



Äldreomsorgs- plan 2008 - 2010

Innehållsförteckning

Inledning	1
Syfte	1
Arbetsgrupp för utformandet av ÄO-planen.	1
Definitioner	2
Lagar.....	2
Från fattigvård till seniorboende	4
Dagens äldre.....	4
Ädelreformen.....	5
Mål för äldreomsorgen	6
Hemtjänst och särskilt boende.....	7
Hemsjukvård	7
Daglig verksamhet.....	8
Rehabilitering	8
Demensvård.....	9
Stöd till anhöriga och närstående	9
Vård i livets slutskede	9
Personalen - medarbetarna	9
Information.....	10
Förebyggande insatser och hälsofrämjande arbete.....	10
Inflytande och delaktighet.....	10
Ny teknik.....	10
Kvalitetsuppföljning.....	10
Forskning och utveckling.....	10
Äldreomsorgen i Ljusnarsbergs kommun.....	11
Framtida behov.....	11
Framtida behov i Ljusnarsbergs kommun.....	12
Rehabilitering.....	12
Stöd till anhöriga och närstående	13
Vård i livets slutskede	13
Personal – medarbetare	13

Bilagor

Inledning

Syfte

Utgångspunkten för socialt stöd, vård och omsorg är alla människors lika värde. De grundläggande principerna är självbestämmande, trygghet och respekt. All verksamhet måste ha sin utgångspunkt i individens önskemål och behov. Att genomföra det i praktiken är en fråga som handlar om vardagens möten mellan människor, en fråga som ständigt måste hållas vid liv för både individer och organisation.

Kvalitet är att göra rätt saker, på rätt sätt, till nytta för den som verksamheten är till för. För att säkra att rätt saker görs på rätt sätt måste verksamheten planeras. Planering och genomförande måste sedan följas upp och analyseras så att man kan se om resultaten blev de avsedda. Uppföljningen ger ett underlag så att möjligheter till förbättringar kan identifieras och leda till att verksamheten utvecklas.

Målet för allt kvalitetsarbete är att ge effektivare verksamhet, nöjdare medborgare/brukare och medverka till att verksamheten ständigt utvecklas och förbättras.

Ljusnarsbergs kommun vill med denna plan tydliggöra det synsätt och den målsättning som ska vara styrande. Den ska också syfta till en gemensam strategi för att skapa enhetlighet och tydlighet om vad som ska uppnås, följas upp och utvecklas. Genom återkommande revideringar ska planen vara framåtsträvande och syfta till att öka den enskildes valfrihet och möjlighet att påverka.

Arbetsgrupp för utformandet av ÄO-planen.

Som tidigare beskrivits vill Ljusnarsbergs kommun med den nya Äldreomsorgsplanen tydliggöra det synsätt och den målsättning som ska vara styrande. Planen ska verka för en gemensam strategi för att skapa enhetlighet och tydlighet om vad som ska uppnås, följas upp och utvecklas. Genom återkommande revideringar ska planen vara framåtsträvande och syfta till att öka den enskildes valfrihet och möjlighet att till att påverka.

Arbetsgruppen som arbetat fram kommunens nya Äldreomsorgsplan har bestått av:

Christer Lenke, Kommunchef

Lindha Gustavsson, Socialchef

Suzanne Sillrén, Enhetschef för Treskillingen samt hemtjänsten.

Kerstin Hansson, Enhetschef för Solgården samt sjukhemmet.

Agneta Ullström, Biståndshandläggare.

Gunilla Andersson, MAR(medicinskt ansvarig arbetsterapeut)

Eeva-Lisa Sandin, MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska)

Definitioner

Biståndsbeslut: Ett myndighetsbeslut med rättsverkan. Kan överklagas till förvaltningsdomstol med så kallad förvaltningsbesvär. Beslut om boende i särskild boendeform är sådant beslut.

Hemtjänst: Biståndsbeslut om social service- och omvårdnadstjänst i det egna hemmet som beviljas efter ansökan om behovsutredning.

Hemsjukvård: medicinsk insats som ges enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Kan ges såväl i eget boende som i särskild boendeform. I de särskilda boendeformerna är hemsjukvården kommunens ansvarsområde upp till och med insats av sjuksköterska. Läkarinsatser är landstingets ansvar. Även i eget boende har kommunen ansvar för all hemsjukvård.

Korttidsboende, avlastningsboende, växelvård, sviktplatser: Boende i särskild boendeform som avses pågå under kortare period för att möjliggöra rehabiliteringsinsatser med mera. Det kan också vara ett boende för att erbjuda anhörig avlastning och vila under en kortare period. Denna boendeform är således inget permanentboende. Besittningsskydd och sedvanliga hyreskontrakt är ej aktuellt.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS): En sjuksköterska som enligt lag skall finnas i kommunen för att säkerställa att den medicinska vården inklusive läkemedelshanteringen sker på ett betryggande sätt, samt att anmälan till Socialstyrelsen sker vid eventuella felbehandlingar.

Utskrivningsklar: En bedömning som görs av läkare, som dels innebär att somatiskt eller psykiatrisk vård på sjukhus inte längre är nödvändig av medicinska skäl, dels att kommunens betalningsansvar gentemot landstinget då inträder. Det senare innebär att kommunen efter vårdplanering exempelvis kan ordna boende i särskild boendeform eller välja betala vårdplatsen på sjukhuset.

MAR – medicinskt rehabiliteringsansvarig arbetsterapeut

MAS – medicinskt ansvarig sjuksköterska

Lagar

SoL Socialtjänstlagen (2001:453).

Kap 1. Socialtjänstens mål

1 § Samhällets socialtjänstlag skall på demokratin och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupper egna resurser.

Kap 2. Kommunens ansvar.

3 § Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

Äldre människor

4 § Socialnämnden skall verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

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

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

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

HSL Hälsa och sjukvårdslagen (1982:763).

Inledande bestämmelser.

1 § Med hälso –och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

2 § Målet för HSL är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Lag (1997:142)

Från fattigvård till seniorboende

Det har hänt mycket sedan 1918 års fattigvårdsdag som sa att kommunerna hade skyldighet att inrätta hem för ”åldringar och andra vårdbehövande”. Det dröjde ända fram till 1947 innan ålderdomshemmen skiljdes från fattigvården. Då påbörjades också en kraftig utbyggnad – man beräknade att ungefär var tionde pensionär skulle behöva en plats.

Ett par år senare startade en omfattande debatt och upptakten var en debattskrift av Ivar-Lo Johansson som lanserade parollen ”hemvård istället för vårdhem”. Det började växa fram olika alternativ till ålderdomshemmen och en bidragande orsak hade varit folkpensionsreformen 1948 som innebar att äldre inte längre behövde flytta till ålderdomshem enbart på grund av fattigdom. Ett alternativ som växte fram var särskilda pensionärsbostäder som byggdes för att förbättra äldres boendesituation. Den utveckling som kom att få störst betydelse var hjälp i det egna hemmet.

Röda Korset startade 1950 det första försöket med hemsamaritverksamhet och 1952 kom Socialstyrelsen med det första direktivet för utformningen av hemhjälp för gamla. Samma år tillsattes en utredning med uppdrag att ”söka lösa åldringsvårdens problem även på andra vägar än anstaltsvård, bl a genom att vidtaga åtgärder för att göra det möjligt för åldringarna att kvarstanna i sina hem”.¹

Regeringen följde utredningens förslag, som stadfästes av riksdagen 1957 och detta kan betecknas som ett genombrott för hemmaboendeideologin (kvarboendeprincipen).

Dagens äldre

Dagens äldre är för det första just äldre. För det andra är de friskare och vitalare långt upp i åldrarna och framför allt är de fler. I dag lever i Sverige över 1,5 miljoner personer som är 65 år eller äldre. Det motsvarar 17,4 procent av befolkningen, vilket är den högsta andelen i världen. Detsamma gäller andelen personer över 80 år som för närvarande är 5,4 procent eller 490 000 personer². De senaste befolkningsprognoserna visar att antalet personer över 65 år kommer att ligga relativt konstant de närmaste åren för att därefter börja öka. Denna ökning kommer att bli stark på 2010-talet och en ny, mycket kraftig ökning förväntas på 2020-talet. En viktig faktor vid befolkningsberäkningar är hur dödligheten förändras.

Medellivslängd

År	1750	1850	1950	2000	2030
Män	33,7	40,5	70,9	77,4	80,5
Kvinnor	36,6	44,4	74,1	82,0	84,9

I mitten av 1700-talet var medellivslängden för en man knappt 34 år. 250 år senare – 2000 – var den drygt 77 år. De prognoser som SCB gör visar på att vi kommer att bli

¹ SOU 1956:1

² SCB, befolkningsstatistik 2006-12-31

ännu äldre framöver. SCB har också under många år gjort undersökningar om hälsoutvecklingen i olika åldersgrupper, de sk ULF-undersökningarna. Där framgår att andelen med svår ohälsa i åldrarna 70-84 år minskar. Andra undersökningar visar att andelen med lätt ohälsa däremot ökar men att detta kan vara en följd av en ökad diagnosticering och uppmärksamhet på sjukdomar som inte medför funktionsnedsättningar. I så fall påverkar det inte heller kostnaderna för vård och omsorg eller behovet av äldreomsorg.

Idag har äldre fler anhöriga och närstående än tidigare. Betydligt fler har barn och syskon som fortfarande är i livet. Ca 12-15 procent av nyblivna pensionärer har till och med minst en förälder kvar i livet och barnen bor oftast inom ganska kort geografiskt avstånd. De som blir mycket gamla förlorar ofta sitt kontaktnät och det finns de som känner sig ensamma och isolerade. Men för den stora delen av gruppen över 65 år har personliga kontakter ökat på grund av förbättrade kommunikationer och ny teknik. Många äldre har omfattande kontakter och är aktiva i föreningar och studiecirkel.

Ädelreformen

1992 övertog kommunerna sjukvårdsansvaret för äldre vården, inklusive rehabiliteringen efter sjukvårdsvistelsen. Syftet var att skapa tydliga ansvarsförhållanden och ändamålsenliga organisatoriska förutsättningar för att utveckla samhällets vård och omsorg (prop 1990/91:14).

Ädelreformen innebar att kommunerna fick ett övergripande ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och handikappade. I samband med detta infördes i socialtjänstlagen en skyldighet för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för människor med behov av särskilt stöd. Till de särskilda boendeformerna hör ålderdomshem, servicehus och de sjukhem som i reformen överfördes från landstingen.

Kommunerna fick även ett ansvar för hälso- och sjukvård (exklusive insatser) samt för enklare handikapphjälpmedel i särskilda boendeformer. Vidare fick kommunerna genom ädelreformen dels ett lagreglerat betalningsansvar för sådan somatisk långtidssjukvård som de inte har verksamhetsansvar för dels ett betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter inom den somatiska akutsjukvården och geriatriken. Ytterst syftade ädelreformen till att ge kommunerna ekonomiska och organisatoriska förutsättningar för att förverkliga övergripande mål gällande valfrihet, trygghet och integritet i vården och omsorgen av äldre och handikappade. Vidare syftade reformen till ett effektivare utnyttjande av samhällets resurser för vård och omsorg.

Mål för äldreomsorgen

Genom att samhällets stöd har ändrats de senaste decennierna har också äldres möjligheter att bo kvar i sin ursprungliga miljö stärkts. Detta innebär att hemtjänstens uppgifter har förändrats från att tidigare i huvudsak handla om hemmets skötsel till att idag även omfatta kvalificerad omvårdnad och sjukvård. Det har också lett till att de som idag ansöker om plats i särskilt boende har ett mycket större omvårdnadsbehov än tidigare.

Äldre människor ska behandlas som enskilda individer och det stöd och den hjälp som kan behövas ska i så stor utsträckning som möjligt utformas efter individens förutsättningar och behov. Den enskildes rätt till självbestämmande kräver flexibilitet från kommunen, men även hos den äldre själv.

En viktig insats kommunen kan göra för de äldre ligger i tiden innan behovet av omsorg uppstår. Den enskilde själv har ett stort ansvar att hålla sig frisk och aktiv men ibland kan det vara svårt att själv kunna aktivera sig i form av fysisk träning eller mental stimulans. Då är det viktigt att få det stöd och den hjälp som krävs för att komma igång på egen hand eller tillsammans med andra. Den som så behöver ska få hjälp att hålla sig frisk och vital så länge det är möjligt.

Äldre människor ska kunna välja och bo och få sin vård och omsorg hemma och i sin in-vanda sociala miljö. När behovet av annan boendeform uppstår ska man kunna få detta så långt som möjligt efter eget och närståendes val. Att känna trygghet och ha tillgång till vänner och närstående men också en väl fungerande hälso- och sjukvård är av grundläggande betydelse för äldre.

Alla vill få uppleva den senare delen av livet som frisk, aktiv, vital och med möjlighet att delta i aktiviteter och meningsfull gemenskap med andra. Många vill också utveckla intressen som inte hunnits med under den yrkesverksamma delen av livet. Det är därför viktigt att äldre ges möjlighet och förutsättningar till detta.

I Ljusnarsbergs kommun ska (inriktningsmål):

- Verksamheterna kännetecknas av god kvalitet och rätt servicenivå.
- Verksamheterna ska kännetecknas av professionellt förhållningssätt gentemot brukare och anhöriga.
- Biståndsprövning ska ske på ett rättssäkert och yrkesmässigt sätt.
- Brukaren ska vid behov få råd, stöd och hjälp som främjar möjligheten att bo kvar hemma (kvarboendepincip).
- Särskilt boende med särskild service ska erbjuda trygghet i hemlik miljö.
- Brukaren vid behov erbjudas rehabilitering för att möjliggöra ett självständigt liv.
- Samverkan främjas med andra aktörer, internt och externt.

Mål att uppnå (effektmål):

- Andelen nöjda brukare, avseende kvalitet och servicenivå, ökad trygghet och trivsel ska uppgå till minst 90 %.
- Andelen anställda med adekvat utbildning ska årligen öka.
- Tid för besök och utredning ska ske inom utarbetade tidsramar. Beslut ska tidsbegränsas.
- Sträva efter att insatser ges till lägre kommunal kostnad.
- Andelen nöjda brukare inom särskilt boende, avseende trygg och hemlik miljö, ska uppgå till minst 90 %.
- Brukare som genomgår rehabilitering ska återgå till samma eller lägre nivå.

Hemtjänst och särskilt boende

Utgångspunkten under senare år har varit möjlighet till att bo kvar i eget boende. De som har behov av hemtjänst eller särskilt boende ska kunna känna trygghet i den vård och omsorg som ges. Vård och omsorg ska präglas av respekt för den enskilde, dennes bakgrund och kultur, liksom respekt för att det är i den enskildes hem personalen arbetar. För vårdtagare med utländskt ursprung ska, om möjligt, insatsen ges på det egna modersmålet.

Valfrihet innebär att, inom ramen för biståndsbeslutet, skall den enskildes egna önskemål och prioriteringar tillgodoses. Det är också viktigt att kunna tillgodose de sociala och intellektuella behov som finns av samvaro och stimulans. Att också fysiska aktiviteter kan vara viktiga förebyggande insatser som på sikt motverkar ökat vårdberoende bör uppmärksammas.

När behovet av vård, omsorg, trygghet och säkerhet inte kan tillgodoses i hemmet blir flytt till ett särskilt boende aktuellt. För att tillgodose äldres skiftande behov måste det finnas boenden med olika inriktning. Det kan vara demensboenden, somatiska boenden men också boenden med annan inriktning.

Det är angeläget med kontinuitet i uppföljningen av insatserna och i kommunikationen mellan biståndshandläggare, personal, den enskilde och dennes närstående.

Hemsjukvård

Samverkan mellan regionens hälso- och sjukvård och den kommunala äldreomsorgen utvecklas ständigt framförallt när det gäller de mest vårdbehövande som bor kvar i det egna boendet. Det är viktigt att insatserna i den äldres hem präglas av helhetssyn.

Utgångspunkten ska vara att den äldre överhuvudtaget inte skall behöva märka eller bekymra sig över vem som är huvudman för olika delar av vården och omsorgen. Därför måste alla samarbeta och finna nya okonventionella lösningar.

Korttidsboende är ett viktigt komplement till hemtjänst och hemsjukvård samt närståendestöd. Det kan vara avlösning för anhöriga och närstående, det kan också vara rehabilitering eller utredningar av olika skäl. Bakgrunden till behovet av ett korttidsboende kan vara somatisk sjukdom, demenssjukdom eller psykiskt funktionshinder.

Det kan också finnas skäl för korttidsboende av sociala skäl (inkl avlastning för anhöriga) och för personer som vårdas i livets slutskede. Att ha en god tillgång på korttidsplatser möjliggör kvarboende i hemmet. Det ger också förutsättningar för den enskilde att leva så självständigt som möjligt. Korttidsboende ges i huvudsak till personer som bor i ordinarie boende.

Daglig verksamhet

Daglig verksamhet är ett komplement till hemtjänst samt stöd till anhörig- och närståendevårdare. Det gör det också lättare att bo kvar i det egna hemmet. Dessa verksamheter bör anpassas i större utsträckning till de enskildas behov. Det är angeläget att uppmärksamma behovet av sociala verksamheter för dem som behöver stimulans och sysselsättning för att bryta ensamhet och isolering. Möjligheten till gemensamma måltider bör tillvaratas.

Ljusnarsbergs kommun bör på olika sätt stimulera frivilliga insatser och stödja frivilligorganisationerna inom äldreomsorgen. Frivilligarbete ska ses som ett komplement och ske på frivilligorganisationernas och de enskildas egna villkor.

Rehabilitering

Kommunen har ansvar för rehabiliteringsinsatser för personer som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. Med rehabilitering inom hälso- och sjukvården avses tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatser ska kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Detta inbegriper information och utbildning till anhöriga, personal och andra betydelsefulla personer i den enskildes närhet.

De rehabiliteringsinsatser som ges ska vara sammanhållna och individuellt anpassade för att höja aktivitetsförmågan och förbättra eller bibehålla funktioner. De ska också syfta till att förbättra möjligheterna till oberoende i eget ordinarie boende eller särskilt boende. Ett viktigt mål är att få ett rehabiliterande synsätt i vården. All rehabilitering ska vara individuell och insatserna ska utgå från individen och det sammanhang hon eller han lever sitt liv i.

Demensvård

Enligt statistiken blir 5 % av Sveriges befolkning dementa av någon typ under sitt liv, vilket självfallet påverkas p.g.a. de allt högre stigande åldrarna.

I Ljusnarsbergs kommun är drygt 23 % av befolkningen 65 år och äldre, vilket motsvarar cirka 1220 personer. Av dessa är idag 391 personer 80 år och äldre.

Av den anledningen bör demensvården i vår kommun särskilt beaktas med tanke på att vi har en högre andel äldre personer än landet i genomsnitt.

Vid ombyggnaden av gamla sjukhemmet, numera kallat Koppargården, finns förslaget att anpassa två mindre avdelningar (inom en större avdelning totalt 16 platser) speciellt för personer med demens. Närmare detaljbeskrivning på hur detta föreslås se ut finns på de framtagna ritningarna för ombyggnationen.

Stöd till anhöriga och närstående

Anhörigas och närståendes insatser är ovärderliga i äldreomsorgen. Det gäller inte minst insatser som sker i det ordinära boendet och som i många fall kan vara helt avgörande för att den enskilde ska kunna bo kvar hemma. Den som vårdar en anhörig eller närstående ska ha möjlighet att få stöd och hjälp på flera sätt. Det är viktigt att dessa insatser anpassas till det individuella behovet. Kommunen ska informera om stödet och erbjuda en stödperson samt anordna utbildning och regelbundna träffar för anhöriga och närstående. Stödet bör utformas så att det blir på villkor som passar den närstående.

Vård i livets slutskede

Den enskilde ska få välja var man vill dö. Det innebär att den enskildes önskemål ska vara styrande om var detta ska ske; på sjukhus, i ett särskilt boende eller i hemmet.

Personalen - medarbetarna

Kommunen har huvudansvaret för att all personal inom äldreomsorgen har grundläggande vårdutbildning och kompetens som svarar mot arbetsuppgifterna. Möjligheterna att erbjuda en god vård och omsorg är starkt beroende av detta. Kompetens är mycket mer än de kunskaper man förvärvar genom sin yrkesutbildning. Kompetens är kombinationen av kunskap, förvärvad erfarenhet, personlig mognad och förmågan att kunna använda detta. Kompetensutveckling måste utgå från både individens och verksamhetens behov och ha ett nära samband med de mål som finns för verksamheten.

För att klara dagens verksamhet men även utveckla den för framtiden krävs ett gott ledarskap på alla nivåer. Ledarskap är att göra personalen motiverad och ansvarskännande och ledare på alla nivåer måste tycka om att arbeta med människor och förstå att stimulera till arbetsglädje och arbetsresultat. Ledaren skall vara en förebild för medarbetarna och en inspiratör som sporrar till ännu bättre resultat. Det är därför viktigt att ledarna i äldreomsorgen ges möjlighet att vara ledare, dvs uppmuntra, stödja och organisera sin personal samt utveckla verksamheten.

Information

All information ska göras så lätt att den blir möjlig att ta till sig. Den ska vara lättförståelig och anpassad för sin målgrupp.

Förebyggande insatser och hälsofrämjande arbete

Pågår förebyggande tandhälsovård för svårt sjuka. Arbete pågår även med fallprevention samt uppsökande verksamhet.

Inflytande och delaktighet

Rådet för funktionshindrade och pensionärer fyller en viktig funktion och ska ges möjlighet att yttra sig i frågor om äldreomsorg innan nämnden fattar beslut. Bildandet av boråd på de särskilda boendena förväntas öka och förbättra möjligheten till delaktighet för de enskilda.

Ny teknik

Äldreomsorgen ska använda sig av informationsteknologins möjligheter. IT kan effektivisera omvårdnaden genom förbättrat administrativt stöd, förbättrad dokumentation mm. Dessutom är IT ett stöd för ett ökat samarbete mellan kommunens verksamheter. Informationsöverföring mellan kommunens äldreomsorg och landstingets hälso- och sjukvård kan också underlättas.

Lättillgänglighet att finna information via kommunens hemsida.

Kvalitetsuppföljning

Kvalitetsuppföljning innebär att verksamheten följs upp för att rätta till systematiska fel i verksamheten och för att definiera förbättringspotentialer. Viktiga delar i uppföljningen är rutiner för avvikelserapportering och system för synpunkts/klagomålshantering.

Vårdtagares uppfattning om verksamheten skall kontinuerligt fångas upp genom t ex enkäter eller intervjuer. Denna typ av undersökningar kan också omfatta andra intressenter, som t ex personal, anhöriga och uppdragsgivare. För att lyckas med förbättringsarbetet bör kvalitetsuppföljningen på alla nivåer utvecklas från uppföljning av enskilda ärenden till kommunövergripande attitydundersökningar.

Mätinstrument för kvalitetsuppföljning pågår på servicehuset Treskillingen samt för hemtjänsten.

Forskning och utveckling

Ljusnarsbergs kommun ska stödja och ta tillvara erfarenheter av forskning och utveckling inom äldreomsorgsområdet. Kommunen bör på olika sätt ha ett fortsatt nära samarbete med andra kommuner, högskolor, kompetenscentra och universitet.

Ljusnarsbergs kommun deltar i Regionförbundets i Örebro forskningsenhet (FoU-äldre), och viktigt är också att tillmötesgå behovet av praktikplatser för universitetsstuderande, vilket redan pågår.

Äldreomsorgen i Ljusnarsbergs kommun

Tillgång till SÄBO (särskilt boendeplatser) för personer 80 år och äldre i länet:

Askersund	saknas	
Degerfors	17,0 %	
Hallsberg	14,0 %	
Hällefors	30,0 %	
Karlskoga	28,3 %	
Kumla	20,0 %	
Laxå	saknas	
Lekeberg	16,0 %	
Lindesberg	16,7 %	
Ljusnarsberg	35,5 %	³
”	19,5 %	⁴
Nora	22,7 %	
Örebro	13,0 %	

En väl fungerande och utbyggd hemtjänst och hemsjukvård är också en förutsättning för att kunna bo kvar hemma och i december 2006 hade 190 personer någon form av hemtjänst (exkl enbart trygghetslarm och matdistribution). Detta är en ökning med 83 personer jämfört med juli 2001. Drygt åtta av tio är ensamboende och sju av tio är kvinnor.

Andelen av insatser, dvs antal beviljade timmar, ligger på en konstant nivå. Stora insatser i hemmet, över 120 timmar, får 80 personer och en stor andel av dessa är yngre än 64 år.

Född år	Kvinnor	Män	
1906-1916	37	11	
1917-1926	37	18	
1927-1941	28	21	
1942-2006	5	3	
Totalt	137	53	= 190 personer

Övriga insatser 2006-12-31

Trygghetslarm: 153 personer

Matdistribution: 68 personer

Framtida behov

Befolkningsprognoser ligger till grund för demografiska framskrivningar av vårdbehovet. Man utgår då från antagandet om ett oförändrat resursbehov i respektive åldersgrupp och beräknar motsvarande resursbehov om antalet personer i åldersgruppen förändras. Detta är en statistisk metod som bygger på att alla förhållanden som påverkar resursbehovet förblir oförändrade. I verkligheten kommer en mängd faktorer att påverka utvecklingen.

³ Inkl Treskillingen

⁴ Exkl Treskillingen

I grunden är förändringar av befolkningens storlek och sammansättning en avgörande faktor för behovet. Ålder är den främsta faktorn men även ensamboende och socialgrupp/inkomst påverkar. Bland ensamboende är både hälsoproblem och efterfrågan på hjälp vanligare och kvinnor efterfrågar hjälp något oftare än män.⁵ En faktor som enligt ”Nationell handlingsplan för äldrepolitiken” påverkar behovet av vård och omsorg är förekomsten av ohälsa och brister i funktionsförmågan.

En god utveckling inom hälso- och sjukvården kan bidra till att minska vård- och omsorgsbehovet inom äldreomsorgen. Men medicintekniska förändringar, som gör att fler äldre överlever med kroniska sjukdomar kan också öka på de framtida vårdbehoven per åldersgrupp räknat. Insatser i form av rehabilitering och eftervård kan påverka vårdbehoven genom att processen mot ökat vårdbehov bromsas och äldre i högre grad ges möjlighet att klara sig själva. Medicinsk forskning som klarlägger mekanismerna bakom demenssjukdomarna och möjliggör förebyggande eller behandling skulle också kunna få mycket stor inverkan på de framtida resursbehoven.

Framtida behov i Ljusnarsbergs kommun

I Ljusnarsbergs kommun är 7,63 % av befolkningen 80 år och äldre, vilket innebär 400 personer. Antalet personer⁶ beräknas år 2012 till 388 i åldersgruppen 80 år och äldre. Det faktiska förhållandet per den 31 december 2006 var 5 personer fler än prognos.

Prognosen visar att antalet personer 80 år och äldre kommer att vara knappt 400 personer.

År	2006 ⁷	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Antal 80+	400	395	391	392	385	385	389	388

Utifrån beräkningar och bedömningar är det rimligt att anta att behovet av platser i särskilt boende är konstant under de närmaste sex åren. En tillgång på ca 85 – 90 permanenta platser bör täcka behovet, vilket innebär att ca 22 % av personer 80 år och äldre har tillgång till särskilt boende.

Utifrån målen föreslås att följande områden prioriteras:

Rehabilitering

Det är viktigt med tidiga och snabba rehabiliteringsinsatser för att ge personer möjlighet att bo kvar i ordinärt boende och på så sätt bidra till en ökad livskvalitet. Ett projekt, hemrehabilitering, har påbörjats. En förutsättning för framgångsrik rehabilitering är att få en större genomströmning på platserna. Den personal som stationeras på en rehabiliteringsavdelningen har också förutsättningar öka sin kompetens.

⁵ Källa: Statistik- och utredningskontoret, Stockholms stad

⁶ Prognos 2005

⁷ Faktiskt antal

Stöd till anhöriga och närstående

Ett sätt att stödja anhöriga och närstående är att erbjuda tillfälligt boende som avlastning. Möjligheter till trygghetsplats bl a i samband med palliativ vård är ytterst väsentligt för den vårdbehövande.

Vård i livets slutskede

Samarbetsavtalet med primärvården förutsätter att kommunen har tillgång till trygghetsplatser, när inte vård inom slutenvården är nödvändig.

Tillskapande av platser för rehabiliterings- och korttidsboende är också nödvändigt för att öka genomströmningen av utskrivningsklara personer. Antalet tillfälliga platser bör därför öka under planperioden.

Personal – medarbetare

Av anställda vårdbiträden saknar 16 % adekvat utbildning (totalt 67, varav 11 saknar utbildning) och samtliga undersköterskor har utbildning, totalt 66 personer. Sammantaget har 91,5 % av äldreomsorgens personal adekvat utbildning.

Samtliga anställda bör under planperioden ges möjlighet till utbildning, lägst vårdbiträde. En årlig plan för kontinuerlig fortbildning ska utarbetas för samtlig personal kategorier.