



**LYSEKILS
KOMMUN**

**Strategi
Program
Plan
Policy
Riktlinjer
Regler**

Lysekils kommuns

Vård- och omsorgsplan 2017–2025

Fastställt av:	Kommunfullmäktige
Gäller från och med:	2017-04-20, § 47
För revidering ansvarar:	Socialnämnden
För ev. uppföljning och tidplan för denna ansvarar:	Socialnämnden
Dokumentet gäller för:	Vård- och omsorgsverksamheten
Dokumentet gäller till och med:	2024-12-31
Dokumentansvarig:	Avdelningen för vård och omsorg
Dnr:	SON 2016-280, LKS 2016-871

Innehållsförteckning

Inledning	5
Arbetsprocessen	5
Styrande dokument	6
Socialtjänstlagen, SOL	6
Hälso- och sjukvårdslagen, HSL	6
Patientlagen	6
Patientsäkerhetslagen, PSL	7
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS)	7
Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom	7
Nationella mål för äldrepolitiken	7
Lysekils värdeord	8
Lysekils värdighetsgarantier	8
Lokal värdegrund för äldreomsorgen	9
Vård och omsorg i Lysekil – verksamhetsbeskrivning	9
Socialnämndens ansvar för vård- och omsorgsfrågorna	9
Biståndsavdelningen	9
Hemtjänst	9
Kommunal hälso- och sjukvård	10
Hemvård	10
Särskilt boende	10
Anhörigstöd	10
Korttidsboende	10
Trygg hemgång	11
Vård och omsorg i Lysekil – verksamheten i siffror	11
Särskilt boende	11
Hemtjänst	14
Trygg hemgång och korttidsboende	14
Utvecklingen framåt	15
Befolkningsutveckling	15
Kostnadsutveckling	16
Faktorer som påverkar behovet av vård och omsorg	17
Behov av särskilt boende	18
Behov av hemtjänst	20
Behov av Trygg hemgång och korttidsvård	20
Behov av fler anpassade boendalternativ, s.k. mellanboenden	21
Äldres önskemål på vård och omsorg	23

Utvecklingsområden – Så möter vi framtiden	24
Värdegrundsarbete	25
Individens resurser och behov i centrum.....	26
Hälsofrämjande och förebyggande arbete	27
Anhörigstöd.....	29
Demens	31
Personalförsörjning och kompetensplanering	33
Samverkan.....	34
Välfärdsteknologi	35
Referenser	36

Inledning

Andelen äldre ökar, hälsan förbättras och livslängden ökar. Prognoser för Lysekil pekar på att antalet personer som är 75 år och äldre kommer att öka med 38 %, eller 673 personer från 2015 till 2025. Nationella prognoser pekar på att antalet personer som är 75 år och äldre kan komma att fördubblas från 2014 till 2050 (Myndigheten för vårdanalys, 2015, s. 19).

Att vi lever längre och att hälsan förbättras är positivt. Men med en ökad andel äldre får vi också en minskad andel personer i yrkesverksam ålder och därmed minskade skatteintäkter. Det mesta talar för att utvecklingen kommer att innebära ett betydande växande behov av äldreomsorg under de kommande 15 åren. Myndigheten för vårdanalys beräknar att kostnaderna för äldreomsorgen kommer att öka med 16-34 procent till år 2025 och att de totala kostnaderna för äldres vård- och omsorg kommer att öka med 20-30 procent till år 2025 (2015, s. 73).

Utvecklingen kommer dels att ställa krav på ökad omfattning av insatser och behov av ett ökat fokus på de hälsofrämjande och förebyggande perspektivet, men också på nytänkande när det gäller ett effektivt resursutnyttjande. Samtidigt måste all planering utgå från att vård- och omsorgstagare, inklusive de äldre, är en heterogen grupp unika individer med olika behov och önskemål. Individen ska få den vård och omsorg den behöver för att känna sig trygg och för att i så stor utsträckning som möjligt kunna leva sitt liv på det sätt den önskar.

Lysekils vård- och omsorgsplan sträcker sig fram till år 2025. Enligt Myndigheten för vårdanalys har kommunerna fram till 2025 ett förhållandevis gynnsamt läge för att förändra äldreomsorgens struktur. Efter 2025 kommer de allra äldsta (75 år eller äldre) att öka som mest (2015, s. 24).

Syftet med vård och omsorgsplanen är att den ska vara ett instrument för att planera och utveckla kommunens vård och omsorg utifrån kommande behov. Planen ska vara vägledande i de politiska och verksamhetsmässiga besluten och ge en riktning och konkreta strategier för hur vi ska uppnå en vård- och omsorg som lever upp till riksdagens och kommunens mål och samtidigt sätter brukarnas behov i centrum. Planen med tillhörande åtgärdsplan ska årligen följas upp och vid behov revideras.

Planen ska vara vägledande i verksamheternas arbete med att identifiera mål och strategier inom ramen för kommunens styrmodell.

Arbetsprocessen

Vård- och omsorgsplanen har arbetats fram av en arbetsgrupp bestående av vård- och omsorgschef, en enhetschef och en personalrepresentant från hemtjänst, en enhetschef och en personalrepresentant från särskilt boende, chef för biståndsavdelningen, enhetschef för hemsjukvården, medicinskt ansvarig sjuksköterska, anhörigsamordnare samt utredare, som också varit sammanhållande skribent.

Agiftshandläggare/systemansvariga, LysekilsBostäder och Riksbyggen har bidragit med underlag och enhetschefer inom vård och omsorg, biståndshandläggare och kommunens folkhälsostrateg har bidragit med synpunkter. Ett viktigt underlag för planen har varit de synpunkter och önskemål som pensionärsorganisationer,

brukarorganisationer och anhöriga lämnat via en enkät om morgondagens vård och omsorg som skickades ut i september 2016. KPR och KRF har vid två möten fått information och möjlighet att lämna synpunkter på planen. Utredare var också på plats under seniormässan i november för att ta emot synpunkter.

Arbetstagarorganisationerna har informerats och gett synpunkter på planen vid två mötestillfällen. På önskemål av Socialnämnden och som en del av planarbetet arrangerades i november två inspirationsföreläsningar om morgondagens äldreomsorg med Susanne Rolfner Suvanto, regeringens särskilde utredare för en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

Styrande dokument

De lagar som styr kommunens vård- och omsorg är främst Socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, Patientlagen (2014:821) och Patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL. Kommunens vård- och omsorg styrs också av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS) på olika områden.

Socialtjänstlagen, SOL

Socialtjänstens omsorg om äldre ska enligt 5 kap. 4 § SoL, inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). Socialnämnden ska vidare verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

I 3 kap. 3 § socialtjänstlagen SoL, föreskrivs att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet, att uppgifter inom socialtjänsten ska utföras av personal med lämplig utbildning och erfarenhet samt att kvaliteten i verksamheten ska utvecklas och säkras systematiskt och fortlöpande.

Socialnämnden ska enligt 5 kap. 5 § SoL verka för att äldre människor får goda bostäder och 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. Vidare ska den äldre personen, så långt som möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL

Hälso- och sjukvårdslagen, är en ramlag och innehåller grundläggande regler för all hälso- och sjukvård. Den reglerar det som landstinget, kommunen eller annan vårdgivare är skyldig att erbjuda patienterna. Regeringen lade den 10 november 2016 en proposition om en ny hälso- och sjukvårdslag. Den nya lagen syftar till att göra regelverket överskådligare, tydligare och mer lättillgängligt samt mer i enlighet med intentionen om en målinriktad ramlag.

Patientlagen

Syftet med patientlagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Patientsäkerhetslagen, PSL

Patientsäkerhetslagen ska främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Patienterna och deras närstående ska ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Enligt PSL ska vårdgivare bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Varje år ska resultaten i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete redovisas i en patientsäkerhetsberättelse. Vårdgivaren är också skyldig att utreda händelser som lett till, eller hade kunnat leda till, vårdskada.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS)

Socialstyrelsen utfärdar föreskrifter och allmänna råd. Nedan förtecknas några av de viktigaste för vård och omsorgsverksamheten.

- SOSFS 2005:27 Föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård
- SOSFS 2005:28 Föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt lex Maria
- SOSFS 2007:10 Föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
- SOSFS 2007:17 Allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer
- SOSFS 2011:5 föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah
- SOSFS 2011:9 Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- SOSFS 2011:12 Allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre
- SOSFS 2012:3 Allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre
- SOSFS 2014:5 Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS
- SOSFS 2014:10 föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring
- SOSFS 2015:10 Föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

År 2010 tog Socialstyrelsen fram Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Nya reviderade riktlinjer publicerades i november 2016 som en remissversion. En slutversion av riktlinjerna publiceras hösten 2017.

Nationella mål för äldrepolitiken

Riksdagen beslutade om nationella mål för äldrepolitiken 1998 (Socialutskottet, 1998). Enligt målen ska äldre kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, kunna

leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg. Målsättningarna om trygghet och oberoende samt om tillgång till god vård och omsorg innebär bland annat att de äldre, så långt det är möjligt, ska "ges möjlighet att bo kvar hemma i sin ursprungliga bostad så länge som de själva önskar" (Socialdepartementet, 1998, s. 61). Samtidigt ska äldre kunna flytta till en så kallad särskild boendeform med heldygnsomsorg, exempelvis ett vård- och omsorgsboende, om vårdbehoven är stora och omfattande eller om den äldre inte känner sig säker och trygg.

Lysekils värdeord

I december 2012 fattade kommunfullmäktige beslut om att anta värdeorden öppet, enkelt och värdigt som ett komplement till visionen. Värdeorden gäller både tjänstemän och politiker och ska användas i hela organisationen. Värdeorden har en övergripande betydelse för hela kommunen och ska användas i vardagen. Värdeorden har definierats och givits betydelse på alla nivåer i kommunorganisationen och ingår i beskrivningen av varje verksamhets grunduppdrag. Så här tolkas öppet, enkelt, värdigt på övergripande nivå för hela Lysekils kommun.

Öppet

Öppet och faktabaserat. Lysekils kommun ska öppet redovisa beslut och underlag för beslut till alla som önskar ta del av dessa. Beslutsmöten och webbplatser ska vara öppna i alla de delar som inte begränsas av myndighetsutövning och sekretess.

Öppet förhållningssätt. Lysekils kommun ska i sitt beredningsarbete och möten med medborgare och allmänhet ha en öppen, bejakande och reflekterande inställning till olika synpunkter och förslag som kan vidga perspektiven och öka kunskapen inför olika typer av beslut.

Enkelt

Lysekils kommun ska underlätta för medborgare, företag och allmänhet att ta del av vår service.

Värdigt

Förtroendevalda politiker och medarbetare i Lysekils kommun ska kommunicera och agera utifrån fakta i sak och gott personligt omdöme.

Lysekils värdighetsgarantier

Under åren 2011 till 2014 beviljades Lysekil statsbidrag för att utveckla lokala värdighetsgarantier, vilka skulle förankra den nationella värdegrunden i det dagliga arbetet med brukarna. De lokala värdighetsgarantierna är utfästelser som Socialnämnden lovar att äldreomsorgen uppfyller. De är baserade på den nationella värdegrunden och ska erbjuda den äldre ökad trygghet, delaktighet, självbestämmande, individanpassning, integritet, kontinuitet och ett gott bemötande:

- *Egen kontaktman.* Vi lovar dig att du inom en vecka efter att insatsen påbörjats får en egen kontaktman. Detta för att stärka din upplevelse av trygghet i omsorgsinsatserna från oss.
- *Delaktighet och påverkan.* Vi lovar dig delaktighet, självbestämmande och möjlighet att påverka omsorgens dagliga innehåll och rutiner. Din kontaktman

upprättar tillsammans med dig och/eller närstående en genomförandeplan. Detta gör ni senast inom två veckor efter att du fått din beslutade insats.

- *Viktigt att du är nöjd.* Vi lovar dig att om du inte är nöjd med din kontaktmans sätt att bemöta dig, får du byta kontaktman.

Lokal värdegrund för äldreomsorgen

Vård- och omsorgsnämnden och individ- och myndighetsnämnden beslutade i mars 2014 att anta en lokal värdegrund som skulle förankras och gälla inom äldreomsorgens alla olika enheter i Lysekils kommun (SON 2014-74-730). Förslaget till lokal värdegrund hade utarbetats av chefer och medarbetare inom vård- och omsorgsavdelningen tillsammans med representanter för KPR. Den lokala värdegrunden tar utgångspunkt i den nationella värdegrunden.

- *Delaktighet.* Du ska kunna påverka och vara delaktig i hur insatserna ska utföras. Insatserna ska utformas utifrån dina behov, vanor och resurser.
- *Integritet.* Du har rätt till personlig integritet och sekretess gällande din person.
- *Bemötande.* I dina kontakter med oss ska du uppleva ett gott bemötande
- *Trygghet.* Du ska känna dig trygg och bekräftad av oss, vi ska vara lyhörda för dina synpunkter och åsikter.
- *Meningsfullhet.* Du ska i dina möten med oss uppleva att vi uppmärksammar det som är meningsfullt för dig

Vård och omsorg i Lysekil – verksamhetsbeskrivning

Socialnämndens ansvar för vård- och omsorgsfrågorna

Socialnämndens ansvar innebär att fatta beslut i enlighet med Socialtjänstlagen och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, samt att verkställa de beslut som fattas inom nämndens ansvarsområde.

Biståndsavdelningen

Biståndsavdelningen ansvarar för myndighetsutövning. Biståndshandläggare tar emot den enskildes ansökan, utreder och bedömer det individuella behovet, och fattar beslut om behov av stöd och service utifrån gällande lagstiftning och rättspraxis. Behovet av stöd kan variera över tid, uppföljning av biståndsbeslut är därför en viktig del av biståndshandläggarnas arbete.

Hemtjänst

Hemtjänstens ansvar är att utifrån beslut om bistånd hjälpa personer med vård, omsorg och serviceinsatser i det egna hemmet. Utöver detta utför hemtjänsten även kommunal hälso- och sjukvård som är ordinerad eller delegerad av legitimerad arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjuksköterska. Hemtjänst verkställs utifrån individens behov och förmågor, ålder och diagnos är inte det avgörande.

Avsiktsförklaringen är att människor ska erbjudas möjlighet att bo kvar hemma så länge de själva önskar. Hemtjänsten ska förstärka möjligheten till ett självständigt liv genom att ta tillvara den enskildes egna resurser. Syftet är att bibehålla eller förbättra

dessa. Arbetet utförs i team bestående av undersköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, biståndsbedömare och enhetschef.

Kommunal hälso- och sjukvård

Den kommunala hälso- och sjukvårdens målgrupper är personer boende på särskilt boende, personer under vistelsetid på daglig verksamhet och personer i ordinärt boende med beviljad kommunal hälso- och sjukvård. Kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende beviljas till personer med varaktigt behov och/eller stor svårighet att ta sig till vårdcentral, i enlighet med avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Målet för 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. Arbetsuppgifterna utförs utifrån ansvarsområden för legitimerad arbetsterapeut, legitimerad fysioterapeut och legitimerad sjuksköterska. Verksamheten bedrivs dygnet runt med insats av sjuksköterska och under dagtid på vardagar avseende insats av arbets-/fysioterapeut.

Hemvård

Det är vanligt att individen har behov av såväl service och omvårdnad som sjukvård i det egna hemmet. Begreppet hemvård används då som ett samlingsnamn för den samordnade hemtjänsten och hemsjukvården.

Särskilt boende

De särskilda boendena i Lysekils kommun ska tillgodose behovet av trygghet och närhet. Kompetent personal erbjuder vård och omsorg dygnet runt till personer som inte längre kan bo kvar i den egna bostaden. Alla våra brukare och närstående ska känna trygghet och bli bemötta med respekt och empati. Verksamheten ska präglas av en hemlik och harmonisk miljö och tillgodose den enskildes önskemål.

Anhörigstöd

Enligt socialtjänstlagen ska socialnämnden i alla kommuner erbjuda anhörigstöd. Det ska vara stöd som underlättar för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, har en funktionsnedsättning eller är äldre. Alla verksamheter i socialtjänsten ska arbeta med stöd till anhöriga och ha ett anhörigperspektiv. Ett anhörigperspektiv i vården och omsorgen innebär att verksamheterna ser, respekterar och samarbetar med både brukare och personerna som är viktiga för honom eller henne. Anhörigsamordnaren ansvarar för utvecklingen av anhörigstödet.

Korttidsboende

Korttidsboende är en behovsprövad och tidsbegränsad insats avsedd för personer med behov av tillfällig vård och omsorg dygnet runt. Korttidsplats kan beviljas till den som på grund av sjukdom eller annan orsak behöver återhämtning eller eftervård efter utskrivning från sjukhus (korttidsvård). Korttidsplats används även av personer som vårdas av en anhörig i hemmet, så kallad avlösning/växelvård. Korttidsplatser används också vid vård i livets slutskede och, när särskilda behov finns, vid väntan på plats till ett permanent särskilt boende. Om särskilda behov uppstår kan korttidsplats också erbjudas utan biståndsbeslut, så kallad trygghetsplats. Om det efter fem dagars vistelse

på trygghetsplats behövs mer omfattande stöd under en längre tid ska biståndshandläggare utreda fortsatta behov.

Trygg hemgång

Trygg hemgång innebär att vård- och omsorgsplaneringen för personer som är utskrivningsklara på sjukhus sker i hemmet. Trygg hemgång innebär också att ett tvärprofessionellt team utifrån det individuella behovet skapar en trygg och ordnad tillvaro efter sjukhusvistelse samt utreder vilka behov som finns för att möjliggöra kvarboende i det egna hemmet. Teamet består av undersköterskor, arbetsterapeut, sjuksköterska och fysioterapeut där alla arbetar utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. Insatsen ges under en begränsad period i upp till två veckor. Syftet med trygg hemgång är att skapa en grund för trygghet i vardagen för den enskilde och därmed möjliggöra kvarboende i det egna hemmet. Teamets insatser ska även öka förutsättningarna för en mer genomarbetad och rättssäker bedömning av brukarnas behov och insatser. Återkoppling av behovet av insatser sker till kommunens biståndsbedömare för en utredning av fortsatta behov.

Trygg hemgång samarbetar även med primärvården och externa rehabmottagningar. Har den enskilde inte insatser sedan tidigare av kommunal hälso- och sjukvård och inte heller har det behovet efter sjukhusvistelsen ansvarar primärvården för planeringen av hemgången. Undersköterskorna utför de insatser som den enskilde har behov av enligt socialtjänstlagen och primärvården ansvarar för hälso- och sjukvården inklusive rehabilitering och eventuella hjälpmedel. Kartläggningen sker tillsammans med den enskilde och, om den enskilde så önskar, anhängig på sjukhuset via Skypemöten. Berörda parter är inbjudna.

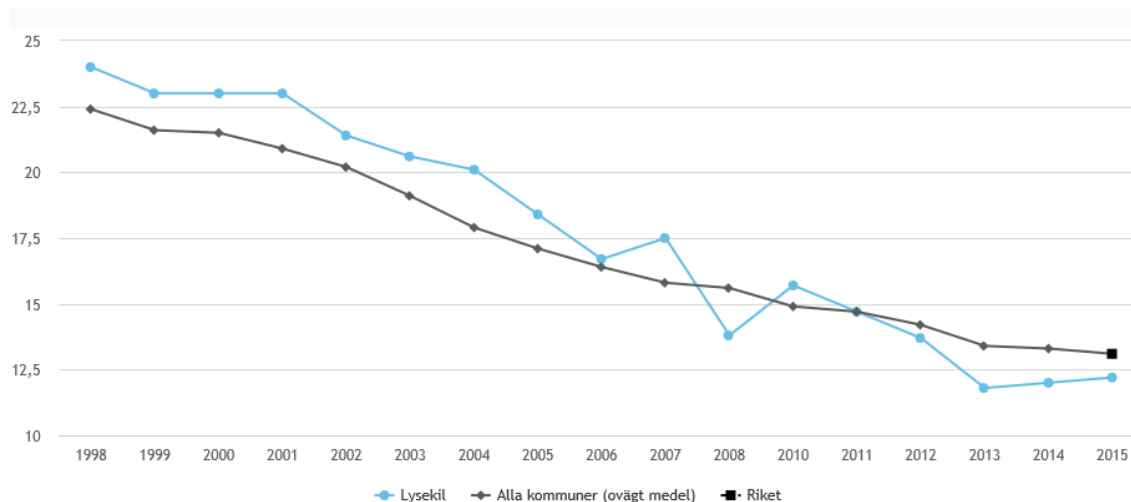
Vård och omsorg i Lysekil – verksamheten i siffror

Sverige visar stora regionala skillnader när det gäller andelen 65 år och äldre i befolkningen. Riksgenomsnittet ligger på knappt 20 procent men andelen varierar från Sundbybergs 12,9 procent till Borgholms 33,4 procent. I Lysekil uppgår andelen 65 år och äldre till 28,1 procent. Endast 10 procent av Sveriges kommuner har en större andel äldre än Lysekil. I Västra Götaland är det endast Gullspång, Karlsborg och Bengtsfors som har en större andel äldre (Statistiska centralbyrån, 2016).

Särskilt boende

Efter 1990-talet har det skett en strukturomvandling inom äldreomsorgen i Sverige där allt fler äldre med omfattande behov av stöd och hjälp får hjälp av hemtjänsten i sitt eget hem snarare än att flytta till ett särskilt boende (Myndigheten för vårdanalys, 2015, s. 21). Andelen personer 80 år och äldre i särskilt boende gick från 22 procent 1998 till 13 procent 2015. I Lysekil, som följer den nationella trenden, har andelen halverats från 24 procent 1998 till 12 procent 2015.

Diagram 1: Invånare 80+ i särskilt boende i Lysekil och riket, 1998-2015



Kommentar: Antal personer 80+ som bor i särskilda boendeformer dividerat med antal invånare 80+ 31/12. Fr.o.m. 2013 avses et snitt av årets tolv månader Fr.o.m. 2007 hämtas antalet från Socialstyrelsens individstatistik. T.o.m. 2006 från Socialstyrelsens mängdstatistik. Avser samtlig regi. **Källa:** Socialstyrelsen och SCB. Diagrammet är hämtat från kommun- och landstingsdatabasen Kolada.

Mellan 2011 och 2015 minskade antalet platser på särskilt boende med 37 platser¹. Samtidigt minskade volymen boendedygn med motsvarande 28 platser (Holmqvist & Lagerblad, 2016, s. 22). Platsantalet minskades efter en period med många tomma platser. Andelen äldre i särskilt boende i Lysekil följde 2015 landsgenomsnittet.

Tabell 1: Andel (%) i särskilt boende i Lysekil och riket. 2015.

	Lysekil	Riket
Invånare 65+ i särskilt boende, andel	4	4
Invånare 80+ i särskilt boende, andel	12	13

Källa: Socialstyrelsen och SCB. Talen är hämtade från Kommun och landstingsdatabasen Kolada.

Tabell 2: Fördelning av antalet platser i särskilt boende, Lysekil 2016

	Somatikplatser	Demensplatser	Parboendeplatser	Korttidsplatser
Lysekilshemmet	25	46 (varav 12 demens/psykiatri)	-	2 (demens)
Stångenäshemmet	30	10	3	-
Skärgårdshemmet	30	18	-	10
Gullvivan, Skaftö	12	-	-	-
Totalt	97	74	3	12

Kommentar: De tre parboendeplatserna på Stångenäshemmet innebär att tre av de 40 platserna möjliggör parboende. Som mest kan det alltså bo 43 personer på Stångenäshemmet.

Trenden med att allt fler äldre får hemtjänst snarare än plats på särskilt boende har inneburit att det främst är äldre med behov av stora mängder omsorg som i dag bor på

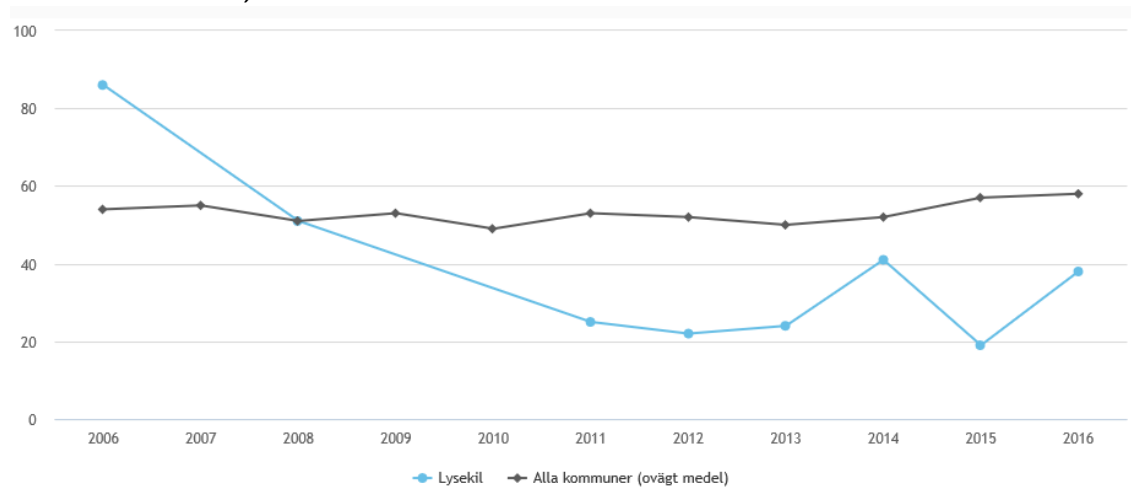
¹ De 37 platserna var fördelade på Lysehemmet 17 platser, Stångenäshemmet 4 platser, Skaftöhemmet 13 platser, Skärgårdshemmet 1 plats och Lysekilshemmet 2 platser.

ett särskilt boende. Drygt 43 procent av platserna på Lysekils särskilda boenden är för personer med en demensdiagnos. Andelen personer med demens i särskilt boende är dock större, då det även finns ett antal personer med demensdiagnos eller psykiatrisk diagnos på de somatiska enheterna.

Beläggningsgraden på särskilt boende har under perioden 2011-2015 ökat från 94 % till 97 %, vilket till viss del beror på överbeläggning på Stängenäshemmet (parboende). En beläggningsgrad på 100 % är i princip ouppnåelig eftersom in-och utflyttning tar viss tid i anspråk. Antalet beviljade dygn i särskilt boende per invånare 80 år och äldre var 2015 något lägre än KPB-genomsnittet (jämför nyttjandegraden för åldersgruppen i tabell 2) (Holmqvist & Lagerblad, 2016, s. 14). Medianvårdtiden på ett vård- och omsorgsboende i Lysekil är 831 dagar (2015) vilket motsvarar drygt 2 år och 3 månader. Äldre med demenssjukdom lever som regel längre än personer med somatisk svikt.

Sett över tid har väntetiden från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende minskat. År 2016 fick den enskilde i genomsnitt vänta i 38 dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum, vilket är under landsgenomsnittet på 58 dagar. I väntetiden ingår också utredningstid.

Diagram 2: Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde. 2006-2016.



Kommentar: Med ansökningsdatum avses det datum då ansökan om plats på särskilt boende kommer in till kommunen, oavsett om ansökan görs skriftligt eller muntligt. Med erbjudet inflyttningsdatum avses det datum då den enskilde enligt kommunens erbjudande har möjlighet att flytta in på ett särskilt boende, oavsett om den enskilde sedan väljer att flytta in eller inte. Avser samtliga utredningar avseende plats på särskilt boende som avslutades i kommunen under första halvåret, och som avsåg personer som vid tidpunkten för ansökan var 65 år eller äldre. **Källa:** Koladas undersökning Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK). Diagrammet är hämtat från Kolada.

Den höga beläggningsgraden och den relativt korta väntetiden till särskilt boende i Lysekil tyder på att antalet platser på särskilt boende i dagsläget motsvarar invånarnas behov av särskilt boende. Den relativt korta väntetiden innebär också att kommunen har ett försvarligt utrymme för att hantera variationer i boendebehovet över året.

Hemtjänst

Under perioden 2011-2015 har kommunen ökat antalet beviljade timmar i den vanliga hemtjänsten (Holmqvist & Lagerblad, 2016, s. 19).² Lysekil hade 2015 ett något högre antal beviljade timmar i hemtjänsten per invånare 80 år och äldre än KPBygenomsnittet (Holmqvist & Lagerblad, 2016, s. 14). Mellan åren 2011 och 2015 har det också skett en förskjutning mot en större vårdtyngd inom hemtjänsten, där en större andel brukare har samlade beslut på över 1000 timmar. Antalet brukare med hemtjänst har under perioden däremot minskat något. Enligt KPB beviljades totalt 132 475 hemtjänsttimmar under 2015.

Tabell 3: Konsumtion hemtjänst 2011 och 2015

Hemtjänsttimmar	Antal brukare 2011	Antal brukare 2015	Andel brukare 2011	Andel brukare 2015
< 100	176	190	39%	43%
101-300	133	109	29%	25%
301-500	74	59	16%	13%
501-700	28	31	6%	7%
701-800	5	10	1%	2%
801-900	11	6	2%	1%
901-1000	4	7	1%	2%
>1000	21	31	5%	7%
Totalt	452	443	100%	100%

Kommentar. Antal brukare som har haft hemtjänst under året. Källa: (Holmqvist & Lagerblad, 2016, s. 14). Antalet beviljade hemtjänsttimmar var 122 842 år 2011 och 132 475 år 2015.

Trygg hemgång och korttidsboende

Trygg hemgång startades upp 2011 och fick sin nuvarande form och målgrupp 2014. Tanken är att Trygg hemgång skall ge en effektivare rehabiliteringsprocess än korttidsplats, större självständighet (mindre risk för hospitalisering) och främja kvarboende. Det har inte gjorts någon systematisk samlad uppföljning eller utvärdering av Trygg hemgång men enligt verksamhetschefen har Trygg hemgångs grundliga och tvärprofessionella kartläggning av individens behov av insatser bidragit till en vårdplanering av högre kvalitet och effektivitet och mer träffsäkra SoL-insatser. Enligt verksamhetschefen vittnar såväl brukare och anhöriga som personal om att Trygg

² Det har varit svårt att få fram tillförlitlig och jämförbar statistik för hemtjänsten i Lysekil. Som det ser ut i dag förs det inte statistik över antalet planerade timmar eller utförda timmar i hemtjänsten. Den enda statistik som finns att tillgå är den beräknade tidsåtgång som registreras i samband med att biståndshandläggare beviljar insatser. Den beräknade tidsåtgången bestäms av en schablon som nämnden antog 2014. Schablonsystemet tar inte hänsyn till individuella variationer i behov eller eventuella samordningseffekter som följer av att flera insatser kan utföras samtidigt, och ger därmed en missvisande bild av den faktiska tidsåtgången i hemtjänsten. Beräknade hemtjänsttimmar inom ramen för Trygg hemgång ingår inte i statistiken, detta eftersom det inte registreras någon beräknad tidsåtgång i samband med beviljande av insatsen. Ytterligare en faktor som påverkar statistikens tillförlitlighet är att hemtjänstbeslut inte "pausas" under den tid en brukare befinner sig på korttidsboende för t.ex. växelvård. Dessutom definierar Socialstyrelsen, Kolada och Kostnad per Brukar hemtjänst på olika sätt vilket försvårar jämförelser.

hemgång har skapat större trygghet vid vårdplanering och hemgång. Genom Trygg hemgång upplever många en trygghet att efter sjukhusvistelse bo kvar i det egna hemmet. Under 2015 beviljades totalt 125 vårdtagare trygg hemgång.

Kommunens korttids- och växelvårdsenhet "Kompassen" är inrymd på Skärgårdshemmet. Som mest har Kompassen haft 26 platser men dessa har succesivt minskat, senast 2013 då antalet platser minskades från 20 till 10 i samband med att Trygg hemgång fick sin nuvarande form och målgrupp. Det finns i dag möjlighet att utöka de 10 platserna om behov finns. Utöver Kompassen finns det två korttidsplatser på Lysekilshemmet för korttidsvård eller växelvård av personer med demens.

Andelen med korttidsvård i Lysekil låg 2015 något under landsgenomsnittet, vilket möjligen kan förklaras av att kommunen kan erbjuda Trygg hemgång som alternativ till korttidsplats, där vårdplaneringen i hemmet fungerar som avsett.

Tabell 4: Andel invånare 65+ som beviljats korttidsboende och antal boendedygn, 2015

	Lysekil	Riket
Invånare 65+ i ordinärt boende som var beviljade korttidsboende, andel (%)	0,5	0,6
Boendedygn korttidsvård, antal/inv 65+	0,9	1,3

Källa: Socialstyrelsen och SCB. Talen är hämtade från Kommun och landstingsdatabasen Kolada.

Både vård- och omsorgspersonal, legitimerad personal, enhetschef för enheten samt enhetschef för hemsjukvården uttrycker att vårdtyngden på Kompassen har ökat över tid. De brukare som i dag får beslut om korttidsplats är i sämre somatiskt skick och i större utsträckning i behov av palliativ vård, vilket får till följd att arbetsbelastningen för personalen ökar. Flera av brukarna är i behov av vak och dubbelbemanning för att kunna få den vård och omsorg som de är i behov av.

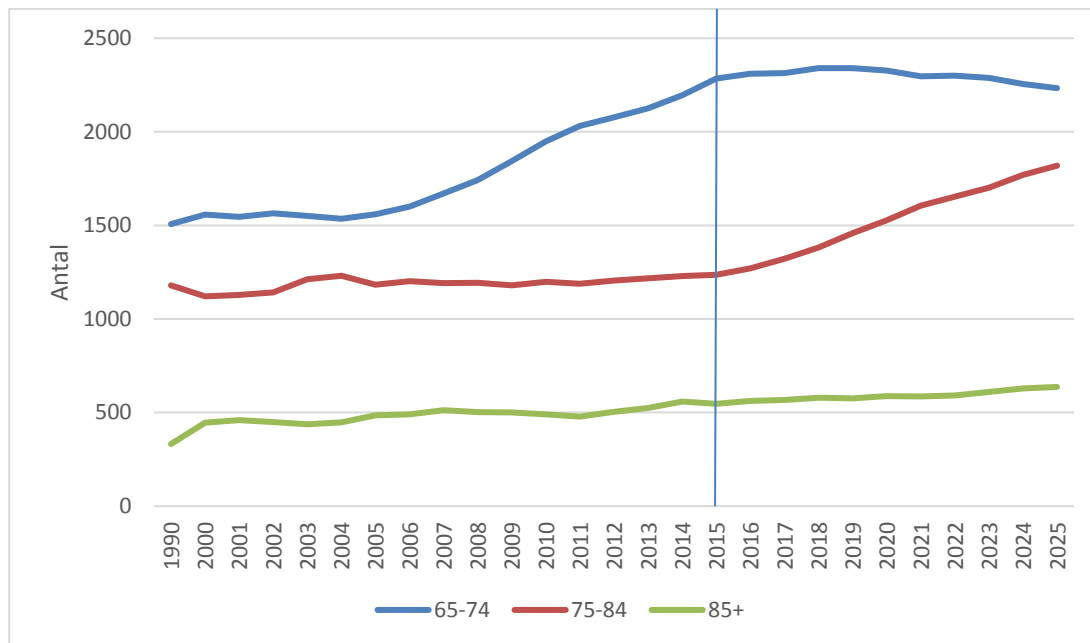
Utvecklingen framåt

Befolkningsutveckling

Enligt SCB:s befolkningsprognos ökar medellivslängden i landet och förväntas öka ytterligare i framtiden. År 2014 var den återstående medellivslängden vid 65 års ålder 18,9 år för män och 21,5 år för kvinnor. År 2060 beräknas den återstående livslängden vid 65 års ålder ha ökat till att vara 23,7 år för män och 25,4 år för kvinnor (Statistiska centralbyrån, 2015).

Enligt Västra götalandregionens befolkningsprognoser förväntas andelen 65 år och äldre i Lysekil att öka från 28,1 procent 2015 till 31,2 procent 2025. Det innebär en ökning med 622 personer. Det är i de äldre åldrarna som ökningen sker. Åldersgruppen 75–84 år kommer att öka med 47 procent, vilket motsvarar 583 personer och åldersgruppen 85+ kommer att öka med 17 procent eller 90 personer. Under samma period kommer antalet personer i åldersgruppen 65-74 år att minska med 2 procent eller 51 personer.

Diagram 3: Befolkningsutveckling i åldersgrupperna 65-74, 75-84 och 85+ i Lysekil 1990-2015 med prognos 2016-2025



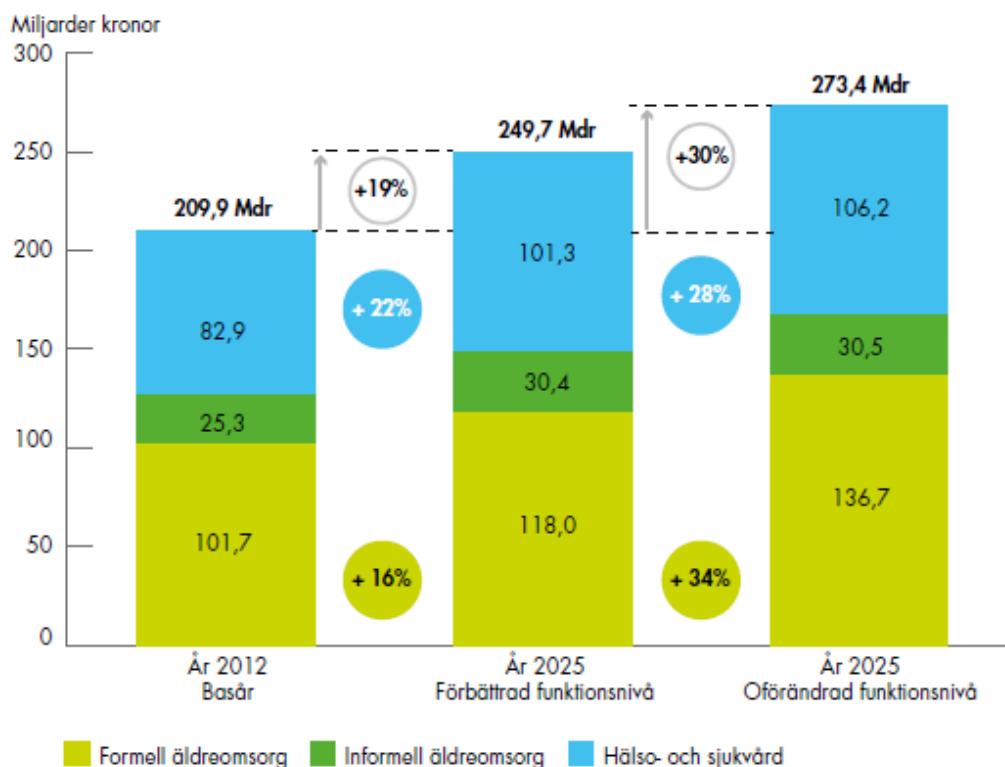
Källa: (Västra götalsregionen, 2016 a) (Västra götalsregionen, 2016 b)

Kostnadsutveckling

Prognoser som myndigheten för vård- och omsorgsanalys har gjort visar att de totala kostnaderna för äldres vård- och omsorg samt anhörigomsorg förväntas öka med 20–30 procent till år 2025, beroende på om äldres funktionsnivå kommer att vara oförändrad eller fortsätta att förbättras. Kostnaderna för enbart äldreomsorg förväntas öka med 16-34 procent. Kostnadsberäkningen har enbart tagit hänsyn till den demografiska förändringen och eventuella förbättringar i funktionsnivå. Om beräkningarna även skulle inkludera faktorer som historiskt sett varit kostnadsdrivande, såsom medicinska framsteg, ökade kvalitetskrav inom och förväntningar på vården och omsorgen, tillgång till kvalificerad personal och landets välstånd i stort, beräknas kostnaderna öka med ytterligare 7 procentenheter (Myndigheten för vårdanalys, 2015, ss. 73-76).

Den demografiskt betingade kostnadsökningen är i linje med den förväntade tillväxten, beaktar man däremot även kostnadsutvecklingen till följd av andra faktorer står vi inför en finansiell utmaning redan år 2025.

Diagram 4: Beräknade kostnadsökningar för vård- och omsorg 2012-2025, riket



Källa: Diagram kopierat med tillstånd från Myndigheten för vårdanalys, 2015, s.73.

Vårdanalys prognoser visar också att de totala kostnadsökningarna inte påverkas nämnvärt av eventuella förändringar i äldreomsorgens struktur, t.ex. genom omfördelningar mellan hemtjänst och särskilt boende. Däremot innebär förändringar i strukturen skillnader i vem som förväntas bära kostnaderna av det ökade antalet äldre. En ökning av andelen äldre som får hjälp av hemtjänst skulle t.ex. innebära sänkta kostnader för kommunerna men en ökad kostnad för landsting och närstående (Myndigheten för vårdanalys, 2015, s. 80).

Faktorer som påverkar behovet av vård och omsorg

Framtidens behov av vård och omsorg påverkas av fler faktorer än själva befolkningsutvecklingen. En rak framskrivning utifrån nuvarande konsumtion och befolkningsprognoser kommer därmed sannolikt att bli missvisande.

Det finns ingen internationell forskarkonsensus om huruvida den ökade levnadslängden kommer att innebära fler friska eller sjuka år (Socialdepartementet, 2010, s. 10). Den historiskt positiva utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsnivå, vilken i sin tur är nära kopplad till den medicinska utvecklingen, skulle dock kunna tala för att vård- och omsorgsbehovet kommer att växa i långsammare takt än befolkningstillväxten (Myndigheten för vårdanalys, 2015, s. 25).

Andra faktorer som kan påverka behovet av vård och omsorg är de förväntningar och önskemål som morgondagens äldre har, t.ex. på var och hur de vill bo. Även morgondagens anhöriga kan ha andra preferenser, krav och möjligheter när det gäller anhörigomsorg.

Vård- och omsorgsbehovet påverkas också av förändringar och beslut på såväl nationell nivå som inom landsting och region.

Sjukdomsutveckling – demens och psykisk ohälsa

Demens är ett samlingsnamn och en diagnos för en rad symtom som orsakas av hjärnskador. Risken att insjukna i demenssjukdom ökar med stigande ålder. Åtta procent av alla som är 65 år eller äldre och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre har en demenssjukdom. Det finns inget som tyder på att risken att insjukna i demenssjukdom har ökat under senare år. Däremot har antalet personer som utvecklar demens ökat kraftigt i takt med att Sveriges befolkning lever allt längre. Till år 2050 förväntas antalet personer med demenssjukdom nästan ha fördubblats (Socialstyrelsen, 2014, ss. 12-13). Beräknat utifrån 2015 års folkmängd i Lysekil borde ca 400 personer i åldersgruppen 65+ ha en demenssjukdom. Utifrån befolkningsframskrivningen förväntas antalet öka till 475 år 2025.

Personer med omfattande kognitiv funktionsnedsättning behöver ofta omsorg dygnet runt. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för demens rekommenderas att socialtjänsten bör erbjuda ett särskilt boende som är specifikt anpassat för personer med demenssjukdom. I dag är 74 av 171 permanenta platser på Lysekils särskilda boenden anpassade för personer med demens. Det innebär att cirka 18 procent av alla äldre med demenssjukdom i Lysekil har en plats på en demensavdelning. Samtidigt finns det i dag personer med demens- eller psykiatriproblematik även på boendenas somatiska avdelningar, vilket antyder att det nuvarande antalet demensplatser inte är tillräckligt. År 2012 låg andelen personer med demenssjukdom som bodde i demensboende på mellan 15 och 25 procent i de flesta kommuner i Sverige (Socialstyrelsen, 2014, s. 66). Om andelen personer med demens som bor i särskilt boende förblir oförändrad i Lysekil behövs ytterligare ca 12 demensplatser till 2025. Talet är antagligen i underkant, givet det faktum att det även bor personer med demenssjukdom på somatiska avdelningar. Utvecklingen av platsbehovet för demenssjuka måste följas fortlöpande och nämnden bör i byggnation och kompetensplanering göra sig förberedd för att snabbt och flexibelt anpassa platserna efter de behov som finns.

Psykisk ohälsa är en av våra största folksjukdomar och drabbar i hög grad äldre. I dag lider cirka 20 procent av alla äldre personer av psykisk ohälsa. Det vanligaste psykiska hälsoproblemet hos äldre personer är depression. Social gemenskap, fysisk aktivitet och bra matvanor är några faktorer som är viktiga för att förebygga psykisk ohälsa hos äldre personer (Socialstyrelsen, 2016).

Behov av särskilt boende

Två prognoser över framtida behov av särskilt boende har gjorts genom en rak framskrivning utifrån Västra götalandregionens befolkningsprognos för Lysekils kommun. Den ena prognosen utgår från nyttjandegraden per åldersgrupp i Lysekil den 31 oktober 2015 och den andra utgår från det totala antalet boendedygn per åldersgrupp 2015. Antalet belagda platser som beräkningarna utgår från är 163 respektive 168 (av 171 möjliga). Oavsett utgångspunkt ger båda prognoserna samma bild: den demografiska ökningen ger behov för ytterligare 39 platser på särskilt boende

år 2025³. Enligt prognoserna skulle Lysekil alltså behöva omkring 200-210 platser på särskilt boende år 2025. Prognosen stämmer väl överens med Myndigheten för vårdanalys rekommendation att öka antalet vård- och omsorgsboenden med minst 20 procent till 2025 som en följd av den åldrande befolkningen (2015, s. 9).

Även om antalet platser på det särskilda boendet i Fiskebäck utökas med 20 platser, vilket skulle innebära att kommunen totalt sett hade 180 platser efter stängning av Lysekilshemmet, kommer det beräknade behovet av platser att överstiga utbudet omkring år 2020. Senast år 2020 bör det därför finnas ytterligare 20-30 färdigställda platser i form av ytterligare ett särskilt boende eller utbyggnad av existerande boenden.

Tabell 5: behov av permanenta platser på särskilt boende per år och åldersgrupp 2015-2025, beräknat utifrån nyttjandegraden den 31 oktober 2015. Nyttjandegrad i % 2015 i parentes.

	65-74	75-84	85+	Totalt	Akkumulerad ökning i antal platser
2015	14 (0,6)	47 (3,8)	102 (18,0)	163* (4)	
2016	14	48	105	167	4
2017	14	50	106	170	7
2018	14	53	108	175	12
2019	14	55	107	176	13
2020	14	58	110	182	19
2021	14	61	109	184	21
2022	14	63	110	187	24
2023	14	65	114	193	30
2024	14	67	117	198	35
2025	14	69	119	202	39

Kommentar: Nyttjandegrad per åldersgrupp (andel av befolkningen i en åldersgrupp som bor på säbo) har beräknats utifrån antalet belagda platser per åldersgrupp i Lysekil den 31 oktober 2015 och SCB:s statistik över folkmängden per åldersgrupp den 1 november 2015. Personer som står i kö till särskilt boende ingår inte i statistiken som prognosen bygger på. Inte heller personer under 65 år ingår i beräkningarna. *Enligt kommunens rapport till socialstyrelsen bodde 163 personer i åldern 65+ i säbo vid den aktuella tidpunkten. Kommunens egen statistik visar att antalet belagda platser uppgick till 169. **Källa:** (Statistiska centralbyrån, 2016) (Västra götalandregionen, 2016 b) (Socialstyrelsen, 2016).

³ Ökningen av antalet platser förutsätter att en lika stor andel av befolkningen i en viss åldersgrupp konsumerar lika många dygn i särskilt boende som 2015. Det innebär att platsbehovet kommer att påverkas av eventuella förändringar i längden på vårdtiderna på särskilt boende.

Tabell 6: Behov av permanenta helårsplatser på särskilt boende per år och åldersgrupp 2015-2025, beräknat utifrån antal boendedygn 2015

	65-74	75-84	85+	Totalt	Akkumulerad ökning i antal helårsplatser
2015	12	40	116	168	
2016	12	42	119	173	5
2017	12	43	120	175	7
2018	12	45	123	180	12
2019	12	48	122	182	14
2020	12	50	124	186	18
2021	12	53	124	189	21
2022	12	54	125	191	23
2023	12	56	129	197	29
2024	12	58	133	203	35
2025	12	60	135	207	39

Kommentar: Personer som står i kö till särskilt boende ingår inte i statistiken som prognosen bygger på. Det totala antalet boendedygn per åldersgrupp har dividerats med 365 för att få fram antalet helårsplatser. **Källa:** Data hämtad den 21 november 2016 från verksamhetssystemet Magna Cura och Västra götalandregionen, 2016 b.

Behov av hemtjänst

Enligt Kostnad per brukare beviljades totalt 132 475 hemtjänsttimmar till 443 personer under 2015. Det genomsnittliga antalet timmar per person var därmed 299. En rak framskrivning utifrån prognostiserad befolkningsutveckling skulle innebära att antalet personer 65 år och äldre med hemtjänst skulle uppgå till 511 personer och att antalet hemtjänsttimmar skulle öka till 152 789.⁴

Behov av Trygg hemgång och korttidsvård

I takt med att antalet äldre ökar, vårdtiderna blir kortare, slutenvårdsplatserna blir färre och en större andel äldre får vård- och omsorg i hemmet får kommunala insatser för eftervård och rehabilitering en allt större betydelse. Förslaget om en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård kommer att ställa ytterligare krav på en säker tillgång till korttidsvård och en trygg hemgång. Ett stort och växande antal äldre som får vård- och omsorg i hemmet innebär att korttidsboendet också får en allt viktigare funktion som anhörigstöd.

Socialstyrelsen bedömer att om platserna i särskilt boende och korttidsboende fortsätter att minska finns det en uppenbar risk för att fler äldre inte kommer att få sina behov tillgodosedda. För att möta den demografiska utvecklingen och minskningen av antalet slutenvårdsplatser menar Socialstyrelsen att kommunerna bör överväga att följa och planera beståndet av platser vid korttidsboenden och permanenta särskilda boenden (Socialstyrelsen, 2015, ss. 36-37).

Mot denna bakgrund beräknas antalet personer med behov av Trygg hemgång och korttidsvård att öka under planperioden. En ökning av bemanningen inom Trygg hemgång och av antalet bemannade platser i korttidsboende kommer därför sannolikt att behövas. Utvecklingen av behovet måste följas fortlöpande så att verksamheterna

⁴ KPB:s siffror avser hemtjänsttagare i alla åldrar. Framskrivningen utgår dock från att samtliga hemtjänsttagare var 65 år eller äldre, vilket gör att framskrivningen behäftas med ytterligare osäkerhet utöver de som redovisas i fotnot 2.

snabbt och flexibelt kan anpassas efter behoven. För att motverka onödiga inläggningar och öka möjligheterna för att det skall fungera bra i hemmet är det också viktigt med ett nära samarbete med vårdcentralerna.

Behov av fler anpassade boendeanternativ, s.k. mellanboenden

Det finns i dag efterfrågan på fler boenden för äldre som känner sig otrygga eller ensamma i sitt eget hem men som inte har ett tillräckligt stort omsorgsbehov för att behöva en plats på ett särskilt boende. I en befolkningsenkät som Myndigheten för vårdanalys gjort svarade hälften av de tillfrågade 50-60-åringarna att de skulle föredra att få omsorg i ett "mellanboende" framför att få hemtjänst i det egna hemmet vid en lättare funktionsnedsättning (Myndigheten för vårdanalys, 2015, s. 111).⁵ Också brukarorganisationer i Lysekil uttrycker behov av alternativa boendeformer.

Frågan om vilken effekt ett mellanboende har på äldres funktionsnivå är inte klarlagd. Myndigheten för vårdanalys refererar till studier som har visat att trygghetsboenden och andra mellanboendeformer bidrar till ökad social gemenskap och en minskad oro (Myndigheten för vårdanalys, 2015, s. 65). Det finns förhoppningar om att mellanboenden, genom att underlätta social samvaro, skapa trygghet och göra det lättare att sköta sig själv, kan skjuta fram, eller t.o.m. undvika, en flytt till ett särskilt boende. Mellanboendet skulle då kunna ses som en förebyggande insats för de äldre som känner sig otrygga i sina egna hem (Myndigheten för vårdanalys, 2015, s. 114).

Mot bakgrund av de äldres önskemål och mellanboendenas förebyggande potential rekommenderar Vårdanalys att kommunerna utvecklar och tillhandahåller olika boendeformer, även för äldre med lättare funktionsnedsättningar (Myndigheten för vårdanalys, 2015, s. 12).

En liknande rekommendation gav *Utredningen om bostäder för äldre* i oktober 2015. Utredningen konstaterade att "risken för problem med ensamhet och social isolering kan förväntas fortsätta öka med åldern och med ensamhet följer såväl psykisk som fysisk ohälsa. Det finns därför all anledning att främja och stödja boendeformer som ger möjlighet till vardaglig samvaro och ett meningsfullt sammanhang i boendet." (Utredningen om bostäder för äldre, 2015, s. 14) Utredningen föreslog ett åtgärds paket som bland annat inbegrep fler bostäder med möjlighet till gemenskap för äldre, och ökade möjligheter för seniorer att flytta till och bo kvar i olika former av anpassade boenden. Utredningen underströk också vikten av att socialtjänsten medverkar i samhällsplaneringen och föreslog att ett krav om socialnämndens medverkan i planeringen av bostadsförsörjningen, liknande det som i dag finns i Socialtjänstlagen, skulle skrivas in i Bostadsförsörjningslagen (s. 79).

En översyn av särskilda boendeformer ingår också i uppdraget till den särskilde utredaren för en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. I direktivet konstaterar regeringen att det finns en bristande tillgång på trygghetsboenden på den öppna marknaden, att de inte alltid lever upp till äldres trygghetsbehov och att de inte alltid är

⁵ Ett mellanboende definieras Vårdanalys som "ett boende i en egen lägenhet med trygghetslarm och tillgång till viss gemensam service och gemensamma lokaler. Personal finns tillgänglig i huset under dagtid. Dessutom kan de boende, efter behovsprövning, få hjälp av hemtjänsten" (Myndigheten för vårdanalys, 2015, s. 57).

ett möjligt alternativ för de med sämre ekonomiska resurser. Utredaren ska därför utreda om det finns behov av att komplettera de trygghets- och seniorboenden som i dag erbjuds på den öppna bostadsmarknaden med en ny boendeform för äldre som regleras i socialtjänstlagen (Dir. 2015:72, 2015).

Enligt vårdanalys kostnadsanalyser förväntas en ökad andel mellanboenden ge väsentligt lägre kostnader i hälso- och sjukvården och minskade insatser från närstående år 2025. Däremot skulle det innebära högre kostnader för kommunen på grund av högre kringkostnader, exempelvis tillgången till gemensamma lokaler och bemanning nattetid. Samtidigt konstaterar Utredningen om bostäder för äldre att fler alternativa boendeformer kan frigöra bostäder som eftertraktas av yngre hushåll.

Mellanboenden i Lysekil

Socialförvaltningen hade fram till 31 december 2014 blockhyresavtal med LysekilsBostäder för lägenheter på Skaftö, Järnvägsgatan och i Brodalen. Lägenheterna var anpassade för äldre och låg i vissa fall i så kallade servicehus. Biståndsavdelningen ansvarade för tilldelningen av lägenheterna, men det krävdes inget biståndsbeslut för att få en lägenhet. Nämnden sade upp blockhyresavtalet 2014 och den 1 januari 2015 gick ansvaret för lägenheterna, liksom uthyrningen, över till LysekilsBostäder. I dag hyrs lägenheterna ut som seniorboenden för personer som är 65 år eller äldre. 2012-2013 byggde LysekilsBostäder Slättegården, ett trygghetsboende för 70+ . Det finns även ett trygghetsboende i anslutning till Stångenäshemmet i Brastad som ägs av den kooperativa hyresrättsföreningen. Utöver dessa bostäder finns det lägenheter som är populära hos den äldre åldersgruppen, t.ex. de fyra punkthusen på Drottninggatan. I dag bor det nästan enbart äldre i dessa lägenheter och kötiden är fem år.

Tabell 7: Seniorboenden och trygghetsboenden i Lysekil 2016-12-01

	Antal lägenheter	Hyra	Kö	Ägare
Solrosen, Grundsund. Seniorboende för 65+	10 Planer på att bygga ytterligare 9	4900 kr för en 2:a på 56 kvm	150 personer i kö.	LysekilsBostäder
Gullvivan, Fiskebäckskil. Seniorboende för 65+	9	5725 för en 2:a på 48 kvm.	Ingen kö. 4 tomma lägenheter	Lysekilsbostäder
Järnvägsgatan 6, Lysekil. Seniorboende 65+	22	4790 kr för en 2:a på 53 kvm	1-2 års väntetid	Lysekilsbostäder
Brodalen. Seniorboende 65+	6	5360 kr för en 2:a på 56 kvm	Ingen kö.	Lysekilsbostäder
Slättegården, Järnvägsgatan 8. Trygghetsboende för 70+	33	9000 kr för en 3:a	1-2 års väntetid	Lysekilsbostäder
Bagarvägen 14, Brastad (i anslutning till Stångenäshemmet). Trygghetsboende för 70+	14	6400 kr för en 3:a 80 kvm	Ca 14 personer står i kö. Liten omsättning.	Kooperativa hyresrättsföreningen Lysekils omsorgsbostäder.

Källa: Uppgifter från LysekilsBostäder och Riksbyggen

Äldres önskemål på vård och omsorg

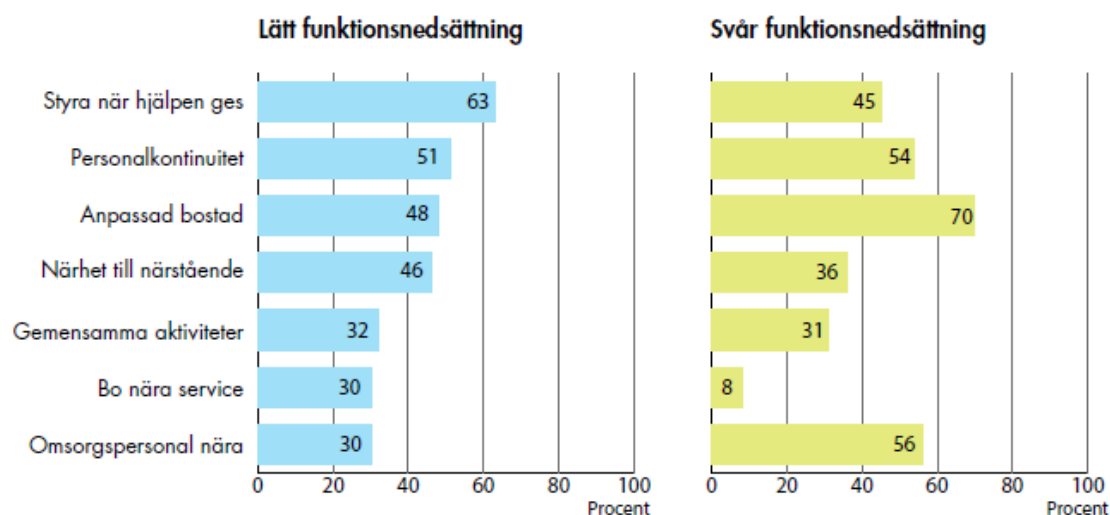
I september 2016 skickade kommunen ut en enkät till alla ordinarie och ersättare i Kommunala pensionärsrådet och Rådet för funktionshinderfrågor. Syftet med enkäten var att samla in brukar- och intresseorganisationers synpunkter, önskemål och förslag till nämndens arbete med en ny vård- och omsorgsplan.

Enkäten besvarades av SKPF (två svar), Aktiva seniorer (två svar), HRF och HSO, Synskadades förening, SPF Seniorerna Gullmaren och Brodalens PRO. För ett enkätsvar saknas uppgift om organisationsnamn. Även två anhöriggrupper har arbetat med enkäten under två möten och inkommit med skriftliga svar.

Organisationernas önskemål från äldreomsorgen handlar framför allt om att de vill ha personalkontinuitet och kompetent personal. Även möjlighet att påverka vård- och omsorgsinsatserna, anpassade boendeanternativ, förebyggande arbete och personalpolitiska insatser efterfrågas. För särskilt boende önskades mer utevistelse. Anhöriga efterlyste också fler sociala och fysiska aktiviteter på särskilt boende.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys genomförde 2015 en enkätstudie där 400 personer i åldern 50-60 år fick ta ställning till två hypotetiska situationer: en där de drabbats av en lätt funktionsnedsättning och en där de istället drabbats av en svår funktionsnedsättning. För varje alternativ fick de ange vilka egenskaper för äldreomsorgen som de ansåg som viktigast. Studien visade att anpassad bostad och personalkontinuitet var bland de tre viktigaste egenskaperna oavsett funktionsnedsättning:

Diagram 5: Egenskaper som bedöms som viktiga i äldreomsorgen beroende på grad av funktionsnedsättning (50-60 år)



Källa: Diagrammet är kopierat med tillstånd från (Myndigheten för vårdanalys, 2015, s. 92)

Utvecklingsområden – Så möter vi framtiden

Att möta den demografiska utvecklingen enbart med en motsvarande utbyggnad av vård- och omsorgsinsatser kommer att innebära en stor ekonomisk utmaning. Planeringen av morgondagens vård- och omsorg måste därför vara inriktad på att förändra bilden genom en bättre hälsa och en mer effektiv verksamhet. Samtidigt måste individens behov och egna resurser vara utgångspunkt för all planering.

För att minska eller skjuta upp behovet av vård och omsorg måste arbetet fokusera på att stärka individernas hälsa och funktionsförmåga. Socialdepartementet och Myndigheten för vårdanalys lyfter i sina rapporter fram förebyggande och rehabiliterande insatser som den kanske viktigaste åtgärden för att begränsa kostnaderna för morgondagens äldreomsorg.

Det förebyggande arbetet är inte ett ensamt ansvar för socialnämnden utan en uppgift som nämnderna måste ta sig an i samverkan. Det förebyggande arbetet kan ta sig många uttryck, från att skapa sociala mötesplatser och fler anpassade boenden, till ett utökat anhörigstöd och användning av tekniska hjälpmedel.

Vi har identifierat åtta utvecklingsområden som syftar till att öka såväl kvaliteten och effektiviteten i vård- och omsorgen som hälsan och funktionsnivån hos befolkningen:

Värdegrundsarbete

Kvalitet i vård och omsorg skapas i stor utsträckning i mötet mellan vård- och omsorgstagaren och personalen. Ett värdegrundsarbete syftar till att säkra att detta möte präglas av de värderingar och förhållningssätt som vi vill ska gälla för äldreomsorgen.

En nationell värdegrund för äldreomsorgen infördes i socialtjänstlagen 2011. Sedan dess har vård- och omsorgsnämnden och individ- och myndighetsnämnden beslutat om lokala värdighetsgarantier och om en lokal värdegrund för äldreomsorgen. Sedan 2012 har Lysekils kommun också en värdegrund baserad på de tre värdeorden öppet, enkelt och värdigt.

Under åren 2011-2013 pågick ett omfattande arbete inom Vård- och omsorgsavdelningen med att införa och tillämpa värdegrunderna och värdighetsgarantierna i verksamheterna, bl.a. genom utbildning av värdegrundsbärare. Den lokala värdegrunden och värdighetsgarantierna trycktes upp som broschyrer i färg.

Värdegrundsarbetet ska vara en ständigt pågående process där de inblandade hela tiden strävar efter att förbättras. Värdegrunderna och värdighetsgarantierna måste kontinuerligt förankras bland brukare, personalgrupper och enhetschefer, och följas upp och utvecklas för att hållas levande och aktuella.

Strategier att fokusera på:

1. Informationsinsatser för brukare och deras anhöriga om att det finns lokala värdighetsgarantier i kommunen och vad brukarna kan förvänta sig av dessa.
2. Information, utbildning och reflekterande dialog med anställda om värdegrunderna och värdighetsgarantierna så att anställda får förutsättningar att konkretisera värdegrund och värdighetsgarantier i handling
3. Uppföljning och utvärdering av hur värdighetsgarantierna fungerar i praktiken. Här är kontinuerlig dialog med brukare, deras anhöriga och anställda, genom t.ex. fokusgrupper, central.
4. Se över vård- och omsorgsverksamheternas presentations- och informationsmaterial så att de lever upp till kraven öppet, enkelt och värdigt
5. Upprätta servicedeklarationer för verksamheterna inom vård och omsorg. Eventuellt kan värdighetsgarantierna ingå i dessa.

Individens resurser och behov i centrum

Alla människor har en inneboende förmåga att definiera sina egna problem, att utveckla handlingsstrategier för att lösa dessa och att göra det bästa av svåra situationer. Vård- och omsorgsinsatser ska ta utgångspunkt i denna förmåga. Det innebär dels att insatserna ska utformas utifrån de behov av stöd och hjälp som individen själv ger uttryck för, dels att vård- och omsorgspersonalen ska arbeta utifrån principen ”hjälp till självhjälp”, där fokus är på att stödja, stärka och mobilisera individens egna förmågor och självständighet. Det finns en risk att vi hjälper till för mycket, det vill säga att personalen av välvilja, och ibland tidspress, hellre gör saker för brukaren än att stödja brukaren till att göra det själv.

Utgångspunkten för vård och omsorgen ska vara att individen själv ska få bestämma över sitt liv så långt som möjligt, och att den enskilde är expert på sin situation och sina behov. Den enskilde måste därför ges mandat och möjlighet att delta och påverka planeringen, genomförandet och uppföljningen av den vård och omsorg han eller hon får. Vidare ska den enskilde, så långt som möjligt, kunna välja när och hur stöd, hjälp och service ska ges (jfr 33 kap. 5 § och 5 kap. 5 § SoL). I dag försöker vård- och omsorgspersonalen i Lysekil att i möjligaste mån anpassa sina tjänster till brukarens önskemål. Brukarnas möjligheter att själva bestämma över sina vardagsrutiner, t.ex. tidpunkt för dusch, läggning och måltider, begränsas ändå i stor utsträckning av faktorer som personaltillgången och scheman. Trenden ser ut att gå mot att de äldre vill lägga sig senare, duscha på kvällstid och äta senare. Ett av de önskemål som framkom i brukarorganisationernas enkätsvar var ökad flexibilitet i de insatser som brukaren får. I dag kan insatserna i biståndsbesluten vara så snävt definierade att de inte ger utrymme för brukarinflytande när det gäller insatsernas innehåll och utformning.

Vård- och omsorgstagare är en heterogen grupp med olika behov och önskemål, vilket ställer krav på flexibilitet och lyhördhet från vår sida. Ett synsätt där självbestämmande, delaktighet och individanpassning står i centrum kräver en vilja att ändra maktrelationen mellan brukaren och professionen.

Strategier att fokusera på

1. Implementera IBIC 2016-2020
2. Tänka nytt och flexibelt när det gäller schemaläggning och anpassa oss till brukarnas behov
3. Samarbete och utbyte mellan hemtjänst och särskilt boende när det gäller vardagsrehabilitering.
4. Regelbunden uppföljning av biståndsbeslut
5. Se över om biståndsbesluten kan utformas på ett sätt som ger ökad flexibilitet för brukaren, utan att det ger avkall på rättssäkerheten
6. Fokusgrupper på särskilt boende i syfte att få kunskap om vad brukarna anser ger god kvalitet och gott liv i boendet.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Ett långt liv ska innehålla så många friska år som möjligt. Befolkningens hälsa och funktionstillstånd har stor betydelse för behovet av vård och omsorg. Genom ett ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande åtgärder kan man stärka det friska och bibehålla funktioner. Därmed förbättras livskvaliteten för den enskilde och samhällets kostnader för vård och omsorg minskar.

De förebyggande och hälsofrämjande insatserna behöver riktas mot de livsvillkor och levnadsvanor som påverkar hälsan. Folkhälsoinstitutet lyfter fram social gemenskap och socialt stöd, meningsfullhet, fysisk aktivitet och goda matvanor som extra viktiga faktorer för ett gott åldrande (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Allt fler äldre bor kvar hemma och många är ensamboende. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelse uppgår 20 procent av äldre med hemtjänst eller särskilt boende i Lysekil att de ofta besväras av ensamhet, vilket är över landsgenomsnittet på 14 respektive 18 procent. Mötesplatser som är lättillgängliga ökar möjligheten till social gemenskap och delaktighet för den enskilde och därmed kan psykisk och fysisk ohälsa förebyggas eller lindras.

Civilsamhället, med pensionärsföreningar och brukar- och anhörigorganisationer, kan många gånger erbjuda aktiviteter och upplevelser som ger meningsfullhet, gemenskap, tillhörighet och glädje. Det är därför viktigt med ett gott och nära samarbete mellan offentlig och frivillig sektor.

Ett strukturerat, validerat arbetssätt där man bedömer risk för fall, malnutrition och trycksår och erbjuder individuella åtgärder kan innebära att hälsa kan främjas och omvårdnadsbehov förebyggas och fördröjas. Med tidig och kvalitetsmässig bra rehabilitering kan långvariga funktionsnedsättningar förebyggas och vård- och omvårdnadsbehov minskas

Strategier att fokusera på

1. Uppsökande hembesök där alla över 80 år informeras om vad kommunen kan göra för att hjälpa dem och deras närstående
2. Fortsatt satsning och utveckling av Trygg hemgång
3. Öka kunskapen om ett rehabiliterande arbetssätt i hemvården. Detta kan ske genom att Trygg hemgång utbildar och handleder hemvårdsgrupperna, samt genom att hemvårdspersonalen medverkar vid Trygg hemgångs uppföljningsmöten hos den enskilde.
4. Stöd och avlastning till anhöriga.
5. Utökad dagverksamhet för personer med demens för att avlasta anhörigvårdare.
6. Ökat samarbete med primärvården om förebyggande arbete
7. Öka förutsättningarna för socialt deltagande i samhällslivet genom främjande av mötesplatser
8. Fokus på att förebygga ensamhet på särskilt boende
9. Vara en aktiv part i kommunens planering av bostadsförsörjningen för äldre

10. Avsätta resurser till att samordna samarbetet med föreningsliv och andra samarbetspartners.
11. Utveckla måltidsmiljön på särskilt boende
12. Medvetandegöra personalen om det hälsofrämjande arbetet

Anhörigstöd

Anhörigomsorg

Med anhörigomsorg avses olika former av hjälpinsatser som ges av anhöriga till personer som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning behöver sådan i sin dagliga livsföring. (Stöd till anhöriga – socialstyrelsens vägledning till kommunerna för tillämnning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen, 2016)

Anhöriga som utför vård- och omsorg är en viktig resurs i samhället. I Sverige vårdar var femte vuxen person en närstående. I Lysekil innebär det att ca 2300 personer vårdar en anhörig. Av dessa anhöriga är 900 000 i yrkesverksam ålder och cirka 100 000 har gått ner i arbetstid eller slutat arbeta – på grund av sitt omsorgsgivande. Kvinnor i åldern 45-64 år är den vanligaste anhörgivårdaren.

Anhörigstöd

Syftet med samhällets stöd till anhöriga är att i ett tidigt skede genom förebyggande och stödjande arbete uppnå en högre livskvalitet för anhöriga och brukaren. Anhörigstödet ska leda till att anhörigas fysiska, psykiska och sociala belastning minskar. Stödet ska underlätta för yrkesverksamma anhöriga att fortsätta arbeta. Anhörigstödet kan vara direkt riktat till den anhöriga eller indirekt via stöd till brukaren som har till syfte att avlasta den anhöriga.

Ansvaret för stöd till anhöriga ser olika ut på olika nivåer i organisationen. På förvaltningsnivå handlar ansvaret om att följa gällande lagstiftning, avsätta tillräckliga resurser och anvisa den personal som behövs för att fullgöra de uppgifter som lagstiftningen anger. Chefer och arbetsledare har ansvar för utveckling av formerna för stödet, uppföljning och samverkan mellan olika verksamheter inom socialtjänsten och med hälso- och sjukvården. Alla som möter anhöriga i sitt dagliga arbete har ansvar att uppmärksamma dem, se deras behov och att ge stöd.

Idag arbetar vi efter ”Riktlinjer för anhörgstödet” som gäller för hela socialförvaltningens verksamhet. Målsättningen är att målmedvetet arbeta för att se anhöriga som en kompetent samarbetspartner och erbjuda anhöriga delaktighet i vård- och omsorgen. Arbeta aktivt för att skapa en anhörgstödjande kultur och att verksamheterna har ett anhörgperspektiv.

Det stöd till familjen och anhöriga som kan bli aktuellt utgår från en helhetsbedömning där man väger samman både brukaren och anhörigas situation. Vad för slags behov av stöd det kan handla om varierar från en situation till en annan, mellan personer och över tid. Forskning och erfarenhet pekar emellertid på att det finns vissa generella behov som många anhöriga har som information och kunskap, praktiskt stöd i vardagen, socialt stöd samt hjälp med samordning av insatser från olika huvudmän.

Hur vi vill ha det

Målgruppen anhöriga har många olika behov. Anhörigstödet ska ha ett systematiskt arbetssätt och präglas mer av individualisering, flexibilitet och kvalitet.

Strategier att fokusera på

1. Utveckla anhörgstödet i form av bistånd och serviceinsatser som är formade efter anhörigas behov, så att det underlättar för yrkesverksamma anhöriga att fortsätta arbeta.

- a) Utveckla skriftligt informationsmaterial. Definition av vad insatsen innebär.
 - b) Arbeta vidare med att erbjuda föreläsning/utbildning efter arbetstid. Prioriterade områden är demens, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och stroke.
 - c) Utveckla insatsen avlösning i hemmet. Skriva rutiner för hur insatsen avlösning i hemmet ska utföras.
 - d) Anordna anhörigträffar efter arbetstid. Prioriterade områden: demens och föräldrar till barn med autismspektrumtillstånd.
 - e) Underlätta samordningen av insatser, t.ex. genom ökad användning av SIP.
2. Arbeta aktivt för att nå anhöriga i ett tidigt skede med förebyggande fokus i samverkan med regionen.
- a) Arbeta aktivt efter samverkansrutinen ”personer med demens och deras anhöriga”.
 - b) Föräldrastöd/anhörigstöd. Informera och sprid kunskap om kommunens anhörigstöd till BUP, BVC, BMM, VC, skolan och Familjens hus.
3. Arbeta vidare med att verksamheten har ett anhörigperspektiv i vård- och omsorgen. Anhörigperspektiv innebär att se, respektera, samarbeta, lyssna och göra anhöriga delaktiga i vård och omsorgen.
- a) Arbeta aktivt med innebörden i ordet anhörigperspektiv inom respektive verksamhet.

Demens

I takt med att livslängden ökar stiger andelen personer med kroniska sjukdomar, såsom demens. Samtidigt sker det forskning och utveckling inom sjukvården som förväntas begränsa demenssjukdomens utveckling. Demenssjukdomar har stor betydelse för behovet av äldreomsorg.

De senaste åren har det gjorts flera satsningar för att höja vård- och omsorgspersonalens kompetens inom demens. Bl.a. har två enhetschefer och tidigare avdelningschef deltagit i EU-projektet *Gränsregional omsorgsfilosofi* där fokus låg på den palliativa omsorgen om demenssjuka. Flera undersköterskor har gått yrkeshögskoleutbildning med inriktning mot demensvård under ett år.

Under året har primärvården och kommunen utarbetat en samverkansrutin för personer med demens och deras anhöriga. Rutinen gäller fr.o.m. januari 2017.

Kommunen erbjuder biståndsbedömd dagverksamhet riktad till personer med demenssjukdom. Dagverksamheten har en viktig funktion då det ger en möjlighet till struktur och social gemenskap. För personer med demenssjukdom bidrar verksamheten till att dagen får ett innehåll med aktiviteter och sysselsättning. Enligt Socialstyrelsen motsvarar kostnaden för en dag i dagverksamhet kostnaden för 1–2 timmar hemtjänst. På dagverksamheten för demenssjuka utövas yoga en gång per vecka. Den är anpassad till personerna på dagverksamheten och fokuserar mycket på balans, att förbättra rörlighet i höfter samt rygg samt styrka och att finna själsligt lugn. Vi har sett att det för deltagarna har stärkt kroppen och motverkat oro.

Dagverksamheten har i dag en viktig funktion som anhörigavlösning. Om dagverksamheten för demenssjuka utökas är det möjligt att behovet av växelvård vid korttidsboende skulle minska. Detta skulle kunna vara till gagn för individen då personer med demenssjukdom kan bli oroliga och försämrade av korttidsvistelse vid en för dem främmande miljö. Därmed skulle också korttidsplatser frigöras till andra former av korttidsvård, såsom vård och återhämtning efter sjukhusvistelse.

Strategier att fokusera på

1. Arbeta med att genomföra Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom
2. Tillämpa evidensbaserade metoder för demensvård
3. Kartlägga kompetensbehovet och bygga upp en struktur för kompetensutveckling i syfte att tillvarata och höja personalens kompetens inom demens.
4. Utredda vilka behov av målgruppsanpassning som ökningen av antalet personer med olika demenssjukdomar för med sig. T.ex. om det finns behov av att inrätta specialenheter för grupper med särskilda behov eller en egen avdelning för korttidsvård av demenssjuka
5. Införa BPSD-registret inom hela verksamheten
6. Utredda möjligheten att starta ett demensteam i hemvården

7. Utredda om det finns behov av en samordningsfunktion, som demenssjuksköterska eller demenssamordnare
8. Stöd och utbildning till anhöriga till demenssjuka (se utvecklingsområde Anhörigstöd)
9. Utveckla insatsen avlösning i hemmet.
10. Utöka omfattningen av dagverksamhet för personer med demenssjukdom och utveckla dagverksamhet för yngre personer med demenssjukdom.

Personalförsörjning och kompetensplanering

En förutsättning för en god vård och omsorg är att det finns välutbildad, motiverad och engagerad personal. En låg personalomsättning ger personalkontinuitet i vård- och omsorgsrelationen.

Mot bakgrund av ett ökat antal äldre, stora förväntade pensionsavgångar och höjda kvalitetskrav på tjänsternas innehåll kommer tillgången på kvalificerad personal att behöva stå i fokus för vård- och omsorgsverksamheten. Enligt Socialdepartementets beräkningar väntas personalbehovet öka 2010–2050 med 24-28 procent inom hälso- och sjukvård och med 67-76 procent inom äldreomsorgen (Socialdepartementet, 2010, s. 23). Det kommer att råda brist på undersköterskor och vi ser att det blir allt svårare att locka unga till undersköterskeyrket. Samtidigt finns det en stor potential i de vikarier som vill stanna kvar i verksamheten och utbilda sig till undersköterskor. Andra yrkesgrupper som vi har haft svårt att rekrytera är sjuksköterskor, enhetschefer och fysioterapeuter.

Vi behöver utveckla strategier för att rekrytera och behålla välutbildad personal. Det handlar bl.a. om att erbjuda en god arbetsmiljö, trygga anställningsvillkor, bra löner, introduktion, handledning, kontinuerlig kompetensutveckling och en jämställd och jämlik arbetsplats. Detta kan i sin tur ge höjd yrkesstatus, ökad trivsel och ökad frisknärvaro.

Strategier att fokusera på:

1. Ta fram en kompetensförsörjningsplan, som grundar sig i en kompetenskartläggning, för alla yrkeskategorier inom vård- och omsorg.
2. All tillsvidareanställd personal inom vård- och omsorg ska ha som lägst vård- och omsorgsutbildning eller liknande.
3. Tillvarata och utveckla kompetensen hos medarbetarna. Använda oss av webbutbildningar där det är möjligt.
4. Satsning på valideringsutbildning
5. Vidareföra försöket med unga servicearbetare sommaren 2016 till andra skollov.
6. Inrätta tjänster som stödpedagoger till verksamheterna
7. Ett fortsatt arbete med ökad sysselsättningsgrad.

Samverkan

Minskade antal vårdplatser på sjukhus, kortare vårdtid och minskade antal platser på vård- och omsorgsboende i kommunen innebär att en större del och mer avancerad hälso- och sjukvård i dag bedrivs i den egna bostaden. I takt med att antalet äldre ökar, ökar också antalet brukare med komplexa och sammansatta behov av vård, omsorg och rehabilitering. För att underlätta för vårdtagaren är samverkan mellan olika verksamheter, förvaltningar och huvudmän avgörande. Även den planerade nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ställer ökade krav på effektiv samverkan mellan olika professioner och vårdgivare.

Samverkan är viktig på övergripande nivå, i planering av vård- och omsorg samt i utförandet för den enskilde. För att uppnå en god samverkan behövs en organisation där roller och ansvarsfördelning mellan de olika grupperna är tydliga.

Frivilligt socialt arbete har under senare år uppmärksamrats och olika samarbetsformer har utvecklats mellan kommuner och frivilligorganisationer. Frivilligorganisationer bedriver ofta arbete riktat mot äldre, såsom besökstjänster.

Hur vi vill ha det

För att möta hela människans behov ska vi ha ett gränsöverskridande tvärprofessionellt samarbete, där vi arbetar på tvärs av enheter, avdelningar, förvaltningar och externa aktörer, såsom vårdgivare.

Strategier att fokusera på:

1. Utarbeta och uppdatera rutiner för samverkan och för teamarbete.
2. Utarbeta rutiner för att alla med behov ska erbjudas samordnad individuell plan (SIP)
3. Ökad samverkan internt i samband med vård- och omsorgsövergångar inom kommunen
4. Regelbundna samverkansmöten mellan primärvård och kommunens hälso- och sjukvårdsenhet, Närsjukvårdsgruppen.
5. Utveckla former för samordnad vård- och omsorgsplanering vid byte av vårdgivare.
6. Avsätta resurser till att samordna samarbetet med föreningsliv och andra samarbetspartners

Välfärdsteknologi

Det sker en snabb utveckling inom välfärdsteknologin som kan bidra till ökad trygghet, säkerhet och delaktighet i samhället. Välfärdsteknologin kan stärka äldre personer till ett självständigare liv och bidra till bättre resursutnyttjande och kvalitet inom välfärdssektorn samt vara samhällsekonomiskt lönsamt.

e-Hälsa syftar till att ge individen möjlighet till tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. Det finns en nationell strategi för e-hälsa för att stödja, engagera och motivera medborgarna samt ge stöd till verksamheter och personal. Exempel på e-hälsa är Nationell patientöversikt (NPÖ), mobil dokumentation och säkra behörighetssystem.

e-tjänster i socialtjänsten innebär elektroniskt förmedlade och interaktiva tjänster i olika former. E-tjänsterna kan röra ansökan, råd och stöd, kommunikation eller teknik i hemmet. Exempel på teknik i hemmet är digitala trygghetslarm, trygghetstillsyn på natten med kamera, bildkommunikation via TV eller lättanvända hjälpmedel för att stödja kvarboende.

Strategier att fokusera på

1. Tillhandahålla lättillgänglig teknik för personal
2. Informera äldre och deras anhöriga om ny digital teknik och motivera till användning
3. Införa e-tjänster till medborgarna t.ex. i form av fjärrtillsyn, SMS/chattkommunikation med brukare, bildkommunikation och digitalansökan via webben
4. Fortsatt användning av Nationell patientöversikt (NPÖ). Ge tillgång till NPÖ i plattor och i smartphones som applikation.
5. Införa läsplattor med tillgång till dokumentationssystem för all personal som arbetar ute i brukares hem och på säbo.
6. Telemedicin. Skype i plattorna så att man kan skypa med läkare på mottagningen/sjukhuset/vårdcentralen vid uppföljningar för en effektivare verksamhet både i kommun och region. I samverkan med primärvård?
7. Möjliggöra tillgång till fibernät för boende

Referenser

- Dir. 2015:72. (2015). *Kommittédirektiv. Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Holmqvist, A., & Lagerblad, L. (2016). *Kostnad per brukare Lysekils kommun utfall 2015*. Ensolution. Myndigheten för vårdanalys. (2015). *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Rapport 2015:8*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Socialdepartementet. (1998). *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Regeringens proposition 1997/98:113*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet. (2010). *Den ljusnande framtid är vård. Delrapport från LEV-projektet*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2014). *Nationell utvärdering - Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2015). *Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Primärvård och korttidsboende - vad behöver förändras?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (den 10 08 2016). *Socialstyrelsen, statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2015. Tabell 8. Antal personer i särskilt boende den 31 oktober 2015. Fördelat på åldersgrupp, kön och kommun*. Hämtat från Socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2016-4-23-Tabeller.xls>
- Socialstyrelsen. (den 01 12 2016). *Äldres psykiska hälsa*. Hämtat från Kunskapsguiden:
<http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Aldrespsykiskahalsa/Sidor/default.aspx>
- Socialutskottet. (1998). *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (1997/98:SoU24)*. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009). *Det är aldrig för sent! Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statistiska centralbyrån. (2015). *Sveriges framtida befolkning 2015–2060*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Statistiska centralbyrån. (den 21 november 2016). *Folkmängden den 1 november efter region, ålder och kön, år 2002 - 2015*. Hämtat från Statistiska centralbyråns statistikdatabas:
<http://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/21311>
- Statistiska centralbyrån. (den 08 08 2016). *Sveriges befolkning, kommunala jämförelsetal, 31 december 2015*. Hämtat från SCB: http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Helarsstatistik---Kommun-lan-och-riket/399348/
- Utredningen om bostäder för äldre. (2015). *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer. (SOU 2015:85)*. Näringsdepartementet: Stockholm.
- Västra götalandregionen. (den 10 08 2016 a). *Västra götalandregionens statistikdatabas, Folkmängd efter tid, region, kön och ålder*. Hämtat från Västra Götalandsregionen:
http://pxwebb2014.vgregion.se/pxweb/pxweb/sv/Befolkning/Befolkning__Befolkning/befolkning.px/?rxid=4adde061-1470-436d-92b5-bb287636d5ee
- Västra götalandregionen. (den 06 07 2016 b). *Befolkningsprognos 2016-2025 kommuner med basår 2015 efter region, tid, kön och ålder*. Hämtat från Statistikdatabas:
http://pxwebb2014.vgregion.se/pxweb/pxweb/sv/Befolkningsprognos/-/befolkningsprognos2016_2025_kom.px/table/tableViewLayout1/?rxid=4adde061-1470-436d-92b5-bb287636d5ee



Postadress: **453 80 LYSEKIL**
Tel: **0523-61 30 00**
Webbplats: **lysekil.se**

Besöksadress **Stadshuset, Kungsgatan 44**
E-post [**registrator@lysekil.se**](mailto:registrator@lysekil.se)

Tänk på miljön innan du skriver ut