



ÖSTERSUNDS  
KOMMUN  
STAAREN TJELTE

# Bakgrundsrapport till Riktlinje för äldreomsorgen i Östersunds kommun

<b>Kontaktperson</b>	Ulrika Paulsson, Uppdragsstrateg, Vård- och omsorgsförvaltningen
<b>Dokumenttyp:</b>	Bakgrundsrapport - Riktlinje
<b>Dokument-ID:</b>	
<b>Version:</b>	0
<b>Berörd verksamhet:</b>	Vård- och omsorgsförvaltningen/Vård- och omsorgsnämnden
<b>Giltig från:</b>	2022-06-07
<b>Giltig till:</b>	2026-06-07
<b>Antal sidor:</b>	114

<b>1. Inledning .....</b>	<b>6</b>
1.1. Bakgrund .....	6
1.2. Syfte .....	6
1.3. Avgränsningar.....	6
1.4. Mål och verksamhetsområde.....	7
1.5. Metod.....	7
1.5.1. Insamling av underlag.....	8
1.5.2. Bearbetning och analys av underlag.....	8
<b>2. Agenda 2030 .....</b>	<b>9</b>
2.1. Östersunds kommuns riktlinjer kopplade till Agenda 2030 .....	9
<b>3. Det kommunala ansvaret för äldreomsorg .....</b>	<b>11</b>
3.1. Vad är kommunen skyldig att göra enligt lag? .....	11
3.2. Vård- och omsorgsnämndens ansvar för äldreomsorg enligt reglementet .....	11
<b>4. Definitioner .....</b>	<b>12</b>
4.1. När är man äldre?.....	12
4.2. Vad menas med äldreomsorg?.....	12
4.3. Vad är hemtjänst? .....	14
4.4. Vad är hemsjukvård?.....	14
4.5. Vad är särskilt boende för äldre? .....	14
<b>5. Demografi och befolkning .....</b>	<b>15</b>
5.1. Befolkning i Östersunds kommun .....	15
5.2. Folkmängd och förändringskomponenter.....	15
5.3. Utveckling av antalet äldre i Östersunds kommun.....	16
5.4. Försörjningsbörd .....	17
<b>6. Äldreomsorgen i Östersunds kommun.....</b>	<b>19</b>
6.1. Prognoser för hemtjänst och särskilt boende .....	19
6.2. Hemtjänst.....	19
6.2.1. Prognos för behov av hemtjänst fram till år 2031 .....	20
6.3. Särskilt boende.....	21
6.3.1. Prognos för behov av särskilt boende fram till 2031 .....	23
6.5. Hemsjukvård .....	24
6.6. Övrigt stöd.....	25
6.6.1. Servicetjänster enligt lagen om vissa kommunala befogenheter .....	25
6.6.2. Syn- och hörselombud .....	26
<b>7. Anhörigstöd .....</b>	<b>27</b>
7.1. Vem är anhörig? .....	27
7.2. Hur många anhöriga ger stöd och omsorg? .....	27
7.2.1. Vilka grupper av anhöriga är det som ger anhörigstöd?.....	28
7.3. Kommunens ansvar för anhörigstöd .....	29
7.4. Vad visar forskning och rapporter om anhörigstöd?.....	30

7.4.1. Om utvecklingen av anhörigstöd i Sverige.....	30
7.4.2. Studier om anhöriga till äldre .....	32
7.4.3. Anhöriga till äldre med annan etnicitet .....	32
7.4.4. Anhöriga till äldre personer med psykisk ohälsa .....	32
7.5. Vilka former av anhörigstöd erbjuder Vård- och omsorgsnämnden i nuläget? .....	33
<b>8. Insikter utifrån covid-19 pandemin .....</b>	<b>35</b>
8.1. Hur har äldreomsorgen i Östersund påverkats av pandemin?.....	35
8.1.1. Särskilt boende .....	35
8.1.2. Hemtjänst och hemsjukvård .....	36
8.2. Utmaningar under pandemin .....	36
8.2.1. Initialt otydlig struktur för arbetet i krisledningsstaben .....	36
8.2.2. Otillräckligt med skyddsutrustning .....	36
8.2.3. Bristande logistik för skyddsutrustning .....	37
8.2.4. Kommunikationsutmaning .....	37
8.2.5. Svårighet för verksamheterna att förstå rutiner/riktlinjer .....	37
8.2.6. Svårigheter med rutiner för isolering av personer med kognitiv svikt .....	37
8.2.7. Utmaning att förmedla rekommendationer till anhöriga .....	38
8.3. Personalbemanning under pandemin .....	38
<b>9. Äldres hälsa och välbefinnande .....</b>	<b>39</b>
9.1. Definition av hälsa .....	39
9.2. Ojämligheten i hälsa mellan olika grupper .....	40
9.3. Hälsa och ojämlikhet i hälsa hos den äldre befolkningen .....	41
9.3.1. Hälsa hos utrikes födda.....	43
9.3.2. Hälsa hos den samiska befolkningen .....	44
9.3.3. Digitalt utanförskap bland äldre .....	47
9.4. Ensamhet och isolering .....	49
9.4.1. Definitioner - ensamhet.....	49
9.4.2. Vad visar forskning om äldre och ensamhet?.....	49
9.4.3. Ensamhet bland äldre över 65 år i Östersund .....	52
9.5. Psykisk ohälsa .....	54
9.5.1. Definition – psykisk ohälsa.....	54
9.5.2. Vad visar forskning om psykisk ohälsa bland äldre? .....	54
9.5.3. Pandemins påverkan på psykisk hälsa hos äldre .....	56
9.5.4. Psykisk ohälsa bland äldre över 65 år i Östersund.....	57
9.5.5. Länsgemensamt arbete för att främja psykisk hälsa och förebygga suicid .....	57
9.6. Risk- och missbruk av alkohol.....	58
9.6.1. Definition – risk- och missbruk av alkohol .....	58
9.6.2. Vad visar forskning om risk- och missbruk av alkohol bland äldre över 65 år? .....	59
9.6.3. Risk- och missbruk av alkohol bland äldre i Östersund.....	63
9.7. Våld i nära relationer .....	63
9.7.1. Definition - våld i nära relationer.....	63

9.7.2. Vad visar forskning om äldres utsatthet för våld i nära relationer? .....	65
9.7.3. Våld i nära relationer – äldre över 65 år i Östersund.....	67
9.7.4. Kommunens arbete kring våld i nära relationer .....	68
9.8. Hemlöshet .....	69
9.8.1. Rätten till en bostad.....	69
9.8.2. Definition - hemlöshet .....	70
9.8.3. Vad visar Socialstyrelsens kartläggning av hemlöshet? .....	70
9.8.4. Hemlöshet bland äldre över 65 år i Östersund .....	71
<b>10. Kommunens och Vård- och omsorgsnämndens hälsofrämjande arbete .....</b>	<b>73</b>
10.1. Vård- och omsorgsnämndens strategi för att möta framtida utmaningar.....	73
10.1.1. Strategier för att minska behovet av insatser.....	73
10.1.2. Strategier för att säkra utbudet av resurser .....	73
10.1.3. Vård- och omsorgsförvaltningens arbete med en hälsofrämjande kommun.....	74
10.1.4. Arbetet med en åldrandevänlig kommun (AFCC) .....	77
<b>11. Vård- och omsorgsnämndens systematiska kvalitetsarbete .....</b>	<b>81</b>
11.1. Vad är ett ledningssystem? .....	81
11.2. Vad är god kvalitet?.....	82
11.3. Hur är ledningssystemet uppbyggt?.....	82
11.4. Uppföljning av kvalitetsarbetet och kvalitetsledningssystemet.....	83
<b>12. Nära vård - en reform av hälso- och sjukvårdssystemet .....</b>	<b>84</b>
12.1.1. Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar .....	85
12.1.2. Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner 2022 kring hälso- och sjukvård och folkhälsa .....	86
12.1.3. Arbetet med Nära vård i Region Jämtland-Härjedalen.....	86
<b>13. Nuläge - Personal och kompetens.....</b>	<b>87</b>
13.1. Nuvarande personalläge inom Vård- och omsorgsförvaltningen.....	88
13.2. Rekryteringsläge.....	89
13.3. Vård- och omsorgsförvaltningens arbete för att bli en "attraktiv arbetsgivare" .....	90
13.3.1. Förbättra arbetsvillkor/arbetsförhållanden.....	91
13.3.2. Utveckla ledarskapet .....	91
13.3.3. Utveckla bemötande/attityd/värdegrundsarbete .....	91
13.3.4. Förbättra struktur/rutiner .....	91
<b>14. Krisberedskap.....</b>	<b>93</b>
14.1. Lokal lednings- och kommunikationsplan .....	93
<b>15. Den demografiska utmaningen.....</b>	<b>96</b>
15.1. Risk för ökade behov av stödinsatser.....	96
15.1.1. Ojämligheten i hälsa .....	96
15.1.2. Ensamhet och isolering.....	97
15.1.3. Psykisk ohälsa bland äldre .....	97
15.1.4. Äldre med risk- och missbruk .....	97

15.1.5. Hemlöshet.....	97
15.1.6. Digitalt utanförskap .....	98
15.2. Utmaningar - kompetensförsörjning och kompetensnivå .....	98
15.2.1. Brist på arbetskraft generellt sett.....	98
15.2.2. Brist på utbildad vård- och omsorgspersonal .....	99
15.2.3. Brister i språk- och kulturkompetens hos vård- och omsorgspersonal .....	99
15.2.4. Nya krav på kompetens .....	100
15.3. Den ekonomiska utmaningen .....	100
15.3.1. Ökade kostnader på grund av ökade behov .....	100
15.3.2. Behov av nybyggnation - särskilt boende .....	101
15.3.3. Minskade ekonomiska resurser när färre ska försörja fler .....	101
15.4. En ökad belastning på anhöriga när det saknas resurser .....	102
<b>16. Behov av tydliga prioriteringar eller förändrad kvalitetsnivå.....</b>	<b>103</b>
<b>17. Behov av en utökad krisberedskap .....</b>	<b>104</b>
<b>18. Behov av att utveckla samarbete och samverkan, internt och externt .....</b>	<b>105</b>
<b>19. Avstämning planeringsdirektiv .....</b>	<b>106</b>
<b>20. Slutsats.....</b>	<b>107</b>
20.1. Ställningstagande 1 .....	107
20.1.1. Ekonomiska effekter .....	107
20.2. Ställningstagande 2 .....	107
20.2.1. Ekonomiska effekter .....	108
20.3. Ställningstagande 3 .....	108
20.3.1. Ekonomiska effekter .....	108
20.4. Ställningstagande 4 .....	108
20.4.1. Ekonomiska effekter .....	108
20.5. Ställningstagande 5 .....	109
20.5.1. Ekonomiska effekter .....	109
20.6. Ställningstagande 6 .....	109
20.6.1. Ekonomiska effekter .....	109
20.7. Ställningstagande 7 .....	109
20.7.1. Ekonomiska effekter .....	110
20.8. Ställningstagande 8 .....	110
20.8.1. Ekonomiska effekter .....	110
20.9. Ställningstagande 9 .....	110
20.9.1. Ekonomiska effekter .....	111
20.10. Ställningstagande 10 .....	111
20.10.1. Ekonomiska effekter .....	111
<b>21. Relaterade dokument .....</b>	<b>112</b>

# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

Kommunfullmäktige beslutade den 27 april 2021 att tillsätta en ettårig fullmäktigeberedning. Ett planeringsdirektiv för uppdraget fastställdes den 23 september 2021. Uppdraget innebar att ta fram en riktlinje för äldreomsorgen. Fullmäktigeberedningen har i sin tur tillsatt en arbetsgrupp med tjänstemän som ska utforma ett förslag till sådan riktlinje.

Kommunen saknar i nuläget ett övergripande styrdokument för äldreomsorgen. I samband med en översyn av kommunens samtliga styrdokument beslutades år 2018 att kommunfullmäktiges styrdokument ”Plan för vård och omsorg” skulle utgå. Vård- och omsorgsnämnden har sedan dess endast haft ett eget strategidokument som vägledning för nämndens arbete.

Mot bakgrund av den demografiska utvecklingen där antalet äldre ökar samt de erfarenheter som gjorts under coronapandemin bedömer kommunfullmäktige att det finns ett behov av att ta fram en bred politiskt förankrad riktlinje som möter de långsiktiga behoven och förutsättningarna för äldreomsorgen.

Riktlinjen ska ange den långsiktiga ambitionsnivån och redovisa de ställningstaganden och avgränsningar som Vård- och omsorgsnämnden ska följa i sitt fortsatta arbete.

När riktlinjen utformas ska Vård- och omsorgsnämndens befintliga strategidokument och kommunens arbete med att bli en åldrandevänlig kommun (Age-friendly cities and communities) beaktas. I båda dessa fall lyfts betydelsen av att arbeta mer hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande, med ett inkluderande förhållningssätt.

I denna bakgrundsrapport redovisas en nulägesbeskrivning av äldreomsorgens omfattning och medborgarnas behov samt de framtida utmaningar som kommunen står inför. Dessa underlag ligger till grund för de ställningstaganden som redovisas i ”Riktlinje för äldreomsorgen i Östersunds kommun”.

Beslut om riktlinjen tas av kommunfullmäktige.

## 1.2. Syfte

Syftet med den här bakgrundsrapporten är att dokumentera det material som ligger till grund för de ställningstaganden som finns redovisade i ”Riktlinje för äldreomsorgen i Östersunds kommun”.

## 1.3. Avgränsningar

Bakgrundsrapporten och tillhörande riktlinje har sin utgångspunkt i Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområden enligt reglementet, men är avgränsad till de delar som berör äldreomsorg.

När det gäller de delar i reglementet som omfattar funktionshinderområdet har kommunfullmäktige beslutat att ta fram en särskild riktlinje för detta. Äldre personer inom funktionshinderområdet kommer därför att omfattas av den riktlinjen i stället. Anledningen till avgränsningen är att det är särskilt viktigt att lyfta de specifika behov av anpassad vård och omsorg för äldre inom funktionshinderområdet utifrån bland annat:

- Ojämlig hälsa, vård och omsorg
- Hälsofrämjande och förebyggande insatser
- Multisjuklighet
- Tidigt åldrande och förtida död

Östersunds kommun påbörjade år 2020 ett kommunövergripande arbete med att bli en mer åldrandevänlig kommun (Age-friendly cities and communities). Det arbetet avser både äldre över 65 år och personer med funktionsnedsättningar över 18 år och omfattar följande åtta områden:

- Utemiljöer
- Transporter (busstrafik, färdtjänst, biltrafik)
- Bostäder
- Social gemenskap och delaktighet
- Respekt och social tillhörighet (icke-diskriminering)
- Arbete, sysselsättning och medborgarinflytande
- Information och kommunikation samt
- Samhällsstöd och service (exempelvis tillgång till affärer, bibliotek, post, bank och hälsocentraler samt olika kommunala insatser).

I ”Riktlinje för äldreomsorgen i Östersunds kommun” kommer endast de insatser som berör äldreomsorgen inom område ”Samhällsstöd och service” att beaktas. Det kommer att fastställas en särskild strategi och handlingsplan för övriga områden kopplat till arbetet med en åldrandevänlig kommun.

## 1.4. Mål och verksamhetsområde

Den här bakgrundsrapporten och tillhörande riktlinje berör följande kommunövergripande mål och verksamhetsområde:

- Mål 6 - ”I Östersunds kommun får medborgarna stöd, vård och omsorg och lever ett självständigt liv”
- Verksamhetsområde - Socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

## 1.5. Metod

Bakgrundsrapporten och tillhörande riktlinje har tagits fram av en arbetsgrupp inom Vård- och omsorgsförvaltningen.

Arbetet inleddes med en omfattande insamling av underlag i syfte att redovisa fakta om äldreomsorgen utifrån ett globalt, nationellt och lokalt perspektiv men också för att beskriva de nuvarande och kommande utmaningar som kommunen står inför.

Med utgångspunkt från underlagens innehåll har det därefter identifierats vilka ställningstaganden som ska vara vägledande för kommunens äldreomsorg framåt.

### 1.5.1. Insamling av underlag

Faktaunderlag till bakgrundsrapporten har inhämtats från en rad olika källor.

Information om Agenda 2030, FN:s konvention och rättigheter för personer med funktionsnedsättning samt Coronakommissionens slutbetänkande har hämtats från regeringens hemsida.

Arbetsgruppen har även tagit del av flera aktuella rapporter från olika statliga myndigheter, såsom Statistiska centralbyrån, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, Folkhälsomyndigheten och Boverket samt från Sveriges kommuner och regioner (SKR).

Forskningsrapporter om anhörigstöd har hämtats från Nationellt kompetenscentrum för anhöriga och uppgifter om våld i nära relationer från Nationellt centrum för kvinnofrid respektive Brottsförebyggande rådet. Viss information om våld i nära relationer och hemlöshet har även hämtats från Kunskapsguiden samt Forte (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd).

Kunskapsöversikter om ensamhet har publicerats av bland annat Nordens välfärdscenter och länsgemensamma handlingsplaner om psykisk hälsa och suicidprevention har hämtats från Region Jämtland-Härjedalen. Publikationer om samers hälsa har i sin tur hämtats från Sametingets hemsida.

Kommunen har även upphandlat prognosrapporter om den demografiska utvecklingen och äldreomsorgen från företaget Statisticon.

Samtliga källor som har använts finns redovisade under avsnitt 20 - Relaterade dokument.

### 1.5.2. Bearbetning och analys av underlag

Arbetsgruppen har, utifrån bakgrundsrapportens faktaunderlag, identifierat ett antal större utmaningar för kommunen. Några viktiga underlag i arbetet med att identifiera utmaningar har varit:

- Vård- och omsorgsnämndens strategi för att möta framtida utmaningar
- aktuella prognoser för befolkningsutveckling, framtida behov av äldreomsorg samt kompetensförsörjning
- erfarenheter som kommunen fått i samband med coronapandemin

Fullmäktigeberedningens politiker har med utgångspunkt i de identifierade utmaningarna genomfört en workshop där de diskuterat den politiska ambitionsnivån och formulerat förslag till ställningstaganden i kommunens riktlinje för äldreomsorg.

Med utgångspunkt från de politiska inspelen har arbetsgruppen därefter formulerat slutliga förslag till ställningstaganden innan riktlinjen för äldreomsorgen skickats ut på remiss till nämnder, politiska partier och berörda samrådsgrupper.



## 2. Agenda 2030

Förenta nationernas medlemsländer (FN) har fastställt en agenda för hållbar utveckling – Agenda 2030. Syftet med Agenda 2030 är att uppnå en socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbar utveckling i hela världen. Att skapa en hållbar utveckling innebär att tillgodose dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjlighet att tillfredsställa sina behov.<sup>1</sup>

Agendan fastställdes år 2015 och omfattar 17 globala mål som ska uppnås till år 2030. De globala målen är ”integrerade och odelbara”, vilket innebär att de ska ses som en helhet där inget mål kan nås på bekostnad av ett annat. Kopplat till de globala målen finns 169 delmål och 230 globala indikatorer för hur arbetet ska genomföras och följas upp. De 17 globala målen framgår av Bild 1 nedan.

**Bild 1: De globala målen för hållbar utveckling**



Källa: [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)

Det är i första hand staten som ansvarar för genomförandet av Agenda 2030, men för att kunna uppnå målen behöver även kommuner och regioner, den privata sektorn och det civila samhället medverka. Kommunen har möjlighet att påverka hållbarhetsmålen på den lokala nivån.

### 2.1. Östersunds kommuns riktlinjer kopplade till Agenda 2030

Med utgångspunkt från Agenda 2030:s globala mål har kommunfullmäktige i Östersunds kommun fastställt ett antal så kallade ”horisontella riktlinjer” vars innehåll ska beaktas vid framtagande av alla politiska styrdokument kommunen. De horisontella riktlinjerna innehåller övergripande politiska

<sup>1</sup> Regeringskansliet 2022

ställningstaganden kopplat till de globala hållbarhetsmålen som kommunens verksamheter ska följa.

De horisontella riktlinjer som är särskilt viktiga att beakta i arbetet med ”Riktlinje för äldreomsorgen i Östersunds kommun” är:

- Riktlinje för minskad ojämlikhet
- Riktlinje för jämställdhet
- Riktlinje för god hälsa och välbefinnande
- Riktlinje för arbete med nationella minoriteter

## 3. Det kommunala ansvaret för äldreomsorg

Det här avsnittet beskriver vilket ansvar kommunen respektive Vård- och omsorgsnämnden har för äldreomsorgen, utifrån lagstiftning och reglemente.

### 3.1. Vad är kommunen skyldig att göra enligt lag?

Det är framför allt två lagar som reglerar det kommunala ansvaret för äldreomsorg – socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

- Socialtjänstlagen (2001:453)<sup>2</sup> är en ramlag som styr vilka skyldigheter kommuner har mot de människor som vistas inom kommunens gränser. Lagen berör medborgarnas rättigheter till social trygghet, vård och omsorg. Varje kommun har stor frihet att ordna arbetet i socialtjänsten så att det passar den egna kommunen. Socialtjänsten har ett särskilt ansvar för vissa grupper, som barn och ungdomar, personer med funktionsnedsättning och äldre (enligt den nationella värdegrunden för äldre).
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)<sup>3</sup> reglerar vilken vård som landstinget, kommunen och andra vårdgivare är skyldiga att erbjuda. Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hälso- och sjukvård omfattar även åtgärder kopplade till sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

### 3.2. Vård- och omsorgsnämndens ansvar för äldreomsorg enligt reglementet

Kommunfullmäktige har fastställt ett reglemente som tydliggör Vård- och omsorgsnämndens ansvar och uppgifter. Av reglementet framgår att Vård- och omsorgsnämnden har följande ansvar när det gäller äldreomsorg:

- fullgöra socialtjänstens uppgifter och insatser utifrån bestämmelserna i socialtjänstlagen gällande målgrupperna äldre och personer med funktionsnedsättning samt deras anhöriga
- fullgöra hälso- och sjukvårdens uppgifter och insatser utifrån bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen när det gäller den kommunala hälso- och sjukvården
- debitera avgifter enligt socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och den kommunala hälso- och sjukvården vad gäller vård och omsorg till äldre och personer med funktionsnedsättning
- fastställa insatser, avgifter och upphandling enligt lagen om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre inom nämndens ansvarsområde

---

<sup>2</sup> Riksdagen 2022a

<sup>3</sup> Riksdagen 2022a

- upphandling enligt lagen om valfrihetssystem inom nämndens ansvarsområde
- e-förvaltning och e-tjänster inom nämndens ansvarsområde

## 4. Definitioner

Äldreomsorgen har många begrepp som inte alltid är tydliga och kan ha många olika betydelser beroende på sammanhang och tolkning. Under detta avsnitt finns det beskrivet vad arbetsgruppen avser med begreppet äldre samt några centrala definitioner inom äldreomsorgen.

### 4.1. När är man äldre?

Begreppet äldre utgår ofta utifrån kronologisk ålder och då handlar det om personer som är 65 år och äldre.

Med äldre avses i detta dokument inte en kronologisk ålder. Det är den biologiska åldern, hälsan, behoven och hur vi har åldrats mentalt och fysiskt, som är det väsentliga.

Ålder spelar naturligtvis en viktig roll när det handlar om indelning av livets olika faser. Att livet levs i kronologisk ordning tillhör livets gång. Det handlar om skolgång, arbete och livet efter pensioneringen.

Det är dock viktigt att inte fastna i stereotypa föreställningar eller diskriminering (så kallad ålderism) som utgår från en människas ålder.

Äldre är inte en homogen grupp. Det är en grupp av individer som rymmer lika stora variationer som inom befolkningen i övrigt.

*Äldre är inte en homogen grupp. Det är en grupp av individer som rymmer lika stora variationer som inom befolkningen i övrigt.*

### 4.2. Vad menas med äldreomsorg?

Äldreomsorg är åtgärder med syfte att bistå äldre människor med den hjälp de behöver för att klara av sin vardag. Hjälpbehovet kan vara förorsakat av sjukdom, funktionsnedsättningar eller ren ålderssvaghet.<sup>4</sup>

I Sverige är äldreomsorgen huvudsakligen kommunernas ansvar och regleras av bland annat socialtjänstlagen. Insatserna kan utföras av personer som är anställda av kommunen, privata utförare på uppdrag av kommunen eller av anhöriga.

<sup>4</sup> Jmfr Rikstermbanken (lägg till exakt webbadress och ev. publiceringsdatum & hämtningsdatum i Referenslistan)

Det är till största delen personer som är över 65 år som får stöd, service, omvårdnad, hälso- och sjukvård och rehabilitering inom ramen för det vi kallar

kommunens äldreomsorg. Men även yngre vuxna medborgare kan ha behov av denna omsorg.

I den officiella statistiken saknas ofta uppgifter om personer under 65 år.

Siffror från Socialstyrelsens statistikrapportering i oktober 2021 visar att drygt 10% av dem som har någon hemtjänstinsats i Östersunds kommun, är under 65 år.

I utredningen om **Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag**, SOU 2020:47<sup>5</sup>

står det att målgruppsindelning bör tonas ner till förmån för medborgarens individuella behov oavsett ålder. Lagstiftaren ger ett tydligt riktvärde för en samlad socialtjänst för alla människors behov.

Betänkandet har varit ute på remiss men Östersunds kommun var inte utvald remissinstans för denna utredning. Berörda verksamheter, framför allt Vård- och omsorgsnämnden, bedömde att betänkandet berör en viktig del av kommunens verksamhet och kommunen valde därför ändå att yttra sig, vilket Kommunstyrelsen gjorde.

I yttrandet uttryckte Kommunstyrelsen bland annat följande:

*“Kommunen vill med sitt yttrande särskilt framhålla utredningens inriktning att skapa en mer tillgänglig, jämlik och hållbar socialtjänstlag som mycket betydelsefull för synen på den enskilde individen och dennes rätt till stöd utifrån sina behov snarare än vilken kategori den tillhör.”*

En del av förslaget i utredningen en ny socialtjänstlag gällde särslagstiftning för äldreomsorgen, vilket kommunen särskilt kommenterade:

*“Kommunen instämmer att målgruppsindelning bör tonas ner till förmån för medborgarens individuella behov oavsett ålder. Lagstiftaren ger ett tydligt riktvärde för en samlad socialtjänst för alla människors behov. Östersunds kommun ställer sig bakom utredningens ställningstagande att äldreomsorgen inte ska regleras i en särslagstiftning. Det betonar socialtjänstens princip om helhetssyn och vikten av en sammanhållen socialtjänst.”*

*“En särskild äldreomsorgslag skapar parallella socialtjänster och en uppenbar risk för diskussion om gränser och ansvar där människan kommer i kläm. En särslagstiftning skulle förstärka en stereotyp bild av äldre personer men även befästa ålderismen i samhället, det vill säga fördomar och diskriminering som finns om människor på grund av deras ålder.”*

---

<sup>5</sup> SOU 2020:47

### 4.3. Vad är hemtjänst?

Hemtjänst är ett bistånd i form av personlig omvårdnad och service som beslutas av biståndshandläggare enligt socialtjänstlagen (SoL). Hemtjänst är till för att underlätta för personen att hantera sin vardag i sitt hem. Den person som behöver insatser från hemtjänsten kan ansöka om detta hos den egna kommunen.<sup>6</sup>

Hemtjänsten består av två delar – personlig omvårdnad respektive servicetjänster.

Personlig omvårdnad är insatser som ska tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Det kan till exempel vara:

- hjälp att äta och dricka
- hjälp att klä sig och förflytta sig
- hjälp att sköta personlig hygien
- insatser för att bryta isolering, utevistelser och för att kunna delta i sociala aktiviteter
- tillsyn av hemtjänsten för att känna sig trygg och säker i det egna hemmet.

Insatserna kan genomföras under dygnets alla timmar.

Med servicetjänster menas praktisk hjälp med hemmets sysslor, till exempel hjälp med inköp, tvätt och städning eller distribution av färdiglagad mat.

### 4.4. Vad är hemsjukvård?

Ansvar för hälso- och sjukvården är delat mellan region och kommun.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), fastställer vad som är regionernas respektive kommunernas ansvar inom hälso- och sjukvården. En region får överlåta ansvaret att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende till en kommun. Överenskommelsen får inte gälla ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Det är regionen som ansvarar för att det finns de läkarresurser som behövs för att erbjuda en god hälso- och sjukvård.

Hemsjukvården kan innehålla medicinska insatser, rehabilitering och omvårdnad. Hemsjukvård omfattar alltifrån avgränsade vårdåtgärder med flera dagars mellanrum till sjukvård och rehabilitering med många besök. För svårt sjuka patienter kan det innebära åtgärder flera gånger per dygn.

Under 2020 hade drygt 379 000 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården och av dessa var nästan 310 000 personer 65 år eller äldre.<sup>7</sup>

### 4.5. Vad är särskilt boende för äldre?

Särskilt boende för äldre är en behovsprövad boendeform, enligt socialtjänstlagen. Kommunerna är skyldiga att tillhandahålla särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre som behöver särskilt stöd.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Kunskapsguiden 2022a

<sup>7</sup> Socialstyrelsen 2021a

Särskilt boende – ibland även kallat äldreboende, är till för medborgare med så stort behov av vård, omsorg och trygghet under dygnets alla timmar, att det inte går att ordna i ordinär bostad.

## 5. Demografi och befolkning

Socialstyrelsen skriver i sin lägesrapport för äldre 2021 att människor över hela världen lever längre. För första gången i historien förväntas de flesta leva 60 år eller mer. År 2050 förväntas världens befolkning i åldern 60 år och äldre uppgå till 2 miljarder, jämfört med 900 miljoner 2015.<sup>9</sup>

Cirka 125 miljoner människor är just nu 80 år eller äldre.

Under en längre tid framöver kommer antalet äldre i landets kommuner att öka. Orsaken är dels att den stora 40-talist-generationen uppnått pensionsåldern fullt ut, dels att medellivslängden ökar och att de äldre lever längre än tidigare.

Den närmaste framtiden medför främst en ökning i åldersgruppen 80 år eller äldre där 40-taliserna precis börjat träda in.

### 5.1. Befolkning i Östersunds kommun

Enligt SCB:s uppgifter om folkmängd i Östersunds kommun fanns det 64 324 medborgare den sista december 2021.<sup>10</sup>

- Av 64 324 medborgare var 31 878 män och 32 466 kvinnor
- 7 941 medborgare hade utländsk bakgrund (dvs. de är födda i annat land eller födda i Sverige med båda föräldrarna födda utomlands). Drygt 1 000 av dessa är från övriga nordiska länder.
- 14 053 medborgare var över 65 år. Av dessa hade 616 personer utländsk bakgrund.

### 5.2. Folkmängd och förändringskomponenter

I Tabell 1 på nästa sida redovisas befolkningens utveckling över tid i Östersunds kommun när det gäller folkmängd och förändringskomponenter. Uppgifterna för 2022 och framåt är prognostiserade värden. Tabellen visar bland annat följande:

Under 2021 ökade folkmängden i Östersunds kommun med 339 personer, från 63 985 till 64 324 invånare. Orsaken till den ökade befolkningen var ett flyttnetto på 223 personer och ett födelsenetto på 96 personer.

Under 2021 flyttade 3 446 personer till Östersund, vilket var fler än 2020. Antalet personer som flyttade från kommunen ökade med 45 personer jämfört med året innan, från 3 178 till 3 223. Flyttnettot (antalet inflyttade minus utflyttade) under 2021 var alltså 223 personer.

---

<sup>8</sup> SKR 2022a

<sup>9</sup> Socialstyrelsen 2021b

<sup>10</sup> SCB 2022a

Det föddes 692 barn under 2021, 63 fler än 2020. Antalet personer som avled var 596 vilket är 54 färre än året innan. Sammantaget ger detta ett födelsenetto (antalet födda minus döda) under året på 96 personer.

Under prognosperioden 2021–2031 beräknas folkmängden i Östersunds kommun att öka med 4 449 invånare, från 64 324 till 68 773 personer.

Flyttnettot förväntas bli i genomsnitt 422 personer per år och födelsenettet 23 personer per år. Totalt ger detta en befolkningsförändring med 445 personer per år.

Antalet inflyttade beräknas bli i genomsnitt 3 626 personer per år medan antalet utflyttade skattas till 3 204 personer. Detta ger ett årligt flyttnetto på 422 personer för varje år under prognosperioden.

Antalet barn som föds förväntas vara 689 per år i genomsnitt under prognosperioden medan antalet avlidna skattas till 666 personer. Detta medför ett födelsenetto med 23 personer per år.

**Tabell 1 - Folkmängd och förändringskomponenter i Östersunds kommun**

	1980	1990	2000	2021	2022	2031
<b>Födda</b>	679	882	535	692	660	728
<b>Döda</b>	575	641	610	596	632	703
<b>Födelseöverskott</b>	104	241	-75	96	28	25
<b>Inflyttade</b>	2 541	2 786	3 387	3 446	3 453	3 706
<b>Utflyttade</b>	2 278	2 442	3 444	3 223	3 091	3 321
<b>Flyttnetto</b>	263	344	-57	223	362	385
<b>Folkökning</b>	367	585	-132	319	391	410
<b>Folkmängd</b>	55 810	58 317	58 249	64 324	64 715	68 773

**Källa:** Befolkningsprognos 2022–2031 Östersunds kommun, Statisticon 2022

### 5.3. Utveckling av antalet äldre i Östersunds kommun

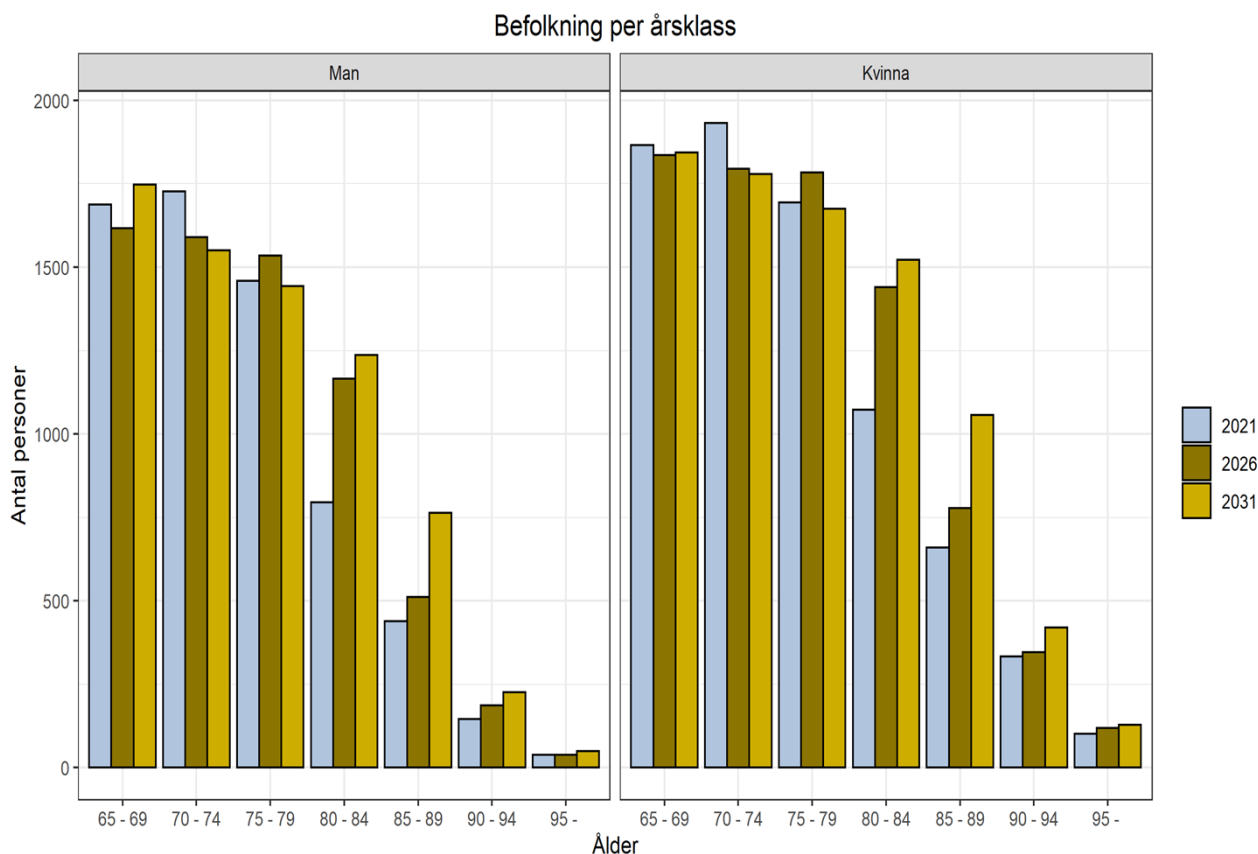
Diagram 1 på nästa sida visar antalet män och kvinnor i olika åldersklasser år 2020 samt en prognos för åren 2026 och 2031. En drivande faktor i prognosen för omsorgsbehovet är befolkningsutvecklingen.

En ökning i befolkningen och i synnerhet en ökning av befolkningen i äldre åldrar kan leda till ett ökat omsorgsbehov.

Diagrammet visar framför allt en betydande ökning av årsklasserna 80–84 år och 85–89 år.



**Diagram 1 - Befolkning per årsklass över 65 år**



**Källa:** Behovsprognos särskilda boenden Östersunds kommun, Statisticon, 2022

## 5.4. Försörjningsbörda

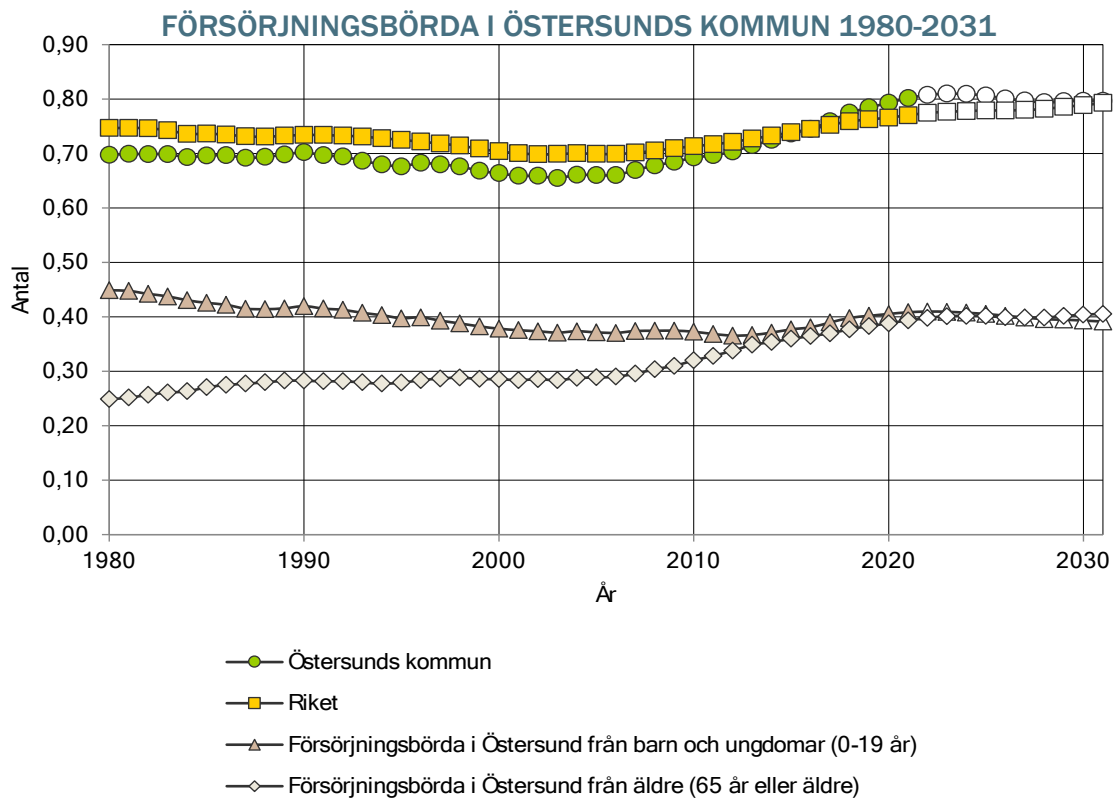
Försörjningsbörda är ett demografiskt mått som visar på relationen mellan antalet personer som behöver bli försörjda och antalet personer som kan bidra till deras försörjning.

Uttrycket beskriver hur många personer en person i yrkesverksam ålder måste försörja förutom sig själv. Försörjningsbördan kan delas upp i två delar, en del från barn och ungdomar (0–19 år) och en del från äldre (65+).

I Diagram 2 på nästa sida redovisas kvoten mellan antalet invånare i icke yrkesverksam ålder (0–19 år och 65 år eller äldre) och antalet i yrkesverksam ålder (20–64).

Av diagrammet framgår att försörjningsbördan i Östersunds kommun tidigare år har legat något under riket, men att det under den senare delen av prognosen ligger något högre, för att vid prognosens slut hamna på jämförelsevis lika nivå som riket.

## Diagram 2 - Försörjningsbörda i Östersunds kommun 1980–2031



**Källa:** Befolkningsprognos 2022–2031 Östersunds kommun, Statisticon 2022

## 6. Äldreomsorgen i Östersunds kommun

Det här avsnittet beskriver fakta och nuläge för de olika typer av stöd som idag finns inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde för äldreomsorgen i Östersunds kommun.

### 6.1. Prognoser för hemtjänst och särskilt boende

Vård- och omsorgsnämnden har, efter upphandling, fått prognoser för kommande behov av hemtjänst och särskilt boende från Statisticon. De avsnitt som beskriver hemtjänst och särskilt boende avslutas därför med uppgifter om tidigare konsumtion samt prognoser för kommande behov, fram till år 2031. Metoden för hur Statisticon tagit fram prognoserna finns beskrivna i **Bilaga 1**.

### 6.2. Hemtjänst

Enligt uppgifter från Kolada (databas för statistik om kommuner och regioner) var medelåldern för äldre i ordinärt boende med hemtjänst 83,3 år under 2020 i Östersunds kommun.

Östersunds kommun har ett valfrihetssystem enligt LOV (lagen om valfrihetssystem) inom hemtjänst. Det innebär att medborgare kan välja utförare av hemtjänst. På landsbygden kan medborgare enbart välja utförare av servicetjänster. Det är alltså Östersunds kommun som sköter all personlig omvårdnad utanför Östersunds tätort.

Det finns i dagsläget tre hemtjänstutförare som utför personlig omvårdnad och hemsjukvård (dvs. har egen legitimerad personal). Ytterligare två utförare utför personlig omvårdnad och delegerad hemsjukvård. Delegerad hemsjukvård innebär att vissa medicinska arbetsuppgifter överläts från legitimerad personal till omvårdnadspersonal.

Det finns även 10 utförare som erbjuder servicetjänster och ledsagning, antingen i privat eller egen regi.

I Tabell 2 nedan redovisas ett månadssnitt av antal personer per månad som hade hemtjänst i Östersunds kommun under år 2019 och 2020. Personer med hemtjänstbeslut som endast omfattar trygghetslarm, matdistribution, avlösning eller ledsagning ingår inte i dessa uppgifter.

**Tabell 2 - Antal personer med hemtjänst i ordinärt boende**

År	Antal	Antal personer	
	65+	0 – 64 år	Totalt
2020	1 270	237	<b>1 507</b>
2019	1 319	229	<b>1 548</b>

**Källa:** Kolada 2022 (SCB och Socialstyrelsen)

### 6.2.1. Prognos för behov av hemtjänst fram till år 2031

Statisticon har tagit fram prognoser för kommande behov av hemtjänst fram till år 2031.

Tabell 3 nedan visar prognoser över antalet män och kvinnor med behov av hemtjänst. Denna prognos visar samtliga insatser inom hemtjänsten, det vill säga personlig omsorg, servicetjänster, trygghetslarm, matdistribution, avlösning eller ledsagning.

Enligt prognosen kommer drygt 400 personer fler att ha behov av hemtjänst år 2031 jämfört med idag.

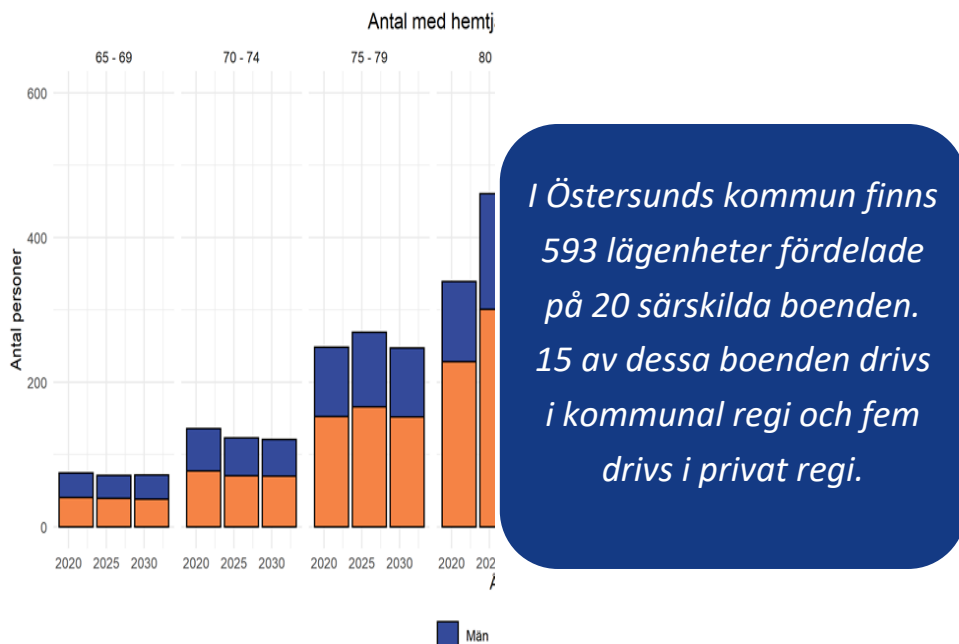
**Tabell 3 - Antal med behov av hemtjänst**

År	Antal Män	Antal Kvinnor	Antal Totalt
2016	456	977	1,433
2017	457	958	1,415
2018	467	942	1,409
2019	437	870	1,307
2020	403	781	1,184
2021	486	962	1,448
2022	503	985	1,488
2023	519	1,010	1,529
2024	535	1,038	1,573
2025	552	1,067	1,619
2026	569	1,097	1,666
2027	587	1,128	1,715
2028	604	1,159	1,763
2029	622	1,191	1,813
2030	640	1,222	1,862
2031	657	1,251	1,908

**Källa:** Behovsprognos hemtjänst 2022 Östersunds kommun, Statisticon 2022

Diagram 3 på nästa sida visar hur fördelningen ser ut bland dem som förväntas ha hemtjänstinsatser. Från åldersklass 80–84 år och uppåt dominerar kvinnorna.

**Diagram 3 - Antal med hemtjänst per årsklass och fördelat per kön**



Källa: Behovsprognos hemtjänst 2022 Östersunds kommun, Statisticon 2022

### 6.3. Särskilt boende

I särskilt boende för äldre bor i huvudsak personer som är över 65 år.

Medelåldern för inflyttning till särskilt boende varierar i landet från 82–86 år. På riksnivå är kvinnor 85,6 år och män 82,9 år vid inflyttning. I Jämtland är motsvarande siffror 86 år för kvinnor och 82 år för män. Medianvistelsetid på särskilt boende varierar i landet men i de flesta kommunerna är den mellan 24 och 27 månader.

Enligt Vård- och omsorgsförvaltningen är de som bor på särskilt boende i Östersunds kommun vanligtvis mellan cirka 55 och 105 år.

Uppgifter om särskilt boende i Östersunds kommun är hämtade från Kolada 2022.

De visar att:

- under 2019 var medianålder vid inflyttning till särskilt boende för äldre 86 år
- medelåldern för de som bodde på särskilt boende under 2020 var 86,3 år för kvinnor och 82,8 år för män
- medianvårdtiden i kommunen 2020 var 664 dagar (drygt 22 månader) vilket ligger under riksnivån

Enligt uppgift från Vård- och omsorgsförvaltningen var beläggningen vid särskilt boende för äldre i Östersund 95% under år 2021. Beläggningsgraden räknas på de dygn då en person fysiskt finns på plats i sin bostad. Då det byts många hyresgäster i dessa bostäder under ett år går det aldrig att ha 100% beläggning. Under ett normalår byts 40% av hyresgästerna ut.

I Östersunds kommun finns 593 lägenheter fördelade på 20 särskilda boenden. 15 av dessa boenden drivs i kommunal regi och fem drivs i privat regi.

Ett nytt boende är under uppförande på Bangårdsgatan. Det kommer att vara inflyttningsklart under våren 2023, ha 80 lägenheter och drivs av Förenade Care AB. I samband med att det boendet öppnas kommer samtidigt boendet Björkbacka att stängas.

I Tabell 4 och 5 redovisas nuvarande antal boenden och lägenheter som drivs i kommunens egen regi respektive av privata utförare.

**Tabell 4 - Antal lägenheter, särskilt boende, egen regi, december månad 2020 och 2021**

Kommunens särskilda boenden	2021	2020
Bonden	18	18
Brevbäraren	18	18
Frösö strand	38	38
Fältvägen	35	35
Hemgården	24	22
Häradsgården	55	55
Löjtnantsgården	19	19
Mobacka	26	26
Skogsbruksvägen 131	32	32
Skogsbruksvägen 133	32	32
Slättergården (avvecklat våren 2021)		22
Solsången	22	21
Tallbacka	24	24
Trossgränd	26	26
Västervik	32	32
Änggården	60	60
<b>Totalt antal</b>	<b>461</b>	<b>480</b>

**Källa:** Östersunds kommuns hemsida

**Tabell 5 - Antal lägenheter, särskilt boende, privata utförare, december månad 2020 och 2021**

Särskilda boenden, Privat utförare	2021	2020
Björkbacka, Förenade Care AB	38	38
Brunkullan, Vardaga	18	18
Myran, Vardaga	22	22
Rådmansgatan, Förenade Care AB	34	34
Sjöängen, Förenade Care AB	20	20
<b>Totalt antal</b>	<b>132</b>	<b>132</b>

**Källa:** Östersunds kommuns hemsida

### 6.3.1. Prognos för behov av särskilt boende fram till 2031

Statisticon har tagit fram prognoser för de kommande årens behov av särskilt boende inom Östersunds kommun.

Tabell 6 nedan visar prognoser över antalet kvinnor och män med behov av omsorg i särskilt boende fram till år 2031. Prognosen grundar sig på tidigare konsumtion, det vill säga de faktiska individer som bott i särskilt boende under åren 2016 till 2020.

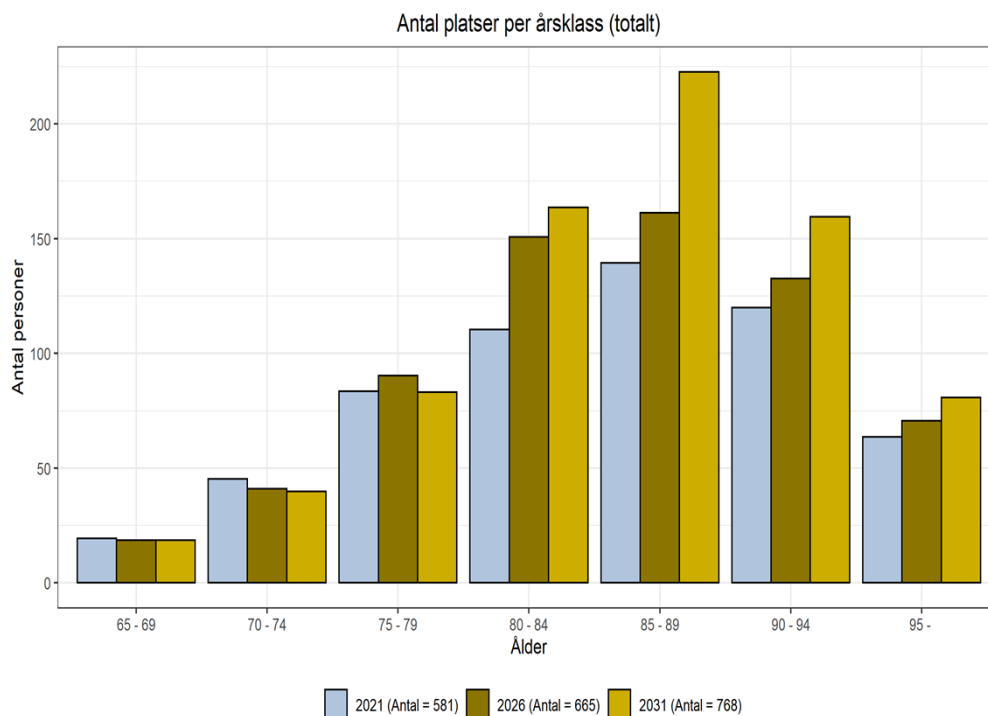
**Tabell 6 - Antal med behov av omsorg inom särskilt boende 2016–2031**

Ar	Antal Män	Antal Kvinnor	Antal Totalt
2016	192	357	549
2017	200	369	569
2018	198	378	576
2019	196	392	588
2020	191	383	574
2021	211	371	582
2022	218	377	595
2023	224	386	610
2024	232	397	629
2025	239	407	646
2026	246	419	665
2027	254	431	685
2028	262	443	705
2029	270	456	726
2030	278	469	747
2031	285	482	767

**Källa:** Behovsprognos särskilda boenden 2022 Östersunds kommun, Statisticon 2022

I Diagram 4 nedan visas behovet av antal nya lägenheter inom särskilt boende fram till 2031, fördelat på åldersklass. De största ökningarna gäller åldersgrupperna 80–84 år, 85–89 år och 90–94 år mellan åren 2026 och 2031.

**Diagram 4 - Prognos över behov av nya lägenheter inom särskilt boende till 2031, fördelat per årsklass**



**Källa:** Behovsprognos särskilda boenden 2022 Östersunds kommun, Statisticon 2022

Prognoserna stämmer väl överens med den prognos som Vård- och omsorgsnämnden tidigare redovisat i sitt program för bostadsplanering, där det visade på ett behov av 200 nya lägenheter i särskilt boende fram till 2028.

Statisticons prognos visar även den på ett behov av tillskott av ungefär 200 nya lägenheter i särskilt boende fram till 2031. Statisticons prognos gäller endast *nyttillskott* av lägenheter inom särskilt boende och tar inte höjd för kommunens behov av omfattande renoveringsåtgärder eller avveckling av befintliga särskilda boenden. Det innebär att kommunen även behöver beakta och säkerställa detta i sin planering.

## 6.4. Korttidsboende/växelvård

I december 2021 fanns det tre korttidsboenden för äldre med totalt 38 lägenheter. Två av dessa korttidsboenden drivs i kommunal regi. Brännagårdens omsorgskooperativ i Högarne har också korttidsboende, på uppdrag av kommunen.

- Södra Strand - 12 lägenheter för planerad korttidsvistelse och växelvård
- Häradsgården (särskilt boende) - 18 lägenheter för akut korttidsvistelse
- Brännagården - 8 lägenheter för akut och planerad korttidsvistelse

## 6.5. Hemsjukvård

Hemsjukvård är den hälso- och sjukvård och rehabilitering som utförs av kommunen i ordinärt boende och på särskilt boende för äldre.

Uppdraget och omfattningen styrs av det avtal som Region Jämtland-Härjedalen upprättat med länets kommuner. Avtalet är nu under revidering vilket kan komma att medföra förändringar.



I Östersunds kommun får i nuläget ungefär 1 000 medborgare hemsjukvård från den kommunala hälso- och sjukvården.

## 6.6. Övrigt stöd

Det här avsnittet ger en kort beskrivning av det övriga stöd som Östersunds kommun erbjuder äldre personer. Dessa stödinsatser kräver inget biståndsbeslut. Det stöd som i huvudsak syftar till att stödja anhöriga beskrivs i avsnitt 7.

### 6.6.1. Servicetjänster enligt lagen om vissa kommunala befogenheter

Vård- och omsorgsnämnden beslutade år 2018 att införa servicetjänster enligt lagen om vissa kommunala befogenheter (även kallad ”befogenhetslagen”). Dessa tjänster kräver inget biståndsbeslut. Lagen gör det möjligt för kommuner att erbjuda olika typer av tjänster till medborgare som är över 68 år. Vård- och omsorgsnämnden har valt att erbjuda den här typen av tjänster för att förebygga skador, olycksfall och ohälsa. Tjänsterna ska bidra till medborgarnas välbefinnande.

Nämnden bestämmer vilka tjänster som ska ingå, i vilken utsträckning medborgare ska kunna få dem och för vilken åldersgrupp det gäller. Kommunfullmäktige beslutar om hur mycket medborgarna ska betala för respektive servicetjänst enligt befogenhetslagen. Sedan 2019 erbjuder Vård- och omsorgsnämnden följande fem insatser enligt lagen om kommunala befogenheter:

#### 1. Städ, klädtvätt/klädvård, fönsterputs och inköp

Vård- och omsorgsnämnden erbjuder tjänsterna städ, klädtvätt/klädvård och inköp till personer som är 80 år och äldre med max 8 timmar per månad. För makar/sambor som är 80 år och äldre gäller att de får max 8 timmar tillsammans.

De verksamheter/företag som Vård- och omsorgsnämnden har godkänt som leverantörer av hemtjänsten inom valfrihetssystemet har även i uppdrag att erbjuda städ, klädtvätt/klädvård och inköp enligt befogenhetslagen.

#### 2. Portionsmat

Vård- och omsorgsnämnden erbjuder leverans av portionsmat för personer som är 68 år och äldre. Det är en upphandlad distributör som sköter leveranserna av maten (för närvarande Jemttransport). Det går att välja mellan olika rätter och prisklasser från tre olika kök.

#### 3. Digital hemguide

Vård- och omsorgsnämnden har beslutat att personer som fyllt 68 år och bor i Östersunds kommun kan få besök av en digital hemguide utan kostnad.

Den digitala hemguiden kan exempelvis visa hur man installerar bank-id och betalar räkningar på mobilen, hur man kan umgås via videosamtal, hur man skaffar ett Facebook-konto, hur man skickar bilder via sin telefon, hur man söker information eller letar fram gamla filmer på internet. Guiden kan också visa annan teknik som kan ge stöd i hemmet, till exempel digitala trygghetslarm.

#### 4. Hälsoträffar för seniorer och förebyggande säkerhetsbesök

Östersunds kommun ordnar från år 2022 hälsoträffar för att ge mer kunskap om vad som bidrar till bättre hälsa och välmående. Dessa träffar är kostnadsfria och erbjuds till alla seniorer som fyller 80 år under året samt till de personer som är över 68 år, som nyligen beviljats hemtjänst.

Ämnen som tas upp på hälsoträffen är bland annat:

- Tips för en aktiv och säker vardag
- Rörelse och aktivitet för att förebygga fall
- Bra mat på äldre dar
- Råd om var du vänder dig för att få stöd och hjälp

Vård- och omsorgsförvaltningen har sedan tidigare även planerat för att starta upp förebyggande säkerhetsbesök i hemmet. Detta har inte kommit i gång ännu på grund av coronapandemin.

### **5. Fixartjänster**

Vård- och omsorgsnämnden har beslutat att personer som fyllt 68 år och bor i Östersunds kommun ska ha rätt till fixartjänster.

Tanken med att erbjuda fixartjänster utan biståndsprövning är att minska risken för fallskador bland äldre. Det handlar om att enkelt kunna få hjälp med sysslor som kräver att man exempelvis behöver gå upp på en stol eller stege - eller nedför en brant trappa. I tjänsterna ingår bland annat att sätta upp tavlor, byta gardiner, glödlampor och hämta in saker från källare och förråd. Fixartjänsterna utförs av kommunen och kostar i nuläget 80 kronor per påbörjad timme.

### **6.6.2. Syn- och hörselombud**

Syn- och hörselombuden finns till för personer som beviljats någon form av stöd, till exempel trygghetslarm eller hemtjänst. Med stöd av ombudet ska det bli lättare för personen att fortsätta bo i eget boende och leva ett så aktivt och självständigt liv som möjligt.

Syn- och hörselombudens uppgift är att:

- göra hembesök och träna hanteringen av de hjälpmedel personen fått utprovade
- hjälpa till med enklare service, felsökning och installationer av hjälpmedel
- hålla kontakt med personen och följa upp hur hjälpmedlen fungerar
- fungera som en länk mellan personen och syncentral/hörselvård eller annan berörd instans exempelvis ögon- eller öronmottagning

## 7. Anhörigstöd

Anhörigstöd är också en del av Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde. Vård- och omsorgsnämndens anhörigstöd riktar sig till anhöriga till både äldre och personer med funktionsnedsättning och nedanstående avsnitt kan därför ibland beröra båda målgrupperna.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) är sedan år 2008 ett nationellt kompetenscentrum för anhörigstöd på uppdrag av regeringen. Nka har publicerat en rad broschyrer och kunskapsöversikter om anhöriga och anhörigstöd. De uppgifter som redovisas under detta avsnitt är i första hand hämtade från några av dessa publikationer samt från en vägledning om anhörigstöd som Socialstyrelsen tagit fram.

### 7.1. Vem är anhörig?

Med anhörig avses en person som regelbundet hjälper en närstående som har behov av omsorg, vård och stöd. Den närstående kan vara en äldre person med behov av vård och omsorg eller en person med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning.<sup>11</sup>

Exempel på anhöriga är:

- en äldre person som sköter om en sjuk make/maka/partner
- en dotter eller son som ser till sina äldre föräldrar
- en småbarnsförälder som vårdar sin sjuka make eller maka
- en ung person som stöttat en sjuk förälder under sin uppväxt och fortsätter att göra det
- en person som ser till en sjukdomsdrabbad nära vän

Anhöriga kan även vara minderåriga barn, till exempel barn till vårdnadshavare som har behov av vård och omsorg från kommunens äldreomsorg.

### 7.2. Hur många anhöriga ger stöd och omsorg?

I Sverige utförs majoriteten av allt stöd och omsorg av någon anhörig. En stor del av stödet utförs av medborgare utan myndigheternas kännedom, så det finns ett stort mörkertal inom området.

År 2012 uppskattade Socialstyrelsen att närmare var femte person i vuxen ålder vårdar, hjälper eller stödjer en närstående,

*I Sverige utförs majoriteten av allt stöd och omsorg av någon anhörig.*

<sup>11</sup> Nationellt kompetenscentrum Anhöriga 2012a

vilket då motsvarade cirka 1,3 miljoner människor. Av dessa anhöriga var de flesta i yrkesverksam ålder (cirka 900 000 personer).<sup>12</sup>

Stödet kan omfatta allt från personlig omsorg (exempelvis hjälp med hygien och mediciner) till inköp, tvätt, städning, transporter eller hjälp i kontakten med olika myndigheter. Det kan även handla om hjälp att sköta ekonomi, post, fakturor etcetera

Som anhörig har man **ingen skyldighet** att ge vård eller stöd till en närstående oavsett relation. Anhörigvård ska alltid grundas på frivillighet.

### 7.2.1. Vilka grupper av anhöriga är det som ger anhörigstöd?

Det är vanligast att anhöriga i åldersgruppen 45–64 år ger stöd till en närstående. I de flesta fall är det då en förälder som stöttas.

Anhöriga över 65 år är de som lägger ner mest tid på att ge stöd till närstående. I dessa fall handlar det ofta om att ge omsorg till en livspartner.

Anhöriga i åldern 30–44 år ger främst omsorg till barn. Det handlar då inte om ”ordinär” föräldraomsorg, utan om föräldrar vars barn behöver utökad omsorg på grund av barnets hälsotillstånd eller funktionsnedsättning.

Det förekommer även att personer i olika åldersgrupper ger stöd till ett syskon, en god vän eller bekant.

Det är en högre andel av anhörigomsorgen som görs av kvinnor än män (ungefär två tredjedelar). Vilken typ av stöd/omsorg som ges skiljer sig också mellan könen: kvinnor utför mer tillsyn, umgänge och personlig omsorg medan männen ger mer praktisk hjälp eller ekonomiskt stöd.

Många som är förvärvsarbetande går ned i arbetstid eller går tidigare i pension för att kunna ge stöd till närstående.

I en svensk studie (**”Att ge omsorg mitt i livet: hur påverkar det arbete och försörjning?”**)<sup>13</sup> framkom att cirka 40% av personer i åldern 45–66 år hjälper en närstående minst en gång per månad. Samma studie uppskattade att cirka 140 000 personer (90 000 kvinnor och 50 000 män) minskat sin arbetstid eller lämnat sitt arbete på grund av att de ger omsorg till en närstående.

En kunskapsöversikt från 2016 (**”Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och äldreomsorg”**)<sup>14</sup> har undersökt vilken svensk och internationell kunskap som finns om dem som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg och vilket samhällsstöd som finns för dessa anhöriga. Där påtalas att merparten av alla som ger anhörigomsorg är i förvärvsaktiv ålder, vilket gäller både i Sverige och övriga OECD-länder. Ju fler timmar av omsorg, desto större är sannolikheten att anhöriga ger upp betalt arbete.

---

<sup>12</sup> Nationellt kompetenscentrum Anhöriga 2012a

<sup>13</sup> Nationellt kompetenscentrum Anhöriga 2014

<sup>14</sup> Nationellt kompetenscentrum Anhöriga 2016a

Den ökade anhörigomsorgen bedöms få större ekonomiska konsekvenser för kvinnor än för män i form av lägre inkomster, sämre position på arbetsmarknaden och lägre pension framtida pension. Detta blir ännu tydligare för kvinnor med invandrarbakgrund. I en studie bland anhöriga till äldre invandrare i Sverige var det dubbelt så vanligt att kvinnor uppgav negativ ekonomisk påverkan jämfört med männen.

Kunskapsöversikten lyfter därför fram att det är viktigt att ha ett köns-, klass- och etniskt perspektiv på anhörigomsorgen eftersom dessa faktorer tycks samverka på ett negativt sätt.

### 7.3. Kommunens ansvar för anhörigstöd

Kommunen har enligt bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453) skyldighet att ge stöd till anhöriga som väljer att hjälpa en närstående.<sup>15</sup>

Stödet kan ges i form av:

- ett **individuellt stöd till den närstående** efter biståndsbedömning (4 kap. 1 § SoL)
- ett **individuellt stöd till den anhörige** efter biståndsbedömning (4 kap. 1 § SoL) eller
- **stöd i form av generella serviceinsatser för alla**, till exempel i form av råd och information eller stödsamtal (5 kap. 10 § SoL)

Syftet med anhörigstödet är att minska belastningen på anhöriga och därmed både öka deras livskvalitet och förebygga att de ska drabbas av egen ohälsa. Att under lång tid hjälpa eller vårda en närstående innebär ofta både en psykisk press och fysisk belastning som kan leda till sjukdom och stress, vilket är viktigt att försöka förebygga. För att motverka ohälsa är det viktigt att anhörigas behov uppmärksammas så tidigt som möjligt, både av de som arbetar med biståndshandläggning och de som arbetar med att utföra insatser.

För många anhöriga är det viktigaste stödet att man känner att den närstående får insatser som är av hög kvalitet. God kvalitet kan till exempel vara en välfungerande hemtjänst, boendestöd eller dagverksamhet som har personal med god kompetens.

Anhörigstödet ska enligt lagstiftningen vara individanpassat, flexibelt och av god kvalitet. Individanpassat innebär att den anhörigas unika behov identifieras och att stödet utformas utifrån det behovet. Eftersom behov kan förändras över tid är det viktigt att stödet följs upp.

Det är i lagstiftningen inte angivet vilket stöd den anhörige kan ansöka om via biståndsbeslut, utan det avgörs vid biståndsprövningen. Det kan exempelvis handla om insatser i form av ledsagning, avlösning i hemmet, hemtjänst, dagverksamhet, boendestöd, korttidsboende eller korttidsvistelse.

---

<sup>15</sup> Socialstyrelsen 2016a

När det gäller bestämmelserna i 5 kap. 10 § SoL (2001:453) anges att socialnämnden *"ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder"*.

Socialstyrelsen har publicerat en vägledning kring hur bestämmelserna i 5 kap. 10 § SoL ska tolkas.<sup>16</sup> I vägledningen lyfter Socialstyrelsen fram betydelsen av att **alla verksamheter** inom vård och omsorg har ett **anhörigperspektiv**, vilket innebär att verksamheten ska uppmärksamma den enskilda medborgarens behov av att ha kontakt med personer som är viktiga för hen och att involvera anhöriga när det är lämpligt. Det kan till exempel innebära att:

- samverka med anhöriga
- erbjuda anhöriga att delta i utredningen
- ta hänsyn till anhörigas synpunkter vid bedömning av behov och utförande
- utreda anhörigas egna behov och informera om de stödformer kommunen erbjuder

All personal inom socialtjänsten ska bemöta anhöriga på ett respektfullt sätt och samarbeta med dem. Det gäller både inom äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning.

Socialstyrelsen lyfter fram att förvaltningsledningen har ett ansvar att säkerställa att gällande lagstiftning följs och att det finns tillräckliga resurser för att genomföra de åtaganden om anhörigstöd som finns i lagstiftningen.

## 7.4. Vad visar forskning och rapporter om anhörigstöd?

Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NkA) har publicerat en rad kunskapsöversikter om anhörigas situation. Mycket av den forskning som finns avser studier om anhöriga till äldre personer, men det förekommer även viss forskning om anhöriga till andra målgrupper.

Enligt NkAs publikationer finns det många studier som visar att anhörigvårdande kan ha en mycket negativ inverkan på den anhöriges hälsa, exempelvis pga. stress, sömnlöshet, utmattning, depression och oro. Ju mer omsorg någon ger till en närstående desto sämre är också det självskattade hälsotillståndet. Kvinnor tycks påverkas mer negativt än män.

Många anhöriga uppger att anhörigvårdandet gör det svårt att umgås med vänner. Samtidigt finns även flera studier som visar att vårdandet också kan innebära både glädje och tillfredsställelse och fyra av fem anhöriga uppger att det ändå ger dem livskvalitet att ge omsorg, eftersom de vet att deras närstående då får god omsorg.

### 7.4.1. Om utvecklingen av anhörigstöd i Sverige

I kunskapsöversikten **"Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd"**<sup>17</sup> beskrivs hur anhörigstödet har utvecklats i Sverige de senaste decennierna.

---

<sup>16</sup> Socialstyrelsen 2016a

Att ge anhörigstöd ska enligt lagstiftningen bygga på frivillighet. År 1979 avskaffades anhörigas och familjens skyldighet att ta hand om gamla föräldrar och vuxna barn. Makar har enligt äktenskapsbalken ett gemensamt ansvar för ekonomi och skötsel av hem, men det finns inte någon omvårdnadsplikt utan varje person avgör själv i vilken omfattning hen vill hjälpa till med personlig omvårdnad.

Det anhörigstöd som kommunerna erbjuder idag har vuxit fram med hjälp av olika statliga stimulansmedel. Den första satsningen gjordes inom ramen för den nationella äldrepolitiken under 1999–2002 (Anhörig 300). Syftet med Anhörig 300 var att utveckla varaktiga stödformer som skulle underlätta för anhöriga. Denna satsning har följts av nya utvecklingsåtgärder i olika omgångar. Det är också inom äldreområdet som utvecklingen av anhörigstödet har kommit längst, även om uppföljningar visar att det finns stora skillnader mellan olika kommuner.

År 2009 förstärktes bestämmelsen i socialtjänstlagen till att ”socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder”.

Kunskapsöversikten lyfter samtidigt fram att parallellt med utformningen av anhörigstöd i kommunerna har förändringar i välfärdssystemet medfört ökade krav på anhöriga under de senaste decennierna. Offentliga investeringar för äldreomsorgen har minskat både sett till pengar (uppräknat för inflation) och som andel av BNP.

Under perioden 2002 till 2009 minskade antalet anställda inom kommunal äldreomsorg med 25 000 personer eller närmare 10%. Mellan 2001 och 2012 försvann drygt 30 000 platser i särskilt boende, vilket innebär att andelen äldre som bor i sådant boende har minskat samtidigt som andelen äldre i befolkningen ökat. Ökade satsningar har i stället gjorts på att skapa förutsättningar för äldre att kunna bo kvar i sin ordinarie bostad och få olika former av stöd i hemmet.

Även om lagstiftningen säger att anhörigstöd ska bygga på frivillighet har nedskärningarna i den offentliga omsorgen medfört att anhöriga upplever att det finns förväntningar att de ska hjälpa sina närstående. Enligt översikten har minskningen av äldreboenden under 2000-talet varit så omfattande att alla sociala grupper har ökat sina insatser för att klara äldres omsorgsbehov, men hur man valt att lösa det skiljer sig åt mellan olika socialgrupper. Högutbildade äldre har ofta kompenserat den minskade offentliga omsorgen genom att köpa privata tjänster medan lågutbildade äldre får hjälp av anhöriga.

Trots att mycket av det praktiska ansvaret har lagts på anhöriga har hemmet som vårdplats sällan diskuterats utifrån de anhörigas synvinkel.

De former av anhörigstöd som tagits fram har också i första hand utgått från äldre makar som omsorgsgivare, vilket inneburit stödinsatser som psykosocialt stöd och avlösning. Dessa stödformer är sällan lämpliga för vuxna barn som hjälper sina föräldrar eftersom dessa anhöriga ofta förvärvsarbetar och sällan bor med den de hjälper. För denna målgrupp bedöms ersättning för att själv kunna ge omsorg

---

<sup>17</sup> Nationellt kompetenscentrum Anhöriga 2016b

alternativt mer offentligt finansierade omsorgstjänster vara mer intressanta stödformer.

### 7.4.2. Studier om anhöriga till äldre

I kunskapsöversikten ”**Anhörigvårdares hälsa**”<sup>18</sup> har resultat från 31 svenska vetenskapliga artiklar om hälsa hos äldre anhörigvårdare sammanställts. Enligt översikten utförs merparten av omsorgen till hemmaboende äldre personer av anhörigvårdare och många av anhörigvårdarna är själv en äldre person (ofta make/maka).

Även om författarna till översikten lyfter fram att det krävs ytterligare studier inom området är slutsatsen i rapporten att anhörigvårdares hälsa kan påverkas både positivt och negativt beroende på anhörigvårdarens egen syn på vårdandet, anhörigvårdarens upplevelse av relationen med den de vårdar och vilka lämpliga stödinsatser som finns tillgängliga.

### 7.4.3. Anhöriga till äldre med annan etnicitet

NkA har även publicerat en kunskapsöversikt kring situationen för anhöriga till äldre med annan etnicitet än majoritetsbefolkningen (**”Etnicitet–minoritet–anhörigskap”**).<sup>19</sup> Där framgår att detta är ett område med mycket begränsad forskning. Den forskning som finns tyder på att dessa anhöriga ofta ställs inför samma problem som anhöriga till majoritetsbefolkningens äldre, dvs. att det blir ett problem att kombinera omsorg till närstående med exempelvis ett arbete. Anhöriga till äldre med annan etnicitet är också i majoritet när det gäller anställda anhörigvårdare.

Även om behoven hos dessa grupper är likvärdiga med dem hos etniska svenskar kan språk och integrationsproblematik innebära att det i vissa sammanhang kan behövas riktade insatser och verksamheter för olika grupper.

Forskning visar att det finns flera orsaker till att en lägre andel äldre med invandrarbakgrund får offentlig omsorg jämfört med majoritetsbefolkningen.

Anhörigas och närståendes rättigheter kan vara svåra att förstå om man kommer från ett annat land, inte minst pga. kulturella skillnader. I många länder är det vanligt att man personligen vårdar och stödjer närstående hela livet och generationsboenden (där man hjälps åt att ta hand om varandra inom familjen) kan vara naturligt, vilket gör det svårt att kombinera en roll som anhörig med förvärvsarbete. Språkbegränsningar kan också upplevas som ett hinder vid kontakt med exempelvis myndigheter och hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Ytterligare orsaker till att man inte använder kommunens tjänster kan vara dålig information om offentlig äldreomsorg, kulturella hinder när det gäller att be om hjälp utanför familjen och svensk mat som man inte är van vid.

### 7.4.4. Anhöriga till äldre personer med psykisk ohälsa

I kunskapsöversikten **”Anhöriga till äldre personer med psykisk ohälsa”**<sup>20</sup> är fokus på vuxna anhöriga till äldre personer med psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa

<sup>18</sup> Nationellt kompetenscentrum Anhöriga 2010

<sup>19</sup> Nationellt kompetenscentrum Anhöriga 2012b



omfattar i den aktuella rapporten både depression och ångest och psykossjukdomar, men inte demenssjukdom.

När det gäller situationen för anhöriga till äldre personer med psykisk ohälsa visar studier att dessa anhöriga ofta känner sig som en del i sjukdomen och upplever att de är ensamma i situationen/saknar stöd. De känner ofta att det finns outtalade förväntningar att den anhöriga ska ställa upp för den sjuke, vilket gör att de tvingas ta ett ansvar oavsett om de vill eller inte. Många ger upp sina egna fritidsaktiviteter och isolerar sig som följd av den närståendes sjukdom, vilket påverkar den anhöriges egen hälsa.

Bemötandet från vård och omsorg är viktigt för anhörigas upplevelse och att den som har psykisk ohälsa får rätt vård och behandling har betydelse även för den anhöriga. Exempel på stöd som efterfrågas av anhöriga är psykosocialt stöd (till exempel stödjande samtal i grupp eller enskilt) med fokus på känslomässig bearbetning och information om sjukdomen. Även praktiskt stöd som exempelvis avlösning och hjälp med vardagssysslor samt ekonomiskt stöd efterfrågas.

## 7.5. Vilka former av anhörigstöd erbjuder Vård- och omsorgsnämnden i nuläget?

Vård- och omsorgsnämnden erbjuder anhörigstöd både i direkt och indirekt form.

Nämnden erbjuder följande former av **direkt anhörigstöd**, dvs. utan att man behöver göra någon ansökan om insats:

- **Enskilda stödsamtal:** anhöriga får råd, stöd och information av anhörigkurator
- **Anhörigrupper:** grupper av anhöriga träffas och utbyter erfarenheter
- **Demensteam:** ger råd och stöd till både anhöriga och den demenssjuke själv
- **Drop In:** mötesplats för både anhöriga och närstående, där man som anhörig kan lämna sin närstående några timmar för att utföra ärenden eller få en stund för dig själv
- **Föreläsningar:** samhällsinformation och föreläsningar som belyser anhörigas situation anordnas vid ett par tillfällen per år
- **Mötesplatser:** kommunen har ett antal olika mötesplatser där alla som vill ha sällskap eller vara med i olika aktiviteter kan delta

Nämnden kan även erbjuda följande former av **indirekt anhörigstöd** efter ansökan om bistånd:

- **Avlösning i hemmet:** innebär att personal från hemtjänsten tar hand om den närstående i hemmet, för att den som är anhörigvårdare ska få möjlighet att besöka vänner, göra ärenden, delta i aktiviteter eller få egen tid för sig själv. Avlösning i hemmet är avgiftsfri upp till 10 timmar per månad.

---

<sup>20</sup> Nationellt kompetenscentrum Anhöriga 2016c

- **Dagverksamhet för personer med demenssjukdom:** innebär att det anordnas dagliga aktiviteter vardagar på Jamtli för personer i början av sin demenssjukdom eller på Södra Strand för personer med utvecklad demenssjukdom
- **Växelvård:** innebär att den närstående bor en eller några veckor varje månad på särskilt boende och den övriga tiden hemma, vilket ger den anhöriga möjlighet till återhämtning/avlastning
- **Korttidsboende:** innebär att den närstående får bo på särskilt boende under en begränsad tid. Korttidsboende kan ges både akut och som planerad avlösning
- **Hemtjänst:** även ordinarie hemtjänst eller serviceinsatser kan fungera som en avlastning för den som vårdar en närstående

## 8. Insikter utifrån covid-19 pandemin

Regeringen tillsatte år 2020 en särskild kommission med uppdrag att utvärdera regeringens, regionernas och kommunernas åtgärder för att begränsa spridningen av det virus som orsakat covid-19 och spridningens effekter. Coronakommissionen presenterade i februari 2022 ett slutbetänkande – ”Sverige under pandemin - SOU 2022:10.<sup>21</sup> I den rapporten står:

*“Sverige har vid en europeisk jämförelse hittills kommit relativt väl ut ur pandemin och tillhör de länder som haft lägst överdödlighet sett till perioden 2020–2021. Det är förstås bra, men för att dra lärdomar får vi inte glömma hur situationen såg ut våren 2020. Sverige hade då tidvis bland de högsta dödstalen i Europa. Smittan tog sig in på många särskilda boenden för äldre, vissa äldre fick inte sina vårdbehov bedömda av läkare, utfärdade riktlinjer gjorde att äldre ibland inte fick den sjukhusvård som kunde hjälpt dem och många människor fick dö utan någon anhörig eller någon annan människa vid sin sida.”*

### 8.1. Hur har äldreomsorgen i Östersund påverkats av pandemin?

I Östersunds kommun har pandemin påverkat medborgarna på många sätt. Följande avsnitt beskriver hur medborgare och verksamhet har blivit påverkade av pandemin, utifrån Vård- och omsorgsförvaltningens perspektiv.

#### 8.1.1. Särskilt boende

Ansvariga för verksamheten vid särskilt boende för äldre har beskrivit att den mest negativa påverkan är att de boende inte har kunnat ta emot besökare fritt utan att besökare har varit hänvisade till medborgarens lägenhet samt att aktiviteter inte har kunnat genomföras mer än med enkla medel.

Både färre aktiviteter på enheterna och att anhöriga inte har kunnat hälsa på i samma utsträckning som innan pandemin, har påverkat både dem som bor på boendena och deras anhöriga. Anhöriga har varit hänvisade till medborgarnas lägenheter och har inte kunnat varit med vid måltider i matsalen och inte kunnat delta i "vardagen" på boendet.

Medborgarna har heller inte varit på besök hos anhöriga i samma utsträckning som tidigare och anhöriga har avstått från att ta med medborgarna ut på aktiviteter.

Medborgarna har inte varit ute på promenader som tidigare då promenader med flera medborgare samtidigt inte varit möjligt på grund av smittorisk.

Vid förkylningssymtom har medborgarna inte fått vistas i gemensamhetsutrymmen, vilket bidragit till ensamhet och isolering.

Många medborgare har också upplevt de återkommande provtagningarna som obehagliga.

---

<sup>21</sup> SOU 2022:10

Långvarig isolering vid coronautbrott har påverkat medborgarna även fysiskt. Flera medborgare har fått sämre aptit vilket har medfört viktnedgång. Medborgare har också fått sämre rörlighet som har lett till oförmåga att själva förflytta sig.

### **8.1.2. Hemtjänst och hemsjukvård**

Hemtjänsten har haft ett intensivt arbete med smittspårning, provtagning och vaccinering av personal och medborgare.

På enheterna har det varit ett tungt arbete på grund av covid-19. Sjukfrånvaro vid minsta symtom hos medarbetarna har påverkat verksamheten negativt och det behövdes mycket tid för att planera och säkerställa kontinuitet i det dagliga arbetet. Vaccinationsarbetet har varit utbrett. Alla medborgare, tillsvidareanställda och vikarier på enheterna är erbjudna vaccin och de flesta är vaccinerade mot covid-19.

Många äldre har haft stor oro för smittan, en del valde att pausa hemtjänsten under pandemin av rädsla för att bli smittade. Många äldre har isolerat sig och avstått från besök av anhöriga och bekanta.

## **8.2. Utmaningar under pandemin**

Följande avsnitt beskriver de svårigheter och utmaningar som Vård- och omsorgsförvaltningen har uppmärksammat under pandemin.

### **8.2.1. Initialt otydlig struktur för arbetet i krisledningsstaben**

Då pandemin startade var det en situation som ingen i Vård- och omsorgsförvaltningen hade erfarenhet av sedan tidigare. Trots att strukturen för krisarbete fanns dokumenterad i förvaltningens lednings- och kommunikationsplan, hade krisledning i stab aldrig tillämpats i praktiken. I inledningen av pandemin träffades förvaltningschef, säkerhetssamordnare, medicinskt ansvarig sjuksköterska och tjänstemän från Uppdragsenheten för att få en samlad lägesbild.

Säkerhetssamordnare och medicinskt ansvarig sjuksköterska deltog också i den centrala stabsledningen. Funktionerna i förvaltningens krisledningsstab utökades så småningom med sektorchefer och ansvarig för skyddsutrustningsförrådet.

Vid nästa krissituation - oavsett krisens art - kommer sammansättningen och strukturen på arbetet att kunna komma i gång snabbare och krisen kommer därmed förhoppningsvis kunna fungera på ett bättre sätt redan i inledningsskedet.

### **8.2.2. Otillräckligt med skyddsutrustning**

Under pandemins start var det brist på skyddsutrustning i hela landet och världen.

Vid de första kontakterna med Region Jämtland-Härjedalen fick kommunerna i länet information om att all skyddsutrustning som fanns i det centrala förrådet skulle användas av regionens infektions- och intensivvårdsavdelningar. Ordinarie rutin är att kommunen beställer skyddsutrustning från regionens centrala förråd. Det innebär att det fanns risk för att kommunen inte skulle ha skyddsutrustning vid smitta inom förvaltningens verksamhet i den omfattning som krävdes.

Förvaltningen löste situationen genom att själva beställa skyddsutrustning från olika företag samt att man tillverkade egna visir under en period.

Den erfarenhet som gjorts av detta är att kommunen bör ha eget lager med skyddsutrustning för eventuellt utbrott av epidemi/pandemi.

### **8.2.3. Bristande logistik för skyddsutrustning**

I det inledande skedet av pandemin när smittan ökade snabbt fanns ingen logistik för hur verksamheten skulle få tillgång till skyddsutrustning vid utbrott av smitta. Logistikerna finns nu på plats och kommer att användas vid eventuella nya utbrott.

### **8.2.4. Kommunikationsutmaning**

Kommunikationen till verksamheten om rutiner och arbetssätt har skett genom information på kommunens intranät via så kallade corona-rapporter. Det är viktigt att verksamheten efter pandemins slut får utvärdera hur väl informationen har delgivits dem och ta vara på deras synpunkter om hur det har fungerat.

Det har inte funnits någon aktuell rutin för kommunikationsvägar att följa under pandemin. Vård- och omsorgsförvaltningens befintliga Lednings- och kommunikationsplan (se avsnitt 13.1) ska revideras under 2022 och tillhörande bilagor är under framtagande.

### **8.2.5. Svårighet för verksamheterna att förstå rutiner/riktlinjer**

Under pandemin var det en stor mängd information som förmedlades kontinuerligt och med snabba ändringar från både nationellt och lokalt håll. Informationen innehöll rekommendationer, rutiner, riktlinjer med mera. Det var svårt för verksamheterna att kunna vara följsam till all ny information som de fick till sig.

Erfarenheten utifrån detta är att varje budskap/information som verksamheten ska ha måste granskas av flera personer för att göra den så enkel och tydlig som möjligt.

### **8.2.6. Svårigheter med rutiner för isolering av personer med kognitiv svikt**

Det har varit svårt att isolera personer med kognitiv svikt som drabbats av smitta och som bor vid särskilt boende för äldre. Trots kunskap om bemötande av dessa personer har verksamheten upplevt svårigheter. Det har inte funnits något lagligt stöd att begränsa någon persons möjlighet att röra sig fritt. Verksamheten har försökt lösa svåra situationer genom att avdela enheterna så de smittade medborgarna inte träffade de friska. Många gånger har extra personalresurser krävts för att ge stöd åt enskilda medborgare, för att förhindra att de smittade andra.

Eftersom det varit första gången som förvaltningen hanterar en pandemi är det svårt att planera för hur man stödjer personer med kognitiv svikt på bästa sätt i en sådan situation. Vård- och omsorgsnämndens verksamheter bör därför utbyta erfarenheter om hur de gett stöd till personer med kognitiv svikt.

### 8.2.7. Utmaning att förmedla rekommendationer till anhöriga

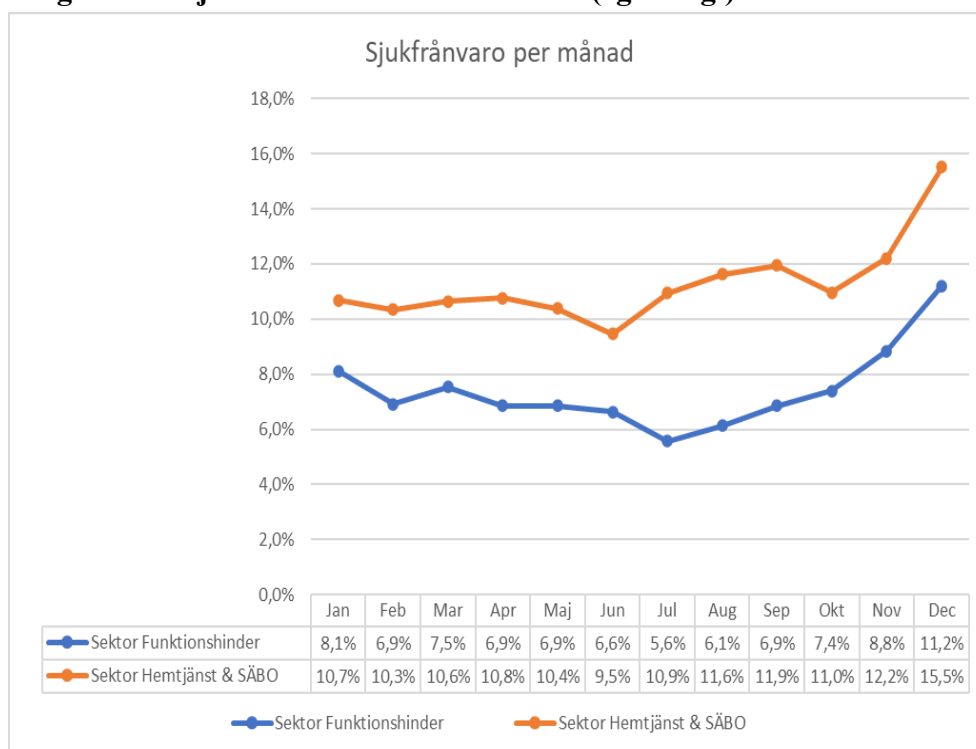
Många reaktioner kom från anhöriga/närstående då regeringen införde besöksförbud vid särskilt boende för äldre. Verksamheten hade i början av pandemin svårt att förklara betydelsen för anhöriga/närstående att det inte fick ske några besök.

Den erfarenhet som förvaltningen gjort är att kommunen bör informera anhöriga på flera olika sätt, både skriftligt och muntligt. Skriftlig information bör skickas ut till hushållen med kommundirektör eller förvaltningschef som avsändare.

### 8.3. Personalbemanning under pandemin

På grund av den höga smittspridningen i samhället, har en stor del av personalen blivit sjuka i covid-19. Personal var tvungna att vara hemma från arbetet både om någon i deras hushåll testades positivt för covid-19 och vid minsta symtom. Detta innebar att många medarbetare inte kunnat arbeta, vilket medfört att bemanningen av personal har varit låg. Diagram 5 visar sjukfrånvaron per månad under 2021.

Diagram 5 - Sjukfrånvaron under år 2021 (egen regi)



Källa: Område HR och Lön, Östersunds kommun, 2022.

## 9. Äldres hälsa och välbefinnande

Det här avsnittet beskriver hälsa, vilka faktorer som påverkar hälsa och hur skillnader i hälsa kan se ut mellan olika grupper i samhället. Därefter redovisas uppgifter om äldres hälsa generellt och hälsan i några särskilt utsatta grupper.

### 9.1. Definition av hälsa

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar hälsa som "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning".<sup>22</sup> Denna definition åsyftar den enskilda individens upplevelse av hälsa.

*"Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning"*

Folkhälsa är i sin tur ett begrepp som omfattar hela befolkningens hälsotillstånd och även där följer man upp både hälsa och ohälsa. Inom ramen för folkhälsoarbete tittar man också på *fördelningen av hälsa* mellan olika grupper.

En god folkhälsa innebär både att så många som möjligt har en bra hälsa och att hälsan är så jämnt fördelad som möjligt mellan olika grupper i samhället.<sup>23</sup>

Hälsan i en befolkning beror på många olika faktorer och kan ses som resultatet av ett samspel mellan individ och samhälle.

Dessa villkor och förutsättningar kallas ofta för "hälsans bestämningsfaktorer" och framgår av Bild 2 på nästa sida.<sup>24</sup>

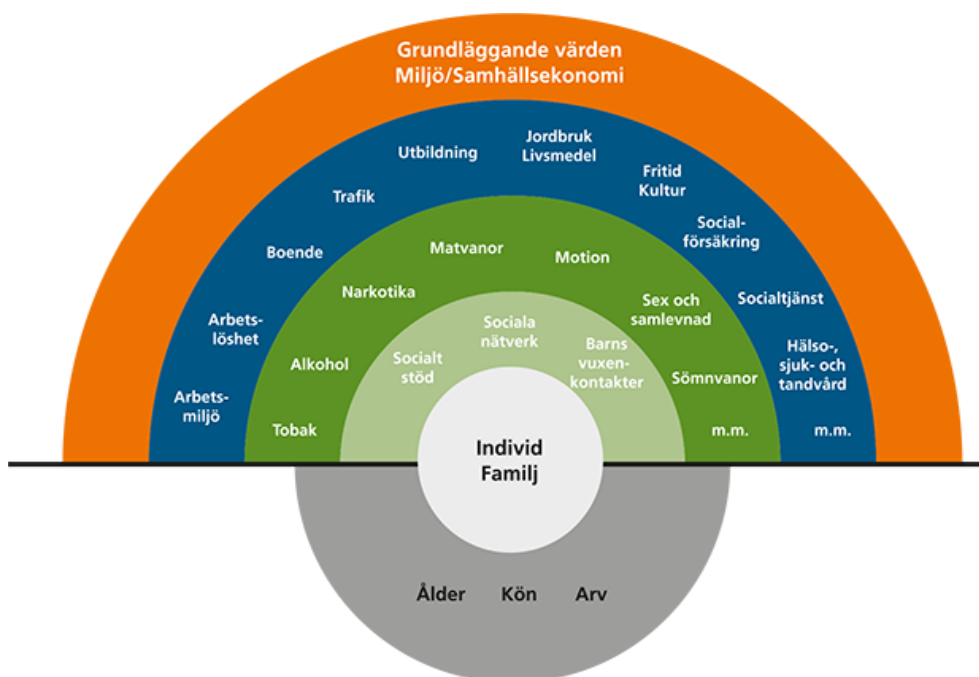
Många faktorer som påverkar hälsan ingår i kommunens huvudsakliga ansvarsområden, såsom bostäder, kollektivtrafik, skola/utbildning, tillgång till arbete och fritid, miljö och natur.

<sup>22</sup> Världshälsoorganisationen (WHO) 2022

<sup>23</sup> Folkhälsomyndigheten 2022a

<sup>24</sup> Östersunds kommun 2022

## Bild 2 - Hälsans bestämningsfaktorer



**Källa:** Östersunds kommuns hemsida

Olika levnadsvanor påverkar risken att drabbas av många av de sjukdomar som bidrar mest till sjukdomsördan i Sverige. Livsvillkoren och levnadsförhållandena påverkar i sin tur möjligheten till att ha hälsosamma levnadsvanor.

För att belysa hälsoläget i befolkningen är det viktigt att följa såväl självskattad hälsa och välmående som diagnostiserad sjuklighet och dödlighet. Det är även viktigt att beakta hälsan i olika skeden av livet.

## 9.2. Ojämligheten i hälsa mellan olika grupper

Utgångspunkten för den svenska folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för att alla i befolkningen ska ha samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv.<sup>25</sup>

Ojämlighet i hälsa uppstår när det finns systematiska skillnader i livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor mellan olika grupper i samhället. Skillnaden kan till exempel ha socio-ekonomiska orsaker (dvs. uppstå som följd av skillnader i utbildning eller inkomst), men även bero på diskrimineringsgrunder som kön, ålder eller funktionsnedsättning.<sup>26</sup>

Ofta är människors hälsa sämre ju lägre social position de har, vilket brukar beskrivas som ”en social gradient i hälsa”. De grupper som är särskilt utsatta jämfört med den övriga befolkningen har ofta även många hälsoproblem.

<sup>25</sup> Folkhälsomyndigheten 2022b

<sup>26</sup> Folkhälsomyndigheten 2022c



Grupper i särskilt utsatta situationer kan till exempel vara hbtq-personer, personer med vissa funktionsnedsättningar, migranter, nationella minoriteter och personer som står utanför arbetsmarknaden. Ojämligheten kan yttra sig som en ökad risk för ohälsa eller sämre tillgång till samhällets vård- och stödutbud.

Ojämligheten i hälsa kan också ses ur ett livsloppsperspektiv. Hälsa och ojämlikheten i hälsa hos den äldre befolkningen är till exempel ett resultat av de levnadsvillkor och levnadsvanor denna grupp haft under hela livet, där faktorer som uppväxt, familj, skola, arbete och boendesituation har påverkat förutsättningarna för ett hälsosamt liv.

Personer med högst förgymnasial utbildningsnivå har en lägre medellivslängd och en högre dödlighet i nästan alla de vanligaste dödsorsakerna, än personer med eftergymnasial utbildningsnivå. Samma mönster kan ses när det gäller olika former av sjuklighet.

Under covid-19-pandemin har det blivit tydligt att även smittsamma sjukdomar drabbar olika grupper i olika utsträckning. Det återstår fortfarande mycket forskning kring vilka grupper som drabbats och varför, men det har bland annat visat sig att personer födda utanför Sverige har haft en större risk att insjukna i covid-19, vilket delvis kan förklaras av socio-ekonomisk situation och olika strukturella faktorer.

En viktig faktor i detta sammanhang är olika individers/gruppers förmåga att ta till sig, förstå och använda information för att bibehålla eller förbättra sin hälsa, så kallad *hälsolitteracitet*.<sup>27</sup>

Att kunna tillgodogöra sig hälsoinformation är avgörande för att enskilda individer själva ska kunna lösa enklare hälsoproblem och vara aktiva i beslut som rör deras egna hälsofrågor. För att kunna göra det krävs både individuella kognitiva och sociala färdigheter, men också att det finns tillgång till tydlig, relevant och tillförlitlig information.

Bristande hälsolitteracitet får negativa konsekvenser för både individ och samhälle och bidrar till ojämlikhet i hälsa.

### 9.3. Hälsa och ojämlikhet i hälsa hos den äldre befolkningen

Av Socialstyrelsens lägesrapport 2020 framgår att förbättrade levnadsförhållanden och nya behandlingsmetoder bidragit till att medellivslängden i Sverige ökar. Medellivslängden för män är numera närmare 81 år och för kvinnor är den drygt 84 år.<sup>28</sup>

*Den ökade medellivslängden gör att fler hinner utveckla olika sjukdomar som är relaterade till hög ålder*

<sup>27</sup> Hälsolitteracitet 2022

<sup>28</sup> Socialstyrelsen 2020

Könsskillnaderna i medellivslängd har minskat sedan 1980-talet, men skillnaderna i medellivslängd mellan låg- och högutbildade ökar i befolkningen.

## Hur mår äldre?

Enligt **Folkhälsomyndighetens årsrapport för 2021** har den självskattade hälsan i befolkningen som helhet ökat under åren 2006–2020 och var 73% år 2020. Lägst andel som uppgav att de har en god allmän hälsa finns i den äldsta åldersgruppen, 65–84 år, där endast 59% uppger god hälsa<sup>29</sup>.

Av Statistiska centralbyråns rapport “**Efter 60. En beskrivning av äldre i Sverige**” framgår att nästan tre av fyra i åldern 60–69 år upplever att de har ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd, men att andelen sjunker med stigande ålder. I åldersgruppen över 80 år är det knappt hälften som uppger att de har ett bra allmänt hälsotillstånd.<sup>30</sup>

Det finns större skillnader i allmänt hälsotillstånd utifrån utbildningsnivå än kön, vilket gäller alla åldersgrupper över 60 år. Personer med förgymnasial utbildning har tydligt lägre andel med bra hälsa jämfört med dem med eftergymnasial utbildningsnivå.

Andelen som uppger nedsatt aktivitetsförmåga ökar också med stigande ålder, från 16 respektive 19 procent i åldern 60–69 och 70–79 år till 44 procent bland dem som är 80 år och äldre. Även i detta fall finns tydliga skillnader utifrån de svarandes utbildningsnivå, där en högre andel med förgymnasial utbildning uppger nedsatt aktivitetsförmåga.

Den ökade medellivslängden gör att fler hinner utveckla olika sjukdomar som är relaterade till hög ålder (till exempel demenssjukdomar, stroke, diabetes och cancer). Med stigande ålder blir det även vanligare att man har flera sjukdomar samtidigt liksom fler kroniska sjukdomar.<sup>31</sup>

Enligt Socialstyrelsen är andelen 65 år och äldre i nuläget knappt 20% av befolkningen, men de motsvarar ungefär hälften av alla vårdtillfällen. Om andelen personer 80 år och äldre skulle öka med över 50% fram till 2030 (i enlighet med nuvarande befolkningsprognoser) kan det komma att ställa höga krav på vård och omsorg.

I lägesrapporten redovisas även följande<sup>32</sup>:

- Personer som är 65 år kan förvänta sig att leva något mer än 20 år och de flesta av dessa år med god hälsa och utan funktionsnedsättning
- De flesta som i dag får vård och omsorg i ordinärt boende är personer 65 år och äldre som allt oftare har komplexa vårdbehov och får mer och mer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser
- Många av de äldre som är inskrivna för somatisk vård på sjukhus har även en psykisk sjukdom eller har förskrivits psykofarmaka

<sup>29</sup> Folkhälsomyndigheten, 2021

<sup>30</sup> Statistiska centralbyrån 2022b

<sup>31</sup> Socialstyrelsen 2020

<sup>32</sup> Socialstyrelsen 2020

Av Folkhälsomyndighetens årsrapport 2021 framgår också att fallolyckor är den vanligaste skadeorsaken till inläggning på sjukhus bland äldre. Några orsaker till att fallrisken ökar med stigande ålder är bland annat muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrad balans och gångförmåga samt sjukdom och mediciner. Andelen fallskador är störst i åldersgruppen 85 år och äldre och det är vanligare bland kvinnor än män.<sup>33</sup>

Äldres hälsoutveckling framöver kommer att ha stor betydelse för behovet av äldreomsorg.

I de följande underavsnitten beskriver vi några olika grupper av äldre som är särskilt utsatta och där det av olika skäl finns en större ojämlikhet i hälsan jämfört med den övriga befolkningen.

### 9.3.1. Hälsa hos utrikes födda

Personer som är utrikes födda är en särskilt utsatt grupp ur hälsosynpunkt.

I Folkhälsomyndighetens kunskapsunderlag ”**Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland**” redovisas bland annat följande generella skillnader i hälsa hos denna målgrupp jämfört med inrikes födda <sup>34</sup>:

- En del sjukdomstillstånd är mer vanligt förekommande bland personer med utländsk bakgrund än bland inrikes födda, bland annat diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck och kronisk njursjukdom.
- Smittsamma sjukdomar som exempelvis tuberkulos, hiv och hepatit är betydligt vanligare bland utrikes födda. Utrikes födda med HIV tenderar att söka vård i ett relativt sent skede, vilket ökar risken för att utveckla AIDS.
- Vaccinationstäckningen bland personer som migrerar till Sverige är generellt sett lägre än bland personer som är inrikes födda.
- Människor som flyr våldsamma konflikter har en delvis högre förekomst av psykisk ohälsa jämfört med andra migranter, till exempel när det gäller posttraumatiskt stressyndrom.

När det gäller hälsan hos äldre inom denna grupp går det också att se vissa skillnader jämfört med äldre personer födda i Sverige. Uppgifterna är hämtade från Statistiska centralbyråns rapport ”**Efter 60. En beskrivning av äldre i Sverige**”.<sup>35</sup>

- Utrikes födda har en lägre andel som uppger bra självskattad hälsa än dem som är födda i Sverige, i åldersgrupperna 60–69 år och 70–79 år
- Utrikes födda har en högre andel med nedsatt aktivitetsförmåga än personer födda i Sverige i åldersgrupperna 60–69 år och 70–79 år
- Utrikes födda har en högre andel med besvär av ångslan, oro eller ångest än personer födda i Sverige i åldersgrupperna 60–69 år och 70–79 år

---

<sup>33</sup> Folkhälsomyndigheten 2021

<sup>34</sup> Folkhälsomyndigheten 2019

<sup>35</sup> Statistiska centralbyrån 2022b

- Det är en högre andel som motionerar varje vecka bland personer födda i Sverige än bland utrikes födda i åldersgrupperna 60–69 år och 70–79 år

Det saknas rapporter med lokala siffror för länet eller kommunen när det gäller utrikesföddas hälsa.

### 9.3.2. Hälsa hos den samiska befolkningen

Ytterligare en särskilt utsatt grupp ur hälsosynpunkt är den samiska befolkningen.

Samerna är ett urfolk och är tillsammans med judar, romer, sverigefinnar och tornedalingar en nationell minoritet i Sverige. De nationella minoriteterna anses vara särskilt utsatta grupper när det handlar om ojämlik hälsa.

Enligt en utredning publicerad 1975 beräknas det finnas omkring 20 000 samer i Sverige. Några folkräkningar på etnisk grund görs inte längre och numera bedömer ledande forskare att samerna snarare är minst tre gånger så många. Utifrån detta är det osäkert hur många samer som är bosatta i Östersunds kommun.<sup>36</sup>

Östersunds kommun är en av 25 kommuner som ingår i det samiska förvaltningsområdet, där även Region Jämtland-Härjedalen ingår. I förvaltningsområdena är kommunerna skyldiga att ordna förskola och äldreomsorg på minoritetsspråken. De personer som vill använda sitt minoritetsspråk i kontakten med kommuner och andra myndigheter har rätt att göra detta både muntligt och skriftligt.

#### Forskning om samers hälsa

Enligt Sametinget är kunskapen om samers hälsa begränsad, vilket skapar utmaningar i relation till samers rätt till både en jämlik hälsa och en jämlik vård. Det finns väldigt få studier publicerade där äldre samers hälsa behandlas.

Kunskapsöversikten ”**Samernas hälsosituation i Sverige**” publicerades 2009.<sup>37</sup> Forskningen var framför allt inriktad på förekomsten av hjärt-kärlsjukdomar, olycksrisk, belastningsskador och självmord bland renskötare. Forskningen visade bland annat att:

- Den förväntade livslängden från födseln inte skiljer sig mycket mellan svenskar och samer
- Rensköttande samiska män löper lägre risk att dö av cancer, hjärt-kärlsjukdomar och mag-tarmsjukdomar än icke samiska män
- De icke-rensköttande samiska kvinnorna har överdödlighet i hjärt-kärlsjukdomar, särskilt hjärtinfarkt. Kvinnor i renskötarfamiljer har däremot en underrisk för hjärtinfarkt.
- Någon förhöjd risk för strålningskänsliga cancerformer har inte observerats bland samer vare sig i Sverige, Norge eller Finland

Rapporten ”**Fokus på hälsa och hälsoforskning i Sápmi**”, publicerades 2021 och baseras på resultaten från elva fokusgrupper med samiska deltagare i åldrarna 23–77 år.<sup>38</sup> I rapporten framkommer bland annat följande om deltagarnas syn på hälsa:

<sup>36</sup> Södra Lapplands forskningsenhet 2009

<sup>37</sup> Södra Lapplands forskningsenhet 2009

- Naturen ger lugn, harmoni, återhämtning och kraft. Även andlighet kan ha en koppling till god hälsa och är ofta förknippad med vistelse i naturen
- Traditionell samisk kost och läkekonst är naturliga delar i ett samiskt tankesätt
- Goda relationer, att känna sig behövd och samhörigheten med andra samer skapar trygghet
- En vilja att klara sig själv, att vara stark, inte visa sig svag och att inte belasta andra med sina egna problem framstod som en betydande norm i det samiska samhället
- Att få uttrycka sig på sitt modersmål är mycket betydelsefullt för att känna sig förstådd och trygg i en vårdsituation

Rapporten ”Att vara same i storstad – Psykisk hälsa, vårderfarenheter och vårdbehov” från december 2021 baseras på ett flertal internationella och svenska studier och på intervjuer med 25 samer i åldrarna mellan 18–76 år, bosatta i Stockholms län.<sup>39</sup> Rapporten hänvisar bland annat till en litteraturstudie från 2019 om samers hälsa i Sápmi. Den visade:

- En relativt god kroppslig hälsa, framför allt hos norska samer
- Flera studier visade färre cancerfall hos samer, vilket kopplades till en hälsosam livsstil vad gäller diet och fysisk aktivitet
- Besvär från muskler och skelett var vanliga både hos samiska kvinnor och män. En utsatt grupp var manliga renskötare som visade sig ha en högre förekomst av dessa besvär jämfört med arbetare i andra manuella yrken

I andra studier som avhandlat psykosocial hälsa rapporteras att:

- Vuxna samer rapporterat högre nivåer av psykisk ohälsa jämfört med övrig befolkning i både Norge och Sverige
- I Sverige var ångest och depressionssymtom betydligt vanligare bland vuxna renskötande samer än hos andra norrländska män och kvinnor
- Samer har lägre suicidrisk än andra arktiska urfolk, men ändå höga jämfört med majoritetsbefolkningen i de länder där de lever
- Självmoder bland samer i norra delen av Sápmi är kopplade till svårigheter att behålla sin samiska identitet
- I både Sverige och Finland har studier visat att manliga samiska renskötare är en riskgrupp för alkoholmissbruk
- Renskötande samers förtroende för hälso- och sjukvården påverkades av historiska trauman, den egna kulturen, upplevelser av att hälso- och sjukvårdens organisationer har bristande kulturkompetens och av hälso- och sjukvårdens organisationer.

## Äldre samers hälsa

”Urfolk och demens i Norden” från 2019 är en sammanfattande rapport från den första nordiska konferensen i ämnet som anordnades i Östersund hösten 2018.

---

<sup>38</sup> Centrum för samisk forskning 2021

<sup>39</sup> Region Stockholm 2021

Enligt den rapporten forskas det mer på ursprungsbefolkningars hälsa nu än tidigare, men det finns fortfarande brister i kunskaper om hur man bäst förebygger och behandlar eller ger anpassad vård till urfolkspersoner med demens.<sup>40</sup>

Rapporten redovisar bland annat att:

- En kanadensisk studie från 2013 visar en högre förekomst av demenssjukdom hos personer med urfolksbakgrund. De som drabbas insjuknar ungefär tio år tidigare än övriga befolkningen och det är fler män än kvinnor som får diagnosen.
- På en global nivå har ursprungsbefolkningar en sämre hälsa än majoritetsbefolkningen i samma område. Det påverkar förekomsten av demens och tillgången till rätt vård av bra kvalitet.
- ”Demens” inte nödvändigtvis finns för äldre samer, eller att det definieras som något annat än en sjukdom.
- Många äldre samer har inte fått lära sig att läsa och skriva samiska och kan därför inte använda skriftligt informationsmaterial på sitt eget språk.
- Personcentrerad demensvård och äldrevård med individens behov i centrum är nu etablerad i en större del av vården och omsorgen. Det innebär att det samiska perspektivet får en naturlig plats för personer med samisk identitet och att även de anhöriga uppmärksammas i större utsträckning.

Förståelsen av demens kan vara annorlunda i traditionella urfolkskulturer. Demenssymptom upplevs inte alltid som problematiska eller relaterade till sjukdom. Majoritetssamhällets diagnostiseringsverktyg, informationsinsatser, organisering av vården och stöd till anhöriga fungerar därför kanske inte utan språk- och kulturanpassning.

I rapporten ”**Fokus på hälsa och hälsoforskning i Sápmi**” uttrycker deltagarna i fokusgrupperna att den äldre samiska befolkningen är särskilt osynliggjord inom hälso- och sjukvården. Deras behov av traditionell kost och kommunikation på sitt samiska språk blir inte tillgodosedda, vilket är särskilt viktigt vid bland annat demenssjukdomar.<sup>41</sup>

Vikten av den samiska identiteten som storfamiljen, språk och traditionell mat lyfts fram i en avhandling om samer och livets slut som tas upp i rapporten ”**Att vara same i storstad – Psykisk hälsa, värderfarenheter och vårdbehov.**”<sup>42</sup> Att utveckla samverkan mellan region, kommun och det samiska samhället i svåra livssituationer och att vara medveten om och känna ödmjukhet inför den samiska kulturen bidrar till en tryggare vård för samer i livets slut.

## Förbättringsområden som Socialstyrelsen identifierat

---

<sup>40</sup> Nordens välfärdscenter 2019

<sup>41</sup> Centrum för samisk forskning 2021

<sup>42</sup> Region Stockholm 2021

Innan den förstärkta lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk skulle träda i kraft 2019 gjorde Socialstyrelsen en inventering av behovet av kunskapsstöd inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.<sup>43</sup> Den inventeringen visade att:

- Minoritetslagen och de nationella minoritetsfrågorna är lågt prioriterade bland både ledning och personal i kommuner och regioner
- Minoritetslagens bestämmelser tolkas på skilda sätt av olika kommuner och regioner samt av olika företrädare för de nationella minoriteterna
- Det finns brist på kunskap om rättigheter och vad de innebär, både hos kommuner och hos rättighetsinnehavare
- Det råder brist på personal med minoritetsspråks- och minoritetskulturskompetens inom samtliga verksamhetsområden
- Efterfrågan på stöd och tjänster på minoritetsspråk är i vissa områden begränsad eller skiftande över tid, vilket försvårar kommuners och regioners möjlighet att erbjuda ett stabilt utbud av social- och sjukvårdstjänster på minoritetsspråk

Socialstyrelsen planerar att under perioden 2022–2024 göra en uppföljning av de nationella minoriteternas situation när det gäller bland annat kommunal äldreomsorg.

Uppföljningen kommer bland annat att omfatta vilka rutiner och beredskap som finns i verksamheten beträffande minoriteternas språk och kulturer.

Uppföljningen kommer även att omfatta hur verksamheterna informerar minoriteterna om deras rättigheter, kunskapsnivån om minoritetslagen samt hur minoriteterna upplever bemötandet i kontakten med verksamheten.

### **Vård- och omsorgsnämndens arbete med samers rättigheter**

Vård- och omsorgsnämnden i Östersund har ett samrådsform med den samiska befolkningen. Nämnden har även antagit en handlingsplan för att säkra samernas rättigheter. Handlingsplanen innehåller aktiviteter som motsvarar de förbättringsåtgärder som Socialstyrelsen har uppmärksammat.

### **9.3.3. Digitalt utanförskap bland äldre**

Ytterligare en faktor som bidrar till ojämlikhet i hälsa hos framför allt den äldre befolkningen är den ökade digitaliseringen i vårt samhälle. Nästan alla myndigheter och företag använder idag digitala verktyg och tjänster, vilket gör att de som inte använder internet hamnar i ett utanförskap.

Internetstiftelsens rapport “**Svenskarna och internet**” från 2021 visar att 94% av befolkningen över 16 år använder internet och att många gör det varje dag.<sup>44</sup> Skillnaden mellan olika åldersgrupper är dock stor (se Diagram 6 på nästa sida). Det är

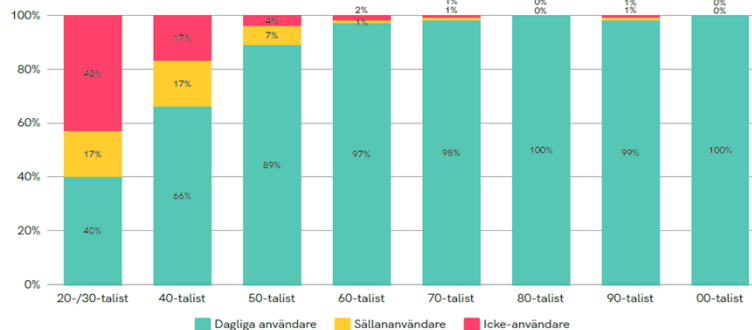
---

<sup>43</sup> Socialstyrelsen 2019

<sup>44</sup> Internetstiftelsen 2021. Internetstiftelsen har gjort en reservation för att respondenterna är svensktalande och förmögna att besvara undersökningen via telefon eller webb. Man bedöms inte nå de medborgare som inte behärskar svenska språket, lider av demens eller av andra skäl inte kan svara på enkäten.

framför allt de allra äldsta i samhället som riskerar att hamna i eller redan befinner sig i ett digitalt utanförskap.

### Diagram 6: Hur använder olika generationer internet?



**Källa:** Internetstiftelsens rapport ”Svenskarna och internet”, 2021

Enligt rapporten använder var tredje person som är 76 år eller äldre inte internet. I åldersintervallet 66–75 år är det däremot endast var tionde som inte använder internet. Totalt sett använder drygt var femte pensionär inte internet alls.

Många samhällstjänster kan i dag utföras över internet, via så kallade e-tjänster. Bland annat e-vårdtjänster, e-tjänst för kollektivtrafik och digital brevlåda. I sin rapport beskriver Internetstiftelsen att inte ens hälften av dem som är födda på 1920- och 30-talet har använt e-tjänster de senaste 12 månaderna. Bland 40-talisterna är det ungefär en tredjedel som inte har använt e-tjänster och bland 50-talisterna är det cirka en tiondel. I övriga generationer är både internetanvändandet och nyttjandet av digitala tjänster hög.

I befolkningen i sin helhet uttrycker 75% personer att digitala samhällstjänster underlättar för dem och endast 7% upplever att e-tjänster försvårar.

Även i detta fall har dock åldersfaktorn en stor betydelse. Mindre än hälften av pensionärerna anser att e-tjänsterna underlättar och fler än var tionde tycker att de försvårar. Endast en tredjedel av dem i åldersgruppen 76 år eller äldre, anser att e-tjänsterna underlättar.

### Digitalt utanförskap bland äldre över 65 år i Östersund

Inom ramen för ”Projekt åldrandevänlig kommun” (Age-friendly cities and communities) genomfördes år 2020 en allmän enkätundersökning riktad till äldre över 65 år i ordinärt boende. Drygt 1 000 personer besvarade enkäten.

I enkäten ställdes en fråga om man använder internet. Av de svarande uppgav 22% att de inte brukar använda internet. 2% valde att inte besvara frågan.

Det var en högre andel män som uppgav att de brukar använda internet (80% av männen jämfört med 73% av kvinnorna har svarat ja på frågan).

Även i denna undersökning fanns det tydliga skillnader mellan olika åldersgrupper när det gäller internetanvändning: 87% av de svarande i åldern 65–74 år säger att de använder



internet, vilket kan jämföras med 70% i åldersgruppen 75–84 år och 34% i åldersgruppen över 85 år.

De som uppgav att de inte brukar använda internet fick en följdfråga om orsaken till att de inte gör det. De vanligaste orsakerna var att man inte är intresserad, att man saknar kunskap eller tillgång till utrustning. I flera fall berodde det på en kombination av dessa orsaker. Några lämnade även förtydligande kommentarer där man uppgav ålders- eller sjukdomsskäl, att det inte finns tillgång till internet där man bor, att man inte känner sig bekväm med att använda internet eller inte har något behov av det.

## 9.4. Ensamhet och isolering

Ensamhet är ett samhällsproblem som kan medföra både psykisk och fysisk ohälsa.

Vård- och omsorgsnämnden gav under år 2020 ”Projekt åldrandevänlig kommun” (Age-friendly cities and communities) ett särskilt uppdrag att utreda hur man kan motverka ensamhet bland äldre över 65 år. I den utredningen presenterades två aktuella studier om ensamhet: ”Ensamhet dödar – ofrivillig ensamhet i Sverige” och ”Ensamhet bland äldre i Norden”. Under detta avsnitt redovisas valda delar från dessa rapporter och från Socialstyrelsens rapport ”Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2020”.

### 9.4.1. Definitioner - ensamhet

Forskningen skiljer på olika former av ensamhet. En sådan indelning brukar vara objektiv och subjektiv ensamhet.

Objektiv ensamhet innebär att man både bor ensam och sällan umgås med bekanta eller anhöriga.

Subjektiv ensamhet avser en individs självskattade upplevelse av ensamhet. Denna form av ensamhet har inte direkt koppling till hur stort umgänge man har, eftersom man kan känna sig ensam både när man har många respektive få sociala relationer.

Ensamhet uppstår när det finns en skillnad mellan önskad nivå och faktiskt nivå av sociala relationer/kontakter. Skillnaden mot önskad nivå kan både vara kvantitativ (att man vill ha fler sociala kontakter) och kvalitativ (att en person vill ha djupare relationer).

Det som är skadligt för hälsan är den subjektiva, **ofrivilliga** ensamheten.

### 9.4.2. Vad visar forskning om äldre och ensamhet?

#### Rapporten ”Ensamhet dödar – ofrivillig ensamhet i Sverige”

Rapporten ”Ensamhet dödar – ofrivillig ensamhet i Sverige” ger en översikt av aktuella studier om ensamhetens utbredning i Sverige och vad forskningen säger om dess orsaker och hälsokonsekvenser. Rapporten ger också exempel på metoder som kan fungera för att minska ofrivillig ensamhet med fokus på hur välfärdssektorn kan arbeta.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Arena idé 2020

Av rapporten framgår bland annat följande:

- Det finns få studier om ensamhet i Sverige. Särskilt den subjektiva ensamheten har studerats i mindre utsträckning
- Det finns ingen årlig undersökning av ofrivillig ensamhet i olika åldersgrupper
- De nationella studier som genomförs har inte med frågan om subjektiv ensamhet varje gång. Olika frågeformulär har använts vid de studier som genomförts och den bland forskare erkända UCLA-skalan<sup>46</sup> används inte.
- De åldersgrupper som är mest drabbade av ofrivillig ensamhet i Sverige är ungdomar och äldre. Detta har Sverige gemensamt med många andra länder i världen. Övriga riskgrupper som har identifierats i svenska studier är arbetslösa, storstadsbor och låginkomsttagare.
- Det finns en utbredd uppfattning hos allmänheten att ensamhet är vanligast bland äldre personer, men det gäller bara de allra äldsta åldersgrupperna - personer över 80 år.

Några exempel på undersökningar som ställer frågor om ensamhet hos äldre är SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden i Sverige (ULF/SILC), SWEOLDS:s longitudinella studie av personer över 70 år samt Socialstyrelsen årliga brukarundersökningar riktade till personer över 65 år som har hemtjänst eller bor i särskilt boende.

### **SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden i Sverige (ULF/SILC)**

Statistiska centralbyråns ULF/SILC-undersökningar beskriver levnadsförhållanden för medborgare över 16 år. SCB:s senaste kartläggning (publicerad 2019) visar att ungefär 4% av befolkningen från 16 år kan räknas som socialt isolerade, vilket innebär att man bara träffar andra personer några gånger i månaden. Äldre personer var oftare socialt isolerade - i åldersgruppen mellan 75 och 84 år var 10% socialt isolerade och i åldersgruppen över 85 år var det 15%.

Subjektiv ensamhet mäts av SCB med frågan ”Har du känt dig ensam de senaste två veckorna?”. Personer över 85 år är överrepresenterade bland dem som svarat ja på denna fråga.

### **SWEOLD**

Undersökningen om äldre personers levnadsvillkor – SWEOLD – är en återkommande nationell undersökning där man följt olika medborgare under flera decennier: Andelen som svarat att de ofta eller nästan alltid känner sig ensamma har varit ganska jämn sedan undersökningen påbörjades år 1992. Vid mätningen 2014, utgjorde denna andel 11,3%, jämfört med 1992 då den var 12,4%.

### **Socialstyrelsens årliga brukarundersökning**

Socialstyrelsen genomför årliga brukarundersökningar som riktar sig till personer över 65 år som bor i ordinarie boende och har stöd av hemtjänst eller som bor i särskilt boende.

---

<sup>46</sup> UCLA ensamhetsskala (UNCLA loneliness scale) är en metod som används av många forskare för att mäta subjektiv ensamhet.

Undersökningarna innehåller ett avsnitt med frågor om ensamhet. Resultaten visar att ensamheten är mindre bland äldre som bor i ordinärt boende och har hjälp av hemtjänst än bland dem som bor på ett äldreboende.

Av dem som bor i ordinärt boende med stöd av hemtjänst upplever 13% att de ofta besväras av ensamhet och 40% ibland. Motsvarande siffror hos dem som bor på särskilt boende är 18% respektive 47%. Dessa resultat har i stort sett varit oförändrade de senaste tre åren.

I gruppen som bor i ordinärt boende är det individer över 80 år som känner sig mest ensamma. Bland dem som bor på särskilt boende är det i stället personer mellan 65 och 79 år.

Rapporten ”**Ensamhet dödar – ofrivillig ensamhet i Sverige**”<sup>47</sup> innehåller även några goda exempel på hur man arbetat med att motverka ensamhet i andra länder:

- I Storbritannien har det lagts stort fokus på ensamhet och det har utformats en nationell strategi inom området. Runt om i Storbritannien pågår en mängd olika insatser och verksamheter som syftar till att minska den ofrivilliga ensamheten. En verksamhet som haft goda resultat är ”social aktivitet på recept” där patienten får träffa en ”hälsolots” som utifrån patientens intresse matchar med olika sociala aktiviteter som kommunen tillhandahåller.
- I staden Århus i Danmark har man genomfört ett projekt som liknar verksamheten i Storbritannien. Projektet i Århus syftar också till att hjälpa människor att hitta gemenskap. Projektet omfattar flera strategier, där en är att genom föreningsbidrag stimulera föreningar att försöka nå andra än dem som redan är medlemmar och en annan handlar om att utse sociala lotsar som arbetar på liknande sätt som i Storbritannien. Man har även utformat en hemsida där det både går att ta del av kommunens och föreningarnas aktiviteter, men där medborgarna också själva kan söka nya vänner, exempelvis promenadsällskap eller bokcirkeldeltagare.

### **Rapporten ”Ensamhet bland äldre i Norden”**

Rapporten ”**Ensamhet bland äldre i Norden**” har tagits fram på uppdrag av Nordiska ministerrådet och syftet har varit att bidra med kunskap och identifiera kunskapsluckor i den nordiska forskningen kring ensamhet.<sup>48</sup>

Några resultat från studien är:

- Ensamhet är vanligast bland yngre personer och bland dem som är cirka 75–80 år eller äldre. Det har inte skett någon ökning av andelen äldre personer som upplever ensamhet över tid. Trots detta drabbas ett allt större antal personer, eftersom antalet äldre personer ökar i befolkningen.
- Det finns ett samband mellan upplevd ensamhet och ökad risk för dödlighet. Den ökade risken för dödlighet är i nivå med tidigare kända

---

<sup>47</sup> Arena idé 2020

<sup>48</sup> Nordens välfärdscenter 2021

riskfaktorer såsom fetma, missbruk, psykisk ohälsa och fysisk inaktivitet. Men det är ett oklart orsak-samband mellan ensamhet och ohälsa.

- Personer som upplever ensamhet har en statistiskt säkerställd högre risk att drabbas av en demenssjukdom jämfört med personer som inte känner sig ensamma. Lågt socialt deltagande och få sociala kontakter innebär en ökad risk för att utveckla demens.
- Ensamhet leder till ökad risk för depression, men ensamhet och depressiva symtom påverkar varandra ömsesidigt. Depression har samband med mer kvalitativa aspekter av sociala kontakter, såsom avsaknad av goda relationer, att inte ha någon nära vän och bristande socialt stöd.
- Det finns begränsad forskning inom området. Det behövs fler longitudinella studier kring hur ensamhet påverkar äldres psykiska och fysiska hälsa.
- Endast nio nordiska studier om interventioner för att minska ensamhet bland äldre personer har publicerats i internationella vetenskapliga tidskrifter sedan år 2000. Dessa studier kom från Finland och Sverige. Interventionerna var framför allt inriktade mot utbildning och valbara psykosociala aktiviteter, även om innehållet varierade. Drygt hälften av studierna påvisade en minskning av deltagarnas ensamhetskänslor, men denna minskning var inte alltid statistiskt säkerställd. Få studier lyfte fram vilka faktorer som gjorde olika interventioner framgångsrika.

Kunskapen om effekterna av olika interventioner för att minska ensamhet hos äldre och vilka faktorer i interventionerna som bidrar till en positiv effekt är alltså mycket begränsad.

## Socialstyrelsens lägesrapport – Vård och omsorg för äldre 2020

Enligt **Socialstyrelsens lägesrapport ”Vård och omsorg för äldre”** från 2020 ökar ensamhet i form av social isolering med stigande ålder. För att räknas som socialt isolerad måste man bo ensam och inte träffa anhöriga, vänner eller bekanta oftare än ett par gånger i månaden. Sannolikheten för att ha depressiva symtom och ångest är högre ju mer socialt isolerad en person är.<sup>49</sup>

Av rapporten framgår att minst var tionde person som är 75 år och äldre är socialt isolerade. I åldersgruppen 75–84 år är siffran cirka 10% och bland personer över 85 år är andelen 15%. 8% av personer 85 år och äldre bedöms vara kraftigt socialt isolerade. Med det menas att även kontakter via telefon och över internet sker mer sällan än en gång i veckan.

### 9.4.3. Ensamhet bland äldre över 65 år i Östersund

Inom ramen för ”Projekt åldrandevänlig kommun” (Age-friendly cities and communities) genomfördes en allmän enkätundersökning riktad till äldre över 65 år i ordinärt boende. Drygt 1 000 personer besvarade enkäten. I enkäten ställdes ett antal frågor om ensamhet och lokala mötesplatser. Resultatet visade bland annat följande:

---

<sup>49</sup> Socialstyrelsen 2020

- En tydlig majoritet av de svarande uppger att de - om man bortser från corona-pandemin - kan träffa de människor de vill och delta i de aktiviteter de önskar (91% av 1 030 personer svarade att det stämmer mycket eller ganska bra).
- Det är en högre andel i åldersgruppen över 85 år som uppger att de inte har möjlighet att träffa de människor man vill/delta i de aktiviteter man önskar, (15% jämfört med 6% i åldern 65–74 år)
- En majoritet av de svarande (59%) uppger att de aldrig känner sig ofrivilligt ensamma. Övriga uppger att de kan göra det i olika hög utsträckning (15% mer sällan än en gång i månaden, 11% någon eller några gånger i månaden, 7% någon gång i veckan, 4% flera gånger i veckan och 2% varje dag).
- Det är en högre andel i åldersgruppen över 85 år som känner sig ofrivilligt ensamma (62% i åldersgruppen 65–74 år säger att de aldrig känner sig ofrivilligt ensamma, jämfört med 43% i åldersgruppen över 85 år).
- Ungefär hälften av de svarande (51%) uppger det finns tillgång till lokala mötesplatser där de kan träffa andra i närområdet. En fjärdedel (25%) svarar att de inte vet om det finns några sådana möteslokaler/anordnas aktiviteter i närområdet och en dryg femtedel (22%) säger att det inte finns tillgång till möteslokaler/anordnas aktiviteter i närområdet.

I enkäten ställdes en flervalsfråga om vilka hinder man upplever för att träffa människor och delta i sociala aktiviteter. 71% av de svarande uppger att det inte finns några sådana hinder – om man bortser från coronapandemin.

Övriga svaranden lyfte bland annat följande hinder för social samvaro:

- man saknar information om vilka aktiviteter som finns (15%)
- det saknas mötesplatser i det egna närområdet (10%)
- de mötesplatser som finns har inte aktiviteter som känns intressanta (6%)
- man känner sig osäker på att gå på aktiviteter ensam (5%)
- man kan inte ta sig till de aktiviteter man vill med kollektivtrafik (5%)
- man saknar internetuppkoppling och kan därför inte delta i digitala aktiviteter (5%)
- man har inte råd att delta i de aktiviteter som ordnas (2%)
- man kan inte ta sig till de aktiviteter de önskar utan hjälp/ledsagning (2%)
- man har svårt att ta sig ut ur sin bostad (2%)
- man orkar av hälsoskäl inte delta i sociala aktiviteter (2%).

Det finns alltså en rad olika faktorer till varför olika medborgare över 65 år inte deltar i sociala aktiviteter eller besöker mötesplatser.

Uppdrag och aktiviteter för att motverka ensamhet kommer att föreslås i ”Strategi för en åldrandevänlig kommun” och dess tillhörande handlingsplan.

## 9.5. Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett växande folkhälsoproblem i Sverige. Allt fler uppger att de har återkommande psykiska besvär, som oro, stress, sömnbesvär och ångest och depression är en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna.<sup>50</sup>

Av det totala antalet personer, oavsett åldersgrupp, som begick suicid under 2019 var nästan 400 kvinnor och drygt 870 män.<sup>51</sup>

### 9.5.1. Definition – psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för tillstånd av olika svårighetsgrad och varaktighet. Till psykisk ohälsa räknas både psykiska besvär, som kan yttra sig som till exempel nedstämdhet, oro eller sömnbesvär, och psykiatriska tillstånd.<sup>52</sup>

**Psykiska besvär** är ofta övergående, men kan ibland vara mer ihållande och då innebära svårigheter för individen att klara av vardagen. Psykiska besvär uppfyller inte kriterierna för en psykiatrisk diagnos.

**Psykiatriska tillstånd** innebär att det finns en psykiatrisk diagnos. Dessa tillstånd omfattar både psykiska sjukdomar och syndrom (till exempel depression, utmattningssyndrom, bipolär sjukdom eller psykossjukdomar) samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. För att räknas som ett psykiatriskt tillstånd ska flera specifika symptom förekomma, symptomen ska ha funnits under

en längre tid och medföra nedsatt funktionsförmåga på något sätt.

*20% av äldre över 65 år beräknas ha någon annan psykisk ohälsa än demenssjukdom*

### 9.5.2. Vad visar forskning om psykisk ohälsa

#### bland äldre?

I kunskapsöversikten ”**Anhöriga till äldre personer med psykisk ohälsa**”<sup>53</sup> framgår att närmare 20% av äldre över 65 år beräknas ha någon annan psykisk ohälsa än demenssjukdom.

År 2030 beräknas en fjärdedel av Sveriges befolkning vara över 65 år och av dessa förväntas närmare en halv miljon ha en psykisk ohälsa som kräver behandling.

<sup>50</sup> Folkhälsomyndigheten 2022

<sup>51</sup> Socialstyrelsen 2021b

<sup>52</sup> Folkhälsomyndigheten 2022

<sup>53</sup> Nationellt kompetenscentrum Anhöriga 2016c

Av översikten framgår att forskning visat att psykisk ohälsa hos äldre ofta skiljer sig från psykisk ohälsa hos yngre vuxna, vilket gör att det skulle behöva forskas mer kring situationen för denna målgrupp och deras anhöriga. I nuläget är antalet studier begränsade och ofta gör man generaliseringar från forskning inom andra områden.

Psykisk ohälsa hos äldre medför andra symptom än hos yngre med psykisk ohälsa och det skulle därför kunna behövas andra insatser för äldre. En kroppslig sjukdom kan ibland orsaka psykisk ohälsa hos en äldre person och kroppsliga förändringar och sjukdomar är vanliga i samband med det normala åldrandet.

De åldersförändringar som sker i hjärnan anses också ha betydelse för den psykiska hälsan, till exempel finns en ökad risk för depression pga. en viss minskning av signalsubstansen serotonin. Även sjukdomar som ger hjärnskador (exempelvis stroke) kan öka riskerna för psykisk ohälsa. Kroppsliga försämringar kan i sin tur leda till mer fysisk och psykisk inaktivitet vilket också påverkar den psykiska hälsan.

Åldrandet innebär även en rad psykosociala förluster som kan bidra till försämrad psykisk ohälsa, exempelvis att gå i pension eller att livspartner/vänner går bort vilket leder till ett minskat socialt nätverk. Utöver detta befinner sig många äldre i en livsfas där funderingar om livets mening och existens kan bidra till psykisk ohälsa.

Även om det naturliga åldrandet innebär både sociala och hälsorelaterade förändringar så kan hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser på både samhälls- och individnivå förbättra livskvaliteten och förlänga livet.

Hälsofrämjande aktiviteter är därför viktiga både för de äldre som bor i ordinärt boende och på vård- och omsorgsboende.

Folkhälsomyndigheten lyfter i kunskapsöversikten ”**Psykisk ohälsa vanligt bland äldre personer 65 år och äldre – men det går att förebygga**” att primärvården spelar en viktig roll för att upptäcka psykisk ohälsa bland äldre och förebygga självmord. Äldreomsorgen är också en viktig aktör för att identifiera tidiga symptom på psykisk ohälsa och kan även erbjuda aktiviteter och insatser som syftar till att minska ensamhet och möjliggöra hälsosamma levnadsvanor som motverkar psykisk ohälsa.<sup>54</sup>

Äldreomsorgen kan exempelvis möjliggöra fysisk aktivitet, erbjuda näringsrik mat, utbilda äldre i digital teknik och arbeta för att minska ensamhet.

Även andra yrkesgrupper som kommer i kontakt med äldre kan identifiera riskfaktorer och symptom på psykisk ohälsa. Det gäller till exempel den kommunala hälso- och sjukvården såsom sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Socialstyrelsen skriver i sin lägesrapport om äldreomsorgen 2021 att: <sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> Folkhälsomyndigheten 2021a

- Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Förekomsten av ångestsyndrom och depression är hög bland äldre, både i Sverige och internationellt.
- Äldre som har depressioner eller ångestsjukdomar har i större omfattning än övriga äldre en stor samsjuklighet i svårare somatiska sjukdomar som hjärtsjukdomar och kroniska sjukdomar i luftvägarna. Trots ett stort somatiskt vårdbehov får inte äldre med psykisk sjukdom ett lika gott somatisk omhändertagande som övriga äldre.
- De äldre borde återfinnas inom den specialiserade psykiatrin i minst samma utsträckning som yngre, men Socialstyrelsens analyser visar att det sker en gradvis minskning av andelen personer 65 år och äldre som vårdats för psykisk sjukdom inom den specialiserade öppen- eller slutenvården i takt med en ökande ålder. När personer i gruppen 85 år och äldre vårdades för psykisk sjukdom skedde det i drygt 40% av fallen vid en psykiatrisk klinik.
- Många äldre med psykiatrisk problematik, särskilt med depressioner och ångestsjukdomar, vårdas inom primärvården. 2019 stod primärvården för merparten av all förskrivning av psykofarmaka till äldre, i synnerhet till de allra äldsta.
- Personer som var 65 år eller äldre hade i betydligt lägre grad än yngre vårdats för psykisk sjukdom ett halvt år före suicid. Hos de allra äldsta hade 9% av männen och 10% av kvinnorna vårdats för psykisk sjukdom, medan vårdtillfällena hos de yngre uppgick till cirka 47%.

### 9.5.3. Pandemins påverkan på psykisk hälsa hos äldre

Befolkningens psykiska välbefinnande tycks ha påverkats på olika sätt av coronapandemin, men det finns redan många indikationer på att kvinnor och män påverkats olika. Den omfattande sociala distanseringen i samhället har medfört en ökad risk för psykisk ohälsa.

Socialstyrelsen lyfter i sin rapport **”Vård och omsorg för äldre – lägesrapport 2021”** att enligt internationella studier tycks psykiska besvär som oro och symptom på ångest och depression ha ökat, samtidigt som tillförlitlig information om covid-19 tycks kunna lindra besvären.<sup>56</sup>

Folkhälsomyndigheten publicerade hösten 2020 en rapport – **”Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19”**.<sup>57</sup> Eftersom äldre över 70 år tidigt identifierades som en riskgrupp införde Folkhälsomyndigheten från mars 2020 särskilda rekommendationer för den åldersgruppen. Syftet med rapporten var att följa upp konsekvenserna för målgruppen ur ett hälsoperspektiv. I rapporten presenteras bland annat följande konsekvenser:

- Äldre över 70 år har påverkats särskilt negativt av pandemin, både när det gäller risken för sjukdom och som följd av de restriktioner som infördes för den åldersgruppen

---

<sup>55</sup> Socialstyrelsen 2021b

<sup>56</sup> Socialstyrelsen 2021b

<sup>57</sup> Folkhälsomyndigheten 2020b



- Äldre över 70 år som redan tidigare var socialt, ekonomiskt och hälsomässigt utsatta mådde sämre under pandemin och det digitala utanförskapet blev tydligare när man inte kunde träffas fysiskt
- Många i gruppen 70 år och äldre upplevde en stigmatisering för att de som grupp fick särskilda restriktioner
- Många saknade sina sociala sammanhang och olika stömlinjer fick fler samtal från äldre som inte kände någon mening med att leva längre

#### 9.5.4. Psykisk ohälsa bland äldre över 65 år i Östersund

Det saknas statistikuppgifter om psykisk ohälsa bland äldre över 65 år i Östersunds kommun.

Folkhälsomyndigheten genomför regelbundet en nationell folkhälsoenkät - "Hälsa på lika villkor" (HLV) - där Region Jämtland-Härjedalen även sammanställer resultat på lokal nivå för länets kommuner. Undersökningen omfattar personer i åldern 16–84 år. I regionens rapport "**Hälsa på lika villkor - Rapport för Östersunds kommun 2018**" lyfts den psykiska hälsan fram som ett viktigt utvecklingsområde för kommunen.<sup>58</sup>

I "Hälsa på lika villkor"-enkäten ställs fem frågor kopplat till olika aspekter på psykiskt välbefinnande: stress, ångslan, oro eller ångest, depression, suicidtankar eller suicidförsök som vägs samman till ett index.

Resultatet från 2018 visar att det är cirka 17% i kommunen som uppger ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Andelen som känner ångslan, oro eller ångest har ökat jämfört med tidigare mätning (9% jämfört med 4% i föregående undersökning). Den är även en högre andel personer som har haft suicidtankar jämfört med riket (5% i Östersund och 3% i riket) respektive som gjort suicidförsök (1% i Östersund jämför med 0,5% i riket). Det saknas dock specifika uppgifter om hur det ser ut i den äldsta åldersgruppen (65–84 år).

Enligt Socialstyrelsens lägesrapport från 2021 är det i de flesta regioner färre kvinnor i åldersgruppen 65 år och äldre som inom fyra veckor efter utskrivning från slutenvården haft ett öppenvårdsbesök jämfört med kvinnor i åldersgruppen 18–64 år.

I Jämtland har 12% av kvinnorna i åldersgruppen 65 år och äldre haft en öppenvårdskontakt efter utskrivning, vilket är lägst i riket. Motsvarande andel var 29% för män i åldersgruppen 65 år och äldre, vilket innebar en 16:e plats bland rikets 21 regioner.

#### 9.5.5. Länsgemensamt arbete för att främja psykisk hälsa och förebygga suicid

Region Jämtland-Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län bedriver sedan år 2011 ett länsgemensamt arbete kring psykisk hälsa.

---

<sup>58</sup> Region Jämtland-Härjedalen 2018

Arbetet utgår i grunden från nationella överenskommelser som träffats mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR).<sup>59</sup> Dessa nationella överenskommelser har sedan år 2016 omfattat följande fem fokusområden:

1. Förebyggande och främjande arbete
2. Tillgängliga och tidiga insatser
3. Utsatta grupper
4. Enskildas delaktighet och rättigheter
5. Ledning, styrning och organisation

Region Jämtland-Härjedalen, samtliga kommuner samt Jämtlands läns brukarråd (JLB) har med utgångspunkt från dessa fokusområden utformat en länsgemensam handlingsplan med lång- och kortsiktiga mål, aktiviteter och indikatorer för uppföljning.

Handlingsplanen uppdateras årligen och den nuvarande gäller för perioden 2019–2022. Innehållet i handlingsplanen godkänns av Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM) och Barnarenan i Jämtlands län.<sup>60</sup> I den regionala handlingsplanen har stort fokus varit på barn och ungas psykiska hälsa.

I den senaste versionen av handlingsplanen finns aktiviteter som syftar till att höja kompetensen kring psykisk ohälsa hos äldre personer. Vård- och omsorgsförvaltningen planerar som en del i detta arbete att under våren 2022 göra en utbildningssatsning utifrån Suicide Zeros suicidpreventiva utbildning ”Våga fråga”.<sup>61</sup> Utbildningen kommer att riktas till personal inom hemtjänsten (Sektor hemtjänst och särskilt boende) och Sektor funktionshinder.

När det gäller suicidprevention så har alla regioner i Sverige även fått i uppdrag att införa ett nationellt suicidpreventivt program på regional nivå. SVOM fastställde år 2018 en länsövergripande handlingsplan för suicidprevention och där beslutades bland annat att varje kommun i länet bör upprätta en lokal handlingsplan inom området. Östersunds kommun har i nuläget inte någon sådan handlingsplan.

## 9.6. Risk- och missbruk av alkohol

### 9.6.1. Definition – risk- och missbruk av alkohol

Inom hälso- och sjukvården brukar man använda tre kategorier för att beskriva allvarlighetsgraden av alkoholproblem - riskbruk, missbruk och beroende.<sup>62</sup>

**Riskbruk** innebär att en person dricker mycket ofta eller intensivt. I Sverige uppskattas 15–20% av den vuxna befolkningen ha riskabla alkoholvanor, främst i form av berusningsdrickande. Det finns fastställda risknivåer för alkohol som

<sup>59</sup> SKR 2022b

<sup>60</sup> SVOM (Sociala vård- och omsorgsgruppen) är en politisk samverkansgrupp med representation från samtliga kommuner och Region Jämtland Härjedalen. Barnarenan är en länsövergripande samverkansarena som har fokus på barnfrågor. I Barnarenan ingår utvalda politiker och tjänstemän från Region Jämtland Härjedalen samt länets kommuner.

<sup>61</sup> Suicid Zero 2022

<sup>62</sup> Läkemedelsboken 2022

räknas i antal standardglas/vecka eller standardglas vid ett avgränsat tillfälle (intensivkonsumtion).

**Missbruk/skadligt bruk** innebär att en person har skaffat sig alkoholvanor som pågått en tid och som medfört återkommande problem i relation till omgivningen. Det kan uppkomma under en viss fas i livet eller i en viss situation. Vissa kriterier ska vara uppfyllda för att det ska räknas som missbruk/skadligt bruk. Om missbruket fortsätter en längre tid kan det övergå till ett beroende.

**Beroende** är ett kroniskt tillstånd och inte en kort eller tillfällig period. Vissa kriterier ska vara uppfyllda för att det ska räknas som beroende. Den som blivit beroende har skapat en förändring i hjärnans belöningssystem och för att få kontroll över tillvaron igen måste man helt avstå från alkohol. Det är en stor livsomställning som kräver uthållighet och stöd.

### 9.6.2. Vad visar forskning om risk- och missbruk av alkohol bland äldre över 65 år?

De senaste 15 åren har den totala alkoholkonsumtionen i liter alkohol per person minskat i Sverige. Likaså har både risk- och intensivkonsumtionen minskat i gruppen vuxna som helhet, medan den däremot ökat bland dem som fyllt 65 år.

Enligt **Socialstyrelsens lägesrapport 2020** varierar riskkonsumtionen mellan grupper i befolkningen beroende på kön, ålder och andra socioekonomiska faktorer.<sup>63</sup>

Av **Folkhälsomyndighetens årsrapport 2021** framgår att 16% av befolkningen uppgav att de har en riskkonsumtion av alkohol år 2020. Rikskonsumtionen har minskat i den yngsta åldersgruppen 16–29 år, men ökat i åldersgrupperna 45–64 år och 65–84 år. Fler män än kvinnor uppgav att de har en riskkonsumtion.<sup>64</sup> Samtidigt fanns enligt Socialstyrelsen den relativt största förändringen i alkoholkonsumtion mellan 2004–2018 bland kvinnor i åldersgruppen 65–84 år, jämfört med andra åldersgrupper. Deras alkoholkonsumtion ökade med 44% under den aktuella perioden.<sup>65</sup>

Nordens välfärdscenter har publicerat rapporten ”**Äldre och alkohol – om utmaningarna inom äldreomsorgen i Norden**”, där de granskat hur den nordiska äldreomsorgen har förberett sig för de utmaningar som den växande alkoholkonsumtionen bland äldre förväntas innebära.<sup>66</sup>

I rapporten skriver man att det kan finnas flera olika orsaker till en ökad alkoholkonsumtion i den äldre åldersgruppen.

Inom forskningen skiljer man mellan generationsrelaterade orsaker och åldersrelaterade händelser:

---

<sup>63</sup> Socialstyrelsen 2020

<sup>64</sup> Folkhälsomyndigheten 2021b

<sup>65</sup> Socialstyrelsen 2020

<sup>66</sup> Nordens välfärdscenter 2018

- **Generationsrelaterade orsaker** avser en generations allmänna förhållningssätt till alkohol och de levnadsvanor som varje generation tar med in i ålderdomen.
- **Åldersrelaterade händelser** kan till exempel vara övergången från arbetsliv till pension, där man får en ökad frihet och tid för social samvaro. Som åldersrelaterade händelser räknas även traumatiska händelser som att man drabbas av sjukdom eller förlorar en partner eller sina vänner.

Både generationsrelaterade orsaker och åldersrelaterade händelser bedöms bidra till att skadlig alkoholkonsumtion i högre ålder. De äldres värderingar om alkohol bedöms vara särskilt viktiga när det gäller graden av konsumtion.

Vid sidan av äldre som utvecklar skadliga dryckesvanor i högre ålder finns även de som haft ett högrisk- eller skadligt alkoholbruk sedan unga år.

## Alkohol och den åldrande kroppen

Äldre personer är mer känsliga för alkoholens negativa hälsoeffekter. Kroppen förändras med stigande ålder vilket påverkar hur alkoholen tas upp och omsätts.<sup>67</sup>

Nordens välfärdscenter skriver i rapporten ”**Äldre och alkohol – om utmaningarna inom äldreomsorgen i Norden**” att det finns ett brett kunskapsunderlag om hur alkohol bidrar till olika hälsoproblem, oavsett åldersgrupp. Det kan till exempel bidra till cancersjukdomar, leversjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar samt ökad risk för olyckor.<sup>68</sup>

När det gäller äldre finns det ytterligare risker som gör att alkohol kan bidra till sämre hälsa.

Äldre har generellt sett en lägre tolerans för alkohol och ett antal fysiologiska förändringar i den åldrande kroppen ökar risken för alkoholrelaterade skador. Med åldern minskar ofta kroppsvikten, vilket gör att alkoholhalten i blodet blir högre när man dricker samma mängd som tidigare. Förändringar av leverns funktion, medicinering och långsammare reaktioner är också förknippat med en större risk för alkoholrelaterade skador och det finns en ökad risk för fallolyckor.<sup>69</sup>

Många äldre använder även olika läkemedel som kan samverka på ett negativt sätt med alkohol.

Långvarigt missbruk kan också framkalla ett antal åldersrelaterade hälsoproblem, som till exempel kognitionssvårigheter samt hjärt- och kärlsjukdomar. Det finns en risk att det bakomliggande missbruket bland äldre inte identifieras i dessa sammanhang.<sup>70</sup>

## Skillnader i nationella riktlinjer för alkoholkonsumtion

De nordiska länderna tillämpar olika former av nationella riktlinjer för alkoholkonsumtion. Det kan exempelvis handla om riktlinjer för lågriskkonsumtion eller riktlinjer som visar ett högriskbruk och indikerar behovet av en intervention.<sup>71</sup>

Gemensamt för dessa riktlinjer är att de utgår från att den som dricker är en frisk vuxen i arbetsför ålder. Riktlinjerna beaktar alltså inte äldre personers lägre alkoholtolerans eller att man använder läkemedel. Samtidigt är det svårt att ta fram riktlinjer för äldre då de är en mycket heterogen och omfattande grupp, där åldern dessutom inte är direkt relaterad till hälsa och tolerans av alkohol.

En kartläggning som gjorts av dryckesrekommendationer i EU-länderna visade att sju länder hade gett ut specifika riktlinjer för de äldre, men det finns ingen

**Större risker för äldre**

*Äldre personer är mer känsliga för alkoholens negativa hälsoeffekter*

<sup>67</sup> Kunskapsguiden 2022c

<sup>68</sup> Nordens välfärdcenter 2018

<sup>69</sup> Andreasson et. al 2019

<sup>70</sup> Nordens välfärdcenter 2018

<sup>71</sup> Nordens välfärdcenter 2018

internationell överenskommelse om hur en dryckesrekommendation riktad till äldre ska se ut.

## Alkoholkonsumtionens konsekvenser för äldreomsorgen

Nordens välfärdcenter skriver att en växande alkoholkonsumtion bland den äldre befolkningen förväntas resultera i ett större antal alkoholrelaterade skador, vilket kommer att ställa nya krav på bland annat äldreomsorgen och missbruksvården.

Exempelvis kommer äldreomsorgen utöver ökade åldersrelaterade behov av vård och omsorg att behöva hantera effekterna av förändrade alkoholvanor bland äldre.

Samtidigt finns inom forskningen inget tydligt fokus på äldre och alkohol, varken inom missbruksforskningen eller den gerontologiska forskningen.<sup>72</sup>

Enligt Socialstyrelsens lägesrapport 2020 har det under de senaste 10 åren skett en kontinuerlig ökning av personer 65 år och äldre som vårdas inom hälso- och sjukvårdens specialiserade öppenvård och slutenvård med diagnoser som är relaterade till alkoholberoende. Ökningen avser både kvinnor och män.<sup>73</sup>

Antalet alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare 65 år och äldre ökade med 45% mellan åren 1998–2019. Även denna ökning avser både kvinnor och män.

Av rapporten ”**Äldre och alkohol – om utmaningarna inom äldreomsorgen i Norden**” framgår att äldreomsorgens och hemvårdens lagstadgade mål skiljer sig lite mellan de nordiska länderna, men att de generellt sett handlar om att hjälpa äldre som behöver assistans i sitt dagliga liv på grund av fysiska eller psykiska orsaker. Det ingår inte i äldrevårdens befogenheter att ändra de äldres livsstilar, att påtvinga till exempel vård av missbruk eller att kräva nykterhet.<sup>74</sup>

De som får äldreomsorg har en stark rätt till självbestämmande och intervjustudier med äldreomsorgspersonal visar att rätten till självbestämmande respekteras och beaktas i det dagliga arbetet.

Äldreomsorgens personal som möter äldre med ett skadligt alkoholbruk upplever att de måste balansera mellan att försöka hjälpa de äldre och att låta bli att kränka deras rätt till självbestämmande. Det krävs stor yrkeskunskap och erfarenhet att hitta ett respektfullt sätt att ta upp problem. Missbruksproblem gör ofta äldreomsorgens besök i hemmen oförutsägbara och kan orsaka avvikelser från de planerade arbetsuppgifterna.

Det finns mycket begränsad forskning om arbetssituationen för personal inom äldreomsorgen kopplat till risk- och missbrukssituationer. En dansk undersökning bland hemvårdare visar att nästan 50 procent av de intervjuade har mött äldre som har ett förhöjt alkoholbruk. Möten med sådana äldre är vanligare i ordinarie boende än på äldreboenden. Fyra av tio uppgav att de dagligen eller nästan dagligen träffar äldre med alkoholproblem och fem av tio svarade att sådana möten i viss mån försvårar deras arbete.

---

<sup>72</sup> Nordens välfärdcenter 2018

<sup>73</sup> Socialstyrelsen 2020

<sup>74</sup> Socialstyrelsen 2020

### 9.6.3. Risk- och missbruk av alkohol bland äldre i Östersund

Det saknas statistikuppgifter om risk- och missbruk bland äldre över 65 år i Östersunds kommun.

Enligt uppgifter från Region Jämtland-Härjedalen, 2021, ökar dock alkoholkonsumtionen bland personer som är 65 år och äldre. Nästan en av fyra kvinnor i 70-årsåldern klassas som riskbrukare. Även antalet alkoholrelaterade skador bland äldre har ökat betydligt.

Situationen ställer nya krav på både äldreomsorg och hälso- och sjukvård. Samtidigt saknar de flesta kommuner rutiner för hur äldreomsorg och missbruksvård ska samverka.

Vård- och omsorgsförvaltningen och Social- och arbetsmarknadsförvaltningen i Östersunds kommun har identifierat risk- och missbruk som ett viktigt samverkansområde mellan förvaltningarna och planerar att genomföra en processkartläggning kring detta under hösten 2022.

## 9.7. Våld i nära relationer

Våld i nära relationer är ett stort samhällsproblem. Det orsakar både psykiska och fysiska hälsoproblem för dem som utsätts och medför stora samhällskostnader. Socialstyrelsen har uppskattat att kostnader kopplat till detta motsvarar flera miljarder kronor per år.<sup>75</sup>

Enligt 5 kap. 11 § socialtjänstlagen (2001:453) ska socialnämnden se till att den som utsätts för brott och dennes närstående får det stöd och hjälp som de behöver. Enligt ett tillägg från 1 augusti 2021 ska socialnämnden även verka för att den som utsätter eller har utsatt närstående för våld eller andra övergrepp ska ändra sitt beteende.<sup>76</sup>

Socialstyrelsen har utformat särskilda föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4)<sup>77</sup>. Dessa föreskrifter gäller för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med barn och vuxna som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp av närstående. Kopplat till föreskrifterna har Socialstyrelsen även tagit fram en handbok som stöd i arbetet.<sup>78</sup>

### 9.7.1. Definition - våld i nära relationer

Våld i nära relationer kännetecknas av att den som utsätts har en nära relation till och ofta starka känslomässiga band till förövaren, vilket också gör det svårare att göra motstånd och lämna relationen.<sup>79</sup>

Begreppet våld i nära relationer omfattar alla typer av våld mellan närstående. Det kan förekomma i både heterosexuella och homosexuella parrelationer eller i andra

---

<sup>75</sup> Kunskapsguiden 2022d

<sup>76</sup> Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) 2022a

<sup>77</sup> Socialstyrelsen 2014

<sup>78</sup> Socialstyrelsen 2016a

<sup>79</sup> Östersunds kommuns Strategi mot våld i nära relationer 2018–2022

familje- och släktrationer. Det kan alltså handla om såväl makar, sambor, pojk- eller flickvänner, som föräldrar, syskon, barn eller andra släktingar.

Våld i nära relationer kan yttra sig på olika sätt, såväl psykiskt som fysiskt, sexuellt och materiellt. Våldet blir ofta allvarligare ju längre relationen pågår.

Exempel på olika former av våld i nära relationer är: <sup>80</sup>

**Psykiskt våld:** avser kränkningar med ord eller handlingar som riktar sig mot den närstående person eller människovärde. Detta inkluderar utskällning, direkta eller indirekta hot, sårande kritik, ignorerande, nedsättande och förödmjukande beteende, falska anklagelser och förhör. Begränsning av rörelsefriheten är också ett exempel på psykiskt våld, liksom stalkning och andra trakasserier.

**Fysiskt våld:** avser varje form av fysisk handling som skadar och/eller orsakar fysisk smärta. Detta inkluderar till exempel att nypa, slå, knuffa, sparka, att hålla fast eller släpa, dra i håret, bitas, kasta olika föremål, att hota med vapen, ta stryppgrepp eller tvångsmata någon.

**Sexuellt våld:** avser allt från ovälkommen beröring till att tvingas delta i eller se på sexuella handlingar mot sin vilja. I detta ingår även att fotograferas eller filmas i ett sexuellt syfte mot sin vilja och att utsättas för sexuellt kränkande språk.

Ibland utövas det sexuella våldet i samband med misshandel. För den som är våldsutsatt kan då gränserna mellan övergrepp och frivilligt sex bli otydliga, eftersom personen tvingas ställa upp på sex för att undvika andra former av våld.

**Ekonomiskt våld:** innebär att den ena parten helt eller delvis kontrollerar den andra partners och/eller den gemensamma ekonomin. Detta leder till att den ena parten blir helt beroende av den andra och förvägras självständighet och oberoende. Till ekonomiskt våld räknas även ekonomiskt utnyttjande som till exempel stöld av pengar eller ägodelar, utpressning, att den utsatte hotas till att ta lån eller skriva under fullmakt till utövaren som kan göra affärer i den utsattes namn, påtvingna ändringar i testamente.

**Materiellt våld:** innebär att våldsutövaren riktar sin aggressivitet mot och/eller förstör materiella ting både i och utanför hemmet, vilket skapar oro och rädsla. Materiellt våld kan till exempel vara att kasta saker, förstöra eller slå sönder saker. Den utsatta personen kan också tvingas att själv förstöra ägodelar av särskild betydelse.

**Försummelse:** är en våldsförform som förekommer riktat till personer i beroendeställning, såsom personer med funktionsnedsättning eller äldre. Det kan yttra sig i form av till exempel medvetet felaktig medicinering, bristande hygien, otillräcklig föda, att lämna någon utan hjälp eller tillsyn långa perioder, att undanhålla hjälpmedel, att försvåra i stället för att underlätta vardagen.

---

<sup>80</sup> Östersunds kommuns Strategi mot våld i nära relationer 2018–2022



## 9.7.2. Vad visar forskning om äldres utsatthet för våld i nära relationer?

Både svensk och internationell forskning visar att den vanligaste formen av våld i nära relation (oavsett åldersgrupp) är att män utövar våld mot kvinnor som de har eller har haft ett förhållande med. Enligt en sammanställning av Brottsförebyggande rådet (BRÅ) år 2009 avsåg 85% av det rapporterade våldet i nära relationer sådana situationer.<sup>81</sup>

Samtidigt visar undersökningar att även hetero- och homosexuella män utsätts för våld av sina partner och andra familjemedlemmar.

Det finns också ett stort mörkertal kring hur många som utsätts för våld i nära relationer. Ett vanligt skäl till att inte anmäla våld kan vara att brottsoffret känner förövaren. Den som utsätts kan känna maktlöshet inför situationen, vara rädd för att utsättas för mer våld eller känna att man inte orkar med en rättsprocess.<sup>82</sup>

### Skillnader mellan kön

En skillnad mellan könen när det gäller misshandel är att män i högre utsträckning är obekanta med den som utövat våld mot dem och att det sker i offentliga miljöer, medan kvinnorna oftare känner gärningsmannen och att brottet äger rum i hemmet.<sup>83</sup>

När det gäller våld i nära relationer finns det också skillnader i vilken typ av våld som män och kvinnor utsätts för. Det är mer vanligt att män uppger att de har utsätts för psykiskt än fysiskt våld. Det kan till exempel handla om verbala påhopp, svartsjuka, hot om fysiskt våld, hot om skilsmässa och förstörelse av personlig egendom<sup>84</sup>.

Kvinnor utsätts oftare än män för grovt och upprepat fysiskt våld från en partner. Kvinnor är även mer utsatta för sexuellt våld. Lindrigare former av våld (som att bli knuffad, få saker kastade på sig eller bli dragen i håret) drabbar män och kvinnor i liknande utsträckning.

### Äldres utsatthet för våld

Både äldre män och kvinnor utsätts för våld i nära relationer - av anhöriga, av anställda inom vård och omsorg, av grannar i särskilt boende och av deltagare i dagverksamhet.<sup>85</sup>

Med hög ålder följer ofta ett ökat beroende av omgivningen, antingen av närstående eller av personal. Att vara i en beroendeställning är en viktig riskfaktor för att kunna utsättas för våld. Det för också med sig en risk för upprepat våld samt att det gör det svårare att ta sig ur en destruktiv relation. Vårdrelationer som är ansträngda är ytterligare en riskfaktor när det gäller våld och övergrepp.<sup>86</sup>

---

<sup>81</sup> Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) 2022b

<sup>82</sup> Socialstyrelsen 2016b

<sup>83</sup> Äldrecentrum 2016

<sup>84</sup> Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) 2022c

<sup>85</sup> Socialstyrelsen 2016b

<sup>86</sup> Socialstyrelsen 2016b

Äldrecentrum Stockholm har på uppdrag av Länsstyrelsen i Stockholm gjort en kunskapsöversikt om vad forskningen visar om äldres utsatthet för våld.<sup>87</sup>

Kunskapsöversikten visar bland annat att:

- Det inte finns några säkra uppgifter om hur stor andel av dem som är våldsutsatta som är 65 år eller äldre
- Det finns en underrapportering kring våld mot äldre. I kriminalstatistik, forskning och nationella frågeundersökningar används olika åldersgränser där man exkluderar äldre åldersgrupper. Exempel på åldersgränser som har använts i nationella undersökningar kring förekomsten av våldsutsatthet är till exempel 64, 74, 79 och 84 år. De undersökningar som finns ger därför ingen heltäckande bild.
- Risken att bli våldsutsatt ökar med stigande ålder. Personer över åttio år bedöms vara två till tre gånger mer utsatta än yngre. Att som äldre drabbas av sjukdom eller normala åldersförändringar kan innebära ett ökat beroende av sin omgivning, vilket i sin tur kan utnyttjas av närstående eller vårdpersonal.
- Äldre har en större risk att utsättas för våld om de har fysiska eller kognitiva funktionsnedsättningar, beteendeförändringar, stort vårdbehov och om de är samboende.
- Äldre som bor i vård- och omsorgsboende och som har omfattande hjälpbehov tillhör en högriskgrupp för att bli utsatta för våld eller övergrepp av både närstående och vårdpersonal. I denna grupp ingår bland annat personer med demenssjukdomar, funktionshindrade, socialt isolerade och de allra mest sjuka.
- Äldre med demenssjukdom befinner sig i en särskilt utsatt position för våldsutsatthet. Demenssjukdomar leder ofta till förvirring och desorientering för den drabbade. Detta kan bidra till ångest hos personen, vilket i sin tur kan öka risken för aggression och konflikter.
- Äldre personer med demenssjukdom löper högre risk än andra äldre att utsättas för försummelse av vårdpersonal och anhörigvårdare.
- Äldre personer som själva har ett aggressivt beteende och utövar våld löper också stor risk för att själva utsättas för våld eller övergrepp.
- Äldre kvinnor har svårare att definiera sig som våldsutsatta än yngre, då de normer som gällt tidigare gav mannen en överordnad position i familjen, vilket gjort att kränkningar kan ha normaliserats. Våldtäkt inom äktenskapet kriminaliserades i Sverige först på 1960-talet.

Samhällets syn på äldre personer kan också bidra till att det är svårt att upptäcka när det förekommer våld mot äldre.<sup>88</sup>

Det finns till exempel en föreställning att äldre inte kan utsättas för våld varken av jämnåriga eller yngre, vilket gör att även synliga skador kan tolkas bero på en olycka eller sjukdom.

---

<sup>87</sup> Äldrecentrum 2016

<sup>88</sup> Socialstyrelsen 2016b

Det finns även föreställningar om att äldre personer inte har sexuella relationer, vilket kan leda till att sexuella övergrepp osynliggörs. Sexuellt våld mot äldre är ett outforskat område, trots att det finns uppgifter om äldre kvinnor som utsätts för till exempel sexuella trakasserier och våldtäkter av både vård- och omsorgspersonal, medboende och närstående.

Äldre kvinnor kan också leva i en parrelation där våldet funnits under många år.

Även om mörkertalet är stort kan följande studier ge en uppfattning om äldres utsatthet för våld i nära relationer:

År 2012 genomfördes en enkätundersökning av äldre gotlänningars (65 år eller äldre) erfarenheter av våld, vilket är en av få undersökningar som inte haft någon övre åldersgräns. Enkäten skickades till varannan person över 65 år, vilket motsvarade 6 500 personer. 52% (3 400 personer) besvarade enkäten.<sup>89</sup>

Av de svarande uppgav mer än 15% att de hade utsatts för någon form av våld efter att de fyllt 65 år (antingen fysiskt, psykiskt, ekonomiskt, sexuellt eller försummelse). Den låga svarsfrekvensen gör dock att resultaten måste bedömas med försiktighet.

År 2014 publicerade Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) resultatet från en enkätundersökning där 10 000 kvinnor och 10 000 män mellan 18 och 74 år deltagit. Svarsfrekvensen var även i detta fall 52%. Av de svarande uppgav 14% av kvinnorna och 5% av männen att de som vuxna hade utsatts för fysiskt våld eller hot om fysiskt våld av en aktuell eller tidigare partner. När det gäller motsvarande siffror för psykiskt våld uppgav 20% av kvinnorna och 8% av männen att de varit utsatta.<sup>90</sup>

I den äldsta åldersgruppen – 65–74 år - rapporterade 1% av både män och kvinnor att de hade utsatts för fysiskt våld eller hot om fysiskt våld det senaste året. 0,7% av kvinnorna uppgav också att de utsatts för sexuellt våld det senaste året. Vidare rapporterade 1,4% av kvinnorna och 0,9% av männen att de utsatts för systematiskt samt upprepat psykiskt våld.

### 9.7.3. Våld i nära relationer – äldre över 65 år i Östersund

Det saknas statistikuppgifter om antalet äldre över 65 år i Östersund som utsatts för våld i nära relationer.

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen och Vård- och omsorgsförvaltningen har i nuläget ingen samlad bild över våld i nära relationer bland äldre över 65 år i Östersund.

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) arbetar på uppdrag av regeringen och ofta i samverkan med andra myndigheter och organisationer. BRÅ producerar den officiella kriminalstatistiken, utvärderar reformer, bedriver forskning för att ta fram ny kunskap och stödjer lokalt brottsförebyggande arbete.

---

<sup>89</sup> Socialstyrelsen, 2016b

<sup>90</sup> Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) 2014

I sin statistik presenterar BRÅ endast uppgifter om vuxna personer i åldersintervallen 18 år eller äldre. Det går därför inte att urskilja uppgifter om personer över 65 år.

Enligt uppgifter från BRÅ gjordes totalt 14 anmälningar om grov fridskränkning<sup>91</sup> i Östersunds kommun under 2020.

- Tre av dessa brott begicks mot kvinnor 18 år eller äldre i en parrelation eller genom släktskap/familj.
- Ett av de anmälda brotten begicks mot en man 18 år eller äldre och skedde i en parrelation.

17 anmälningar av grov kvinnofridskränkning gjordes i Östersunds kommun under 2020.

#### 9.7.4. Kommunens arbete kring våld i nära relationer

År 2018 fastställde kommunfullmäktige en ”Strategi mot våld i nära relationer 2018–2022” som alla nämnder och förvaltningar har haft i uppdrag att följa.

Prioriterade strategiska utvecklingsområden är enligt strategidokumentet:

- Förebyggande och tidiga insatser ska genomföras för att motverka våld i nära relation samt hedersrelaterat våld
- Stöd och hjälp ska erbjudas snabbt till dem som har upplevt våld i nära relation eller är oroliga för att det ska ske. Hjälp ska erbjudas snabbt till de som har utövats våld eller är oroliga för att det kan ske, så att de kan förändra beteende och ta ansvar för sina handlingar.
- Medarbetare och förtroendevalda ska ha goda kunskaper om våld i nära relation samt om hedersrelaterat våld
- Alla kommuninvånare ska ha tillgång till information om vilket stöd som finns att tillgå gällande våld i nära relation
- Kommunen som stor arbetsgivare har också ett ansvar att se över hur stöd, råd och hjälp kan ges till medarbetare som är utsatta eller utövare. Det ska vinnas kunskap och plan för hur detta ska kunna ske.

Vård- och omsorgsförvaltningen har med utgångspunkt från strategin genomfört olika utbildningsinsatser riktade till samtliga chefer och medarbetare i förvaltningen med start år 2019.

Vård- och omsorgsförvaltningen och Social- och arbetsmarknadsförvaltningen har även identifierat våld i nära relationer som ett viktigt samverkansområde mellan förvaltningarna och planerar att genomföra en processkartläggning kring detta under 2023.

---

<sup>91</sup> Grov fridskränkning är ett vålds-, frids- eller sexualbrott som består av upprepad kränkning av en närstående eller tidigare närstående person, där förövaren är en kvinna i en heterosexuell relation alternativt där brottet riktas mot t.ex. barn, föräldrar eller syskon eller att det handlar om våld i samkönade relationer. Om brottet begås av man mot en kvinna betecknas det istället som grov kvinnofridskränkning.

## 9.8. Hemlöshet

Enligt en kunskapsöversikt från Forte år 2020 är hemlöshet ett omfattande samhällsproblem i Sverige, precis som i många andra länder. Hemlösheten har också ökat de senaste 20 åren. Sverige har en högre andel hemlösa per tusen invånare jämfört med våra nordiska grannländer.<sup>92</sup>

Enligt kunskapsöversikten beror hemlösheten bland annat på att behovet av bostäder inte motsvarar det utbud som finns (till exempel att det inte finns hyreslägenheter med hyror som människor med låga inkomster kan betala) samt hyresvärdarnas krav på fasta inkomster, referenser och kötid (vilket gör det särskilt svårt för nyanlända att få en bostad).

### 9.8.1. Rätten till en bostad

Lagstiftningen kopplad till medborgares rätt till bostad är komplex.<sup>93</sup>

I regeringsformen finns ett allmänt mål för den offentliga verksamheten, där det står att det allmänna ska trygga rätten till bland annat bostad. Regeringsformen 1 kap. 1 § 2 lyder:

*“Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa.”*

Kommunen har enligt lag (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar, § 1, också ansvar för att planera för bostadsförsörjningen i kommunen:

*“Varje kommun ska med riktlinjer planera för bostadsförsörjningen i kommunen. Syftet med planeringen ska vara att skapa förutsättningar för alla i kommunen att leva i goda bostäder och för att främja att ändamålsenliga åtgärder för bostadsförsörjningen förbereds och genomförs.”*

Kommunfullmäktige ska enligt denna bostadsförsörjningslag anta riktlinjer för bostadsförsörjningen under varje mandatperiod.

Enligt socialtjänstlag (2001:453), 3 kap. 2 § ingår det i socialnämndens uppdrag att arbeta för att förebygga hemlöshet:

*“Socialnämndens medverkan i samhällsplaneringen ska bygga på nämndens sociala erfarenheter och särskilt syfta till att påverka utformningen av nya och äldre bostadsområden i kommunen.*

---

*Socialnämnden ska även i övrigt ta initiativ till och bevaka att åtgärder vidtas för att skapa en god samhällsmiljö och goda förhållanden för barn och unga, äldre och andra grupper som har behov av samhällets särskilda stöd. Socialnämnden ska i sin verksamhet främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning”.*

---

<sup>92</sup> Forte 2020

<sup>93</sup> Boverket 2020

Ingen av dessa lagstiftningar innebär dock någon faktisk rätt till bostad för enskilda medborgare, utan uttrycker mer generella målbilder där syftet är att skapa förutsättningar för alla medborgare att leva i bra bostäder.

För vissa grupper har kommunen ett särskilt ansvar att tillhandahålla boenden. Det gäller till exempel vissa äldre personer, vissa personer med funktionsnedsättning och vissa nyanlända som fått uppehållstillstånd.

### 9.8.2. Definition - hemlöshet

Personer som befinner sig i hemlöshet är en heterogen grupp. Det som är gemensamt för dessa personer är att de befinner sig i någon form av osäker boendesituation. De har ingen egen bostad som de äger eller hyr med besittningsrätt.<sup>94</sup>

Socialstyrelsens definition av hemlöshet omfattar följande fyra olika situationer:

**1: Akut hemlöshet:** Avser personer som är hänvisade till akutboende, härbärke, jourboende, skyddade boenden eller motsvarande. I denna kategori ingår även personer som sover i offentliga lokaler, utomhus, i trappuppgångar, tält, bilar eller motsvarande.

**2: Institutionsvistelse och stödboende:** Avser personer som är intagna eller inskrivna på en kriminalvårdsanstalt eller annan institution/stödboende som ska flytta därifrån inom tre månader, men inte har någon bostad att flytta till. I denna kategori ingår även personer som skulle ha skrivits ut eller flyttat, men som inte kan göra det pga. att de inte har någon bostad.

**3: Långsiktiga boendelösningar:** Avser personer som, på grund av att man inte får tillgång till den ordinarie bostadsmarknaden, bor i någon av socialtjänstens särskilda boendelösningar. Exempel på detta är försökslägenheter, träningslägenheter och sociala kontrakt. Dessa boendeformer är alltid förenade med tillsyn och särskilda villkor eller regler.

**4: Eget ordnat kortsiktigt boende:** Avser personer som bor tillfälligt och utan kontrakt hos kompisar/bekanta, familj/släktingar eller har ett tillfälligt inneboende- eller andrahandskontrakt hos en privatperson.

### 9.8.3. Vad visar Socialstyrelsens kartläggning av hemlöshet?

Socialstyrelsen genomför sedan 1993 nationella hemlöshetskartläggningar vart sjätte år. Den senaste kartläggningen genomfördes år 2017.

I rapporten “**Hemlöshet 2017 – omfattning och karaktär**” redovisas resultatet av den kartläggningen. Där framgår att cirka 33 000 personer vid mättillfället var hemlösa med utgångspunkt från de definitioner som beskrivits i föregående avsnitt.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> Kunskapsguiden 2022b

<sup>95</sup> Socialstyrelsen 2017

Alla kommuner deltog dock inte i mätningen och i kartläggningen räknades bara vuxna personer som var föremål för någon insats eller i övrigt kända av socialtjänsten eller ideella organisationer. Papperslösa, asylsökande och utsatta EU-migranter ingick heller inte i mätningen, vilket innebär att många som bor utomhus eller i osäkra boendeformer inte räknats in. Socialstyrelsen skriver därför att resultaten bör betraktas som ett minimum för det egentliga antalet hemlösa.

Kartläggningen visar bland annat följande:

- majoriteten av de hemlösa var män (62% var män och 38% var kvinnor)
- drygt två av tre personer hade varit hemlösa i minst ett år
- mer än 3 000 personer hade varit hemlösa i mer än 10 år
- närmare hälften av personerna befann sig i situation 3, dvs. hade en träningslägenhet, socialt kontrakt eller liknande.
- ungefär en femtedel (18%) befann sig i situation 1, dvs. var akut hemlösa, vilket var en ökning från föregående mättillfälle år 2011
- ungefär en femtedel (18%) befann sig i situation 4, dvs. hade ett eget ordnat kortsiktigt boende hos till exempel kompis eller släkting.
- övriga som ingick i mätningen (cirka 15%) befann sig i situation 2, dvs. var utskrivna från fängelse eller annan institution utan någon bostad att flytta till

Cirka 6% (1 850 personer) var 65 år eller äldre, vilket var en ökning jämfört med föregående mätning.

Socialstyrelsen skriver i sin rapport **“Förebygga och motverka hemlöshet - Analys och förslag för fortsatt arbete inom socialtjänsten”**<sup>96</sup> att:

- en majoritet av de äldre som var i en hemlöshetssituation samtidigt hade behov av vård och omsorg och av samordnade insatser från flera aktörer
- drygt en tredjedel av personerna hade fysiska besvär respektive beroende och nästan en av fem hade psykisk ohälsa
- personer som har levt i hemlöshet länge och vistats på härbärge löper högre risk för att dö, få sjukdomar och nedsatt fysisk hälsa och har visats ha behov av stöd i sitt vardagliga liv flera år senare
- äldre personer som lever med begränsad ekonomi och som lever ensamma är en riskgrupp för hemlöshet. Olika faktorer så som begynnande demens, isolering och ett samhälle med digitalt baserade tjänster kan försvåra för äldre personer att hantera bland annat betalningar, ansökningar, beställningar och tidsbokningar.

#### 9.8.4. Hemlöshet bland äldre över 65 år i Östersund

Det saknas fullständiga statistikuppgifter om hemlöshet bland äldre över 65 år i Östersund.

Social- och arbetsmarknadsförvaltningens verksamheter har endast en begränsad kännedom om hemlösa i denna åldersgrupp.

---

<sup>96</sup> Socialstyrelsen 2021c

Vård- och omsorgsförvaltningen bedömer att det finns ett mörkertal när det gäller hemlöshet bland äldre. Den statistik som finns, om de som officiellt definieras som hemlösa, är uppgifter hämtade från kommunernas socialtjänst.

Äldre personer som har komplexa behov av insatser och saknar bostad får ofta beslut om korttidsboende eller särskilt boende för äldre även om behoven hade kunnat tillgodoses i en ordinär bostad med ett samlat stöd från både socialtjänst och äldreomsorg.

Vård- och omsorgsförvaltningen och Social- och arbetsmarknadsförvaltningen har identifierat hemlöshet som ett viktigt samverkansområde mellan förvaltningarna. Under 2021 genomfördes därför en gemensam processkartläggning av processen ”Tillhandahålla bostäder för medborgare som är hemlösa eller riskerar att hamna i hemlöshet”. Förvaltningarna har upprättat en åtgärdsplan med aktiviteter, utifrån kartläggningens resultat.



## 10. Kommunens och Vård- och omsorgsnämndens hälsofrämjande arbete

### 10.1. Vård- och omsorgsnämndens strategi för att möta framtida utmaningar

Vård- och omsorgsnämnden fastställde år 2013 ett strategidokument för att möta de framtida utmaningar som man då hade identifierat.

Redan vid den tidpunkten såg nämnden att det fanns två övergripande utmaningar som skulle komma att påverka nämndens ansvarsområden de kommande decennierna:

1. **Den demografiska utmaningen** (med en åldrande befolkning, färre i yrkesaktiv ålder och mindre offentliga resurser)
2. **Ett exkluderande samhälle** (där personer med olika funktionsnedsättningar drabbas av ofrivilligt utanförskap/inte får leva på samma villkor som övriga befolkningen)

För att möta dessa utmaningar bedömdes det nödvändigt att hitta strategier som syftade till att både minska behovet av stödinsatser och att säkra ett tillräckligt utbud av resurser – personalmässigt och ekonomiskt.

Nedanstående delstrategier fastställdes och en viktig grundtanke har sedan dess varit att arbeta mer hälsofrämjande och sjukdoms-/olycksförebyggande med både medborgare och medarbetare.

#### 10.1.1. Strategier för att minska behovet av insatser

- **Arbeta med hälsosamt åldrande ur ett livsloppsperspektiv:** genom att arbeta med hälsofrämjande insatser i livets alla skeenden kan man skjuta upp behovet av stödinsatser och öka äldres livskvalitet
- **Arbeta hälsofrämjande och förebyggande genom inkluderande samhällsplanering och kommunal service:** genom att skapa tillgängliga och stödjande miljöer samt servicefunktioner ökar möjligheten för både äldre och personer med funktionsnedsättning att förbli självständiga och delaktiga i samhället. Genom att ha ett funktionshinderperspektiv vid all samhällsplanering kan hinder för delaktighet tas bort.
- **Arbeta hälsofrämjande med brukare som erbjuds stödinsatser och deras anhöriga:** genom att ha ett hälsofrämjande förhållningssätt mot dem som erbjuds stödinsatser kan man stärka deras egen förmåga

#### 10.1.2. Strategier för att säkra utbudet av resurser

- **Utforma hälsofrämjande arbetsplatser:** genom att satsa på hälsofrämjande arbetsplatser kan man möjliggöra för befintliga medarbetare att orka och vilja arbeta högre upp i åldrarna
- **Arbeta aktivt med att rekrytera nya anställda till vård- och omsorg:** genom att få fler att vilja arbeta inom vård och omsorg och se personer

som står långt från arbetsmarknaden som potentiella resurser att utbilda och anställa kan vi stärka den egna kompetensförsörjningen

- **Hitta nya sätt att finansiera verksamhet:** genom att söka externa former av bidrag och öka samarbetet med frivilligresurser kan kommunen i viss utsträckning kompensera ett minskat skatteunderlag
- **Använda befintliga resurser på bästa sätt:** genom en tydligare styrning och kontinuerlig uppföljning använder man resurserna effektivare. I detta ingår även löpande omvärldsbevakning för att hitta bättre och effektivare arbetssätt.

Vård- och omsorgsnämnden konstaterade att man inte själv äger dessa frågor utan för att kunna möta de aktuella utmaningarna behöver övriga kommunen och andra aktörer involveras i arbetet. Inom de delområden som rörde nämndens eget ansvarsområde beslutades att det skulle utformas fleråriga handlingsplaner med aktiviteter.

När det gäller övriga delområden beslutades att man skulle utveckla samverkan med andra nämnder i kommunen och detta blev så småningom grunden för ansökan om medlemskap i Världshälsoorganisationens (WHO) globala nätverk för äldrevänliga städer och samhällen (Age-friendly cities and communities), se avsnitt 10.1.3 längre ned.

### 10.1.3. Vård- och omsorgsförvaltningens arbete med en hälsofrämjande kommun

Med utgångspunkt från Vård- och omsorgsnämndens strategi initierade Vård- och omsorgsförvaltningen år 2016 ett utvecklingsarbete under parollen ”Hälsofrämjande kommun” där två olika arbetsgrupper skulle ta fram fleråriga handlingsplaner med aktiviteter. Den ena arbetsgruppen fick i uppdrag att fokusera på förvaltningens personal - ”Hälsofrämjande kommun – medarbetarens fokus” och den andra på medborgarna - ”Hälsofrämjande kommun – medborgarens fokus.

I arbetet med en Hälsofrämjande kommun – medborgarens fokus har de övergripande målen varit:

- Att fler medborgare ska kunna leva självständiga liv utan kommunens insatser
- Att de medborgare som har behov av stöd, erbjuds insatser som utformas för att frigöra och utveckla sina resurser.

Det utformades med utgångspunkt från detta en handlingsplan för perioden 2017–2021. Den handlingsplanen har senare reviderats och sträcker sig till år 2022.

Fokus i arbetet har varit på att utveckla hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och rehabiliterande insatser<sup>97</sup> och målgruppen är både personer som redan har insatser och personer som ännu inte har några insatser.

---

<sup>97</sup> **Hälsofrämjande insatser:** Hälsofrämjande insatser avser åtgärder som stärker individens förutsättningar att bibehålla eller stärka sin hälsa, d.v.s. fokus ligger på att förstärka faktorer som hjälper människor att må bra (Salutogent perspektiv)

De nämnda handlingsplanerna har omfattat följande utvecklingsområden:

### **1. Utveckla ett tillgängligare samhälle (för alla medborgare)**

Tillgängliga och stödjande miljöer samt servicefunktioner ökar möjligheterna för både äldre och personer med funktionsnedsättning att förbli oberoende och delaktiga i samhället.

Exempel på aktiviteter som genomförts i samverkan med andra förvaltningar är bland annat: trygghetsvandringar, dialog om hur tillgänglighet kan förbättras när det gäller kollektivtrafik och naturmiljöer. Vård- och omsorgsförvaltningen har även lanserat konceptet ”Bo bra på äldre dar” via en uppdaterad hemsida och informationsträffar på kommunens mötesplatser.

Efter att kommunen blivit medlem i Världshälsoorganisationens globala nätverk för äldrevänliga städer och samhällen (Age-friendly cities and communities) kommer stora delar av detta i stället att bedrivas inom ramen för en åldrandevänlig kommun, se avsnitt 10.1.4.

### **2. Öka medborgarnas kunskap om livsstilsfaktorer som påverkar hälsan (alla medborgare – både de som har och inte har stöd av VON)**

Individens livsstil har stor betydelse för både den enskildes hälsa och samhället i stort. Genom att erbjuda kunskap och stöd kring hur olika livsstilsfaktorer påverkar hälsan kan Vård- och omsorgsförvaltningen bidra till en förbättrad hälsa och livskvalitet hos medborgarna samtidigt som det framtida behovet av vård och omsorg minskar.

Exempel på genomförda aktiviteter är föreläsningar på kommunens mötesplatser, uppdaterad information på kommunens hemsida och utskick av tryckt information till medborgare över 70 år i Östersunds kommun. Även fallförebyggande åtgärder ingår i detta arbete och viss samverkan har förekommit med Region Jämtland-Härjedalen och 1177.

### **3. Vidareutveckla meningsfull sysselsättning för VOF:s målgrupper (alla medborgare - både de som har respektive inte har stöd av VOF)**

Att ha en meningsfull sysselsättning är viktigt för människor i alla åldrar och bidrar till hälsa och välmående. Med meningsfull sysselsättning avses både att lära sig nya saker genom studier, ha ett arbete som känns meningsfullt och formella eller informella volontäruppdrag.

Exempel på genomförda aktiviteter har varit att utveckla formerna för frivilligarbete samt utveckla daglig verksamhet enligt LSS.

Frivilliguppdrag förekommer i viss utsträckning men bedöms kunna utvecklas ännu mer. Det finns även ett fortsatt behov att utveckla meningsfull sysselsättning inom kommunens verksamheter.

---

**Sjukdomsförebyggande insatser:** Sjukdomsförebyggande insatser avser åtgärder inriktade mot att minska förekomsten av specifika riskfaktorer, sjukdomar eller olyckor (Patogent perspektiv)

**Rehabiliterande insatser:** Rehabilitering avser insatser till en person som har en funktionsnedsättning som uppkommit genom till exempel en olycka eller sjukdom. Dessa åtgärder sätts in när något redan har inträffat och ska leda till att en person så långt som möjligt ska behålla eller få tillbaka sin fysiska och psykiska funktionsförmåga.

#### **4. Stärka självständighet och social gemenskap hos VOF:s målgrupper med hjälp av ny teknik**

Digitalisering och välfärdsteknik är viktiga utvecklingsområden som kan bidra till både ökad självständighet och förbättrad livskvalitet samtidigt som det kan medföra kostnadseffektiva lösningar för verksamheten.

Detta område ingick i den ursprungliga handlingsplanen men har numera en egen handlingsplan. I Östersund har ett flertal initiativ tagits inom ramen för samverkansprojektet VälTel<sup>98</sup>.

#### **5. Öka enskilda medborgares delaktighet och inflytande över den vård och omsorg de erbjuds**

Delaktighet och inflytande över sitt eget liv är viktigt för alla människor.

För att stärka delaktighet och inflytande för dem som har insatser av Vård- och omsorgsnämnden har metoden ”Individens behov i centrum” (IBIC) införts inom socialtjänsten och LSS. IBIC innebär ett strukturerat, systematiskt arbetssätt som omfattar handläggning, genomförande och uppföljning. Arbetssättet innebär att det stöd som beviljas ska utgå från personens individuella behov och mål, inte från utbudet av existerande insatser.

Effekterna av IBIC har inte följts upp i Östersund. Det finns dock ett stort behov av att följa upp effekterna och nyttan av IBIC enligt en nationell rapport från Vårdanalys. Att utveckla personcentrerad vård och omsorg är ett stort utvecklingsområde i landets kommuner.

#### **6. Förbättra hälsan för de medborgare som bor i ordinärt boende med stöd från VOF genom riktade hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande åtgärder**

Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande åtgärder för personer i ordinärt boende handlar om att ge medborgare bättre förutsättningar att bibehålla god hälsa, undvika att ohälsa uppstår eller att minimera konsekvenserna då en person drabbats av sjukdom eller skada.

Exempel på aktiviteter som har påbörjats är ”Hälsoträffar för seniorer som erbjuds personer som sökt trygghetslarm eller serviceinsatser, fallförebyggande åtgärder i form av bland annat informationskampanjer, digital träning med stöd av appen Säkra steg<sup>99</sup> samt samverkan mellan legitimerad personal och biståndshandläggare vid bedömning av behov.

#### **7. Utveckla förutsättningarna för goda matvanor samt fysisk och social aktivitet för de medborgare som bor på särskilt boende respektive LSS-boende**

Ett av Vård- och omsorgsförvaltningens prioriterade områden är att fortsätta utveckla utbudet av fysiska och sociala aktiviteter för dem som bor på särskilda boenden. För att orka delta i olika aktiviteter är det även en förutsättning att äta tillräckligt, varför en fortsatt satsning på kostområdet också har påbörjats. Ett flertal aktiviteter har

---

<sup>98</sup> VälTel är ett EU-finansierat projekt i samverkan mellan Östersunds kommun, Region J-H, Åre kommun, Mittuniversitetet och Nord-Trøndelag i Norge. För mer information, se [VälTel 2.0 | Välfärdsteknologi i Nordens Gröna Bälte \(ostersund.se\)](http://valtel20.se)

<sup>99</sup> Säkra steg är en forskningssudie vid Umeå universitet där man utvärderar digitala program för att minska falloolyckor bland äldre personer, se [Säkra steg \(sakrasteg.se\)](http://sakrasteg.se)

genomförts men det finns fortsatt ett behov att arbeta med social gemenskap, goda matvanor och fysisk aktivitet för dessa målgrupper.

COVID-19 pandemin har haft en betydande påverkan på i vilken takt handlingsplanernas aktiviteter har kunnat genomföras. Fokus har dock kvarstått och planerade aktiviteter kommer att genomföras så snart det är möjligt.

#### 10.1.4. Arbetet med en åldrandevänlig kommun (AFCC)

Östersunds kommun är sedan juni 2019 medlem i Världshälsoorganisationens (WHO) globala nätverk för åldrevänliga städer och samhällen - ”Age-friendly cities and communities” (AFCC).

WHO:s nätverk ”Age-friendly cities and communities” har initierats för att möta utvecklingen med en åldrande befolkning och snabb urbanisering på global nivå. Nätverket vill stimulera medlemsstäderna till kunskaps- och erfarenhetsutbyte kring hur man kan utforma åldrevänliga städer som skapar förutsättningar för ett aktivt och hälsosamt åldrande.

WHO har i samverkan med äldre medborgare runt om i världen identifierat åtta arbetsområden som bedöms viktiga för att skapa åldrevänliga städer och samhällen.

Dessa områden är:

1. Utemiljöer och allmänna byggnader
2. Transporter
3. Bostäder
4. Social gemenskap och delaktighet
5. Respekt och social tillhörighet (icke-diskriminering)
6. Arbete, sysselsättning och medborgarinflytande
7. Information och kommunikation
8. Samhällsstöd och service

Även om WHO:s nätverk har fokus på äldre har Östersunds kommun beslutat att arbetet med AFCC ska omfatta både äldre och personer med olika funktionsnedsättningar, då de aktuella åtta arbetsområdena bedöms lika viktiga för båda målgrupperna. Fokus blir därmed att skapa en **åldrandevänlig** kommun, ur ett livsloppsperspektiv, snarare än en åldrevänlig kommun.

Genom att förbättra de ovanstående åtta områdena för äldre och personer med olika funktionsnedsättningar säkerställer kommunen även viktiga delar i FN:s konventioner om mänskliga rättigheter.

Medlemskapet i WHO:s AFCC-nätverk är kostnadsfritt, men som medlem har kommunen åtagit sig att göra följande saker:

1. Utveckla formerna för medborgarmedverkan och medborgardialoger
2. Genomföra en baslinjemätning (nulägesanalys) utifrån AFCC:s åtta arbetsområden tillsammans med medborgarna
3. Utforma en 3-årig kommunövergripande handlingsplan baserat på resultatet av nulägesanalysen

4. Identifiera utfallsmått för att följa upp och utvärdera effekten av arbetet med AFCC
5. Sprida kunskap till det globala AFCC-nätverket (dvs. dela erfarenheter från det egna utvecklingsarbetet i form av behovsanalyser, handlingsplan och resultat)

Kommunfullmäktige gav inför år 2020 Vård- och omsorgsnämnden, Miljö- och samhällsnämnden, Kultur- och fritidsnämnden, Social- och arbetsmarknadsnämnden och Tekniska nämnden ett gemensamt uppdrag att påbörja arbetet med att göra Östersund till en mer åldrandevänlig kommun som ger äldre och personer med olika funktionsnedsättningar förutsättningar för ett aktivt och hälsosamt liv och åldrande.

Arbetet med att bli en åldrandevänlig kommun är ett långsiktigt åtagande, men har inledningsvis genomförts i form av ett projekt under år 2020–2022.

Som en del av projektet kommer det att utformas ett strategidokument ("Strategi för en åldrandevänlig kommun") och en flerårig handlingsplan som kommer att ligga till grund för det fortsatta utvecklingsarbetet. Dessa dokument kommer att omfatta det *kommungemensamma* hälsofrämjande arbetet kopplat till äldre och personer med funktionsnedsättningar.

De utvecklingsområden som identifierats kopplat till det samhällsstöd som Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för kommer däremot att beaktas i "Riktlinje för äldreomsorgen i Östersunds kommun" och dess tillhörande strategi.

## Vad tycker äldre 65+ är särskilt viktigt att förbättra när det gäller äldreomsorgen?

Inom ramen för "Projekt åldrandevänlig kommun" (Age-friendly cities and communities) har det genomförts både en allmän enkätundersökning, telefonintervjuer och medborgardialoger för att fånga hur äldre 65+ upplever de olika AFCC-områdena i nuläget.

När det gäller de kommunala insatserna kopplat till Samhällsstöd och service framkom det i den allmänna enkätundersökningen att förtroendet för äldreomsorgen behöver förbättras. Drygt hälften av de svarande (56%) uppger att de känner sig mycket eller ganska trygga med att få hjälp från kommunen om de behöver det. En dryg tiondel (14%) känner sig inte särskilt trygga och cirka en tredjedel (27%) uppger att de inte vet om de är kan vara trygga med omsorgen.

Det har i flera olika AFCC-undersökningar framförts önskemål om bättre äldreomsorg i olika avseenden. Följande utvecklingsområden har lyfts fram som särskilt viktiga att förbättra:

- **Säkerställa bättre personalkontinuitet i hemtjänsten**  
Bättre personalkontinuitet i hemtjänsten är det förbättringsområde som flest äldre har lyft fram både i den allmänna enkätundersökningen, vid telefonintervjuer och dialoger. Man vill att antalet personer som besöker enskilda vårdtagare ska begränsas betydligt.

Det upplevs otryggt att släppa in många olika personer i sitt hem och även om de som har hemtjänstinsatser upplever att personalen i de flesta fall har ett bra

bemötande tycker man att det är jobbigt att möta så många olika personer. Man vill att det ska vara personal som har kunskap om behoven och att man inte behöver förklara sina behov vid varje tillfälle. Med färre personal som besöker varje person bedöms den enskilde medborgaren ha möjlighet att lära känna personalen och få en trygg relation till dem.

Många som ännu inte har några insatser uttrycker också en stark oro för att behöva träffa många olika personer under en dag eller vecka. Några medborgare som har haft närstående med insatser har en negativ upplevelse från detta.

- **Erbjuda bättre kvalitet inom äldreomsorgen**

Bättre kvalitet i äldreomsorgen är ytterligare ett förbättringsområde som lyfts fram av många äldre både i den allmänna enkätundersökningen och vid dialoger. Både personer som är anhöriga, som själva har insatser och äldre som arbetar inom verksamheten uttrycker att de inte upplever att den nuvarande äldreomsorgen är välfungerande.

Ett förslag är att det ska tillskjutas fler resurser, då personalen inte bedöms hinna med de uppgifter som kan ge ökad livskvalitet, till exempel fler sociala aktiviteter, att möjliggöra utevistelser/ promenader, att hålla en hand eller ge massage.

Personer som ännu inte bor på särskilt boende eller som är anhöriga till någon som bor på ett särskilt boende har framfört önskemål om hur de skulle vilja att det ska fungera om de själva måste flytta till ett boende, till exempel att det ska finnas utbildad personal, bra bemanning, att man ska erbjudas god och näringsriktig mat, att det ska finnas tillgång till grönområden och erbjudas trevliga och varierade sociala aktiviteter. Man vill att det ska tillföras mer pengar till omsorgen för att göra detta möjligt.

Några personer lyfter även fram att verksamheten behöver planera framåt, då de som blir pensionärer idag har helt andra önskemål än tidigare generationer (till exempel att man vill bli erbjuden en annan typ av aktiviteter och musik – ”mer Rolling Stones än dragspelsmusik” på äldreboendet).

När det gäller enskilda som har hemtjänstinsatser, föreslår målgruppen att det ska finnas möjlighet att erbjuda besök till äldre som sitter ensamma och inte kan ta sig till aktiviteter på egen hand. Man vill även att dessa ska kunna få stöd vid promenader. Några har i anslutning till detta lyft fram betydelsen av att ha uppsökande verksamhet för att motverka ensamhet.

Några har också lyft att de upplever att personalen har så bråttom, att det måste finnas tid att utföra sysslorna mer noggrant, att det bör finnas kontaktpersonal för varje individ och att det behövs bättre kommunikation mellan olika yrkeskategorier.

Andra personer har lyft att de vill att antalet platser på särskilda boenden ska utökas så att det går snabbare att få en plats för dem som har behov av detta och att det lättare ska finnas möjlighet att välja äldreboende.

I anslutning till bättre kvalitet föreslog flera svarande i enkätundersökningen också att de vill att det är bättre utbildad omsorgspersonal inom både hemtjänsten och på särskilt boende. Flera gav exempel på egna dåliga erfarenheter kring detta.

Man vill att befintlig personal ska ha en bra utbildning och att kommunen ska säkerställa att de som anställs har tillräcklig utbildning, då bristande kompetens medför ökad risk för felaktigheter vid genomförandet av insatser. Många som har insatser idag är multisjuka, vilket ställer ökade krav på kompetens.

- **Säkerställa att personalen kan tala svenska**

Både i enkätundersökning, vid telefonintervjuer och dialoger har äldre lyft betydelsen av att personalen i äldreomsorgen kan prata svenska. Det är viktigt att personalen kan kommunicera med medborgaren och förstå hans behov. Det uppkommer i nuläget en del missförstånd pga. språkbrister.

Många äldre medborgare hör också dåligt och man måste därför prata extra tydligt och ha en bra svenska, för att det ska bli en bra kommunikation. I anslutning till detta har det även framförts betydelsen av att personal som är nysvenskar får kunskap i svenska seder för att kunna möta den enskildes behov på ett bra sätt.

- **Erbjuda bättre arbetsvillkor inom äldreomsorgen**

I enkätundersökningen föreslog flera svarande att äldreomsorgen ska erbjuda fler fasta tjänster, i stället för att ha så mycket timvikarier. Man bedömer att det skulle bli tryggare för både personal och omsorgstagare och leda till bättre kvalitet där de äldre skulle få bättre omvårdnad.

Utöver de ovan redovisade förbättringsområdena har enskilda svarande lämnat synpunkter om att det måste finnas ordentlig skyddsutrustning för personalen för att minska smittspridning samt att kommunen bör avsluta eller ha bättre uppföljning av privata utförare inom äldreomsorgen. Billigare hemtjänsttaxa efterfrågas också av några, med hänvisning till att alla äldre inte har råd med till exempel hemtjänst.



# 11. Vård- och omsorgsnämndens systematiska kvalitetsarbete

Vård- och omsorgsnämnden har enligt föreskrifter från Socialstyrelsen (SOSFS 2011:9) ansvar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska fastställa grundprinciperna för ledning av verksamheten, fastställa mål och följa upp och utvärdera dessa mål.<sup>100</sup>

Socialstyrelsens föreskrifter ska tillämpas av alla som bedriver hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). Föreskrifterna gäller både för verksamhet som drivs i privat och offentlig regi. De omfattar både myndighetsutövning (dvs. handläggning och beslut av enskilda ärenden) och utförandet av olika insatser.

Inom Östersunds kommun berörs förutom Vård- och omsorgsnämnden även Social- och arbetsmarknadsnämnden av Socialstyrelsens föreskrifter.

## 11.1. Vad är ett ledningssystem?

Ett ledningssystem innebär att man har en fastställd struktur och principer för hur man avser leda och styra en verksamhet mot beslutade mål. Ledningen ska med stöd av systemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet är alltså ett verktyg i arbetet med att styra verksamheten.

Ledningssystem kan ha olika syften beroende på vad man vill uppnå. Det ledningssystem som föreskrivs i SOSFS 2011:9 har som syfte att uppnå **god kvalitet** inom vård och omsorg genom att säkerställa att verksamheterna uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut. Det ska uppnås genom att man har ett systematiskt arbetssätt och bedriver ett fortlöpande förbättringsarbete.

SOSFS 2011:9 innehåller grundläggande krav för vad ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete **måste** innehålla, men verksamheten har utöver det möjlighet att fastställa ytterligare kvalitetskrav som ledningssystemet ska uppnå. Det kan dessutom finnas särskild lagstiftning som ställer krav på att vissa rutiner finns (såsom Lex Sarah).

Genom ledningssystemet skapas struktur och systematik i det arbete som utförs, vilket i sin tur säkerställer rättssäkerhet och kvalitet för de medborgare som ansöker om och beviljas stödinsatser. Med hjälp av ledningssystemet kan ledningen även upptäcka kvalitetsbrister i verksamheten och vilka grupper som drabbas.

Verksamheten kan välja att integrera kvalitetsledningssystemet med övrig styrning så länge de grundläggande kraven i SOSFS 2011:9 uppfylls.

---

<sup>100</sup> Socialstyrelsen 2011

## 11.2. Vad är god kvalitet?

Enligt SOSFS 2011:9, 2 kap 1§, innebär god kvalitet att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt:

- Lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt
- Beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter

Vid sidan av Socialstyrelsens definition av kvalitet har Östersunds kommun fastställt en kvalitetspolicy med fyra olika dimensioner som alla verksamheter ska arbeta med:

### 1. Tillgång & tillgänglighet

Alla som vänder sig till kommunen ska uppleva att tillgängligheten är god. All information ska ges på ett sådant sätt att den uppfattas som tydlig och begriplig.

### 2. Inflytande

Verksamheterna ska underlätta för medborgare att vara delaktiga och ha inflytande när det gäller kommunens utbud och utförande av tjänster.

### 3. Bemötande

De vi är till för ska uppleva att de blir lyssnade till och bemöts personligt med respekt och engagemang.

### 4. Kompetens

De vi är till för ska uppleva att våra uppdrag utförs med rätt kompetens. På så sätt skapas förtroende för kommunens verksamheter.

Målsättningen för Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsarbete är att nämndens samtliga verksamheter ska hålla god kvalitet, vilket innebär att:

- Vi har nöjda medborgare
- Vi följer gällande lagstiftning
- Vi arbetar enligt kommunens kvalitetspolicy och dess fyra dimensioner (tillgänglighet, inflytande, bemötande och kompetens)

## 11.3. Hur är ledningssystemet uppbyggt?

Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem är uppbyggt utifrån de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9. Enligt föreskrifterna ska ledningssystemet anpassas till den egna verksamhetens inriktning och omfattning. De lagar och föreskrifter som styr verksamheten ska identifieras liksom de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Följande delar ingår i Vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete:

- Vård- och omsorgsnämndens styrdokument som beskriver ledningssystemets uppbyggnad och hur det systematiska förbättringsarbetet för kvalitet ska fungera
- Dokumentet ”Styrning i praktiken – Planering, löpande styrning, uppföljning och förbättring av Vård- och omsorgsförvaltningens olika

verksamheter” som beskriver vad chefer för olika verksamheter ska göra för att uppfylla sin del av kvalitetsstyrningen

- En förteckning över aktuell lagstiftning och föreskrifter som berör verksamhetens kvalitet samt en lagefterlevnadskontroll i planerings- och uppföljningsverktyget Stratsys
- Vård- och omsorgsnämndens beslutade uppdragsbeskrivningar respektive upphandlingsdokument och kvalitetskrav
- Vård- och omsorgsförvaltningens beslutade processer, riktlinjer och rutiner i dokumenthanteringssystemet Canea som visar hur verksamheterna ska arbeta för att uppfylla lagstiftning och lokala beslut om kvalitet
- Kommungemensamma mallar för processer, riktlinjer och rutiner i dokumenthanteringssystemet Canea
- Kommungemensamma mallar för verksamhetsplaner, tertialuppföljningar och årsredovisning i planerings- och uppföljningsverktyget Stratsys
- Kommungemensamma verksamhetssystem för rapportering av synpunkter och avvikelser
- En årlig Kvalitetsrapport respektive Patientsäkerhetsberättelse

## 11.4. Uppföljning av kvalitetsarbetet och kvalitetsledningssystemet

Uppföljning av kvalitetsarbetet och kvalitetsledningssystem genomförs på flera olika nivåer hos Vård- och omsorgsnämndens verksamheter.

- Varje verksamhet ska i enlighet med ledningssystemet följa upp det egna kvalitetsarbetet genom att göra olika så kallade egenkontroller och utifrån resultatet vidta förbättringsåtgärder. Varje processägare i förvaltningen har också ansvar för att årligen följa upp att de egna processerna/rutinerna så att de hålls uppdaterade.
- Uppdragsenheten hos Vård- och omsorgsförvaltningen genomför varje år granskningar av uppdrag och kvalitetskrav enligt särskild plan som Vård- och omsorgsnämnden fastställt. Dessa granskningar berör både kommunens egna verksamheter och externa utförare.
- Uppdragsenheten hos Vård- och omsorgsförvaltningen utformar varje år en Kvalitetsrapport respektive Patientsäkerhetsberättelse där man följer upp verksamheternas kvalitet. Dessa dokument publiceras på kommunens externa webbsida så att även allmänheten ska kunna ta del av dem.
- Varje år genomförs särskilda internrevisioner för att granska hur kvalitetsledningssystemet fungerar i olika delar av kommunens egen verksamhet.
- Förvaltningsledning VOF gör också en årlig utvärdering av kvalitetsledningssystemet i samband med något som kallas för "Ledningens genomgång", där man går igenom samtliga delar av ledningssystemet och gör en bedömning av hur det fungerar

Resultatet av både Kvalitetsrapport, Patientsäkerhetsberättelse, internrevisioner och "Ledningens genomgång" presenteras för Vård- och omsorgsnämnden.

Vård- och omsorgsnämnden godkänner ledningssystemet och beslutar om eventuella förbättringsåtgärder kring ledningssystemets uppbyggnad och ansvarsfördelning.

## 12. Nära vård - en reform av hälso- och sjukvårdssystemet

I november 2020 beslutade riksdagen om en primärvårdsreform med utgångspunkt i regeringens proposition ”Inriktningen för en nära och tillgänglig vård” (prop. 2019/20:164). Utifrån detta pågår en omställning av sjukvårdssystemet i Sverige under samlingsnamnet ”Nära vård”.<sup>101</sup>

Nära vård är ett nytt arbetssätt där primärvården är tänkt att fungera som ett nav i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården ska i den rollen samverka med övrig hälso- och sjukvård och socialtjänsten. Som primärvård avses både kommunal hälso- och sjukvård (oavsett utförare, upp till sjuksköterskenivå) och regionfinansierad primärvård (oavsett utförare).

Syftet med det förändrade arbetssättet är bland annat att stärka patientens ställning genom en mer personcentrerad hälso- och sjukvård som utgår från patientens individuella behov och där hela livssituationen beaktas. Samarbetet mellan regioner och kommuner blir därför mycket viktig. Fokus flyttas också från sjukdom och behandling till mer hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Det övergripande målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Ytterligare målsättningar är att patienten ska göras mer delaktig i sin vård och att hälso- och sjukvårdens resurser ska användas mer effektivt.

Regeringen har också angett tre inriktningsmål för reformen:

Mål 1: Ökad tillgänglighet till primärvården

Mål 2: Mer delaktiga patienter och en personcentrerad vård

Mål 3: Ökad kontinuitet i primärvården

---

<sup>101</sup> SKR 2022c och Socialstyrelsen 2021d



**Källa:** [Omställning till Nära vård | SKR.](#)

### 12.1.1. Hälsa- och sjukvården står inför stora utmaningar

I likhet med det övriga samhället står hälso- och sjukvården inför flera långsiktiga utmaningar framöver. Den demografiska utvecklingen innebär stora utmaningar att både finansiera och bemanna hälso- och sjukvårdens verksamheter. Utöver det har pandemin medfört ett uppdämt vårdbehov som måste hanteras.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

I samband med pandemin framkom dock att det finns en ojämlikhet i hälsa och i tillgång till vård. Det finns därför också ett behov av att skapa en mer jämlik och tillgänglig vård i hela landet som möter olika människor utifrån deras behov.

För att möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna krävs förändringar av strukturen och sättet att organisera vården. En utvecklad nära vård med en stärkt primärvård bedöms kunna ge förbättrade förutsättningar för en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård där tillgängliga resurser används på bästa sätt<sup>102</sup>.

De utredningar som genomförts på uppdrag av regeringen har lyft fram att framtidens hälsosystem måste ha en stark primärvård som bas för att klara de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Eftersom primärvård utförs hos både regioner och kommuner är omställningen ett ansvar för båda aktörerna.

Förändringen och omställningen behöver därför planeras och genomföras av respektive region i samverkan med kommunerna och utifrån de lokala förutsättningarna.

<sup>102</sup> Socialstyrelsen 2021d

## 12.1.2. Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner 2022 kring hälso- och sjukvård och folkhälsa

För att nå målbilderna för Nära vård behöver stat, regioner och kommuner arbeta med en gemensam inriktning. Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har inför 2022 tecknat en överenskommelse kring fyra utvecklingsområden som ska stödja utvecklingen av en nära vård<sup>103</sup>.

Dessa utvecklingsområden är:

- **Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav** (t.ex. utveckla samverkan mellan regioner och kommuner, mer hälsofrämjande och förebyggande arbete, förbättra den digitala och fysiska tillgängligheten i primärvården, erbjuda fast läkarkontakt, införa patientkontrakt).
- **Goda förutsättningar för vårdens medarbetare** (t.ex. skapa en hälsofrämjande och hållbar arbetsmiljö, stärka förutsättningarna för ledarskapet, använda kompetensen rätt utifrån ett personcentrerat och hälsofrämjande arbetssätt samt stärka ett teambaserat arbetssätt och samverkan mellan huvudmän)
- **Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025** (t.ex. fortsätta arbeta mot en mer enhetlig och strukturerad vårdinformation och tillsammans med kommunerna påbörja arbete med att öka möjligheterna för informationsutbyte mellan professions- och huvudmannagränser)
- **Förstärkning av ambulanssjukvården** (t.ex. göra ambulanssjukvården mer jämlik och effektiv och ställa om till god och nära vård)

Regeringen har kopplat till överenskommelsen avsatt särskilda medel för att stimulera regionernas och kommunernas utvecklingsarbete. En del av dessa medel riktas till regionerna respektive kommunerna och en del är avsatta för båda aktörerna gemensamt. Vissa medel kan användas till generella insatser utifrån överenskommelsen medan det i andra fall handlar om riktade medel.

## 12.1.3. Arbetet med Nära vård i Region Jämtland-Härjedalen

Med utgångspunkt från de nationella direktiven och överenskommelserna har det påbörjats ett omställningsarbete kring Nära vård inom Region Jämtland-Härjedalen och länets olika kommuner.

Den delen av arbetet som avser samverkan mellan Region Jämtland-Härjedalen och länets kommuner sker i flera olika former. Det har bland annat tillsatts olika arbetsgrupper/projekt kring Nära vård där de berörda aktörerna tillsammans ska utforma gemensamma handlingsplaner. Det saknas dock fortfarande en gemensam målbild för arbetet med Nära vård i länet.

Det har med utgångspunkt från den nationella överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner utformats en "Handlingsplan 2021–2022 för Nära vård med fokus på patientkontrakt, kontinuitet och fasta

---

<sup>103</sup> SKR 2022c

kontakter i primärvården” som avser Region Jämtland-Härjedalen och länets kommuner. Förslag till reviderad handlingsplan kommer att lyftas för beslut till SVOM den 3 juni 2022.

SVOM har med utgångspunkt i regeringens direktiv också beslutat att det under år 2022 ska tas fram en gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå i samverkan mellan region, privata hälsovalsaktörer och kommuner. Detta arbete drivs för närvarande som ett gemensamt projekt mellan Region Jämtland-Härjedalen och länets kommuner.

Planen ska komplettera länets befintliga samverkansavtal för hälso- och sjukvård (tidigare kallat hemsjukvårdsavtalet). Varje kommun ska inom ramen för detta arbete även utforma en lokal samverkansplan för sitt eget geografiska kommunområde.

## 13. Nuläge - Personal och kompetens

Rekryteringsbehovet är i nuläget och på längre sikt betydande för alla yrkeskategorier inom vård och omsorg.<sup>104</sup> Det innebär att Östersunds kommun precis som andra kommuner, regioner och privata utförare har problem med att få tag på utbildad personal och ofta måste anställa personal utan adekvat utbildning.

Tillräcklig bemanning och god kompetens är självklara grunder för att kunna hålla god kvalitet och säkerhet i vård och omsorg<sup>105</sup>.

Hur många som saknar utbildning i Östersund i nuläget är svårt att besvara. När det gäller legitimationsyrken är kompetensen tydligt dokumenterad och direkt knutet till anställningen och därmed går det att följa upp vilken utbildning all legitimerad personal har. Detta gäller även undersköterskor som ska ha genomgått omsorgsutbildning för anställning. Men att följa upp kompetenser inom övriga yrkesområden är svårare.

Huvudregeln är att vårdbiträden ska ha genomgått omsorgsutbildning men eftersom anställningsformen inte skiljer på utbildade och outbildade säger inte anställningen något om utbildningsnivån. Det är dock känt att en betydande del av dem med tillfälliga anställningar som vårdbiträde saknar utbildning, men också ett antal tillsvidareanställda saknar utbildning.

Det har tidigare saknats infrastruktur för att överblicka kompetensen inom organisationen, men genom att Östersunds kommun infört den s.k. Kompetensportalen under år 2021 (ett verksamhetssystem där all kompetensutveckling ska

---

<sup>104</sup> Sveriges Kommuner och Regioner 2020

<sup>105</sup> Inspektionen för vård och omsorg 2021

finnas dokumenterad) har möjligheterna förbättrats. Det kommer dock att ta tid att registrera all information som krävs.

## 13.1. Nuvarande personalläge inom Vård- och omsorgsförvaltningen

Vård- och omsorgssektorn är mycket personalkrävande. I november 2021 arbetade cirka 3 000 personer inom Vård- och omsorgsförvaltningen i Östersunds kommun, varav 1 596 personer inom Sektor hemtjänst och särskilt boende och 1 360 personer inom Sektor funktionshinder. Antalet anställda varierar dock över tid beroende på hög personalomsättning, många timanställda och vikarier.

De tre största personalgrupperna inom äldreomsorgen i kommunerna är undersköterskor, vårdbiträden och sjuksköterskor. Undersköterskor är den överlägset största gruppen och utgör 7 av 10 av alla månadsavlönade och 6 av 10 av samtliga anställda.

I Tabell 7 på nästa sida redovisas antalet anställda inom Sektor hemtjänst och särskilt boende i Vård- och omsorgsförvaltningen (egen regi). Särskilt viktigt att notera i tabellen är det totala antalet anställda, andelen timanställda och personalomsättningen.

**Tabell 7 - Antal anställda inom Sektor hemtjänst och särskilt boende, Vård- och omsorgsförvaltningen, egen regi**

Befattning	Kön	Tillsvidare- anställda	Vikariat	Allmän visstids- anställning (AVA)	Visstids- anställda, grundtjänst	Timanställda	Totalt	Personalomsättning Tillsvidareanställda
		Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	%
Enhetschefer	K	32	0	0	3	0	35	10,9
	M	3	0	1	0	1	5	
Distrikts- sköterska	K	39	0	0	0	1	40	7,4
	M	3	0	0	0	0	3	
Sjuksköterska,	K	46	0	1	0	5	52	23,0
	M	7	0	0	0	1	8	
Arbets terapeut	K	20	0	0	0	0	20	14,0
	M	1	0	0	0	0	1	
Fysioterapeut	K	17	0	0	0	0	17	17,0
	M	6	0	0	0	0	6	
Undersköterska hemtjänst	K	242	0	2	4	34	282	9,1
	M	56	0	0	0	19	75	
Undersköterska särskilt boende	K	308	1	7	20	55	391	10,8
	M	48	1	1	3	8	61	



K	41	2	11	2	134	<b>190</b>	
M	22	1	4	1	81	<b>109</b>	10,5
K	46	0	6	0	109	<b>161</b>	
M	25	0	3	1	92	<b>121</b>	8,3
K	13	0	1	0	0	<b>14</b>	X
M	4	1	0	0	0	<b>5</b>	X
<b>Totalt</b>	804	3	28	29	338	<b>1202</b>	X
	175	3	9	5	202	<b>394</b>	X
<b>Summa</b>	<b>979</b>	<b>6</b>	<b>37</b>	<b>34</b>	<b>550</b>	<b>1596</b>	x

**Källa:** Östersunds kommun. November 2021.

### Förklaring till olika kolumner i Tabell 7

De olika kolumnerna i Tabell 7 ovan visar de anställningsformer som olika yrkesgrupper hade i Sektor hemtjänst och särskilt boende i november 2021. I den första kolumnen redovisas antalet tillsvidareanställda chefer och medarbetare (totalt 979 personer). I de följande kolumnerna redovisas olika former av tidsbegränsade anställningar (vikariat, allmän visstidsanställning, visstidsanställda grundtjänst samt timanställda). Timanställda är den största gruppen (totalt 550 personer). Anställningsformen ”Visstidsanställda grundtjänst” avser chefer och medarbetare som har en tillsvidareanställning i grunden, men som tillfälligt gått in som vikarie för en annan funktion.

Det finns några särskilt noterbara delar avseende personalsammansättningen inom Vård- och omsorgsförvaltningen:

1. Den kraftiga kvinnodominansen i alla yrkeskategorier.

- 82% av de tillsvidareanställda är kvinnor
- 75% av de timanställda är kvinnor

Könssegregationen avviker dock inte från resten av landet utan är förhållandevis representativ.

2. Den höga andelen timanställningar.

- 550 personer är timanställda
- totalt utgör andelen timanställda drygt 34% inom äldreomsorgen (egen regi).

Även detta är i linje med övriga landet då andelen timanställda genomgående är högt inom hela vård- och omsorgssektorn.

## 13.2. Rekryteringsläge

Rekryteringsläget i Östersund är sedan en längre tid ansträngt, både avseende baspersonal (undersköterskor och vårdbiträden) och legitimerad personal. Det är särskilt svårt att rekrytera undersköterskor och distriktssköterskor.

Det ansträngda rekryteringsläget är inte unikt för Östersund utan återfinns i hela landet. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen uppger 56% av kommunerna och 95% av regionerna att de har brist på sjuksköterskor. 76% av kommunerna rapporterar brist på specialistsjuksköterskor och 100% av regionerna rapporterar samma sak. Dessutom finns konkurrensen från privata vårdgivare och i viss utsträckning även våra grannländer.

Det är svårt att beräkna behovet av nyrekryteringar i Östersund men med hänsyn till konkurrensen från både andra kommuner, regionen och privata aktörer kommer sannolikt bristen på kompetent personal att öka. Andelen som påbörjar vård- och omsorgsutbildningar har också minskat vilket gör att färre har den efterfrågade utbildningen.

Utöver det tillkommer personalomsättningen som under 2021 var omkring 10–11% för undersköterskor, 23% för sjuksköterskor och drygt 7% för distriktssköterskor. Det är viktigt att notera att den låga omsättningen av distriktssköterskor kan förändras snabbt då dessa är förhållandevis få anställda vilket gör att relativt små förändringar i antal kan ge stort procentuellt utslag.

Vård- och omsorgsförvaltningen har även köpt hyrpersonal för cirka 5,1 miljoner under 2021. Det finns indikationer på att dessa kostnader fortsätter att öka under 2022.

### **13.3. Vård- och omsorgsförvaltningens arbete för att bli en ”attraktiv arbetsgivare”**

Det här avsnittet berör kommunen som arbetsgivare för de verksamheter som drivs i egen regi.

Vård- och omsorgsförvaltningen påbörjade år 2017 ett utvecklingsarbete kring hur man ska bli en mer ”attraktiv arbetsgivare”. Detta är en del i Vård- och omsorgsnämndens långsiktiga arbete för att kunna möta de utmaningar kommunen står inför - med en ökad andel som kan behöva stöd samtidigt som andelen människor i arbetsför ålder minskar.

En viktig del i arbetet med att bli en mer attraktiv arbetsgivare har varit att satsa på hälsofrämjande arbetsplatser. Genom att ta hand om befintliga medarbetare ökar sannolikheten att de både ska orka och vilja arbeta inom Vård- och omsorgsförvaltningen samtidigt som de blir goda ambassadörer för sin verksamhet.

Under 2017 genomfördes också ett stort antal undersökningar riktade till både tills vidareanställda medarbetare, sommarvikarier/vikarier och studenter som gjort praktik för att ta reda på hur de ser på Vård- och omsorgsförvaltningen som arbetsgivare och vad de tycker kännetecknar en attraktiv arbetsgivare (drömarbetsgivare).

Med utgångspunkt från undersökningarnas resultat identifierades fyra förbättringsområden:

- Arbetsvillkor/arbetsförhållanden
- Ledarskap
- Bemötande/attityd/värdegrund

- Struktur/rutiner

Sommarvikarier/vikarier och praktikanter framförde även önskemål om bättre introduktion respektive bättre mottagande/handledning vid praktik.

Arbetet med att bli en mer attraktiv arbetsgivare är ett långsiktigt och fortlöpande arbete. Exempel på både kortsiktiga och långsiktiga åtgärder som genomförts eller pågår inom respektive område redovisas nedan.

### **13.3.1. Förbättra arbetsvillkor/arbetsförhållanden**

- Utforma och genomföra aktiviteter i handlingsplaner för hälsofrämjande arbetsplatser
- Förbättra introduktion för sommarvikarier
- Synliggöra friskvårdsförmåner för sommarvikarier
- Arbeta för ”heltidsresan”, dvs. att alltid erbjuda heltidstjänster vid rekrytering
- Ansöka om medel ur Omställningsfonden för att stärka medarbetares förutsättningar till fortsatt arbete
- Erbjuder egen kompetensutveckling för vikarier som saknar undersköterskeutbildning
- Erbjuder kompetensutveckling via den statliga satsningen Äldreomsorgslyftet
- Förbättra medarbetarnas lönenivåer genom att driva frågan om lika lön för likvärdigt arbete ur ett jämställdhetsperspektiv

### **13.3.2. Utveckla ledarskapet**

- Anordna gemensamma chefsfrukostar några gånger per år med föreläsningar om hälsofrämjande ledarskap
- Genomföra en organisationsöversyn med syfte att öka förutsättningarna för ett närmare ledarskap
- Anordna utbildningar i hälsofrämjande/tillitsbaserat ledarskap i samverkan med Område HR

### **13.3.3. Utveckla bemötande/attityd/värdegrundsarbete**

- Utveckla förvaltningens värdegrundsarbete med stöd av konceptet ”Framåt med hjärtat”
- Förbättra mottagande av praktikanter
- Ta fram utbildningsfilmer med handledning/stöd till chefer att hantera stress och sjukfrånvaro i arbetsgrupper
- Erbjuder stöd av inkluderingshandledare/handledare ute i verksamheten, så att såväl språk- som yrkespraktikanter ska ges goda möjligheter att utveckla sitt yrkeskunnande och/eller språk

### **13.3.4. Förbättra struktur/rutiner**

- Utveckla IT-miljön via en särskild handlingsplan för digitalisering och e-hälsa
- Förbättra förvaltningens verksamhetssystem (nytt system har upphandlats och implementerats under åren 2019–2021)
- Fortsatt utveckling av kvalitetsledningssystemet
- Fortsatt utveckling av det systematiska arbetsmiljöarbetet och brandskyddsarbetet (SAM och SBA)



## 14. Krisberedskap

Regeringen bedömer att den svenska hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap och förmåga vid särskilda händelser i fredstid och höjd beredskap behöver förstärkas. Socialstyrelsen och Länsstyrelserna har fått ett uppdrag av regeringen att kartlägga socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvårdens krisberedskap.

I februari 2023 ska det presenteras ett stödmaterial till kommunerna och ett förslag på hur krisberedskapen kan förstärkas.

Socialstyrelsen har redan nu publicerat en första delrapport - ”**Kartläggning av den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap - Delrapportering**”.<sup>106</sup>

Kartläggningen avsåg i detta fall att identifiera behovet av stöd för den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänstens arbete med krisberedskap och civilförsvar. Ett 30-tal kommuner har fått besvara en enkät om vilka behov de ser.

De tillfrågade kommunerna bedömer att de klarar att bedriva kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst vid kortare samhällsstörningar (1–3 dagar), men att det skulle vara betydligt svårare vid en längre period (på upp till 3 månader), beroende på störningens omfattning.

Rapporten visar att kommunerna behöver stöd inom följande områden:

- Samverkan och ledning, till exempel upprättande av lägesbilder och samverkansformer i krissituationer
- Planeringsförutsättningar, till exempel att socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård ingår i kommunens rutiner och processer för beredskapsarbete. Det behövs även beredskapsplanering tillsammans med regionen rörande läkarmedverkan och vårdkedjor.
- Utbildning och övning, till exempel stöd för genomförande av lokala och regionala övningar
- Upphandling av privata aktörer, till exempel underlag som hanterar medverkan i övningar och beredskapsplanering
- Kommunikation och information, till exempel stöd för alternativ kommunikation med målgruppsanpassning till såväl verksamheter som medborgare

Socialstyrelsen bedömer att det framöver är viktigt att skapa strukturer och former för samverkan och ledning i krissituationer, både inom verksamheter och mellan olika aktörer.

### 14.1. Lokal lednings- och kommunikationsplan

Vård- och omsorgsförvaltningen har en lednings- och kommunikationsplan. Den ska användas när verksamheterna riskerar att drabbas av eller har drabbats av en

---

<sup>106</sup> Socialstyrelsen 2022

kris. Syftet med planen är att säkerställa att Vård- och omsorgsnämndens lagstadgade verksamheter kan bedrivas dygnet runt vid kris, extraordinär händelse och under höjd beredskap.

Planen är tänkt att innehålla följande:

- Bemanningslista för stabspersonal och kontaktlistor för förvaltningsledning, verksamheter inklusive externa utförare och externa samverkanspartners
- Plan för evakuering
- Plan för kommunikationsstörningar
- Plan för krisberedskap, Chef i beredskap (CIB)
- Plan för livsmedelsförsörjning
- Plan för nödvatten
- Plan för pandemi
- Plan för personalförsörjning
- Plan för värmebölja
- Plan för återgång efter kris
- Plan för övning och utbildning
- Plan för övriga väderstörningar

Den övergripande lednings- och kommunikationsplanen för förvaltningen är tänkt att fattas beslut om under våren 2022. Därefter kommer arbetet med de underliggande delplanerna påbörjas. Några finns sedan tidigare, men även dessa behöver ses över och moderniseras.

Vård- och omsorgsnämndens krisberedskap behöver dock samordnas med den övriga kommunen, eftersom vissa utmaningar behöver hanteras gemensamt.

Kommunstyrelsen har beslutat att kommunen ska bedriva ett systematiskt säkerhetsarbete med tyngdpunkt på ett förebyggande arbete. Det pågår därför ett arbete med att ta fram nya riktlinjer och strategier inom säkerhet, samhällsskydd och beredskap.

I nuläget förekommer dock att olika nämnder och förvaltningar arbetar utifrån olika målsättningar. Ett sådant exempel är att Vård- och omsorgsförvaltningen har ett mål för livsmedelsförsörjningen på tre månader, medan Måltidsservice (Teknisk förvaltning) har ett mål om beredskap för två veckor. Måltidsservice har också endast beredskap för de medborgare som de levererar mat till i normalläget, medan Vård- och omsorgsnämnden behöver säkerställa mat för alla medborgare som har insatser. Det betyder att Vård- och omsorgsförvaltningen behöver ha en egen livsmedelsberedskap för de medborgare som inte omfattas av Måltidsservice tjänster.

En förutsättning för att Vård- och omsorgsnämnden ska kunna utarbeta tydliga rutiner för sin krisberedskap är att:

- Det fastställs en enhetlig kommungemensam ambitionsnivå och budget för krisberedskap inom kommunen
- Det avsätts medel för investeringar för exempelvis utbyggnad av reservkraft, nödvatten och livsmedelsförsörjning

- Beredskapsarbetet samordnas mellan förvaltningarna och ansvarsfördelningen tydliggörs (till exempel att det tydliggörs hur många dagar som verksamheten förväntas ha beredskap att hantera olika störningar utan hjälp från andra)

# Framtida utmaningar för kommunens äldreomsorg

Det här avsnittet beskriver de framtida utmaningar som kommunens äldreomsorg står inför under det kommande decenniet. De främsta utmaningarna är:

- Den demografiska utmaningen (risk för ökade behov av stödinsatser, ökad konkurrens om personal, begränsade ekonomiska resurser när färre ska försörja fler och en ökad belastning på anhöriga när det saknas resurser)
- Behov av tydliga prioriteringar eller förändrad kvalitetsnivå
- Behov av en utökad krisberedskap
- Behov av att utveckla samarbete och samverkan internt och externt

## 15. Den demografiska utmaningen

De största utmaningarna för Östersunds kommun är kopplade till den demografiska utvecklingen med en allt äldre befolkning och en allt mindre del av befolkningen i arbetsför ålder. Den innebär att det kommer att finnas en allt större grupp människor i behov av stöd, men färre som kan utföra arbetet.

Den demografiska utmaningen innebär:

- Risk för ökade behov av stödinsatser pga. en större och åldrande befolkning
- Ökad konkurrens om personal på grund av färre personer i yrkesaktiv ålder
- Begränsade ekonomiska resurser som följd av minskade skatteintäkter när färre ska försörja fler
- En ökad belastning på anhöriga när det saknas resurser

### 15.1. Risk för ökade behov av stödinsatser

När fler av kommunens medborgare blir äldre så kommer det att innebära en ökad risk för sjukdom, funktionsnedsättning och därmed ett ökat omsorgsbehov. Även med en fortsatt positiv utveckling av äldres hälsa och funktionsförmåga, talar mycket för ett betydande och växande behov av äldreomsorg, både i ordinärt och särskilt boende, under de kommande decennierna.

Äldres hälsoutveckling framöver kommer därför att ha stor betydelse för behovet av äldreomsorg.

Förutom att det förväntas bli allt fler äldre finns även andra faktorer som kan bidra till ökade behov av stödinsatser. Exempel på sådana faktorer redovisas i följande underavsnitt.

#### 15.1.1. Ojämligheten i hälsa

En utmaning när det gäller ojämlikhet i hälsa är att skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper ökar. Utsatta grupper har en högre sjuklighet. En högre sjuklighet innebär i sin tur ökade behov av vård och omsorg.



En sådan socioekonomiskt utsatt grupp är personer med utländsk bakgrund. Äldre med utländsk bakgrund har i större utsträckning än personer födda i Sverige, en ökad sjuklighet (se avsnitt 9.3.1).

Den samiska befolkningen är ytterligare en grupp där det finns en större ojämlikhet i hälsa. Samerna har en ökad risk för ohälsa och samtidigt en sämre tillgång till samhällets vård och omsorg (se avsnitt 9.3.2).

Utmaningen är i båda dessa fall att kunna möta målgruppernas specifika behov av hälso- och sjukvård och vård och omsorg. För att kunna göra det krävs både kunskap om specifika sjukdomar och levnadsförhållanden för de berörda målgrupperna men även rätt språk- och kulturkompetens.

### **15.1.2. Ensamhet och isolering**

En utmaning för kommunen är att identifiera äldre personer som upplever sig vara ofrivilligt ensamma och att skapa förutsättningar för dessa att ta sig ur den ensamheten.

Ofrivillig ensamhet innebär en ökad risk för både psykisk och fysisk ohälsa och kan medföra ökade behov av kommunens insatser.

### **15.1.3. Psykisk ohälsa bland äldre**

En utmaning för äldreomsorgen är att identifiera tidiga symtom på psykisk ohälsa och att kunna erbjuda rätt stöd.

Psykisk ohälsa innebär en risk för ökade behov av vård och omsorg och suicid.

### **15.1.4. Äldre med risk- och missbruk**

En utmaning är att det saknas en tydlig ansvarsfördelning och fungerande samverkan inom kommunens socialtjänst och med regionen när det gäller risk- och missbruk bland äldre. Exempelvis saknas rutiner för ett samordnat stöd mellan missbruks- och beroendevård och äldreomsorg vid risk- eller missbruk. Det innebär att äldre personer med risk- eller missbruk riskerar att "hamna mellan stolarna" och inte få rätt stöd.

Ytterligare en utmaning är hur risk- och missbruk påverkar personalens arbetsmiljö genom att det exempelvis uppstår fler arbetsuppgifter än planerat eller att arbetsuppgifterna tar längre tid. Det skapar också en otrygghet ur arbetsmiljösynpunkt för den hemtjänstpersonal som möter påverkade personer. Riktlinjer för arbetet saknas och personalen upplever brist på stöd från organisationen.

### **15.1.5. Hemlöshet**

En utmaning kopplad till hemlöshet är att det saknas en tydlig ansvarsfördelning mellan Vård- och omsorgsnämnden och Social- och arbetsmarknadsnämnden, för stödet till äldre hemlösa.

En annan utmaning är att det saknas tillgängliga bostäder med låga hyror för äldre, i det ordinarie bostadsbeståndet. Det medför att det förekommer att hemlösa äldre

personer som har behov av stödinsatser i stället beviljas korttidsboende eller särskilt boende.

### 15.1.6. Digitalt utanförskap

En utmaning är att många äldre befinner sig i ett digitalt utanförskap, vilket ökar isolering, beroende av andra och leder till minskad självständighet och delaktighet i samhället.

Det innebär i sin tur en risk för ökade behov av samhällets insatser eller anhöriga för att klara sin vardag.

## 15.2. Utmaningar - kompetensförsörjning och kompetensnivå

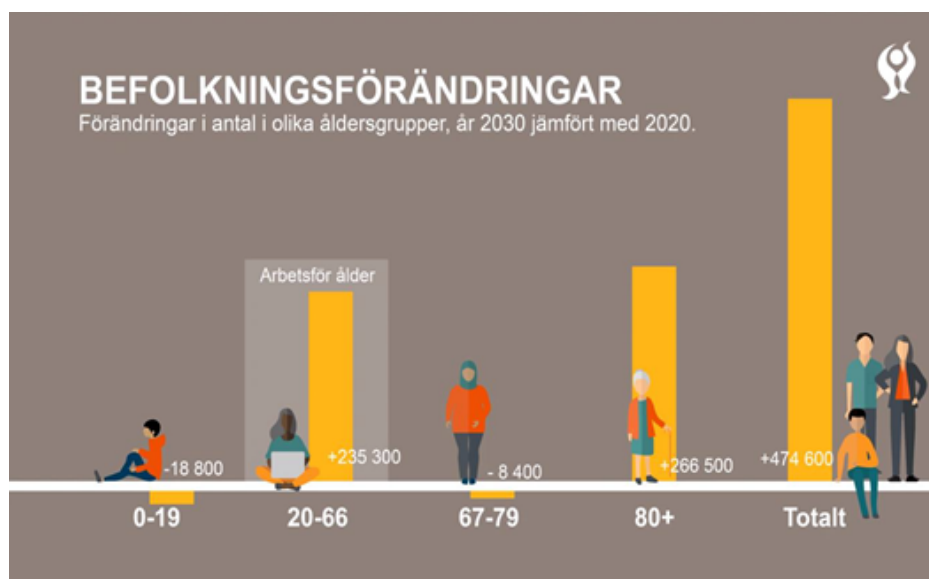
Östersund står i likhet med övriga kommuner inför stora utmaningar med att kompetensförsörja sina verksamheter. Denna utmaning återfinns inte bara i Sverige utan i hela västvärlden vilket också försvårar möjligheten att hitta arbetskraft från andra länder. Utmaningen måste därför även ses i ett globalt perspektiv.

### 15.2.1. Brist på arbetskraft generellt sett

En stor utmaning är att det generellt sett är svårt att hitta arbetskraft, då det finns färre i arbetsför ålder. Det finns många bristyrken och branscher i Sverige som har behov av arbetskraft (inte enbart vård och omsorg). Det är därför inte möjligt att enbart rekrytera sig ur kompetensbristen, då efterfrågan på personal överstiger tillgången.

Nedanstående diagram från Sveriges kommuner och landsting (SKR) visar hur förändringen i olika åldersgrupper beräknas se ut om cirka 10 år. Enligt denna prognos kommer antalet personer över 80 år att överstiga ökningen av antalet personer i arbetsför ålder.

**Diagram 6: Befolkningsförändringar 2020–2030**



**Källa:** Sveriges kommuner och regioner, 2022

Med en allt äldre befolkning kommer också andelen som går i pension att öka. Att prognostisera pensionsavgångar är svårt då pensionsåldern blivit mer flexibel, men med utgångspunkt för riktvärdet 65 år beräknas 204 undersköterskor/ vårdbiträden och 23 sjuksköterskor/distriktssköterskor gå i pension de kommande 9 åren inom Vård- och omsorgsförvaltningen. Mot bakgrund av den ökande andelen äldre, färre att rekrytera, personalomsättning och kommande pensionsavgångar är det sannolikt att rekryteringsläget kommer att vara fortsatt ansträngt.

Det innebär att Östersund kommer att behöva konkurrera om arbetskraft med andra kommuner, regioner, privata vårdgivare, våra grannländer och övriga EU.

### **15.2.2. Brist på utbildad vård- och omsorgspersonal**

En annan stor utmaning är brist på personal som är utbildad i vård och omsorg. Östersunds kommun tvingas, precis som övriga kommuner i Sverige, redan nu anställa personal som saknar rätt utbildning.

Framför allt kommer bristen på baspersonal att bli mycket stor framöver. Utifrån beräkningar av SCB kommer det i riket som helhet att saknas 40 000 – 160 000 undersköterskor/vårdbiträden, omkring 2 000 sjuksköterskor och omkring 7 000 specialistutbildade sjuksköterskor år 2035.

Dessa prognoser rymmer en del osäkerheter då tillgången bland annat påverkas av hur många som stannar kvar respektive lämnar sina yrken samt svängningar i antalet som väljer att utbilda sig inom området.

Brist på utbildad personal innebär svårigheter att upprätthålla en god kvalitet inom äldreomsorgen.

### **15.2.3. Brister i språk- och kulturkompetens hos vård- och omsorgspersonal**

Ytterligare ett utmanande område är brister i språk- och kulturkompetens ur olika aspekter.

Många nysvenska medarbetare har brister i svenska språket, vilket gör att de inte kan kommunicera obehindrat med de medborgare som har insatser och sköta den dokumentation som ingår i vård- och omsorgspersonalens arbetsuppgifter.

Framöver kommer också fler medborgare med annat modersmål än svenska att behöva äldreomsorg. Eftersom exempelvis människor med demenssjukdomar tenderar att förlora det nya språket och enbart prata sitt modersmål krävs det att personalen har språkkompetens för att möta detta.

Det finns också en utmaning att upprätthålla språk- och kulturkompetensen kopplat till de lagkrav som följer av att Östersund är samisk förvaltningskommun.

Sammantaget kommer behovet av språkliga utbildningsinsatser att öka betydligt vilket innebär att större resurser behöver tas i anspråk. Det kan i sin tur medföra

ytterligare behov av rekrytering för att täcka upp för tid som används till utbildning.

#### **15.2.4. Nya krav på kompetens**

Det är också viktigt att notera att dagens kompetenskrav speglar den nuvarande verksamheten och dess behov och utmaningar.

Vilka kompetenskrav som kommer att ställas i framtiden går inte att fastställa med säkerhet, men det går redan nu att se att kompetenskraven kommer att förändras. Exempelvis kommer kraven på teknisk kompetens att öka. Den medicintekniska utvecklingen medför också att mer vård än idag kommer att utföras i både ordinärt boende och på äldreboenden. Det är därför viktigt att kommunen noga följer utvecklingen och avsätter resurser för omvärldsbevakning.

### **15.3. Den ekonomiska utmaningen**

I alla organisationer är resurserna begränsade. Inom offentliga verksamheter kommer det framöver dessutom att finnas mer begränsade ekonomiska medel att fördela till olika insatser när färre ska försörja fler samtidigt som behoven ökar.

#### **15.3.1. Ökade kostnader på grund av ökade behov**

En utmaning ur ett ekonomiskt perspektiv är att kostnaderna för äldreomsorg beräknas öka under det kommande decenniet. Detta bedöms få stora konsekvenser för kommunens ekonomi och innebär att Vård- och omsorgsnämnden kan behöva ta en större andel av kommunens budgetutrymme i anspråk.

Historiska data visar att behovet av hemtjänstinsatser och särskilt boende har varit relativt stabilt under det sista decenniet. Cirka 10% av personer över 65 år har haft behov av hemtjänst och cirka 4% av särskilt boende.

Den stora skillnaden i framtida prognoser är att *antalet* äldre personer ökar kraftigt. Om samma andel av befolkningen fortsätter att ha motsvarande behov som tidigare och kommunen fortsätter med samma arbetssätt som idag innebär det en mycket stor utmaning ur ett ekonomiskt perspektiv.

Tabell 8 på nästa sida visar prognosticerad befolkningsutveckling för perioden 2021–2031. Där framgår bland annat att antalet medborgare över 80 år beräknas öka med ungefär 1 800 personer under åren 2021–2031 (från cirka 3 600 personer till 5 400 personer), vilket innebär att denna åldersgrupp ökar från 5,6% av befolkningen 2021 till 7,9% år 2031.

Även om det inom denna åldersgrupp är många personer som lever självständiga liv och har en god hälsa ökar med stigande ålder risken för åldersrelaterade aktivitetsbegränsningar och sjukdomar som i sin tur kan leda till en ökad efterfrågan på vård och omsorg.

**Tabell 8 - Folkmängd Östersunds kommun efter åldersklass**

Ålder / År	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
0-5	4 187	4 121	4 025	3 994	3 994	4 055	4 065	4 106	4 159	4 219	4 268
6-9	2 948	3 003	3 047	3 012	2 961	2 889	2 842	2 813	2 798	2 825	2 817
10-12	2 291	2 267	2 238	2 247	2 320	2 347	2 351	2 320	2 289	2 201	2 194
13-15	2 283	2 306	2 326	2 342	2 323	2 303	2 310	2 378	2 401	2 406	2 378
16-18	2 143	2 212	2 293	2 385	2 410	2 437	2 449	2 429	2 408	2 419	2 484
19-24	4 483	4 600	4 700	4 808	4 957	5 126	5 221	5 264	5 323	5 380	5 375
25-44	16 738	16 794	16 865	17 095	17 255	17 461	17 630	17 807	17 927	18 055	18 176
45-64	15 198	15 158	15 139	15 150	15 211	15 322	15 375	15 418	15 461	15 492	15 560
65-79	10 425	10 460	10 428	10 368	10 229	10 081	9 966	9 878	9 934	9 993	10 084
80-100	3 628	3 793	3 985	4 203	4 463	4 705	4 927	5 133	5 254	5 374	5 437
<b>Totalt</b>	<b>64 324</b>	<b>64 715</b>	<b>65 044</b>	<b>65 603</b>	<b>66 122</b>	<b>66 724</b>	<b>67 134</b>	<b>67 544</b>	<b>67 954</b>	<b>68 364</b>	<b>68 773</b>

**Källa:** Befolkningsprognos 2022–2031 Östersunds kommun, Statisticon, 2022

### 15.3.2. Behov av nybyggnation - särskilt boende

En stor utmaning är att möta det förväntade behovet av särskilt boende. Prognoser fram till år 2031 visar på ett behov av nytillskott, motsvarande ungefär 200 lägenheter inom särskilt boende. Utöver detta nytillskott finns det även behov av att renovera eller stänga några befintliga boenden med bristande boende- och arbetsmiljö. När det nya boendet på Bangårdsgatan (80 lägenheter) öppnar kommer exempelvis Björkbackas särskilda boende att avvecklas (38 lägenheter). Det innebär en faktisk ökning på 42 lägenheter under 2023.

Utmaningen innebär att kommunen omgående behöver prioritera nybyggnation av fler särskilda boenden för äldre inom Östersunds tätort. Förutom nytillskottet på Bangårdsgatan 2023 finns det i nuläget ingen tydlig planering, prioritering och finansiering för att möta det övriga behovet på ungefär 200 lägenheter.

### 15.3.3. Minskade ekonomiska resurser när färre ska försörja fler

Ytterligare en utmaning ur ekonomiskt perspektiv är att när försörjningsbördan ökar så kommer kommunen att få in mindre skatteintäkter, vilket leder till ett minskat budgetunderlag att fördela mellan olika verksamheter.

Samtidigt som kostnaderna bedöms öka som följd av ökade behov av omsorg, minskar alltså intäkterna.

## 15.4. En ökad belastning på anhöriga när det saknas resurser

En utmaning för kommunen när det gäller anhörigstöd är att identifiera vilka personer som är anhörigvårdare. I nuläget finns det ett stort mörkertal och många som ger omsorg till sina anhöriga betraktar sig själva inte som anhörigvårdare. Om kommunen inte känner till vilka som är anhörigvårdare kan dessa inte få rätt stöd.

En annan utmaning är att när medborgarnas behov ökar och kommunens resurser minskar kommer belastningen att öka ytterligare på de anhöriga. Forskningen visar att en stor andel av omsorgen redan i nuläget utförs av anhöriga. En ökad belastning på anhöriga innebär i sin tur en ökad risk för att även anhörigvårdare kan komma att utveckla egna behov av vård och omsorg.

## 16. Behov av tydliga prioriteringar eller förändrad kvalitetsnivå

Inom vård och omsorg finns en rad målgrupper som kan ha behov med varierande komplexitet. Det omfattar allt från relativt små, tidsavgränsade insatser till vård- och omsorgsbehov dygnet runt. Som beskrivits under avsnitt 14 finns en demografisk utmaning, där det blir allt fler äldre och att behoven av vård och omsorg beräknas öka kraftigt under kommande decennier samtidigt som personalförsörjningen och de ekonomiska resurserna blir alltmer begränsade.

Både inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården finns lagstiftning och principer som ska följas.

I socialtjänstlagen finns en bestämmelse om en nationell värdegrund för äldreomsorgen. Den nationella värdegrunden handlar om att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Värdegrunden visar de etiska värden och normer som ska ligga till grund för verksamheten. Den ska fungera som ett stöd för alla medarbetare i deras arbete.

Inom hälso- och sjukvården finns i stället tre vägledande etiska principer:

- människovärdesprincipen (dvs. att alla människor har samma rätt till vård oavsett begåvning, social ställning, inkomst, ålder, etnicitet eller andra faktorer)
- behovs- och solidaritetsprincipen (dvs. att vårdens resurser ska satsas på de patienter som har störst behov. Enligt denna princip ska man särskilt beakta behoven hos svaga grupper/grupper som har svårt att göra sina röster hörda).
- kostnadseffektivitetsprincipen (dvs. att hälso- och sjukvården har en skyldighet att utnyttja sina resurser så effektivt som möjligt. Denna princip är dock underordnad de ovanstående principerna, vilket betyder att till exempel svåra sjukdomar ska prioriteras framför lindrigare åkommor, även om vården av de svåra tillstånden är dyrare.

Verksamhetens faktiska budgetramar kommer dock i praktiken att påverka möjligheterna att möta behoven och arbeta utifrån dessa principer.

En utmaning framöver är att kommunen kommer att behöva göra avvägningar kring vilka insatser som ska prioriteras för att befintliga resurser, i form av personal och pengar, ska användas så effektivt som möjligt.

Utmaningen innebär att kommunen behöver göra tydligare prioriteringar mellan olika behov/insatser alternativt ta beslut om en lägre kvalitetsnivå för verksamheten, eftersom det inte kommer att finnas tillräckligt med resurser för att möta alla ökade behov.

## 17. Behov av en utökad krisberedskap

Vård- och omsorgsnämndens verksamhet behöver förberedas/stärkas för att kunna hantera samhällskriser av olika slag på grund av klimatförändringar, sjukdomsutbrott och andra yttre faktorer, exempelvis beredskap för:

- värmeböljor
- stormar
- översvämningar
- bränder
- epidemier och pandemier
- vatten och livsmedel
- störningar i elförsörjningen
- störningar i viktiga IT-system
- störningar i kommunikationen
- personalförsörjning
- evakuering av boende
- krig

Verksamheten behöver förberedas för att kunna hålla en acceptabel nivå oavsett störning, eftersom kommunen bedriver samhällsviktig verksamhet och har ansvar för de medborgare som har insatser av Vård- och omsorgsnämnden.

En utmaning är att det saknas en kommungemensam ambitionsnivå för krisberedskap. I nuläget överensstämmer inte alltid de olika förvaltningarnas målsättningar. Kommunen behöver därför ha en samordnad målbild och en tydlig ansvarsfördelning och organisation för krisberedskap.

Ytterligare en utmaning är det saknas pengar för investeringar som är kopplade till krisberedskap. Sådana investeringar kommer att behöva ställas mot andra behov av prioriteringar inom kommunens verksamheter.

Den sista utmaningen innebär att kommunen också behöver samordna sitt krisarbete med andra aktörer, bland annat region Jämtland/Härjedalen, närliggande kommuner och övriga myndigheter.

Om kommunen inte hanterar dessa utmaningar kan följden bli att våra medborgare inte får det stöd som de har behov av och rätt till. I slutändan kan detta leda till allvarlig skada, sjukdom eller död.



## 18. Behov av att utveckla samarbete och samverkan, internt och externt

Äldre är inte en homogen grupp och har precis som övriga medborgare behov av stöd, vård och omsorg från flera olika aktörer, vilket kräver ett fungerande samarbete och samverkan.

En utmaning är att säkerställa en sammanhållen socialtjänst för de äldre, i kommunen. Ansvaret för socialtjänsten är idag uppdelad på två olika nämnder/förvaltningar. Det innebär att medborgare med behov från båda förvaltningarna riskerar att inte få rätt stöd och att de "bollas" mellan verksamheterna.

En stor utmaning är hur gränsdragningen mellan kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst samt regionen kommer att se ut. Den pågående omställningen av hälso- och sjukvårdssystemet till "Nära vård" är en omfattande förändring som har stor påverkan på det kommunala primärvårdsarbetet.

Utformningen av Nära vård-arbetet ska göras i samverkan med bland annat Region Jämtland-Härjedalen och privata aktörer (se avsnitt 12.). Eftersom ingen aktör beslutar om någon annans verksamhet kommer arbetet att bygga på en komplex styrning där de berörda aktörerna måste samarbeta. Exakt hur detta ska fungera i praktiken är fortfarande oklart.

I nuläget finns risker att samtliga organisationer arbetar i egna stuprör.

## 19. Avstämning planeringsdirektiv

Enligt det planeringsdirektiv som antogs av Kommunfullmäktige den 23 september 2021, § 187 har uppdraget varit att ta fram en “Riktlinje för äldreomsorgen i Östersunds kommun”.

Av planeringsdirektivet framgår att riktlinjen ska ange den långsiktiga ambitionsnivån och gränserna för Vård- och omsorgsnämndens verksamhet samt vara brett politiskt förankrad så att den ska kunna gälla över flera mandatperioder. Detta har beaktats genom att beredningen haft representanter för samtliga politiska partier och att långsiktiga framtida utmaningar har legat till grund för riktlinjens ställningstaganden.

Vidare skulle erfarenheter från kommunens medlemskap i WHO:s nätverk Age-friendly cities and communities (AFCC) beaktas vid utformningen av riktlinjen. En tydlig gränsdragning mot AFCC-arbetet har gjorts och resultat från AFCC-projektet har lyfts fram under valda områden i bakgrundsrapporten.

Enligt projektdirektivets tidplan skulle bakgrundsrapport och riktlinje skickas ut på remiss redan under februari-mars månad 2022, men det beslutades tidigt i processen att detta datum skulle flyttas fram, för att skapa rimliga förutsättningar till arbetsgruppen.

Riktlinjen kommer i stället att skickas ut på en kortare remissperiod under april månad för att styrdokumentet fortfarande ska kunna lyftas för beslut till Kommunfullmäktige i juni månad 2022, i enlighet med direktivet tidplan.

## 20. Slutsats

I likhet med övriga kommuner i landet står Östersunds kommun inför mycket stora utmaningar till följd av de demografiska förändringarna. Utmaningarna innebär att befolkningen ökar och blir allt äldre samtidigt som färre ska försörja fler. Det får i sin tur konsekvenser för äldreomsorgen genom att fler medborgare kommer att behöva stöd, samtidigt som det saknas personella och ekonomiska resurser. Det kommer även att göra det svårare att upprätthålla dagens ambitionsnivå inom äldreomsorgen.

Ytterligare en utmaning kommer att vara hur kommunen ska säkerställa äldreomsorgen i händelse av kris eller krig.

Kommunfullmäktiges äldreberedning har med utgångspunkt från de identifierade utmaningarna formulerat de ställningstaganden som redovisas nedan.

### 20.1. Ställningstagande 1

**Östersunds kommuns äldreomsorg arbetar hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande, med individens behov i centrum, för att öka medborgares delaktighet, aktivitet och självständighet**

Östersunds kommun skapar förutsättningar för att så många medborgare som möjligt ska kunna leva självständiga liv utan kommunens insatser. De medborgare som är i behov av äldreomsorg ges inflytande över sin situation och insatserna utformas enligt arbetsmodellen ”Individens behov i centrum” för att ta vara på medborgarens egna resurser och stödja ett så självständigt liv som möjligt.

#### 20.1.1. Ekonomiska effekter

Detta ställningstagande bedöms inte innebära behov av ökade driftanslag eller investeringar. Det handlar om att fortsätta arbeta för ett hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande förhållningssätt och arbetssätt inom äldreomsorgens verksamheter, med utgångspunkt från individens aktuella behov.

### 20.2. Ställningstagande 2

**Östersunds kommun ger en jämlik vård och omsorg och arbetar aktivt för att minska ojämlikheter i hälsa mellan olika grupper**

Östersunds kommun erbjuder individanpassat stöd och hjälp till de medborgare som har behov av äldreomsorg. Kommunens arbete baseras på ett gott bemötande på lika villkor för alla medborgare, i enlighet med den nationella värdegrunden för äldreomsorgen. Kommunen arbetar för att identifiera de skillnader i hälsa som förekommer mellan olika grupper som har äldreomsorg och vidtar åtgärder för att motverka skillnader utifrån lagstiftningens diskrimineringsgrunder och socioekonomiska faktorer.

### 20.2.1. Ekonomiska effekter

Detta ställningstagande bedöms generellt sett inte innebära behov av ökade driftanslag och investeringar. Analyser och åtgärder kopplat till skillnader i hälsa kan i de flesta fall genomföras inom ramen för befintlig budget. Ett undantag är de ökade kostnader som tillkommer utifrån kommunens särskilda ansvar som samisk förvaltningskommun.

## 20.3. Ställningstagande 3

### Östersunds kommuns äldreomsorg arbetar för att minska olika former av psykosocial ohälsa hos dem som har kommunens insatser

I Östersunds kommun finns många medborgare med olika former av psykosocial ohälsa, exempelvis psykisk ohälsa, ofrivillig ensamhet, risk- och missbruk eller våld i nära relationer. Östersunds kommuns äldreomsorg arbetar aktivt för att identifiera och stödja de medborgare som tillhör Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.

#### 20.3.1. Ekonomiska effekter

Detta ställningstagande bedöms generellt sett inte medföra några ökade behov av driftanslag eller investeringar. Det handlar i första hand om att förändra det nuvarande arbetssättet och utveckla samverkan med andra aktörer.

Nya former av stöd kan eventuellt medföra ökade driftkostnader, men eftersom psykosocial ohälsa i sig innebär stora behov av vård och omsorg är bedömningen att ett förebyggande arbete inom dessa områden totalt sett medför minskade kostnader för kommunen.

## 20.4. Ställningstagande 4

### Östersunds kommuns äldreomsorg har en god kvalitet, arbetar resurseffektivt och hittar nya sätt att utveckla verksamhetens kvalitet

Östersunds kommuns äldreomsorg bedriver ett fortlöpande systematiskt kvalitetsarbete och identifierar nya arbetsmetoder för att använda befintliga resurser på bästa sätt. Kommunen ansöker om olika stats- och EU-bidrag och deltar i relevanta forskningsprojekt för att vidareutveckla verksamhetens kvalitet. Kommunen samverkar med pensionärs- och frivilligorganisationer för att kunna erbjuda fler aktiviteter som bidrar till en förbättrad livskvalitet för medborgarna.

#### 20.4.1. Ekonomiska effekter

Detta ställningstagande bedöms inte innebära behov av ökade driftanslag eller investeringar. Systematiskt kvalitetsarbete hanteras inom ramen för befintlig budget.

## 20.5. Ställningstagande 5

**Östersunds kommun är innovativ när det gäller nya digitala lösningar och välfärdsteknik. Framtidens välfärdstjänster utformas i samarbete med de medborgare som är i behov av tjänsterna.**

Välfärdsteknik är en viktig del i att kunna bibehålla kvaliteten i äldreomsorgen. Östersunds kommuns äldreomsorg arbetar aktivt med att utveckla olika former av digitala lösningar och välfärdsteknik som både är till nytta för medborgarna och förenklar medarbetarnas arbete. För att tekniken ska vara användbar för så många som möjligt behöver den vara enkelt utformad och användarvänlig. Berörda medborgare och medarbetare bör därför alltid vara delaktiga i utformningen av nya tekniska lösningar som riktar sig till dem.

### 20.5.1. Ekonomiska effekter

Detta ställningstagande kan på kort sikt innebära behov av ökade investeringar och driftskostnader beroende på vilka tekniska lösningar som ska utvecklas. Sådana investeringar bedöms dock på längre sikt resultera i minskade kostnader för verksamheten genom effektivare arbetsätt.

Införande av ny teknik innebär även ökade kostnader för kompetensutveckling.

## 20.6. Ställningstagande 6

**Östersunds kommun ser anhörigvårdare som en viktig resurs. Stödet till anhöriga ska anpassas utifrån deras enskilda behov.**

Östersunds kommuns äldreomsorg arbetar aktivt med att identifiera medborgare som är i behov av anhörigstöd och göra dem medvetna om sina rättigheter. Anhöriga i olika åldersgrupper och livssituationer kan ha olika behov av stöd. Kommunen utvecklar och erbjuder därför ett individanpassat och hälsofrämjande anhörigstöd med utgångspunkt i den anhöriges behov.

### 20.6.1. Ekonomiska effekter

Detta ställningstagande kan eventuellt innebära behov av ökade driftanslag, beroende på vilka former av anhörigstöd som utvecklas. Samtidigt är det viktigt att erbjuda förebyggande och stödjande insatser till anhöriga, då de annars kan bli sjuka av sin situation och utveckla egna behov av vård och omsorg.

## 20.7. Ställningstagande 7

**Östersunds kommun skapar förutsättningar för att fler människor kan och vill arbeta inom äldreomsorgen. Kommunen erbjuder attraktiva och hälsofrämjande arbetsplatser med goda möjligheter till utveckling och utbildning.**

Östersunds kommun arbetar för att medarbetare inom äldreomsorgen ska känna stolthet över sin samhällsviktiga funktion och vara goda ambassadörer för

kommunen. Kommunen vidtar åtgärder som förbättrar arbetsvillkoren, arbetsmiljön och skapar trivsel för att vara en attraktiv arbetsgivare.

Kommunen erbjuder goda förutsättningar för kompetensutveckling inom äldreomsorgen för att behålla medarbetare och använda kompetensen på rätt sätt. Kommunen är även aktiv och uppsökande när det gäller att rekrytera personal och erbjuder anställningar som är anpassade efter individuella förutsättningar och kompetenser.

### **20.7.1. Ekonomiska effekter**

Detta ställningstagande kommer både på kort och lång sikt att innebära behov av ökade driftanslag för utbildningsinsatser inklusive lönekostnader för vikarier. Det kommer även att behövas ökade driftanslag för personalkostnader då fler medborgare med behov av insatser medför behov av mer personal. För att möta den demografiska utmaningen krävs det en utveckling och förändring av nya och befintliga arbetssätt som också kommer att innebära kostnadsökningar.

## **20.8. Ställningstagande 8**

**Östersunds kommun säkerställer att det finns tillräckligt med särskilda boenden för att möta de ökade behoven hos en åldrande befolkning.**

Östersunds kommun har ett stort behov av ytterligare särskilda boenden för äldre det kommande decenniet. Nybyggnation av särskilda boenden ska prioriteras för att möta det ökade behovet. Placering av särskilda boenden ska göras utifrån medborgarnas behov. De särskilda boenden som byggs ska utformas så att de både erbjuder en god boendemiljö för medborgarna och en bra arbetsmiljö för medarbetarna. De ska även vara anpassade med hänsyn till klimatförändringars påverkan på äldres hälsa och ha en god krisberedskap vid extraordinära händelser.

### **20.8.1. Ekonomiska effekter**

Detta ställningstagande kommer att innebära stora behov av ökade driftanslag och investeringar. Aktuella behovsprognoser visar att det finns ett behov att bygga ytterligare 200 lägenheter inom särskilt boende under det kommande decenniet, men det saknas en tydlig planering, prioritering och finansiering för att möta detta behov.

## **20.9. Ställningstagande 9**

**Östersunds kommuns äldreomsorg har en god beredskap för att kunna hantera olika samhällskriser, exempelvis klimatförändringar, sjukdomsutbrott eller andra extraordinära händelser**

Östersunds kommuns äldreomsorg bedriver en samhällsviktig verksamhet och har ansvar för många medborgares liv. Det behöver därför finnas en beredskap för att samtliga verksamheter ska kunna upprätthållas även vid samhällskriser av olika slag. Äldreomsorgen utgår från kommunens övergripande riktlinjer och strategier kring säkerhet, samhällsskydd och beredskap vid utformning av sin krisberedskap.

### 20.9.1. Ekonomiska effekter

Detta ställningstagande kommer att innebära behov av ökade driftsanslag och investeringar för kommunen. Det behöver exempelvis avsättas medel för utbyggnad av reservkraft, nödvatten och livsmedelsförsörjning.

## 20.10. Ställningstagande 10

**Östersunds kommun har ett gott samarbete både inom kommunen och med externa aktörer för att säkerställa att medborgarna får sina individuella behov tillgodosedda**

De medborgare som har stöd från äldreomsorgen är inte en homogen grupp och har precis som övriga medborgare ibland behov av stöd, vård och omsorg från flera olika aktörer. Det kräver ett fungerande samarbete både inom och utom kommunens organisation för att säkerställa att medborgarna får rätt stöd.

### 20.10.1. Ekonomiska effekter

Detta ställningstagande kan komma att innebära behov av ökade driftanslag och investeringar.

Generellt sett bedöms utveckling av samverkan kunna genomföras inom ramen för befintlig budget. När det gäller den stora omställningen av hälso- och sjukvårdssystemet till "Nära vård" är det dock oklart vilka ekonomiska effekter det nya arbetssättet kommer att medföra. Det beror bland annat på vilka överenskommelser som kommer att nås mellan Region Jämtland-Härjedalen och Östersunds kommun när det gäller ansvarsfördelningen för primärvården. Men även hur kostnader för avtalad ansvarsfördelning för hemsjukvård ska regleras i avtal mellan region och kommun.

## 21. Relaterade dokument

### Relaterade nationella/internationella styrdokument

- Andreasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, Naimi T, Stockwell T. *Alkohol och äldre*. Alkoholen och samhället 2019: Stockholm: Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, CERA & IOGT-NTO, 2019.
- Boverket 2020. *Rätt till bostad?* <https://www.boverket.se/sv/kommunernas-bostadsforsorjning/vad-sager-lagen/ratt-till-bostad/> Hämtad 2022-03-06.
- Centrum för samisk forskning 2021. *Fokus på hälsa och hälsoforskning i Sápmi*. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1605310/FULLTEXT01.pdf> Hämtad 2022-03-25
- Folkhälsomyndigheten 2022. *Definition av psykisk hälsa*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livs-villkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>. Hämtad 2022-03-11
- Arena idé 2020. *Ensamhet dödar – ofrivillig ensamhet i Sverige*. <https://arenaide.se/ensamhet-som-dodar-ofrivillig-ensamhet-sverige/> Hämtad 2022-03-11
- FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, 2008
- Forte 2020. *Forskning i korthet – Hemlöshet*. <https://forte.se/publikation/fk-hemloshet/> Hämtad 2022-03-11.
- Folkhälsomyndigheten 2019. *Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/halsa-hos-personer-som-ar-utrikes-fodda--skillnader-i-halsa-utifran-fodelseland/>. Hämtad 2022-03-22
- Folkhälsomyndigheten 2020. *Nedsatt psykiskt välbefinnande*. [www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/). Hämtad 2022-03-11.
- Folkhälsomyndigheten 2020b. *Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/k/konsekvenser-for-personer-70-ar-och-aldre-av-smittskyddsatgarder-mot-covid-19/> Hämtad 2022-03-11.
- Folkhälsomyndigheten, 2021a. *Psykisk ohälsa vanligt bland äldre personer 65 år och äldre – men det går att förebygga - Ett kunskapsstöd om äldres psykiska hälsa*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/p/psykisk-ohalsa-vanligt-bland-personer-65-ar-eller-aldre--men-det-gar-att-forebygga/> Hämtad 2022-03-22
- Folkhälsomyndigheten 2021b. *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2021*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/39ef6af33177445bb6d2ad88829cc5ce/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2021.pdf> Hämtad 2022-03-22
- Folkhälsomyndigheten 2022a. *Definition - Vad är folkhälsa?* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa/vad-ar-folkhalsa/> Hämtad 2022-03-13
- Folkhälsomyndigheten 2022b. *Nationella folkhälsomål och målområden* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/> Hämtad 2022-03-22
- Folkhälsomyndigheten 2022c. *Vad är folkhälsa, jämlik hälsa och folkhälsoarbete?* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/sok/?q=Vad+%C3%A4r+folk+%C3%A4lsa%2C+j+%C3%A4mlik+h+%C3%A4lsa+och+folk+%C3%A4lsoarbete%3F+> Hämtad 2022-03-22
- Hälsolitteracitet 2022. *Definition av hälsolitteracitet*. <http://www.halsolitteracitet.se/> Hämtad 2022-03-14
- Inspektionen för vård och omsorg 2021. *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020*.



- Kunskapsguiden 2022a. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/hemtjanst-och-hemsjukvard-for-aldre-personer/om-hemtjanst-och-hemsjukvard/>. Hämtad 2022-04-25
- Kunskapsguiden 2022b. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/ekonomiskt-bistand/hemloshet/om-hemloshet-och-utestangning-fran-bostadsmarknaden/> Hämtad 2022-03-05
- Kunskapsguiden 2022c. *Alkohol*. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/mat-och-naring-for-aldre-personer/alkohol/> Hämtad 2022-03-15
- Kunskapsguiden 2022d. *Vad är våld i nära relationer?* <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/vald-och-fortryck/vald-i-nara-relationer/vad-ar-vald-i-nara-relationer/> Hämtad 2022-03-08.
- Läkemedelsboken 2022. *Alkohol – riskbruk, skadligt bruk och beroende*. [https://lakemedelsboken.se/kapitel/beroendetilstand/alkohol-riskbruk\\_skadligt\\_bruk\\_och\\_beroende.html#t2\\_16](https://lakemedelsboken.se/kapitel/beroendetilstand/alkohol-riskbruk_skadligt_bruk_och_beroende.html#t2_16) Hämtad 2022-03-18
- Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) 2014. *Våld och hälsa - En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. <https://www.nck.uu.se/forskning-och-utredning/vald-och-halsa/> Hämtad 2022-03-11
- Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) 2022a. *Vad säger lagen?* <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vad-sager-lagen/> Hämtad 2022-03-11
- Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) 2022b. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/> Hämtad 2022-03-11
- Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) 2022c. *Mäns utsatthet för våld i nära relationer*. <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/mans-utsatthet-for-vald-i-nara-relationer/> Hämtad 2022-03-11
- Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NKA) 2010. *Anhörigvårdarens hälsa. Kunskapsöversikt 2010:3*. <https://anhoriga.se/Artiklar-och-rapporter/anhorigvardares-halsa/> Hämtad 2022-03-25
- Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NKA) 2012a. *Snabba fakta om Sveriges 1,3 miljoner anhöriga*. [https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/reportage/snabba\\_fakta\\_folder\\_nka\\_140623\\_web.pdf](https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/reportage/snabba_fakta_folder_nka_140623_web.pdf) Hämtad 2022-03-25
- Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NKA) 2012b. *Etnicitet – minoritet – anhörigskap. Kunskapsöversikt 2012:1*. <https://anhoriga.se/Artiklar-och-rapporter/Etnicitet--minoritet--anhorigskap/> Hämtad 2022-03-25
- Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NKA) 2014. *Att ge omsorg mitt i livet: hur påverkar det arbete och försörjning? Arbetsrapport 2014:1*. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet. <https://anhoriga.se/Artiklar-och-rapporter/att-ge-omsorg-mitt-i-livet-hur-paverkar-det-arbete-och-forsorjning-/> Hämtad 2022-02-25
- Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NKA) 2016 a. *Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och äldreomsorg. Kunskapsöversikt 2016:3*. [https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/publicerat/kunskapsoversikter/anhorigomsorg\\_sand\\_u\\_ppdat.pdf](https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/publicerat/kunskapsoversikter/anhorigomsorg_sand_u_ppdat.pdf). Hämtad 2022-02-25
- Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NKA) 2016b. *Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd*. [https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/publicerat/kunskapsoversikter/2016-4\\_individualisering\\_winqvist.pdf](https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/publicerat/kunskapsoversikter/2016-4_individualisering_winqvist.pdf). Hämtad 2022-02-25
- Nationellt kompetenscentrum för anhöriga 2016c. *Anhöriga till äldre personer med psykisk ohälsa. Kunskapsöversikt 2016:1*. [https://anhoriga.se/globalassets/media/stod-och-utbildning/guide-om-aldre-vuxna-och-psykisk-ohalsa/nka\\_ko\\_aldre-psykisk-ohalsa\\_2016-1.pdf](https://anhoriga.se/globalassets/media/stod-och-utbildning/guide-om-aldre-vuxna-och-psykisk-ohalsa/nka_ko_aldre-psykisk-ohalsa_2016-1.pdf). Hämtad 2022-02-25
- Nordens välfärdcenter 2018. *Äldre och alkohol – om utmaningarna inom äldreomsorgen i Norden*. <https://nordicwelfare.org/publikationer/aldre-och-alkohol/> Hämtad 2022-03-13
- Nordens välfärdcenter 2019. *Urfolk och demens i Norden*. <https://nordicwelfare.org/publikationer/urfolk-och-demens-i-norden/> Hämtad 2022-03-25
- Nordens välfärdcenter 2021. *Ensamhet bland äldre i Norden*. <https://www.norden.org/sv/publication/ensamhet-bland-aldre-personer-i-norden>. Hämtad 2022-03-25



- Socialstyrelsen 2021c. *Förebygga och motverka hemlöshet - Analys och förslag för fortsatt arbete inom socialtjänsten.*  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-9-7582.pdf>  
Hämtad 2022-03-25
- Socialstyrelsen 2021d. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020. Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer.  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-8-7496.pdf>  
Hämtad 2022-04-01
- Socialstyrelsen 2022b. *Kartläggning av den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap – Delrapportering.*  
[https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/planeringen-av-kommunernas-krisberedskap-behov-starkas/?utm\\_campaign=nyhetsbrev220316&utm\\_medium=email&utm\\_source=apsis](https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/planeringen-av-kommunernas-krisberedskap-behov-starkas/?utm_campaign=nyhetsbrev220316&utm_medium=email&utm_source=apsis)  
Hämtad 2022-03-14
- SOU 2020:47 *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*  
<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/08/sou-202047/>
- SOU 2022:10. *Sverige under pandemin – Volym 1 Samhällets, företagets och enskildas ekonomi*  
[https://coronakommissionen.com/wp-content/uploads/2022/02/sverige-under-pandemin-volym-1\\_webb-slutbetankande.pdf](https://coronakommissionen.com/wp-content/uploads/2022/02/sverige-under-pandemin-volym-1_webb-slutbetankande.pdf) Hämtad 2022-02-25
- Statisticon 2022. Befolkningsprognos 2022–2031 Östersunds kommun.
- Statisticon 2022. Behovsprognos hemtjänst 2022 Östersunds kommun.
- Statisticon 2022. Behovsprognos särskilda boenden 2022 Östersunds kommun.
- Statisticon 2022. Rapport Kommunprognos 2022–2031 Östersunds kommun.
- Statistiska Centralbyrån 2022a. *Folkmängden fördelad efter svensk och utländsk bakgrund, kön och ålder.* <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/> Hämtad 2022-03-25
- Statistiska centralbyrån 2022b. *Efter 60. En beskrivning av äldre i Sverige.*  
<https://www.scb.se/publikation/47310>. Hämtad 2022-03-25
- Suicid Zero 2022. *Våga Fråga - en utbildning om hur du som medmänniska kan rädda liv.* <https://www.suicidezero.se/utbildningar/vaga-fraga> Hämtad 2022-03-11
- Sveriges kommuner och regioner 2020. *Fakta om äldreomsorgen - i ljuset av coronapandemin.*  
<https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/faktaomaldreomsorgeniljusetavcoronapandemin.33600.html> Hämtad 2022-03-25
- Sveriges Kommuner och Regioner 2022a. *Särskilt boende för äldre.*  
<https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/sarskiltboendealdre.28193.html> Hämtad 2022-03-22
- Sveriges kommuner och Regioner 2022b. *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).*  
[https://skr.se/download/18.4f1cf16a17db3c4ac7b4a3c9/1640102803098/Overenskommelse\\_insatser\\_psykisk\\_halsa\\_2021-2022.pdf](https://skr.se/download/18.4f1cf16a17db3c4ac7b4a3c9/1640102803098/Overenskommelse_insatser_psykisk_halsa_2021-2022.pdf) Hämtad 2022-03-25
- Sveriges Kommuner och Regioner 2022c. *God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*  
<https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2022/01/god-och-nara-vard---overenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-regioner/> Hämtad 2022-04-01
- Södra Lapplands forskningsenhet 2009. *Samernas hälsosituation i Sverige.*  
<https://www.sametinget.se/40268>. Hämtad 2022-03-25
- Internetstiftelsen 2021. *Svenskarna och internet 2021.*  
<https://svenskarnaochinternet.se/rapporter/svenskarna-och-internet-2021/> Hämtad 2022-03-25.

- Världshälsoorganisationen (WHO) 2022. *Definition av hälsa*.  
<https://www.who.int/about/governance/constitution>. Hämtad 2022-03-13
- Äldrecentrum 2016. *Kunskap hjälper våldsutsatta äldre – utvärdering av utbildning inom äldreomsorgen. 2016:4* <https://aldrecentrum.se/wp-content/uploads/2020/07/Kunskap-hj%C3%A4lper-v%C3%A5ldsutsatta-%C3%A4ldre-rapport-2016-14-2016-06-21.pdf>. Hämtad 2022-03-11
- Östersunds kommun 2022. *Hälsans bestämningsfaktorer*. [www.ostersund.se/folkhalsa](http://www.ostersund.se/folkhalsa). Hämtad 2022-03-14

### Relaterade regionala styrdokument

- Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen – Område psykisk hälsa 2019 – 2022 (reviderad 2021-12-03)
- Handlingsplan 2021–2022 för Nära vård med fokus på patientkontrakt, kontinuitet och fasta kontakter i primärvården (reviderad version ska beslutas av SVOM 3 juni 2022)
- Hälsa på lika villkor. Rapport för Östersunds kommun 2018, Region Jämtland-Härjedalen
- Suicidpreventiv handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen – Område psykisk ohälsa 2019–2030 (upprättad 2018-12-14)

### Relaterade övergripande styrdokument i Östersunds kommun

- Ett Östersund för alla - strategi för ett inkluderande samhälle genom design för alla
- Kommunens åtta övergripande mål
- Kommunfullmäktiges vision för Östersunds kommun
- Reglemente för vård- och omsorgsnämnden i Östersunds kommun
- Riktlinje för arbete med nationella minoriteter
- Riktlinje för god hälsa och välbefinnande (utskickad på remiss)
- Riktlinje för jämställdhet
- Riktlinje för minskad ojämlikhet (utskickad på remiss)
- Riktlinje för politiska styrdokument
- Strategi för bostadsförsörjning 2021–2025
- Strategi för en åldrandevänlig kommun (utskickad på remiss)
- Strategi mot våld i nära relationer 2018–2022

### Relaterade styrdokument kopplat till Vård- och omsorgsnämndens verksamhet

- Handlingsplan Social- och arbetsmarknadsförvaltningen och Vård- och omsorgsförvaltningen - samarbetsområden 2020–2023
- Hemsjukvårdsavtalet
- Program för bostadsplanering 2016–2028, fastställd av Vård- och omsorgsnämnden - uppdaterad 21 februari 2020.
- Viktiga lagar och föreskrifter - VOF:s verksamhet rev 2019-10-28
- Vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9
- Vård- och omsorgsnämndens strategidokument för att möta framtida utmaningar inom nämndens ansvarsområden