

Beslutad av: Vård och omsorgsnämnden

Datum: 2024-10-03

Beslutsparagraf: Von § 67/2024

Börjar gälla: 2024-10-15

Dokumentansvarig politisk instans: Vård- och omsorgsnämnden

Dokumentansvarig tjänsteperson: Socialchef

Följs upp: Vid behov

Diarienummer: Von 2024/43

MÅLINRIKTAT DOKUMENT | PLAN

Framtidens äldreomsorg 2024-2026



Tomelilla
kommun

Tomelilla kommuns styrdokument

Regeldokument

Regeldokument är dokument som talar om hur kommunen ska arbeta. Regeldokument kan också vara lokala föreskrifter om olika bestämmelser som kan påverka kommuninvånare eller företag.

REGLEMENTEN RIKTLINJER RUTINER

Målinriktade dokument

Målinriktade dokument visar vad kommunen vill uppnå, strävar efter eller har som mål.

VISION PROGRAM OCH STRATEGIER PLANER HANDLINGSPLANER

Vad är en äldreomsorgsplan?

Äldreomsorgsplanen är ett instrument för att styra, förändra och förbättra kommunens äldreomsorg. Planen ska vara vägledande i politiska och verksamhetsmässiga beslut.

Under planperioden kommer revideringar av planen att behöva göras, på grund av förändringar som påverkar planens innehåll. Socialtjänstlagen har till exempel varit under översyn. Utredningens större förslag handlar om förebyggande och lätt tillgänglig socialtjänst, planering av insatser, kunskapsbaserad socialtjänst och möjligheten att tillhandahålla insatser utan föregående behovsprövning. Vid en förändring av socialtjänstlagen kommer eventuellt nya förutsättningar för att bedriva äldreomsorg att uppstå

Allt utvecklingsarbete behöver ske med utgångspunkt i de ekonomiska förutsättningarna.

Under framtagandet av planen så har medborgardialoger genomförts samt dialoger med Pensionärsrådet för att inhämta invånarperspektivet.

Framtidens äldreomsorg i Tomelilla 2024-2026

Denna plan ska ge vård och omsorgsnämnden stöd i att genomföra den utveckling och de förändringar som kommer att behövas kommande år.

Äldreomsorgen är en verksamhet som är i ständig rörelse. Insatser med god kvalitet ska kunna genomföras samtidigt som brukarnas behov och volymerna i verksamheten är i ständig förändring. Detta ställer krav på en flexibel organisation med tydlig kommunikation och täta uppföljningar av insatser och dokumentation.

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården kännetecknas av en strävan att den äldre ska kunna bo kvar i sitt hem så länge som möjligt och samtidigt få en god omvårdnad. Arbetet med omställning till en god och nära vård pågår där den äldre förväntas gå från en passiv mottagare till en aktiv medskapare. Vidare behöver vården utvecklas till att bli mer proaktiv och hälsobefrämjande i stället för att vara reaktiv och agera först när något redan hänt. Framtidens nära vård kommer kräva ökad samverkan mellan region och kommun med primärvården som nav där vården blir sammanhållen utifrån den äldres komplexa behov.

Demografi

Nuläge

Befolkningsandelen i sydöstra Skåne, (7,2 procent av Skånes folkmängd) har minskat under hela 2000-talet, men de senaste tre åren har minskningen avstannat. Sydöstra Skåne har den äldsta befolkningen av regiondelarna och detta är den främsta orsaken till den svaga befolkningsökningen. Varje år avlider det fler personer än det föds. De senaste tio åren har inflyttningen dock varit så stor att folkmängden ökat trots den naturliga folkminskningen.

Åldersfördelningen bland inflyttarna är betydligt äldre än till övriga regiondelar. Under de kommande 10 åren väntas barnafödandet stanna kvar på en stabil nivå och inflyttningen förväntas fortsatt vara på en relativt hög nivå.

I Tomelilla ser prognosen gällande demografin ut enligt nedan (antal personer)

År	80-84 år	85-89 år	90-94 år	95- w
2023	548	295	129	34
2024	600	302	130	36
2025	625	328	121	41
2026	654	338	129	42
2027	679	350	132	40
2028	683	365	142	41
2029	679	397	147	42
2030	679	415	161	40
2031	675	434	167	44
Ökning antal	+ 127	+ 139	+38	+10
Ökning %	23%	47%	29%	29%

Fördelning av platser i särskilt boende för äldre samt korttids- och växelvård 2024, juni

Typ	Antal
Särskilt boende service	65
Särskilt boende demens	74
Korttids- och växelvård	11
Totalt	150

Enligt Socialtjänstlagen har äldre par möjlighet att fortsätta att bo tillsammans även om det endast är den ena individen som har behov av särskilt boende eller trygghetsboende. Parboende kan verkställas genom boende i samma lägenhet, olika lägenheter på samma våning/avdelning. Men även olika lägenheter på olika avdelningar i samma byggnad. Två av lägenheterna på det särskilda boendet Brinkehem är så pass stora att de passar för parboende där paret kan bo i samma lägenhet.

Av dem som har passerat 80 års ålder är det cirka 14 procent som bor på särskilt boende. Det är 11,2 procent av männen och 17,6 procent av kvinnorna (2023, enligt Socialstyrelsen). Enligt den beräkningen uppgår behovet av särskilt boende till 150 platser för 2024. Med samma antagande så skulle behovet av särskilda boendeplatser vara 185 år 2031.

Trygg hemma är en insats som kan beviljas när det är oklart vilket stöd som behövs efter sjukhusvistelse eller korttidsplats och när det finns goda förutsättningar att återfå tidigare funktioner och självständighet. "Trygg hemma" beviljas med 150 minuter per dag upp till tre veckor.

Volymerna i äldreomsorgen har varit gradvis minskade 2013-2020. En ökning sågs i slutet av 2022. Ökningen märks även i delegerade hemsjukvårdsuppgifter. Likaså har volymen ökat på korttidsboende och i mindre grad på växelboende.

Hemsjukvården är delaktig i alla vårdområden och har ansvar för all hälso- och sjukvård i kommunen. Ansvarig läkare tillhör primärvården. Alla sjuksköterskor har placering i närhet till patienter och omvårdnadspersonal.

Plan

- Byggnation.
- Vid behov ställa om till fler enheter för personer med demenssjukdom.
- Verka för andra former av boende tex trygghetsboende.

Digitalisering och välfärdsteknologi

Nuläge

Vård och omsorg står inför stora utmaningar för att kunna upprätthålla kvalitén på de tjänster som erbjuds kommunens medborgare. För att nyttja resurserna på bästa sätt bör kommunen följa teknikutvecklingen och utveckla alternativa former med tekniska inslag bland annat som trygghetskapande åtgärder. Den kommunövergripande strategin "Digitalt först" är implementerad i verksamheten.

Plan

- Utveckla användandet av välfärdsteknologi.

Personal och kompetensförsörjning

Nuläge

Förvaltningen har en politiskt antagen kompetensförsörjningsplan som stöd och omsorg brutit ner till en handlingsplan.

Den generella befolkningsökningen i kombination med den demografiska förändringen ökar tydligt behovet av offentligt finansierade tjänster bland annat inom hälso- och sjukvård samt social omsorg. Redan i dag rapporteras det om brist på arbetskraft i yrken inom dessa områden. Prognoser över tillgång och efterfrågan inom dessa yrken indikerar att bristerna kommer att kvarstå framöver, och utan åtgärder riskerar bristen på arbetskraft att bli ännu större än vad den är i dag.

En nyligen genomförd utredning (SOU 2021:52 Vilja välja vård och omsorg) visar på fyra områden som kommunerna rekommenderas att förhålla sig till:

- Förnya, behålla och utveckla kompetens.
- Stärk ledarskapet.
- Skapa trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö.
- Ny teknik i vården och omsorgens tjänst.

Plan

- Fortsätta arbetet med heltid som norm vilket är en förutsättning för framtida kompetensförsörjning.
- Ta tillvara på medarbetares kompetenser och möjliggöra karriärvägar om det är möjligt.
- Inventera kompetenser och framtida behov kontinuerligt.

Demensomsorg

Nuläge

År 2019 uppgick antalet personer med en demenssjukdom till cirka 150 000. Varje år beräknas 20 000–25 000 personer insjukna. År 2030 beräknar man att cirka 188 000 personer kommer ha en demenssjukdom.

Det går inte i dagsläget att bota demenssjukdomar utan syftet med hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser är att underlätta vardagen och bidra med en så god livskvalité som möjligt i sjukdomens olika stadier. Det viktigaste för god demensvård är att den är personcentrerad. Personen med demenssjukdom ska sättas i fokus. Personalen behöver skapa en tillitsfull och trygg relation tillsammans med personen som har en demenssjukdom och dess anhöriga. Att skapa förutsättningar för att kunna kommunicera och förstå varandra i de olika situationer som kan uppstå under sjukdomens förlopp.

I dag är inte kunskapen om demenssjukdomar koncentrerad till ett demensteam utan kunskapen om god demensvård ska finnas ute i verksamheterna hos all den personal som möter och arbetar med personer med en demenssjukdom. Specialistkompetens inom demens behövs i alla professioner. Idag finns det spetskompetens inom hemsjukvården men skulle även behövas inom myndigheten genom ex biståndshandläggare utbildar sig till Silvia handläggare. För att kunna möta behovet inom demensomsorgen behöver vi arbeta med tidiga och förebyggande insatser. Vid misstanke om demenssjukdom är det viktigt med en medicinsk utredning för att kunna utesluta andra tillstånd som kan ge demensliknande symtom. Det är också viktigt för att kunna ge den enskilde den personcentrerade vården som behövs.

Plan

- Arbeta med levnadsberättelsen.
- Fortsatt kompetensutveckling inom demens för samtliga professioner.
- Läkemedelsgenomgångar minst 1 gång/år och genom teamsamverkan vara uppmärksamma på läkemedel hos den enskilde.
- Arbeta med BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) i alla verksamheter.
- Bedriva en personcentrerad vård och omsorg.
- Upprätta en rutin så det blir tydligt var medarbetarna kan vända sig för att få råd och stöd i individärenden.

Samverkan

Nuläge

I dagens begrepp om god och nära vård ligger fokus på att ge fler bättre vård med högre värde och kunna möta de behov som görs gällande samt att nå geografisk närhet och relationell närhet i vården sammanhang. Även digital utveckling rymms inom både dagens och framtida behov. Samverkan sker idag med mellan slutenvård, primärvård och vård i kommunal regi. Samverkan sker även med andra interna och externa aktörer som myndigheter, utbildningsverksamheter och andra verksamheter kopplade till vård- och omsorg. Behov ses av ökad samverkan framåt för att bidra till att utveckla ökade möjligheter till god och nära vård.

I takt med samhällsförändringar samt behov av utveckling av sjukvård inom äldreomsorg har förslag på en ny Äldreomsorgslag tagits fram som syftar till att stödja en äldreomsorg med likvärdigt god kvalitet och en äldreomsorg som utgår från individens förutsättningar, behov och delaktighet. Det som vi idag benämner kommunal hemsjukvård kan komma att ersättas av begreppet kommunal primärvård. En gemensam plan förväntas föreslås där regional och kommunal primärvård samverkar kring planering och utveckling av hälso- och sjukvården. Regionen och kommunerna i regionen ska i en gemensam plan ange formerna för och utvecklingen av primärvården.

Plan

- Samverka med primärvården och upprätta gemensam verksamhetsplan varje år samt följa upp läkarmedverkan på särskilt boende.
- Aktivt delta i det delregionala arbetet och dess utvecklingsområden.

Främja hälsa och förebygga ohälsa- förebyggande insatser

Nuläge

Sedan ädelreformen infördes för ca 30 år sedan har mycket vårdarbete i kommunen lagts på att främja och förebygga hälsa. Det bedrivs uppsökande verksamhet för att kunna ge stöd, förebygga ohälsa eller tidigt upptäcka hälsoproblem. Inom äldreomsorgen sker registrering i nationella kvalitetsregister i syfte att ge medborgaren en ökad kvalitativ vård och minimera risker vid sjukdom. Kommunen har ett aktivt föreningsliv med hälsofrämjande aktiviteter.

Ny socialtjänstlag inför gör att vi blickar framåt i ett än bredare perspektiv som väntas leda till en mer personcentrerad äldreomsorg med individens behov i tydligt centrum. Mål för äldreomsorgen att den ska ha ett förebyggande perspektiv och inriktas på att vara hälsofrämjande och stödja enskildas funktionsförmåga samt vara tillgänglig. Äldreomsorgen inriktas på att personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund) och att socialnämnden ska verka för att personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Plan

- Fysioterapeut och arbetsterapeut ska delta i planeringen av aktiviteter och träning.

- Arbeta med att använda civilsamhället och föreningarnas resurser i det förebyggande och uppsökande arbetet.
- Erbjudna förebyggande hembesök för personer 80 eller äldre för de som inte har insatser från hemtjänsten eller hemsjukvården.
- Genomgående ett rehabiliterande synsätt inom verksamheten.
- Stödja den enskilde att komma till de sammanhang och upplevelser som erbjuds.

Fast omsorgskontakt (undersköterska) i hemtjänsten

Nuläge

Enligt 4 kap. 2 b § Socialtjänstlagen ska den som har hemtjänst med stöd av 1 eller 2 a § erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövt.

Den fasta omsorgskontakten förväntas kunna utföra kvalificerade uppgifter, såväl omsorgsinsatser som medicinska uppgifter efter anvisning eller delegering från hälso- och sjukvården.

Rätt kompetens hos personalen är en förutsättning för att ge äldre personer vård och omsorg utifrån god kvalitet. Ett led i detta är att bestämmelsen om fast omsorgskontakt innebär ett krav på att fast omsorgskontakt ska ha titeln undersköterska.

Syftet med en fast omsorgskontakt i hemtjänsten är att möjliggöra att stödet och hjälpen bättre anpassas till den enskildes behov och önskemål. För att uppfylla det syftet behöver rollen tydliggöras och förutsättningar behöver ges för att kunna utföra uppdraget. Syftet är också att bidra till bättre kontinuitet och ökad trygghet för såväl brukare, som anhöriga och personalen. Samordningsvinster kan uppnås då den fasta omsorgskontakten utgör en viktig informationskälla till anhöriga, närstående, arbetslaget och andra professioner inom vården och omsorgen. Kommunikationen mellan arbetsgruppen och fast omsorgskontakt är en viktig komponent för att skapa trygghet och delaktighet för brukaren. Att fast omsorgskontakt är den som håller ihop informationen och kontakterna kring den enskilde ska underlätta både för den enskilde men också för anhöriga att kunna få information som behövs från en kontakt. Att man därmed minskar risken att hänvisa runt den enskilde och anhöriga till olika verksamheter och tjänstemän.

Plan

- Följa den upprättade rutinen
- Stärka samordningen och kontinuiteten i hemtjänstgrupperna
- Stödja verksamheterna till att stärka och förtydliga rollen som fast omsorgskontakt.

Individens behov i centrum

Nuläge

Modellen Individens behov i centrum (IBIC) utvecklades av Socialstyrelsen 2015. Modellen stödjer ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt och ger möjlighet till strukturerad information för såväl handläggare som utförare av insatser enligt socialtjänstlagen. Det innebär att handläggare och utförare använder ett gemensamt språk för dokumentation. IBIC är också ett stöd för att utifrån brukarens behov kunna tydligt strukturera upp beskrivning av behov, bedömning, mål och resultat. Det ger ett underlag för att kunna följa upp brukarens behov och resultat över tid. Modellen är tänkt att stödja verksamheten med att utveckla ändamålsenlig dokumentation och uppföljning på både grupp och individnivå. Uppföljning är en viktig del i modellen IBIC men också nödvändig för att verksamheten ska få kännedom om insatserna ger önskat resultat. IBIC har en tydlig uppföljningsdel som skulle kunna vara till stöd i verksamhetsuppföljningarna.

Ett syfte med Individens behov i centrum, IBIC, är att bidra till utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst. IBIC skapar förutsättningar att strukturerat dokumentera uppgifter om individens resurser, behov, mål och resultat med stöd av ICF. När information dokumenteras strukturerat med entydiga begrepp, klassifikationer och kodverk innebär det att den informationen kan återanvändas för olika syften. Exempelvis kan den återanvändas för informationsöverföring mellan verksamheter, individbaserad systematisk uppföljning, verksamhetsutveckling och systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen har också på regeringens uppdrag utvecklat Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI), som syftar till att ge stöd för att dokumentera dessa informationsmängder. Idag använder vi inte i KSI.

Plan

- Uppföljning utifrån IBIC ska användas av både handläggare och utförare
- För att kunna följa upp både på grupp- och individnivå behöver en översyn ske av verksamhetsprogrammet. Att införa även KSI i verksamhetsprogrammet kan vara en förutsättning för att lättare kunna dela, jämföra och följa upp de aktiviteter och insatser som beslutas, planeras och genomförs inom socialtjänsten.

Ledarskap

Nuläge

Det formella ansvaret är personal-, budget och verksamhetsfrågor. Men att utveckla och bibehålla en god äldreomsorg som chef och ledare i en föränderlig värld är en komplex utmaning. Hanteringen av etiska dilemman är en del av det vardagliga uppdraget för chefer och ledare inom äldreomsorgen. Det kan handla om att snabbt lösa bemanningsproblematik med att få rätt person med den kompetens som krävs för uppgiften på plats när förändringar sker i brukarens hälsa och behov av vård- och omsorgsinsatser. Det kan också handla om att hantera mer kris- och katastrofartade situationer som brand, värmeböljor, stormar, hot om våld eller en pandemi. Gällande brukarmedverkan lyfts ofta ledarskapet fram som en avgörande faktor för att möjliggöra en aktiv brukarmedverkan på olika nivåer. Vardagen präglas av akuta situationer som kräver ständiga prioriteringar. Samverkansansvaret är en viktig del av ledarskapet och att aktivt bidra till att skapa goda förutsättningar för medarbetare och de som organisationen är till för, att samverka både internt och externt. Det kan konkret innebära att samordna och skapa mötesplatser som inbjuder till gränsöverskridande samverkan. Inom äldreomsorgen i Tomelilla har enhetscheferna 35-45 medarbetare.

Plan

- Skapa goda förutsättningar för cheferna att genomföra sitt uppdrag
- Möjliggöra kompetensutveckling och stöd i vardagen
- En god arbetsmiljö

Stöd till anhöriga:

Nuläge

Anhörigstöd – stöd för den som vårdar eller stödjer en närstående. När en person är långvarigt sjuk eller på annat sätt har stora behov av omsorg påverkas familj och anhöriga på olika sätt. Ofta står de anhöriga för en stor del av vården och omsorgen. Även om den som anhörig gärna hjälper en närstående kan man behöva stöd för egen del från kommunen som enligt socialtjänstlagen ska erbjuda olika former av stöd åt anhöriga. Som stöd för den som är anhörig över 18 år, finns en anhörigkonsulent hos kommunen. Tillsammans kan man med anhörigkonsulent diskutera vilka insatser som skulle passa i respektive situation. Anhörigkonsulent kan nås via telefon eller mail och för att boka en tid för ett första samtal. Den enskilde anhörige väljer själv om man vill att anhörigkonsulenten ska komma hem eller om mötet ska ske någon annanstans. Vi har ett anhörigcentrum och i dagsläget har anhörigkonsulent kontakt med ett hundratal anhöriga i Tomelilla kommun. Anhörigkonsulenten arbetar under sekretess men har ingen dokumentationsplikt utan för endast minnesanteckningar. Exempel på insatser som finns idag är samtal, rådgivning, anhörigrupper, avlösning i hemmet, växelvård, utbildningar och föreläsningar. Kommunen samverkar med region, frivilligorganisationer och med regionala och nationella nätverk anhörigkonsulenter i Sverige. Alla Tomelilla kommuns verksamheter ska arbeta anhörigvänligt i det dagliga arbetet.

Plan

- Öka kunskapen om anhörigarbetet i verksamheten.

Nationella värdegrunden

Nuläge

Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen ska ligga till grund för de mål som ska styra verksamheten och vara utgångspunkt för utveckling av förhållningssätt, arbetsmetoder och innehåll i omsorg och vård. Bestämmelserna innebär att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Alla individer har ett lika stort värde och samma rättigheter. Individen ska sättas i centrum samt bemötas och ges service på ett bra, individuellt och likvärdigt sätt. Tomelilla har lokala värdighetsgarantier i syfte att höja kvaliteten i äldreomsorgen och tydliggöra för målgruppen vad de kan förvänta sig av kommunens äldreomsorg. Värdighetsgarantierna baseras på den nationella värdegrunden och tydliggöra aspekter som privatliv, kroppslig integritet, självbestämmande, individanpassning och delaktighet.

Plan

- Revidera värdighetsgarantierna.
- Brukarforum med god kvalitet.
- Nära samarbete med Pensionärsrådet.

Genomförandeplan

Nuläge

Alla som har en biståndsbedömd insats ska erbjudas en genomförandeplan. Den enskilde får genom genomförandeplanen möjlighet att kunna påverka på vilket sätt som insatsen ska utföras. Kvalitetsarbetet fortlöper för att åstadkomma att all social dokumentation håller en hög kvalitet och att den enskilde känner att möjligheten till påverkan finns

I takt med att utförarna börjar arbeta med combine appen blir genomförandeplanen mer tillgänglig och därmed ser utföraren nyttan med att läsa den. Då blir det också lättare att arbeta vidare med hur viktigt genomförandeplanen är för att tydliggöra brukarens delaktighet och att man måste "våga" skriva ner den enskildes önskemål. För att hålla hög kvalitet på genomförandeplanerna behöver vi ständigt arbeta med dem. Ett sätt att göra det på är genom egenkontroller. Att genom egenkontrollerna både kunna hitta förbättringsåtgärder men också framhäva det som fungerar och dela med andra verksamheter.

Plan

- Ha egenkontroll av genomförandeplanerna som ett led i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Den enskildes delaktighet ska synas i genomförandeplanen.
- Den enskilde ska få information och kunskap om genomförandeplanen.

Kvalitet

Nuläge

Vård och omsorg upprättar årligen en patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse. Dessa innehåller en beskrivning av hur det systematiska arbetet med kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring fortskrider, en redogörelse för hur risker hanteras, hur kvalitén genom egenkontroll följs upp och utvärderas, hur rapporter, klagomål och synpunkter hanteras samt en beskrivning där det framgår vilka förbättringar som aktiviteterna gett upphov till.

Plan

- Genomföra verksamhetsdialoger och kvalitetsrapporter två gånger per år.
- Fortsätta arbetet med regelbundna erfarenhetsmöten i verksamheten.
- Senior alert.
- Nationella brukarundersökningen.