



MELLERUDS KOMMUN

**Verksamhetsplan
Vård och omsorg
2006-2010**

**TRYGGHET
DELAKTIGHET
SJÄLVSTÄNDIGHET**

<i>Strategi för genomförande under planperioden</i>	3
1. <i>Inledning</i>	7
1.1 Bakgrund	7
1.2 Uppdrag och syfte	7
1.3 Genomförande	8
2. <i>Målbeskrivningar</i>	8
2.1 Inriktningsmål	8
2.2 Organisationsmål	9
2.3 Arbetsenheternas mål	10
3. <i>Äldres inflytande</i>	10
3.1 Kommunalt pensionärsråd	10
3.2 Pensionärs- och frivilligorganisationerna	10
3.3 Den enskilde	11
3.4 Samrådsformer i boenden m.m.	11
4. <i>Faktorer som styr framtida behov</i>	11
4.1 Demografisk struktur och befolkningsprognos	11
4.2 Folkhälsoarbete för äldre	12
4.2.1 Äldres hälsa	13
4.3 Trygghetsperspektivet	14
4.4 Familj och sociala nätverk (Ensamhushåll)	14
4.5 Strukturförändringar	14
4.6 Infrastruktur	15
4.7 Bostäder	15
4.8 Kommersiell service	16
5. <i>Biståndshandläggning</i>	16
5.1 Vårdbehovsmätning	16
5.2 Uppsökande verksamhet	17
6. <i>Hemtjänst</i>	17
6.1 Hemvårdsgrupper	17
6.2 Trygghetslarm	17
7. <i>Korttidsplatser, dagvård och anhörigstöd</i>	17
7.1 Korttidsplatser	17
7.2 Dagvård	18
7.3 Närstående/anhörigstöd	18
8. <i>Särskilda boendeformer</i>	19
8.1 Definition	19
8.2 Boendestandard	19
8.3 Genomförda ny- och ombyggnationer	20
9. <i>Hälso- och sjukvård</i>	21
9.1 Vårdkedjor	21
9.2 Kost och måltidens betydelse	22
9.3 Rehabilitering	22
10. <i>Vård i livets slutskede</i>	22
11. <i>Allmänna insatser</i>	23
12. <i>Personalförsörjning och rekryteringsbehov</i>	23
12.1 Bemanning	25
12.2 Rekryteringsåtgärder	25
12.3 Kompetens	26
12.4 Anställningsvillkor	26
12.5 Arbetsmiljö och hälsoutveckling	26
12.6 Arbetsplatsutveckling	26
13.1 Dokumentation	27
13.2 Utvecklingsområden	27
<i>Appendix</i>	28
Begrepp och definitioner	28
Litteraturhänvisningar	29

Strategi för genomförande under planperioden

Strukturförändringar och framtida behov

Mellerud är en landsbygdskommun. Kommunikationer och logistik har stor betydelse både för tillgänglighet av samhällstjänster och för effektivt användande av resurser inom vård och omsorg.

Antalet invånare >80 år beräknas stiga med fem procent och >84 år med tolv procent i Mellerud till och med 2010. Kostnader och omfattning av verksamheter förväntas öka.

Strukturförändringar inom sjukvården har medfört att fler behöver omfattande insatser inom kommunens vård och omsorg.

De som ansöker om stöd uttrycker i större utsträckning önskemål att få bo kvar hemma. Detta ställer ökade krav på kommunens vård och omsorg. Behoven blir allt mer komplexa och omfattande, vilket ställer högre krav på organisationen av arbetet och kompetensen hos personalen.

Antalet platser i särskilda boenden minskar samtidigt som insatserna i hemvård ökar. Det finns flera förklaringar till det.

Det minskade utbudet av platser i särskilt boende medför en restriktivare biståndsbedömning med tillämpning av socialtjänstlagen för beviljande av plats i boende.

Strategi för ordinärt boende

Den kommunala bostadspolitiken skall medverka till att göra det möjligt för äldre att bo kvar i ordinärt boende.

Ytterligare förstärkning och utveckling av den behovsinriktade hemvårdsorganisationen bör göras för att kunna tillgodose personer med alltmer varierande behov.

Platser för korttidsvård skall vara lättillgängliga och kunna fås med kort varsel.

Korttidsplatserna skall vara flexibla i antal genom dubbelbeläggning på Bergs eller användning av tillgängliga platser i övriga boenden.

Fem korttidsplatser skall finnas avsedda för personer med demenssjukdom senast 2007 vid Kroppefjällshemmet.

En del av korttidsvården skall användas för intensivare rehabilitering knuten till Bergs.

Strategi för särskilt boende

För att möta det framtida behovet av äldreomsorg bör en omstrukturering mellan de olika inriktningarna ske. Det innebär att antalet demensplatser måste öka och

att förhållandet mellan trygghetsplatser och korttidsplatser måste vara flexibelt.

Antalet platser i särskilt boende inklusive korttidsplatser bedöms vara oförändrat 177 platser under planperioden.

Särskilda boenden bör finnas i kommundelarna Mellerud, Åsensbruk och Dals Rostock.

Någon form av omstrukturering av verksamheten vid gruppboenden Karolinen kommer att bli nödvändig. Under 2006 genomförs en översyn av behovet av platser vid Karolinen liksom vid Skållerudshemmet för att bland annat skapa fler platser för personer med demens.

På sikt måste förändringar ske för att uppnå fullvärdig boendestandard vid Kroppefjällshemmet och Bergs särskilda boende utan att reducera antalet lägenheter. Vid Bergs skall omstrukturering genomföras under planperioden så att plats i dubbelrum avvecklas vid permanentboende och så långt det är möjligt även vid erbjudande av korttidsplats.

Omvårdnaden skall präglas av ett rehabiliterande synsätt och arbetssätt.

Samverkan mellan olika vårdgivare skall främjas och utvecklas.

Strategi för demensvården

Människor som behöver vård på grund av demenssjukdomar blir allt fler, varför antalet platser måste öka. Viktigt är att personalen har erforderlig kompetens.

Hälso- och sjukvården förstärks från 2007 med ytterligare en sjuksköterska med särskild demenskompetens.

Det finns behov av att bygga upp en dagverksamhet för dementa som en biståndsbedömd insats för dem som behöver stimulans och som en avlösning för anhöriga som vårdar dementa i hemmet.

Strategi för hälso- och sjukvården

Kosten har stor betydelse i omvårdnaden av äldre. Personalen skall med utgångspunkt från projektet "Ätglädje" under kommande femårsperiod verka för förbättringar avseende: måltidernas fördelning över dygnet, att måltidsmiljön skall vara trivsam och rogivande, att kosttillskott ges till dem som behöver samt att tillgodose individuella önskemål.

Rehabteamet (med bl. a. arbetsterapeuter och sjukgymnast) skall under planperioden förstärkas.

All personal i den kommunala hälso- och sjukvården skall genomgå utbildningen "Att möta döden" steg I och II. Detta är en målsättning som funnits sedan ÅDEL-reformen. För närvarande går tre till fyra personer per år utbildningen. Antalet varierar efter budgetläge innevarande år. Målet är att alla skall ha genomgått båda stegen senast 2020 inom nuvarande kostnadsram.

Samverkan mellan kommunens och regionens hälso- och sjukvård skall präglas av en helhetssyn som för den enskilde innebär en obruten vårdkedja. Målet är trygghet och inflytande över beslut för den enskilde vid överflyttning mellan olika vårdformer.

Brister i äldres läkemedelsanvändning har uppmärksammats i flera studier. Ett utvecklat samspel mellan läkare, apotekare, och sjuksköterska i form av gemensamma läkemedelsgenomgångar en gång per år för samtliga vårdtagare, behövs.

Strategi för äldres inflytande

Ur ett samhällsperspektiv är anhörigvården viktig och anhörigstöd ses som en av de stora frågorna inom framtidens vård och omsorg. Anhörig- och närståendevårdare är viktiga resurspersoner som måste ges förutsättningar för att klara och orka med uppgiften. Många anhöriga har ett stort ansvar för dem som har eller är på väg att försämrats i någon sjukdom.

Målet är att via biståndshandläggare erbjuda anhöriga och vårdtagare personligt utformat stöd, information och samtal samt gemenskap med andra anhöriga och vårdtagare senast 2007.

Den enskildes inflytande över hur insatser skall ske och bedömd biståndstid skall användas skall under planperioden utökas.

Träffar för anhöriga skall genomföras i samarbete med Demensförbundet minst en gång per år.

Informationsfoldern "Bra att veta" skall uppdateras en gång/år.

I anslutning till korttidsplatser skall finnas dagverksamhet samt möjlighet till dagavlösning senast 2008.

Pensionärsorganisationerna skall ses som en resurs och deras engagemang för äldreomsorgen skall stödjas bland annat genom ekonomiska bidrag och utbildningsinsatser.

Det kommunala pensionärsrådet skall ha inflytande i frågor som rör äldre.

Kunskap om inflytandeprocessen skall ingå i personalens fortbildning.

Strategi för förebyggande insatser

Alla kommuninvånare som fyller 75 år skall från biståndsenheten få aktuell information och erbjudas ett personligt besök från och med 2006.

Det är viktigt med fokus på det friska och aktiva arbetet med hälsoperspektivet både inom och utanför organisationen. En vidareutveckling av uppsökande verksamhet och frivilligt socialt arbete för och med äldre är framtida områden av största vikt både för den enskilde och samhället.

Det behövs en "vaktmästare" (Fixar-Malte) för att åtgärda praktiska saker i eget boende, vilket förebygger bland annat fallolyckor.

Det bör finnas en gemensam matsservering med god tillgänglighet i kommunal regi öppen för målgruppen.

Strategi för personalförsörjning

Äldreomsorgen är personalintensiv. Kompetensen hos de anställda är avgörande för kvalitet.

Vid planperiodens slut bör 80 % av omvårdnadspersonalen ha relevant gymnasieutbildning eller motsvarande.

Två stora utmaningar inför framtida rekrytering är arbetets attraktionskraft och utbildningssituationen.

För att möta rekryterings- och kompetensbehovet krävs en god och aktiv personalpolitik bland annat med förändrade arbetstider och lönesystem.

Förväntningarna på hälso- och sjukvård kräver en kontinuerlig fortbildning i fackämnen för att bibehålla kompetensen hos alla personalkategorier.

Inom ramen för "kompetensstegen" kommer olika projekt att drivas i samarbete med övriga Dalslandskommuner.

Rehabilitering, systematiskt arbetsmiljöarbete och hälsopromotion utvecklas ytterligare under planperioden.

En personalpool skall startas senast 2006 för att täcka korttidsfrånvaro.

Strategi för IT-stöd

Berörd personal får adekvat IT-utbildning.

En dator skall finnas på varje arbetsplats senast 2007.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Äldrepolitiken i Sverige står inför stora utmaningar då andelen äldre blir allt fler. Många äldre kommer att kunna leva ett aktivt liv med litet eller inget stöd från samhället. Gruppen "äldre äldre" kan dock komma att behöva stora insatser av vård och omsorg, vilket ställer nya krav på äldreomsorgen. I en framtida äldreomsorg behöver samverkan mellan enskilda, anhöriga/närstående, personal och frivilliga utvecklas ytterligare.

En större andel äldre innebär inte automatiskt en högre kostnad för samhället. Alla resurser måste tillvaratas bättre för att vi skall få råd med välfärden i framtiden. Avgörande för kostnaderna i framtidens äldreomsorg blir insatserna för folkhälsa och förebyggande vård och omsorg. Dessa insatser måste vara av hög kvalitet och finnas tillgängliga för alla.

Alla medborgare har själva ett stort ansvar för sin hälsa och vitalitet. Den som ändå behöver hjälp för att komma igång på egen hand eller tillsammans med andra skall få det genom förebyggande hälsoarbete för äldre.

Under de senast decennierna har samhällets stöd förändrats. Möjligheterna för äldre till kvarboende i sin ursprungliga hemmiljö har stärkts. Det har skett bland annat genom utbyggnad av hemsjukvård, hemtjänst och ökade möjligheter till korttidsboende. Till följd av att många äldre bor i ordinärt boende, har hemtjänstens uppgifter förändrats från att tidigare framförallt gällt hemmets skötsel till att idag också innefatta kvalificerad omvårdnad och sjukvård. Detta innebär i sin tur att äldre som ansöker om plats i särskilt boende har betydligt större omvårdnadsbehov än tidigare.

Det stöd och den hjälp som äldre behöver skall i så stor utsträckning som möjligt utformas efter individens förutsättningar och behov. Den enskildes rätt till självbestämmande och integritet ställer krav på flexibilitet från kommunen och den äldre själv. Att känna trygghet och ha tillgång till närstående är av grundläggande betydelse för äldre. Närstående gör stora insatser och det är viktigt att kommunen kan erbjuda flexibla stödinsatser till denna grupp.

1.2 Uppdrag och syfte

Under 2002 genomförde KPMG, på uppdrag av finansdepartementet, en översyn av kommunens äldreomsorg samt individ- och familjeomsorg. I rapporten, daterad den 24 juni 2002, föreslogs bland annat att Björkebacks äldreboende med 29 vårdplatser skulle avvecklas. Rapporten lämnade också förslag på tillskapande av demensplatser, korttidsboende vid Bergs och utbyggnad av hemtjänst och hemsjukvård.

Kommunstyrelsen och socialnämnden har bedömt att den ekonomiska utvecklingen i kommunen är starkt begränsad de kommande åren. Nämnderna kommer därför att behöva ytterligare anpassa verksamheterna till en begränsad budgetram.

Under 1990-talet fram till 2005 har vård och omsorg genomgått stora förändringar

och därmed ändrade förutsättningar både organisatoriskt och ekonomiskt. Förändringar har också förekommit i lagstiftningen och ändrade tolkningar av denna. I framtiden väntas ytterligare förändringar av lagstiftningen samt enskildas förväntningar på boendestandard och omsorg.

Mot denna bakgrund har socialnämnden beslutat att upprätta en plan för den framtida äldreomsorgen. Syftet med planen är att identifiera framtida behov och beskriva förväntningarna på kommunens vård och omsorg. Planen skall också vara ett instrument för uppföljning.

Framtagandet av denna remissupplaga av verksamhetsplanen för vård och omsorg har skett i samarbete med pensionärsorganisationerna i kommunen.

1.3 Genomförande

Arbetet med verksamhetsplanen påbörjades under 2003. Den arbetsgrupp som arbetat med att ta fram planen har bestått av socialnämndens ordförande, vice ordförande, förvaltningschef, enhetschefer inom vård och omsorg, representanter för Pensionärernas Riksorganisation i Mellerud (PRO) och Sveriges Pensionärsförbund i Mellerud (SPF). Socialnämndens förvaltningsekonom och utredare har varit arbetsgruppens sekreterare. Under 2005 redovisades ett planförslag som har remissbehandlats. Remissinstansernas synpunkter har beaktats i det förslag till verksamhetsplan som behandlats av samrådsorganen och socialnämnden i februari 2006.

2. Målbeskrivningar

Gränsen för att bli betraktad som äldre sker oftast när en person inträder i pensionssystemet, det vill säga runt 65 år. Vid denna tidpunkt är det mycket få som har behov av hjälp i hemmet eller särskilt boende för att klara sin livsföring. I takt med stigande ålder ökar hjälpbehovet. De första tio åren efter ålderspensioneringen är ökningen måttlig. Efter 80 års ålder blir ökningen av vårdbehovet betydligt större.

Målet för en god äldreomsorg är att underlätta för den enskilde att i så hög grad som möjligt kunna fortsätta att leva som tidigare, det vill säga leva ett aktivt liv, med inflytande, självbestämmande, tryggad ekonomi och möjlighet att bo kvar i sin bostad så länge man önskar även om vårdbehoven är stora. De äldre skall kunna lita på att vård och omsorg har god kvalitet. Detta innebär bland annat att personalen skall ha en god grundutbildning och regelbunden fortbildning.

Målen för en god vård och omsorg i Melleruds kommun bygger på intentionerna i regeringens nationella handlingsplan som fastslagits av riksdagen.

2.1 Inriktningsmål

Socialnämndens mål för vård och omsorg i Melleruds kommun är att med stöd av socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt nationella handlingsplanen för äldrepolitiken erbjuda social trygghet till äldre och personer med funktionshinder samt ge förutsättningar för ett så självständigt liv som möjligt. Verksamheterna skall utformas så att den enskildes, över tid varierande, behov kan tillgodoses.

Socialtjänstens mål enligt socialtjänstlagen

Samhällets socialtjänst skall på demokratins 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 grupperns egna resurser.

Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Hälso- och sjukvårdens mål

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.

Nationella planen

Huvudprinciperna för äldrepolitiken är att den skall vara:

- demokratiskt styrd genom folkvalda församlingar
- vara solidariskt finansierad genom skattemedel
- vara tillgänglig efter behov, inte efter köpkraft.

Mål och inriktning för den framtida äldre politiken är att äldre skall:

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

2.2 Organisationsmål

Melleruds kommun skall ha en god framförhållning och avsätta medel och resurser som krävs för att säkerställa en god och säker äldreomsorg. Organisationen skall ha en tydlig ledningsstruktur med klara och väl förankrade mål. Effektivt

resursutnyttjande uppnås genom regelbundna kvalitetskontroller och utvärderingar. Ledningen skall bevaka utveckling och forskning inom äldreomsorgsområdet och omsätta detta så att det kommer verksamheten tillgodo.

2.3 Arbetsenheternas mål

Med utgångspunkt från inriktningsmålen skall varje arbetsenhet ange mer konkreta mål. Arbetsenheternas mål skall vara så tydliga att de kan följas upp och utgöra kvalitetskriterier som grund för politiska beslut.

3. Äldres inflytande

Ett av syftena med planen är att öka de äldres välfärd och självbestämmande. Förutsättningen är att den enskilde har inflytande över verksamheten. Det pågår ett arbete i många kommuner för att utveckla former för styrsystem som utgår från den enskilde vårdtagarens önskan att själv bestämma över sin vardag och själv förfoga över den service som kommunen tillhandahåller.

Det finns naturligtvis en oro för att en ökad valfrihet ska öka kostnaderna mer än vad kommunen klarar och det motiverar en försiktig utveckling. Den praktiska erfarenhet som finns i dag tyder dock inte på att ett ökat inflytande för den enskilde måste innebära högre kostnader. Det ökade inflytandet kan också innebära att den enskilde känner större trygghet för att socialtjänsten finns när den behövs och det kan minska behovet att "gardera sig" för behov längre fram. Ett sätt kan vara att den enskilde inom vissa ramar själv bestämmer över beslutad tid. Det får dock inte innebära att den enskildes behov av insatser, som inte kan tillgodoses på annat sätt, begränsas till en sådan tidsram.

Tillvägagångssätt

Pensionärsorganisationerna är en stor resurs och deras engagemang för äldreomsorgen skall stödjas.

Pensionärs- och övriga frivilligorganisationer skall ges möjlighet till att stödja eller aktivt delta i äldreomsorgens verksamhet.

Det kommunala pensionärsrådet skall ha ett inflytande i alla frågor som rör äldre.

Kunskap om processen för äldres inflytande skall ingå i personalens fort- /vidareutbildning.

3.1 Kommunalt pensionärsråd

Det kommunala pensionärsrådet, som är sammansatt av pensionärsföreningarna, förtroendevalda och tjänstemän, är en viktig mötesplats. Syftet med rådet är, enligt reglementet, dialog, delaktighet och inflytande för pensionärer.

3.2 Pensionärs- och frivilligorganisationerna

I Melleruds kommun finns tre pensionärsföreningar. Två av föreningarna är anslutna till Pensionärernas Riksorganisation (PRO) och en till Sveriges Pensionärsförbund (SPF). Föreningarnas aktiviteter består av månadsmöten, resor och friskvårdprogram. Vidare har föreningarna en omfattande kurs- och studie-

cirkelverksamhet. Tvärorganisationen "Idégruppen Älvan" bedriver aktiviteter vid dagcentralen Älvan och Karolinen.

Kommunen bör stödja och stimulera pensionärs- och övriga frivilligorganisationer att medverka i äldreomsorgen, till exempel med social kontakt, stimulans och aktiviteter som komplement till kommunens insatser.

En demensförening har bildats (januari 2006) med stöd av Svenska Demensförbundet.

3.3 Den enskilde

Socialtjänstens insatser skall utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Det är därför viktigt att den enskilde kan och ges möjligheter att behålla ansvaret över sin situation i mötet med socialtjänsten. För att detta skall kunna uppnås är det en förutsättning att personalen har ett medvetet förhållningssätt och god förtroenhet vad gäller äldres livssituation.

Individuell arbetsplan ska upprättas senast två veckor efter det att insatsen påbörjats. Arbetsplanen ska redovisa vårdtagarens individuella behov kopplas till biståndsbeslutet.

3.4 Samrådsformer i boenden m.m.

Boendeenheterna skall sträva efter att öka de enskildas möjligheter till dialog med enhetens personal/ledning. Under 2006 ska boende erbjudas att medverka i boende- och/eller kostråd. Liknande former för dialog med brukare och anhöriga bör införas i alla verksamheter. Inom hemvården kan nätverksgrupper med personal, vårdtagare och närstående införas.

4. Faktorer som styr framtida behov

I detta kapitel redovisas ett antal faktorer som styr äldreomsorgens behov. Den största enskilda faktorn är antalet äldre. En annan betydande faktor är hälsoutvecklingen hos de äldre.

4.1 Demografisk struktur och befolkningsprognos

Både antalet och andelen äldre i befolkningen ökar i Sverige. Vid sekelskiftet 1900 var mindre än tio procent äldre än 65 år. Om 30 år kommer närmare en fjärdedel av Sveriges befolkning att vara över 65 år. De som är över 80 år och som har störst behov av vård och omsorg, väntas öka från 460 000 till 750 000 personer under samma period. På ytterligare ett par decenniers sikt blir ökningen av andelen och antalet äldre ännu större.

Enligt prognosen för befolkningsutvecklingen i Melleruds kommun ökar antalet invånare över 65 år med 155 personer (+7 %) från år 2005 fram till år 2010. För gruppen 85 år och äldre (äldre äldre) sker en ökning under samma tidsperiod med 34 personer (11,6 %).

Grupp/år	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
65 - 84 år	1 921	1 923	1 947	1 975	2 014	2 042	2 071	2 122	2 119	2 155
85 år +	293	298	291	302	316	327	337	337	353	354
Summa	2 214	2 221	2 238	2 277	2 330	2 369	2 408	2 459	2 472	2 509
65 - 79 år	1 551	1 552	1 571	1 590	1 643	1 671	1 716	1 758	1 760	1 800
80 år +	663	669	667	687	687	698	692	701	712	709
Summa	2 214	2 221	2 238	2 277	2 269	2 369	2 408	2 459	2 472	2 509

Tabell 1: Prognos över den demografiska utvecklingen i Melleruds kommun för ålderskategorierna 65 – 84 år samt 85 år och äldre mellan åren 2005 – 2014 med alternativ indelning 65 -79 år samt 80 år och äldre. Efter det att socialnämnden den 28 februari 2006 föreslagit att planen skall antas, har SCB redovisat befolkningstal för 2005 som påverkar utvecklingen de kommande åren.

Det ökade antalet personer över 65 år innebär att kostnaderna för vård och omsorg under planperioden sannolikt kommer att öka.

4.2 Folkhälsoarbete för äldre

En bra ålderdom kännetecknas av en god hälsa i hög ålder med liten eller ingen funktionsnedsättning, personlig tillfredsställelse, aktivt engagemang i livet, meningsfull sysselsättning, bibehållen uppfattningsförmåga, god motorik, psykologiskt välbefinnande och samstämmighet mellan önskade och uppnådda mål. Världshälsoorganisationen, WHO, har bedömt att ett aktivt åldrande handlar om att fortlöpande kunna vara delaktig i sociala, ekonomiska, andliga, kulturella och medborgerliga frågor. Ytterst handlar aktivt åldrande om beslut som enskilda och grupper fattar om livsstil och levnadsförhållanden. En central uppgift för myndigheter och andra aktörer är att skapa förutsättningar för den enskildes egen planering och eget ansvarstagande för ett aktivt hälsosamt åldrande.

Att aktivt arbeta med hälsoperspektivet och sätta fokus på det friska inom äldreomsorgen är inte bara humant utifrån individens perspektiv utan även samhällsekonomiskt lönsamt. Det är mycket viktigt att hälsoperspektivet genomsyrar äldres vardag både inom äldreomsorgen, liksom utanför, vilket ställer krav på bred samverkan med andra aktörer. Ett hälsoarbete kan t.ex. bedrivas i samverkan med pensionärsorganisationer, studieförbund och hälsorådet, genom aktiviteter inom och utom äldreomsorgens verksamheter eller genom kunskapsspridning.

Tillvägagångssätt

En vidareutveckling av uppsökande verksamhet och frivilligt socialt arbete för och med äldre är framtida områden som är av största vikt både för den enskilde och samhället.

Andra exempel på insatsområden som ofta lyfts fram inom folkhälsoarbetet för äldre är bland annat; minskad rökning, ökad fysisk aktivitet, bättre kostvanor,

sambandet läkemedelskonsumtion och hälsa, skadeförebyggande arbete, ökade möjligheter till social samvaro, socialt stöd och nätverk etc. Goda möjligheter till kultur och fritid är en rekreation som i stor utsträckning antas gynna de äldres hälsa.

En fortsatt kontinuerlig gemensam planering och prioritering av insatser i samverkan för olika grupper av äldre i förebyggande och hälsofrämjande syfte krävs i de samverkansforum som finns i kommunen. Att också i framtiden arbeta med lokala indikatorer för äldres hälsa, enligt de nationella uppföljningsprinciper som är på väg att arbetas fram, ger förutsättningar att lokalt följa hälso-utvecklingen för den äldre befolkningen.

4.2.1 Äldres hälsa

Förbättrade levnadsvillkor under 1900-talet har medfört en påtagligt ökad medellivslängd bland annat på grund av minskad dödlighet bland medelålders och äldre.

Äldres hälsa är ett angeläget område att belysa inte minst med tanke på att äldre utgör en allt större del av befolkningen. Statistiska centralbyrån gör årliga intervjuundersökningar om levnadsförhållanden (ULF) som omfattar åldrarna upp till 85 år. I Folkhälsorapporten från 2001 handlar det om äldres hälsa i åldrarna 65-84 år. Där rapporteras att långvariga sjukdomar tenderar att öka. Fler får emellertid medicinsk behandling för sin långvariga sjukdom idag än för tjugo år sedan. Det är också fler äldre som får sina åkommor diagnostiserade och behandlade än tidigare. Många kan ha en långvarig sjukdom men ändå uppleva sin hälsosituation som god tack vare nya läkemedel och behandlingsmetoder. Läkemedel dominerar helt bland olika medicinska behandlingsformer för äldre. Människor i åldersgruppen 75 år och äldre ordinerar cirka 35 % av alla läkemedel. De vanligaste läkemedlen utgörs av hjärt-kärlmediciner, medel som påverkar nervsystemet samt mag-tarmpreparat.

Brister i äldres läkemedelsanvändning har uppmärksammats i många studier och handlar om både över- och underanvändning. Biverkningar och läkemedelsinteraktioner orsakar mer än var tionde inläggning av äldre på sjukhus. Ett utvecklat samspel mellan läkare, apotekare och sjuksköterska i form av regelbundna gemensamma, läkemedelsgenomgångar är därför önskvärt. Det finns fler exempel på detta i landet. Det finns även vårdcentraler som får stöd av apotekare.

Av de långvariga sjukdomarna som rapporterats är det cirkulationsorganens sjukdomar som dominerar. Därefter följer sjukdomar i rörelseorganen samt diabetes. Syn- och hörselnedsättning är betydligt vanligare i åldrarna över 65 år. Demenssjukdomar ökar med stigande ålder. I åldern 65-69 år beräknas en procent ha en demenssjukdom. 70-74 år är det tre procent. Förekomsten fördubblas därefter vart femte år och i åldrarna över 90 år uppskattas 21 procent lida av demens.

En eftersatt tandhälsa påverkar individens allmäntillstånd och kan i värsta fall leda till sjukdom. Ett reformerat tandvårdsstöd trädde i kraft 1999, där personer med omfattande och varaktigt behov av vård- och omsorgsinsatser, har rätt till

uppsökande verksamhet med munhälsobedömning, kostnadsfritt. Den som är berättigad till detta är också berättigad till nödvändig tandvård för reducerad avgift. Personen betalar motsvarande avgift för öppen hälso- och sjukvård vid varje besök. Det finns också ett generellt tandvårdsstöd för alla över 65 år.

4.3 Trygghetsperspektivet

"Aldrig kan själens längtan stillas, icke jordens riken, brusande städer och havens glans förmå att lindra dess eviga oro" (Vilhelm Ekelund).

Trygghet liksom självbestämmande är grundläggande behov för alla människor. Under olika omständigheter i livet kan den egna kontrollen över tillvaron upplevas minska, t.ex. när vi blir äldre, och då blir trygghetsaspekten viktigare.

Samhällets insatser kan inte ensamt tillgodose det behovet, eftersom vi har olika inre resurser att hantera situationer. God planering och framförhållning kan dock bidra till att skapa en förutsägbarhet och tillit till att stöd finns att få om behovet uppstår.

Sociala kontakter som en stödjande faktor för individen, tycks minska i dagens samhälle. Det behovet visar sig bland annat genom ett ökat behov av stöd på andra områden t.ex. plats i särskilda boenden. Det finns också ett ökat behov av att ringa till olika former av telefonjourer.

4.4 Familj och sociala nätverk (Ensamhushåll)

Samvaron med andra människor har avgörande betydelse för människors hälsa. Av olika orsaker lever många ensamma men med stigande ålder ökar också sannolikheten att partnern avlidit bland dem som levt som par. En tredjedel av 65-74-åringarna och drygt hälften av 75-84-åringar bor ensamma. Medellivslängden för kvinnor är högre än männens och de är ofta yngre än sina makar eller sambor. Det betyder att det är fler kvinnor som lever ensamma under de sista åren.

Äldre makar behöver i allmänhet mindre stöd utifrån när de begränsas av sjukdom och funktionsnedsättningar, än vad ensamstående har.

Fler äldre har idag en egen familj högt upp i åldrarna än i början av 1980-talet. De äldre kvinnorna träffar oftare en nära anhörig varje vecka än för tjugo år sedan. Färre än för 20 år sedan uppger att de inte har någon nära vän utanför hushållet. Både för män och kvinnor är utvecklingen negativ vad gäller umgänget med grannar.

4.5 Strukturförändringar

Sjukhusen har fått en tydligare inriktning mot specialisering och aktiv behandling. Strukturförändringarna inom landstingens sjukvård har medfört att fler behöver omfattande insatser av kommunens vård och omsorg.

En utredning av hur närsjukvården skall bedrivas är tillsatt. Det pågår också en process hur rehabiliterande insatser skall kunna samordnas, dels mellan kommuner, dels med Regionen.

De som ansöker om stöd uttrycker i större utsträckning önskemål att få bo kvar hemma. Detta ställer ökade krav på kommunens vård och omsorg. Behoven blir allt mer komplexa och omfattande, vilket ställer ökade krav på organiseringen av arbetet och kompetensen hos personalen.

Behovet av att modernisera det särskilda boendet driver samtidigt på en omstrukturering, där resurser i det särskilda boendet kan användas bättre i hemvården.

När vård och omsorg i allt högre grad förväntas tillgodoses i hemmet i stället för i särskilt boende, även för dem med mycket omfattande hjälpbehov, krävs en organisation som kan ställa upp med både planerade och akuta insatser dygnet runt. I en kommun med långa avstånd kan det bli dyrt och komplicerat att ge stora insatser i hemmet.

Det minskade utbudet av platser i särskilt boende medför en restriktivare boståndsbedömning, inom ramen för vad lagen medger, för beviljande av plats i boende. En konsekvens av det blir att en ökad andel boende kommer att vara personer med demenssjukdom.

4.6 Infrastruktur

Infrastrukturens utformning har betydelse för hur väl både statens mål för äldrepolitiken och socialtjänstlagens och hälso- och sjukvårdens intentioner kan uppfyllas. Mellerud är en kommun med många invånare utanför tätbebyggt område och som bor spridda över relativt stor geografisk yta. Kommunikationer och logistik har stor betydelse både för tillgängligheten av samhällstjänster och för effektivt användande av resurserna inom vård och omsorg.

Enligt riksdagens beslut skall kollektivtrafiken vara fullt tillgänglig år 2010.

Under augusti 2006 startar på försök "Blommantrafiken", som är en anropsstyrd flexibel närtrafik med fasta hållplatser. Den kommer bland annat att ersätta och komplettera färdtjänsttrafiken. Det kommer att finnas möjlighet att ringa till bussen för att tala om att man vill åka med en viss tur och behöver hämtas vid bostaden och få hjälp in i bussen. Bussarna kan också komma att användas för transport av mediciner, mat och biblioteksböcker till hemvårdens kunder.

4.7 Bostäder

En framtida äldreomsorg där fler äldre bor kvar hemma längre ställer krav på strukturförändringar i samhället. Den lokala och nationella bostadspolitiken påverkar även utvecklingen inom äldreomsorgen.

De flesta äldre bor idag i eget boende och klarar sig själva eller med stöd från hemvården och hemsjukvården. De flesta vill också bo kvar så länge det går och det är därför angeläget att undanröja hinder för kvarboende.

Det ska finnas anpassade bostäder i kommunens samtliga tätorter.

Tillvägagångssätt

Den kommunala bostadspolitiken skall medverka till att göra det möjligt för äldre att bo kvar i det ordinarie boendet.

Brister i tillgänglighet i enskilda bostäder och i bostadsområden skall undanröjas.

Vid nybyggnation av bostäder skall dessa planeras så att man kan bo kvar vid funktionsnedsättning/funktionshinder.

Nära samarbete med det kommunala bostadsbolaget och andra aktörer fordras.

4.8 Kommersiell service

Äldre och personer med funktionshinder som bor på landsbygden kan få varor hemsända genom att handlare får hemsändningsbidrag. Centralorten förutsätts ha en bra service och tillgänglighet.

Tillvägagångssätt

Hemtransport av dagligvaror till ordinarie boende på landsbygden ska utvecklas (se även avsnitt 4.6).

5. Biståndshandläggning

Biståndsbedömningen skall utgå från en helhetssyn av den enskildes situation, möjligheter och behov. Sociala, fysiska, medicinska, psykiska och existentiella behov ska beaktas. Besluten, som ska ange insatsernas mål, inriktning och omfattning, skall vara tydliga och lätta att förstå.

Efter att den enskilde ansökt om insatser enligt socialtjänstlagen får man alltid ett skriftligt beslut. Innan beslutet fattas skall den enskilde kunna ta del av utredningen och kommuniceras därför muntligen eller skriftligen. Om den enskilde inte är nöjd med beslutet kan det överklagas. Biståndshandläggaren ska erbjuda den enskilde hjälp med överklagandet i samband med avslagsbeslut.

5.1 Vårdbehovsmätning

För att kunna beskriva verksamheterna genomförs vårdbehovsmätningar två gånger om året. Vårdbehovsmätningen genomförs i särskilt boende och inom hemvården. Mätningen omfattar de insatser som omvårdnadspersonalen utför hos den enskilde och innefattar alltså inte de insatser som sjuksköterskorna utför. Mätningen beskriver de fysiska och psykiska behov samt de sjukvårdsinsatser den enskilde har.

Metoden används i flera av landskapets kommuner och är ett databaserat program.

De senaste mätningarna visar på att vårdbehovet ökat och att det sker en successiv utjämning av vårdbehovet mellan boendeenheterna. Mätningarna kan användas för att anpassa personalinsatserna efter det faktiska behovet.

5.2 Uppsökande verksamhet

För att kunna öka livskvaliteten hos de äldre behövs redskap för att förebygga ohälsa och vårdbehov. Erfarenhet har visat att det är väsentligt att på ett tidigt stadium identifiera behov av t.ex. hjälpmedel, bostadsanpassning och anhörigstöd.

Tillvägagångssätt

Alla kommuninvånare som fyller 75 år skall från Biståndsenheten få aktuell information. Den enskilde skall också erbjudas ett personligt besök för att få mer information.

6. Hemtjänst

Stöd i det egna hemmet (ordinärt boende) ges efter behovsprövning till den som inte klarar sin dagliga livsföring på grund av ålder, sjukdom eller funktionshinder. Insatserna planeras i samråd med den sökande och formuleras i en arbetsplan. Exempel på insatser kan vara personlig omvårdnad, ledsagning, trygghetstelefon eller hemsändning av mat. Kommunens biståndshandläggare utreder behovet av bistånd.

6.1 Hemvårdsgrupper

Hemvården i Melleruds kommun består av den traditionella hemtjänsten och delar av hemsjukvården. Den medicinska omvårdnaden i hemvården sker med insatser från undersköterskor, på delegation av ansvarig sjuksköterska. Inom varje område finns verksamhetsledare.

Hemvården är för närvarande uppdelad i tre olika områden/distrikt:

- Centrum
- Skållerud
- Kroppefjäll

6.2 Trygghetslarm

Trygghetslarm kan installeras i det egna hemmet. Utrustningen är kopplad till den egna telefonen. Den gör det möjligt att snabbt och enkelt komma i kontakt med larmcentralen.

7. Korttidsplatser, dagvård och anhörigstöd

7.1 Korttidsplatser

Korttidsplatser är en resurs som kan behövas för personer som bor kvar i ordinärt boende och har ett omfattande vårdbehov. Insatserna utförs för närvarande under organisationsenheterna för särskilda boenden samt hälso- och sjukvård.

Platser för korttidsvård är en insats som riktar sig till enskilda och anhöriga/närstående i behov av avlösning, rehabilitering och vård i livets slutskede.

Kommunens samtliga boenden kan idag ta emot korttidsboende. Platserna vid Bergs har i första hand inriktning mot rehabilitering och vård i livets slutskede.

Kännetecknen för korttidsboendena skall vara hög kompetens i vård, omsorg och rehabilitering. Kompetensen skall innefatta flera professioner och verksamheten skall präglas av helhetssyn och samverkan.

Tillvägagångssätt

Platser för korttidsvård skall vara lättillgängliga och kunna fås med kort varsel för äldre personer med behov.

Korttidsplatserna skall vara flexibla i antal genom dubbelbeläggning eller justering i förhållande till antal särskilda boendeplatser inom äldreboendena.

Fem korttidsplatser skall finnas avsedda för personer med demenssjukdom senast 2007 vid Kroppefjällshemmet.

Hemsjukvården skall förstärkas med 1,0 demenssjuksköterska senast 2007.

För att åstadkomma ett rehabiliterande arbets- och synsätt i omvårdnaden är det en fördel att ha särskilda avdelningar för permanentboende och korttidsboende. Samverkan mellan olika vårdgivare skall främjas och utvecklas.

7.2 Dagvård

Tillvägagångssätt

Det finns behov av att bygga upp en dagverksamhet för dementa som en biståndsbedömd insats för dem med behov av stimulans och som en avlösning för anhöriga som vårdar dementa i hemmet.

Vid lokalisering av dagverksamheten är det en fördel om den kan drivas i samverkan med en demensavdelning.

7.3 Närstående/anhörigstöd

Stöd till anhöriga kan ske både med biståndsbedömda eller allmänt inriktade insatser.

För att möjliggöra för enskilda med stort omvårdnadsbehov att bo kvar i sitt ordinära boende behöver närstående stöd i olika former. Det är viktigt att belysa både den enskildes behov och den närståendes situation. En särskild stödplan kan upprättas där kommunens stödinsatser formuleras. Stöd kan ges i form av:

- Akut, planerad eller regelbunden avlösning i det egna hemmet
- Akut eller planerad avlösning genom korttidsplats
- Växelvård - den enskilde får korttidsplats med regelbundna intervaller

Ur ett samhällsperspektiv är anhängivården viktig och anhängigstöd ses som en av de

stora frågorna inom framtidens vård och omsorg. Anhörig- och närstående vårdare är viktiga resurspersoner, medarbetare och experter och bör få det erkännande de förtjänar.

Anhöriga som väljer att vårda sin anhörig i hemmet eller har sin anhörige i ett särskilt boende måste ges förutsättningarna att klara och orka med uppgiften. Detta är en stor uppgift samtidigt som den anhörige skall bibehålla sin egen hälsa och känslan av livskvalitet.

Många anhöriga har ett mycket stort och värdefullt ansvar för dem som har eller är på väg att försämras i sin sjukdom.

Tillvägagångssätt

Målet är att erbjuda anhöriga och vårdtagare personligt stöd, information och samtal samt ge en meningsfull tillvaro i gemenskap med andra anhöriga och vårdtagare.

Under de kommande åren skall dagverksamheten utvecklas för att möjliggöra avlösning för den anhörige.

8. Särskilda boendeformer

8.1 Definition

Gemensamt för särskilda boendeformer är att i samordnade lokaler erbjuda äldre och personer med funktionshinder ökad närhet till personal som svarar för omvårdnads-, hälso- och sjukvårdsinsatser.

Den enskilde har ett eget boende antingen i lägenhet eller rum med undantag av Bergs särskilda boende. De boende har tillgång till gemensamma lokaler och matsal.

Biståndshandläggare utreder och beslutar om plats i särskilda boenden. Den enskilde erbjuds plats i den boendeform som bedöms tillgodose behoven. Platsen anvisas av biståndshandläggaren i samråd med enhetschef.

För inflyttning i demensboende skall den enskilde ha fastställd diagnos.

Ett hyresavtal tecknas mellan den enskilde och hyresvärden.

8.2 Boendestandard

I Melleruds kommun finns 177 platser (februari 2006) i särskilt boende. De fördelar sig enligt följande:

Fagerlidshemmet 68 lägenheter varav 18 lägenheter för personer med demenssjukdom.

Skållerudshemmet 33 lägenheter

Gruppboenden Karolinen 12 lägenheter för personer med stora och bestående

behov av stöd och hjälp i sitt dagliga liv.

Samtliga av ovanstående lägenheter har kokmöjligheter och eget hygienutrymme.

Kroppefjällshemmet har 20 rum, för personer med demenssjukdom, bestående av två separata hus med tio rum i varje dock inte med fullvärdig bostadsstandard enligt norm (delat hygienutrymme).

Bergs särskilda boende har för närvarande 44 platser. På Bergs bor personer med högre medicinsk omvårdnadsnivå än i kommunens övriga boenden. Personer med behov av rehabilitering kan erbjudas korttidsboende, eftervård som utskrivningsklar. Man kan också bo på Bergs under utredning av det framtida behovet av särskilt boende. Bergs erbjuder också vård i livets slut.

8.3 Genomförda ny- och ombyggnationer

Under 2003 byggdes avd 7 på Fagerlidshemmet om till ett demensboende med totalt 18 lägenheter fördelat på tre mindre enheter om sex lägenheter vardera.

Under 2004 färdigställdes en förbindelsegång mellan husen på Kroppefjällshemmet.

Tillvägagångssätt

För att möta det framtida behovet av äldreomsorg bör en omstrukturering mellan de olika inriktningarna ske. Det innebär att antalet demensplatser skall öka och att förhållandet mellan trygghetsplatser och korttidsplatser måste vara flexibelt.

Antalet platser i särskilda boendeformer bör ligga i nivå med jämförbara kommuner (Svenska kommunförbundets definition)/riksgenomsnittet.

Särskilda boenden inklusive demensplatser bör finnas i kommundelarna Mellerud, Skållerud och Dals Rostock.

Antalet platser för dementa bör öka med minst tio i början av perioden 2006 – 2010. Det är önskvärt att platserna förläggs så att tillgängligheten av demensboende blir lika i alla kommundelar.

Någon form av omstrukturering av verksamheten på Karolinen kommer att bli nödvändig. En möjlighet kan vara att använda lokalerna som ett serviceboende med insatser från hemvården, eventuellt med tillgänglighet av personal dygnet runt men som i så fall även ansvarar för vårdtagare utanför själva boendet.

På sikt måste förändringar ske för att uppnå fullvärdig boendestandard vid Kroppefjällshemmet och Bergs särskilda boende. Kan dock inte ske på bekostnad av antalet platser så länge behov föreligger.

Omvårdnaden skall präglas av ett rehabiliterande synsätt och arbetssätt.

Samverkan mellan olika vårdgivare skall främjas och utvecklas.

9. Hälso- och sjukvård

Kommunen ansvarar för all hälso- och sjukvård till och med sjuksköterskenivå i såväl ordinärt som särskilt boende. Den kommunala hälso- och sjukvården regleras i 17-25 §§, hälso- och sjukvårdslagen. Av 18 § HSL, framgår att god hälso- och sjukvård skall erbjudas de som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 och 7 §§, samt 7 kap. 1 § socialtjänstlagen.

Kommunalt ansvar för en god hälso- och sjukvård gäller även i hemsjukvården och vid dagverksamheter. Enligt HSL skall det även finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), med bland annat ansvar för vårdtagarnas medicinska säkerhet.

Kommunal hälso- och sjukvård omfattar insatser i form av korttidsvård vid Bergs särskilda boende, hemsjukvård, rehabilitering genom arbetsterapi och sjukgymnastik, tekniska hjälpmedel och inkontinenshjälpmedel.

Hemsjukvård utförs av sjuksköterskor som dygnet runt ansvarar för medicinska insatser i såväl ordinärt boende som de särskilda boendeformerna. Sjuksköterskan fungerar som medicinsk konsult i de särskilda boendena, förutom Bergs. Läke- medelshantering, enklare omläggningar med mera delegeras till övrig personal där det är möjligt, efter kompetensprövning. Hemsjukvården svarar också för akut- sjukvård till personer i särskilt boende och kommunal hemsjukvård. Kommunens sjuksköterska ska bedöma om läkarinsats behövs.

Äldre har ofta ett sammansatt vårdbehov som grundar sig på flera sjukdomar, där hjärt-/kärlsjukdomar, demens/minnesstörningar, stroke/förlamningar, frakturer, diabetes och cancer är vanligast förekommande. Många behöver vård i livets slutskede.

Omstruktureringen av akutsjukvården har medfört att den kommunala vården och omsorgen fått ta ansvar för fler och sjukare människor. Både i ordinärt och särskilt boende bedrivs numera kvalificerad sjukvård och rehabilitering. Samarbetet med behandlande läkare spelar här en viktig roll. Läkarinsatser är nödvändiga vid vårdplanering och handledning av kommunens vårdpersonal. Detta lyfts särskilt fram i den nya lagen om kommunalt betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (2003:193). Avtal tecknas mellan kommunen och primärvården avseende läkares medverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.

Regionen har som sjukvårdsansvarig en skyldighet att tillse att läkarinsatser ges i den omfattning och på ett sådant sätt att en god och säker vård med hög kvalitet erbjuds de äldre.

En äldreomsorg av hög kvalitet förutsätter att även äldre får tillgång till sjukvårdens samlade resurser. Pensionärsorganisationerna och Socialstyrelsen stödjer kommunerna i påpekan av nödvändigheten av ökad läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Idealet är en läkare med särskilt ansvar för de äldre kommuninvånarnas hälso- och sjukvård.

9.1 Vårdkedjor

Samarbetet mellan kommunens vård och omsorg och Regionens hälso- och

sjukvård skall präglas av helhetssyn och för den enskilde vara en obruten vårdkedja.

Målet är att den enskilde skall känna trygghet vid överflyttningen mellan olika vårdformer och ha inflytande över de beslut om vård och omsorg som fattas.

Primärvårdens delaktighet i vårdkedjorna för demensvård, stroke och rehabilitering behöver förbättras och utvecklas.

Informations- och kommunikationssystem mellan olika vårdgivare som akutvård, primärvård, hemsjukvård och hemvård kan utvecklas ytterligare med hjälp av IT-stöd.

9.2 Kost och måltidens betydelse

Kosten har en stor betydelse i omvårdnaden av äldre. Efter flera fall av konstaterad undernäring hos äldre i både ordinärt och särskilt boende i landet, har Socialstyrelsen påtalat behovet av att utveckla modeller för dokumentation, utvärdering och konkreta åtgärder som till exempel viktkontroller för att säkerställa att vårdtagarna inte drabbas av undernäring. För att öka medvetenheten om detta och verka för att förbättra matlusten och näringsintaget hos äldre i särskilt boende samt de som har matdistribution, har all personal genomgått utbildning. Detta har skett gemensamt med övriga kommuner i Dalsland som projektet "Ätglädje".

Personalen skall verka för förbättringar avseende kost: att måltiderna fördelas över dygnet, att måltidsmiljön är trivsam och rogivande, att kosttillskott ges till dem som behöver samt att individuella önskemål tillgodoses.

9.3 Rehabilitering

Kraven på kommunerna att erbjuda kvalificerad rehabilitering har skärpts under tidens gång efter ÄDEL-reformen. En person som anges utskrivningsklar från akutsjukvården behöver oftast fortsatta insatser av rehabkaraktär för att kunna klara sig i sitt tidigare boende. För närvarande erbjuds detta i samband med korttidsvistelse på Bergs.

Rehabteamets insatser vid hemrehabilitering består för närvarande främst av handledning och fortbildning till hemvårdspersonalen.

Tillvägagångssätt

Rehabteamet behöver förstärkas för att kunna utveckla dag- och hemrehabilitering. Hemrehabilitering ger möjlighet till ökad delaktighet för anhöriga och vårdpersonal. Vinsterna för den enskilde blir ökad självständighet och trygghet i att få bo kvar i sin hemmiljö. Kommunens vinst blir lägre vårdkostnader.

10. Vård i livets slutskede

De äldre skall ges möjlighet att få avsluta livet med värdighet och i en fridfull miljö, oavsett boendeform. Ingen skall behöva dö ensam. Personliga önskemål skall tillgodoses så långt det är möjligt.

På senare år har antalet yngre med dödlig sjukdom, som väljer att vårdas hemma till livets slut, ökat. Genom ett samarbete med NU-sjukvårdens smärtenhet och palliativa team är detta möjligt.

Den strukturförändring som skett sedan ÄDEL-reformen, har lett till att allt fler äldre vårdas i livets slutskede i kommunens äldreboenden eller av kommunens hemsjukvård/hemvård.

Andelen som avlider på sjukhus minskade från 52 % till 41 % mellan åren 1990 till 1995 enligt Landstingsförbundet. Inget tyder på att den utvecklingen bromsats.

Äldreberedningen bedömer att omfattningen av vård i livets slut kommer att öka med cirka 1,5 % årligen.

Vård av döende människor är en av de svåraste uppgifter vårdpersonalen möter. För att klara dessa situationer krävs det att arbetsgivaren erbjuder utbildning, stöd och handledning.

All personal i den kommunala hälso- och sjukvården skall genomgå utbildningen "Att möta döden". Detta är ett mål som funnits sedan ÄDEL-reformen. För närvarande går tre till fyra personer per år utbildningen. Antalet varierar efter budgetläge innevarande år. Målet är att alla skall ha genomgått båda stegen.

11. Allmänna insatser

Så kallade öppna insatser som inte biståndsprövas är en del av den förebyggande verksamheten som kommunen ansvarar för. Exempel på dessa är sådana som tidigare nämnts: närståendegrupper, uppsökande verksamhet, hemsändningsbidrag samt pensionärs- och övriga frivilligorganisationerna.

Det finns behov av gemensam matsservering med god tillgänglighet för att tillgodose social stimulans. Det kan med fördel genomföras i samverkan med andra verksamheter, t.ex. stöd till personer med funktionshinder.

Tillvägagångssätt

Mellerud är en kommun där många bor i egna hus och gärna vill bo kvar där. Någon form av vaktmästarservice som kunde utföra mindre reparationer eller fixa sådant som kan vara besvärligt för personer i eget boende även om man i övrigt klarar sig bra själv, skulle kunna vara ett viktigt stöd för att öka möjligheterna att bo kvar i det egna hemmet. Den typen av insatser skulle också fylla en social funktion som ofta finns behov av.

12. Personalförsörjning och rekryteringsbehov

Personalen är äldreomsorgens viktigaste resurs. En äldreomsorg av god kvalitet förutsätter därför en välutbildad och kompetent personal, som har god professionell status.

Förutsättningarna för att klara framtida personalförsörjning bedöms inte som

gynnsamma. Det krävs stora insatser både från kommun och stat i form av utbildning, bättre anställningsförhållanden för att motivera unga människor som nu är anställda som vikarier att fortsätta att arbeta inom äldreomsorgen så att de kan ersätta de som går i pension

Kommunen behöver lyfta fram möjligheterna i de kommunala jobben för att attrahera ung arbetskraft. Undersökningar av ungdomars värderingar i arbetslivet visar att ungdomar är intresserade av yrken som ger möjlighet till intressanta arbetsuppgifter, sociala kontakter och personlig utveckling. Arbetet skall vara givande och helst samhällsnyttigt.

Antalet ungdomar som beräknas gå ut från omvårdnadsprogrammet fram till år 2010 räcker inte ens till att ersätta hälften av de undersköterskor och vårdbiträden som går i pension under perioden. Bruttorekryteringsbehovet är mycket stort fram till år 2007 och ökar därefter ännu mer. Detta beror på att antalet pensionsavgångar ytterligare kommer att öka samtidigt som antalet äldre kommer att öka i befolkningen. Det räcker således inte enbart med att locka unga till vården, det blir nödvändigt att underlätta för människor att byta yrke eller ge arbetslösa möjligheter till utbildning.

Två utmaningar, förutom den kommunalekonomiska, måste antas för att klara den framtida rekryteringen av såväl kvinnor och män. Den ena är arbetets attraktionskraft och den andra är utbildningssituationen.

Pensionsavgångar, årsarbetare

	2006	2007	2008	2009	2010
Assistenter				1,00	0,50
Vårdbiträden	2,60	1,80	3,00	5,50	2,00
Undersköterskor	0,60	2,00		1,25	1,55
Verksamhetsledare			2,80		
Sjuksköterskor		1,65		1,64	
Antal anställda	5,00	6,00	8,00	13,00	6,00
Årsarbetare	3,20	5,45	5,80	9,44	4,05

I bruttorekryteringsbehovet ingår förutom pensionsavgångar ökning av verksamhetens omfattning i takt med att det blir fler äldre och behov av att rekrytera vikarier vid t.ex. föräldraledigheter m.m.

12.1 Bemanning

Hemvården

För all nyrekrytering inom hemvården krävs att den anställde har kompetens motsvarande gymnasieskolans omvårdnadsprogram (undersköterska). För närvarande finns både undersköterskor och vårdbiträden i verksamheten. Inom en tioårsperiod kommer dock personalresursen endast att bestå av personal med adekvat utbildning. Personalen får kontinuerlig fortbildning inom enheten.

Särskilda boenden

Skållerudshemmet och Fagerlidshemmet, utom demensboendet, har en lägre personaltäthet än kommunens övriga särskilda boenden. I gruppboendena bor personer med stort omvårdnadsbehov. Av den anledningen är personaltätheten hög i gruppboendena.

Kroppefjällshemmet och Fagerlidshemmets demensenhet har specialutbildad personal för att ge en anpassad vård till personer med demenssjukdom.

Personaltätheten på Bergs är 0,73 årsarbetare per vårdplats, sjuksköterskor är inte inräknade. Alla ordinarie befattningshavare är undersköterskor.

Hälso- och sjukvård

I hemsjukvården arbetar huvudsakligen sjuksköterskor. Det finns tre undersköterskebefattningar med nattjänstgöring tillsammans med en sjuksköterska i nattpatrull.

Rehabteamet består av arbetsterapeuter, sjukgymnast, rehabiliteringsassistenter samt hjälpmedelstekniker. Assistenterna är i grunden undersköterskor.

Förutom den särskilda kompetensen i vård vid livets slut, har all vårdpersonal kompetens i en särskild förflyttningsteknik som även gynnar deras rehabförståelse.

Akutsjukvårdens krav och förväntningar på kommunal hälso- och sjukvård kräver en kontinuerlig fortbildning i fackämnen för att bibehålla kompetensen hos alla personalkategorier.

Fyra sjuksköterskor är anställda i en pool som betjänar hemsjukvården och Bergs. För närvarande är samtliga upptagna på långtidsvikariat.

12.2 Rekryteringsåtgärder

För att möta rekryteringsbehovet krävs en god och aktiv personalpolitik.

”Tangoprojektet” är ett exempel som syftar till att rekrytera fler män till vården. Syftet är också att ta reda på hur en ökad andel män i vården påverkar arbetsgruppernas struktur ur ett jämställdhetsperspektiv.

För att kunna rekrytera nya medarbetare ska bland annat praktikanter och feriearbetare visas upp en positiv bild av arbetet och arbetsplatsen.

12.3 Kompetens

På regeringens uppdrag har utarbetats en gemensam plan för kompetensförsörjning inom kommunernas vård och omsorg om äldre. Ett av målen i den tioåriga handlingsplanen är att alla anställda skall ha minst grundläggande yrkesutbildning.

Regeringens nationella satsning på höjd kvalitet i äldreomsorgen har följande mål och inriktning:

Kompetensutveckling behöver ha en tydlig systematik och kvalitet, och den bör ske i nära anslutning till arbetsplatsen och verksamheten, samt följas av utveckling av arbetsorganisationen så att ny kompetens används.

För att synliggöra befintlig kompetens bör man arbeta med validering. "Kompetensstegen" är ett utbildningsprogram som pågår till 2008 som gör det möjligt att följa utvecklingen inom yrket.

Teambildning med olika kompetenser i en personalgrupp blir möjlig med systematiska utbildningssatsningar. Mångfald av kön och etnisk bakgrund kan också vara en kompetens att ta hänsyn till vid sammansättning av arbetsgrupper, för att bättre kunna tillgodose brukarnas varierande behov.

Det är angeläget att personal som arbetar med äldre får möjlighet att fördjupa sig i ämnet läkemedel och äldre.

12.4 Anställningsvillkor

För att vara en attraktiv arbetsgivare behövs nya metoder för schemaläggning. Möjlighet till heltid med årsarbetstid och flexitid måste beaktas i den framtida personalplaneringen. Behovet av arbetskläder för personalen i vård och omsorg är en annan fråga som är aktuell.

Försöksverksamhet med personalpool pågår. Verksamheten ska utvärderas.

12.5 Arbetsmiljö och hälsoutveckling

Arbetet med hälsa och arbetsmiljö måste präglas av långsiktighet och inriktas på att möjliggöra för anställda att bibehålla hälsan.

Anställda inom äldreomsorgen upplever arbetet som meningsfullt och har god kompetens för att klara av sitt arbete, men de har generellt sämre hälsa än många andra yrkesgrupper. Korttidsfrånvaron måste följas noga för att undvika framtida långtidssjukskrivningar.

12.6 Arbetsplatsutveckling

En förändrad verksamhet och en förändrad kompetens hos personalen kräver en förändrad arbetsgivarroll och en förändrad organisation. Nyckelbegrepp är decentralisering och flexibilitet. För att medarbetarnas kompetens skall komma till sin rätt krävs tydliga mål och att målen kontinuerligt följs upp. Det krävs även ett tydligt ledarskap och medarbetarskap med nära överensstämmelse mellan ansvar och befogenheter.

13. IT inom vård och omsorg

Välfärdstjänster utförs i möten mellan anställda och brukare. Inom socialtjänsten och bland annat den kommunala hälso- och sjukvården ökar behov och krav på intern och extern kommunikation mellan vårdgivare och enheter i form av elektronisk kommunikation. Detsamma gäller möjligheten att enkelt söka information om verksamheterna.

13.1 Dokumentation

Kravet på dokumentation är omfattande enligt lagstiftningen för journalföring. Datorn har blivit ett nödvändigt arbetsredskap i det sammanhanget.

Inom förvaltningen finns ett gemensamt datastöd, Procapita, för utredning, beslut och dokumentation. Systemet medför att tillgängligheten till uppgifter kring den enskilde ökar för den personal som använder det i det dagliga arbetet. Inom en snar framtid förväntas en utbyggnad ske så att handdatorer kan kopplas till systemet. Detta medför att personalen kan använda programmet oavsett var de befinner sig i kommunen.

Inom en snar framtid beräknas även ett gemensamt IT-stöd utvecklas tillsammans med Västra Götalandsregionen. Detta medför att all informationsöverföring kring gemensamma patienter sker elektroniskt. IT-stödet medför att säkerheten ökar i överföringen av uppgifterna.

Tillvägagångssätt

Utbildningen bör intensifieras för berörda anställda.

En dator skall finnas på varje arbetsplats senast 2007.

13.2 Utvecklingsområden

Det finns även behov av datorstöd för att plocka fram nyckeltal som kan användas för verksamhetsuppföljning. En sådan utveckling av nuvarande datasystem skulle också rationalisera och förbättra avgiftshantering.

Appendix

Begrepp och definitioner

Anhörig/närstående: En person inom eller utom hushållet som har en nära relation till omsorgstagaren/vårdtagaren/patienten.

Anhörigvårdare: Med anhörigvårdare menas den person som inom familjen, slakten eller vänkretsen hjälper någon som på grund av sjukdom, ålder, eller handikapp inte längre klarar vardagen på egen hand. Anhörigvårdaren kan vara make/maka, förälder, barn, barnbarn, sammanboende, vän eller annan närstående.

Arbetstekniska hjälpmedel: Arbetsgivaren har ansvar enligt arbetsmiljölagen att tillhandahålla hjälpmedel som förebygger och förhindrar ohälsa och olycksfall bland personal/arbetstagare. Vanliga arbetstekniska hjälpmedel i vård och omsorg är lyftar samt höj- och sänkbara sängar.

Avlösning: Se Korttidsboende.

Biståndshandläggare: Biståndshandläggarna arbetar på uppdrag av socialnämnden. De beslutar om och i vilken omfattning hjälp skall beviljas.

Biståndsbeslut: Biståndshandläggarnas beslut om och i vilken omfattning hjälp skall beviljas kallas biståndsbeslut.

Bostadsanpassning: Bostadsanpassningsbidrag (BAB) kan beviljas av kommunen till personer med funktionshinder som behöver göra sin bostad mer ändamålsenlig.

Dagcentral: Öppen serviceverksamhet för matservering, gemenskap och sysselsättning.

Dagverksamhet: En biståndsbedömd insats eller allmänt inriktad insats enligt socialtjänstlagen och som syftar till att tillgodose sociala behov.

Hemsjukvård: Hemsjukvård innebär sjukvårdsinsatser som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen i eget/ordinärt boende. Insatserna ges vanligtvis av sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast eller undersköterska på delegation.

Hemtjänst: En biståndsbedömd insats som ges enligt socialtjänstlagen i ordinärt boende.

Hemvård: Ett samlingsnamn för insatser i form av hemtjänst och hemsjukvård och som ges enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

Korttidsboende/-plats: En biståndsbedömd insats *upp till fyra veckor* enligt socialtjänstlagen och som riktar sig till enskilda och dess anhöriga/närstående som har behov av avlösning, rehabilitering eller vård i livets slutskede.

Kvarboendepincipen: Innebär att man i den mån det är lämpligt ur omvårdnadssynpunkt och den enskilde önskar det undviker att byta boende. Gäller både i ordinärt och särskilt boende.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS): MAS har ett övergripande ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården.

Omsorgstagare/vårdtagare/patient: En person som får vård och omsorg enligt socialtjänstlagen och/eller hälso- och sjukvårdslagen. Vanligtvis kallas samma person inom äldreomsorgen för omsorgs- eller vårdtagare men inom sjukvården för patient.

Ordinärt boende: Innebär att man bor kvar i det egna hemmet.

Särskilt boende: En boendeform som med tillgång till personal dygnet runt och som ges efter biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen.

Tekniska hjälpmedel: Hjälpmedel som fordras för att den funktionshindrade själv, eller med hjälp av någon annan skall kunna tillgodose grundläggande personliga behov.

Utskrivningsklar patient: Patient som av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård inom NU-sjukvården (eg. länssjukvården).

Växelvård: Se Korttidsboende.

Litteraturhänvisningar

- Äldreomsorg och hälso- och sjukvård under 90-talet. Utveckling, omprövning, prioritering (Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet)
- Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2004. (Socialstyrelsen)
- Kommittédirektiv. Stöd till kvalitetsutveckling inom den kommunala vården och omsorgen om äldre genom kompetensutveckling för personalen. (Socialdepartementet)
- Intern utredning avseende kommunens framtida personalbehov och arbetsgivarroll. (Personalavdelningen, Melleruds Kommun)
- Tillsyn av äldreomsorgen inom Melleruds kommun. Rapport 2005: 35 (Länsstyrelsen, Västra Götalands Län)