eva Ingemarsdotri**, förvaltningschef äldreförvaltningen

Eva.ingemarsdotri@hanninge.se

08-606 47 38

**Kurt Johansson**, controller

kurt.johansson@hanninge.se

08-606 82 28

**Anna-Carin Wallin**, utredare

Anna-carin.wallin@hanninge.se

08-606 91 37

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

*- Linn, 6 år*

*”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*

Citaten hämtade ur: *Gamla tanter lägger inte ägg*  
(Mark Levensgood och Unni Lindell)

# INNEHÅLL

<b>1. INLEDNING</b>	<b>6</b>
1.1. Omfattning och innehåll	6
1.2. Uppföljning och revidering	6
1.3. Äldrepolitiken i Haninge kommun	6
<b>2. ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STYRNING FÖR ÄLDREOMRÅDET</b>	<b>8</b>
2.1. Politikens mål, omfattning och innehåll	8
2.2. Inriktning på nationell nivå	8
2.3. Äldrenämnden i Haninge kommun	11
2.4. Lagstiftning	13
2.5. Socialtjänstlagen	13
2.6. Hälso- och sjukvårdslagen	14
<b>3. BEFOLKNINGSUTVECKLING OCH KOSTNADSUTVECKLING</b>	<b>16</b>
3.1. Befolkningsutveckling	16
3.2. Förväntad utveckling av kostnader och volymer	17
3.3. Beräkning av platsbehov i vård- och omsorgsboende	18
3.4. Investeringskostnader	20
<b>4. INDIVIDANPASSAD VÅRD OCH OMSORG</b>	<b>21</b>
4.1. Individens behov i centrum (IBIC)	21
4.2. Delaktighet och inflytande	21
4.3. Välfärdsteknik och e-hälsa	22
4.4. Tillgänglighet	23
4.5. Jämställdhet	23
4.6. Etnicitet	24
<b>5. FÖREBYGGANDE OCH HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE</b>	<b>25</b>
5.1. Hälsoutveckling	25
5.2. Personer med kognitiv svikt	27
5.3. Psykisk ohälsa och missbruk	29
5.4. Hot och våld mot äldre	30
5.5. Förenings- och frivilligverksamhet	31
5.6. Förebyggande hembesök	31
5.7. Anhörigstöd	32
5.8. Träffpunkter	32
5.9. Mat och näring	33
5.10. De mest sjuka äldre	34
<b>6. SAMMANHÅLLEN NÄRSJUKVÅRD</b>	<b>37</b>
<b>7. BOENDE FÖR ÄLDRE</b>	<b>38</b>
7.1. Bostadsförsörjningen för äldre	38
7.2. Olika boendeformer för äldre	38
7.3. Ordinärt boende med hög tillgänglighet	39
7.4. Olika former av mellanboende	39
7.5. Korttidsboende	40
7.6. Vård- och omsorgsboende	41
7.7. Parbogaranti och tillbakaboendegaranti	41
7.8. Framtidens boende för äldre	41
<b>8. KVALITETSSÄKRING</b>	<b>43</b>
<b>9. KOMPETENSFÖRSÖRJNING</b>	<b>44</b>
<b>10. FORSKNING OCH UTVECKLING</b>	<b>47</b>
<b>11. SLUTSATS</b>	<b>48</b>

# 1. INLEDNING

## 1.1. Omfattning och innehåll

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

Äldreplanen har en planeringshorisont på 8 år och gäller för åren 2019–2026 och ska ses som en vägledning för kommunens planerings- och utvecklingsarbete i frågor som rör äldreområdet.

Planen redogör för nutida och bedömda framtida behov och förutsättningar. Den pekar på utvecklingsområden och vad som bör göras. Det årliga strategi- och budgetarbetet ska ske med utgångspunkt från inriktningen i äldreplanen.

Planen är en angelägenhet för såväl äldrenämnd/äldreförvaltning som för övriga kommunala nämnder och förvaltningar. Ska kommunen nå framgång i det strategiska arbetet som rör äldreområdet måste samverkan ske mellan olika förvaltningar.

## 1.2. Uppföljning och revidering

Planen ska följas upp och revideras vart fjärde år.

## 1.3. Äldrepolitiken i Haninge kommun

Det är en ny fas i livet som påbörjas när man når pensionsåldern. Pensionärer är ingen enhetlig grupp. Alla äldre är unika, med olika behov och drömmar. Det är också stor skillnad på att vara 65 år och att vara 95 år. Många som nu går i pension ”mitt i livet” tar med sig en aktiv livsstil i pensioneringen. De kommer att ha många innehållsrika år framför sig.

Många äldre i Haninge bor i bostäder som är mindre lämpliga att åldras i. Men det är stor brist på lämpliga alternativ. Nämnden kommer mer aktivt att informera både det kommunala bostadsbolaget och privat byggherrar om behovet av fler tillgängliga lägenheter i det reguljära bostadsbeståndet. Nämnden ser ett ökande behov av bostäder med olika upplåtelseformer och mer tillgänglighet för äldre med olika ekonomiska förhållanden.

Idag görs stora insatser av pensionärsorganisationer och föreningslivet för att öka tillgången till aktiviteter för äldre. Stödet till de viktiga insatser som föreningarna bidrar med i kommunen ska öka. Ideella insatser som underlättar och hjälper enskilda äldre ska stödjas av kommunen.

Hög kvalitet och medbestämmande skapar trygghet såväl för den som är i behov av vård och omsorg som för anhöriga och närstående.

I kommunen finns många naturliga mötesplatser som t.ex. bibliotek, café och simhall. Mötesplatser skapas också när människor med samma intressen träffas. Aktivitet bidrar till goda nätverk, ökar livskvaliteten och underlättar att behålla en god hälsa. Våra träffpunkter i kommundelarna ska utvecklas för enskilda och föreningsliv och ska med stöd av kommunen erbjuda olika aktiviteter enligt deltagarnas behov och önskemål. Samtidigt är det viktigt att kommunala mötesplatser inte tar över det arbete som ideella föreningar bedriver.

Äldreomsorgen blir en av framtidens stora utmaningar och därmed också en av våra viktigaste politiska frågor. Alla har rätt till god vård och omsorg utifrån behov, det förutsätter en äldreomsorg som vi finansierar tillsammans. När behovet av tillsyn eller kravet på trygghet och säkerhet inte längre kan tillgodoses i det egna hemmet ska det finnas möjlighet att flytta till ett vård- och omsorgsboende. Biståndsbedömning ska bygga på en helhetssyn där individens situation sammanvägs med medicinska, psykiska, sociala och existentiella behov. Med stigande ålder ökar ofta behovet av trygghet och säkerhet, kommunen ska därför ta hänsyn till hög ålder i biståndsbedömningen av vård- och omsorgsboende.

Den som behöver plats i vård- och omsorgsboende ska så långt möjligt få sådan plats i den kommunal sökanden önskar. Därför ska vård- och omsorgsboenden finnas i varje kommunal del inom några år.

God kvalitet, hög tillgänglighet, trygghet och rätt till inflytande och medbestämmande ska prägla vården och omsorgen i Haninge kommun. Det värdegrundarbete som gjorts ska fortsätta att prägla verksamheten så att Haninge kommun bemöter äldre personer och deras närstående med omtanke, ödmjukhet och engagemang.

Kommunen behöver attrahera, kompetensutveckla och behålla personal. God omvårdnad är att få hjälp av utbildad, engagerad och kunnig personal. De interna utbildningsinsatser förvaltningen gör genom till exempel Kravmärkt yrkesroll, är ett sätt att ha hög nivå på de insatser som utförs och ger också större tillfredsställelse för dem som arbetar.

Hög kvalitet innebär att få bestämma själv. Frihet att välja är därför en viktig del när vi utvecklar omsorgen. Det handlar om ett större inflytande över vardagen och om hur och när beviljade insatser utförs. Medbestämmande skapar trygghet såväl för den som är i behov av vård eller omsorg som för anhöriga och närstående. De anhöriga gör stora insatser i omsorgen av våra äldre och deras roll ska uppmärksammas ytterligare och stödet till dem ska utvecklas och tillvaratas på ett positivt sätt.

Måltiderna är en viktig del av det sociala livet och är betydelsefulla för hälsan och välbefinnandet. Maten ska vara både god och näringsrik, möjlighet till inflytande över vad som serveras är viktig. Måltiderna ska hålla hög kvalitet och präglas av trivsel, god stämning och trevlig samvaro. Det är viktigt att äldre personer upplever måltiderna som något positivt. I kommunens verksamheter ökar andelen ekologisk samt närodlad mat som bidrar positivt till nya smakupplevelser och ytterligare förhöjer matupplevelsen.

Ett mångsidigt förebyggande arbete och med goda insatser stärker vi de äldres möjligheter att leva ett aktivt och meningsfullt liv. Haninge är en växande kommun och vi har stora möjligheter att tillgodose de behov våra innevånare har. Under planperioden ser vi fram emot att verkställa de ambitioner som beskrivs i föreliggande äldreplan.



## 2. ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STYRNING FÖR ÄLDREOMRÅDET

### 2.1. Politikens mål, omfattning och inriktning

De lagar som i första hand styr den kommunala äldreomsorgen är främst socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Riksdagen och regeringen har också beslutat om nationella mål och styrande principer för äldrepolitiken.

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

#### Mål för omsorg om äldre människor

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 samt ha tillgång till god vård och omsorg.<sup>1</sup>

Kvaliteten i äldreomsorgen ska vara hög. Äldre och anhöriga ska kunna lita på att vården och omsorgen är bra och att det finns tillräckligt med anställda med lämplig utbildning och erfarenhet.

### 2.2. Inriktning på nationell nivå

Äldreplanen beskriver här ett urval av betänkande, lagar och inriktningar som kommer att påverka planeringen av äldreomsorgen under planperioden.

#### Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21)

Regeringen beslöt i juni 2015 att tillsätta en särskild utredare för att ta fram ett förslag till en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. Utredningen presenterade och överlämnade sitt betänkande Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer i mars 2017.

Utredaren har föreslagit åtgärder som ska syfta till:

- högre kvalitet och ökad effektivitet
- bättre förebyggande och rehabiliterande insatser
- tryggad personalförsörjning
- översyn av särskilda boendeformer
- flexibla former för beslut om äldreomsorg
- användning av välfärdsteknologi.
- den nationella kvalitetsplanen ska genomföras under fyra mandatperioder – åren 2019–2034. Planen ska inte vara detaljstyrande, utan strategiskt och långsiktigt stödja den lokala och regionala utvecklingen samt bidra till stöd inom de områden där det krävs ett nationellt ansvar.

---

<sup>1</sup> Nationell handlingsplan för äldrepolitiken Prop. 1997/98:113



Några ledord utredningen utgått ifrån är:

- varje människas lika värde
- varje människas rätt att bestämma över sig själv
- varje människas rätt att få leva i relation till andra
- varje människas rätt till trygghet
- varje människas rätt att bli bemött med respekt.

Områden som behandlas i Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer är:

- den äldre personen och vård och omsorg
- god kompetensförsörjning
- hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser
- sammanhållen vård och omsorg
- anhöriga
- välfärdsteknik
- boende för äldre personer
- flexibla former för handläggning och beslut om insatser till äldre personer
- uppföljning
- översyn av socialtjänstlagen m.m.

#### **Effektiv vård (SOU 2016:2)**

Regeringen beslutade den 21 november 2013 att tillsätta en nationell samordnare med uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Betänkande lämnades till regeringen under januari 2016. I utredningen framhålls betydelsen av en välfungerande och förstärkt primärvård. Utredningen föreslår att primärvården delas upp på en allmän primärvård med bibehållet vårdval och en riktad primärvård med ansvar bland annat för de mest sjuka äldre. Primärvården och kommunernas insatser för äldre ska vara väl integrerade.

#### **God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53)**

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.

#### **Ny lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (prop. 2016/17:106)**

Den 1 januari 2018 träder en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (prop. 2016/17:106) i kraft. I samband med detta upphävs nuvarande lagstiftning om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Den nya lagstiftningen syftar till att säkerställa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppenvård och omsorg så att personer som vårdas i slutet hälso- och sjukvården inte ska behöva stanna på sjukhus längre än nödvändigt. Den kommande lagstiftningen kommer att ställa höga krav på samverkan och ansvarsfördelning mellan kommun och landsting.

#### **Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom**

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom är reviderad 2017. Den nationella riktlinjen beskriver evidensbaserade och utvärderade behandlingar,

åtgärder och metoder inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom och för stöd till deras anhöriga. Riktlinjen ger rekommendationer för åtgärder och kan ge underlag för prioriteringar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Rekommendationerna gäller utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbetet, stödsatser, läkemedelsbehandling och utbildning.

### **Nationell strategi för demenssjukdom. Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022**

Den nationella strategin är framtagen i samverkan med flera andra myndigheter, professionsföreträdare, pensionärs- och patientorganisationer, akademiska experter samt Sveriges Kommuner och Landsting, Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga samt Svenskt Demenscentrum. Arbetet är samordnat med de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom.

Socialstyrelsen har identifierat sju problemområden i den nationella strategin:

- samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst
- personal
- kunskap och kompetens
- uppföljning och utvärdering
- anhöriga och närstående
- samhälle
- digitalisering och välfärdsteknik.

### **Nationella mål för funktionshinderspolitiken (prop. 2016/17:188)**

Funktionshinderspolitiken utgår från FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Konventionen handlar om mänskliga rättigheter och varje individs möjligheter att utifrån sina förutsättningar delta i samhällslivets alla delar.

I maj 2017 presenterade regeringen en ny inriktning för den nationella funktionshinderspolitiken (prop. 2016/17:188). Politikens mål är att uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhället för personer med funktionsnedsättning.

För att genomföra politiken och nå målet ska arbetet inriktas mot fyra områden:

- principen om universell utformning
- befintliga brister i tillgängligheten
- individuella stöd och lösningar för individens självständighet
- att förebygga och motverka diskriminering.

### **Bostäder att bo kvar i SOU 2015:85**

Bostäder att bo kvar i – Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer.

Utredningen föreslår ett paket med åtgärder inom fyra områden, i syfte att:

- förbättra tillgängligheten i det befintliga bostadsbeståndet
- få fram fler bostäder för äldre, även på svaga marknader, med fokus på boendeformer som ger möjligheter till gemenskap
- underlätta för seniorer att flytta till – eller bo kvar i – en bostad som det går att åldras i
- främja forskning och annan kunskapsutveckling kring tillgänglighetsfrågor och gemenskap i boendet.

### **Förutsättningar för vissa särskilda boendeformer för äldre DS 2017:68**

I promemorian föreslås att ett nytt tredje stycke ska föras in i 5 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) som anger att kommunen även får inrätta särskilda boendeformer för äldre människor som behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service (s.k. mellanboenden).

### **Förenklat beslutsfattande och särskilda boendeformer för äldre, Ds 2017:12**

Utifrån förslagen från den nationella kvalitetsplanen föreslår regeringen att en ny bestämmelse ska införas i socialtjänstlagen med innebörden att socialnämnden utöver vad som följer av socialtjänstlagen får erbjuda hemtjänst till äldre personer utan föregående behovsprövning, så kallade flexibla former av äldreomsorg. Lagförslaget föreslås träda i kraft den 1 juli 2018.

## **2.3 Äldrenämnden i Haninge kommun**

Äldrenämnden ansvarar för service, omsorg och vård. Nämndens verksamhet omfattar äldreomsorg, vilket innebär:

- biståndsbedömning som rör hemtjänst, trygghetslarm, dagverksamhet, avlastning, korttidsboende, matdistribution, boende för äldre (med somatisk- och demensinriktning) samt hälso- och sjukvård och tekniska hjälpmedel i särskilda boendeformer i enlighet med socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, hälso- och sjukvårdslagstiftningen och övriga författningar till personer över 65 år
- kommunal och annan drift av hemtjänst, dagverksamhet och boenden
- handläggning enligt lagen (1997:735) om riksfärdtjänst, lagen (1997:736) om färdtjänst och lagen (SFS 1992:1574) bostadsanpassningsbidrag
- se till att ovannämnda verksamheter bedrivs, följs upp och utvärderas i enlighet med de mål och riktlinjer som finns i författningar, föreskrifter och i kommunfullmäktiges måldokument samt övriga beslut som kommunfullmäktige fattar.

Äldrenämnden ska även:

- göra sig väl förtrogen med de sociala förhållandena som rör de äldre i kommunen samt göra framställningar och lägga fram förslag som gynnar äldre
- i samarbete med andra nämnder verka för att planering och utveckling möter och tillgodoser äldres behov
- tillsammans med andra nämnder och styrelser verka för att de äldre har tillgång till ändamålsenliga bostäder.

### **Lokal värdegrund**

Den lokala värdegrunden för omsorgen om äldre i Haninge ger stöd och vägledning för kommunens medarbetare i deras arbete. Värdegrunden tydliggör att det är den äldre personen och dennes närstående som är i fokus för detta arbete.

#### *Omtanke – ödmjukhet – engagemang*

Omsorgen om äldre i Haninge syftar till att ge äldre personer möjlighet att leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. I sitt arbete med detta utgår personalen från begreppen omtanke, ödmjukhet och engagemang.

Vi bemöter äldre personer- och deras närstående -med omtanke och respekt oavsett ålder, kön, klass, hälsostatus, religiös tillhörighet, sexuell läggning samt nationell eller kulturell bakgrund. Ett gott bemötande är avgörande för hur vår verksamhet uppfattas av dem som kommer i kontakt med den.

Vi är ödmjuka inför idéer, förslag och önskningsar. Genom detta ger vi äldre personer vi möter – och deras närstående – inflytande över sin egen tillvaro. Detta gäller i så stor utsträckning som möjligt såväl inflytande över omsorgens innehåll som individens delaktighet i planering och beslut om hur och när omsorgsinsatser ska utföras.

Vi visar engagemang och ansvar i vårt arbete. Vi menar att personalens intresse för de äldre och inlevelseförmåga i vardagliga situationer, är avgörande för att vi ska kunna erbjuda en god omsorg – som inkluderar hela människan och dennes sammanhang.

### **Värdighetsgaranti**

Värdighetsgarantin är kopplad till den lokala värdegrunden och de löften vi ger under rubriken Vi ser till att i den kvalitetsdeklarerade tjänsten/tjänstegarantin. Om vi inte lyckas leva upp till vad vi utlovar i den kvalitetsdeklarerade tjänsten/ tjänstegarantin ska kunden kompenseras på lämpligt sätt. Kompensationen innehåller alltid en ursäkt samt en tydlig muntlig och skriftlig redogörelse av vår plan för att olägenheten inte ska upprepas.

Värdighetsgarantin är tillämpningsbar på följande tjänster:

- Att söka hjälp – biståndshandläggning
- Bostadsanpassningsbidrag
- Dagverksamhet
- Förebyggande hembesök för dig som fyllt 80, 85, 90 eller 95 år
- Hemtjänst
- Korttidsboende för dig som fyllt 65 år
- Matdistribution för dig som fyllt 65 år
- Trygghetslarm
- Vård- och omsorgsboende

Förvaltningens enhetschefer och biståndshandläggare är utsedda till värdegrundsledare med uppgift att bland annat förmedla innehållet i värdegrunden och värdighetsgarantin till berörda.

En garantigrupp är tillsatt som har till uppgift att handlägga ärenden kopplade till värdighetsgarantin.

### **Fyra huvudspår**

Äldreförvaltningen utgår i sitt arbete från fyra huvudspår:

- Infrastruktur ur ett äldreperspektiv
- Förebyggande arbete
- Rättssäker biståndsbedömning
- God och säker omsorg

Dessa huvudspår är även styrande för den långsiktiga strategiska inriktningen.

## 2.4. Lagstiftning

### Urval av lagar och förordningar

Äldreförvaltningens/nämndens ansvarsområden regleras främst i:

- Socialtjänstlagen (SoL, 2001:453)
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30)
- Patientsäkerhetslagen (PSL, 2010:659)
- Lag (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m.
- Lag om (1997:736) om färdtjänst
- Lag (1997:735) om riksfärdtjänst

## 2.5. Socialtjänstlagen

Kommunernas ansvar för service och omsorg för äldre regleras i: Socialtjänstlagen (SoL,2001:453).

### 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 grupper egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

2 kap 5 § – Kommunen får sluta avtal med annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Genom ett sådant avtal får en kommun tillhandahålla tjänster åt en annan kommun. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till andra juridiska personer eller en enskild individ.

### 3 kap 1 § – Till socialnämndens uppgifter hör att

- göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen,
- medverka i samhällsplaneringen och i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen,
- informera om socialtjänsten i kommunen,
- genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden,
- svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.

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 § – Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund).

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

Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.

*5 kap 6 §* – Socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område.

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

Kommunen ska verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, meänkieli eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor.

*5 kap 10 §* – Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder.

## **2.6. Hälso- och sjukvårdslagen**

Ansvaret för hälso- och sjukvård regleras i – Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30).

*3 kap 1 §* – Mål för hälso- och sjukvården

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

*5 kap 2 §* – Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

*12 kap 2 §* – Kommunens ansvar

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i socialtjänstlagen. Kommunen ska även i samband med dagverksamhet erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten.

*12 kap 5 §* – Kommunen ska i samband med hälso- och sjukvård erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.

*11 kap 4 §* – Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska**

Av 6 § Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) framgår att en medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt 11 kap. 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ansvara för att

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten, det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
  - a) läkemedelshantering,
  - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och
  - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det



## 3. BEFOLKNINGSUTVECKLING OCH KOSTNADSUTVECKLING

### 3.1. Befolkningsutveckling

Enligt befolkningsprognos för Haninge kommun hösten 2017 kommer antalet invånare 65 år och äldre att öka från 13 274 invånare 2016 till 15 577 invånare 2026 eller med 2 303 invånare, vilket ger en ökning med 17,3 procent.

Andelsmässigt så utgör invånarna 65 år och äldre 15,5 procent av befolkningen i Haninge 2016. Fram till 2026 beräknas gruppen 65 år och äldre ha minskat sin andel av befolkningen till 14,1 procent.

Utvecklingen i Haninge avviker därigenom mot utvecklingen i Sverige som helhet där äldregruppen ökar som andel av befolkningen.

2016 utgjorde gruppen 65 år och äldre 19,8 procent av befolkningen i riket och 2026 beräknas gruppen utgöra 20,6 procent av totalbefolkningen. Haninges befolkning beräknas öka med 28,7 procent under perioden 2016 till 2026, prognosen för hela riket är en ökning med 10,5 procent.

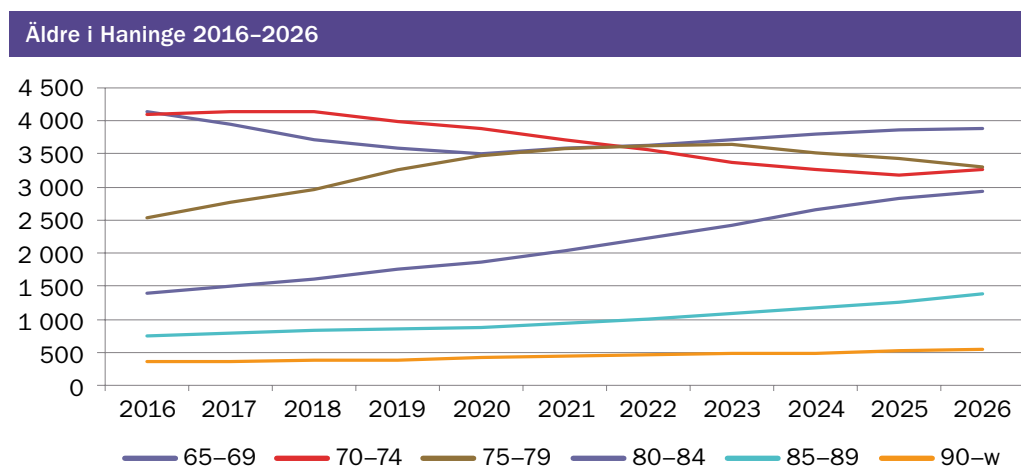
Ålder	Haninge 2016–2026	Sverige 2016–2026
65–74	– 9 procent	– 4 procent
75–84	+ 58 procent	+ 48 procent
85+	+ 69 procent	+ 20 procent

Personer 75 år och äldre kommer öka med 3 041 personer eller med drygt 60 procent under perioden 2016–2026.

Samma period ökar gruppen 75 år och äldre med knappt 40 procent på riksnivå.

#### Befolkningsutveckling i Haninge 2016–2026

Äldre i femårsklasser 65–89 år och 90 år och äldre totalt



### 3.2. Förväntad utveckling av kostnader och volymer

Under planperioden beräknas kostnaden för äldreomsorgens insatser för gruppen 65 år och äldre öka med i genomsnitt 4,5 procent per år utifrån den demografiska utvecklingen. Utöver detta tillkommer pris- och löneutveckling under perioden.

Kostnadsutvecklingen i fast penningvärde mellan 2018–2026 ligger i snitt på 40 miljoner/år; från 767 miljoner kronor 2018 till 1 090 miljoner kronor 2026.

Volymökning kommer att ske inom alla delar av den biståndsbedömda verksamheten; hemtjänst, dagverksamhet, korttidsboende och vård- och omsorgsboende. Exakt hur volymutvecklingen kommer att fördelas mellan de olika verksamhetsformerna är svårt att beräkna.

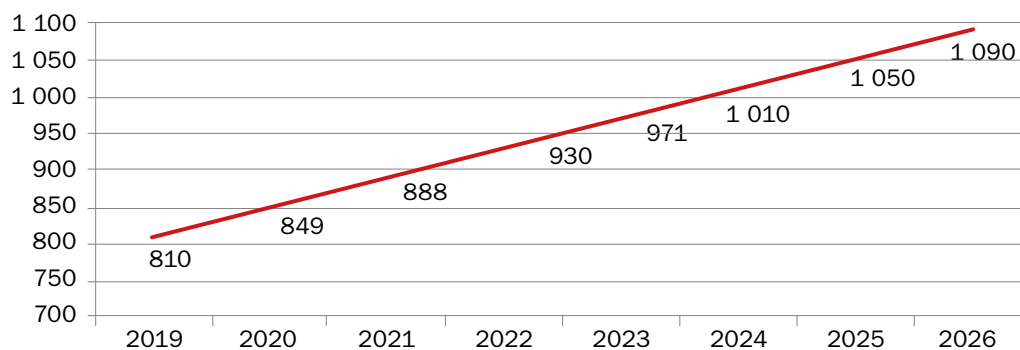
Ökningen av antalet äldre i Haninge kommun gör att behovet av platser i vård- och omsorgsboende och korttids-/avlastningsplatser beräknas öka med 25–35 platser per år under planperioden.

Hemtjänsten beräknas öka med i genomsnitt 35 000 timmar per år.

Behovet av demensdagverksamhet beräknas också öka från dagens 37 platser 2017 till 60–80 platser år 2026.

Behovet av eventuell utbyggnad av allmän dagverksamhet kommer att bero på utvecklingen vad gäller träffpunkter och andra icke biståndsbedömda insatser.

Kostnadsutveckling 2019–2026



### 3.3. Beräkning av platsbehov i vård- och omsorgsboende

Förvaltningens kalkylmodell från 2002 för beräkning av platsbehov har korrigerats i omgångar under 2000-talet i takt med att andelen äldre som söker plats i särskilt boende minskat.

Samtidigt har behovet av korttidsplatser och avlastningsplatser gått upp och ner i flera omgångar under 2000-talet.

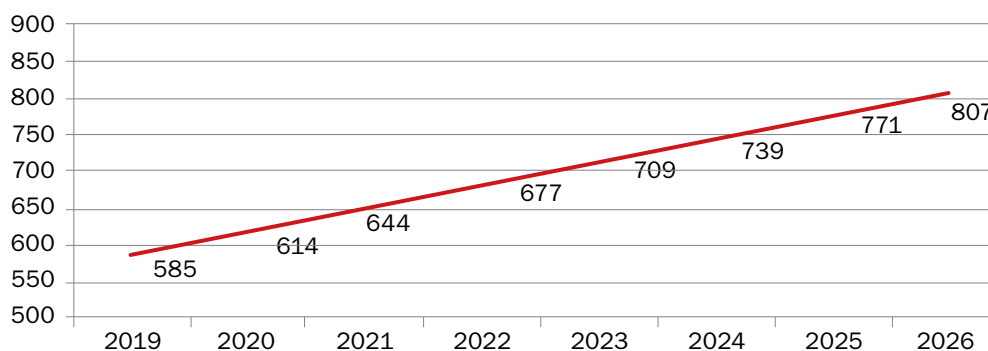
I den nuvarande kalkylmodellen som förvaltningen använder för att räkna fram behov av boendeplatser ingår numera både behovet av platser i särskilt boende och behovet av korttidsplatser/växelvårdsplatser.

En återblick på de sju senaste åren visar att prognosmodellen med några undantag 2012–2013 hållit som hjälpmedel för att räkna fram behovet av särskilt boende och korttids-/växelvårdsplatser.

Modellen baserar sig på en kalkylerad andel med platsbehov i respektive femårsgrupp av invånare, 65 och äldre. Exempelvis 3,4 procent av invånare 75–79 år, 7,3 procent av invånare 80–84 år, 30,6 procent av invånare 90–94 år.

Utöver ålder finns det flera andra faktorer som påverkar behovet av platser, som exempelvis andel ensamhushåll och ohälsalet för olika kommundelar.

Prognos av platsbehov 2019–2026 vård- och omsorgsboende och korttidsplatser/växelvårdsplatser



**Behovet av platser i vård- och omsorgsboende och korttidsplatser/avlastningsplatser i olika kommundelar under planperioden med utgångspunkt från prognoser över antalet äldre i olika kommundelar under planperioden.**

Planeringsområde	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Vega	31	37	42	45	47	50	52	54
Norra Söderby	9	10	11	13	14	15	16	17
C Handen	69	75	83	93	104	112	119	125
S Handen	60	61	65	70	74	77	79	82
Gudö/Lötkärr (Vendelsö)	9	9	9	10	10	10	10	10
Sågen( Vendelsö)	20	19	18	18	17	17	17	17
Kyrkviken/Gården (Vendelsö)	10	10	9	8	8	8	8	8
Vendelsömalm	35	33	32	31	30	29	29	28
Svartbäcken	25	26	26	26	27	26	26	26
Brandbergen	60	61	62	64	65	66	67	68
Dalarö	19	19	19	18	18	19	19	19
Ornö	2	2	2	2	2	2	2	2
Utö	2	2	2	2	2	2	2	2
Norra Jordbro	14	14	14	14	14	14	15	14
Södra Jordbro	64	74	82	87	93	98	102	107
Åby/Nytorp (Västerhaninge) Jägartorp/Norrskogen	37	38	40	40	40	41	42	44
(Västerhaninge)	12	13	13	13	13	13	13	13
Ribby (Västerhaninge)	27	28	29	30	31	32	32	32
Ribbyberg (Västerhaninge)	10	11	11	13	13	13	13	14
Lida (Tungelsta)	10	11	11	13	13	13	13	14
Tungelsta	23	24	25	25	26	26	27	27
Muskö	7	7	6	7	7	7	7	7
Restförda*	30	30	33	35	41	49	61	77
<b>Totalt behov av platser i hela kommunen</b>	<b>585</b>	<b>614</b>	<b>644</b>	<b>677</b>	<b>709</b>	<b>739</b>	<b>771</b>	<b>807</b>

*\*Restförda avser behov av platser, som inte går att fördela på de olika kommundelarna eftersom det påverkas av hur befolkningsutvecklingen kommer att se ut i kommunen under planperioden. (var det byggs och fördelningen mellan olika boendeformer m.m.).*

Brandbergen och Jordbro är två områden som saknar kommunalt eller privat vård- och omsorgsboende. Under 2016 och 2017 har flera privata företag anmält intresse för att starta vård- och omsorgsboende i Jordbro och Brandbergen. Bedömningen är att byggnation kommer att bli aktuell under början av planperioden.

Vid bedömningen av behovet av vård- och omsorgsboenden i kommunen får beaktas att vi uppfyller närhetsprincipen när vi inom tre månader från fattat beslut kan erbjuda plats, oavsett kommundel. Vid placeringen av nya vård- och omsorgsboenden bör god tillgänglighet och goda kollektivtrafikförbindelser eftersträvas. Dels för att understödja goda anhörig/närstående relationer- dels för att underlätta rekrytering av personal.

### 3.4. Investeringskostnader 2019–2026

Nödvändiga investeringar och reinvesteringar i närtid avseende lokaler och larm kommer att göras under 2017–2018. Nödvändiga investeringar i övrigt under perioden 2019–2026 fördelar sig enligt nedanstående och anges i tusen kronor:

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Välfärdsteknologi	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000
IT	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
Reinvesteringar möbler och andra inventarier	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000

## 4. INDIVIDANPASSAD VÅRD OCH OMSORG

### 4.1. Individens behov i centrum (IBIC)

Individens behov i centrum (IBIC) är namnet på den nationella arbetsmodell som är framtagen av socialstyrelsen och planeras att införas i kommunen. Socialstyrelsens bedömning är att biståndsbedömningen i hela landet i nuläget är allt för styrd av befintliga insatser, inte den äldres faktiska behov. Arbetssättet innebär en strukturerad dokumentation av den äldres behov. Syftet är att göra äldreomsorgen mer likvärdig och rättssäker, samt att den äldre ges ökad möjlighet till delaktighet i utredning, planering och uppföljning av hjälp och stöd.

IBIC bygger på ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) och är en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. ICF medför ett gemensamt språk och bland annat möjlighet att samla in och jämföra data och statistik.

IBIC innebär förändringar för både beställare och utförare inom äldreomsorgen. Äldreförvaltningen i Haninge kommun kommer succesivt införa IBIC under planperioden. Förändringarna planeras påbörjas på beställarsidan, genom att biståndshandläggarna genomför förändringsarbete mot ett mer behovsstyrt arbetssätt och arbete med individuella målsättningar för individen. När en fullständig dokumentation enligt IBIC finns på plats i verksamhetssystemet, kan implementeringen av IBIC genomföras fullt ut på både beställar- och utförarsidan.

### 4.2. Delaktighet och inflytande

Morgondagens äldre förväntas ha relativt goda egna resurser. Det gäller hälsa, ekonomi, sociala nätverk och utbildning. De kommer sannolikt ha goda IT-kunskaper. Kraven de kommer att ställa blir annorlunda än dagens krav.

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 medborgarna 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 kan arbeta oss fram till ökad delaktighet och inflytande – för såväl kunder, anhöriga/närstående som för allmänhet. Inom kommunen måste detta ske i olika forum. Ur kundens perspektiv är det av central betydelse att vi lyckas nå framgång i arbetet med genomförandeplanen, som ska präglas av ett starkt individfokus.

Idag har vi ett aktivt och engagerat pensionärsråd med representation från pensionärsföreningar samt ett kommunalt handikappråd med representation från olika organisationer. Företrädare för våra äldre är också representerade i andra sammanhang som Framtidsgruppen,

Nestor FoU-center och inom frivilligarbetet, där Röda Korset och Väntjänsten är två av flera aktörer. Vi behöver också tillsammans skapa nya mötesplatser som syftar till att i dialog skapa respekt för varandras olika utgångspunkter och uppfattningar.

### **4.3. Välfärdsteknik och e-hälsa**

Sveriges vision är att till år 2025 bli bäst i världen på att ta tillvara på digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor för att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd. Sveriges kommuner och landsting (SKL) arbetar tillsammans med kommunerna, landstingen och regionerna för att nå e-hälsovisionen.

E-hälsa och välfärdsteknik är två begrepp som ofta används för att beskriva digitaliseringens möjligheter inom vård och omsorg.

E-hälsa är ett generellt begrepp som inkluderar att individen ska få ökad möjlighet till delaktighet i sin egen hälsa samtidigt som professionen ska få konkreta e-hälsolösningar som förenklar beslut, minskar administration och skapar mer tid för personliga möten med patienter, kunder och brukare. För ledare inom vård och omsorg ska e-hälsoverktyg stödja planering, ledning och styrning av arbetet efter behovet av ständiga förbättringar.

Välfärdsteknik överlappar till viss del begreppet e-hälsa. I begreppet välfärdsteknik inkluderar SKL bland annat digitala trygghetslarm, tele- och videokommunikation, sensorer i hemmet, ett mobilt arbetssätt samt övriga e-tjänster som ger mervärde. Det möjliggör ökad trygghet, service och delaktighet för individen i hemmet och leder till större frihet och självständighet. Digital teknik har stor potential att bidra till att äldre personer ska kunna bo kvar hemma och känna sig trygga och delaktiga i samhället.

Äldreförvaltningen undersöker kontinuerligt olika möjligheter till att implementera trygghetsskapande teknik för den enskilde samt att förbättra möjligheter till att följa upp verksamheterna och att främja en god arbetsmiljö. Det är viktigt att den teknik som används utgår ifrån användarnas behov och i möjligaste mån är designad, tillgänglig samt användbar för alla.

Det finns nationella utmaningarna inom e-hälsoarbetet som bland annat avspeglas i att e-tjänster med direkt koppling till verksamhetssystem, mobilt arbetssätt för personal samt strukturerad dokumentation finns i låg grad inom kommunerna (E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017, Socialstyrelsen). Det krävs regelverk, enhetligare begreppsanvändning och tekniska standarder för vidare digitalisering. För att nå e-hälsovisionen är det därför en förutsättning att det finns nationella riktlinjer för att tekniskt kunna hantera personlig integritet, kvalitet och säkerhet då informationsutbyte sker mellan olika verksamhetssystem. De nationella utmaningarna inom digitaliseringen i vård och omsorg gäller naturligtvis även för äldreförvaltningen. Nationella riktlinjer behöver omsättas till praktik och införas i verksamheten och i IT-stöden för att fulla nyttan av e-hälsa ska komma medborgarna och verksamheten till godo. Äldreförvaltningen kommer att fortsätta satsningen på att öka användandet av välfärdsteknik och e-hälsa. Det kommer ske genom en balanserad utbyggnad för att säkerställa att implementationen motsvarar behovet hos användare och verksamheten.



#### 4.4. Tillgänglighet

Genom FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning har vi förbundit oss att främja, skydda och säkerställa rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Det handlar om att undanröja hinder som finns och bygger bland annat på principer som:

- respekt för människors värde, individuellt självbestämmande, innefattande frihet att göra egna val samt enskilda personers oberoende
- jämlikhet och icke-diskriminering i samhället
- tillgänglighet.

Funktionsnedsättningar kan delas in i fyra huvudgrupper: nedsättning av persons fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsförmåga. Det finns med andra ord en mängd olika funktionsnedsättningar som var och en skapar olika behov i olika situationer.

Att göra samhället tillgängligare för personer med olika funktionsnedsättningar kommer alla till godo. Man kan säga att lösningar som är nödvändiga för 10 procent av befolkningen underlättar för 40 procent – och gör det bekvämt för 100 procent.

Ett aktivt deltagande i kommunens byggprocesser och detaljplanearbete bidrar till bättre tillgänglighet i flera avseenden. Vid nybyggnation av bostäder undviker vi att tillgänglighetsbrister uppstår vilket leder till minskat behov av bostadsanpassningar. God planering av allmänna miljöer samt fortsatt arbete med Enkelt avhjälpta hinder gör att färre tillgänglighets hinder återstår att åtgärda. Sammantaget kan kostnaderna minska då vi gör rätt från början och undviker dyra insatser i efterhand.

I tillgänglighetsvägledningen Lätt och rätt för alla har förvaltningen en rik källa till idéer och praktiska tips för planering och utveckling inom tillgänglighetsområdet.

I det kommunala handikapprådet, som är ett forum för överläggning, samråd och ömsesidig information, förs diskussioner mellan funktionshindersorganisationerna, politiker och tjänstemän. Bland annat redovisar förvaltningarna sina pågående arbeten inom tillgänglighetsområdet och funktionshindersorganisationerna inbjuds att lämna synpunkter på olika remisser.

#### 4.5. Jämställdhet

Jämställdhet inom vården är ett komplext och mångfacetterat område. Vården och omsorgen ska vara jämställd och inte missgynna någon utifrån ett genusperspektiv. Brist på jämställdhet i vården och omsorgen kan ytterst påverka patientsäkerheten och kvaliteten i omvårdnaden för den enskilde. Jämställdhetsfrågorna ska därför ges en högre prioritet än vad som historiskt sett har varit fallet. Äldreplanen har fokus på kundperspektivet och behandlar därför inte specifikt jämställdhet ur ett personalperspektiv.

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.

Ovanstående frågor kommer påverka den fortsatta utvecklingen av verksamheten.

#### **4.6. Etnicitet**

För att definiera den del av befolkningen som har annat etniskt ursprung än den svenska majoritetsbefolkningen kan man använda sig av uttrycken ”utrikesfödda” eller ”invandrare” – en icke homogen grupp som invandrat under olika tidsperioder, från olika länder och av olika skäl. Andelen äldre bland utrikesfödda är lägre än andelen äldre bland de som är födda i Sverige. En utjämning av denna skillnad kommer dock sannolikt att ske över tid.

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 generellt om hälsan bland äldre invandrare.

Under perioden 2011–2016 har det skett en dramatisk ökning av flykting- och anhöriginvandringen i Sverige. Detta får stor betydelse för alla samhällssektorer, inklusive äldreomsorgen. I större utsträckning än tidigare kan insatser behöva utföras på olika hemspråk. Det kan innebära större krav på en flexibel organisation och språkkrav hos medarbetarna.

De 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 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”. Haninge kommun har finska som förvaltningspråk och ska kunna erbjuda insatser som t.ex. hemtjänst på finska. Äldreomsorgen ska vara inkluderande och kunna tillhandahålla insatser till alla- oberoende av ursprung.

## 5. FÖREBYGGANDE OCH HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE

Det finns goda förutsättningar för ett 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, rökning och social isolering 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.

Äldreförvaltningen har sedan fler år lagt stort fokus på förebyggande arbete och förebyggande insatser. Fixarservice, träffpunkter, förebyggande hembesök är alla insatser som pågått under en längre period. Förvaltningen satsar nu även på att utveckla former för generationsöverskridande möten och lärande -och samarbete med andra förvaltningar för att kunna utveckla dessa insatser. Idrott och rörelse är dokumenterat bra insatser för ett hälsosamt åldrande- och kommunens 90-åringar blir nu erbjudna gymkort. Förvaltningen arbetar på olika sätt med att förebygga fallskador, bland annat genom att dela ut broddar vintertid och samarbete med idrottsrörelser för att kunna träna att ”falla rätt” planeras.

### 5.1. Hälsoutveckling

Den framtida hälsoutvecklingen för äldre är föremål för omfattande studier med omdiskuterade och motstridiga resultat som pekar både på förbättrad och försämrad hälsa. I stort sett alla studier visar dock på en positiv utveckling när det gäller äldres förmåga att klara av dagliga sysslor, som att städa, handla och laga mat. Tillgången till bättre teknisk utrustning i hemmet, bostadsanpassning, rollatorer som kompenserar fysiska funktionsnedsättningar kan vara en förklaring till denna utveckling.

Ett tecken på att folkhälsan i Sverige har blivit allt bättre är att medellivslängden har ökat under flera decennier och dessutom fortsatt att öka. År 2015 var medellivslängden 84 år för kvinnor och drygt 80 år för män. Den viktigaste orsaken till att medellivslängden har ökat är att dödligheten minskat kraftigt i hjärt- och kärlsjukdomar. Minskningen har varit snabbare bland män och könsskillnaderna i dödlighet har minskat.

Hälsoproblem är mycket tydligt kopplade till socioekonomisk bakgrund. Ju högre inkomst och utbildning, desto större är sannolikheten för god hälsa.

#### Levnadsvanor

I takt med att hjärt- och kärlsjukdomarna har minskat i befolkningen har cancer ökat relativt sett som dödsorsak. Rökning, alkohol, övervikt och fetma samt brist på fysisk aktivitet är alla faktorer som ökar risken för såväl hjärt- och kärlsjukdomar som olika former av cancer.

Rökningen har fortsatt att minska. Oroande är dock att andelen kvinnor som röker är mycket hög i vissa åldersgrupper. Det finns också en utveckling mot att den genomsnittlige rökaren röker fler cigaretter per dag. Befolkningens genomsnittliga alkoholkonsumtion har sjunkit gradvis under en följd av år och beräknas nu vara den lägsta på omkring tio år. Dock har man i senare studier kunnat konstatera att alkoholkonsumtionen hos kvinnor över 75 år har ökat väsentligt. Missbruk har blivit ett allt vanligare fenomen i de övre åldersgrupperna.

Övervikt och fetma har blivit vanligare de senaste två decennierna. Ökningarna har varit störst bland personer under 50 år. Det senaste decenniet syns dock ingen förändring för andelen vuxna med övervikt, men däremot finns det tecken på att fetma har blivit något vanligare. Övervikt är vanligast bland män, medan fetma är lika vanligt oavsett kön och dessutom vanligare bland personer med kort utbildning än bland personer med lång.

Andelen vuxna med en stillasittande fritid har varit oförändrad under det senaste decenniet. En stillasittande fritid är vanligare bland personer med kort utbildning än bland personer med längre.

### **Äldre 65–84 år**

I åldersgruppen är cancer den vanligaste dödsorsaken, följt av hjärt- och kärlsjukdomar. Sedan 1991 har dödligheten minskat avsevärt på grund av minskning i hjärt- och kärlsjukdomar som tidigare var den helt dominerande dödsorsaken, i synnerhet bland män. Självmod och död i alkoholrelaterade orsaker är jämförelsevis ovanliga som dödsorsaker i denna ålder.

### **De äldsta, 85 år och äldre**

I den här åldersgruppen är hjärt- och kärlsjukdomar den vanligaste dödsorsaken, följt av cancer. Självmod är en jämförelsevis ovanlig dödsorsak i åldersgruppen, och har bland männen minskat med ungefär hälften sedan 1991. Dock är självmod bland män betydligt vanligare i denna åldersgrupp än i yngre åldrar.

Det finns fyra hörnpelare för ett gott åldrande:

- Fysisk aktivitet: Det finns idag betydande bevis för hälsovinster av fysisk aktivitet och att detta kan bromsa upp funktionsnedsättningar.
- Bra matvanor: Risken för att utveckla ”välfärdssjukdomar” minskar med en varierad och allsidig kost. Därför är satsningar på måltiden och måltidens betydelse av stor vikt. Att få måltiden till att bli en behaglig stund anpassad efter individens tycke och smak har en hög prioritet. Detta för att på så sätt stimulera aptiten och skapa en meningsfull aktivitet i tillvaron.
- Social gemenskap/stöd: Sociala kontakter och socialt stöd har positiv effekt på hälsan, även i höga åldrar. Föreningar, träffpunkter, vänner och kultur har en hälsofrämjande inverkan.
- Delaktighet/meningsfullhet/känna sig behövd: Det visar sig i princip i alla studier och enkäter att ett av de viktigaste behoven på äldre dagar är att känna sig behövd. Större engagemang i frivilligarbete tycks vara relaterat till ett bättre välbefinnande.

Att kunna skilja mellan sjukdom och normalt åldrande är en förutsättning för hälsofrämjande insatser för äldre. Åldrandet i sig kan ju inte förebyggas. Äldre som har förmågan att upprätthålla ett intresse för omvärlden och är öppna för förnyelse har dock större möjlighet att skjuta upp ett för tidigt åldrande. Generellt sett har äldre ett tätare nätverk idag än tidigare och många hjälper själva någon utanför det egna hemmet. Ensamhet, som ofta betraktas som en betydande faktor i äldre personers liv, bottnar ofta i fysisk och psykisk funktionsnedsättning samt socialt utanförskap. Äldreförvaltningen kan stödja, underlätta och motivera för den

enskilde att berika sitt eget liv. Här krävs att vi utvecklar ytterligare arbetssätt och metoder som stöttar enskilda till ett innehållsrikt liv och främjar en känsla av samhörighet bland annat genom utveckling av träffpunkter och samarbetsformer med frivilligorganisationer och andra intressenter.

### **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.

## **5.2. Personer med kognitiv svikt**

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom är reviderad under 2017.

Den nationella riktlinjen beskriver evidensbaserade och utvärderade behandlingar, åtgärder och metoder inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom och för stöd till deras anhöriga. Riktlinjen ger rekommendationer för åtgärder och kan ge underlag för prioriteringar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Rekommendationerna gäller utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbetet, stödsatser, läkemedelsbehandling och utbildning.

Det småskaliga boendet betonas, liksom dagverksamhet, rätten till en aktiv och meningsfull dag, allas rätt till utredning, rätt till basal vård, omvårdnad och omsorg.

Riktlinjen ger också förslag till konkreta sätt att bemöta den äldre, olika sätt att skapa meningsfulla aktiviteter, viktiga faktorer att tänka på vid matsituationen och när det gäller basal omvårdnad samt vikten av fysisk aktivitet.

Riktlinjen tar även upp att beteenden och psykiska symtom ska ses ur den demenssjukes perspektiv och personalen ska ta utgångspunkt i hens upplevelser av verkligheten. Personcentrerad vård och omsorg innebär att personalen bemöter personer som en person med upplevelser, självkänsla och rättigheter trots avtagande funktioner och med en strävan efter att förstå vad som är bäst för personen utifrån dennes perspektiv.

De flesta personer med demenssjukdom (90 procent) får någon gång Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD. Det kan yttra sig som oro, ångest, aggressivitet, sömnstörningar, vandrande och hallucinationer och medför ofta stora svårigheter och stort lidande, främst för personen själv och närstående men även för personal inom vård och omsorg.

Det finns starkt stöd i vetenskapen för att BPSD i första hand ska behandlas med omvårdnadsåtgärder och att eventuell behandling med läkemedel bör ske med stor försiktighet. BPSD-registrets syfte är att minska BPSD och lidandet som detta innebär och att genom detta öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. Detta görs genom kartläggning av symtom, analys av orsaken till symtomen och åtgärder enligt de nationella riktlinjerna.

BPSD-registret följer Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Med hjälp av BPSD-registret skapas en tydligare struktur i vardagen, dels för att förhindra att BPSD uppkommer, men också för att öka välbefinnandet och för att stimulera till en meningsfull tillvaro. Samtliga boenden och dagverksamheter registrerar i BPSD-registret.

Socialstyrelsen har även utkommit med ”En nationell strategi för demenssjukdom- underlag och förslag till prioriterade insatser till år 2022”. Den nationella strategin är framtagen i samverkan med flera andra myndigheter, professionsföreträdare, pensionärs- och patientorganisationer, akademiska experter samt Sveriges Kommuner och Landsting, Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga samt Svenskt Demenscentrum. Arbetet är samordnat med de Nationella riktlinjerna.

Socialstyrelsen har identifierat sju problemområden i den nationella strategin:

- samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst
- personal
- kunskap och kompetens
- uppföljning och utvärdering
- anhöriga och närstående
- samhälle
- digitalisering och välfärdsteknik.

Utifrån dessa sju problem områden så har ytterligare delområden identifierats. Av dem har Socialstyrelsen identifierat många men inte alla som lämpliga för prioriterade insatser fram till år 2022.

Bland annat så lyfter socialstyrelsen fram:

- satsning på kunskapsspridning och registerdata
- satsning på kompetenshöjning hos baspersonal
- satsning på forskning om förebyggande åtgärder, socialt arbete, sjukdomsorsak och läkemedel
- satsning för anhörigstöd
- satsning på individnivå.

Det finns även en uttalad nollvision för tvingande och begränsande åtgärder för personer med demenssjukdom. Tillsammans med den nationella riktlinjen, de nationella strategierna ger detta stöd och vägledning för äldreförvaltningens satsning kring utvecklingen av vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Äldreförvaltningens demenssamordnare arbetar med att stödja demensväglarna i deras arbete som bland annat innebär att de i sin tur stödjer och vägleder sina kollegor inom vård- och omsorgsboendena eller hemtjänsten. Demenssamordnaren håller nätverksträffar för demensväglarna och genom dessa vidarebefordra senaste rön och forskning inom demensområdet samt handleder och utbildar omvårdnadspersonal. Demenssamordnaren samarbetar med minnesmottaning och sitter i forum med demenssjuksköterskor. Stöd till anhöriga är en viktig faktor för en god demensvård, och sker genom samverkan med anhörigkonsulent, anhöriggrupper och frivilligorganisationer som t.ex. Röda korset.

Ytterligare stöd är ”Lokalt vård- och omsorgsprogram; Vård och omsorg vid demenssjukdomar för personer över 65 år i Haninge kommun”. Det lokala vård- och omsorgsprogrammet har reviderats under 2015 av Nestor. Ytterligare revideringar kan ske i och med den nya riktlinjen samt den nationella strategin.

Arbetet med att etablera samverkansformer mellan demensteam i kommunen och hälso- och sjukvårdspersonal inom landstinget med särskilt fokus på informationsöverföringen samt uppföljning av läkemedelsanvändningen kommer att fortgå och utvecklas.

### **5.3. Psykisk ohälsa och missbruk**

Psykisk ohälsa är vanligt bland äldre personer. Förekomsten av oro, ångslan, ångest och sömnproblem hos äldre personer är högt jämfört med andra vuxna. Vid 75 års ålder beräknas 15–25 procent lida av psykisk ohälsa, men alla dessa har inte en psykiatrisk diagnos.

För enskilda diagnoser ser bilden ut så här: Depression är den vanligaste psykiska sjukdomen i hög ålder. Omkring 10–15 procent av alla som är 65 år och äldre beräknas lida av depression. I de högsta åldrarna ökar denna andel till det dubbla, likaså vid flera kroppsliga sjukdomar som kan drabba äldre personer. Depressioner hos äldre visar ofta ett långdraget förlopp och symtomen är mindre tydliga. En depression i hög ålder präglas ofta av hopplöshetskänsla, ångest eller oro. Många äldre personer med depression har även sömnproblem. Det är också vanligt att äldre personer söker vård för fysiska hälsoproblem istället för depression.

Ångestsjukdomar drabbar 5–10 procent av de äldre och förekommer ofta tillsammans med depression.

Psykossjukdomar debuterar ofta i unga år, men kan utgöra en bestående funktionsnedsättning under ålderdomen. Äldre personer kan insjukna i psykos utan att tidigare ha drabbats. Förekomsten av psykossjukdomar och psykotiska symtom har rapporterats vara upp till 3–4 procent bland personer som är 65 år och äldre.

Till bilden hör också att strax under en fjärdedel av alla självmord begås av personer som är 65 år eller äldre.

Det finns många orsaker till psykisk ohälsa bland äldre och problemet behöver därför beaktas ur flera perspektiv. En rad faktorer påverkar, som biologiska förändringar i hjärnan och kroppslig sjukdom. Det gör även psykosociala faktorer som låg fysisk aktivitet, ensamhet, bristfällig kost, missbruk samt biverkan av läkemedelsbehandling. Symtomen på psykisk ohälsa är ofta diffusa och kan också vara tecken på flera andra sjukdomar. De som debuterar med psykisk ohälsa efter 65 års ålder kan exempelvis ha ett missbruk. Eller har upplevt något trauma tidigare i livet och upplever att krisen aktualiseras i samband med att de till exempel förlorar sitt arbete eller någon närstående.

Pensioneringen kan innebära en ny livssituation och en ny roll att identifiera sig med. Åldrandet för med sig förluster av förmågor som syn, hörsel och rörelseförmåga samt ett försvagat socialt nätverk när anhöriga blivit sjuka eller gått bort. Sorgen över förluster kan, om den förblir obearbetad eller obehandlad, utvecklas till psykisk ohälsa.



De som har en historik av psykisk ohälsa, kanske från hela vuxenlivet kan vara personer med neuropsykiatriska störningar (till exempel ADHD, ADD och Aspergers syndrom) samt de som har levt med långvariga psykiska funktionsnedsättningar på grund av psykossjukdom.

Trots hög förekomst av psykisk sjukdom bland äldre personer visar studier av både hälso- och sjukvård och äldreomsorg att gruppen inte får den vård och omsorg den behöver. Ett grundläggande skäl till detta är att både sjukvården och socialtjänsten har få verksamheter – exempelvis boendestöd och daglig verksamhet – som specialiserat sig på psykiskt sjuka äldre och deras behov, vilket också får anses gälla Haninge. Samtidigt tycks bara hälften av de äldre som drabbas av depression, ångestsyndrom eller psykos söka hjälp för detta. Troligen beror detta på skamkänslor kring att må psykiskt dåligt. Det kan även bero på en allmän föreställning om att lätt nedstämdhet och depression kommer med åldern.

Äldreförvaltningen ser en tydlig trend med ett ökande antal äldre som antingen har ett riskbruk eller missbruk av alkohol. Även andra former av missbruk förekommer. Detta kräver framöver en tydligare rollfördelning och ett nära samarbete mellan äldreförvaltningen och socialförvaltningen.

Socialstyrelsen bedömer att det krävs ett samordnat agerande på både nationell, regional och lokal nivå när det gäller äldres psykiska hälsa och pekar på följande:

- ett utvecklat och strukturerat samarbete mellan huvudmännen och ett gemensamt
- ansvarstagande
- spridning av kunskap genom forskning, utbildning och praktiskt utövande av vård och omsorg
- en förstärkt kompetens bland personal inom specialistpsykiatri, primärvård och socialtjänst
- ett utvecklat och förbättrat utbud när det gäller boendeformer och stöd för äldre personer med psykisk ohälsa.

Vägledningen Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa syftar till att bidra till att äldre med psykisk ohälsa ska få en god vård och omsorg. Den utgör ett underlag och stöd för verksamhetsansvariga inom socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt primärvård för att utveckla processer och rutiner för detta.

Vägledningen Det är inte alltid som man tror syftar till att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom primärvården.

Vägledningen Se tecken och ge rätt stöd syftar till att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

Lokalt utgör Nestor FoU-center en starkt drivande kraft för en kompetenshöjning inom områdena.

#### **5.4. Hot och våld mot äldre**

Haninge kommuns policy mot våld i nära relationer utgör basen för det arbete som pågår i äldreförvaltningen under benämningen ”Hot och våld i nära relationer bland äldre”. Handlingsplan, riktlinjer och rutiner är med stöd av äldrelotsen med fördjupade kunskaper

i ämnet, implementerade i verksamheten. Handlingsplanen utgår från socialstyrelsens allmänna råd om socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld (SOSFS 2009:22). 2014 har föreskrifter angående våld i nära relationer beslutats av Socialstyrelsen, SOSFS 2014:4.

Äldrelotsen ska vara en länk mellan äldre, förvaltning och frivilligorganisationer. På varje enhet ska det också finnas minst en personal med fördjupade kunskaper i ämnet.

Det fortsatta arbetet består i att öka kontaktnätet, att synliggöra och att involvera bland annat ideella föreningar, pensionärsföreningar och kyrkan som kan vara en stödande länk till den drabbade. Arbetet fortsätter också med att implementera ”Hot och våld i nära relationer bland äldre” till personal, chefer och allmänhet. Kommunens kvinnolots kallar till samverkansgrupper med polis, vårdcentraler och närakut, som äldrelotsen deltar i. Under kommande år kommer detta arbete utvecklas och fördjupas. Ett möjligt område är verksamhet riktad mot de externa utförarna. Ett annat utvecklingsområde är att i ökad utsträckning kunna jobba med utlandsfödda äldre

## **5.5. Förenings- och frivilligverksamhet**

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 anhörigcentral. Väntjänsten kan fungera som en mötesplats och vara 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.

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

Pensionärsföreningarna i Haninge bedriver också en hälsofrämjande och social verksamhet av stora mått. Vi är bara i början av en utveckling där vi ser pensionärsföreningarna som en självklar och ansvarstagande medaktör i arbetet med att skapa innehåll i vardagen och meningsfullhet i livet för de äldre. Bidragsreglementet ger möjligheter till ekonomiskt stöd åt pensionärsföreningarna för detta ändamål.

Kultur i alla dess former har i ett flertal undersökningar visat sig vara viktigt för en ökad livskvalitet. Kommunens verksamheter i form av Boken kommer, bokdepositioner på äldreboenden, bokbuss till träffpunkter bör utvecklas ytterligare. Kulturevenemang i olika former bör också göras tillgängliga för våra äldre inom alla kulturmiljöer och i de miljöer som äldre bor och vistas i. Haninge kommun har ett rikt utbud av idrottsrörelser och föreningar inom skog och natur vars verksamhet även behöver kunna utnyttjas av äldre.

## **5.6. Förebyggande hembesök**

De förebyggande hembesöken riktar sig till personer som är 80, 85, 90, 95 år samt nyblivna änkor och änklingar och har pågått under en flerårig period. Hembesöken har med största säkerhet medfört att våra äldre kommuninvånare känner trygghet i att kommunens omsorg och service finns till hands om och när behovet uppstår. Framöver kommer vi använda

flexibla metoder för att nå de yngre pensionärerna till exempel genom öppna möten, hembesök, skriftlig information. På detta sätt frigörs resurser till utökade insatser för de äldre pensionärerna. Generationsöverskridande aktiviteter är även av stor betydelse och ska utvecklas.

För att hjälpa personer som har behov av att bryta ensamheten och hitta en social gemenskap kan hembesökarna aktivt lotsa och introducera berörd senior till träffpunkterna för social gemenskap.

Att regelbundet inbjuda till allmänna informationsträffar kan både förebygga ohälsa och skapa intresse för träffpunkterna.

Hembesöken har gett oss kunskap om att boendefrågan är nyckeln till ett väl fungerande liv och att möjligheten till möten med andra människor har en central och viktig roll.

## **5.7. 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.

De förebyggande hembesöken som tidigare utfördes hos 75-åringar visade att nära 5 procent 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 personer.

En välutbyggd och välfungerande äldreomsorg borde 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 varierat utbud av bra hemtjänst och dagverksamhet, vård- och omsorgsboende och korttidsboende, lokala träffpunkter för äldre, en livaktig förenings- och frivilligverksamhet och en väl rustad primärvård kan betraktas som ett indirekt stöd till anhöriga och anhöriganställda. Som vårdare och vårdad med invandrabakgrund, krävs särskilda insatser för att skapa säkerhet och trygghet för både vårdare och vårdad.

Ett väl utvecklat anhörigstöd, där frivillig- och föreningsverksamhet är engagerade fråntar inte kommunen det yttersta ansvaret för äldres goda vård, service och omsorg.

Även fortsättningsvis är det personalen som utgör den största resursen och har den bästa kompetensen för att bedriva en god äldreomsorg.

## **5.8. Träffpunkter**

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.

Ett troligt scenario är att en växande andel äldre kommer att välja att bo kvar i den egna bostaden. Därmed ökar behovet att få till stånd träffpunkter och andra gemenskapslokaler i olika kommundelar. Samverkan mellan olika aktörer är en förutsättning för att kunna starta, driva och utveckla dessa verksamheter.

Syftet med träffpunkterna är att skapa trygghet och social samvaro för äldre och att förebygga ohälsa. Träffpunkterna har även en viktig roll när det gäller avlastning för anhöriga.

Träffpunkterna ska vara den självklara basen för samverkan mellan kommunen och de ideella aktörerna. Träffpunkterna ute i kommundelarna kan utvecklas till knutpunkter för anhörig- och väntjänster. Där ska kommunen och frivilligorganisationerna tillsammans kraftsamla och utveckla verksamheten.

Vi vill gärna se en utveckling där de äldre och de ideella organisationerna i en ökad utsträckning kan ta ansvar för innehåll och styrning av verksamheten vid träffpunkterna.

Träffpunkterna kan även vara centrala knutpunkter för att samordna insatser gentemot äldre från olika håll inom äldreförvaltningen och mellan kommunens olika förvaltningar.

Vi ska även fortsätta att utveckla metoder och insatser för att bryta isolering och förbättra hälsa för de äldre. I ökad utsträckning ska evidensbaserade metoder användas, t.ex. hälso-cirklar- men även gyminstruktörer.

Träffpunkterna ska utvecklas för att succesivt kunna erbjuda allt mer kvalificerade sociala insatser och service. Till delar kommer träffpunkterna då kunna ersätta hemtjänstens insatser. Träffpunkterna ska kunna bli ”nav” för insatserna till de äldre i området.

Inom träffpunkts verksamhet kan även generationsöverskridande möten och lärande ske t.ex. genom Mötesplats Jordbro och kommande allaktivitetshuset i Vega.

## 5.9. 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.

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

- ansvarsfördelningen mellan olika parter
- kvalitetskriterierna vid upphandling
- hur kvalitetsarbetet bedrivs
- de äldre personernas valmöjligheter
- måltidssituationen
- nattfastan.

Måltiden som en social och hälsofrämjande företeelse ska beaktas. Miljön och omständigheterna kring måltiden – såväl i vård- och omsorgsboendet som i det ordinära, har en avgörande betydelse för hur den äldre ska kunna tillgodogöra sig maten på bästa sätt. Matglädje skapas på plats i respektive boende där man lägger särskild vikt på att skapa trivsel och social samvaro vid måltiden.

Måltider och måltidsituationerna är ett område som behöver förstärkas för äldre i ordinärt boende. Att kunna möta olika behov, vanor och önskemål är bra förutsättningar för att påverka kvarboende och att även kunna förstärka måltidsituationerna genom att skapa delaktighet med den äldre, att kunna motverka ensamhet och isolering genom olika insatser stärker även känslan av välbefinnande.

Livsmedelsverket har utifrån regeringsuppdrag utfört en översyn kring olika projekt och satsningar med syfte att öka måltidskvaliteten inom äldreområdet under perioden 2006–2013 (Bättre måltider i äldreomsorgen – vad har gjorts och vad behöver göras, Livsmedelsverket). Rapporten ger även förslag på hur måltidskvaliteten för äldre personer kan utvecklas och höjas.

I rapporten tas det upp att det inom ordinärt boende ges sämre förutsättningar för att säkerställa att de äldre äter tillräckligt mycket och ofta och att de ofta behöver stöd innan och under måltiderna. För att kunna säkerställa de äldres behov, integritet, oberoende och förmågor bör måltidslösningarna anpassas efter det enskildas förutsättningar, behov och önskemål och förvaltningen bör undersöka möjligheterna att öka antalet matleverantörer i syfte att erbjuda fler alternativ. Förslag och insatser som rapporten belyser är bland annat: leverans av matkassar, kockteam, måltider i gemensamhetslokaler.

Äldreförvaltningen kommer under planperioden fortsätta att utveckla såväl kostinnehåll som måltidssituationen inom vård- och omsorgsboenden, hemtjänst och dagverksamhet. Offentlig gastronomi är ett begrepp som används alltmer, och förvaltningen bör dra lärdom av andra förvaltningars arbete, t.ex. utbildningsförvaltningen för att synliggöra kost och måltid inom äldreomsorgen. Förvaltningen ska arbeta för att minska matsvinn, miljöpåverkan och onödiga transporter. Måltiden ska i alla verksamheter vara anpassad till den äldres behov och önskemål och utifrån gällande riktlinjer. Måltiden ska vara en av dagens höjdpunkter och fördelas jämnt över de aktiva timmarna på dygnet så att nattfastan inte överstiger 11 timmar. Haninge kommun satsar på kompetensutveckling för kökspersonalen. Bl.a. ska andelen vegetabilier och ekologiskt producerad mat öka, nya smaksättningar erbjudas och metoderna förbättras. Samarbete sker med kommunens koststrateg och Nestor FoU-center.

En god munhälsa är en viktig förutsättning för att kunna tillgodogöra sig en allsidig och näringsrik kost vilket i sin tur leder till ökad folkhälsa. Landstingen har ansvar för att organisera och finansiera viss tandvård till äldre och funktionsnedsatta personer. Tandvårdsstödet innebär att personer inom äldreomsorgen 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.

### **5.10. De mest sjuka äldre**

Äldre personer som har omfattande behov av sjukvård och/eller omsorg får ofta inte den vård de behöver. Totalt omfattar gruppen cirka 300 000 personer som är 65 år eller äldre. De personer som ingår i gruppen mest sjuka äldre har antingen 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, bor i särskilt boende och/eller har omfattande sjukvårdsinsatser.

Vården och omsorgen är i många avseenden inte anpassad för att möta de mest sjuka äldres behov. Socialstyrelsen har identifierat de huvudsakliga bristerna: Bristfällig läkemedelsbehandling samt samordningsproblem mellan och inom regioner/landsting och kommuner. Informationsdelningen mellan olika vårdaktörer behöver förbättras kraftfullt framför allt i fråga om ordination av läkemedel.

Det förekommer även betydande kompetens- och kvalitetsbrister i vården av de mest sjuka äldre.

Majoriteten av landstingen/regionerna arbetar inte systematiskt med att identifiera de mest sjuka äldre inom primärvården och specialistvården.

För äldre med många olika symptom och diagnoser kan kontakterna med olika huvudmän, verksamheter och personalkategorier vara svåra att överskåda. Det ställer krav på ett situationsorienterat arbetssätt där vård och omsorg ska bedömas utifrån en helhetssyn på personens samlade livssituation, människors olika behov, symptom och besvär. En god vård och omsorg förutsätter hög grad av kontinuitet, överblick och samverkan över specialitets-, professions-, och organisationsgränserna.

Socialdepartementet och SKL pekar ut följande områden som angelägna för ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete:

- stöd till långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre
- nationell samordning av det långsiktiga och systematiska förbättringsarbetet
- ökat engagemang i kvalitetsregister inom hälso- och sjukvårdsområdet och inom vård och omsorg om äldre
- försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre med nya integrerade vård- och omsorgslösningar
- utvärdering och uppföljning på vetenskaplig grund
- lokala värdighetsgarantier med konkreta beskrivningar av tjänstens innehåll och utförarens utfästelser.

I utredningen Effektiv vård SOU 2016:2 belyses de grundläggande systemfelen inom svensk sjukvård. Ett stort problemområde gäller att en stor andel av resurserna är koncentrerade till de stora akutsjukhusen. Utredningen föreslår kraftiga förstärkningar av primärvård och närsjukvård. I utredningen föreslås att primärvården delas upp på en allmän primärvård med bibehållet vårdval och en riktad primärvård med ansvar bl.a. för de mest sjuka äldre. Primärvården och kommunernas insatser för äldre ska vara väl integrerade.

Ett annat centralt problemområde är frånvaron av en nationell plattform för kommunikation mellan olika vårdgivare. En stor mängd vårdskador förorsakas varje år av bristande information mellan olika vårdgivare t.ex. gällande läkemedel.

NPÖ, den nationella patientöversikten är fortfarande bristfällig. I NPÖ är dessutom kommunerna endast konsument av information, inte producent.

Det behövs en nationell standard för journalsystem och kommunikation mellan huvudmännen.

I utredningen Effektiv vård konstateras följande angående fortsatt utveckling av vårdkostnader för äldre personer:

”Kostnadsökningstakten inom den svenska hälso- och sjukvården är snabbare än i många andra länder. Sverige har i dag kostnader för hälso- och sjukvård som ligger klart över snittet inom OECD. De framskrivningar som finns av utvecklingen när det gäller demografi och sjuklighet visar att fortsatt stora kostnadsökningar är att vänta under överskådlig framtid. Befolkningsprognoser visar att andelen 85 år och äldre kommer att vara mer än fördubblad år 2050. Det finns en stor risk att betydligt fler än i dag kommer att ha en eller flera kroniska sjukdomar. Vilket genomslag detta kommer få för hälso- och sjukvården beror

delvis på när sjukligheten inträder. Personer med kroniska sjukdomar står för ungefär 80–85 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Sverige. Personer med två eller fler kroniska sjukdomar står för 50 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna. Förekomsten av kroniska sjukdomar är naturligt relaterad till ålder; 85 procent av svenskarna över 65 år har minst en kronisk sjukdom och 66 procent har två eller flera kroniska sjukdomar. I gruppen 85 år och äldre har drygt 80 procent fler än en kronisk sjukdom”



## 6. SAMMANHÅLLEN NÄRSJUKVÅRD

I större delen av landet har en kommunalisering av hemsjukvården genomförts. En gemensam ledningsgrupp med politiker från landstinget och kommunerna har bildats. Denna kommer bl.a. arbeta med frågan om hemsjukvården. Storsthlm (tidigare KSL, kommunförbundet Stockholms län) leder ett arbete för att genomföra ett kommunalt övertagande av hemsjukvården 2020. Inom LSS-området har en kommunalisering av ansvaret för hälso- och sjukvården skett.

I utredningen Effektiv vård SOU 2016:2 (Stiernstedt et al) framhålls betydelsen av en välfungerande och förstärkt primärvård. I utredningen föreslås att primärvården delas upp på en allmän primärvård med bibehållet vårdval och en riktad primärvård med ansvar bl.a. för de mest sjuka äldre. Primärvården och kommunernas insatser för äldre ska vara väl integrerade. En särskild utredare har arbetat vidare med fortsatt analys av förslagen från SOU 2016:2.

I arbetet för att kunna tillgodose den enskildes samlade behov behövs både social och medicinsk kompetens. Trygg Hem som bedrivs i samarbete med Handengeriatriken, med syfte att underlätta tidig hemgång efter en sjukhusvistelse innebär att den äldre får fortsatt tillgång till klinikens läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Verksamheten har visat på goda resultat och erfarenheterna kan komma att följas av liknande projekt och arbetssätt. Särskilt i arbetet med de mest sjuka äldre är det viktigt med en välfungerande sammanhållen vårdkedja. Haninge kommun förordar en kommunaliserad hemsjukvård, i likhet med utvecklingen i landet i stort.

## 7. BOENDE FÖR ÄLDRE

### 7.1. Bostadsförsörjningen för äldre

Boendefrågan är den absolut viktigaste frågan för att möjliggöra ett så självständigt liv som möjligt för våra seniorer.

Många äldre bor idag i bostäder som inte är anpassade för personer med funktionsnedsättning. Vid de förebyggande hembesöken har det framkommit att cirka 42 procent av de äldre som bor i flervåningshus saknar hiss i fastigheten. 85 procent av dessa bor minst en trappa upp. Andelen äldre som bor i flervåningshus är drygt 52 procent av samtliga äldre i Haninge kommun.

När det gäller nyproduktion är lagkraven tydliga i fråga om tillgänglighet. Det stora problemet gäller det befintliga fastighetsbeståndet som saknar hiss, dörrautomatik etc.

Ofta är det ekonomiska skäl som utgör hinder för äldre som behöver flytta till ett mer funktionellt boende. Om man flyttar från en skuldfri villa eller äldre hyresrätt till en nyproducerad hyresrätt eller bostadsrätt ökar boendekostnaden dramatiskt.

De alternativ som står till buds är sällan attraktiva ur den äldres synvinkel. Det som efterfrågas bland dem som överväger att sälja en mindre funktionell bostad är lägenheter i centralt läge med låg hyra/månadskostnad och som är belägna i fastigheter med god tillgänglighet.

Kostnaden för nyproduktion är ett av de största bekymren när det gäller bostadsförsörjningen för äldre.

Lösningarna inom det bostadspolitiska området skapas dels på kommungemensam nivå och dels på nationell nivå.

Utöver den generella bostadsförsörjningen behöver kommunen även säkerställa en utbyggnad av platserna i vård- och omsorgsboende som motsvarar efterfrågan. Dessutom behövs en fortsatt satsning på att utveckla olika former av mellanboenden.

### 7.2 Olika boendeformer för äldre

Det finns olika boendeformer för äldre:

Vård- och omsorgsboende är till för de äldre som har störst behov av vård och omsorg. Personaltätheten är hög med tillsyn dygnet runt. I denna typ av boende svarar kommunen för hälso- och sjukvårdsinsatser (förutom läkarinsatser). Denna typ av boende kallas även vårdboende eller äldreboende i en del kommuner. Den juridiska termen är särskilt boende.

Korttidsboende är till för personer som är i tillfälligt behov av boende med stort inslag av vård och omsorg. Möjlighet finns att under en tidsbegränsad period bo på ett korttidsboende.

Mellanboende är till för de personer som klarar ett mer självständigt liv. Olika former finns av mellanboende: Trygghetsboende, seniorboende och serviceboende. Begreppen varierar kraftigt liksom definitionerna.

Ordinärt boende avser ”vanliga” lägenheter, villor och andra bostäder som man hyr eller äger på egen hand. Personer som bor i ordinärt boende kan ansöka om hemtjänstinsatser. Detta gäller även personer som bor i seniorboende.

Nedanstående faktorer är betydelsefulla för att man som äldre ska uppleva trygghet:

- tillgängliga bostäder och närmiljöer
- möjlighet till bostadsanpassning i befintligt boende
- närhet till träffpunkter för social samvaro
- möjlighet att få kvalificerade insatser från hemtjänst och hemsjukvård när behov uppstår
- tillgång till plats i vård- och omsorgsboende även för makar och sammanboende.

### **7.3. Ordinärt boende med hög tillgänglighet**

Målsättningen är att även personer med stora hjälpbehov, multisjuklighet, psykiska problem och funktionsnedsättningar ska kunna bo kvar hemma i sitt eget boende, det som inom äldreomsorgen kallas ordinärt boende. För detta krävs dock att hjälpinsatserna samordnas mellan kommun och landsting. En samordnad vård- och omsorgsplanering är en av hörnstenarna för att kunna skapa en ordnad och trygg tillvaro i det egna boendet, när hjälpbehovet är stort.

För att klara de utmaningar vi står inför är tillgängligheten i det ordinarie 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.

Begreppet livslångt boende avser bl.a. bostäder och fastigheter i socialt och åldersmässigt integrerade stadsdelar med flexibla boendelösningar för personer med funktionsnedsättningar. Ska vi kunna bo kvar i våra bostäder med trygghet och välfärd även med funktionsnedsättningar av skilda slag, bör vi bygga för livslångt boende. Det leder också till ett integrerat boende där äldre, ungdomar, skola, service etc. möts i gemensamma bostadsområden.

Om man som äldre med skiftande funktionsnedsättningar 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 viktig för att säkerställa ett ordinärt boende med hög tillgänglighet, både fysisk och ekonomisk, för den äldre. Äldrenämndens och äldreförvaltningens medverkan i planprocesser kommer att bli allt mer betydelsefull.

### **7.4. Olika former av mellanboenden**

För personer som klarar ett mer självständigt liv finns olika former av mellanboende; trygghetsboende, seniorboende och serviceboende.

Begreppet seniorboende avser normalt bostäder för personer 55 år och äldre på den kommersiella bostadsmarknaden. Ett exempel på seniorboende i privat regi är Bovieran i Västerhaninge, ett boende med 48 lägenheter och en inglasad, tempererad gårdsmiljö.

I Haninge kommun finns möjlighet för personer över 65 att ansöka om seniorbostäder som förmedlas av kommunen. Seniorbostadskön är ett frivilligt åtagande som Äldreförvaltningen initierat, att stå i kön kräver inget biståndsbeslut. Vid äldreplanens framtagande 2017 hade kommunen tillgång till 142 lägenheter som förmedlats till personer som stått i seniorbostadskön. En enkätundersökning bland dem som i maj 2017 var registrerade i kön till sådan lägenhet visar att ca 750 personer vill stå kvar i kö för att få en seniorlägenhet i kommunen. Drygt en tredjedel att dessa anser att de behöver seniorlägenhet inom två år och en tredjedel behöver lägenhet inom två – fyra år.

Med en befolkningsutveckling, som innebär att antalet personer över 80 år beräknas öka med över 2 000 personer (+ 83 %) fram till år 2025, står det klart att det behöver byggas flera nya seniorboenden så snart som möjligt.

En översyn har genomförts angående vilka former av mellanboende som efterfrågas och som det bör skapas planutrymme för. Kontakter pågår mellan äldreförvaltningen och Haninge Bostäder om att som första insats bygga ett seniorboende i Västerhaninge med start under 2018. Arbete pågår med att inventera lämpliga markområden för seniorbostäder i flera kommundelar. Innovativa bostadslösningar i andra kommuner kommer att studeras. Kontakter kommer att tas med olika aktörer på marknaden för att skapa intresse för etablering av seniorboenden i olika former. Äldreförvaltningen kommer att anordna workshops riktade till bostadsbolag och byggföretag utifrån resultatet av översynen.

Haninge kommun kommer framgent göra ett skifte och utveckla trygghetsboenden med larm och personaltillgång. En succesiv övergång kommer ske i fråga om bostadsbeståndet.

## **7.5. Korttidsboende**

För kortare perioder då behovet av vård och omsorg inte kan tillgodoses i hemmet finns korttidsboende att tillgå. I kommunen finns korttidsboende med somatisk inriktning och med demensinriktning.

För kortvariga, återkommande eller tillfälliga behov finns behov av flexibla lösningar som kan erbjudas den enskilde eller närstående när behovet uppstår. Äldreförvaltningen behöver utveckla formerna för korttidsboende så att det uppfyller de äldres framtida behov av trygghet och tillgänglighet som ett led i kvarboendet.

Förvaltningen ska arbeta proaktivt kring de personer som har ett mer omfattande omvårdnadsbehov. Efter sjukhusvistelse och innan beslut om boende i vård och omsorgsboende kan utredning och rehabilitering ske vid något korttidsboende. De rehabiliterande insatserna kan i många fall medföra att den äldre flyttar tillbaka till det egna boendet.

## **7.6. Vård- och omsorgsboende**

Haninge kommuns vård- och omsorgsboenden är moderna och erbjuder en hög teknologisk nivå och en god omvårdnad. Service och omvårdnad ska stå 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.

Personer som idag bor på vård- och omsorgsboenden har stort omvårdnadsbehov. Många är multistjuka och kräver stora hälso- och sjukvårdsinsatser.

Verksamheten ställer stora krav på hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal.

Det behövs en fortsatt utveckling av olika särskilda boendeformer för äldre. Sannolikt föreligger ett allt mer ökande behov av specialisering. För demenssjuka finns idag särskilda boendeenheter. Det kan framöver finnas skäl att skapa andra boendeenheter med viss inriktning.

När det gäller vård- och omsorgsboenden behövs en kvalitetssäkring genom implementering av evidensbaserade metoder som bevarar och förstärker den äldres funktionsförmågor.

Servicen inom vård- och omsorgsboenden måste i framtiden bli mer differentierad och individanpassad. Utförarna måste kunna tillhandahålla service på olika språk och med olika inriktning.

## **7.7. Parbogaranti och tillbakaboendegaranti**

För ett par som har delat ett liv tillsammans och där den ena av dem blir sjuk och i behov av vård- och omsorgsboende, kan det innebära en plötslig och ofrivillig separation. I ett sådant läge är det viktigt att kommunen kan agera människovärdigt och erbjuda ett boende så att ett par kan fortsätta att leva tillsammans, om de så önskar. Parbogarantin säkerställer denna möjlighet som regleras i socialtjänstlagen. Med en ”tillbakaboende-garanti” erbjuder vi en utökad trygghet och flexibilitet i boendet. Vid beslut om plats i vård- och omsorgsboende för makar, informerar vi om möjligheten att kostnadsfritt lagerhålla möblemang som kan komma till användning vid ett senare tillfälle, exempelvis om den ena maken/-makan avlider och kvarvarande önskar flytta från vård- och omsorgsboendet. Då kan vi erbjuda förtur till seniorboende om så skulle önskas.

## **7.8. Framtidens boende för äldre**

I kommunens fortsatta arbete med utveckling av mellanboenden för äldre är det viktigt att följa statsmakternas beslut inom området. Betänkandet ”Bostäder att bo kvar i” har nyligen varit på remissrunda. När proposition och riksdagsbeslut är klara är det viktigt att kommunen är förberedd för att använda de redskap som föreslås där. I betänkandet talas bl.a. om ett investeringsstöd till trygghetsbostäder för personer över 70 år. Det talas även en statlig garanti för återbetalning av upplåtelseinsatsen i kooperativ hyresrätt och om ett startbidrag för byggemenskaper. Byggemenskaper är privat initierade, medborgarstyrda utvecklingsprojekt som syftar till att skapa boenden för äldre i de boendes egen regi.

Regeringen har under januari 2018 lämnat ett förtydligande utifrån promemorian kring "Förutsättningar för vissa särskilda boendeformer för äldre", DS 2017:68. Förtydligandet omfattar begreppet mellanboende och regeringen avser att lämna proposition till riksdagen innan sommaren 2018.

Förslaget innehåller bland annat:

- att det i mellanboende inte ska krävas tillgång till personal dygnet runt
- att tillståndsplikt ska gälla för mellanboenden som bedrivs av privata utförare
- att Socialtjänstlagens regler om högkostnadsskydd för avgifter för plats i särskilda boenden ska gälla även för mellanboenden.

## 8. KVALITETSSÄKRING

Kvalitet i socialtjänstens verksamheter definieras i 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 på följande sätt: ”att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter”.

Den som bedriver verksamhet inom socialtjänstens område måste ha kunskap om de för verksamheten relevanta kraven och målen i lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionsnedsatta som gäller för verksamheten. Den som bedriver verksamheten måste även ha kunskap om de beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter som gäller för verksamheten. Det kan t.ex. gälla ett tillsynsbeslut från Socialstyrelsen eller Socialstyrelsens beslut om tillstånd för verksamheten. Ledningssystemet ska därefter byggas upp så att det kan användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Den som bedriver verksamhet kan välja att ställa ytterligare krav på verksamheten genom att sätta egna mål eller följa krav i olika standarder. Det är möjligt förutsatt att sådana krav eller mål inte står i strid med författningar.

För att kunna klassas som kvalitetssäkrade måste de sociala tjänsterna:

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

SOSFS 2011:9 angående ledningssystem för kvalitetsarbete anger kraven och inriktningen av kvalitetssäkringsarbetet för kommuner, landsting och andra vårdgivare. Ledningssystemet ska beskriva hur systemet för ledning och kvalitetssäkring är uppbyggt. Bland annat ska verksamheten beskrivas och kopplas till lagkrav och nationella mål.

De centrala delarna av det praktiska kvalitetssäkringsarbetet är dels att genomföra processanalyser, dels att bedriva ett systematiskt förbättringsarbete.

Det systematiska förbättringsarbetet består av egenkontroll, riskbedömningar samt hantering av avvikelser och missförhållanden. All information man får in på detta sätt ska sedan användas till att förbättra insatsernas kvalitet.

Det lokala kommungemensamma kvalitetsarbetet utgår från Haninge kommuns kvalitetspolicy. Hantering av inkomna synpunkter är viktiga inslag i kommunens kvalitetssäkringsarbete.

I den gemensamma välfärden ska kvaliteten alltid stå i centrum oavsett aktör. Transparens och medinflytande ska alltid finnas för den enskilde.

Inom överblickbar framtid kommer förvaltningens ledningsarbete vara inriktat på att omsätta direktiven i praktisk handling. När alla verksamheter arbetar aktivt med egenkontroller, riskanalyser och annat förbättringsarbete och dessutom följer standardiserade processer kommer det medföra kraftigt förbättrad kvalitetssäkring. För att åstadkomma detta behövs en fortsatt utveckling av systemstödet för kvalitetsledning.

Brett upplagd verksamhetsuppföljning och olika former av genomlysningar är viktiga instrument för att säkra verksamhetens kvalitet.

## 9. KOMPETENSFÖRSÖRJNING

Inom vård- och omsorgsområdet finns det stora utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen.

Aktuell bedömning från SKL är att 225 000 personer kommer behöva rekryteras till vård- och omsorgsområdet fram till 2023. 60 procent av dessa rekryteringar behöver göras p.g.a. pensionsavgångar, 40 procent p.g.a. ökad andel personer som kommer vara i behov av vård- och omsorgsinsatser. Dessa siffror kan dock komma att påverkas av utveckling av bland annat välfärdsteknologi och medicin.

Samtidigt som befolkningen växer och blir äldre, och behoven av välfärd ökar, uppnår många medarbetare pensionsålder de närmaste åren. För Haninges äldreomsorg gäller att en fjärdedel av personalen kommer att gå i pension inom den närmaste 10-årsperioden.

Utmaningen inför den närmaste framtiden är följaktligen bristande tillgång på yrkeskompetent personal. Utbildningsanordnarna kan komma att få svårt att svara upp mot behovet av utbildningsplatser.

Regionalt kan vi också se tecken på att inte tillräckligt många väljer en utbildning med vård- och omsorgsriktning som leder till undersköterskekompetens.

SKL föreslår följande strategier för att långsiktigt säkra kompetensförsörjningen till vård- och omsorgssektorn:

- använda kompetensen rätt: Omfördelning av arbetsuppgifter kan behövas
- bredda rekryteringen: Endast 10 procent av de som jobbar inom vård/omsorg idag är män. För utlandsfödda måste språkliga hinder övervinnas. Det finns en potential för fler män och utlandsfödda i vården
- låt fler jobba mer: Minimera det ofrivilliga deltidarbetet
- förläng arbetslivet: Flexibel pensionsålder möjliggör för äldre att jobba längre
- visa på karriärmöjligheter: Viktigt för att kunna attrahera och behålla kompetent personal
- skapa engagemang: Arbetsglädje och engagemang gör att arbetsgivaren får behålla medarbetarna
- utnyttja tekniken: Ny välfärdsteknologi skapar ett nytt arbetsinnehåll
- marknadsför jobben: Tydliggör att vård- och omsorgssektorn är en framtidssektor
- underlätta lönekarriär: En tydlig process för lönebildning och en god löneutveckling är viktiga konkurrensfaktorer för branschen.

Haninge har under en avsevärd tid haft en god rekryteringsbas för undersköterskor från gymnasieprogram och kommunal vuxenutbildning i Haninge – ett läge som inom den närmaste tiden kan komma att förändras. Förvaltningen arbetar med olika insatser för att förebygga en nedåtgående trend- bland annat genom yrkesintroduktion, samarbete med Navigator och ungdomsteam samt det faktum att vi genom att ha tillsatt en koordinator på förvaltningen som har täta kontakter med arbetsförmedling och arbetsmarknadsenhet har vi ökat antal arbetstillfällen, praktik och även ansökningar till den kommunala vuxenutbildningen. Vuxna inskrivna på arbetsmarknadsenheten kan även erbjudas praktik- och traineepplatser.



Det föreligger även svårigheter att kunna rekrytera biståndshandläggare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Här behöver förvaltningen bra samarbete med utbildningsanordnarna att kunna erbjuda praktikplatser men även att t.ex. erbjuda möjligheter för socionomstudenter att utföra uppsatsarbeten. Förvaltningen behöver även tillgodose att nyutexaminerad personal har tillgång till en bra introduktion till yrket- och även till viss del fortsätta utbilda under anställningen.

Om unga människor ska lockas att arbeta inom vård och omsorg måste statusen höjas och arbetet göras attraktivt ur en rad aspekter. Ett sätt är att erbjuda en introducerande praktik för unga 16 år och uppåt men även att skapa intresse på högstadienivå genom samarbete med utbildningsförvaltningen.

Vi kan också se möjligheter till rekrytering av arbetssökande, ofta med svenska som andraspråk. Validering av kunskaper och färdigheter och påföljande arbetsplatslärande, som ingår i Kravmärkt Yrkesroll, är fullt applicerbart som rekryteringsverktyg för icke färdigutbildade personer.

Men det handlar inte endast om de som ska lockas till yrket utan även de som redan finns i yrket och som ska stimuleras att vara kvar och utveckla sig inom området. Där behöver vi utveckla de karriärvägar som finns inom förvaltningen samt marknadsföra arbetsgivarvarumärket.

En bidragande framgångsfaktor för Haninge kommuns äldreomsorg är Kravmärkt Yrkesroll som utgör basen för rekrytering och kompetensutveckling för det stora personalkollektivet vård- och omsorgspersonal i Haninge äldreomsorg.

De sex yrkeskraven som Kravmärkt Yrkesroll omfattar är:

- Kontakt och samspel
- Aktivitets- och relationsskapande
- Servicegivande
- Hälsofrämjande
- Planering och administration
- Aktivt deltagande i utvecklingen av arbetsplatsen

Haninge kommuns certifierade vård- och omsorgscollege har fokus på hälsovetenskap och är en välkommen utbildningsmöjlighet för regionen. Utbildningarna bedrivs i nära samarbetet mellan skola, arbetsgivare och forskning, där Röda Korsets högskola är en samverkanspartner.

Vår förmåga att kunna attrahera och rekrytera högskoleutbildad personal som grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, biståndshandläggare och enhetschefer är en förutsättning för att vi ska kunna upprätthålla en äldreomsorg av god kvalitet.

Ett sätt att tydliggöra karriärvägar är att utveckla specialisttjänster inom omvårdnadsområdet, t.ex. äldrepedagog och specialistundersköterska. Sådana specialister skulle kunna lösa behov av funktioner som efterfrågas i dagsläget.

Personal inom vård och omsorg ska arbeta med stöd av vetenskap och beprövad erfarenhet. Med stöd av Nestor FoU-center är vi väl förberedda för framtiden vad gäller kunskapsutveckling ur ett brett perspektiv för samtliga yrkeskategorier inom vår äldreomsorg. Vi ska värna om och torgföra det goda rykte Haninge äldreomsorg har i regionen.

Äldreförvaltningen i Haninge kommun kan redan idag erbjuda heltidstjänster genom kombinationstjänster, till de medarbetare som så önskar.

Det behövs betydande strategiska satsningar och omfattande samverkan mellan utbildningsanordnare (t.ex. Centrum Vux och Fredrika Bremer), äldreförvaltningen som arbetsgivare och arbetsförmedlingen för att långsiktigt klara kompetensförsörjningen av medarbetare med adekvat grundutbildning. Sannolikt måste statliga medel tillföras för att kunna genomföra satsningar i den skala som är nödvändig. Den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre- Läs mig- ger även förslag på legitimering av undersköterskor. Förhoppning är att genom detta höja statusen på yrket men även att utbildningarna ska bli mer likvärdiga.

En viktig strategisk faktor kommer vara vår förmåga att ta tillvara resurser hos de personer som har kommit till Sverige i vuxen ålder. Om vi på sikt ska klara att bedriva kvalificerad omvårdnad inom äldreomsorgen måste alla arbetsföra vuxna stå till arbetsmarknadens förfogande. Språkbarriärer måste övervinnas och integration på arbetsmarknaden måste kraftigt påskyndas.

Äldreförvaltningen kommer behöva fortsätta att utveckla strategin för kompetensförsörjningen för att säkerställa god tillgång på kvalificerad personal.

## 10. 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. ARC, Aging Research Center (samarbete mellan Stockholms universitet och Karolinska institutet), National Institute for Studies of Aging and Later Life (NISAL) i Linköping och AgeCap vid Göteborgs universitet. Demensforskning – där Sverige är ett av de ledande länderna – bedrivs vid samtliga universitetssjukhus.

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 lokala centra mer ska inrikta sig på utvecklingsarbete, personal- och metodstöd. På regional nivå ser vi gärna att lokala centra kan gå samman för att förstärka forskningsinriktningen, som är marginell idag. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 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 10 ägarkommuner tillsammans med landstinget – bidrar genom sin praktikinära forskning och utveckling till förhöjd kvalitet inom äldreomsorg och äldrevård och därmed ökar livskvaliteten för de äldre och deras närstående. Nestor FoU-center har rönt stor uppmärksamhet nationellt och har ett gott anseende som framgångsrik forsknings- och utvecklingsaktör inom äldreområdet.

Kungliga tekniska högskolan (KTH) Flemingsberg samarbetar med äldreförvaltningen och är involverad i utvecklingen av den framtida äldreomsorgen. Vi kan se framför oss ett allt tydligare samreöre med forskningen. Äldreförvaltningen arbetar kontinuerligt med att söka samverkansprojekt och möjligheter till utveckling, bland annat genom Vinnova, Sveriges innovationsmyndighet.

## 11. SLUTSATS

De kommande åtta åren kommer ställa stora krav på kommuner och landsting/regioner. Inom allt snävare ekonomiska ramar ska insatserna till äldre vidareutvecklas, förbättras och göras allt mer flexibla och personligt inriktade.

På nationell nivå har ett omfattande arbete påbörjats med syfte att omstrukturera hälso- och sjukvården till att bli mer tillgänglig och effektiv ur ett patientperspektiv. Sverige ska röra sig från en sjukhustung struktur till en kraftigt förstärkt primärvård. För de mest sjuka äldre måste samordningen av huvudmännens insatser förbättras kraftigt.

Kommunaliseringen av hemsjukvården 2020 innebär stora förberedelser för kommunen och kommer att vara i fokus de närmaste åren.

Välfärdsteknik och digitalt verksamhetsstöd kommer medföra stora förbättringsmöjligheter. Det är av stor betydelse att nationella standarder skapas för journalsystem och digital kommunikation mellan olika vårdgivare. Dessa kommunikationsplattformar ska självklart ta sin utgångspunkt i den enskildes integritet och att den enskilde äger sin egen information.

Insatserna inom äldreomsorgen måste bli mer flexibla, mer anpassade utifrån den enskildes villkor och önskemål och erbjuda mer valfrihet inom olika tjänster.

I den nya funktionshinderspolitiken lyfts principen om universell utformning fram som ett viktigt medel för att nå politikens mål om jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet. Med universell utformning menas att miljöer, produkter och tjänster utformas utifrån vetskapen att människor är olika och har olika förutsättningar och att dessa för samma person varierar över tid och vid olika situationer.

Nya lösningar måste skapas för att erbjuda landets äldre funktionella bostäder till rimlig kostnad. Den enskildes önskemål ska vara styrande. Så långt som möjligt måste dock den enskilde ta ansvar för att själv lösa sin boendesituation. Samhällets stöd ska komma in då enskilde saknar förmåga till detta. En utmaning för kommunerna är att kommunicera detta budskap med medborgarna.

### **Hur ser då fram framtidsprognosen ut för äldreomsorgen i Haninge ut?**

Enligt befolkningsprognos för Haninge kommun hösten 2017 kommer antalet invånare 65 år och äldre att öka från 13 274 invånare 2016 till 15 577 invånare 2026 eller med 2 303 invånare, vilket ger en ökning med 17,3 procent.

Andelsmässigt så utgör invånarna 65 år och äldre 15,5 procent av befolkningen i Haninge 2016. Fram till 2026 beräknas gruppen 65 år och äldre ha minskat sin andel av befolkningen till 14,1 procent.

Även om målgruppen 65 år och äldre bara ökar med drygt 17 % under perioden 2016–2026. Så kommer volymutvecklingen vad gäller hemtjänst, vård o omsorgsboende och dagverksamhet att vara betydligt större under perioden. Sammantaget förväntas resursbehovet öka med i storleksordningen 40 % under perioden 2016–2026 i fast penningvärde.

Att resursbehovet ökar med mer än dubbelt så mycket som ökningstakten i målgruppen beror på att hela ökningen ligger i gruppen 80 år och äldre.

Gruppen 80–89 förväntas nästan fördubblas antalsmässigt under perioden 2016–2026 (+96%) och gruppen 90 år och äldre förväntas öka med nästan 45 procent.

Utvecklingen i Haninge avviker därigenom mot utvecklingen i Sverige som helhet där äldregruppen ökar som andel av befolkningen.

Utveckling av hemtjänst, dagverksamheter, myndighetsutövning och boendeformer för äldre kommer att vara nödvändig för att kunna möta olika former av behov. Flexibla former av biståndsbeslut och ett flexibelt utförande av hemtjänst skulle främja individens förmåga till att kunna påverka sin tillvaro.

Äldreförvaltningen behöver vara proaktiv och undersöka möjligheter till specialiserade team för att möta ny lagstiftning och kommande förändringar som t.ex. kommunaliseringen av hemsjukvård, samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård men även utveckling av demensteam och inom psykisk ohälsa.

Utveckling av dagverksamhet och träffpunkter för att främja sociala, kulturella och fysiska aktiviteter behöver vara en del av det förebyggande arbetet.

Evidens har visat att livsstilsfaktorer som t.ex. fysisk aktivitet, bra kost, sociala och kulturella aktiviteter och individens förmåga av att styra, påverka och känna delaktighet i sitt liv har en positiv effekt på ett hälsosamt åldrande- och ett möjligt uppskjutande av behov från äldreomsorgen- eller minskade behov. Äldreförvaltningen ser stora möjligheter att påverka dessa livsstilsfaktorer, bland annat genom en välutvecklad förebyggande verksamhet.

Äldreförvaltningen ska fortsätta att utveckla kvaliteten i fråga om kost och måltidsmiljö i vård- och omsorgsboende såväl som i ordinärt boende.

Boendesituationen för äldre kommer att påverka förvaltningens arbete under planperioden, andra boendeformer som t.ex. mellanboende behöver aktualiseras. Innovativa lösningar krävs för att främja bostadsbyggande och planering och att förvaltningen och kommunen tar höjd för de lagförslag som presenteras. Bostadssituationen för äldre är en prioriterad fråga för förvaltningen.

Kompetensförsörjningen är ytterligare en utmaning som kommer att påverka äldreförvaltningens arbete under kommande år. Andelen utbildad personal fortsätter att minska, och arbetsgivarvarumärket och möjligheter till utveckling inom karriären kommer att påverka möjligheter att locka medarbetare till kommunen och yrket. Att ha ett bra samarbete och samverkan med utbildningsanordnare och arbetsmarknadsenhet kommer att stå högt på agendan.

