



ULRICEHAMNS  
KOMMUN

# **ÄLDREOMSORGSPLAN**

## **FÖR**

### **2005-2010**

Antagen av kommunfullmäktige 2005-03-29

## **Innehållsförteckning**

Inledning_____	Sid 3
Remissförfarande m m_____	Sid 4
Nationellt perspektiv_____	Sid 5
Ulricehamns perspektiv_____	Sid 7
Omvärldsanalys_____	Sid 8
Vad tycker Ulricehamns medborgare_____	Sid 10
Värdegrunden_____	Sid 10
Utvecklingsområden_____	Sid 12
Utvärdering_____	Sid 16
Bilagor_____	Sid 18

## Inledning

Kommunernas ekonomiska situation är ansträngd och kommer sannolikt inte att medge någon expansion. I det läget krävs planering, omprövning och prioritering. För att klara framtidens vård och omsorg till äldre behöver omfattningen och avgränsningen av det offentliga uppdraget att tydliggöras. Hur ska våra gemensamma pengar räcka till både hemmets, kroppens och själens behov? Äldreplanen ska tydliggöra den framtida inriktningen, vad som ska uppnås, följas och utvecklas.

Den i massmedia, ofta återkommande och upprörande beskrivningen av äldreomsorgen, stämmer inte med Ulricehamns kommun, utan verkar snarare vara ett storstadsproblem.

Ulricehamns kommuns äldreomsorg håller hög kvalitet, det innebär bl a korta väntetider och god omvårdnad med nöjda brukare. Ulricehamns äldreomsorg har erfaren och yrkeskunnig personal, och i kombination med empati och gott bemötande, är personalen den mest betydelsefulla förutsättningen för framtiden.

Ledord i dagens politiska diskussioner är samordning och förebyggande insatser. I det viktiga samspelet mellan olika aktörer och professioner utgör anhöriga och närstående en av de viktigaste länkarna. Vi politiker måste kunna se möjligheter och ta initiativ till samordning, så att gränser mellan olika huvudmän inte förorsakar onödiga problem och misstro.

Folkhälsa är ett aktuellt och omfattande begrepp. Äldre har naturligtvis samma behov av delaktighet i samhället, social samvaro och möjligheter till fritids- och kulturella aktiviteter som alla andra människor. Det finns ett viktigt samband mellan meningsupplevelse, aktivitet och hälsa.

Det är svårt att värdera mjuka faktorer i kronor, dvs i ekonomiska termer. Uppdraget har inneburit att planen skulle rymmas inom den ekonomiska verkligheten. Det har vi gjort vårt bästa för att fullfölja. Därför har vi också förhoppningar att äldreplanen blir ett viktigt dokument i framtida och näraliggande diskussioner om kommunens resurser.

Ett stort och hjärtligt tack till arbetsgruppen, för det allvar och engagemang som inspirerat. Särskilt glädjande är den samstämmighet som funnits, men också det sätt gruppen fungerat och hanterat olika åsikter. Resultatet av våra diskussioner har på ett fantastiskt sätt fångats upp och dokumenterats av Magnus Andersson utvecklingsledare, som tillsammans med Margareta Hammarberg äldreomsorgschef varit våra sakkunniga och värdefulla stödpersoner.

Marianne Henningsson  
Ordf  
Vård-Omsorgsnämnden

Arbetsgrupp:		Stygrupp: VON:s presidium	
Stig Svensson	( c )	Dick Ylander	(m)
Rolf Engqvist	(kd)	Göran Isaksson	(s)
Åse Borg	(fp)	Marianne Henningsson	(c)
Göte Öberg	( m )		
Ingegerd Borg-Saviharju	(mp)		
Brita Coutinho	( v )		
Siv Karlsson	( s )		
Marianne Henningsson	( c )		

Magnus Andersson adm. ansvarig  
Margareta Hammarberg sakkunnig

## Remissförfarande och ärendets beredning

För att bereda ärendet på ett så bra sätt som möjligt har följande intresseorganisationer m fl på remiss fått möjlighet att yttra sig över äldreomsorgsplanen:

PRO Ulricehamn	PRO Åsunden	SPF Björken
SPF Östra Redväg	SPF Bogesund	SPF Norra Kind
SPF Hökerum	Demensföreningen	DHR
FUB	HRF	NHR
Reumatikerföreningen	RMA	RSMH
SRF	Röda korset	Socialdemokraterna
Vänsterpartiet	Centern	Moderaterna
Folkpartiet	Miljöpartiet	Kristdemokraterna
Kommunala pensionärsrådet	Kommunala handikapprådet	

Följande har skriftligen inkommit med synpunkter:

Lednings- och handläggarpersonal inom äldreomsorgen  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
SPF:s samarbetskrets inom Ulricehamns kommun (inkluderar föreningarna Björken, Bogesund, Hökerum, Norra Kind och Östra Redväg)  
SPF Bogesund  
PRO-föreningarna i Ulricehamn (inkluderar föreningarna Ulricehamn och Åsunden)  
Kommunala handikapprådets referensgrupp (samarbetsorgan för handikappföreningarna i Ulricehamn)  
Reumatikerföreningen  
HRF  
Röda korset

## Focusgrupper

För att inhämta kommuninvånarnas uppfattning om "Vad som är en bra äldreomsorg?", så har sex focusgrupper anordnats med totalt 37 medverkande personer. Två focusgrupper har bestått personal, två grupper av närstående, en grupp av brukare och en grupp av politiker.

# Äldreomsorgen ur ett nationellt perspektiv

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

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

## Socialtjänstlagen

Styrande paragrafer för äldreomsorgen:

*1 kap 1 § - Socialtjänstens mål*

*Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas*

*- ekonomiska och sociala trygghet,*

*- jämlikhet i levnadsvillkor,*

*- aktiva deltagande i samhällslivet.*

*Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser.*

*Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.*

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

*5 kap 5 § - Socialnämnden skall verka för att äldre människor får goda bostäder och skall ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service.*

*Kommunen skall inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.*

## Hälso- och sjukvårdslagen

Styrande paragrafer för den kommunala vården:

*2 § - Mål för hälso- och sjukvården*

*Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.*

*Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans*

*värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde*

*till vården.*

*2 e §*

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

*18 § - Kommunens ansvar*

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

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

## Nationella mål för äldrepolitiken

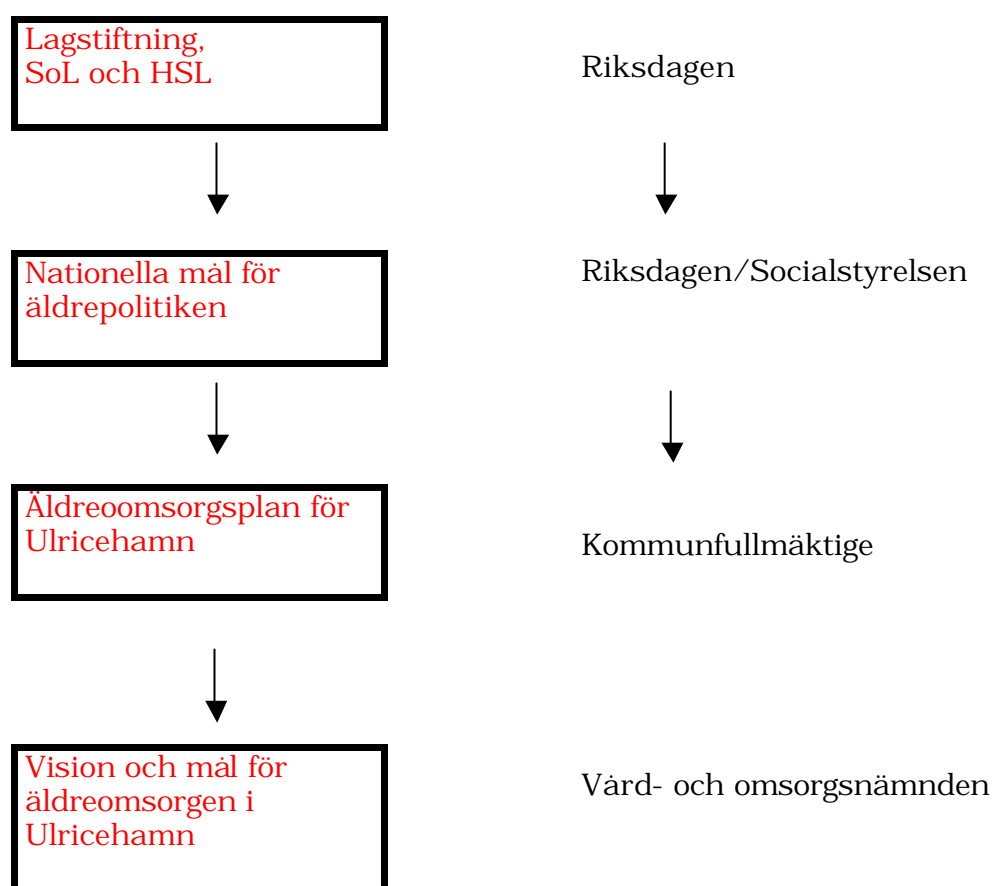
Med honnörsorden *trygghet, kvalitet och delaktighet* som grund beslutade riksdagen 1998 att målen för den nationella äldrepolitiken är att äldre *skall*:

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt, samt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

De nationella målen skall brytas ned och konkretiseras inom olika verksamheter och för de förhållanden som berör äldre. Det är alltså varje kommuns uppgift att omsätta de övergripande målen i lokala äldrepolitiska handlingsprogram.

Notera dock att även om vi i detta dokument pratar om äldreomsorg, så vänder sig de olika insatserna till personer i alla åldrar som har behov av dem.

Ansvarsfördelningen mellan stat och kommun kan enkelt beskrivas genom nedanstående figur:



Den kommunala äldreomsorgen har de senaste årtiondena genomgått stora förändringar. I samband med Ädelreformen 1992 fick kommunerna från landstingen ta över ansvaret för sjukhemmen och hemsjukvården för boende både i särskilt boende och i hemtjänsten. Syften med Ädel var att ansvaret för vården och omsorgen av äldre i framtiden skulle ligga på en huvudman och att en bättre helhetssyn skulle möjliggöras. 1992 fick kommunerna också över ansvaret för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel till äldre.

Den kanske största förändringen är att äldres möjlighet att bo kvar längre i den egna bostaden har stärkts genom framförallt en utbyggd hemtjänst. Hemtjänsten har på några årtionden ändrats från att under 1980-talet huvudsakligen bestått av serviceuppgifter som städning, tvättning och inköp till att också omfatta kvalificerad personlig omvårdnad och sjukvård. Detta har möjliggjort att fler äldre kan bo kvar i sin hemmiljö.

Särskilt boende har utvecklats från att under 1980-talet vara särskilt ålderdomshem där många inte haft så stora behov av vård och omsorg till att omfatta boenden där många har mycket stora behov av vård och omsorg, till exempel omvårdnadsboende och gruppboende för dementa.

Av de kommunala insatser som ges idag är 80-85 % sociala insatser beviljade utifrån socialtjänstlagen och 15-20 % är hälso- och sjukvårdsinsatser. Av de ca 240 000 vårdtagare som har insatser från rikets kommunala äldreomsorg bor ca 115 000 personer (48 %) i särskilt boende och ca 125 000 personer (52 %) har insatser från hemtjänsten. Utvecklingen de senaste åren har varit att vårdtagare i särskilt boende minskat något och att vårdtagare inom hemtjänsten ökat i samma utsträckning.

Ovanstående utveckling kräver idag omfattande kunskap och kompetens samt en stor flexibilitet i de tjänster som utförs av den kommunala äldreomsorgen.

En mycket stor andel äldre vårdas av någon anhörig eller annan närstående person. Precis hur många som vårdas av närstående vet vi inte exakt, men vissa uppgifter gör gällande att närstående utgör en så stor del som två tredjedelar av all äldreomsorg. Anhörigas och närståendes insatser är alltså helt ovärderliga inom äldreomsorgen och ofta helt avgörande för att vårdtagaren skall kunna bo kvar hemma i sin egen bostad.

## **Äldreomsorgen ur Ulricehamns perspektiv**

Ulricehamns kommun har ca 22 300 invånare, varav 6,7 % eller ca 1 500 personer är 80 år eller äldre.

Äldreomsorgen består i huvudsak av följande huvudområden: *hemtjänst, särskilt boende, förebyggande verksamhet och hemsjukvård.*

### **Hemtjänst i ordinärt boende**

Med hemtjänst i ordinärt boende avses insatser med syfte att underlätta för den enskilde i den dagliga livsföringen så att den enskilde skall kunna bo kvar i den egna bostaden. Till hemtjänstens uppgifter hör både insatser av servicekaraktär och personlig omvårdnad. Exempel på serviceuppgifter är städning, tvätt, matdistribution och inköp. Den personliga servicen tillgodoser fysiska, psykiska och sociala behov som exempelvis hjälp med måltider, hjälp med hygien och förflyttning, samt insatser för att bryta isolering och för att den enskilde skall känna trygghet och säkerhet i det egna hemmet.

## **Särskilt boende**

Särskilt boende är ett samlingsnamn för alla kommunens äldreboenden (t ex serviceboende, gruppboende, omvårdnadsboende, sjukhem och ålderdomshem). När behovet av tillsyn eller kraven på trygghet och säkerhet inte längre kan tillgodoses i egna bostaden genom hemtjänst bör det finnas möjlighet att flytta till ett särskilt boende eller till ett seniorboende. I Ulricehamn finns drygt 350 platser i särskilt boende.

## **Förebyggande verksamhet**

Förebyggande verksamhet finns i flera olika former: rehabilitering, korttidsboende, anhörigstöd, frivilligverksamhet och dagverksamhet. Rehabilitering hindrar eller förskjuter behovet av vård- och omsorgsinsatser.

Det är av yttersta vikt att närstående får olika former av stöd. Ulricehamn har satsat på flera åtgärder för att förbättra stödet genom samtalsträffar för anhörigvårdarna och genom avlastning i hemmet.

Dagverksamheten möjliggör aktiviteter och gemenskap med andra människor, samt är ett sätt att bryta ensamhet och isolering.

Korttidsboende fungerar som stöd för flera olika kategorier av vårdtagare, förutom som stöd till anhöriga även som vård i livets slutskede och som rehabilitering efter en sjukhusvistelse. Dagverksamhet och korttidsboende är värdefulla insatser för anhörigvårdarna.

## **Hemsjukvård**

Hemsjukvård är hälso- och sjukvårdsinsatser som ges personer i både ordinärt och särskilt boende till och med sjuksköterske- arbetsterapeut- och sjukgymnastnivå. Läkarinsatser är helt och hållet ett ansvar för landstinget.

## **Vilka faktorer och yttre omständigheter kommer att påverka den framtida äldreomsorgen i Ulricehamn?**

En kommuns framtida planering av en verksamhet påverkas av ett antal olika faktorer. Vissa av dessa kan vi själva vara med och styra, medan vissa är faktorer som händer i vår omvärld som vi inte kan påverka, men som ändå indirekt påverkar vår kommunala verksamhet. De huvudsakliga faktorer som kommer att påverka framtidens äldreomsorg i Ulricehamn presenteras nedan.

## **Prognos för befolkningsutvecklingen**

Med prognos för befolkningsutvecklingen avses att planera kring hur många äldre som kommer att bo i Ulricehamn fram till 2010. Det stora antalet vårdtagare inom den kommunala äldreomsorgen är 80 år och äldre. Övriga ålderspensionärer mellan 65-79 år står för en liten del av den kommunala äldreomsorgen, så att den gruppen kommer att öka från ca 3 000 till ca 4 000 invånare är i detta sammanhang inte så intressant och borde endast påverka planeringsbehovet marginellt. Från 1970 fram till 2003 har antalet 80-åringar och äldre fördubblats. Från 2003 blev det dock ett tydligt trendbrott, ända fram till år 2020 kommer antalet 80-åringar och äldre ligga kvar på samma nivå som idag, på ca 1 500 invånare. 80-84-åringarna kommer att minska något och 85-89-åringarna kommer att öka något. Ulricehamn hade 2003 323 personer över 65 år som har måttlig eller svår demens. Prognoser visar att år 2010 kommer denna siffra att öka till ca 340 personer.

## **Boende- och samhällsplaneringen**

Boende- och samhällsplaneringen går att planera på ett sätt som påverkar behovet av särskilt boende. Ett allmänt boende som är tillgängligt och anpassat till äldre och funktionshindrade tillsammans med en väl utbyggd hemtjänst och vad kommunens äldreomsorg kan erbjuda för övrigt, t ex dagverksamhet och korttidsboende, kan ersätta behovet av särskilt boende.

Många skulle kunna bo kvar längre i sitt hus om det fanns möjligheter att t ex få hjälp med fönsterputsning, gräsklippning och snöskottning.

## **Seniorboenden**

I Ulricehamn finns idag få s k seniorboenden som är särskilt anpassade till äldres behov. Seniorboenden kan ha gemensamma utrymmen för att möjliggöra mötesplatser för de boende. En aktiv satsning på seniorboenden borde kunna minska eller förskjuta behoven av särskilt boende, men även påverka behovet av bostadsanpassningsbidrag. Både kommunens allmännyttiga bostadsföretag och privata fastighetsägare skulle kunna bygga och förvalta seniorboenden.

## **Anhörigstödet**

Hur anhörigstödet organiseras kommer att få stor betydelse framöver. Olika former av avlastning kommer att behövas som korttidsboende, dagverksamhet och avlösning i hemmet. Även andra insatser som samtalsgrupper med möjlighet att diskutera och få stöd samt träffa andra människor i en liknande livssituation är viktigt.

## **Regionens vård**

De senaste tio åren har beläggningstiderna på regionens slutenvård i princip halverats. Vad som händer inom regionens sjukvård påverkar indirekt den kommunala hemtjänsten och hemsjukvården, t ex hur landstingen kommer att prioritera olika patientgrupper och diagnoser.

## **Personal**

Med anledning av i första hand den höga åldersstrukturen kommer behovet av att rekrytera personal till den kommunala vården och omsorgen att öka. Det krävs en viss ökning av undersköterskor och även av arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Det kommer därutöver att behövas en stor ökning av sjuksköterskor. Samtidigt skall rekryteringen ske från en arbetsmarknad som i övrigt krymper.

Kontinuerlig fortbildning, ledarskapsutbildning, stöd i det praktiska arbetet och handledning är nödvändigt för att upprätthålla god omsorg, och för att kunna behålla personal. En stor del av vårdpersonalen trivs med sitt arbete och sina arbetskamrater, därför vore det intressant att ta reda på vad det är som gör att de trivs, och vad som kan göras för att de skall stanna kvar.

Vård och omsorg kräver många händer, en hög kunskapsnivå och människor med empati och social förmåga. Det är nödvändigt att få in fler män i vården och omsorgen. Det kan vara svårt att gå från ett traditionellt mansyrke till en

kvinnodominerad arbetsplats. Icke desto mindre är behovet stort. För att ungdomar skall söka sig till yrket måste omfattande sommarjobbssatsningar göras, så att de får möjlighet att pröva på arbetet. Genom att införa körkortsutbildning i omvårdnadsprogrammet, kan kommunen bidra till att fler kan söka arbete inom äldreomsorgen. Kommunen kan också i viss mån förebygga den kommande personalbristen, genom att uppmuntra ungdomars entreprenörsanda och människors intresse för att starta eget. Ung Företagsamhet skulle t ex kunna omfatta också Omvårdnadsprogrammet.

## **Ekonomi**

Hur kommer den kommunala ekonomin att se ut framöver och vad skall den skattefinansierade äldreomsorgen omfatta? Till förutsättningarna hör att varken kommunernas eller landstingens ekonomiska situation tillåter någon expansion. Är skattehöjning ett sätt att klara framtida behov eller går det att omprioritera från andra verksamheter? En annan aspekt är att genom maxtaxan inom äldreomsorgen finns inte längre möjligheten för kommunerna att höja intäkterna i samma takt som kostnaderna. Ovanstående är naturligtvis problematiska frågeställningar, men också ett tillfälle att få igång en dialog kring hur ändliga resurser används så effektivt som möjligt för medborgarna.

## **Ny teknik och IT**

Kan utvecklingen av ny teknik och IT skapa nya resurser till äldreomsorgen? Något entydigt svar finns inte att utläsa i framtidsutredningar eller i andra rapporter. Här måste dock beaktas att eventuell ny teknik skall ses som ett stöd och komplement till det mänskliga mötet och inte som ersättning av detsamma, då vi människor är sociala varelser med grundläggande behov av mänsklig kontakt.

## **Vad tycker Ulricehamns medborgare är viktigt för en bra äldreomsorg?**

Genom att fråga ett urval av brukare, blivande brukare och närstående samt förtroendevalda och anställda inom äldreomsorgen vad som är bra äldreomsorg, har ett antal viktiga prioriteringsområden kunnat ringas in.

Något som tydligt framkommer i uppfattningarna om den kommunala äldreomsorgen är att de s k "mjuka" värdena såsom att bli respektfullt bemött, få information, att få vara den man är, bli sedd och hörd, veta vart man skall vända sig, känna trygghet och att få vara delaktighet i det som händer, går som en röd tråd igenom svaren, oavsett vilken kategori av medborgare som har svarat. De mer s k "hårda" värdena såsom att det finns pengar, resurser och lokaler framhålls inte med samma tydlighet.

Av ovanstående drar vi slutsatsen att en god äldreomsorg inte enbart beror på tillgång på pengar och andra resurser, utan även att bemötande, attityder, trygghet och empati är viktiga framgångsfaktorer för en god äldreomsorg.

## **Värdegrund för äldreomsorgen i Ulricehamn**

Utifrån medborgarnas syn på en bra äldreomsorg bygger vi vår gemensamma värdegrund:

## **ÄLDREOMSORGENS VÄRDEGRUND**

*Kommunens äldre skall känna trygghet.*

*En helhetssyn på människan är utgångspunkten för individuellt anpassade insatser.*

*Alla äldre har rätt att bli bemötta med respekt.*

*Den äldre skall genom olika val kunna påverka sin vardag.*

### **Vård- och omsorgsnämndens vision:**

Vi ger våra medborgare trygghet.

Våra brukare möts av respekt och empati.

Våra medarbetare känner arbetsglädje.

### **Inriktningsmål för vård- och omsorgsnämnden:**

#### Ekonomi

Verksamheten skall bedrivas genom en effektiv och hållbar hushållning med tilldelade resurser.

Tillgängliga resurser skall tas tillvara på ett medmänskligt sätt.

#### Verksamhet

Verksamheterna skall följa gällande lagstiftning.

Verksamheterna skall erbjuda en mångfald av boendeformer, boendestöd och beakta alternativa driftsformer.

Verksamheterna skall vara omvärldsorienterade, utvecklingsinriktade och anpassade till att klara förändringskrav.

Verksamheterna skall stimulera samverkan och helhetssyn.

#### Brukare

Brukarna skall få en god och snabb service, tydliga besked och bemötas med respekt.

Bråkarna skall känna delaktighet och ges möjligheter att påverka valet av insatser.

### Medarbetare

Medarbetarna skall ha rätt kompetens för sina arbetsuppgifter och erbjudas kontinuerlig fortbildning.

Medarbetarna skall känna delaktighet och ha möjlighet att påverka sin arbetssituation.

## **Viktiga utvecklingsområden inom äldreomsorgen i Ulricehamn**

För att värdegrunden skall kunna omsättas på ett konkret sätt i den dagliga verksamheten behöver följande områden lyftas fram och utvecklas:

### **Information**

Kommunen har en allmän skyldighet att genom uppsökande verksamhet främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden och förebygga skador i hemmet.

En god information skall kännetecknas av följande:

Att få tillgång till relevant information om vilken service den kommunala äldreomsorgen erbjuder är en viktig del för att vårdtagaren skall känna trygghet. Människor har olika sätt att ta till sig information och därför är det viktigt att informationen ges på olika sätt och vid olika tillfällen.

Information bör ges i *förebyggande syfte*, när den enskilde är "på väg in" i den kommunala äldreomsorgen och *vad som händer när vårdtagaren "kommit in"* i verksamheten.

Med information i förebyggande syfte avses allmänt riktad information till invånare som närmar sig en situation då insatser från den kommunala äldreomsorgen kan bli aktuella. Syftet är att presentera kommunens åtaganden och vad kommunen kan erbjuda.

Med *när den enskilde är "på väg in"* menar vi den fas när den enskilde kommer in i den kommunala äldreomsorgen och skall börja ta del av dess insatser. Här kan informationsmaterial och broschyrer vara ett bra stöd, men i denna fas måste det också ges information via ett personligt möte, gärna i hemmiljö eller i annan miljö som den enskilde känner sig trygg i.

*Vad som händer kring mig när man "kommit in"* är nästa fas. Denna fas skall kännetecknas av att den enskilde eller anhöriga alltid vet vart man skall vända sig med olika typer frågor. Det är viktigt att den enskilde får fortlöpande information och är delaktig i det som är aktuellt, t ex vid vilka tider som olika insatser kommer att ges.

## **Följande strategier och åtgärder krävs för att genomföra planens innehåll och intentioner när det gäller information**

För att den enskilde skall känna sig trygg med de besked som ges är det viktigt med tydlig information. Information behöver ges i följande faser:

Fas 1 – Information – Vad kan jag förvänta mig av kommunen?

Faktabroschyr – Hemsida – Allmänna möten

Fas 2 – Information – Välkommen!...så här går det till...

Möjligheter

Fas 3 – Information – Aktuellt med insatser.

Alternativ

### **Boende**

Boendet inom äldreomsorgen har stor betydelse för den enskildes upplevelse av verksamheten. Med boende avser vi här alla former av boende, dvs *särskilt boende*, *korttidsboende* och *ordinärt boende*. Det finns idag sammanlagt 357 platser i *särskilt boende* fördelat på sju boenden:

- Ryttershov
- Hester
- Solrosen
- Ekerö
- Parkgården
- Hökerumsgården
- Kullen

Fördelningen av de 357 lägenheterna i de särskilda boendena är 201 *servicelägenheter*, 108 boendeplatser för *gruppboende för dementa*, 34 boendeplatser för *gruppboende för somatisk sjukdom* samt 14 platser på rehabcenter. Detta är inte en fördelning som är helt anpassad till dagens behov, då det finns ökande behov av gruppboende och ett minskande behov av serviceboende. Enligt forskning (uppgiften hämtad från hälso- och sjukvårdsutredningen 2000) har ca 40 % av måttligt eller svårt dementa behov av att komma till ett boende särskilt anpassat för dementa. Detta innebär att om vi 2010 har ca 340 måttligt eller svårt dementa i Ulricehamn kommer det att behövas 135-140 sådana boendeplatser mot dagens 108. 2015 har antalet ökat till drygt 360 och då finns behov av 145-150 demensplatser. Även antalet gruppboendeplatser för somatiskt sjuka behöver utökas.

Korttidsboende skall tillgodose ett antal olika behov; rehabilitering efter en sjukhusvistelse, avlastning för anhöriga, som stödform för kvarboende och för vård i livets slutskede. Idag finns 20 korttidsplatser. 14 av platserna finns på rehabcenter och övriga platser är utspridda på ett antal olika boenden. En utredning kring korttidsverksamheten visar att för att kunna tillgodose behovet av korttidsplatser behövs en samlad korttidsenhet. Denna korttidsenhet kan bestå av nuvarande rehabcenter, 14 platser, samt ytterligare 20 platser på Hester. Detta skulle innebära att det skulle bli en korttidsenhet med totalt 34 korttidsplatser och för följande behov:

- växelvård
- demensvård
- rehabilitering
- "väntplatser" till särskilt boende
- avlösning
- palliativ vård
- utredning
- trygghetsplatser

*Boendet i det ordinära boendet* påverkas av många faktorer, men främst genom det allmänna utbudet av olika boendeformer för äldre. Andra faktorer som påverkar är tillgången till bostadsanpassning och hjälpmedel i hemmet, samt tillgången till korttidsboende, andra avlastningsformer och utformandet av dagverksamhet.

Ett bra boende för Ulricehamns äldre skall kännetecknas av:

De vårdtagare som vill bo kvar hemma i sin befintliga bostad har oinskränkt rätt att göra detta (*kvarboendeprincipen*). Dagens hemtjänst och hemsjukvård skall klara att vårda även vårdtagare med stora och omfattande vårdbehov som valt att bo kvar i sin egen bostad. Detta kräver en väl utbyggd hemtjänst och hemsjukvård med hög kompetens, ett flexibelt arbetssätt och nära samarbete med regionens läkare.

För de vårdtagare som har stora behov av vård och omsorg och därmed har omfattande svårigheter att bo kvar i sin bostad, skall det finnas ett antal särskilda boendeplatser, vilka är väl anpassade till dagens behov. Kommunens särskilda boenden skall på ett enkelt och därmed kostnadseffektivt sätt kunna anpassas till nya och förändrade behov.

För personer med mindre behov av vård och omsorg, men som känner behov av trygghet och social gemenskap, kan s k "seniorboende" fungera väl. Boenden med god tillgänglighet minskar eller förskjuter behovet av särskilt boende. Vård- och omsorgsnämnden skall vara aktiv som remissinstans vid all samhällsplanering.

### **Följande strategier och åtgärder krävs för att genomföra planens innehåll och intentioner när det gäller boende**

Det behövs fler boendeplatser för dementa på bekostnad av servicelägenheter, då behovet av antalet demensplatser ökar och behovet av servicelägenheter minskar.

För att förstärka kvarboendet och för att öka tryggheten för både närstående och vårdtagare behöver antalet korttidsplatser utökas, detta för att tillgodose ett antal olika behov som rehabilitering, avlastning för närstående, stödform för kvarboende och för vård i livets slutskede.

Antalet seniorboenden skall utökas. För att få tillgång till denna boendeform krävs inga särskilda beslut från kommunen, men det skall ändå vara boenden med god tillgänglighet och boendet skall utformas så att det uppmuntrar till social gemenskap. Det viktiga i dessa sammanhang är att vård- och omsorgsnämnden har ett stort inflytande när det gäller planeringen av dessa boenden.

Ändringar i det särskilda boendet behöver därför ske med följande åtgärder:

### Genomförandefas 1:

Ytterligare 30-40 korttidsplatser tillskapas och dessa skall ha följande verksamhetsinriktning:

- växelvård
- demensvård
- rehabilitering
- "väntplatser" till särskilt boende
- avlösning
- palliativ vård
- utredning
- trygghetsplatser

Kommunen skall aktivt uppmuntra att hyresvärdar, både kommunala och privata, satsar på att skapa ytterligare seniorboenden. Efterfrågan av denna boendeform är stor.

### Genomförandefas 2:

Antalet demensboenden utökas med 30 platser inom befintliga särskilda boenden och antalet servicelägenheter minskas i motsvarande omfattning.

### Finansiering:

Ändringen till demensplatser innebär högre personalkostnader. Personalkostnaden för en demensplats är ca 60 000 kr dyrare än en serviceboendeplats plus att det krävs utökad nattpersonal. Detta innebär att om 30 serviceboendeplatser ändras till demensplatser blir merkostnaden ca 2,7 miljoner kr. Det kan därutöver tillkomma vissa investeringskostnader.

### **Omvårdnad**

Grunden för vård- och omsorgsnämndens omvårdnad är värdegrunden, visionen och inriktningsmålen som kännetecknas av följande:

Trygghet – är en subjektiv känsla som kan upplevas olika från individ till individ. Exempel på att god trygghet kan vara förtroende för den personal som ger insatserna, ett boende som är anpassat till var och ens behov, rätt information, lyhördhet och goda kontakter med närstående.

Helhetssyn – även om vårdtagaren kräver stora insatser och insatserna beviljas utifrån olika lagstiftningar och av olika professionella yrkesutövare skall alltid varje individ ses som en "hel människa" och insatserna skall anpassas individuellt. Att insatser ges utifrån individuella förutsättningar kan t ex innebära att ta hänsyn till vårdtagarens tidigare livshistoria, yrkesliv och fritidsintressen.

Respektfullt bemötande – vårdtagaren skall bemötas på ett respektfullt sätt utifrån varje individs sätt att vara och uttrycka sig. Den enskilde skall känna att han/hon möts av empati och att den personliga integriteten respekteras. Respektfullt bemötande skall gälla i alla kontakter med den kommunala äldreomsorgen.

Valfrihet - inom ramen för de insatser som beviljas ges möjlighet att tillgodose individens önskemål om hur insatserna skall utformas. Även i de små och nära

frågorna skall vårdtagaren kunna påverka och välja, t ex när det avser dygnsrytm, matmenyn och fritidsaktiviteter. Inget annat än sjukdom och handikapp skall begränsa den enskildes egna möjligheter.

### **Delaktighet/aktiviteter/förebyggande**

Äldre har naturligtvis samma behov av delaktighet i samhället, social samvaro och möjlighet till fritids- och kulturella aktiviteter som alla andra människor.

Det skall vara enkelt att ta sig till dagverksamheter och andra aktiviteter. Detta förutsätter goda kommunikationer.

Aktivitet och stimulans är viktigt för att äldre skall kunna bibehålla förmågor och förskjuta behov, oavsett om man bor i särskilt boende eller har hjälp av hemtjänsten. Detta kräver fler lättillgängliga mötesplatser i närområdet för stöd och social gemenskap.

Tidigt insatta rehabiliteringsinsatser kan vara avgörande för möjligheten att klara av vardagen och för det stöd anhöriga och samhället behöver ge. Vårdpersonal och anhöriga måste arbeta utifrån ett rehabiliterande perspektiv. Det kan vara tidskrävande och svårt att se tids- och/eller hälsovinster i det korta perspektivet, men det blir stora vinster i längden. Vardagliga situationer kan också bli en möjlighet till aktivitet och stimulans. Det finns ett viktigt samband mellan meningsupplevelse, aktivitet och hälsa.

Social samvaro, samtal och gemenskap är viktigt för alla, liksom frisk luft och promenader. Lässtunder stimulerar tankar och känslor, minnen och erfarenheter. Frivilligorganisationerna gör en omfattande insats för äldre och ensamma. Det är ofta yngre pensionärer som hjälper äldre att handla eller ta en promenad. Deras insatser är mycket viktiga både för individen och samhället. Säkerligen är det också stimulerande att få visa omtanke.

### **Följande strategier och åtgärder krävs för att genomföra planens innehåll och intentioner när det gäller delaktighet/aktiviteter/förebyggande**

Oavsett om man bor i särskilt boende eller behöver hjälp i det ordinarie boendet, skall en individuell vårdplan upprättas, samt om möjligt en levnadsbeskrivning.

Frivilligas insatser skall tillvaratas, bl a genom att kommunen ansvarar för samordningen av insatserna.

Utbudet skall vara av varierande slag.

Tidigare vanor och intressen i livet skall kunna styra inriktningen av aktiviteter för den enskilde. Därför bör även individuella och externa aktiviteter möjliggöras.

Aktivitetserna skall vara öppna för alla åldrar för att möjliggöra umgänge mellan olika generationer.

Det skall eftersträvas större samverkan med andra vårdgivare och övriga kommunala verksamheter, t ex genom att pågående verksamheter görs mer tillgängliga och attraktiva för äldre. Det blir ett gemensamt ansvar för berörda förvaltningar, att sprida information om vad som pågår, och att erbjuda och uppmana de äldre att ta del av befintligt utbud.

## **Utvärdering**

### Vad skall utvärderas?

*De "mjuka värdena"* – dvs vårdtagarnas upplevelser av informationen, omvårdnaden, bemötandet, tryggheten och delaktigheten.

*Folkhälsan* – förebyggande insatser och egenvård.

### Hur skall det utvärderas?

Resultatet av utvärderingen skall vara lättillgängligt.

Lekmannamedverkan.

### När skall det utvärderas?

En kartläggning av nuläget skall göras under början av 2005. Utvärderingar skall göras under 2007 och 2009.

## Statistik över insatser

<b>Typ av insats</b>	<b><u>2001</u></b>	<b><u>2002</u></b>	<b><u>2003</u></b>
Antal personer boende i ordinärt boende som under året haft hemtjänst	300	345	388
Antal personer boende i ordinärt boende som under året haft trygghetstelefon	396	410	476
Antal personer boende i ordinärt boende som under året haft matdistribution	289	323	343
Antal personer som 31/12 har hemtjänst i ordinärt boende	183	209	233
Antal personer som 31/12 har trygghetstelefon i ordinärt boende	294	296	341
Antal personer som 31/12 har matdistribution i ordinärt boende	183	151	190
Antal personer som under året beviljats särskilt boende	109	91	83
Antal avslag under året på ansökan om särskilt boende	22	4	2
Antal personer boende i särskilt boende 31/12	439	388	348

## **Ordlista**

*Habilitering* – avser insatser eller behandling för att patienten skall kunna utveckla funktionsförmågan eller kompensera funktionshindret.

*Rehabilitering* – avser insatser eller behandling för att patienten skall, utifrån personens förutsättningar, återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och bibehålla denna samt skapa förutsättningar för ett normalt liv.

*Seniorbostäder* – bostäder som på olika sätt har god tillgänglighet både när det gäller den inre och yttre miljön särskilt avsedda för äldre och funktionshindrade personer. Seniorboenden kan ha gemensamma utrymmen som möjliggör social samvaro. Det behövs inget särskilt myndighetsbeslut från kommunen för att få bo i ett seniorboende.

*Trygghetsplatser* en form av korttidsboende som inte kräver något särskilt biståndsbeslut. Jag behöver skyndsamt avlastning och när tillvaron rämnat.

*Palliativ vård* – vård i livets slutskede.

*Särskilt boende* – särskilt boende med service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd

*Ordinärt boende* – motsatsen till särskilt boende