

<b>Styrdokument</b>
Dokumenttyp: Strategi
Beslutat av: Kommunfullmäktige
Fastställsedatum: 13 juni 2022
Ansvarig: Socialchef
Revideras: 2031
Följas upp: 2027

# Strategi för äldreomsorgen 2022-2031

Dnr: SN.2020.99  
2022-04-21



Figur 1 Dekorationsbild. Ett äldre par som är ute och går i naturen under en höstdag.

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	4
1.1	Syfte och metod .....	4
2	Vad styr socialnämndens ansvar för vård och omsorg? .....	5
2.1	Lagar och föreskrifter .....	6
2.1.1	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) .....	6
2.1.2	Socialtjänst inom vård och omsorg .....	6
2.1.3	Hälso- och sjukvård.....	7
2.1.4	Andra lagar och föreskrifter.....	7
2.2	Självbestämmande och integritet.....	8
2.2.1	God man, förvaltare.....	8
2.3	Nationell värdegrund för äldreomsorgen.....	9
2.4	Nationella strategier, riktlinjer och mål .....	9
2.5	Nationella strategier, riktlinjer och mål .....	10
2.5.1	Regional strategi Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län.....	10
2.6	Överenskommelser och avtal .....	10
2.7	Lokala styrdokument.....	10
2.7.1	Planeringsdokument.....	10
2.7.2	Riktlinjer för handläggning inom socialtjänstlagen .....	11
2.7.3	Lednings- och styrdokument.....	12
3	Kommunens grunduppdrag .....	12
4	Viktiga påverkansfaktorer .....	14
4.1	Nära vård.....	14
4.2	Hållbar socialtjänst.....	15
4.3	Kompetensförsörjning .....	17
4.4	Välfärdsteknik och digitalisering.....	18
4.4.1	Digitalt utanförskap.....	18
4.5	Folkhälsoutveckling.....	19
4.6	Befolkningsprognos.....	20
4.7	Befolkningsstruktur.....	22
5	Äldres förutsättningar för god hälsa.....	24
5.1	Fysisk aktivitet.....	24
5.2	Fallolyckor.....	24

5.3	Psykisk hälsa .....	25
5.4	Demens .....	25
5.5	Mat för äldre .....	26
5.6	Munhälsa.....	26
5.7	Våld mot äldre .....	27
5.8	Risk för brand .....	28
5.9	Läkemedel.....	28
5.10	Palliativ vård.....	29
6	Äldreomsorg i Gislaveds kommun .....	31
6.1	Biståndshandläggning .....	31
6.2	Individens behov i centrum – IBIC.....	31
6.3	Hjälp i hemmet .....	32
6.4	Dagverksamhet.....	32
6.5	Stöd till närstående.....	32
6.6	Boendeformer.....	32
6.6.1	Planering av boende för äldre.....	34
6.7	Träffpunkter .....	34
6.8	Restauranger .....	34
6.9	Aktivering på vård- och omsorgsboende.....	34
6.10	Kommunal hälso- och sjukvård.....	34
6.11	Omhändertagande av avlidna.....	35
7	Framtida målgrupper, behov och utmaningar .....	35
8	Strategiska utvecklingsområden .....	36
8.1	Förebyggande och hälsofrämjande arbete .....	36
8.2	Delaktighet och inflytande.....	37
8.3	Omsorg, stöd och hjälp .....	37
8.4	Äldres boende.....	39
8.5	Kompetensförsörjning .....	40
8.6	Välfärdsteknik.....	40
8.7	Samverkan.....	41
8.8	Kvalitetsarbete och resultatuppföljning.....	42
9	Slutsats .....	43
	Referenser.....	44
	Bilaga I .....	47
9.1	Exempel på olika skeden i ett biståndsärende.....	47

# I Inledning

Socialnämnden i Gislaveds kommun fattade den 8 september 2020 ett beslut om att uppdra socialförvaltningen att arbeta fram en långsiktig strategi för äldreomsorgen med revidering efter fem år.

Äldreomsorgen utgör en stor del av den kommunala välfärden och socialnämndens grunduppdrag. Äldreomsorgen berör kommuninvånarna på olika sätt, vid behov av vård och omsorg, eller som anhöriga och närstående eller som medarbetare inom kommunens olika verksamheter.

Vi lever allt längre och blir allt äldre, vilket ställer Gislaveds kommun inför utmaningar såsom att kunna erbjuda stöd och hjälp till fler samtidigt som prognoser visar på att andelen personer i arbetsför ålder minskar.

Under de kommande åren krävs därför analyser, breda diskussioner, strategiska beslut, planering och åtgärder för att möta utvecklingen på bästa sätt. Äldreomsorgen behöver ge insatser av hög kvalitet som gör att äldre i Gislaveds kommun ska kunna leva ett tryggt och värdigt liv.

I Sverige definieras personer över 65 år som äldre. Inom definitionen äldre görs ibland ytterligare uppdelningar. Där 65-74 år ofta brukar omnämnas yngre äldre, 75-84 år som äldre äldre och de som är 85 år och äldre som de allra äldsta.

Gruppen äldre är en heterogen grupp, och tiden mellan 65 år och livstiden ut ska förhoppningsvis bestå av många goda år. Det råder stora skillnader i förutsättningar för äldre till exempel avseende funktionsförmåga, levnadsvanor, livsvillkor och förekomst av sjukdom. Detta gör att det är viktigt att inte se den äldre befolkningen som en homogen grupp utan en grupp med olika individer med olika förutsättningar och behov.

## I.1 Syfte och metod

Syftet med strategi för äldreomsorgen är att den ska vara ett verktyg för att kunna planera, organisera och kartlägga framtida behov av äldreomsorg i kommunen. Den är tänkt att vara ett strategiskt dokument på lång sikt. Därför kommer den rikta in sig på utvecklingsområden som socialnämnden ser som viktiga att arbeta med, snarare än konkreta mål.

Strategier att arbeta vidare med i socialförvaltningen har valts ut för dessa utvecklingsområden. Arbetet med att konkretisera dessa strategier kommer socialnämnden och socialförvaltningen integrera i det redan befintliga planeringsarbetet som sker årsvis inom kommunen. Detta arbetssätt presenteras mer under rubriken lokala styrdokument. För varje år kan socialnämnden välja vilka av dessa strategier som ska prioriteras extra

och ta fram konkreta mål och uppdrag för den kommande planeringsperioden. På så sätt blir strategi för äldreomsorgen en del i det fortsatta arbetet med att planera, utveckla och följa upp verksamheten som bedrivs.

Flera av strategierna som är med i detta dokument är arbeten som redan pågår i verksamheterna i olika grad. En återkoppling av hur dessa områden utvecklas kan fås i de redan befintliga processerna, som exempelvis i framtagandet av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

I beslutet av socialnämnden att ta fram en strategi för äldreomsorgen står det också att den ska revideras efter fem år. Då ska utvecklingsområdena tas ställning till igen för att se om de fortfarande är aktuella utifrån rådande förutsättningar.

Arbetet med strategin har genomförts i dialog med det kommunala pensionärsrådet för sociala frågor, det kommunala rådet för sociala funktionshinderfrågor samt med socialnämndens ledamöter. Det har även genomförts en medborgardialog genom en enkät som alla invånare har haft möjlighet att besvara. De flesta frågorna handlade om vad invånarna anser är viktigt för dem rörande framtidens äldreomsorg. Ett fullständigt resultat av enkäten kommer inte att bifogas i denna strategi. Resultatet av enkäten arbetas med inom flera olika områden och uppdrag, och kommer därför att ligga avskilt från strategin. Stora delar av resultatet i enkäten har legat till grund för de strategiska utvecklingsområdena och dess strategier i detta dokument.

## 2 Vad styr socialnämndens ansvar för vård och omsorg?

Vård och omsorg regleras och styrs av flera olika lagstiftningar, föreskrifter och andra styrande dokument både på nationell, regional och på lokal nivå.

Vård och omsorg är för personer oavsett ålder som har någon form av behov av hjälp och stöd i sin dagliga livsföring utifrån socialtjänstlagen som inte kan tillgodoses utifrån andra lagstiftningar som exempelvis lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Vård och omsorg omfattar även kommunens ansvar för medicinska och rehabiliterande insatser. Dessa insatser styrs av hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Socialnämndens grunduppdrag riktar sig till alla åldersgrupper, det är inte ålder utan individens hälsostatus och behov som avgör vilka insatser inom vård och omsorg som individen behöver stöd och hjälp med.

Strategi för äldreomsorgen vänder sig i första hand till den äldre målgruppen inom vård och omsorg då de utgör den största andelen i målgruppen för vård och omsorg. Fortsatt i detta dokument kommer

begreppen äldreomsorg eller vård och omsorg användas synonymt för den här målgruppen.

## 2.1 Lagar och föreskrifter

Vård och omsorg inom äldreomsorg regleras genom flera olika lagstiftningar och föreskrifter. Här presenteras de lagstiftningar och föreskrifter som i första hand styr vård och omsorg.

### 2.1.1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

SOSFS 2011:9 anger hur verksamheter, som bland andra omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (HSL), socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), systematiskt och fortlöpande ska arbeta med för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Föreskrifterna anger att verksamheter ska ha ett ledningssystem för processer, rutiner och samverkan samt för ständigt förbättringsarbete avseende riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, förbättrande åtgärder i verksamheten och förbättring av processer och rutiner. Vidare reglerar SOSFS 2011:9 att personalen ska medverka i kvalitetsarbete samt att verksamheterna ska dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

### 2.1.2 Socialtjänst inom vård och omsorg

*Socialtjänstlagen (2001:453), (SoL)* är en ramlag som till stora delar är utformad som en rättighetslagstiftning för individen.

Personer som behöver stöd i sin dagliga livsföring kan ansöka om bistånd hos kommunen enligt SoL. De insatser som individen beviljas syftar till att stärka individens möjligheter att leva ett självständigt liv. Exempel på insatser som kan beviljas individen är olika former av stöd och hjälp i hemmet samt särskilt boende. Socialtjänstlagen reglerar att omsorg om personer ska inriktas på att individen får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Enligt SoL ska socialnämnden verka för att personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Det är individens behov som avgör om bistånd ska beviljas och hur det ska utformas. Det innebär att det inte finns några begränsningar i SoL om vad individen kan ansöka bistånd om. Den som uppfyller vissa kriterier har rätt till bistånd. Kommunens skyldigheter fräntar dock inte individen hans eget ansvar att klara sin försörjning och livsföring i övrigt. Begreppet livsföring i övrigt sammanfattar en lång rad olika behov av hjälp och stöd, service, behandling, vård och omsorg.

De insatser som kan beviljas definieras som serviceinsatser eller omvårdnadsinsatser. Serviceinsatserna kan till exempel vara praktisk hjälp med skötsel av hemmet som städning och tvätt, hjälp med inköp och att utträta ärenden, hjälp med att laga mat eller distribution av färdiglagad mat. Omvårdnadsinsatser kan till exempel vara hjälp för att kunna äta och dricka, klä sig och förflytta sig och sköta personlig hygien. Det kan också vara insatser som behövs för att bryta isolering eller för att individen ska känna sig trygg och säker i sitt eget hem.

De beviljade insatserna ska bidra till att individen ska få en skälig levnadsnivå. Skälig levnadsnivå ger uttryck för vissa minimikrav vad gäller kvaliteten på den beviljade insatsen, det ger dock inte individen någon obegränsad frihet att välja tjänster oberoende av kostnad. Vad som är skälig levnadsnivå måste bestämmas utifrån de särskilda omständigheterna i varje enskilt fall, det vill säga den enskildes individuella behov. Vad som kan anses innefattas i begreppet skälig levnadsnivå definieras även fortlöpande i prejudicerande domar.

Det finns regler för att garantera individens rättssäkerhet. Avsikten med reglerna är att individen kan få sin sak prövad och avgjord av annan opartisk rättsinstans.

### 2.1.3 Hälsa- och sjukvård

*Hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL)* är en ramlag och innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän.

Målet med hälso- och sjukvård 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.

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

*Patientlagen (2014:821)* syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

*Patientsäkerhetslagen (2010:659)* syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet.

### 2.1.4 Andra lagar och föreskrifter

Det finns många olika lagar och föreskrifter som också påverkar socialnämndens grunduppdrag. Vissa lagar som socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen, samt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om

ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) styr vad socialnämnden måste göra för att möta sina målgruppers behov.

Gislaveds kommun är ett finskt förvaltningsområde, vilket innebär att verksamheterna måste erbjuda omsorg, stöd och hjälp på finska till individer som identifierar sig som finländare.

Även andra minoritetsspråk som innefattas av lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk måste tas hänsyn till i vården och omsorgen som ges. Att kunna möta individer med olika modersmål i verksamheterna kommer att bli än viktigare i framtiden utifrån invandring som har skett eller som kommer att ske i framtiden.

Lagar som offentlighets- och sekretesslagen (OSL), kommunallagen (KL), förvaltningslagen (FL), EU:s dataskyddsförordning (GDPR), arbetsmiljölagen (AML), är andra exempel på lagar som påverkar hur uppdraget kan utföras. Verksamheterna måste anpassa sitt arbetssätt så att det lever upp till dessa lagar, vilket gör att vissa processer måste följa en viss gång för att uppfylla alla krav.

## **2.2 Självbestämmande och integritet**

Den enskildes rätt till integritet och självbestämmande är en mänsklig rättighet som är skyddad i grundlagen.

Vid funktionsnedsättning eller sjukdom, som exempelvis demenssjukdom eller annan sjukdom, kan förmågan till och individens möjlighet att fatta beslut bli påverkad. Man kan ha svårigheter att ta till sig information eller förstå konsekvenser av sina handlingar.

Grunden för all vård och omsorg är att den ska vara frivillig och att individen samtycker. Anhörig kan inte samtycka för en närståendes räkning när det gäller vård och omsorg. Detta trots att individen själv kanske inte har full insikt om sin situation.

### **2.2.1 God man, förvaltare**

När en individ som på grund av sjukdom, psykisk funktionsnedsättning, försvagat hälsotillstånd eller liknande, inte har förmågan att ta hand om sin ekonomi, bevaka sina rättigheter i samhället eller ta hand om sina personliga angelägenheter. Kan dessa behov tillgodosedds genom att en god man eller förvaltare utses. En god man eller förvaltare kan dock inte samtycka till vård och omsorg mot den enskildes vilja.

Personal som möter individer med god man eller förvaltare bör ha kunskap om vilket uppdrag som dessa funktioner innehar gentemot den enskilde.



## 2.3 Nationell värdegrund för äldreomsorgen

Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen utgår från socialtjänstlagen (SoL). Värdegrunden handlar om att äldre ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. I SoL finns en bestämmelse om en nationell värdegrund för äldreomsorg och som ska tydliggöra äldre personers möjligheter till inflytande i hur beviljade insatser ska genomföras.

Syftet med en värdegrund är att belysa vilka etiska värden och normer som ska ligga till grund för en verksamhet. Värdegrunden ska ge stöd till medarbetare i deras dagliga arbete genom att tydliggöra värderingar och ett etiskt förhållningssätt i handlingar och tankar.

Värden och omsorgen bör bidra till att individen känner trygghet och meningsfullhet. Insatserna ska vara av god kvalitet och så att individen får ett gott bemötande.

## 2.4 Nationella strategier, riktlinjer och mål

Nationellt finns olika strategier, riktlinjer och mål som ska belysa vissa prioriterade områden inom vård och omsorg.

Socialstyrelsen har en rad olika nationella riktlinjer som syftar till att ge stöd vid prioriteringar och ge vägledning om vilka metoder och behandlingar som olika områden inom vård och omsorg bör satsa resurser på.

Med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna tar socialstyrelsen fram målnivåer och utvärderingar för att kunna följa utvecklingen och kvaliteten inom vård och omsorg.

De nationella riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare och de professioner som arbetar inom det aktuella området.

Likt lagar och föreskrifter är nationella riktlinjer ett krav att följa för socialnämnden och dess berörda verksamheter.

Några av dessa nationella riktlinjer är särskilt viktiga för kommunal vård och omsorg. Utöver de riktlinjer som tas upp nedan finns även andra riktlinjer som berör den kommunala vården och omsorgen till viss del, exempelvis nationella riktlinjer för vård vid stroke och nationella riktlinjer för diabetesvård.

### Demens

Inom området demens finns både en nationell strategi och nationella riktlinjer.

Den nationella strategin för omsorg om personer med demenssjukdom pekar ut sju prioriterade förbättringsområden; *samverkan mellan sjukvård och socialtjänst; personal; kunskap och kompetens; uppföljning och utvärdering; anhöriga och närstående; samhälle; digitalisering och välfärdsteknik*. Strategin ska följas upp under 2022.

De nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom innehåller rekommendationer om utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbete, stödinsatser, läkemedelsbehandling och utbildning.

#### *Palliativ vård*

Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede innehåller vägledning, termer, definitioner och indikatorer samt rekommendationer för samverkan, utbildning, handledning, kommunikation och smärtskattning.

Inom området finns också ett nationellt vårdprogram som beskriver både grundläggande förutsättningar för god palliativ vård och specifika behandlingar. Det beskriver också skillnader i livets slutskede beroende på vilken sjukdom patienten har.

## **2.5 Nationella strategier, riktlinjer och mål**

### **2.5.1 Regional strategi Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län**

Region Jönköpings län har en strategi med tillhörande handlingsplan kring jämlik hälsa, som avser 2016-2025. Strategin syftar till att integrera jämlik hälsa i politiska och verksamhetsnära beslut, stärka samverkan med olika aktörer i länet, kompetensutveckling i folkhälsoarbetet samt riktade insatser till vissa grupper för att skapa förutsättningar för ett bra liv.

Strategin är framtagen av regionen i samverkan med länets kommuner, representanter för civilsamhället och andra aktörer i länet.

## **2.6 Överenskommelser och avtal**

Kommunen har överenskommelser och avtal med andra organisationer och aktörer, som exempelvis Region Jönköpings län. Dessa överenskommelser och avtal har ett uttalat syfte som följs upp och utvärderas med regelbundenhet.

## **2.7 Lokala styrdokument**

Kommunen tillämpar en styrmodell som bygger på tillitsbaserad styrning. Inom styrmodellen finns ett antal styrande dokument som ligger till grund för respektive nämnds grunduppdrag.

### **2.7.1 Planeringsdokument**

I Gislaveds kommuns planeringsprocess ingår det tre olika typer av planeringsdokument som nämnden fattar beslut om. Dessa benämns nämndplan, utblick och planeringsdirektiv.

*Nämndplanen* tas fram i början på varje mandatperiod. Den ska peka ut den riktning som nämndens politiker vill att verksamheterna ska förflytta sig mot under mandatperioden. Detta dokument gäller därför för fyra år framöver efter att det har antagits av nämnden. Socialnämnden fattade beslut om att ta fram en strategi för äldreomsorgen då politikerna såg att det fanns ett behov av att planera än mer långsiktigt för att kunna hantera de utmaningar som finns i vård- och omsorgsuppdraget. Både detta dokument och nämndplanen är strategiska dokument som hålls på en övergripande nivå.

För att få verkstad i det som står i strategi för äldreomsorgen och i nämndplanen finns det möjlighet att konkretisera innehållet och göra prioriteringar i det *planeringsdirektiv* som tas fram varje år. Planeringsdirektivet beslutas av nämnderna i december. I det dokumentet talar nämnden om för förvaltningen vilka mål och uppdrag de vill att förvaltningen arbetar med under kommande år. I dokumentet beslutar nämnden också om vilka kvalitetsfaktorer de vill följa upp under året, samt vilken ekonomisk fördelning de olika verksamhetsområdena får för att utföra sitt grunduppdrag. Målen och uppdragen ska kunna gå att nå och genomföra med de tilldelade resurserna som verksamheten får.

*Utblicken* är ett dokument där nämnden beskriver sina förutsättningar inför kommande år, som grund till kommande budgettilldelning från kommunfullmäktige. I det dokumentet redovisas förutsättningar utifrån rubriker som exempelvis omvärldsbevakning, befolkningsutveckling, förändringar i lagkrav och framtida utmaningar samt utvecklingsmöjligheter. Vad verksamheterna behöver för att kunna arbeta med dessa strategier behöver preciseras i detta dokument, för att kunna få rätt ekonomiska förutsättningar att göra det.

## 2.7.2 Riktlinjer för handläggning inom socialtjänstlagen

Riktlinjerna beskriver hur socialnämnden inom ramen för sitt uppdrag enligt SoL verkar för att människor med hjälpbehov ska få möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Riktlinjerna är en vägledning – i varje ärende ska det ske en individuell behovsprövning. Alla beslut ska prövas mot gällande lagar, förordningar, rättspraxis, förarbeten till lagstiftning eller bindande föreskrifter från Socialstyrelsen.

Syftet med riktlinjerna är:

- Att vara ett stöd för biståndshandläggarna vid deras individuella biståndsbedömningar, utredningar och beslut.
- Att beskriva vilka kriterier som generellt gäller för att en person ska beviljas bistånd.

- Att klargöra hur SoL ska tillämpas i Gislaved kommun. Detta förutsätter att även utförare är väl införstådda med vägledningen.
- Att säkerställa likartad service och omvårdnad, det vill säga, att biståndsbeslutet fattas enligt samma bedömningsgrunder för personer med likartade behov.

### 2.7.3 Lednings- och styrdokument

Alla verksamheter som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst eller verksamheter enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är skyldiga att ha ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Detta regleras enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

En del i det systematiska kvalitetsarbetet är att upprätta rutiner, riktlinjer och policys som reglerar och vägleder medarbetare i det dagliga arbetet.

Socialförvaltningens ledningssystem heter Kvalitetsfabriken, som är en digital plattform där alla medarbetare kan hitta beslutade rutiner och annan information som behövs för att hålla hög kvalitet i arbetet.

## 3 Kommunens grunduppdrag

Kommunens grunduppdrag utgörs av lagar och regler för vad en kommun ska erbjuda för stöd och service till sina kommuninvånare. Kommunen kan även välja att erbjuda mer än det som är reglerat enligt lag, för att vara en attraktiv plats att bo och verka i, eller för att försöka motverka större behov i framtiden. Exempelvis kan förebyggande verksamhet erbjudas för att försöka förbättra folkhälsan. Förebyggande verksamhet för exempelvis äldre är inte tvingande för en kommun att erbjuda enligt socialtjänstlagen, men genom att förbättra folkhälsan kan behovet av insatser minska i framtiden.

I detta dokument är strategier framtagna och prioriterade för att ge Gislaveds kommuns äldre befolkning goda förutsättningar att leva ett bra liv, både utifrån lagstiftning men också utifrån vad nämnden anser är viktigt att arbeta med utöver det som lagen kräver.

Det lagstadgade uppdraget måste utföras av kommunen, det är inget de lokala politikerna eller tjänstepersonerna i socialförvaltningen behöver ta ställning till i sina styrande dokument. Det enda socialnämnden behöver göra är att säkerställa sitt tillsynsansvar. Vad som ska göras utöver det som är lagstadgat beslutar socialnämnden om. Hur det ska utföras i verksamheterna är det socialförvaltningens tjänstepersoner som ansvarar för.

Strategierna är också framtagna och prioriterade för att försöka utveckla äldreomsorgen utifrån olika perspektiv. Vissa strategier syftar till att försöka möta den förväntning, eller behov som finns hos kommuninvånarna idag. Andra är nödvändiga för att kunna lösa grunduppdraget med de resurser som finns att tillgå, och vissa syftar till att försöka minska behoven på sikt.

I kommunallagen står det att kommunen måste tillämpa likställighetsprincipen, som innebär att alla kommuninvånare ska behandlas lika. Socialtjänstlagen ger dock utrymme att göra undantag ifrån detta för att ge det stöd som varje individ behöver. För att alla kommuninvånare ska ha en skälig levnadsnivå behövs olika stöd för olika individer. Det är alltid individens behov som styr vilket stöd som kommunen är skyldig att bistå med. Personer med olika behov får olika stöd, för att de ska hamna på en mer jämlik levnadsnivå. Vissa har rätt till mer, och vissa har rätt till mindre.



Figur 2: Bild från Folkhälsomyndigheten, 2021 som visar tre personer som försöker se en fotbollsmatch över ett staket. En person är lång, en är kort, och en sitter i rullstol. I det ena exemplet har alla var sitt lika stort trappsteg att stå på. Det är bara den långa som ser över staketet. I det andra exemplet har den långa inget trappsteg då hen ser över ändå, den korta har ett dubbelt så högt trappsteg, så hen ser över. Personen i rullstol har en högre kloss med tillhörande ramp så att hen också kommer upp och ser.

Varje individ ska få hjälp och stöd utifrån sina behov. Detta är grunden i arbetssättet individens behov i centrum (IBIC). Arbetssättet IBIC förklaras under rubriken Äldreomsorgen i Gislaveds kommun.

## 4 Viktiga påverkansfaktorer

En stor påverkansfaktor på socialnämndens verksamheter är nationella satsningar och strategier. Detta kan exempelvis vara i form av statsbidrag, gemensamma riktlinjer eller kunskapsstöd. Verksamheterna kan använda dessa för att försöka utveckla arbetet på olika sätt. Nationella satsningar brukar följa samhällsutvecklingen och försöka möta upp de behov som ses. Det kan också vara politiska prioriteringar som införlivas. Det är viktigt att verksamheterna omvärldsbevakar kring vilka satsningar som görs nationellt för att kunna ta del av det, och på så sätt få en hjälp i utvecklingen.

### 4.1 Nära vård

Utvecklingen inom vården går mot att färre resurser ska kunna räcka till fler som behöver hjälp. För att möta detta är Nära vård ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Nära vård innebär en förskjutning av vården närmare individen. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta. För att lösa detta måste hela samhället bidra genom att arbeta mer förebyggande, samarbeta över gränser och utgå ifrån varje individs behov.



Figur 3: Dekorationsbild som visar vad nära vård innefattar. Exempelvis primärvård, elevhälsa, civilsamhället och statliga myndigheter. Sveriges kommuner och regioner, 2021

Genom att skapa mötesplatser där människor tillsammans med föreningar och aktörer kan mötas och utbyta erfarenhet och kunskap skapas förutsättningar för människor att själva finna stöd som kan bidra till god hälsa.

Olika digitala tjänster och insatser är andra sätt att skapa förutsättningar för egenvård. För kommunen som helhet kan det exempelvis vara att erbjuda support för digitala tjänster och verktyg för de invånare som behöver stöd med detta men också att ställa om till digitala insatser i större utsträckning till de som behöver det.

Omställning till nära vård kommer att påverka hur kommunen som helhet arbetar med hälsa, vård och omsorg. Detta är en förflyttning som redan har börjat ge en påverkan på socialnämndens verksamheter. Framförallt på grund av att patienter skrivs ut i tidigare skeden från slutenvården för att rehabiliteras med hjälp av primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården. För att möta denna förskjutning måste verksamheterna se över sina arbetsätt och vilka kompetenser som behövs och göra förändringar som krävs för att säkra grunduppdraget.



Figur 4: Dekorationsbild som visar förskjutningen av vård från fokus på verksamheterna till individens behov, och fokus på proaktivitet istället för reaktivitet. Sveriges kommuner och regioner, 2021

## 4.2 Hållbar socialtjänst

Regeringen utreder idag om en ny socialtjänstlag som kommer att påverka socialnämndens arbete. Socialtjänstlagen kommer återfå karaktären av att vara en målinriktad ramlag, vilket bidrar till större utrymme för flexibilitet, individuella anpassningar och helhetssyn på individen. Statens offentliga utredning är idag ute på remiss och den nya socialtjänstlagen är tänkt att börja gälla den 1 januari 2023. Vissa av förslagen som lyfts upp beräknas vara kostnadsdrivande för kommuner.

*En lättillgänglig socialtjänst* – Arbetet med en tillgänglig socialtjänst innebär att ta bort eller sänka olika ”trösklar” för att människor ska kunna ta del av socialtjänstens verksamhet.

*Förebyggande perspektiv* – Det finns förslag att införa att socialtjänsten ska ha ett förebyggande perspektiv i socialtjänstlagen. Tidiga och förebyggande insatser kan bidra till att behov av mer ingripande vård- och omsorgsinsatser skjuts fram eller i bästa fall aldrig uppstår. Det förebyggande arbetet kräver långsiktiga och samordnade åtgärder på olika nivåer samt en långsiktig planering av kommunens insatser till grupper och enskilda. Genom att förstärka socialtjänstens ansvar för förebyggande arbete skapas större tydlighet kring socialtjänstens uppdrag och bättre förutsättningar för stabil samverkan med andra aktörer.

*Insatser utan behovsprövning* – Utredningen föreslår att införa en ny bestämmelse som anger att socialnämnden får tillhandahålla insatser utan föregående individuella behovsprövning. Det är dock upp till varje kommun att fatta beslut om vilka insatser som de enskilda individerna kan få utan behovsprövning. Om förslaget blir verklighet behöver Gislaveds kommun se över vilka insatser som inte ska kräva behovsprövning utifrån förslaget samt klarlägga vilka konsekvenser det kan medföra att ta bort behovsprövningen för olika insatser.

*Begreppsförtydligande/förändring* – I den nya socialtjänstlagen ges förslag att ändra begreppet från skälig levnadsnivå till skäligt levnadsförhållande. Det ges också förslag att införa en mer enhetlig begrepps användning genomgående i socialtjänstlagen.

*Kvalitet* – Krav på kvalitet inom socialtjänstens verksamheter förtydligas i lagstiftning. Det ges förslag om att införa krav på respektfullt bemötande och att verksamheter inom socialtjänsten ska bedrivas i överenskommelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det lyfts också förslag om krav på uppföljning av verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

*Samhällsplanering* – Förslag ges att det i plan- och bygglagen införs krav att kommunen vid planläggning ska ta hänsyn till sociala aspekter.

*Planering av insatser* – Idag står det angivet om kommunens ansvar att planera sina insatser inom socialtjänsten endast för vissa målgrupper. Detta föreslås ändras till att kommunen ska planera sina insatser för individer och då särskilt beakta behovet av tidiga och förebyggande insatser.

*Socialtjänstens målgruppsindelning tonas ner* – Idag står det i socialtjänstlagen om allmänna regler om socialt stöd och särskilda regler för vissa specifika målgrupper. Socialtjänstlagens nuvarande bestämmelser för olika målgrupper riskerar att leda till en alltmer detaljerad lagstiftning och gå ut över jämlikheten i socialtjänstens arbete. Genom att tona ned målgruppsindelningen i lagen tydliggörs vikten av helhetssyn och inriktningen



på personers individuella behov och förutsättningar i stället för deras grupptillhörighet.

*Äldreomsorgen* – Det ingår i utredningens uppdrag att analysera hur äldreomsorgen bäst bör regleras i framtiden, inom ramen för socialtjänstlagen eller i en särskild lag som omfattar äldreomsorgen och övriga insatser inom socialtjänsten som är riktade till äldre personer. Utredningens bedömning är det finns flera fördelar med att den socialt inriktade äldreomsorgen fortsatt är en del av regleringen i socialtjänstlagen, det bör därför vara grunden till det fortsatta arbetet med äldreomsorgens reglering. En särlagstiftning riskerar att dubblera socialtjänstlagen.

### **4.3 Kompetensförsörjning**

Det kommer bli allt svårare att rekrytera personal med rätt kompetens i framtiden. Både utifrån att det inte finns lika många personer i arbetsför ålder, gentemot ökade behov, men också utifrån att det är mer specialiserade kunskaper som behövs i verksamheterna framöver. För att lösa detta måste all kompetens användas på det mest optimala sättet för att räcka till. Det finns fler olika negativa effekter för målgruppen vid för låg bemanning. Några exempel på detta kan vara fler fallolyckor, ökad användning av lugnande medicinering, ökad förekomst av hot och våld mellan brukare men också gentemot personal samt att rehabiliterande eller sociala insatser riskerar att nedprioriteras. Detta är faktorer som leder till ohälsa hos målgruppen men också försämrad arbetsmiljö för personal.

Vid låg bemanning blir det också svårare att lägga tid på exempelvis kompetensutveckling, och utveckling av verksamheten. Vilket riskerar att verksamheterna inte följer med i den utveckling som behövs för att möta framtida behov. Utifrån medarbetarperspektivet leder det också till en försämrad arbetsmiljö. Som kan leda till högre sjukfrånvaro eller ökad personalomsättning om medarbetare väljer att byta jobb.

Idag finns det svårigheter att använda kompetens på bästa sätt. Framförallt inom vård- och omsorgsboendena då kommunen har många små boenden. Det är svårt att planera bemanningen på ett sätt som gör att man kan ta tillvara på kompetensen optimalt. Det är också svårt att rekrytera personal med rätt kompetens till de mindre orterna i kommunen bland annat på grund av begränsningar i kollektivtrafiken.

## 4.4 Välfärdsteknik och digitalisering

Digital teknik som används i nämndens verksamheter som bidrar till högre delaktighet, självbestämmande eller självständighet klassas som välfärdsteknik. Välfärdsteknik används för att nämndens målgrupper ska kunna vara mer självständiga, och för att ge större möjlighet till inflytande i hur deras insatser ska genomföras.

För att klara välfärdens utmaningar idag och i framtiden är verksamheterna beroende av att använda olika digitala lösningar i sitt arbete och i stödet som ges till målgruppen. Välfärdsteknik som används på rätt sätt skapar positiva effekter både för individen som behöver stöd, för verksamheten och samhällsekonomisk hållbarhet. Välfärdsteknik kan exempelvis ge en individ förutsättningar att leva ett mer självständigt liv genom att klara av att göra vissa saker själv i större utsträckning. Det är viktigt för en människas välmående att inte känna sig beroende av andra mer än nödvändigt. Att kunna göra saker själv ger också en högre känsla av självbestämmande och valfrihet. Den viktigaste aspekten ur verksamhetens perspektiv är att kunna frigöra tid från medarbetarna i uppgifter som inte skapar något värde för individen, som går att lägga på mer värdeskapande aktiviteter istället. Genom att använda digital teknik där det är lämpligt och är till nytta, till exempel att utföra rutinbaserade uppgifter, minska restid med mera, kan mer resurser läggas på de personliga mötena som skapar en känsla av trygghet för målgruppen. För samhället i stort kan det ge positiva effekter genom exempelvis en lägre klimatpåverkan.

### 4.4.1 Digitalt utanförskap

Kopplat till den äldre generationen är det vanligt förekommande att digitalt utanförskap diskuteras. Äldre personer kan ha svårare att hantera ny digital teknik på grund av att det tidigare i livet inte har varit lika självklart med digital teknik i vardagen eller på arbetsplatsen. Även andra försvårande aspekter kan vara synnedsättningar, hörselnedsättningar, eller svårare med finmotorik som är vanligt förekommande hos äldre, påverkar möjligheten att använda viss digital teknik. Den välfärdsteknik som utvecklas idag försöker ofta att ta hänsyn till dessa svårigheter. Exempelvis genom att möjliggöra för röststyrning så att personen som använder den inte behöver kunna se bra eller trycka på knappar för att använda sig av den.

Utbildningsinsatser och hjälp med att kunna hantera digital teknik är en viktig del för kommunen som helhet att arbeta med. Flera kommuner inför någon typ av stödfunktion som exempelvis digitala coacher för att försöka kunna utöka användandet av välfärdsteknik. Att utöka användandet av välfärdsteknik hos målgruppen och i verksamheterna är avgörande för att kommunen ska kunna klara av sitt uppdrag kommande åren.

Det är även viktigt att se över infrastrukturen. Både för målgruppen i sina privata hem, men också för verksamheterna som idag upplever att det finns begränsningar för hur mycket välfärdsteknik som kan användas då exempelvis bredbandskapaciteten inte räcker till.

Många digitala hjälpmedel förskrivs idag av hälso- och sjukvården. Vissa av dessa hjälpmedel finns redan idag att tillgå på den privata marknaden. I framtiden kan det övergå till att flera hjälpmedel finns tillgängliga utan att de behöver förskrivas av någon sjukvårdsinstans vilket också kan öka användandet av dem.

## 4.5 Folkhälsoutveckling

Sett ur ett globalt perspektiv är folkhälsan i Sverige god. Hälsoutvecklingen är positiv, men utvecklingen skiljer sig åt mellan olika grupper i samhället och det råder en ojämlikhet i förutsättningarna för en god hälsa.

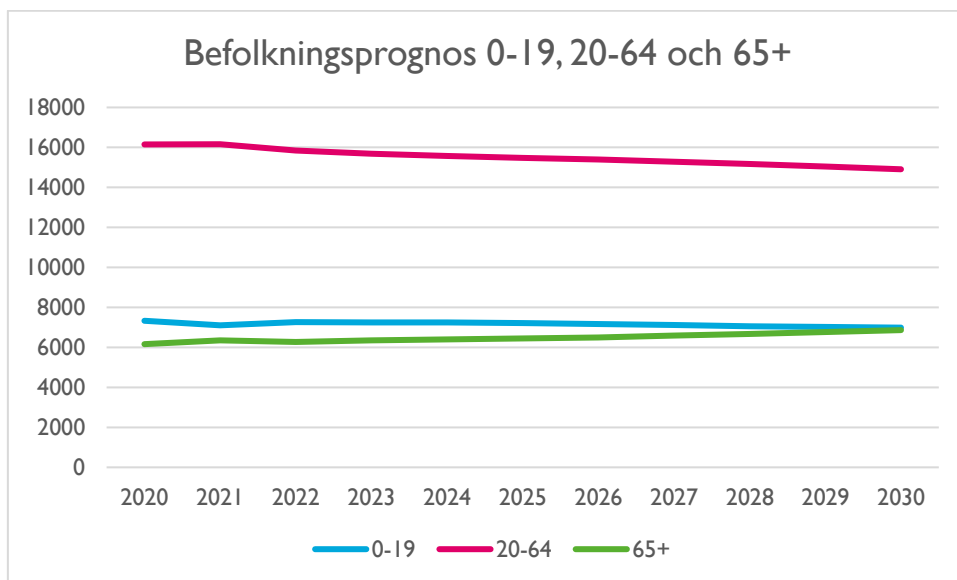
Medellivslängden i Sverige har ökat under 2006-2019. Män lever i genomsnitt kortare än kvinnor men skillnaderna har minskat under samma period. Medellivslängden i Sveriges befolkning 2019 var 83,1 år. Mäns medellivslängd var 81,3 år och kvinnors var 84,7 år. Den förväntade medellivslängden vid födseln i Gislaveds kommun under perioden 2014-2018 var 80,8 år för män och för kvinnor 84,1 år.

Under 2019 var sjukdomar i cirkulationsorganen och olika former av cancer de vanligaste dödsorsakerna. Risken att dö i dessa sjukdomar har minskat för både män och kvinnor i alla åldersgrupper utom i den äldsta gruppen 85 år och äldre.

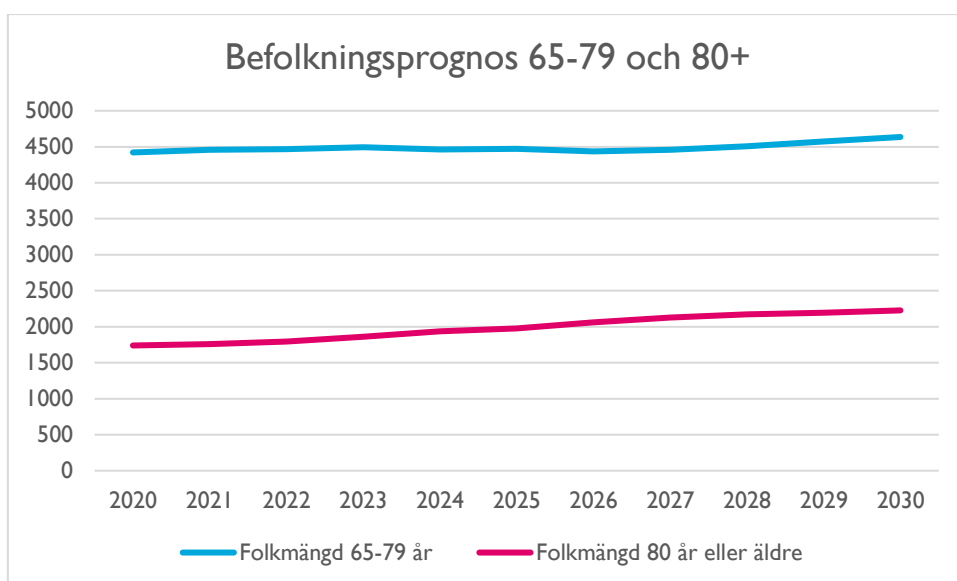
Covid-19-pandemin har medfört begränsningar för personer över 70 år och för personer i riskgrupp. På kort sikt har dessa begränsningar haft effekter på upplevelsen av ensamhet och den psykiska hälsan. De kommande åren kommer visa vilka effekter på folkhälsan som pandemin har inneburit.

## 4.6 Befolkningsprognos

Under prognosperioden 2020-2030 kommer folkmängden i Gislaveds kommun att minska med 885 invånare, från 29 642 till 28 757 personer.



Tabell 1: Befolkningsprognos 2020-2030 Gislaveds kommun. Befolkningsprognos Gislaveds kommun



Tabell 2: Befolkningsprognos 65-80+ år 2020-2030 Gislaveds kommun. Befolkningsprognos Gislaveds kommun

Sett enbart till befolkningsgruppen äldre bedöms både målgruppen mellan 65-79 och 80 år eller äldre öka under prognosperioden. Där målgruppen 65-79 bedöms öka med 215 personer och målgruppen 80+ öka med 487 personer. Detta samtidigt som målgrupperna barn och unga minskar med 343 personer och personer i arbetsförälder minskar med 1244 personer.

Under prognosperioden innebär förflyttningen att försörjningskvoten per invånare i gruppen arbetsför ökar ifrån 0,84 till 0,93. Detta innebär att en

person i arbetsför ålder måste betala för sig själv och 93% av en person till, som inte är arbetsför, i jämförelse med 84% som den ligger på nu. Det kommer alltså finnas mindre resurser totalt i kommunen som kan användas för att möta välfärdsuppdraget kring skola, vård och omsorg.

Annan statistik som är viktig att ta hänsyn till utifrån befolkningsstrukturen är hur åldersfördelningen ser ut för de personer som har insatser av socialnämnden nu och historiskt. På Koladas hemsida finns statistik presenterad kring detta. Tabell 3 nedan visar att ca 7% av befolkningen i åldersgruppen 65+ hade insatser av hemtjänsten under 2020. Trenden är nedåtgående sedan några år tillbaka. Tabellen visar också att det är främst i åldersgruppen 80+ som är i behov av insatser. Medelåldern för personer med hemtjänstinsatser ligger på 83,7 år under 2020, denna siffra har en uppåtgående trend över de senaste åren. Det blir alltså färre personer inom denna åldersgrupp som har insatser, samt att åldern för när man får insatser stiger.

Äldre med hemtjänst	2017	2018	2019	2020
Invånare 65+ med hemtjänst i ordinärt boende, andel (%)	7,9	7,9	7,4	7
Invånare 65-79 år med hemtjänst i ordinärt boende, andel (%)	3	3	3	3
Invånare 80+ med hemtjänst i ordinärt boende, andel (%)	20	20	19	18
Medelålder för äldre i ordinärt boende med hemtjänst, år	82,8	83,2	83,6	83,7

Tabell 3: Översikt äldre med hemtjänst Gislaveds kommun. Kolada

Ungefär samma utveckling som kan ses för hemtjänsten gäller också för personer som har beslut om en plats på ett vård- och omsorgsboende. Tabell 4 nedan visar att andelen som har detta stöd minskar lite för varje år. Medelåldern ligger på mellan 85 och 86 år senaste fyra åren. Vilket gör att den åldersgrupp som är viktigast att följa utvecklingen av är 80+ för hemtjänst och 85+ för boendeplatser. Så även om antalet äldre blir fler i kommunen ökar inte behoven av stöd i samma takt, då trenderna visar att allt färre äldre är i behov av stöd. Dessa två trender balanserar till viss del ut varandra kommande år.

Äldre i särskilt boende	2017	2018	2019	2020
Invånare 65+ i särskilt boende, andel (%)	4,7	4,6	4,6	4,1
Invånare 65-79 år i särskilt boende, andel (%)	1,2	1,5	1,3	1,1
Invånare 80+ i särskilt boende, andel (%)	13,8	13,0	12,7	11,8
Medelålder för äldre i särskilt boende, år	86,5	85,6	86	85,9
Ålder vid inflyttning till särskilt boende, median	86	87	87	-

Tabell 4: Översikt äldre i särskilt boende Gislaveds kommun. Kolada

## 4.7 Befolkningsstruktur

Gislaveds kommun är en landsortskommun med åtta tätorter med omgivande landsbygd. Gislaved är den största tätorten följt av Anderstorp och Smålandsstenar.

Fördelningen av kommunens invånare mellan tätort och landsbygd 2020 var cirka 24 100 invånare för tätort och cirka 5500 invånare för landsbygden.

Vad det gäller fördelning mellan landsbygd och tätort bodde 80 % av de över 65 år i tätorterna och 20 % i landsbygdsområden år 2020. Dessa siffror förväntas vara 79 % respektive 21 % 2025 samt 78,5 % respektive 21,5 % år 2030. Flest äldre till antalet bor i Gislaveds tätort, följt av Anderstorp tätort och Smålandsstenar tätort. Tabell 1 nedan visar den procentuella fördelningen sett till hur de över 65 år bor samt antalet boende i varje delområde. Det finns i praktiken ingen skillnad i bosättningsmönster mellan 65-79 åringar och de som är över 80 år, vilket gör att de redovisas som en grupp.

	Antal personer över 65 år som bor i delområdet 2020	Andel av alla över 65 år som bor i delområdet 2020	Antal personer över 65 år boende i delområdet 2030	Andel av alla 65+ som bor i delområdet 2030
<b>Anderstorp tätort</b>	998	16 %	1046	15 %
<b>Anderstorp landsbygd</b>	64	1 %	91	1 %
<b>Reftele tätort</b>	325	5 %	324	5 %
<b>Reftele landsbygd</b>	337	5 %	411	6 %
<b>Hestra tätort</b>	344	6 %	381	6 %
<b>Hestra landsbygd</b>	135	2 %	143	2 %
<b>Gislaved tätort</b>	1 941	32 %	2215	32 %
<b>Gislaved landsbygd</b>	241	4 %	328	5 %
<b>Burseryd tätort</b>	209	3 %	251	4 %
<b>Burseryd landsbygd</b>	166	3 %	192	3 %
<b>Broaryd tätort</b>	96	2 %	96	1 %
<b>Broaryd landsbygd</b>	123	2 %	154	2 %
<b>Smålandsstenar tätort</b>	913	15 %	974	14 %
<b>Skeppshult tätort</b>	93	2 %	80	1 %
<b>Villstad landsbygd</b>	162	3 %	176	3 %

Tabell 5: Antal och andel boende per delområde, 65+ år. Statisticon 2021.

Befolkningsprognosen på delområdesnivå prognosticerar att antalet äldre förväntas öka med 449 personer i tätorterna och 267 personer i landsbygdsområdena fram till 2030. Detta presenteras i tabell 2 nedan. Där visas också statistiken på delområdesnivå, där det framgår att Gislaveds tätort och Gislaveds landsbygdsområde står för hälften av den totala ökningen av äldre. Inkluderas även prognosen för Anderstorp tätort och Anderstorps landsbygdsområde är det 60 % av den totala ökningen som kommer från dessa områden.

	Förändring till 2030		
	65-79	80+	Äldre totalt
<b>Anderstorp tätort</b>	- 6	+ 55	<b>+ 48</b>
<b>Anderstorp landsbygd</b>	+ 19	+ 8	<b>+ 27</b>
<b>Reftele tätort</b>	- 15	+ 14	<b>- 1</b>
<b>Reftele landsbygd</b>	+ 72	+ 2	<b>+ 74</b>
<b>Hestra tätort</b>	- 2	+ 39	<b>+ 37</b>
<b>Hestra landsbygd</b>	- 12	+ 20	<b>+ 8</b>
<b>Gislaved tätort</b>	+ 158	+ 116	<b>+ 274</b>
<b>Gislaved landsbygd</b>	+ 33	+ 54	<b>+ 87</b>
<b>Burseryd tätort</b>	+ 36	+ 6	<b>+ 42</b>
<b>Burseryd landsbygd</b>	- 4	+ 30	<b>+ 26</b>
<b>Broaryd tätort</b>	- 24	+ 24	<b>+ 0</b>
<b>Broaryd landsbygd</b>	+ 19	+ 12	<b>+ 31</b>
<b>Smålandsstenar tätort</b>	- 29	+ 91	<b>+ 61</b>
<b>Skeppshult tätort</b>	- 25	+ 12	<b>- 13</b>
<b>Villstad landsbygd</b>	+ 0	+ 14	<b>+ 14</b>
<b>Tätorter totalt</b>	<b>+ 92</b>	<b>+ 357</b>	<b>+ 449</b>
<b>Landsbygdsområden totalt</b>	<b>+ 127</b>	<b>+ 140</b>	<b>+ 267</b>

Tabell 6: Prognosticerad befolkningsutveckling för äldre i åldrarna 65-79 samt 80+ utifrån delområde. Statisticon 2021.

Sammanfattningsvis förväntas fördelningen mellan landsbygd och tätorter vara relativt stabil över tid. Det som befolkningsprognosen framförallt belyser är att antalet äldre kommer öka i hela kommunen, vilket innebär fler äldre både i tätorterna och på landsbygden. Störst total ökning sker i området som innefattar Gislaved och Anderstorps tätorter och landsbygdsområden. Här kommer merparten av de tillkommande äldre att bo och verka.

Det ska tilläggas att siffrorna gentemot den totala befolkningsprognosen för kommunen kan skilja sig med några personer, men det rör sig om marginella skillnader ( $\pm 10$ ).

## 5 Äldres förutsättningar för god hälsa

Vi människor åldras naturligt och med det naturliga åldrandet sker förändringar som kommer att påverka vår hälsa, men människor är olika och därmed ser åldrandet olika ut för olika människor beroende på faktorer som exempelvis levnadsvanor, livsvillkor och förekomst av sjukdom. Desto äldre vi blir desto större är risken för att drabbas av sjukdom och funktionsnedsättningar.

Genom hälsofrämjande och förebyggande insatser skapas förutsättningar för god hälsa. Även insatser i de högre åldrarna har positiva effekter på hälsan och livskvaliteten.

### 5.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är viktigt för alla oavsett ålder. Fysisk aktivitet är viktigt för att förebygga och behandla en rad olika sjukdomar och funktionsnedsättningar. För äldre personer har fysisk aktivitet stor betydelse för bevarandet av hälsa och självständighet på äldre dagar.

Eftersom förutsättningar för fysisk aktivitet kan se olika ut hos äldre personer i form av variation av funktionsnivå och hälsostatus är det viktigt att anpassa den fysiska aktiviteten utifrån individens behov och funktionsnivå.

Forskning visar på att stillasittande hos befolkningen generellt har ökat, så även hos den äldre befolkningen. Stillasittande är en riskfaktor för såväl fysisk som psykisk ohälsa. Lägg där till att ohälsan kan bli än större hos personer som redan tidigare har en försämrad funktionsnivå.

Forskning visar vidare på att stillasittandet bland personer med omfattande vårdbehov på särskilt boende också ökar, och där ser man att den främsta orsaken till detta är personalbrist.

Med begränsad fysisk aktivitet ökar risken för ohälsa, försämrad funktionsnivå, minskad självständighet och försämrad livskvalitet. I planering och utveckling av verksamhet är det därför mycket viktigt att skapa förutsättningar för fysisk aktivitet i olika former.

### 5.2 Fallolyckor

Fallolyckor är vanligt bland äldre personer och orsakar ofta mycket psykiskt och fysiskt lidande för de som drabbas. Fallolyckor kan orsaka skador men också förlorad självständighet, försämrad livskvalitet och dödsfall. Fallolyckor medför utöver konsekvenser för den enskilde också stora kostnader för samhället.

Varje år faller ungefär 70 000 personer så illa att de måste uppsöka sjukvård. Drygt 70 % av dessa personer är 65 år och äldre.

Risken för att falla ökar med stigande ålder till följd av svagare muskler, försämrad gång- och balansförmåga, nedsatt syn eller på grund av sjukdom.



Men även andra faktorer som vissa läkemedel, undernäring eller faktorer i omgivningen påverkar.

För att minska risk för fall krävs att man arbetar systematiskt med förebyggande insatser som utgår från individens behov. Fysisk träning är en av de viktigaste insatserna i arbetet med att förebygga fall, men även näringsriktig kost, behandling av benskörhet samt andra fallpreventiva insatser som exempelvis läkemedelsöversyn, olika hjälpmedel, anpassningar i hemmet och bra belysning är viktiga i det förebyggande arbetet.

### **5.3 Psykisk hälsa**

Social gemenskap, fysisk aktivitet, goda matvanor och meningsfullhet i vardagen är faktorer som främjar livskvalitet och psykisk hälsa hos äldre.

Åldrandet innebär en ökad risk för både fysiska och psykiska hälsoproblem. Psykisk ohälsa kan därför uppfattas som en del av det naturliga åldrandet trots att det inte är det. Med en föreställning om att psykisk ohälsa är ”normalt åldrande” kan tecken på psykisk ohälsa vara svåra att upptäcka både av den äldre själv men också av anhöriga och sjukvårds- och omsorgspersonal.

Att åldras innebär sociala och hälsomässiga förändringar som exempelvis försämrade sociala nätverk, förlust av närstående, och försämrade funktionsförmåga, vilka kan medföra psykisk ohälsa.

Depression är ett av de vanligaste hälsoproblemen hos äldre och med en åldrande befolkning kommer sannolikt detta att öka över tid. Forskning visar att fysisk aktivitet minskar risken för psykisk ohälsa och ökar välbefinnandet.

Upplevelse av ensamhet, oro och ångslan bland äldre har ökat de senaste åren, en bidragande orsak till detta antas vara covid-19-pandemin och de nationella restriktioner och rekommendationer som gällt för vissa grupper i befolkningen.

För att skapa förutsättningar för god psykisk hälsa hos äldre personer krävs förebyggande och hälsofrämjande insatser och aktiviteter inom flera verksamheter och även i samverkan med andra förvaltningar och aktörer.

### **5.4 Demens**

Demens är en sjukdom som kan yttra sig på olika sätt beroende på vilken del av hjärnan som drabbas. Vanligen försämras minnet och förmågan att planera och genomföra vardagliga aktiviteter. Men även andra kognitiva förmågor som språk, tidsuppfattning och orienteringsförmåga påverkas. Demens kan också leda till oro, nedstämdhet och beteendeförändringar. Sammantaget medför demens att individen har svårt att klara sin tillvaro utan stöd. Men demens skapar inte bara svårigheter för den drabbade individen utan drabbar även närstående och anhöriga som lever nära personen med demens.

Risken för demens ökar med stigande ålder. Vanligen debuterar sjukdomen efter medelåldern och var femte person över 80 år är drabbad av demens.

I Sverige idag beräknas nästan 150 000 personer ha en demenssjukdom, inom 10 år förväntas 180 000 personer vara drabbade och runt år 2050 beräknas 250 000 personer ha en demenssjukdom. Detta om dagens befolkningsprognoser slår in och inget botemedel mot demens utvecklas. Med bakgrund av detta kommer kraven på vård och omsorg av personer med demenssjukdom att öka, vilket är viktigt att ta i beaktande vid planering av utformning av kommunens verksamheter inom vård och omsorg.

I vården av demens ställs krav på kompetens hos personal bland annat i att ha rätt bemötande utifrån den enskilde individen men också att skapa förutsättningar för kontinuitet kring personer med demens.

## 5.5 Mat för äldre

Med stigande ålder kan aptiten minska, behovet av energi minskar till följd av minskad muskelmassa, minskad fysisk aktivitet och rörelse, förekomsten av sjukdomar ökar. Trots detta så minskar inte behovet av näringsämnen.

Hälsosamma matvanor är viktiga för äldre för att kunna bibehålla sin fysiska funktionsförmåga och främja hälsa.

För sköra äldre personer är måltidernas betydelse viktiga för att bevara god livskvalitet och funktionsförmåga. Detta är mer prioriterat än att förebygga övervikt och livsstilsrelaterade sjukdomar.

Att förebygga undernäring är en stor utmaning i äldreomsorgens verksamheter. Det är viktigt att måltiderna utgår från individens behov och önskemål för att främja aptit och matglädje samt att bli en tydligare del i omvårdnaden. Huvudsyftet med att förebygga undernäring är att täcka individens behov av energi och näring för att bevara hälsa och funktionsförmåga, förebygga sjukdom, minska fallrisk, minska risk för trycksår och depression.

Genom att planera för och arbeta systematiskt i verksamheterna med att identifiera och förebygga undernäring minskar en rad risker för äldre personer. Genom att kunna reducera olika risker ökar livskvaliteten för individen samtidigt som behovet av vård och omsorg kan minska.

## 5.6 Munhälsa

Att skapa förutsättningar för god munhälsa hos äldre personer är en viktig hälsoinsats för äldre och för individer med kronisk sjukdom såsom psykisk ohälsa, stroke, eller demenssjukdom. Munhälsan är central för välbefinnande, livskvalitet och hälsa. Sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa blir allt tydligare med stigande ålder.

Forskning visar på att bakterier från munhålan kan sprida sig till andra organ och leda till en rad sjukdomar såsom lunginflammation och hjärt- och kärlsjukdomar. Infektioner och förlorade tänder kan dessutom göra att det är svårt att tugga. Detta påverkar näringsintaget och kan i värsta fall leda till undernäring och risk för att den äldre ramlar och blir sängliggande med risk för trycksår som följd. Munhälsan är särskilt utsatt under perioden som den friska oberoende äldre individen går mot ett ökat omsorgsberoende.

Samverkan mellan socialtjänst, kommunal och regional hälso- och sjukvård är viktig för att skapa förutsättningar för god munhälsa hos äldre personer. Men även ökad kompetens kring äldres munhälsa riktad till de yrkesgrupper som möter den äldre målgruppen inom vård och omsorg är ännu en förutsättning för god munhälsa hos äldre.

## 5.7 Våld mot äldre

Äldre personer som utsätts för våld eller övergrepp görs ofta det av en närstående, men också av vård- och omsorgspersonal eller av andra hyresgäster på ett särskilt boende eller deltagare i dagverksamhet. Kvinnor är överrepresenterade som offer för våld mot äldre.

Risikfaktorer för att bli utsatt för våld som äldre är ökat beroende i vardagen, ansträngda vård- och omsorgsrelationer och sjukdomar. Med stigande ålder kan beroendet av hjälp öka och individen hamnar därmed i beroendeställning som kan öka risk för att bli utsatt för våld. Ansträngda vård- och omsorgsrelationer kan leda till exempelvis hög fysisk belastning eller psykisk stress för den som vårdar vilket kan ta sig uttryck i försummelse eller annan form av våld eller att den som vårdas exempelvis har ett aggressivt beteende som sin tur kan leda till våld. Förekomst av sjukdom och då främst demenssjukdom, ökar risken för att bli utsatt för våld. Om våld har förekommit i en partnerrelation tidigare följer ofta våldet med även upp i högre ålder.

Våldet kan vara av olika karaktär. Fysiskt våld i form av slag och sprakar, förövaren bits eller knuffas, men också som vanvård eller utebliven behandling. Psykiskt våld som hot, tvång eller social isolering eller nedvärderande uttryck. Ekonomiskt våld genom att ta kontroll över någons ekonomi och vägra insyn. Sexuellt våld som sexuella trakasserier, samlag utan samtycke eller sexuellt kränkande språk. Försummelse genom att förvägra den äldre personen hjälp med mat, medicin, hygien eller att få hjälp med att förflytta sig. Materiellt våld att avsiktligt göra sönder eller stjäla den äldres tillhörigheter. Funktionshinderrelaterat våld kan innebära handlingar som försvårar en person i en redan utsatt situation.

Våld mot äldre kan vara svårt att upptäcka av olika anledningar, dels att skador hos den äldre personen ibland kan tas för att vara åldersrelaterade som exempelvis att huden blir mer skör när man blir äldre och därmed ökar

riskerna för blåmärken. Men också att äldre med exempelvis demens kan ha svårigheter att uttrycka sin situation.

Det är viktigt att all personal som möter äldre har kunskap om våld mot äldre och att man har kunskap om hur man ska agera om man misstänker eller upptäcker våld mot en äldre person.

## 5.8 Risk för brand

Varje år omkommer cirka 100 personer i bränder, och äldre personer är överrepresenterade i dessa.

Hög ålder, nedsatt fysisk funktionsförmåga och demenssjukdom eller annan kognitiv svikt ökar risken för att skadas eller omkomma i brand. Dessa faktorer i kombination med rökning ökar risken ytterligare.

Eftersom den åldrande befolkningen ökar i antal och att allt fler personer med behov av hjälp och stöd från vård och omsorg bor kvar hemma i högre utsträckning är det viktigt att tidigt identifiera individer med ökad risk för att skadas eller omkomma i brand och systematiskt vidta förebyggande insatser. Exempelvis sker en samverkan mellan hemtjänsten och räddningstjänsten i Gislaveds kommun för att identifiera riskpersoner.

Genom samverkan med räddningstjänst och verksamheter där denna målgrupp finns kan det förebyggande arbetet med anpassat brandskydd möjliggöras. Exempel på anpassat brandskydd skulle kunna vara att erbjuda rökavvänjning eller tillhandahålla utrustning för brandskydd till individer med identifierad ökad risk. Vidare är det viktigt med regelbunden kompetensutveckling till personal inom brandskydd och hur man kan förebygga brand i hemmet.

## 5.9 Läkemedel

Läkemedelsanvändningen hos äldre är ett viktigt område. Känsligheten för läkemedel ökar med stigande ålder, vid sjukdom samt i kombination med andra läkemedel. Detta medför ökad risk för biverkningar och att läkemedlen kan påverka varandra på ett ogynnsamt sätt.

Varje år blir cirka 35 000 äldre så sjuka av sina läkemedel att de måste ha sjukhusvård. Ungefär 60% av dessa bedöms ha varit möjliga att förebygga. Det är främst vissa grupper av läkemedel som ger upphov till biverkningar som resulterar i sjukhusinläggningar. Dessa grupper av läkemedel kan orsaka en rad symptom och tillstånd som exempelvis fall, blödningar, hjärtrytmrubbningar, medvetandepåverkan eller förvirring.

Utredningar genomförda av socialstyrelsen pekar på att det finns potential både resurs- och kvalitetsmässigt att förbättra läkemedelsanvändningen hos äldre. Majoriteten av de biverkningar som drabbar äldre personer bedöms att kunna förebyggas.

Det är inom den kommunala hälso- och sjukvården ett känt faktum sedan länge och därför finns samverkansavtal med vårdcentralernas läkare för att utföra läkemedelsgenomgångar och uppföljningar av läkemedelsbehandling på vård- och omsorgsboende och inom hemsjukvård.

För att ytterligare fördjupa samverkan kring läkemedel har socialförvaltningen ett samarbete med vårdcentralerna Bra Liv i kommunen med en gemensamt anställd apotekare som arbetar med läkemedelsfrågor och läkemedelsgenomgångar med perspektiv från både den kommunala vården och vårdcentralen. Denna samverkan med gemensam apotekare är en viktig del i det förebyggande arbetet kring läkemedel nu och i arbetet med nära vård.

Läkarmedverkan är central i arbetet för att kunna förebygga läkemedelsbiverkningar hos sköra äldre personer. Det är tydligt att hälsotillståndet i denna grupp fluktuerar snabbt på grund av nedsatt motståndskraft och nedsatt fysik samt att tiden för inläggning på sjukhus har förkortats för denna grupp. Därför krävs det fler och mer regelbundna uppföljningar av pågående läkemedelsbehandlingar av det multiprofessionella teamet runt den äldre individen.

## 5.10 Palliativ vård

Vård i livets slut har ett annat syfte än vård vid botbar sjukdom. Palliativ vård ges vid livshotande, icke-botbar sjukdom. Det bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för drabbade individer och deras närstående. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande och har ett helhetsperspektiv utifrån individens fysiska, psykiska, sociala och andliga/existentiella behov. Vården ska också ge stöd till närstående.

För att förbättra den palliativa vården för alla, behöver vården och omsorgens insatser i palliativ vård på sikt utvidgas med ett folkhälsoperspektiv, något som arbetas med i andra länder. En grundtanke i detta är att döende, död och vård i livets slutskede är en angelägenhet för alla i samhället, och inte endast för de som arbetar inom vård och omsorg. Ett folkhälsoperspektiv på palliativ vård handlar i praktiken ofta om att öka samtalet och medvetenheten i befolkningen om att döende och död är en normal del av våra liv. Det innebär att människor och sammanhang utifrån individens kontext bör ses som samarbetspartner med en kunskap som kompletterar de professionellas vid vård i livets slutskede.

Den palliativa processen kan ses i två faser, en tidig och en sen fas. Den tidiga fasen kan vara ganska lång och att man kan parallellt få behandling och palliativ vård. Därför kommer det att vara viktigt med ett bredare perspektiv på den palliativa vården. I den tidiga fasen blir fler personer och professioner kring den drabbade individen berörda och delaktiga. Den sena fasen inträder relativt nära tidpunkten för döden.

Ett palliativt förhållningssätt är gemensamt för all palliativ vård oberoende av individens diagnos, ålder, etnicitet, bakgrund eller bostadsort, och oavsett om vården bedrivs via kommun, region eller av privat vårdgivare. Palliativt förhållningssätt är grundläggande för all personal som möter individer med obotliga sjukdomar där livets slut närmar sig. Detta förhållningssätt kan även tillämpas i tidiga skeden av kronisk eller obotlig sjukdom, parallellt med behandling som syftar till att förlänga livet eller åtgärda akuta tillstånd. Förhållningssättet innebär att tänkbara insatser föregås av en avvägning av för- och nackdelar vad gäller möjligheterna att optimera individens välbefinnande.

Palliativ vård ska kunna tillgodoses i alla vård- och boendeformer och behöver organiseras så att personal kan arbeta efter den palliativa värdegrunden som kan sammanfattas med fyra ledord; närhet, helhet, kunskap och empati. Det är viktigt att personalen har tillräckliga kunskaper i palliativ vård för att möta individers olika behov av stöd och symtomlindring. All vård ska ges med respekt för människans lika värde och integritet samt stödja den enskildes autonomi. I livets slutskede kan en bristande beslutskapacitet finnas. Det är därför viktigt att i god tid undersöka patientens behov och önskemål om vården och livets slut.

Det har blivit mer och mer vanligt att individer som närmar sig livets slut önskar att få avsluta sitt liv i sitt egna hem där man känner sig trygg och finns i sitt eget sammanhang. Verksamheten behöver kunna möta upp vårdbehoven i hemmet men måste också ha tillgängliga korttidsplatser, som man kan komma till akut om situationen i hemmet inte blir trygg för den döende eller för de närstående.

Den kommunala vården och omsorgen ska kunna ge palliativ vård i både ordinärt och i särskilt boende. Både organisation, kompetens och samverkan med regionens team för specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) är av största vikt för att verksamheten ska kunna ge en god palliativ vård.

All personal som vårdar personer i livets slutskede behöver ha kompetens i allmän palliativ vård. Även fortbildning och handledning i etiska frågor behövs på alla vårdnivåer inom den palliativa vården.

## 6 Äldreomsorg i Gislaveds kommun

### 6.1 Biståndshandläggning

Personer som behöver hjälp med sin dagliga livsföring kan ansöka om bistånd hos kommunen. De insatser som beviljas syftar till att stärka individens möjligheter att leva ett självständigt liv.

När en individ ansöker om stöd och hjälp med sin dagliga livsföring, tas ansökan emot av en biståndshandläggare. Biståndshandläggarens utredning ska bygga på en helhetssyn av den sökandes situation, möjligheter och behov. Vid bedömningen ska de fysiska, psykiska, sociala och andliga behoven uppmärksammas och beaktas.

Bedömningen ska vara allsidig och noggrann. Vid utredningen ska biståndshandläggaren ställa följande frågor:

- Kan den sökande själv tillgodose sina behov?
- Kan den sökande få sina behov tillgodosedda på annat sätt?
- Behöver behovet tillgodoses för att den sökande ska tillförsäkras en skälig levnadsnivå?



Figur 5: Bild på övergripande process för biståndshandläggning. Aktualisera, Utreda, Besluta, utforma uppdrag, genomföra uppdrag, och följa upp. Socialstyrelsen

Biståndshandläggaren utreder och fattar enligt delegation beslut om VAD som ska utföras. Utförare, exempelvis hemtjänst eller vård- och omsorgsboende, ansvarar för HUR utförandet ska ske. Genomförandet görs av utföraren. Både beslut om VAD som ska utföras och hur utförandet har skett följs upp.

Genom en tydlig och strukturerad handlägningsprocess skapas förutsättningar för rättssäkerhet i ärendehantering.

Utifrån kommunallagen och SoL tar kommunen ut fastställda taxor och avgifter för insatser enligt lagstiftningarna SoL, LSS och HSL. Taxor och avgifter fastställs årligen av kommunfullmäktige.

### 6.2 Individens behov i centrum – IBIC

Individens behov i centrum (IBIC) är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt för handläggare och utförare som arbetar med individer som har behov av stöd i sitt dagliga liv oavsett ålder eller funktionsnedsättning utifrån SoL och LSS.

IBIC syftar till att tydliggöra hur individens behov, resurser, mål och resultat ska identifieras, beskrivas, dokumenteras och följas upp på ett strukturerat sätt. Detta möjliggör en likvärdig bedömning och en rättssäker handläggnings- och beslutprocess för individen. IBIC är också ett stöd i kvalitetsutveckling av verksamheten.

### **6.3 Hjälp i hemmet**

Hjälp i hemmet eller hemtjänst, som det också kallas, är olika insatser i form av service och personlig omvårdnad.

När en individ har behov av hjälp med sin dagliga livsföring kan hen ansöka om hjälp hos kommunen. En handläggare utreder individens behov och fattar beslut om vilka insatser den sökande har rätt till utifrån socialtjänstlagen.

### **6.4 Dagverksamhet**

Dagverksamhet är en biståndsbedömd insats och är särskilt anpassad för personer med demenssjukdom. För att bli beviljad dagverksamhet krävs att individen har demensdiagnos.

Syftet med dagverksamhet är att ge omsorg till personer med demenssjukdom och samtidigt erbjuda närstående tillfällig avlösning.

Dagverksamhet för personer med demenssjukdom kan ge möjlighet till stimulans och social samvaro, struktur och innehåll i vardagen samt dagliga aktiviteter och sysselsättning. Det kan också möjliggöra så att individen kan bo kvar hemma längre.

### **6.5 Stöd till närstående**

Stöd till närstående erbjuds till personer som vårdar en närstående som är äldre, långvarigt sjuk eller har en funktionsnedsättning. Stöd till närstående omfattar socialtjänstens alla verksamheter.

Syftet med stöd till närstående är att minska deras psykiska och fysiska belastning. För en del personer handlar det om att få hjälp med insatser som den närstående behöver, för andra handlar det om att de själva behöver få information eller utbildning.

### **6.6 Boendeformer**

Inom Gislaveds kommun finns idag olika boendeformer för äldre. Vissa av dem har som syfte att vara permanent boende medan andra är av mer tillfällig karaktär. De tillfälliga boendeformerna är korttidsvistelse och växelvård. Vård- och omsorgsboende, biståndsbedömt trygghetsboende och seniorboende 70+ är permanenta boendeformer. Socialnämnden ansvarar för de boendeformer som kräver att individen får ett biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen som ger hen rätten att bo där.



*Korttidsvistelse* är ett tillfälligt boende i de fall då individens behov tillfälligtvis inte går att tillgodose i hemmet. Korttidsvistelsen kan bidra till återhämtning efter exempelvis sjukhusvistelse och rehabilitering för att individen ska kunna återgå till hemmet. Korttidsvistelse kan också vara ett alternativ om anhöriga behöver tillfällig avlastning. Korttidsvistelse kräver biståndsbeslut enligt socialtjänsten.

*Växelvård* är en form av planerad och återkommande korttidsvistelse för individer i ordinärt boende med omvårdnadsbehov som får omsorg och stöd av en närstående. När den som vårdar har behov av längre, sammanhängande avlösning eller behöver en tids återhämtning eller om den sökande har återkommande behov av planerad korttidsvård kan individen ansöka om växelvård.

*Vård- och omsorgsboende* är en särskild boendeform för personer som har omfattande och varaktiga behov av omvårdnad, trygghet och/ eller stöd då behoven inte kan tillgodoses på annat sätt. Boendeformen kräver biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen. Inom ramen för vård- och omsorgsboende finns ytterligare uppdelning i form av demensplatser respektive somatiska platser.

Demensplatser är anpassade för personer med demenssjukdom. Demenssjukdom medför särskilda behov avseende bemötande, aktiviteter och miljö. Socialstyrelsen rekommenderar att personer med demenssjukdom som är i behov av särskilt boende ska erbjudas plats på demensboende.

Somatiska platser är till för personer med somatisk funktionsnedsättning eller sjukdom.

*Biståndsbedömt trygghetsboende* är en särskild boendeform som bidrar till att äldre personer upplever högre grad av trygghet, närhet till social gemenskap och aktivitet. Ett biståndsbedömt trygghetsboende kan bidra till att förebygga otrygghet, känsla av oro och ångslan samt upplevd ensamhet.

Personer i denna boendeform ska ha ett omvårdnadsbehov som understiger heldygnsvård.

*Seniorboende 70+* är en boendeform som inte kräver något biståndsbeslut utan där enbart en i hushållet ska ha fyllt 70 år. Denna boendeform ansvarar socialnämnden inte för.

Enligt beslut i kommunfullmäktige ska seniorboende 70+ fasas ut. Istället ska det finnas tre olika boendeformer för permanent boende för äldre; trygghetsboende, biståndsbedömt trygghetsboende och vård- och omsorgsboende. Trygghetsboende är en ny boendeform som ska införas. Boendeformen kräver inte biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen, men ska ha ett värdskap och gemensamhetslokal kopplat till boendet.

## 6.6.1 Planering av boende för äldre

Den äldre målgruppen kommer att växa under de kommande tio åren. Behoven hos denna målgrupp förändras också över tid. Medelåldern för när man behöver stöd från kommunen höjs och vissa behov kan tillgodoses på andra sätt nu och i framtiden via exempelvis välfärdsteknik. Dessa förutsättningar gör att boendelösningar för äldre också behöver ses över och utvecklas. Kartläggning av och en plan för vilka boendeformer som behövs och fördelningen mellan dessa är viktigt att arbeta aktivt med redan nu i kommunen för att kunna möta nuvarande och kommande behov.

I planering av boendeformer för äldre är det viktigt att säkerställa att det finns stöd i översiktsplan och detaljplan för ändamålet. En annan viktig aspekt att ta med i planeringen är betydelsen och utformningen av utemiljön kring äldres boende. En bra planerad och anpassad utemiljö för målgruppen skapar förutsättningar för god hälsa och livskvalitet.

## 6.7 Träffpunkter

Socialnämnden erbjuder aktiviteter till äldre på kommunens träffpunkter. Deltagande i verksamheten är inte behovsprövad utan de som önskar får fritt delta i den utsträckning som passar individen.

Träffpunkterna syftar till att uppmuntra till aktivitet och social samvaro. Utbudet utformas med delaktighet från träffpunktens deltagare.

## 6.8 Restauranger

Socialnämndens kostverksamhet bedriver restauranger på flera orter i kommunen. Dessa restauranger ligger i direkt anslutning till vård- och omsorgsboende eller träffpunkt och vänder sig i första hand till äldre personer för att erbjuda god och näringsriktig mat.

## 6.9 Aktivering på vård- och omsorgsboende

På vård- och omsorgsboende erbjuds aktivering till de boende. Aktiveringen syftar till att skapa förutsättningar för god hälsa och främja så att de boende ska kunna bibehålla sina fysiska, psykiska och sociala förmågor så långt som det är möjligt.

Utevistelse och fysisk aktivitet är centralt i aktiveringen men också för att tillgodose äldres behov av kultur och vad kulturen gör för att bibehålla det friska.

## 6.10 Kommunal hälso- och sjukvård

Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård för personer, oavsett ålder och diagnos, som är inskriven i hemsjukvård till och med specialistsjuksköterske-, arbetsterapeut- och sjukgymnast/fysioterapeutnivå. Detta gäller oavsett

boendeform. Hemsjukvård ges till personer som på grund av sjukdom och/eller funktionsnedsättning inte på egen hand eller med stöd kan tas sig till vårdcentral eller annan mottagning, utan stor påfrestning eller olägenhet.

Läkarmedverkan på vård- och omsorgsboende regleras genom avtal med berörd vårdcentral där personen är listad.

I grunden har kommuner inget lagligt stöd för att anställa läkare.

## 6.11 Omhändertagande av avlidna

Gislaveds kommun har i egenskap av vårdgivare utifrån den kommunala hälso- och sjukvården på särskilt boende och i hemsjukvård, tillsammans med Region Jönköpings län ett ansvar för omhändertagandet av avlidna.

## 7 Framtida målgrupper, behov och utmaningar

De kommande åren kommer Gislaveds kommun ställas inför nya målgrupper, behov och utmaningar som kan komma att påverka verksamheternas grunduppdrag i mer eller mindre omfattning.

- Kommunens ansvar för vård och omsorg kommer i allt större utsträckning inte enbart omfatta vård och omsorg till äldre utan det kommer mer vara individens hälsostatus som avgör behovet av insatser.
- Äldre med invandrarbakgrund, är en målgrupp som förväntas öka. För att möta dessa behöver vård och omsorg i större utsträckning ta hänsyn till kulturella och språkliga aspekter som kan komma att påverka planeringen och utförandet av insatser.
- I de generationer som nu blir äldre och som har behov av vård och omsorg kommer det sannolikt bli en större öppenhet kring sexuell läggning vilket ger en ny målgrupp att bemöta.
- Den vårdförskjutning som sker utifrån vårdreformen "Nära vård" kommer påverka kommunens vård och omsorg på olika sätt. Förskjutningen medför att fler personer kommer vårdas i hemmet. Den specialiserade vården koncentreras till slutenvården, vilket innebär att omvårdnad, eftervård och rehabilitering allt mer sker utanför sjukhusen. Förskjutningen förväntas också medföra att akuta och i vissa fall avancerade medicinska behov behöver omhändertas och prioriteras av kommunal hemsjukvård. Det riskerar att leda till att förebyggande arbete och vård av personer med mindre akuta behov prioriteras ned. För att kommunen ska kunna möta denna förskjutning krävs tillräckliga resurser och rätt kompetens. Det kan även behöva göras organisatoriska förändringar och exempelvis se över behov av korttidsplatser.

- Rehabiliterande synsätt hos baspersonal för att arbeta mer förebyggande för att motverka fysisk och psykisk ohälsa. Vid minskad bemanningstäthet nedprioriteras rehabiliterande insatser, vilket i det långa loppet leder till försämrad livskvalitet och självständighet samt tyngre belastning på vården och omsorgen.
- Personalkontinuitet och rätt använd kompetens är mycket viktiga för att ge god vård och omsorg, men det kan vara utmanande att kombinera dessa i vissa fall.
- Då grunduppdraget utifrån SoL och det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret inte exkluderar målgrupper kan det göra att personer som inte omhändertas utifrån andra lagstiftningar eller vårdgivare hamnar inom socialnämndens vård- och omsorgsuppdrag.

## 8 Strategiska utvecklingsområden

### 8.1 Förebyggande och hälsofrämjande arbete

Förebyggande och hälsofrämjande arbete medför positiva effekter för individen och genererar samhällsekonomiska vinster. Med förebyggande och hälsofrämjande arbete skapas förutsättningar för hälsosamt åldrande. Meningsfullhet, social samvaro, goda matvanor och fysisk aktivitet är goda förutsättningar för hälsosamt åldrande.

Att stärka det friska och förebygga ohälsa är viktiga strategier för ett hälsosamt åldrande. Genom dessa strategier går det att påverka det framtida behovet av vård och omsorg. Att tidigt riskbedöma och erbjuda individuella åtgärder innebär att risken för såväl fysisk som psykisk ohälsa kan undvikas eller fördröjas.

*Socialnämndens verksamheter ska:*

- Vara drivande i arbetet med att hitta nya metoder, arbetssätt och samverkansformer för att kunna erbjuda mer förebyggande insatser till den äldre generationen i kommunen.
- Fokusera på social samvaro i det förebyggande arbetet
- Utöka samverkan med andra nämnder, frivilligorganisationer och andra aktörer
- Utveckla träffpunkter/ aktiviteter och göra dem mer flexibla som exempelvis att möjliggöra digitalt deltagande
- Främja utevistelse för målgruppen

## 8.2 Delaktighet och inflytande

Delaktighet och inflytande i samhället är en grundläggande förutsättning för folkhälsa. Bristande inflytande och möjligheter att påverka den egna livssituationen riskerar att leda till ohälsa.

Att kunna vara delaktig och ha inflytande i sin vardag och i de insatser man är berättigad till är grundläggande för ett gott välbefinnande.

Förutsättningar för delaktighet och inflytande är att information och kommunikation är anpassade utifrån de äldre personernas förutsättningar och behov. Att få valmöjligheter och vara delaktig i beslut är också viktiga förutsättningar för att skapa delaktighet och inflytande för individen. Genom att synliggöra anhörigperspektivet kan personer som är viktiga för individen involveras i vården och omsorgen under förutsättning att individen önskar detta.

För att individen ska kunna vara delaktig och ha inflytande finns verktyg såsom genomförandeplaner, vårdplaner, kontaktmannaskap och patientansvarig sjuksköterska. Detta är viktiga instrument för att kunna bemöta varje individs unika behov. Individens behov ska stå i centrum och arbetet ska organiseras därefter.

*Socialnämndens verksamheter ska:*

- Stärka individens delaktighet och inflytande i sin vård och omsorg. Alla ska vara delaktiga i upprättandet, utförandet och uppföljningen av sin genomförande- och vårdplan.
- Fortsätta implementeringen av IBIC så att denna arbetsmetod blir en naturlig del i det dagliga arbetet.
- Utveckla kontaktmannaskap för att skapa förutsättningar för att bygga relation till den personal som man möter i sin vardag.
- Arbeta för att alla brukare ska ha en utnämnd patientansvarig sjuksköterska
- Arbeta för att medborgardialoger ska vara en del i utvecklingsarbetet av verksamheten.
- Ta fram lättillgänglig information om nämndens grunduppdrag och nuläge för att ge invånarna en tydligare bild av hur verksamheten fungerar och vad man kan förvänta sig.

## 8.3 Omsorg, stöd och hjälp

För att hjälpa målgruppen att känna trygghet i vardagen kan socialnämndens verksamheter bistå på olika sätt. Då stöd kan fås både genom socialtjänstlagen och genom hälso- och sjukvårdslagen innefattar det stöd som målgruppen kan få ett brett utbud av insatser. Då mycket av vården och framförallt rehabiliteringen hos patienter i allt större utsträckning görs i det

egna hemmet så har den kommunala hälso- och sjukvården gått mot att bli allt mer specialiserad och komplex. Detta påverkar hur verksamheterna organiserar sig och vilka arbetsätt som måste användas för att kunna möta dessa ökade behov. Även utifrån socialtjänstlagen behöver stöd utvecklas. Det finns vissa områdena som framförallt behöver utvecklas utifrån dagens förutsättningar. Verksamheterna måste kunna möta fler personer med demens och psykisk ohälsa. Korttidsvården måste hantera ett högre tryck. Specialiserad och avancerad vård måste ges i högre utsträckning även i det egna hemmet. Verksamheterna måste ha ett rehabiliterande arbetsätt.

*Socialnämndens verksamheter ska:*

- Skapa förutsättningar för att bygga relationer mellan individen och personalen för att öka känslan av trygghet.
- Säkerställa kvalitativ vård med rätt använd kompetens.
- Arbeta uppsökande kopplat till anhörigstöd för att ge rätt stöd i rätt tid.
- Utveckla stöd rörande social samvaro för att försöka minska känslan av ensamhet.
- Utgå ifrån ett rehabiliterande arbetssätt.
- Utredda om förändringar i hur verksamheterna är organiserade kan leda till ett högre värde för målgruppen och verksamheten.

## **8.4 Äldres boende**

Äldre personer som vill och kan ska kunna bo kvar i den egna bostaden och få det stöd och den vård som de behöver. Det är individens behov av stöd och hjälp som avgör vården och omsorgens omfattning samt i vilken boendeform som detta kan erbjudas.

Med en åldrande befolkning förväntas behovet av vård och omsorg att öka och därmed också efterfrågan på anpassade boendeformer för äldre. En utredning har identifierat behov av en boendeform som fyller glappet mellan det ordinära boendet och vård- och omsorgsboende. En anpassad boendeform utan biståndsbeslut kan tillgodose behovet av närhet till service och gemensamhetsutrymme samt skapa trygghet och bryta oönskad isolering. Detta i kombination med ökat användande av välfärdsteknik förväntas kunna påverka behovet av platser på vård- och omsorgsboende respektive biståndsbedömda trygghetsboenden. Det förväntas leda till att behovet på främst vård- och omsorgsboende minskar över tid.

*Socialnämndens verksamheter ska:*

- Bedriva kvalitativ vård, omsorg och rehabilitering där medarbetarna ges rätt förutsättningar för att möta varje individ.
- Vara aktiv i kommunens arbete med samhällsplanering och bostadsförsörjning för att verka för äldres behov av trygghet.
- Följa förändringar i samhällsutvecklingen rörande äldres hälsa och kartlägga framtida behov av boendeformer och för att kunna använda nämndens boendeplatser på bästa sätt.

## 8.5 Kompetensförsörjning

Personalen är den viktigaste resursen för att säkerställa en god och säker vård och omsorg till äldre. Nära vård kräver allt mer avancerade sjukvårdsinsatser i hemmet och ställer krav på att medarbetares kompetens också följer med i utvecklingen. Kombinationen av en ökad andel äldre, pensionsavgångar och digitalisering gör att rekrytering, organisering och arbetssätt behöver ses över för att uppnå hållbarhet och vara tillräckliga utifrån behoven.

*Socialnämndens verksamheter ska:*

- Erbjudna hållbara och anpassningsbara scheman för att skapa förutsättningar för god arbetsmiljö i syfte att ge kvalitativ vård och omsorg.
- Kontinuerligt kartlägga vilka kompetenser som behövs utifrån samhällsutvecklingen för att kunna säkerställa en kvalitativ vård, omsorg och rehabilitering.
- Möjliggöra för vidareutbildning och kontinuerlig kompetensutveckling.
- Organisera sig på ett sätt som möjliggör för att använda kompetens på bästa sätt.
- Arbeta aktivt med arbetsmiljön och arbetsglädje för att minska sjukskrivningar.
- Ta fram en kompetenstrappa för successiv ökad delegering för att möjliggöra för rätt använd kompetens.
- Vara språkutvecklande arbetsplatser för att säkerställa god nivå på svenska språket, samt att kunna möta individer med andra modersmål.
- Ha förutsättningar för att kunna tillämpa ett nära ledarskap
- Arbeta aktivt med att skapa en hög känsla av delaktighet hos samtliga medarbetare.

## 8.6 Välfärdsteknik

Välfärdsteknik kan bidra till att stärka äldre personer genom att ge möjlighet till ett mer självständigt liv. Teknik ska användas som ett komplement i vård och omsorg i vardagen för att kunna individanpassa stödet som ges i högre grad. Välfärdsteknik kan också bidra till förbättrad kvalitet inom välfärdssektorn, ett bättre resursutnyttjande och därigenom samhällsekonomisk hållbarhet. Vilket är ett måste för att klara av att ta hand om de ökade behov som ses framöver med färre resurser både i form av kompetens och ekonomiska medel.



*Socialnämndens verksamheter ska:*

- Införa välfärdsteknik som skapar ett högre värde för individen.
- Kartlägga och utveckla sina processer för att kunna införa metoder som är mer värdeskapande både för individ och för organisation.
- Utöka omvärldsbevakning och erfarenhetsutbytet med andra kommuner och organisationer.
- Kontinuerligt kartlägga vad som behövs för infrastruktur för att kunna införa den välfärdsteknik som organisationen har behov av framöver.
- Arbeta för att höja kompetensen om välfärdsteknik och dess positiva effekter både hos brukare och hos medarbetare.
- Utarbeta en stödstruktur för användning av välfärdsteknik, e-tjänster och andra digitala lösningar i samarbete med kommunens andra nämnder.

## **8.7 Samverkan**

Utifrån utveckling av äldres hälsa behöver socialnämnden och samhället i stort ge allt mer komplex vård, omsorg och rehabilitering, då det ofta rör sig om en sammansättning av olika behov hos individen. Samverkan mellan olika huvudmän, förvaltningar och verksamheter är därför ofta avgörande för att ge en god vård och omsorg. I samverkan med andra är det viktigt att ansvarsfördelning och roller är tydligt definierade, och att alla parter visar förståelse för allas olika förutsättningar och processer, för att kunna hitta lösningar som fungerar över organisatoriska gränser. Samverkan är viktigt på alla nivåer, både i planering av vård och omsorg samt i utförandet för den enskilde.

Eftersom det finns en obalans mellan målgruppens behov framöver och kommunens tillgång till resurser kommer samverkan med civilsamhället också att vara av större vikt kommande år. Engagemang hos ideella föreningar och individer kan hjälpa kommunen att försöka möta behov som redan finns, men också för att försöka minska behoven framöver. Alla krafter i samhället är viktiga och till hjälp i arbetet med att försöka möta invånarnas behov av framförallt social samvaro och känslan av trygghet.

*Socialnämndens verksamheter ska:*

- Fortsatt samverka för att underlätta för individen vid kontakt med flera vårdinstanser.
- Samverka med andra kommuner kring insatser till personer med mindre vanliga diagnoser.

- Tillsammans med kommunens övriga nämnder vara drivande i arbetet med att hitta nya metoder, arbetssätt och samverkansformer med andra aktörer för att utveckla det förebyggande arbetet.
- Tillsammans med kommunens övriga nämnder hitta former för att ta till vara på civilsamhällets krafter till volontärarbete och engagemang.

## 8.8 Kvalitetsarbete och resultatuppföljning

Kvalitetsarbete och resultatuppföljning är viktigt att prioritera för att kunna fortsätta att utveckla verksamheternas kvalitet och effektivitet.

Medarbetarnas och ledningens engagemang lägger grunden för detta arbete. Därför är det viktigt att alla ges förutsättningar att få mer kunskap om och möjlighet till att vara delaktiga i detta arbete. De metoder som används och vad som följs upp idag behöver utvecklas, följas upp och systematiskt analyseras för att skapa möjligheter till kvalitetsutveckling samt ge grund för framtida planering. Verksamheten ska följa upp det som är relevant för att kunna säkra och utveckla kvaliteten i vård och omsorg som ges till målgruppen. Information och resultat från synpunkts- och klagomålshantering, avvikelsetredningar, riskanalyser, internkontroller och egenkontroller, brukar- och medarbetarenkäter, nationella kvalitetsregister och undersökningar ska användas för att säkerställa och förbättra kvaliteten. Både befintliga och nya rutiner som kommer till för att bidra till att säkra kvaliteten i verksamheterna ska vara kända hos alla berörda medarbetare.

*Socialnämndens verksamheter ska:*

- Utvärdera implementeringen av IBIC för att följa hur det har skapat mervärde för individen och ta lärdomar av det och använda det i den strategiska planeringen framöver.
- Ta fram mer kvalitativa uppföljningsmetoder av målgruppens upplevelse av sin vård och omsorg för att kunna analysera och förbättra verksamheten.
- Använda processkartläggning utifrån ledningssystemet i arbetet med ständiga förbättringar.
- Utveckla användandet av de nationella kvalitetsregisterna exempelvis Senior Alert.
- Förbättra uppföljning, utredning och analys av avvikelser, synpunkter och klagomål på alla nivåer, för att hitta och åtgärda organisatoriska brister och systemfel.
- Använda egenkontrollen för uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.
- Följa utvecklingen av grunduppdraget för att kunna planera för kommande målgruppers behov och göra anpassningar för att kunna möta utvecklingen exempelvis förskjutningen av ansvar för vård.

- Ge alla medarbetare och chefer tillräcklig kunskap och möjlighet att vara delaktiga i kvalitetsarbetet.

## 9 Slutsats

Flera slutsatser kan dras utifrån framtagande av denna strategi och utifrån den medborgardialog som har genomförts. Det har blivit tydligt att det viktigaste för att socialnämndens verksamheter ska kunna klara grunduppdraget med att erbjuda god och säker vård och omsorg till invånarna krävs samverkan. Samverkan inom kommunen, med andra kommuner, Region Jönköpings län, andra organisationer och aktörer i samhället måste utvecklas. Områden där samverkan är särskilt viktigt är bland annat bostadsförsörjning, förebyggande arbete, social samvaro och digitalisering.

## Referenser

Avtal mellan Region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende; <https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/api/Evolution/pdf/6f993e0a-1013-471e-9eeb-b386978e2ed4>

Befolkningsprognos; <https://www.gislaved.se/kommun-och-politik/kommunfakta/befolkningsstatistik---antal-invanare>

Befolkningsstruktur;

<https://www.gislaved.se/download/18.25a13a6117c7e3190f5114651634720006604/Hur%20%C3%A4r%20%C3%A4get.%20Gislaveds%20kommun.%20kartl%C3%A4ggning%2020200918%20rev%2020210528.pdf>

Demens; <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/demenssjukdomar-hos-aldre-personer/>

Demens; <https://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demens-i-siffror/>

Fallolyckor; <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/fallolyckor/>

Folkhälsan under covid-19 pandemin;

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/folkhalsomyndighetens-arbete-med-covid-19/covid-19-och-folkhalsan/>

Folkhälsoutveckling; <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling--arsrapport-2021/>

Fysisk aktivitet; <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/fysisk-aktivitet/>

Fysisk aktivitet; [http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/FYSS-kapitel\\_FA\\_aldre\\_FINAL\\_2016-12.pdf](http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/FYSS-kapitel_FA_aldre_FINAL_2016-12.pdf)

Fysisk aktivitet; <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/r/riktlinjer-for-fysisk-aktivitet-och-stillasittande/>

God man, förvaltare; <https://www.gislaved.se/omsorg-stod-och-hjalp/ekonomi-ekonomiskt-bistand/god-man-forvaltare-overformyndare>

God man, förvaltare;

[https://www.demenscentrum.se/sites/default/files/globalassets/arbeta\\_med\\_demens\\_pdf/nollvision/handbok\\_nollvision\\_webb.pdf](https://www.demenscentrum.se/sites/default/files/globalassets/arbeta_med_demens_pdf/nollvision/handbok_nollvision_webb.pdf)

Hållbar socialtjänst; [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/statens-offentliga-utredningar/hallbar-socialtjanst---en-ny-socialtjanstlag-\\_H8B347](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/statens-offentliga-utredningar/hallbar-socialtjanst---en-ny-socialtjanstlag-_H8B347)

Hälso- och sjukvårdslag; [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30)

Individens behov i centrum; <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/individens-behov-i-centrum-ibic/>

Kolada;

[https://www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?\\_p=jamforelse&focus=16595&tab\\_id=74606](https://www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?_p=jamforelse&focus=16595&tab_id=74606)

Kompetensförsörjning;

<https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/aldreomsorg.35046.html>

Läkemedel; <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/lakemedel-for-aldre-personer/>

Mat för äldre; <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/mat-och-naring-for-aldre-personer/>

Medellivslängd; <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/medellivslangd/>

Medellivslängd; <https://utveckling.rjl.se/hur-gar-det/halsa/?accordionAnchor=271>

Munhälsa; <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-9-7549.pdf>

Munhälsa;

<https://tandlakarforbundet.se/app/uploads/2017/01/handlingsprogram-skora-aldre-fin-1.pdf>

Nationella riktlinjer; <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/>

Nationell värdegrund för äldreomsorgen;

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/nationell-vardegrund-for-aldreomsorgen/>

Nära vård;

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/omstallningtillnaravard.57446.html>

Palliativ vård; <https://palliativtutvecklingscentrum.se/utveckling/nationell-varvplan-nvp/>

Palliativ vård; <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/palliativ-varv-av-aldre-personer/>

Patientlag; [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Patientsäkerhetslag; [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Psykisk hälsa; <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/psykisk-halsa-hos-aldre-personer/>

Regional strategi Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län; <https://utveckling.rjl.se/strategier--handlingsplaner/strategin-tillsammans-for-jamlik-halsa-och-ett-bra-liv-i-jonkopings-lan-folkhalsa/>

Riktlinjer för handläggning inom socialtjänstlagen, vård och omsorg; <https://www.gislaved.se/download/18.7f15ae74175baa7107be6ec/1605524736635/Riktlinjer%20f%C3%B6r%20handl%C3%A4ggning%20SoL%20V%C3%A5rd%20och%20omsorg%20fastst%C3%A4llda%20av%20socialn%C3%A4mnden%202020-10-06%20Sn%20C2%A7124.pdf>

Risk för brand; <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/brandskydd-for-sarskilt-riskutsatta-personer/>

Samtycke; [https://www.demenscentrum.se/sites/default/files/globalassets/arbeta\\_med\\_demens\\_pdf/nollvision/handbok\\_nollvision\\_webb.pdf](https://www.demenscentrum.se/sites/default/files/globalassets/arbeta_med_demens_pdf/nollvision/handbok_nollvision_webb.pdf)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete; <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20119-om-ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete/>

Socialtjänstlag; [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453)

Våld mot äldre; <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/vald-och-fortryck/vald-i-nara-relationer/sarskild-utsatthet/>

Våld mot äldre; <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-1-4.pdf>

Välfärdsteknik; <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/valfardsteknik/>

Välfärdsteknik; <https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/overenskomme-lsealdreomsorg/kompetenscentervalfardsteknik.34196.html>

Äldres hälsa; <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/aldre/aldres-halsa/>

Äldreomsorg i Gislaveds kommun; <https://www.gislaved.se/omsorg-stod-och-hjalp/aldre>

## Bilaga I

### 9.1 Exempel på olika skeden i ett biståndsärende

Esther är 78 år gammal och har ansökt om ett trygghetslarm via kommunens e-tjänst. Hon bor ensam i ett hus i centrala Anderstorp, som är i två våningar och har en stor trädgård.

Biståndshandläggare gör ett hembesök ett par veckor senare och berättar lite om verksamheten, hemsjukvården och vad man kan tänka på gällande fallprevention. Esther känner sig pigg och har stöd av sin familj och sitt umgänge men har börjat känna en oro över att hon är ensam i sitt hus och det därför hade kännas tryggt att få ha ett trygghetslarm. Även barnen anser att det är en trygghet för dem. Esther känner sig trygg och nöjd med trygghetslarmet som nu installerats men har funderat en del på vad biståndshandläggaren sa om att börja tänka på annat boende.

Fem år senare faller Esther i hemmet. Hon bor kvar i huset och kunde använda sig av trygghetslarmet när hon föll. Under åren har hon även fått hjälp med matdistribution och städning. Esther blir inskriven på sjukhuset med frakturer och får där frågan om hon behöver ha hjälp från kommunen vid utskrivning, vilket hon anser sig behöva. Esther har fått till sig av sin dotter att ansöka om en korttidsplats, det känns tryggast så, då hon behöver en hel del hjälp.

Under vistelsen på sjukhuset får Esther ett samtal från en biståndshandläggare. Hen berättar att sjukhuset nu meddelat att Esther behöver stöd från kommunen och att hon planeras skrivas ut inom ett par dagar. Esther berättar att hon helst vill ha en korttidsplats. Biståndshandläggaren informerar om att hen tar emot ansökan men utifrån det hjälpbehovet som Esther har idag på sjukhuset skulle hon kunna vara hemma med hemtjänst. Biståndshandläggaren har fått en bedömning från sjukhuset angående Esthers förmåga att förflytta sig och sköta sin personliga omvårdnad. Enligt den ser biståndshandläggaren att Esthers behov skulle kunna tillgodoses med en del hemtjänst och hjälpmedel. Eftersom sjukhuset meddelat kommunen att Esther är ineliggande och behöver hjälp tar även hemsjukvården kontakt. En arbetsterapeut ringer till Esther och ställer frågor om hennes hem och eventuella behov av hjälpmedel. Arbetsterapeuten vill gärna göra ett hembesök innan Esther skrivs ut för att kunna göra en bedömning kring hur det kan fungera i hemmet för henne. Esther behöver nu hjälp av rollator, en vårsäng samt en duschstol.

Biståndshandläggaren ringer till Esther dagen efter och berättar att arbetsterapeuten varit i Esthers hus och att de bedömer att det kan gå bra att komma hem och få hjälp av hemtjänst. Esther får avslag på sin ansökan om korttidsplats och biståndshandläggaren föreslår en del hemtjänstinsatser som skulle kunna hjälpa Esther. Esther känner en viss oro över att komma

hem till huset igen och klara sig med hemtjänst. Ett par dagar senare skrivs Esther ut.

I hemmet möts hon av hemtjänstpersonal som presenterar sig, sin verksamhet och gör upp en daglig plan för hur hjälpen hos henne ska se ut. Esther ska nu även få hjälp med dusch, tvätt, social aktivering, hjälp morgon och kväll med att komma i och ur säng, att klä sig, toalettbesök och mat. Esther ska även få en tillsynskamera för natttillsyn installerad, vilket hon tycker känns spännande och tryggt. Esther kan då sova gott hela natten utan att bli väckt men känna tryggheten i att hon får en tillsyn och hjälp om något skulle hända. Även arbetsterapeut och sjukgymnast kommer under dagen med olika hjälpmedel. Biståndshandläggare och vårdsamordnare från vårdcentralen besöker Esther i hemmet ett par dagar efter hemkomsten för att följa upp hur det fungerar. Esther är väldigt nöjd med all hjälp hon får. Hon blir inskriven i hemsjukvården och får nu även fullt stöd med sin läkemedelshantering. Även denna gång påtalar biståndshandläggaren att Esther kan behöva se över sin boendesituation och fundera på att flytta till en handikappanpassad lägenhet.

Esther är nu 87 år gammal. Hennes hjälpbehov har sedan sjukhusvistelsen gått upp och ner. Hemtjänsten kunde minskas en del efter sjukhusvistelsen men har sedan behövt ökas igen efter flera fall i hemmet och fler sjukhusvistelser. Esther har även varit på korttidsplats ett par gånger då hon tillfälligt behövt väldigt mycket hjälp. Senaste gången hon var på korttidsplats ville hennes barn att hon skulle stanna kvar, men biståndshandläggaren meddelade att hon återigen kunde gå hem med hemtjänst.

Sedan 4 år tillbaka bor nu Esther i en seniorlägenhet i centrala Anderstorp. Esther tyckte det var svårt att ta steget att flytta då hon bott länge i huset och alla lägenheter har så hög hyra. Efter försäljningen var hon inte berättigad bostadstillägg men det har fungerat bra ändå.

Esther har fått en demensdiagnos och sedan cirka ett halvår tillbaka är det mycket som är svårt att klara för henne i hemmet. Esther har vid ett par gånger inte riktigt vetat var hon är och gått ut på gatan utanför huset mitt i natten. Hon har fått ett GPS-larm som gör att det larmar om hon går iväg men hon har även svårigheter med att hålla reda på vilken tid det är på dygnet. Hon ringer ofta till sina barn på natten och frågar var hon är och när hemtjänsten kommer. Esther och hennes barn känner en stor oro och otrygghet och barnen hjälper henne därför med att ansöka om ett vård- och omsorgsboende.

Biståndshandläggaren har tagit emot ansökan och hen kommer hem till Esther på hembesök för att få lite information om situationen. Hen berättar att hen varit i kontakt med hemtjänsten, hemsjukvården och arbetsterapeut, som har lämnat information om Esthers situation i hemmet. Barnen berättar om hur Esthers vardag ser ut, deras oro och varför de ansökt om boende.



Hemtjänsten meddelar att Esther oftast inte vet vad klockan är när de kommer och att hon inte vill att de ska gå ifrån henne när de är klara med insatsen. De senaste månaderna har Esther även börjar larma en hel del, även direkt efter att hemtjänsten lämnat henne. Biståndshandläggaren meddelar att en utredning nu ska skrivas och en bedömning ska göras, men att det är dennes chef som fattar beslut om Esther får ett vård- och omsorgsboende eller inte. Esther har nu hjälp morgon, förmiddag, middag, eftermiddag, kväll och natt med både servicedelar och personlig omvårdnad samt städ- och tvätthjälp, hjälp med hemhandling, social aktivering, promenader samt dagverksamhet 3 gånger i veckan. Hon har även två nattinsyner via tillsynkamera samt ett GPS-larm. Biståndshandläggaren skriver utredningen och kommer där fram till att Esthers behov ej längre kan tillgodoses med hemtjänst då hon nu har i stort sett så mycket hemtjänst som hon kan få. Esthers ansökan beviljas och inom 3 månader får hon ett erbjudande om en demensplats på vård- och omsorgsboende.

Esther flyttar in på ett demensboende en månad senare. Hon kommer snabbt till ro. Barnen är nöjda med mammans hjälp och Esther verkar trivas med sitt nya hem.