

Framtidens vård och omsorg

Rapport från Beredningen för framtidens välfärd och
samhällsutveckling

13 oktober 2020

Innehåll

Framtidens vård och omsorg	1
1 Inledning	3
2 Avgränsningar	3
3 Omvärldsanalys/framtidsspaning	3
3.1 Västra Götalandsregionen (VGR)	3
3.2 Göteborgsregionen (GR)	4
3.3 Sveriges kommuner och regioner (SKR)	5
3.4 Socialdepartementet/Socialstyrelsen	5
3.4.1 Förslag till ny socialtjänstlag	6
4 Härryda kommuns äldreomsorgsverksamheter	6
4.1 Hemtjänsten	6
4.1.1 Anhörigvårdare	8
4.2 Biståndsbedömda äldreboenden	8
4.2.1 Särskilt boende för äldre	9
4.2.2 Biståndsbedömt trygghetsboende	9
4.2.3 Korttidsboende	10
4.3 Hemsjukvård/palliativ vård	10
4.3.1 Hemsjukvård	11
4.3.2 Palliativ vård	12
4.4 Ofrivillig ensamhet	14
5 Kompetensförsörjning	15
5.1 Stärkt kompetens i vård och omsorg från nutid till 2040	15
6 Teknik och digitalisering	18
7 Sammanfattning	22
7.1 Omvärldsanalys/framtidsspaning	22
7.2 Härryda kommuns äldreomsorgsverksamheter	22
7.3 Ofrivillig ensamhet	23
7.4 Kompetensförsörjning	23
7.5 Teknik och digitalisering	24
8 Slutsatser	25
9 Källhänvisningar	27

1 Inledning

Beredningen för framtidens välfärd och samhällsutveckling beslutade i november 2019 att under 2020 se närmare på kommunens vård och omsorg för de som är 65 år och äldre samt vilka troliga framtidsbehov som kommer att finnas. Den demografiska utvecklingen, där allt fler blir äldre under de närmaste 10 åren, kommer att påverka alla kommuner. Beredningen har även gjort en omvärldsanalys om vilka närliggande organisationer och myndigheter som påverkar den kommunala verksamheten. För att kunna spana in i framtiden har beredningen först tittat på hur det ser ut idag: Vad behövs förbättras när vi går in i framtiden? Rapporten innefattar olika områden så som hemtjänsten, hemsjukvård och palliativ vård, olika boendeformer som SÄBO (särskilt boende för äldre) och trygghetsboende, kompetensförsörjning samt teknik och digitaliseringen i vården.

Beredningspresidiet har avrapporterat till fullmäktigepresidiet under arbetets gång.

2 Avgränsningar

Beredningen har avgränsat rapporten till att endast gälla vård och omsorg samt olika boendeformer för personer 65 år och äldre. Beredningen har inte undersökt dagverksamhet för äldre, funktionsstöd eller psykiska diagnoser.

3 Omvärldsanalys/framtidsspaning

Beredningen har undersökt några av de samverkanspartner som finns i närområdet för Härryda kommun men även det som påverkar en kommuns verksamhet dvs. Socialdepartementet/Socialstyrelsen, Västra Götalandsregionen (VGR), Göteborgsregionen (GR) samt Sveriges kommuner och regioner (SKR).

3.1 Västra Götalandsregionen (VGR)

Samarbetet mellan kommuner och VGR är en viktig faktor för länets utveckling. Regionen ansvarar för all hälso-och sjukvård så som slutenvård (sjukhus) och öppenvård (primärvård). Genom avtal/överenskommelse server primärvården kommunen med läkare i äldrevården, hemtjänsten och hemsjukvården. Samarbete sker också genom specialistteam som utgår från sjukhuset samt samverkan vid in- och utskrivningsprocessen för personer som har behov av insatser efter utskrivning från slutenvården (sjukhusen).

För att möta de krav som ställs på sjukvård samt vård och omsorg behövs en översyn av organisationen i regionen. Regionfullmäktige beslutade om en utvärdering av sin organisation i samarbete med Borås Högskola år 2014. I utvärderingen framkom en del brister i organisationen. Bland annat ifrågasätts styrelsers och nämnders storlek samt att det upplevs att mötena antingen är presidiestyrd eller tjänstemannastyrd, eller både och. Beställar-utförarmodellen är i behov av översyn men även formerna för politiskt inflytande.

Det finns otydlighet i styrning och ansvar och utredningen föreslår att utförarstyrelserna avvecklas och att sjukhusen görs ansvariga för verksamheten i förhållande till den beställning av vård som är gjord. Även beställarnämndernas organisation ifrågasätts då styrsignaler kommer från olika håll. Det är viktigt i samarbete med kommunerna att alla drar åt samma håll och att det klart framgår vem som ansvarar för vad. Tillskott av pengar från staten kan vara bra men det löser inte alltid problemet, utan ansvariga måste också se på hur organisationen ser ut. Man skall göra rätt saker och göra saker rätt.

Ett exempel/förslag på samarbete mellan VGR och kommun som skulle vara intressant att undersöka är att skapa närvårdsplatser/mellanvårdsavdelningar som sköts av regionen och kommunen/kranskommunerna tillsammans. Målgruppen skulle främst vara multisjuka med behov av tillfällig vård dygnet runt bl a efter utskrivning från sjukhusen. Bemanningen skulle bestå av primärvårdsläkare med inriktning på geriatrik, sjuksköterskor med specialitet äldresjukvård, undersköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Östhammars kommun har ett sådant upplägg. Där erbjuds medicinska utredningar och behandlingar som inte kan ges i bostaden och där brukaren inte behöver specialistsjukhusets resurser. De har även rehabilitering och utreder omsorgsbehov.

Vården befinner sig i en omställning där allt mer hälso- och sjukvård ges i hemmet och inom den kommunala omsorgen. Detta gör att kommunernas åtagande och ansvar ökar. Formerna för vårdssamverkan med VGR behöver fortsätta att utvecklas. Det gäller för huvudmännen att hitta gemensamma lösningar när det gäller planering, kompetensförsörjning och resurser. Utifrån patientens/brukarens perspektiv ska vården vara lättillgänglig, effektiv och säker med god kvalitet och bemötande.

3.2 Göteborgsregionen (GR)

Göteborgsregionen består av Göteborgs kommun och 12 kranskommuner varav Härryda kommun är en. GR driver bl a utvecklingsprojekt, forskar och anordnar utbildningar. Politiker och tjänstemän från kommunerna träffas för att utbyta erfarenheter och besluta om gemensamma satsningar.

Nationellt arbetar GR för att påverka samhällsutvecklingen utifrån kommunernas behov. Kontakter finns bl a med Regeringskansliet, Näringsdepartementet, Socialdepartementet och Utbildningsdepartementet. GR samarbetar också med Sveriges kommuner och regioner (SKR).

Det finns idag ett stort behov av kompetensutbildning för vård-och omsorgspersonal. Framtidens utbildningar kommer att ske till större delen digitalt på distans och där utbudet anpassas till individen. Här har GR en utmaning att gemensamt anordna utbildningar som stärker vård-och omsorgspersonalen.

3.3 Sveriges kommuner och regioner (SKR)

”Under år 2020:s coronapandemi har det blivit uppenbart hur det svenska systemet med starka expertmyndigheter är tänkt att fungera. När det aktuella läget har lagt sig är det dags för utvärdering av hur styrningen i samhällsviktig verksamhet sker eller borde ske. I detta sammanhang borde även SKR starkt expanderande inflytande belysas” säger Fia Edwald, tidigare chef för systematisk informationssäkerhet vid Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap (MSB).

SKR är inte en myndighet utan en arbetsgivare- och intresseorganisation som de senaste 15 åren har tagit på sig allt fler operativa uppgifter som liknar en myndighet. I Riksrevisionens rapport (RiR 2017:3) framkommer det att SKR fått en roll där man direktförhandlar med regeringen istället för med myndigheter på sedvanligt sätt. Trots att politiker från kommuner och regioner deltar i SKR:s beredningar och beslut så gäller inte offentlighetsprincipen för organisationen. SKR omfattas inte heller av sekretessreglerna i offentlighets- sekretesslagen vilket gör att hanteringen av känslig information inte är reglerad och insynen är begränsad. Bristen på insyn är besvärande ur ett demokratiperspektiv.

3.4 Socialdepartementet/Socialstyrelsen

En reformering av primärvården har inletts med inriktning för en nära och tillgänglig vård. Regeringen har tillsammans med Centerpartiet och Liberalerna gjort en överenskommelse och har lämnat över propositionen 2019/20:164 till riksdagen i april. I propositionen stärks huvuduppgiften för primärvården med tydliga uppdrag och med ett särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Primärvården skall vara navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Patienten ska vara delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser.

I primärvården ingår bl a vårdcentraler och omsorgsboenden. Huvudmännen är alltså både region och kommun. Innehållet i lagrådsremissen *Inriktning för nära och tillgänglig vård, en primärvårdsreform* har sammanfattats i tre centrala mål:

1. Tillgängligheten till primärvården måste öka.
2. En mer delaktig patient/brukare och en personcentrerad vård.
3. Kontinuiteten i primärvården ska öka.

Här betonas också vikten av att primärvården organiseras så att alla som vill ha en fast läkarkontakt ska få det.

Då det idag enligt lag är förbjudet att anställa läkare i kommunerna är det viktigt att det finns rätt kompetens på vårdcentralerna och att det i samband med reformen inrättas en fast läkare med geriatrisk inriktning på varje ords vårdcentral i vår kommun som kan arbeta med kommunens äldreboende och hemtjänst.

3.4.1 Förslag till ny socialtjänstlag

En översyn av socialtjänstlagen har gjorts och ett förslag till ny lag *Hållbar socialtjänst – en ny socialtjänstlag* (SOU 2020:47), har lämnats in från utredningen Framtidens socialtjänst. Förslaget ska ersätta nuvarande lag och få karaktären av en ramlag Ett tilläggsdirektiv, 2018:69, tillkom under 2018 där utredningen fick i uppdrag att analysera om en särlagstiftning för äldre skulle vara motiverat. Här har utredningen kommit fram till att ett fortsatt arbete behövs för att se över hur en särlagstiftning kan utformas. Utredningen anser att en förändring i riktning mot ett sådant förslag är en så komplex och omfattande förändring att den fordrar en särskild översyn. Utredningen bedömer också att en proposition med de författningsförslag som lämnats i betänkandet kan överlämnas till riksdagen tidigast hösten 2021. Förslagen bör kunna träda i kraft 2022-2023.

Troligtvis kommer vissa av förslagen i utlåtandet att eventuellt påverka socialtjänstens arbetssätt t ex förslaget att socialtjänsten ska ha ett förebyggande perspektiv och inriktas på att vara lättillgänglig, att verksamheten ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att insatser får tillhandahållas utan föregående individuella behovsprövning (ny befogenhet för kommunerna). Utredningens bedömning är att en förskjutning av socialtjänstens verksamhet mot förebyggande arbete kan leda till besparingar för kommun och stat.

En ny lag om socialtjänstdataregister föreslås också i utredningen. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utarbeta nya allmänna råd och föreskrifter för att stödja kommunerna i omställningen.

4 Härryda kommuns äldreomsorgsverksamheter

4.1 Hemtjänsten

Varje dag vårdas ett stort antal människor i hemmet med hjälp av den kommunala hemtjänsten. När nu antalet personer, främst 80 år och äldre, kraftigt ökar de närmaste 10 åren så kommer omsorgen att stå inför stora utmaningar. Enligt SCB förväntas en ökning i Sverige av personer som är 80+ från idag ca 535 000 personer till ca 806 000 personer år 2030. Av dessa beräknas ca 36 % ha insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) i form av hemtjänst, särskilt boende för äldre (SÄBO), trygghetsboende och korttidsboende. Denna ökning sker samtidigt som den yrkesverksamma delen av befolkningen minskar under samma period.

Den medicinska utvecklingen, där fler kan behandlas och rehabiliteras, gör att vi lever längre. Sjukvårdens framsteg innebär att behovet av sjukhusvård kan minska men istället ökar behovet av bl a hemtjänst/hemsjukvård. Framstegen inom den slutna vården kan alltså få stora konsekvenser för kommunerna. I framtiden kommer samverkan mellan läkare i primärvården och hemtjänsten att vara av stor betydelse.

Härryda kommun hade enligt bokslutet 2019 ca 720 personer som fick olika insatser av hemtjänsten. Cirka drygt 215 av dessa har enbart larm. Hemtjänstens personal har möteslokaler i Mölnlycke, Landvetter och Rävlanda.

Antal tillsvidareanställda per chef inom hemtjänst, per den 30/6, 2020.
Totalt 129 personer varav 9 arbetar natt.

Orgtyp3Sektor	Orgtyp4Funktion_Verksamhet	Orgtyp8Arbetsställe	Chefs_namn	Antal
..Socialtjänst	Vård och omsorg	Hemtjänst Hindås	Jäderklint Pia	2
..Socialtjänst	Vård och omsorg	Hemtjänst Landvetter	Lindblad Eva-Britt	29
..Socialtjänst	Vård och omsorg	Hemtjänst Mölnlycke Tätort	Dahlén Björn	36
..Socialtjänst	Vård och omsorg	Hemtjänst Mölnlycke Ytter	Granberg Lena	34
..Socialtjänst	Vård och omsorg	Hemtjänst Nattpatrull	Jäderklint Pia	9
..Socialtjänst	Vård och omsorg	Hemtjänst Rävlanda	Jäderklint Pia	19

Alla tjänster är heltid men personalen har möjlighet att vara partiellt ledig en del av tjänsten om de så önskar. I snitt besöker man 14-16 brukare under ett 8-timmars arbetspass. Ett kvällspass (6 tim) brukar innebära 18-20 besök.

Hur många timanställda som finns i verksamheten idag har varit svårt att få fram under pågående pandemi men behovet av vikarier har ökat under år 2020. Enligt tidigare statistik, innan pandemin, så låg antalet arbetande timmar, utfört av timanställda, på 20-25 %. Personalkontinuiteten i hemtjänsten är en viktig kvalitetsaspekt. Denna kontinuitet innebär att den äldre i största möjliga mån får vård och omsorg av samma personal. I Härryda kommun möter en brukare (i medelvärde) 16 olika personer från hemtjänsten under en 14-dagarsperiod.

Personalens tidsåtgång för sina insatser hos brukarna varierar naturligtvis beroende av beviljad insats. Härryda kommun använder idag en slags insatsschablon för hur lång tid det ska ta för en enskild insats hos brukaren exempelvis 30 min för morgonbesök, dusch eller promenad och 15 min för alla andra insatser. En timmas städ var tredje vecka. Om en brukare behöver längre tid vid ett besök får den tiden tas från någon annan brukare. Då även restiden mellan brukarna är inräknat i arbetsschemat så kan personalen uppleva att det blir en stressfaktor att hinna med sitt arbete i tid.

Den demografiska utvecklingen med fler äldre innebär också en efterfrågan på utbildad personal inom omsorgen. Hemtjänsten måste idag ta hand om betydligt sjukare människor än för 10-15 år sedan vilket ställer högre kompetenskrav. En förutsättning för att äldreomsorgens insatser ska vara av god kvalitet är att personalen har lämplig adekvat utbildning och erfarenhet.

Enligt SCB:s prognos 2019(31) finns stor risk för brist av personal i framtiden. Denna brist kan innebära att befintlig personal får försämrade arbetsmiljö och får en högre arbetsbelastning med t ex att det blir fler brukare per anställd att ta hand om per arbetspass.

Även om kommunen idag har ett bra fortbildningsutbud så gäller det för kommunen att även i framtiden skapa goda förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning.

Ibland behövs det nya perspektiv för att verksamheten ska utvecklas framåt. Det finns idag många olika arbetsmodeller där vård och omsorgsverksamheten kan ta till sig nytt arbetssätt. En modell som sticker ut är Skönsmomodellen i Sundsvall. Tillitsdelegationen beskriver i SOU, 2018:38 att modellen har lett fram till bättre kvalitet och arbetsmiljö, större arbetsglädje för medarbetare och positiva effekter för kommunens ekonomi. ”*Arbetet med modellen har inneburit, skriver Sundsvalls kommun ”att organisationen har gjort en resa från brukarperspektiv till brukarens perspektiv.”*

4.1.1 Anhörigvårdare

Det finns en grupp inom hemtjänstens uppdragsområde som man sällan nämner och det är anhörigvårdare. När den äldre beviljas hemtjänst tar också handläggarna hänsyn till om det finns anhöriga som kan vara behjälpliga i vården av den enskilde. Ofta innebär det att anhöriga skall kunna vara nära till hands och delaktig – d v s de skall inte ha ansvaret för brukaren. Det finns idag ingen lag som säger att anhöriga är skyldiga att hjälpa till, inte ens i äktenskapsbalken. Vård av närstående måste byggas på frivillighet. I många relationer blir närmaste anhörig den som får ta vård och omsorgsansvar i vardagen. De är en sak att vara delaktig och en helt annan att som anhörig känna att hen ska bära hela ansvaret.

Alltför många anhöriga sliter idag för att skapa en dräglig tillvaro för sin närstående. Risken finns att det kan leda till att den som vårdar inte orkar med utan också insjuknar och i och med det så krävs det mer omsorg. Bostaden riskerar att förvandlas från ett gemytligt hem till en vårdplats.

4.2 Biståndsbedömda äldreboenden

Idag har kommunen drygt 6200 pensionärer vilket motsvarar ca 16,1 % av befolkningen. Av dessa bor 75 % i Landvetter och Mölnlycke. Det krävs ett långsiktigt förändringsarbete för att anpassa äldreomsorgen till den demografiska och tekniska utvecklingen. Även om de som är äldre idag blir allt friskare så ökar andelen som är över 80 år markant med ca 7 % per år i vår kommun fram till år 2030. Med hög ålder ökar risken för multisjuklighet och demenssjukdom och det är för denna grupp som äldreomsorgen behöver rusta för i framtiden. Demens ökar i gruppen 80+ och nästan hälften av alla som är 90+ har en demenssjukdom. Detta innebär att våra särskilda boendeplatser, demensboende, trygghetsboende och korttidsplatser inte kommer att räcka till i framtiden. Alla kan eller vill inte behandlas hemma.

4.2.1 Särskilt boende för äldre

Härryda kommuns kapacitet att erbjuda moderna ändamålsenliga bostäder till äldre måste öka. Just nu finns det 7 stycken särskilt boende för äldre (SÄBO): Säterigården, Ekdalagården, Rådahemmet, Hönekulla gård, Bygården, Östra Bygården, Björkelid. Totalt 288 platser varav 27 platser är korttidsboende.

Behovet av platser med särskild inriktning på äldre kommer säkerligen att öka mer än vad kommunen har prognostiserat. Dagens SÄBO är i första hand organiserad för den som är multisjuk och som har så omfattande behov att kvarboende i hemmet framstår som olämpligt av säkerhetsskäl. Antalet platser på SÄBO har minskat i förhållande till det ökande antalet äldre.

Ett bevis på att det kan saknas platser är väntetiden mellan fattat beslut och inflyttningsdatum till SÄBO. År 2019 var väntetiden 179 dagar, det motsvarar nästan 6 månader. Alltså det dubbla mot var SoL anger, vilket är inom 3 månader. En sådan lång väntetid kan få negativa konsekvenser för den äldres hälsa och påverkar också de närstående negativt. Kommunen riskerar att få betala en särskild avgift till staten i varje ärende där en person behövt vänta mer än 3 månader på att beslut ska verkställas. Ur brukarens perspektiv sker att brukaren ansöker om en plats och får den, att brukaren ansöker om en plats men får ingen eller att brukaren ansöker om en plats, får en plats, men tackar nej. Det uppstår alltså en obalans i uppfattningen om tillgängliga platser och bristen på platser.

Med dagens erfarenhet, av coronaviruset, står det klart att politiker, tjänstemän och byggherrar måste ta höjd för pandemier redan när ett SÄBO skall planeras och byggas. Byggplaner bör sträva efter att bygga ”hemlika” boenden med trädgård och uteplatser. Boendet ska förstärka det friska hos de äldre som uppmuntrar till utevistelse och samvaro.

Ett exempel på ett radikalt annorlunda boende finns i Hodgeway i Nederländerna där man har byggt en demensby som ett bostadsområde med affärer, restauranger och torg. Där bor det 152 äldre dementa i grupper om ca 25 personer i olika hus. Där kan de röra sig fritt utan att känna sig inlåsta. Resultatet har blivit att andelen äldre som tar lugnande medel har minskat med hälften. Vellinge kommun är på väg att bygga Sveriges första demensby.

Beredningen bedömer, utifrån det underlag vi har fått fram, att behovet/efterfrågan av fler SÄBO även fortsättningsvis kommer att vara stort.

4.2.2 Biståndsbedömt trygghetsboende

En ny biståndsbedömd särskild boendeform infördes i april 2019 som kallas trygghetsboende. Kommunen har idag tre biståndsbedömda boenden i Mölnlycke, Landvetter och Hindås med totalt 70 platser.

Kommunens befintliga boenden med god tillgänglighet (BGT-boende) i Mölnlycke och Landvetter har ändrat namn till trygghetsboende, alltså inga nybyggnationer.

Insatsen i trygghetsboendet syftar till att öka tryggheten för äldre personer som upplever otrygghet och social isolering. Målgruppen behöver inte vård och omsorg dygnet runt utan insatsen syftar till att bryta isoleringen genom bl a möjlighet till gemensamma måltider och aktiviteter. Även här är utemiljön viktig när dessa boende planeras.

Trygghetsboenden kan avlasta hemtjänsten och korttidsboendet då flera brukare bor på samma plats och genom detta minskar restiden för personalen som då slipper åka till olika brukares boende. Det här är en boendeform som kan vara lämplig för flera av de som får avslag till SÄBO. Enligt kommunens lokalresursplan så planeras inga fler biståndsbedömda trygghetsboende i kommunen de närmaste 5 åren.

4.2.3 Korttidsboende

Behovet av fler korttidsplatser finns också. Idag har vi enbart korttidsboende i Mölnlycke för hela Härryda kommun. Detta innebär långa resor för de anhöriga som bor i de östra delarna. Totalt har kommunen 27 korttidsplatser men utav dessa används en del av platserna under år 2020 också för coronapatienter vilket innebär att vi minskat just korttidsplatser som bl a används för avlastning för anhöriga i hemtjänsten och utskrivna från sjukhusen. Då det förväntas att de allra flesta sjuka äldre skall behandlas i hemmet så behövs det sannolikt ytterligare korttidsboende som avlastningsplatser. Behovet är minst 25 nya platser i den närmaste framtiden och förslagsvis då på en annan ort i kommunen än Mölnlycke.

4.3 Hemsjukvård/palliativ vård

Uppdraget i beredningen har bland annat varit att göra studiebesök på olika instanser kopplade till omvårdnaden på olika vis. Under senvintern blev vi alla i samhället drabbade av Coronapandemin med olika restriktioner som följde. Det gjorde att till exempel studiebesök inte längre kunde genomföras. Vårt uppdrag har varit att beskriva hemsjukvården och den palliativa vården. Om hemsjukvården generellt är uppgifterna hämtade från kommunens egen hemsida under Vård och Omsorg, kompletterat med siffror och kostnader, uppgifter som besvarades av Elisabeth Trenter, planeringsledare inom socialtjänsten.

Redogörelsen om den palliativa vården bygger på samtal och mejlkontakt med Linda Modig, specialistsjuksköterska inom palliativ vård och palliativ koordinator. Beredningen ger också beskrivning av ett tänkt scenario i vården en patient i livets slutskede grundad på empiri.

4.3.1 Hemsjukvård

Vårdsamverkan i Göteborgsområdet och kommunal hälso- och sjukvård

I organiseringen Kommun och sjukvård, Samverkan i Göteborgsområdet, möts chefer från regionens hälso- och sjukvård, tandvård, kommunal vård och omsorg, socialtjänst samt skola för att skapa förutsättningar att ge personer som behöver insatser från både kommun och region bästa möjliga vård, stöd och omsorg. I Göteborgsområdet ingår Göteborg, Mölndal, Härryda, Partille och Öckerö.

Den som inte klarar av att besöka vårdcentralen kan få den sjukvård som hen behöver i hemmet. Genom kontakt med vårdcentralen skickas remiss med förfrågan om kommunal hemsjukvård. Sjukvårdsinsatserna utförs av sjuksköterskeenheter som även ansvarar för personer som bor på äldre- och gruppboenden. Sjuksköterskeenheter är tillgängliga dygnet runt.

Ansvarsfördelning kommun och region

Västra Götalandsregionen ansvarar för att ge förutsättningar för en god hälsa för alla invånare i Västra Götaland och för att det finns bra sjukvård för alla. Västra Götalandsregionen ansvarar för sjukhus, vårdcentraler och folktandvård.

Kommunen ansvarar för (enligt hälso- och sjukvårdslagen) att erbjuda en god hälso- och sjukvård som även omfattar habilitering, rehabilitering och hjälpmedel upp till sjuksköterskenivå till den som:

- bor i särskilt boende eller på korttidsboende
- har behov av insatser i hemmet - hemsjukvård eller rehabilitering
- deltar i dagverksamhet

Härryda kommun erbjuder hälso- och sjukvårdsinsatser som ges av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. Hjälp från läkare ansvarar alltid vårdcentral och sjukhus för.

Att vårdas i hemmet

”Sjuka äldre bör undvika sjukhus och kan vårdas tryggare i sina hem”. Det budskapet går nu kommuner, sjukhus och primärvården i Göteborgsregionen ut med för att skydda personer i riskgrupper från att bli smittade av coronaviruset. ”Vi har en bred kompetens för detta och kan ge en god avancerad vård i hemmet”, säger Lena Lager, sektorschef för socialtjänst i Härryda kommun. Uppmaningen att undvika sjukhus gäller framförallt för så kallade sköra äldre, vilket innebär personer som är äldre än 70 år eller som har bakomliggande sjukdomar. Dessa patienter finns oftast i kommunens äldreomsorg och vårdas redan idag i stor utsträckning i sina hem med hjälp av hemtjänst och hemsjukvård. ”Det finns en allmän uppfattning bland patienter och anhöriga att det är tryggare att vårdas på ett sjukhus. Vi strävar alltid efter en säker vård på patientens villkor och oftast sker den bäst i hemmet. Och just nu kan det vara direkt olämpligt för många inom denna patientgrupp att vara på ett sjukhus”, säger Lena Lager.

Den rådande situationen innebär att patienter i större utsträckning ska få vård i sina hem. Idag kan man till exempel få provtagning, behandling med antibiotika eller dropp i sitt hem utan att behöva åka in till ett sjukhus. Enligt Lena Lager finns det en god beredskap inom Härryda kommun och det behövs inga omprioriteringar i nuläget för att klara vården i hemmet. ”Vi klarar detta med de resurser som finns. Det finns en tät samverkan mellan kommunen, sjukhus och vårdcentraler att ge avancerad vård i hemmet i större utsträckning och alla står bakom detta.

Sjuksköterska, omvårdnadspersonal, läkare och MAS

Äldre eller funktionshindrade personer som bor i sina hem kan få hjälp av en sjuksköterska från sjuksköterskeenheten. Omvårdnadspersonal är i tjänst dygnet runt. Den som bor hemma söker läkarvård via vårdcentralen. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har det övergripande ansvaret för all kommunal hälso- och sjukvård, med uppgift är att bevaka vårdtagarnas säkerhet och utveckla kvaliteten i vården.

Avgift och antal brukare

Avgifter gäller tjänster som kommunen ska utföra enligt Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. För den enskilde är i dagsläget avgiften 669kr per månad. Det beror lite på vad som räknas; sjuksköterskor och rehab eller kostnad även för delegerad tid. Hittills har 581 personer erhållit hemsjukvård och det brukar röra sig om ca 800 personer/år.

4.3.2 Palliativ vård

Härryda kommun erbjuder palliativ vård på en allmän nivå eftersom ingen egen läkare är anställd utan läkarna kommer från vårdcentralen. Hemsjukvården har inget palliativt team utan vård, lindring, i livets slutskede sköts av hemsjukvården med stöd av palliativ koordinator som är en sjuksköterska med specialistutbildning i palliativ vård. Koordinatören samordnar, informerar, utbildar, är kontaktperson, erbjuder besök och verkar för utveckling av vården. Teamet uppstår på nytt kring varje ny patient tillsammans med en läkare från vårdcentralen. I Sverige utgör den allmänna palliativa vården ca 80 % av dem som vårdas i palliativt skede. Kommunen har då ansvaret och all personal ska ha grundläggande kunskaper. 10-20 % av dem som vårdas har behov av specialistkompetens t ex hospice eller specialistteam som regionen ansvarar för. Härryda kommun erbjuder alltså allmän palliativ vård, medan vi konsulterar specialister på Palliativt centrum SU eller SÄS och köper platser på hospice i Göteborg vid behov.

Härryda kommun har det politiska målet att ”ingen skall dö ensam”. Hälso-och sjukvårdslagen (HSL) samarbetar med Socialtjänstlagen (SoL) då den medicinska bedömningen som görs av sjuksköterska (HSL) till stor del ligger till grund för och handläggarens (SoL) beslut om insatser. I det absoluta slutskedet arbetar professionerna tillsammans med öppna beslut om vård i livets slutskede eller vård på korttidsplats.

Det finns ingen specialiserad palliativ vård i Härryda kommun eller i våra kranskommuner. Det är uppmärksammat av regionen. En kartläggning gjordes under 2019 och en rapport presenterades. Det framkom att utbyggnaden av specialiserad palliativ vård i Partille, Öckerö, Härryda och Mölndal bör prioriteras.

Eftersom kommunen inte har palliativa vårdplatser är vi beroende av att köpa platser av Göteborgs kommun. Man kan få allmän palliativ vård på Hönekulla gård, korttidsenheten. Härryda kommun erbjuder bra palliativ vård i hemsjukvården under de rådande omständigheterna men eftersom den inte är under specialistvården saknas egna läkare, dietister och kuratorer. Avancerad vård ges i hemmet i viss utsträckning som t ex blodtransfusioner och skötsel av ascitesdrän, det bygger då på samarbete med läkare på sjukhusen. Slutsatsen blir att kommunen får en högre kompetens om kommunen också har ett eget hospice eller delar med kranskommunerna än bara tillgång till ett specialistteam men koppling till vårdcentralen med inhyrda hospiceplatser.

Empirin

I praktiken kan det gå till så att exempelvis onkologen på Sahlgrenska initierar hemsjukvård för patienten. Runt patienten skapas då ett vårdteam med sjukgymnaster, rehabpersonal, kontaktperson från den palliativa vården, läkare från vårdcentralen. Patienten får hembesök för att avgöra vilket stöd och vilken hjälp patienten behöver. Det kan till exempelvis vara tryckutjämnande madrass, sittbänk över badkaret, duschpall, transportrullstol. Patienten kan också få dropp, näringslösning och medicinering i hemmet. Dessutom kan blodprover tas och hemsjukvården hjälper till med att se över doser, recept med mera. Vid behov kan patienten få hem näringsdrycker, blöjor och andra skyddsmaterial. Om behovet finns kan en korttidsplats erbjudas för avlastning av familjen. Avlastning och omvårdnad i hemmet kan också ordnas genom hemtjänsten. Hemsjukvården står i ständig kontakt med onkologen för att kunna ge patienten den bästa möjliga vård i hemmet.

Dock har vår ”spaning” på hemsjukvården sett ett problem som kan uppstå när det blir glapp mellan behandling, behandlingens upphörande och placeringen på hospice. När medicineringen som onkologen har ansvar för upphör eftersom patienten är färdigbehandlad kan patienten visserligen stå i kontakt med läkare på onkologen men ansvaret ligger nu hos läkaren på vårdcentralen som är kopplat till hemsjukvården. Den läkaren är inte onkolog.

Först när patienten blir inskriven på hospice får patienten tillgång till en läkare med kunskap om cancersjukdomar. Det finns en uppenbar risk att patienten upplever sig falla mellan två stolar. Det är knappast optimalt i livets slutskede.

Avgift, kostnad och antal brukare

Palliativ vård i hemmet eller hospicevård i annan kommun betalas genom avgifter och som en kostnad för kommunen. Den enskilde betalar en avgift för mat och omvårdnad motsvarande avgiften vid korttidsvistelse. Kommunens kostnad är 5 380 kr per dygn.

Under 2019 avled 19 personer i hemmet och i år har hittills 15 personer avlidit. Hospicevård i andra kommuner beviljas under senare år med 1-2 personer per år. Hittills under 2020 har 6 personer beviljats vård i annan kommun.

4.4 Ofrivillig ensamhet

Ofrivillig ensamhet drabbar många äldre och för en del går denna känsla av ensamhet inte över. Den påverkar deras hälsa på ett destruktivt sätt. Det finns idag mycket forskning som visar på de negativa hälsokonsekvenserna som ofrivillig ensamhet kan orsaka. Det är den farligaste typen av ensamhet och bedöms som dubbelt så skadlig som fetma och lika skadligt som alkoholism och stillasittande.

Det finns olika former av ensamhet, objektiv (mätbar) d v s den äldre bor ensam och umgås sällan med andra och den subjektiva (upplevda) ensamheten, en persons självskattade ensamhet och som är skadlig för hälsan. Studier visar att ensamhet är vanlig bland äldre och graden av ensamhet ökar med stigande ålder. Det är i och för sig inte åldern i sig som gör att äldre är drabbade utan snarare att det är andra olika former av ohälsa som drabbar dem ju äldre de blir. Det finns tydliga samband med ensamhet och depression samt mellan ensamhet och nedsatt fysisk rörlighet. Bland andelen äldre över 77 år är det ca 12 % av befolkningen i Sverige som uppger att de känner sig ensamma enligt SCB:s undersökning.

John Cacioppo är en utav världens ledande forskare på ensamhet och dess konsekvenser på hälsan. I boken *”Loneliness, Human Nature and the Need for social Connection”*, som han skrivit tillsammans med William Patric, redogörs både tidigare forskning och egna studier i ämnet. Där refereras till en artikel i tidskriften *”Science”* som visar att isolering innebär lika hög risk för förtidig död som högt blodtryck och hjärtkärlsjukdomar.

Det är viktigt att alla sektorer i samhället känner till vikten av sociala relationer och underlättar skapandet av sådana. Det gäller att hjälpa de äldre att hitta gemenskap. Ett exempel på detta görs i Danmark genom projektet *”Genlyd”* där de har en hemsida som fungerar som en anslagstavla. Där kan de äldre ta del av både kommunens och civilsamhällets utbud av aktiviteter.

Den digitala utvecklingen ger också möjlighet att umgås och interagera utan att ses fysiskt, men hänger de äldre inte med i den utvecklingen eller helt enkelt inte vill umgås digitalt, är det lätt att man blir isolerad.

Att minska den ofrivilliga ensamheten är en stor utmaning som kräver samarbete mellan samhällets olika aktörer.

Exempel att satsa på:

- Att kommunen ger ekonomiskt stöd till de i civilsamhället som möjliggör kostnadsfri social gemenskap för äldre.
- Att öronmärka tid för samtal/social samvaro i hemtjänstuppdraget. Den tiden finns inte idag.
- Att investera i mer personal på äldreboende så att de boende kan delta i socialt umgänge.

5 Kompetensförsörjning

5.1 Stärkt kompetens i vård och omsorg från nutid till 2040

Arbetsgivarna måste kunna rekrytera, attrahera, utveckla och behålla rätt kompetens. Då kan verksamheten erbjuda medborgare och företag den service och de tjänster som krävs. Behovet av arbetskraft kommer att öka med 60 % (170 000 personer) enligt ”Trender och prognoser 2017” från SCB fram till 2035. Arbetsvillkoren i Sverige gör också att många överväger att sluta inom äldreomsorgen. En faktor till detta anges vara de så kallade ”delade turerna” som är unikt för Sverige. Andra faktorer är arbetsbelastning, handlingsutrymme, stöd i arbetet, utvecklingsmöjligheter inom yrket med mera. Socialstyrelsens lägesrapport från 2017 anger att alldeles för få män söker sig till yrket och detta begränsar rekryteringsbasen. Det finns en sammantagen uppfattning att många som söker de utannonserade tjänsterna, t ex undersköterska, inte är anställningsbara bl a på grund av bristande eller inte tillräcklig utbildning. Det behövs insatser i ett tidigt skede av utbildningsvägen för att öka intresset för yrket. Flera verksamheter bemannas, enligt utredningens erfarenhet, i stor utsträckning av personal som inte har rätt kompetens för arbetsuppgiften.

Kraven på kompetensnivå skiljer sig mellan regioner och kommuner. Det finns en uppfattning i yrkesgruppen att det är attraktivare att arbeta inom en region än inom kommunal verksamhet. Enligt SKR:s rekryteringsrapport från 2018 är rekryteringsbehovet fram till 2026 500 000 personer. En negativ faktor i kompetensförsörjningen är sjukfrånvaron. 2016 låg det på 6 000 årsarbetare. Statens ansvar i kompetensförsörjningen är begränsat till högre utbildning och lagstiftning. Kompetensutvecklingen är arbetsgivarens eget ansvar. Regeringen ger ändå medel till regioner och kommuner för kompetensförsörjande insatser. Olika insatser har genomförts som till exempel Kunskapslyftet, Insatser för tillfälligt anställda, Kvinnors hälsa och förlossningsvård, inom psykiatri, Ledarskapsutbildning inom äldreomsorgen, Omvårdnadslyftet med flera.

Många av de 180 000 yrkesverksamma undersköterskorna har olika lång erfarenhet i yrket och varierande yrkesutbildningsbakgrund. Om yrkesutövaren behöver kompetenshöjning måste yrket valideras. Ett påpekande när det gäller undersköterskorna är att man under valideringsperioden behöver hitta vikarier och eftersom perioden i sig är kort blir det svårt att hitta ersättare.

Utbildningsvägarna är många inom yrket och skiljer sig åt över både tid och rum. Utredningen pekar på att de 1) föreslår ett legitimationsförfarande, men också 2) avstyrker det samma. Det visar komplexiteten i frågan. Utredningen drar därefter slutsatsen att 3) skyddad yrkestitel är mer ändamålsenlig. I kommunal verksamhet är det oftast endast lönen som skiljer ett vårdbiträde från en undersköterska, inte arbetsuppgifterna. Detta trots att utbildningen skiljer sig åt. När arbetsfördelningen inte sker på grundval av kompetens finns det en risk att säkerheten för patienterna och brukarna försämras.

Kartläggningen som utredningen gjort visar bland annat på att personalen oftast arbetar självständigt i kommunal verksamhet, särskilt inom hemtjänsten, men de gör samma kvalificerade arbete. Den anställda kan vara vårdbiträde eller undersköterska. De kompetensbrister som framkommit är bland annat avsaknad av enhetlig utbildning, bristande, för yrket, karaktäristiska kunskaper, bristande språkkunskaper och att arbets- och ansvarsfördelning inte sker efter kompetens, främst inom kommunal verksamhet. Men det finns också hinder för att införa en legitimation. På grund av att yrket inte har någon akademisk nivå uppfylls inte kriterierna för legitimation så som det ser ut idag. Vidare menar utredningen att de kriterierna är väl avvägda och etablerade och bör därför inte ändras. Trots tidigare förslag fortsätter utredningen med ett resonemang om att kostnaderna för legitimationsförfarande inte står i proportion till vad som skulle uppnås med en legitimation. De avslutar med att skriva: *”Sammantaget anser utredningen att den form av reglering som är mest ändamålsenlig för den aktuella yrkesgruppen är skyddad yrkestitel”* (SOU 2019:20. s 192).

Reglerna om skyddad yrkestitel är bland annat dels att endast den med rätt kompetens/examen har rätt att använda själva titeln, dels att den som saknar rätten till användandet inte heller har rätt att använda en titel som kan förväxlas med den skyddade titeln. Det skall vara frivilligt att ansöka om skyddad yrkestitel hos Socialstyrelsen men det innebär också att man dels inte vill ansöka eller dels inte vet om att man kan ansöka.

Konkurrensen på arbetsmarknaden ökar. Den bristande kompetensen i flera branscher som kräver en allt högre kompetens blir en brist i dubbel bemärkelse. Människor utanför arbetsmarknaden med begränsade språkkunskaper och låg utbildningsnivå behöver uppdatera sin kompetens. I offentlig sektor är snart alla yrken bristyrken.

Kravet ökar på ett yrkeslivslångt lärande. De snabba förändringarna påverkar alla branscher. Det troliga är att fler kommer att få byta yrkeskarriär under sitt yrkesliv. Det ökar kravet på att arbetsgivaren är attraktiv. *”Att vara en attraktiv arbetsgivare och ladda varumärket så att det lockar talangerna blir viktigare när konkurrensen ökar”* (Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i framtiden, En scenarioanalys fram emot 2040. 2019 Kairos Future AB, s 26) Den anställde skall ha bra arbetstider, intressanta arbetsuppgifter, anställningstrygghet, meningsfullt arbete etc. Djup och bredd i kompetensen och kompetensutvecklingen blir viktigare.

Kairos Future AB:s studie visar vidare på ett scenario 2040. 2040 är konfliktfylld och flera av de avtalen om minskade utsläpp av växthusgaser har inte uppfyllts. Inga fler länder har lämnat EU. I Mellanöstern och i Sydamerika fortsätter de olika konflikterna. Kärnkraften fortsatt viktig roll för stabil elförsörjning. Migrationen har stabiliserats eftersom man i EU kommit överens om delat ansvar. Integrationen är fortsatt ett problem. Däremot har integreringen vård, omsorg och tandvård gjort att tänderna räknas som en del av kroppen. Generellt sett är tillgängligheten god inom hälso- och sjukvården trots att patienterna ofta tvingas byta läkare. Kravet på egenansvar saknas och preventionen får inget stöd. Implementering, utbildning och support att IT-stödet för individen har uteblivit. Journalsystemet är transparent och inrymmer alla data som behövs. Digitaliseringsutvecklingen har gått framåt. Lagstiftningen har inte hängt med. Inom den högspecialiserade vården är man överens på nationell nivå vem som gör vad och var. Primärvården är offentligt finansierad inom sjukvården. Hälsofrämjande och prevention varierar över landet. Inom äldreomsorgen på grund av den demografiska bilden går man på knäna igen eftersom ingen förmår tänka långsiktigt. Hemsjukvården har allt fler patienter med brister i transportsystem, distribution och bemanning.

”Kompetensförsörjning

Många försök har gjorts under åren för att säkerställa kompetensförsörjningen för hälso- och sjukvården och omsorgen. Idag har man genom statens försorg gett lärosätena en övergripande instruktion om vad de ska producera.

De har anpassat sitt kursutbud efter behoven när det gäller hälso-och sjukvårdens kompetensbehov inom exempelvis digital teknik och AI, ledarskap, kommunikation och tjänstedesign. Kompetensutveckling i vård och omsorg samordnas mellan lärosätena och vårdaktörerna men det saknas system för uppföljning av det yrkeslivslånga lärandet” (a.a. s 37).

Trots problemen menar Kairos Future att framförhållningen och långsiktigheten utvecklats så att anpassning av programmen i utbildningen blir bättre. De tror att proven blir regelbundna och återkommer vart 5:e år som ett krav för legitimerad personal att behålla sina legitimationer. Kompetensbristen är stor och försörjningsplanen dålig vilket gynnar bemanningsföretagen och driver upp kostnaderna.

”Samtidigt ökar kostnaderna för vård och omsorg vilket har lett till stora besparingar och höjda skatter. Den stora 40-talistgenerationen är nu i 90-100-årsåldern och innebär helt nya erfarenheter för vård- och omsorgssektorn när det gäller omfattningen av nödvändiga insatser. Sammanfattningsvis råder en politisk splittring när det gäller finansieringen och prioriteringen av hälso- och sjukvården samt omsorgen” ... (a.a. s 49,50).

Vidare skriver de: *”Kompetensförsörjning
När det gäller lärosätenas roll i hälso- och sjukvårdssystemet 2040 har man från statligt håll antligen, enligt många, tagit fram en långsiktig strategisk plan för utbildningar och finansiering. Det har gnisslat i leden och viss konkurrens har uppstått mellan lärosätena men insikten om att alla kommer att tjäna på åtgärderna börjar sjunka in. En annan positiv aspekt är att lärosätena får en allt viktigare roll i det yrkeslivslånga lärandet, både fysiskt och genom webbaserade utbildningar.” (a.a. s60).*

Gamla kompetenser kommer att finnas kvar eller försvinna och nya kommer till. Workshop-grupperna (Kairos Future) pekar ut olika områden som: Högspecialiserad vård, den centrala vården. Samordningsfunktion, logistik, distribution och patientsflöden. Primär- och hemsjukvård. Nära vård, fysik och digital.

Kairos Future avslutar med följande reflektion: *”En synnerligen viktig fråga är hur den samlande kraften för kompetensförsörjningen ska utformas för att skapa en sammanhållen, jämlik, framtidsinriktad och attraktiv vård och omsorg för såväl patienter som medarbetare. En kraft som förmår möta utmaningarna, undanröja hindren för innovationer och initiativ och som skapar en sammanhållen och långsiktig hälsovård och omsorg” (a.a. s 75, 76).*

6 Teknik och digitalisering

Efter Ädelreformen 1992, och utvärderingen sex år senare, pekades bland annat ut problem med samordningen kring de olika ansvarsområdena med tekniska lösningar och hjälpmedel som fanns på den tiden. Efter tio år konstaterades att t ex samarbetssvårigheterna mellan olika ansvarsområden på grund av förändrade samhällsstrukturrella förändringar fortfarande fanns kvar. Efter 20 år har samordningen delvis blivit bättre. Dessutom har teknikutvecklingen av hjälpmedel och andra tekniska lösningar hela tiden ökat.

Trendspaningen ger vid handen att äldre blir ännu äldre, fler och är friskare och mer självständiga än förr. Förebyggande arbete är minst lika viktigt som vården i sig. Eftersom många lever längre kommer vissa grupper av hälsotillstånd öka som exempelvis demenssjukdomar som kräver nya arbetsmetoder och investeringar.

Digitaliseringen kommer att bli omfattande i välfärdssektorn vilket innebär stora möjligheter. Sensorer, appar på mobiler och surfplattor som skickar påminnelser eller andra stöd till de äldre ökar tryggheten, självständigheten och högre livskvalitet. Tekniken med t ex e-hälsolösningar ger bättre arbetsmiljöer i socialtjänsten, kan ge personalen mer tid, flexibilitet i utförandet och minska stressen. Tekniken ger möjlighet för personalen att disponera sin tid bättre i förhållandet till sina brukare.

Med de tekniska lösningarna följer bland annat problemet med att en patients/brukares vårdhistoria finns på fler ställen och det går inte att få en samlad information. Lagrum, integritetsskyddet, informationsansvaret och åtkomst är en inte helt enkel nöt att knäcka. Sverige har kommit långt med gemensam teknisk infrastruktur och ramverket i informationsförsörjningen. Vi ligger långt fram i samverkan mellan olika aktörer t ex huvudmännen region och kommun, myndigheter och privata aktörer. Sverige och de övriga nordiska länderna anses vara ur ett globalt perspektiv innovationsfrämjande sett till kultur och öppenhet.

I framtiden spås fler få vård i hemmet. Hur ser man då på teknik, integritet och offentligt ansvar? Hur ser bostaden ut, oavsett om det är hemmabostaden eller ett äldreboende? Oavsett hur svaren blir om själva boendet konstateras det att ny teknik kommer att finnas i bostaden eftersom bland annat till exempel Artificiell Intelligens kommer att öka i användning. I vår spaning ser vi en del olika förslag till exempel robotvårdning för att undvika trycksår, rörelseträning i maskiner, ekonomisk ersättning till de vuxna barn som tar hand om sina föräldrar, sjukgymnastik online, kläder som lyser i mörkret med mera.

Det förutspås också att de som har råd kan få bättre vård genom ”premiuntjänster”, vård i hemmiljö utomlands, bättre rullstolsanpassade bilar. Vår spaning konstaterar att de äldre i högre grad än förr söker tillfredsställa sitt självförverkligande snarare än att söka trygghet och fysiska behov vilket var mer angeläget tidigare. Troligtvis innebär detta att den äldre kan använda tekniken för sina relationer, för att få uppleva olika saker virtuellt, att kunna lägga upp sitt liv, bilder med mera online (vilket kallas virtuell odödlighet), att med teknikens hjälp kunna utföra viktiga funktioner (kallas yrke light), tekniskt kunna skapa och simulera ”avatarer” av döda släktingar, i livet slutskede möta och stödja transcendens (hos Futurwise kallat ”Gud online”).

Individualismen kommer att öka och därmed svårigheterna att inrätta sig i ”ledet” som andra byggt. Då ger de tekniska lösningarna möjligheter att bygga sin egen värld. Som exempel ges att handla på nätet som innebär att man kan ha sin egen profil. Det finns en hälsoboom i samhället. Medvetenheten om den fysiska hälsan, motion och kondition har ökat vilket kommer att ge möjligheter virtuell träning, skanning av matens näringsinnehåll, träningscyklar som omvandlar energi till el.

Fler exempel är: stegmaskiner som man måste trampa på så att inte tv:n stängs av, ljudliga påminnelser ”nu har du suttit för länge”, fettförbränning med mikroskakningar i sängen, kylskåpsdörrar som bara öppnas om man gjort tyngdlyftning. Robothundar, appar för mindfulness, terapi online, brainboost-cocktail för att förbättra hjärnfunktioner på kemisk väg.

Detta om patienten och brukaren men hur ser det ut i bostaden (oavsett var den är)? Det skiljer sig i behov beroende på om brukaren bor i staden eller på landet. Med ökat avstånd krävs koordination, samverkan, smart logistik och hjälp med information. Lösningar kan vara t ex e-handel, on-demand-buss, kontaktcenter.

Dessutom är det fler som bor ensamma vilket också bidrar till en önskan om tekniska lösningar och här föreslås t ex: onlinebingo/bridge, onlineforum och diskussioner med andra människor som har samma frågeställningar (inom t ex sjukvården), lösningar som knyter ihop personer med liknande intressen, hobbyer, profil samt en virtuell stad för pensionärer. De så kallade grindsamhällena som ännu inte är så vanliga i Sverige medför troligtvis biometri för identifiering av vård- och omsorgspersonal, temporära digitala nycklar via mobiler samt ringar, armband och inopererade chip för identifiering.

Hemmen blir mångfunktionella och man kan arbeta, shoppa, distansutbilda sig, se på underhållning, göra diverse bokningar med mera. Rummen förvandlas och byter funktioner genom dold vårdutrustning, värme och ljusinställningar kan varieras för stämningsskapande, takdisplayer som visar t ex en blå himmel eller blommande körsbärsträd, pilar i golvet som lyser i mörkret så att man hittar till toaletten. Om bostaden ligger i ett område där förortsservicen stängts ner, utanförskapet är stort och svårighet att komma in i samhället eller otrygghet i närmiljön föreslås bland annat: byta utsikten från fönstren eller färgen på tapeten med hjälp av en fjärrkontroll (det vill säga digitala tapeter som är stora displayer), ambulande sjukhus i förorten och på flyktingmottagningar samt bepansrade transporter av vårdpersonal.

När det gäller tekniken i sig finns det de som menar att tekniken så småningom kommer att överträffa människan, andra hävdar tvärtemot. Det förutspås att tekniken detekterar beteende som avviker (t ex att en person inte satt på kaffebryggaren på morgonen), man kan mäta nöjdhet, åtgärda systemfel, upptäcka spridning av virus och pollen, ge indikation på åkomma och göra en handlingsplan utifrån upptäckten, hälsoanalys av morgonurinen, smarta kläder som mäter puls.

Vidare till exempel att realtidsöversättning av språk i öronsnäckor eller glasögon, bildanalys av videor om någon ligger livlös i sängen eller försöker stjäla en bil. Det finns de som menar att integritetsfrågan kommer bli viktigare men också andra som menar att den inte längre är lika viktig eftersom så många redan nu använder smartphones som lagrar rörelser på nät och i geografien.

Om drönaren föreslås följande: drönaren följer en dement person på promenad, levererar utrustning till olycksplatser, levererar medicin till bostaden, hjälper till med fysiska aktiviteter genom att t ex kasta en boll, små drönare som kan massvaccinera vid epidemier. Robotar kan användas till att skapa en upplevelse av en fysisk person som befinner sig på plats, hjälpa till med förflyttningar, social kontakt på distans, distansundersökning av en läkare, medicindosering, utföra vardagssysslor, ge aerobicsklass på distans där alla är hemma men alla ser varandra, promenader med mera.

Tjänster som är sammanhangsbaserade ökar. Ju mer man vet om vårdtagaren desto mer anpassas tjänsterna till individen. Tekniken erbjuder personliga profiler. Spaningen ger också information om så kallade EXO-skelett alltså hjälpmedel som sitter ovanpå brukarens egen kropp. Möjlighet för patienter med nedsatt rörelseförmåga att gå, medicinsk rehabilitering där exoskelett 'visar' olika rörelser samt möjligheten för svaga äldre att med exohänder skruva av hårt sittande burklock. Självkörande fordon ökar möjligheterna för brukaren/patienten: synnedsatta och rörelsehindrade kan bli mer mobila, vårdpersonal kan optimera sin tid genom att exempelvis utföra administrativa arbeten under resan samt bilen åker och hämtar varor eller mat som man har beställt.

I Örebro har forskningen kommit fram till att äldre ändrar inställningen till teknik när de väl fått prova. Återigen handlar det om sensorer, elektroniska kalendrar och GPS:larm. Tekniken syftar till att få fler att bo kvar hemma. Orosmomentet för brukaren/patienten är fellarm, systemfel och tekniska fel. Men efter att få ha provat inser många teknikens fördelar och att de kan påverka sina liv på ett positivt sätt. Dock saknar forskningen mer kunskap om redan färdiga produkter då många studier handlar om det som kommer sedan.

I Falun presenteras Smartare hem i en visningslägenhet. Där kan man prova mycket av den teknik som nämns ovan. Tekniken är relativt enkel och billig. Det gör att privatpersoner kan prova sig fram. Smartare hem används också i utbildningssyfte. Målet är att förbättra hälsan hos Faluns äldre, påverka utbudet genom att se efter vilka behov som finns och att användaren skall känna en ökad trygghet.

7 Sammanfattning

7.1 Omvärldsanalys/framtidsspaning

Samarbetet mellan kommuner och VGR är en viktig faktor för länets utveckling. För att möta de krav som ställs på sjukvård och vård och omsorg behövs en översyn av organisationen i regionen. Vården befinner sig i en omställning där allt mer hälso- och sjukvård ges i hemmet och inom den kommunala omsorgen. Detta gör att kommunernas åtagande och ansvar ökar.

Det saknas läkare och sjuksköterskor med erfarenhet av äldresjukvård. Vidare råder det brist på geriatriska team. Det fattas mellanvårdsavdelningar (även kallat närvårdsplatser) och det saknas kontinuitet samt en röd tråd i äldrevården.

Innehållet i lagrådsremissen *Inriktning för nära och tillgänglig vård, en primärvårdsreform* från april 2020 har sammanfattats i tre centrala mål:

1. Tillgängligheten till primärvården måste öka.
2. En mer delaktig patient/brukare och en personcentrerad vård.
3. Kontinuiteten i primärvården ska öka.

Dessutom betonas vikten av att primärvården organiseras så att alla som vill ha en fast läkarkontakt ska få det. Det krävs ett långsiktigt förändringsarbete för att anpassa äldreomsorgen till den demografiska och tekniska utvecklingen.

7.2 Härryda kommuns äldreomsorgsverksamheter

Beredningen bedömer, utifrån det underlag vi har fått fram, att behovet/efterfrågan av fler SÄBO och trygghetsboende även fortsättningsvis kommer att vara betydande i framtiden. Behovet av korttidsplatser kommer att öka närmaste framtiden och förslagsvis då på en annan ort i kommunen än Mölnlycke.

Brukarna bör få större möjlighet att påverka sin egen situation. Personalen behöver större handlingsutrymme, ökat inflytande och möjlighet till bättre arbetsmiljöpåverkan samt fortsatt fortbildning av hög klass. Fler tillsvidareanställda med adekvat utbildning behövs då antalet brukare ökar. Det är också viktigt att komma ihåg att anhörigvårdare är ett frivilligt uppdrag.

Dock har beredningens ”spaning” på hemsjukvården sett ett problem som kan uppstå när det blir glapp mellan behandling, behandlingens upphörande och placeringen på hospice. När medicineringen som onkologen har ansvar för upphör, eftersom patienten är färdigbehandlad, kan patienten visserligen stå i kontakt med läkare på onkologen men ansvaret ligger nu hos läkaren på vårdcentralen som är kopplat till hemsjukvården. Den läkaren är inte onkolog.

Först när patienten blir inskriven på hospice får patienten tillgång till en läkare med kunskap om cancersjukdomar. Det finns en uppenbar risk att patienten upplever sig falla mellan två stolar. Det är knappast optimalt i livets slutskede.

7.3 Ofrivillig ensamhet

Ofrivillig ensamhet drabbar många äldre oavsett boendeform och livssituation, vilket kan påverka deras livskvalitet och hälsa negativt. För att bryta ensamheten krävs samarbete mellan samhällets olika aktörer så som kommun, föreningsliv, frivilligorganisationer och religiösa samfund.

Idag finns t ex ingen öronmärkt tid för samtal/social samvaro i hemtjänstuppdraget. Med fler personal på äldreboende kan de boende lättare delta i socialt umgänge. Exempel att satsa på är att kommunen ger stöd till de i civilsamhället som möjliggör kostnadsfri social gemenskap för äldre.

7.4 Kompetensförsörjning

Behovet av arbetskraft kommer att öka med 60 % (170 000 personer) enligt ”Trender och prognoser 2017” från SCB fram till 2035.

Enligt SKR:s rekryteringsrapport från 2018 är rekryteringsbehovet fram till 2026 500 000 personer.

Motsatserna:

Utredningen *Stärkt kompetens i vård och omsorg* (SOU 2019:20) pekar på att de 1) föreslår ett legitimeringsförfarande, men också 2) avstyrker det samma. Det visar komplexiteten i frågan. Utredningen drar därefter slutsatsen att 3) skyddad yrkestitel är mer ändamålsenlig.

Reglerna om skyddad yrkestitel är bland annat dels att endast den med rätt kompetens/examen har rätt att använda själva titeln, dels att den som saknar rätten till användandet inte heller har rätt att använda en titel som kan förväxlas med den skyddade titeln. Det skall vara frivilligt att ansöka om skyddad yrkestitel hos Socialstyrelsen men det innebär också att man dels inte vill ansöka eller dels inte vet om att man kan ansöka.

De avslutar med följande reflektion: ”*En synnerligen viktig fråga är hur den samlande kraften för kompetensförsörjningen ska utformas för att skapa en sammanhållen, jämlik, framtidsinriktad och attraktiv vård och omsorg för såväl patienter som medarbetare. En kraft som förmår möta utmaningarna, undanröja hindren för innovationer och initiativ och som skapar en sammanhållen och långsiktig hälsovård och omsorg*” (a.a. s 75, 76).

7.5 Teknik och digitalisering

Den tekniska utvecklingen har inneburit mer, fler och bättre ”grejer”. Den tekniska utvecklingen och de tekniska möjligheterna kommer brukaren till del endast om samordningen mellan de olika ansvarsområdena fungerar. Motståndet mot tekniska lösningar kan bero på rädsla att inte förstå tekniken, oro för den personliga integriteten och att det saknas utbildning både hos användarna och personalen. Oftast hävdas att brukaren är ovillig att lära den nya tekniken, men det gäller i minst lika hög grad inom personalgruppen. Tekniken skall inte användas för att spara in på personal, utan för att spara in tid så att personalen kan lägga mer tid på brukaren.

Begreppet trygghet har fått en annan valör över tid. Förr var tryggheten viktigare än självförverkligandet, nu är det tvärt om. Men samtidigt byggs till exempel samhällen bakom stängsel och grindar just för att skapa trygghet. Det kan också bero på vad individen anser att trygghet står för. Förr kanske mer om ekonomisk försörjning, möjlighet till arbete och bostad. Nu i de stängda samhällena för den personliga tryggheten på grund av upplevda hot. Det är i sig ingen motsättning.

Pandemin som grasserar över, i stort sett, hela världen har satt ljuset på flera olika saker. Att 70+:are utgör en riskgrupp, att vi behöver fysisk distansering och att vanliga dagliga rutiner upphör för att ersättas av andra för att nämna några omställningar. Men det har troligtvis också fört med sig ett ökande användande av tekniken på olika vis. Flera äldre har nu använt sig av de möjligheter som tekniken erbjuder inte för att möjligheten finns, rent generellt, utan för att det är den enda möjligheten att till exempel få se sina nära och kära, eller handla hem mat. Digitala möten är nu en vardag för många, likaså att arbeta hemifrån. På sikt kommer pandemin ha påverkat utvecklingen av teknikanvändandet. Många av de restriktioner som kom i samband med pandemin har tvingat människor och verksamheter att utnyttja tekniken i ännu högre grad än tidigare. Redan nu används till exempel drönare för olika uppdrag på grund av coronaviruset.

Det finns, generellt sett, en tro att när åldersgruppen 40-talister kommer in i vården så kommer kraven att öka och den tekniska kunskapen bli bättre. Det kan vara fel eftersom tekniken i många fall utvecklats i en hastighet som gör att även yngre kan ha svårt att hänga med.

Beredningen drar därför slutsatsen att samordning, samarbete och utbildning i hela vårdkedjans alla lager från personal till brukare/patient är absolut nödvändig. Fördelarna med den tekniska utvecklingen är långt mycket större än nackdelarna. En samsyn i de politiska leden om användningsområden, ekonomiska förutsättningar med mera torde vara av godo eftersom tekniken i sig inte har en egen ideologisk agenda.

8 Slutsatser

Beredningen bedömer:

Omvärldsanalysen

att vårdssamverkan mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och kommuner behöver intensifieras där ansvarsfördelningen är tydlig, d v s vem ansvarar för vad?

att tillgängligheten till primärvården måste öka och där tjänster med geriatrisk kompetens inrättas på vårdcentraler.

Hemtjänsten

att brukarna bör få större inflytande.

att personalen i hemtjänsten/äldreboende behöver få ökat handlingsutrymme, inflytande och större möjlighet till arbetsmiljöpåverkan.

Äldreomsorgsverksamheter

att fler tillsvidareanställda med adekvat utbildning behövs då antalet brukare ökar.

att behovet/efterfrågan av fler SÄBO, korttidsboende och trygghetsboende kommer att öka.

Palliativ vård

att utbudet av palliativa platser blir större om ett hospice fanns i Härryda kommun.

Hemsjukvården

att hemsjukvården får tillgång till egen läkare.

Ofrivillig ensamhet

att det krävs ett samarbete mellan samhällets olika aktörer för att minska äldres upplevda ensamhet.

att tid för samtal/social samvaro borde ingå i hemtjänstuppdraget.

att beakta att anhörigvårdare är ett frivilligt uppdrag.

Kompetensförsörjning

att kompetensförsörjningen bör utformas så att den förmår möta utmaningar, undanröja hinder för innovationer och initiativ och som skapar en långsiktig hälsovård och omsorg.

Teknik/digitalisering

att då utvecklingen av teknik och digitalisering går fort är det viktigt att samordning, samarbete och utbildning i hela vårdkedjan från personal till brukare görs.

Sammanfattningsvis bedömer beredningen att befolkningen ökar både i antal och med stigande ålder, ännu fler bli äldre och kanske dessvärre också sjukare och kommer därmed ha större behov av vård och omsorg. Behovet av olika boendeformer kommer att öka liksom behovet av mer personal i de olika verksamheterna. För att möta kraven, men också för att öka intresset, för de olika yrkesgrupperna inom vård och omsorg behövs en mer utvecklad och förändrad kompetensförhöjning. Den ökande digitalisering och teknikutvecklingen i sig kan komma att bidra till både ett ökat intresse och en utveckling av vård och omsorg i de områden beredningen arbetat med: hemtjänst, hemsjukvård, olika boendeformer för äldre exempelvis trygghetsboende och särskilda boende, palliativ vård och för att stävja ofrivillig ensamhet.

9 Källhänvisningar

Utvärdering av Västragötalandsregionens politiska organisation. Borås högskola. Björn Brorström och Rolf Solli (2017) *Beställare-utförarmodell-vara eller inte vara*.

<https://www.hb.se/forskning/forskningsportal/projekt/utvardering-av-vastra-gotalandsregionens-politiska-organisation-/>

<https://www.hb.se/globalassets/global/hb---externt/forskning/delrapport-12.pdf>

Göteborgsregionen (GR)

<https://www.goteborgsregionen.se/GR/toppmenyn/politisk-styrning.html>

Sveriges kommuner och regioner (SKR)

<https://skr.se/demokratiledningstyrning.7.html>

Skönsmomodellen i Sundsvalls kommun

<https://sundsvall.se/omsorg-och-hjalp/skonsmomodellen/>

Lagrådsremiss, primärvårdsreform, 2019/20:164.

<https://www.regeringen.se/497da4/contentassets/ceebc29edc2342729860d245a499cd2f/inriktningen-for-en-nara-och-tillganglig-vard--en-primarvardsreform.pdf>

Förslag till ny socialtjänstlag, SOU 2020:47.

https://www.regeringen.se/4a4a67/contentassets/5809049f89744e2891cc2a93cfd4b4840/sou-2020_47_del-1_till-webb.pdf

https://www.regeringen.se/4a4a81/contentassets/5809049f89744e2891cc2a93cfd4b4840/sou-2020_47_del-2_till-webb.pdf

Stärkt kompetens i vård och omsorg, SOU 2019:20. Betänkande av Utredningen
Regleringen av yrket undersköterska

Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i framtiden En scenarioanalys
fram emot 2040. 2019-11-12. Mats Olsson & Göran Krafft, Kairos Future AB

<https://www.regeringen.se/artiklar/2018/06/framtidens-aldreomsorg/>

<https://www.cag.se/>

<https://www.cag.se/konsultbloggen/spaningar-och-trender-fran-himss-2019/>

<https://halsoteknikcentrum.hh.se/wp-content/uploads/2017/05/Framtidens-v%C3%A5rd-och-omsorg.pdf>

<https://www.forskning.se/2019/08/19/aldre-andrar-installning-till-teknik-efter-att-ha-provat/>

[Factors influencing seniors' acceptance of technology for ageing in place in the post-implementation stage: A literature review,](#)

<https://www.falun.se/stod--omsorg/nyhetsarkiv---stod-och-omsorg/stod-och-omsorg/2018-10-19-teknik-for-aldre---vad-skulle-underlatta-for-dig-eller-din-anhorig.html>

Myndigheten för digital förvaltning (DIGG)

<https://www.digg.se/>

Övriga länkar

En ännu bättre äldreomsorg

<https://www.facebook.com/groups/Aldreomsorgsbloggen/>

Myndigheten för delaktighet:

Forum Valfärdsteknologi

<https://www.facebook.com/groups/forum.valfardsteknologi/>

Innovativa digitala hjälpmedel

<https://www.facebook.com/groups/innovativadigitalahjalpmedel/>

Görbra för äldre

<https://www.facebook.com/groups/143997479001103/>