



PLAN FÖR DEN ÄLDRE BEFOLKNINGENS VÄLBEFINNANDE 2018–2021

Arbetsgruppens representanter från samarbetskommunerna

Greger Forsblom, ordförande, Pedersöre

Stefan Grahm, Nykarleby

Annica Haldin, Jakobstad

Bernice Törnqvist, Larsmo

Märta-Lisa Westman, Jakobstad (till sin bortgång)

Äldrerådets representant

Bertel Widjeskog

Tjänstemannamedlemmar i arbetsgruppen och författare till planen

Pia Nyman, utbildningsplanerare

Pia-Maria Sjöström, tf social- och hälsovårdsdirektör, chefsläkare

Pirjo Knif, chef för äldreomsorgen (sekreterare)

Pärmbild: Gun Österbacka

INNEHÅLL

1 INLEDNING.....	5
2 RIKTLINJER FÖR ÄLDREOMSORGEN	6
2.1 Nationella riktlinjer	6
2.2 Förebyggande arbete och identifiering av riskfaktorer	7
2.3 Rekommendationer om hälsofrämjande verksamhet	9
2.4 Rekommendationer om vård och service för äldre	10
2.5 Förutsättningar för rehabiliteringen.....	11
3 SAMARBETSOMRÅDETS NULÄGE	12
3.1 Befolkningsmängd och åldersstruktur.....	12
Tabell 2. Procentuell andel av olika åldersgrupper i hela landet, i Österbotten och i samarbetsområdets kommuner	12
3.2 Tillgängligheten i livsmiljön	13
3.3 De äldres välfärd enligt statistiken (Sotkanet)	14
3.4 Servicestrukturen för äldre-service.....	15
3.6 Resurser och kostnader inom äldreomsorgen.....	17
4 Mål och åtgärder för de äldres välbefinnande.....	20
4.1 Rehabiliteringsfrämjande verksamhet	21
4.1.1 Rehabiliteringsfrämjande verksamhet - mål och innehåll	22
4.1.2 Rehabiliteringsfrämjande verksamhet i hemmet	22
4.1.3 Ibruktage av rehabiliteringsfrämjande verksamhetsmodeller	23
4.2 Åtgärdsplan – servicestrukturen	25
4.2.1 De äldres delaktighet	25
4.2.2 Äldreråd	26
4.2.3 Stöd för närståendevård	27
4.2.4 Hemvård och stödtjänster	27
4.2.5 Dygnet runt vård	29
4.2.6 Intervall- och korttidsvård	31
5 NYCKELTAL FÖR UTVÄRDERING AV VÅRD OCH SERVICE FÖR DE ÄLDRE	34
5.1 Kvalitets- och andra kriterier som används för uppföljningen av planen	34
5.1.1 Nationella kvalitetskriterier (Sotkanet).....	34
5.1.2 RAI-mätning och kvalitetsindikatorer	34
5.1.3 Andra kriterier	35
5.2 Indikatorer för uppföljning och utvärdering av planen för de äldres välbefinnande.....	36
6 SAMMANFATTNING.....	37

TABELLER OCH FIGURER

Tabell 1. Statistik över servicestrukturen inom samarbetsområdet, nationella medeltal och rekommendationer.

Tabell 2. Procentuell andel av olika åldersgrupper i hela landet, i Österbotten och i samarbetsområdets kommuner.

Tabell 3. Nyckeltalen för servicestrukturen för personer över 75 år och förändringar efter 2014 enligt nationella kvalitetsrekommendationer.

Tabell 4. Kostnadsutvecklingen för äldreomsorgen i Jakobstads samarbetsområde.

Tabell 5. Planerade åtgärder av rehabiliteringsfrämjande verksamhet fram till år 2021

Tabell 6. Platser som används för dygnet runt vård

Tabell 7. Åtgärdsplan för förebyggande arbete, hemvård och dygnet runt boende

Figur 1 Antalet 75 år fyllda i samarbetsområdets kommuner samt prognos om befolkningsutvecklingen

Figur 2. Äldre enligt behov av stöd och boendeform

FÖRORD

Plan för den äldre befolkningens välbefinnande är en plan som ska uppgöras varje fullmäktiges mandatperiod. Denna plan är uppgjord för mandatperioden 2018-2021 och är delvis en revidering och utvärdering av planen 2014-2017.

Arbetsgruppen har utarbetat planen utgående från att den av regeringen aviserade social och hälsovårdsreformen förverkligas. Integreringen i landskapet kommer ifall reformen blir verklighet att på många sätt påverka äldreomsorgen i och med att verksamheten övergår i landskapets regi. Kommunernas roll kommer i framtiden att bestå av förebyggande arbete. Arbetsgruppen vill i denna plan lyfta upp det förebyggande arbetet i kommunerna samt den tredje sektorns viktiga roll i detta. En aktiv äldre befolkning är en målsättning som vi lyfter fram.

De senaste åren har äldre vården alltmer övergått från anstaltsboende till hemmaboende, en trend som säkert kommer att fortsätta.

Arbetsgruppen ser orden trygghet, tillgänglighet och trivsel som ledorden i äldreomsorgen i regionen. Vi ser tanken med "campusboende" som en naturlig del av detta. Vi betonar kommunernas ansvar att i samhällsplaneringen beakta den äldre befolkningens behov.

Vi hoppas att denna plan kan ses som en vision och ge beslutsfattarna riktlinjer för framtida beslut.

Jag tackar arbetsgruppens medlemmar och social- och hälsovårdsverkets tjänstemän för engagemang vid utarbetande av denna plan.

Greger Forsblom

Ordförande för arbetsgruppen

1 INLEDNING

Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre¹ förutsätter att varje kommun gör upp en plan för att stödja de äldres välbefinnande. I denna plan förkortas namnet till Äldreomsorgslagen. Planen sträcker sig över en period på fyra år: vid övergången från en fullmäktigeperiod till en annan revideras planen.

Lagen har kompletterats med nationella kvalitetsrekommendationer. Syftet med rekommendationerna är att stöda verkställandet av äldreomsorgslagen och att definiera den kvalitetsnivå som äldreomsorgens organisationer bör ha. Äldreomsorgslagen och rekommendationerna tar ställning till servicen på individ-, organisations- och befolkningsnivå. Social- och hälsovårdsnämnden i Jakobstad har i januari 2018 tillsatt en ny arbetsgrupp för att uppdatera den tidigare planen. I arbetsgruppen finns en representant från varje samarbetskommun, en representant för samarbetskommunernas äldreråd och tre tjänstemän från social- och hälsovårdsverket. Den uppdaterade planen beaktar förberedelserna inför den nya landskapsmodellen och förändrade betingelser på nationellt och lokalt plan

Mål med planen är att skapa ramar för ett relevant beslutsfattande inom äldreomsorgen. Planen tar ställning till nivån för social- och hälsovårdstjänster för äldre och till åtgärder och lösningar som behövs i kommunerna för att stödja äldres välbefinnande funktionsförmåga och förutsättningar för att ta ansvar för sig själv. En analys av nuläget och befolkningsprognosen möjliggör en optimering av tillbudsstående resurser inom dels social- och hälsovårdsverket, dels de enskilda kommunerna.

Visionen är att de äldre trivs, känner sig trygga och själva aktivt bidrar till ett gott hälsotillstånd. Service och vård ska anpassas till de äldres behov. Kvalitetsnivån för servicen ska nå över landets medeltal, den ska vara kostnadseffektiv och integrerad, så att de äldre känner sig tillfreds med servicen.

Stödjande av de äldres välbefinnande berör alla förvaltningsområden och inom kommunen². Målet är att åstadkomma en god livskvalitet med en välfungerande vardag för de äldre och trygga den äldre befolkningens möjligheter att leva ett fullvärdigt liv oberoende av funktionsförmåga och ålder. Utgångspunkten är en service som betonar det egna ansvaret för att främja hälsan och stöder de äldres delaktighet. Vid planering av service bör man beakta att de äldre inte är en homogen grupp utan har varierande behov av samhällets tjänster och att en stor del endast har ett tillfälligt behov av den service som äldreomsorgen erbjuder.

Denna plan presenterar utgångsläget för äldreomsorgen inom Jakobstads samarbetsområde (med drygt 43 000 invånare). Planen lyfter fram åtgärder som krävs för att äldreomsorgen svarar mot den nationella kvalitetsnivån. Detta är en strategisk plan för äldreomsorg och för kommunal äldrepolitik. Den är riktad till alla inom kommunen som berörs av de äldres ärenden: tjänstemän, förtroendevalda, personal, privata och informella aktörer, de äldre själva och deras anhöriga. Planen utvärderas årligen.

En reform av social- och hälsovården förbereds på nationell nivå, där social- och hälsovårdstjänster som produceras kommunalt, ska organiseras om i en landskapsmodell. Planen lyfter fram samarbetsområdets mål som behöver beaktas i samarbete på landskapsnivå. Oberoende av ändringar av verksamhetsmodeller för social- och hälsovården är det viktigt att trygga högkvalitativa, flexibla och kostnadseffektiva tjänster, som motsvarar kommuninvånarnas behov också i framtiden.

I denna plan avses med de äldre den del av befolkningen som är i en ålder som berättigar till ålderspension. Även en person vars fysiska, kognitiva, psykiska eller sociala funktionsförmåga är

nedsatt på grund av sjukdomar eller skador som har uppkommit, tilltagit eller förvärrats i och med hög ålder, eller på grund av degeneration i anslutning till hög ålder.

2 RIKTLINJER FÖR ÄLDREOMSORGEN

2.1 Nationella riktlinjer

I en färsk rapport³ har Finland klassats som en av världens lyckligaste länder. Resultatet stärker oss i uppfattningen att livsmiljön är god i vårt land. Enligt äldreomsorgslagen (4 §) ska tjänster för äldre personer främja de äldres välbefinnande, hälsa och funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand. För att målen ska nås, måste förebyggande och rehabiliteringsfrämjande verksamhetsmodeller användas i alla skeden av vård- och servicekedjan. Resurser och aktiviteter för förebyggande arbete måste prioriteras mera än tidigare. Detta är också en grundförutsättning för att kunna dämpa kostnadsökningen som en åldrande befolkning innebär och svara på framtida utmaningar. En förutsättning för god vård är att alla yrkesgrupper har goda kunskaper i gerontologi, läran om det friska åldrandet. Å andra sidan betonar de nationella riktlinjerna för äldreomsorgen och hälso- och sjukvården förutom medborgarnas delaktighet också vars och ens eget ansvar för den egna hälsan, funktionsförmågan och välbefinnandet. Ansvarstagandet förutsätter att de äldre vid behov kan få handledning och rådgivning som främjar välbefinnandet och ändamålsenlig vård vid sjukdomar.

I äldreomsorgslagen (22 §) betonas att de äldre ska få leva i en trivsamt miljö. Utrymmena ska vara tillräckliga, trygga, hemtrevliga och behovsanpassade. Då de äldres funktionsförmåga utreds (15 §) bör tillgängligheten i livsmiljön, tryggheten i boendet och tillgången till närservice beaktas. Ute- och grönmiljön är av central betydelse för både det fysiska och psykiska välbefinnandet. På områden där många äldre bor och i närheten av serviceboende bör man säkra tillgången till tillräckliga och trygga gång- och cykelleder. Vardagsmotionen bör understödjas genom att man bygger aktivitetsparker, motionsstigar och näridrottsplatser. Gårdsplanernas tillgänglighet och säkerhet bör garanteras med tillräcklig belysning, räcken och viloplatser samt regelbunden sandning och plogning på vintern. Det behövs även fler seniorgym.

Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund har utfärdat kvalitetsrekommendationer om utveckling av servicen för äldre⁴. Den beaktar förändringarna i styrningen och omvärlden samt målen i regeringsprogrammet och planen för finansiering. Kvalitetsrekommendationens övergripande mål är att trygga ett så friskt och funktionsdugligt åldrande som möjligt för hela den äldre befolkningen samt kvalitativa och effektiva tjänster för de äldre personer som behöver dem. Liksom äldreomsorgslagen¹ är en del av rekommendationerna avsedda att tillämpas på befolkningsnivå och en del på individnivå.

Kvalitetsrekommendationens centrala innehåll är följande:

- 1. Tillsammans tryggar vi en så funktionsduglig ålderdom som möjligt*
- 2. Klient- och servicehandledningen i centrum*
- 3. Kvalitet skapas av utförare*
- 4. Åldersvänlig servicestruktur*
- 5. Dra full nytta av tekniken.*

Varje delområde innehåller särskilda rekommendationer. Särskild uppmärksamhet har fästs vid de kunskapsbaserade motiveringarna för de helheter som rekommenderas samt tillgängliga indikatorer med hjälp av vilka man systematiskt kan utvärdera genomförandet av rekommendationerna⁵.

Motionsrådgivning har nationellt lyfts fram som en viktig del av hälso- och sjukvården samt inkluderats både i social- och hälsovårdsministeriets samt kultur- och undervisningsministeriets strategi⁶. Social- och hälsovårdsverket deltar, tillsammans med staden Jakobstad, i det nationella programmet Kraft i åren – hälsomotion för äldre (2005-) sedan 2016.

2.2 Förebyggande arbete och identifiering av riskfaktorer

I äldreomsorgslagen (12 §) betonas förebyggande åtgärder, identifiering av riskfaktorer och rehabiliteringsfrämjande verksamhet. Det är viktigt att identifiera riskfaktorer som ökar servicebehovet, speciellt när det gäller personer som inte själva aktivt söker service. Förebyggande arbete kan göras effektivt i samarbete mellan olika lokala aktörer. Boende, närmiljö och kommunaltekniska lösningar, samt tillgång till närservice utgör grunden för ett tryggt hemmaboende för äldre och personer med nedsatt funktionsförmåga. Förebyggande åtgärder kan vidtas till exempel vid rådgivningsbesök, på läkar- eller hälsovårdsmottagningar och på akutavdelningar. Målet är att stödja äldre personer så att de så självständigt som möjligt kan upprätthålla nivån på sin hälsa och sitt välbefinnande samt att skjuta upp behovet av regelbunden hemvård eller serviceboende. För att uppnå en så god nivå på funktionsförmågan som möjligt, förutsätts å andra sidan också att man satsar på att identifiera riskfaktorerna och på förebyggande verksamhet redan i medelåldern.

Skörhet, är ett tillstånd av sårbarhet och begränsad reservkapacitet hos den åldrande individen. Detta leder till minskad förmåga att tåla belastning såsom trauma eller sjukdom. Tillståndet är främst relaterat till hög ålder, men anses ändå vara modifierbart genom livsstilsåtgärder. I den vanligast förekommande definitionen på skörhet ingår uppfyllandet av tre av fem kriterier: viktninskning, utmattning (trötthet), låg fysisk aktivitet, långsamhet (till exempel reducerad gånghastighet), svaghet (till exempel låg greppstyrka)⁷.

Få saker är så kostnadseffektiva som att uppmuntra de äldre och kroniskt sjuka till styrketräning för att minska deras vårdbehov⁸. Att dessutom uppmuntra till tillräckligt energi- och proteinintag, och till att vara uppmärksam på att få i sig tillräckligt med näringsämnen som till exempel fleromättade fettsyror och D-vitamin, är förhållandevis billiga behandlingsalternativ.

Forskning visar att risken för undernäring ökar markant efter 80-årsålder. Undernäring hos äldre innebär ofta att energi- och näringsbehovet speciellt av protein inte täcks⁹. Äldre, speciellt de i institutionsboende, tenderar att förlora muskelmassa, som är svår att återhämta¹⁰. En bra planerad nutrition höjer den äldres livskvalitet och förebygger skörhet¹¹. Personal kan med små insatser göra

mycket för de äldres nutritionstillstånd både hemma och på anstalt. Att väga den äldre en gång per månad är en enkel metod för att kunna följa upp förändringar i näringsstatus. Måltiderna ska fördelas jämt under hela dagen och dygnsfastan får inte överstiga 11 timmar¹². Ett försvagat näringstillstånd kan relateras till depression, ensamhet, fattigdom samt social isolering¹³. Kostrådgivning för grupper som samlas och lagar mat tillsammans kan vara ett fungerande sätt att förebygga undernäring.

Munhälsa

Munhälsan har stor betydelse för äldre personers näringsintag och allmäntillstånd. Munhälsovården ingår i de tjänster som avses i äldreomsorgslagen. Målet är att förbättra munhälsan hos äldre personer genom att ändra på verksamhetsmodellerna¹⁴. I social- och hälsovårdsverket har man för den äldre befolkningen planerat praktiska åtgärder för munhälsovården. Hemvårdens servicehandledare bedömer först klientens behov av munhälsovårdstjänster och vid behov hänvisar klienten till munhälsovården. Inom munhälsovården görs med klienten, den klientansvariga och en eventuell närståendevårdare antingen en bedömning eller en plan för att främja hälsan. I planen beaktas till exempel näring, egenvård av munnen och hjälpmedel. Utgående från dem bedöms behovet av fortsatt tandvård. Tandvården genomförs antingen inom munhälsovården vid Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad med beaktande av vårdgarantibestämmelserna eller inom den privata sektorn. För klienten utarbetas en vårdplan och de individuella vårdintervallerna bedöms, enligt dem tar man sedan kontakt med klienten. Social- och hälsovårdsnämnden har beviljat krigsveteranerna avgiftsfri tandvård.

Nedsättning i sinnesfunktionerna eller i den fysiska funktionsförmågan

Med stigande ålder blir det allt vanligare med försämring av syn, hörsel och övrig funktionsförmåga. För att stödja de äldres funktionsförmåga och för att de ska kunna ta aktiv del i samhället är det viktigt omgivningen är anpassad för personer med olika funktionshinder. Det är också viktigt att få adekvat undersökning, utredning och vård vid nedsättning av syn, hörsel, minnesfunktion eller fysisk funktionsförmåga och att behövliga hjälpmedel provas ut.

Mer än var tredje person i åldern 65–74 år och nästan 60 procent av alla över 85 år, har hörselnedsättning¹⁵. Hörselnedsättning är en dold funktionsnedsättning som kommer med åren och det lönar sig att kolla hörseln i ett tidigt skede, då det är lättare att anpassa sig till hörapparaten om hörseln inte är alltför dålig. För att den hörselskadade kan vara delaktig i kommunikationen behövs anpassning också av omgivningen. Att få hjälp med hörselproblem minskar risken för depression, demens och annan ohälsa. Många hörselproblem kan avhjälpas med lämpliga hjälpmedel. Vasa sjukvårdsdistrikt ansvarar för bedömning av hjälpmedelsbehov och utprovning av hörapparater. I Finland råder brist på svenskspråkiga audionomer och för att verksamheten ska fungera är det av yttersta vikt att kunnig personal kan rekryteras.

Orsaker till försämrad syn är många. Vid en del sjukdomar (t.ex. grönstarr) kan förloppet bromsas om behandling sätts in i tid. För att utreda orsaken till en synnedsättning är det viktigt att det finns tillgång till ögonläkare. Gråstarrsoperationer utförs på Malmska i Jakobstad, men i övrigt hänvisas patienter i behov av ögonläkare till centralsjukhusen. Tidigare har det funnits tämligen gott om privata ögonläkare i nejden, men för närvarande är väntetiderna långa även på privata sidan.

Minnessjukdomar är en progressiv störning av hjärnfunktionen, som leder till att en persons förmåga att sköta sig själv och sina egna ärenden försämras så att personen slutligen är i stor utsträckning beroende av andras hjälp. Demens är en sjukdom som blir vanligare med tilltagande ålder och är ett globalt fenomen, 46,8 miljoner människor led av minnessjukdom 2015. Av 65–74-åringar lider 4 % av

75–84-åringar drygt 10 % och av de som är över 85 år lider ca en tredjedel av medelsvår eller svår demens. Ca 60 % av demenspatienterna lider av Alzheimers sjukdom.

Minnessjukdomar är den största orsaken till behov av vård på institution och boende. Ca 60 procent, av dem som bor på enheter för effektiviserat serviceboende i samarbetsområdets kommuner, har minnessjukdom. På demensenheterna sköter man personer med en långt framskriden demenssjukdom. De har ofta beteendestörningar och därför inte lämpliga att vårdas på andra enheter. Skyddande faktorer som minskar risken för insjuknande i minnessjukdom är bl.a. hälsosam kost, samt social-, kognitiv- och fysisk aktivitet. Riklig alkoholanvändning, rökning och diabetes utgör däremot riskfaktorer.

På senare tid finns mycket forskning kring den fysiska träningens betydelse för hjärnans funktion. Man har bl.a. noterat att fysisk träning kan påverka tillväxt i hippocampus. Fysisk aktivitet påverkar hjärnan på flera olika sätt och främjar en ökad hjärnplasticitet¹⁶.

2.3 Rekommendationer om hälsofrämjande verksamhet

Hälso- och sjukvårdslagen¹⁷ förutsätter att hälsorådgivning kopplas till all kommunal service där det erbjuds hälsovårdstjänster. För motionsrådgivningens del är samarbetet mellan hälsovården och idrottssektorn det väsentliga.

Social- och hälsovårdsministeriets rekommendationer för att främja motion är:

- *inkludera information om motion i det dagliga arbetet/verksamheten*
- *för den åldrande befolkningen ordna regelbunden rådgivning om fysisk aktivitet och mäta funktionsförmågan*
- *ombesörja att serviceboendens och institutionernas miljö är aktiverande, trygg och motiverar till självständig fysisk aktivitet*
- *se till, att de som bor på serviceboende eller får hemservice erbjuds motionsprogram innehållande muskelstärkande övningar och balansträning samt får handledd utomhusmotion*
- *följa med att personalen inom social- och hälsovården har förutsättningar och redskap att kunna ge kvalitativ information enligt de nationella rekommendationerna. Att personalen uppmanar kommuninvånarna att ta del av den service inom motionsbranschen som erbjuds i kommunen*
- *inom primärhälsovården borde också information om fysisk aktivitet synliggöras i patientjournalssystemet.*

Social- och hälsovårdsministeriet samordnar åtgärder som ska öka befolkningens välfärd, social delaktighet samt hälsa och funktionsförmåga. Målet är att främjande av välfärd och hälsa ska beaktas i alla beslut och i all verksamhet. Kommunerna ansvarar för främjande av välfärd och hälsa på sina områden, resultaten uppföljs vartannat år via TEA visaren¹⁸ som är ett verktyg för kommuner och beskriver den hälsofrämjande verksamheten. Social- och hälsovårdssektorn påverkar kommuninvånarnas förutsättningar för hälsan samt för hälsofrämjande motion genom att ta del och att påbörja samarbete med andra sektorer och lokala aktörer. Målet är enligt Social- och hälsovårdsministeriet att minska skillnader i hälsan. Kommunernas hälsofrämjande motion har utvecklats positivt under de senaste åren¹⁹.

Enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2013:10) är visionen, fram till år 2020, är att finländarna ska röra sig mer och sitta mindre. I syftet att förbättra hälsan och välbefinnandet behöver den fysiska aktiviteten främjas och stillasittandet minskas genom en integrering av motionen i samtliga åldersgrupper och genom medverkan av samtliga förvaltningsområden och partnerskap.

En del av rekommendationerna genomförs redan nu inom samarbetsområdet. Fastän detta arbete pågår, finns det många utmaningar kvar för att information om motionens betydelse ska bli en naturlig del av hälsofrämjande arbete. Genom att bland annat öka de hemmaboende äldres fysiska aktivitet och inkludera information om motion i samband med annan hälsorådgivning kunde dessa kostnader minskas. Forskningsresultat har bekräftat att motionen har nationalekonomiska effekter.

Huvudprinciperna för hur hälso- och sjukvården ska ordnas för kommunerna i Jakobstadsregionen beskrivits i Vasa sjukvårdsdistrikts anordnandeplan för hälso- och sjukvården, planen uppdateras som bäst. I anslutning till vården av äldre lyfter man fram servicekedjan för geriatriska patienter och den rehabiliteringsfrämjande verksamheten.

***Motionskaka för över 65-åringar, UKK-institut, 2009:
För äldre rekommenderas***

- att träna uthållighet, till exempel rask promenad minst 2,5 timmar per vecka eller röra på sig ansträngande 1,5 timmar per vecka (eller genom att kombinera dessa)
- att träna muskelkraft och/eller kombinerad muskel- och balansträning och smidighetsträning minst två gånger i veckan

2.4 Rekommendationer om vård och service för äldre

Servicebehovet beskrivs åldersgruppsvis enligt de nationella rekommendationerna för vården av äldre. Även om det i alla åldersgrupper finns personer som fungerar självständigt, ökar behovet och användningen av service i allmänhet med åldern. Personer i åldersgruppen 65–74 år är i princip självständiga och har ansvar för sin hälsa, sin funktionsförmåga och sitt eget välbefinnande. De använder i allmänhet samma hälso- och sjukvårdstjänster som yngre personer. Samtidigt är det viktigt att identifiera riskgrupper och satsa på förebyggande verksamhet.

Kvalitetsrekommendationerna för vården av äldre gäller i huvudsak personer fyllda 75 år. I den nyaste kvalitetsrekommendationen beaktas även äldre åldersgrupper (80, 85, 90 år) och deras behov av service separat. I den föregående planen för den äldre befolkningens välbefinnande var mål för service uppgjord på basis av den tidigare kvalitetsrekommendationen (SHM 2013). I Tabell 1 framkommer utgångsläget och målet för servicestrukturen år 2017, ändringen från år 2014 till år 2017, och hur äldreservicen förhåller sig till det nationella medelvärdet och rekommendationerna.

Tabell 1. Statistik över servicestrukturen inom samarbetsområdet, nationella medeltal och rekommendationer. Uppgifterna i procent och i antal inom parentes.

Sotkanet statistik 2017 (15.12.2018)	Pedersöre	Jakobstad	Nykarleby	Larsmo	Samarbets- området	Hela landet	Nationella rekommenda- tioner
Personer 75 år fyllda och översom bor hemma	89,4 % (744)	91,2 % (2109)	92,4 % (793)	87,0 % (268)	90,0 % (3914)	91,1 % (457078)	91-92 %
Regelbunden hemvård för klienter 75 år fyllda och över	11,5 % (96)	13,0 % (301)	14,6 % (125)	13,0 % (40)	13,0 % (562)	11,3 % (56671)	13-14 %
Stöd för närståendevård för 75 år fyllda och äldre personer	3,4 % (28)	4,2 % (98)	4,5 % (39)	3,9 % (12)	4,0 % (177)	4,8 % (24197)	6-7 %
Klienter i åldrarna 75 och över inom effektiviserat serviceboende	6,6 % (55)	7,1 % (164)	5,5 % (47)	13,0 % (40)	8,0 % (306)	7,5 % (36677)	6-7 %
Klienter 75 år fyllda och över som finns inom långvård eller institut- vård på en hvc-avdelning (*2016 statistik)	3,4 % (28)	2,3 %* (52)	1,5 %* (13)	0*	1,8 %* (93)	1,3 % (6285)	2-3 %

Under fullmäktigeperioden 2014–2017 har utvecklingen varit positiv, inte minst inom hemvården. Dygnet runt boende (inkluderar effektiviserat serviceboende och långvård) är också på en bra nivå. Nivån för servicestrukturen når ändå inte till alla delar det nationella medeltalet och inte heller de nationella rekommendationerna. Ändringarna för äldreservicen under perioden 2014-2017 har varit stora och de har förutsatt en anpassning av hela vård- och servicekedjan.

2.5 Förutsättningar för rehabiliteringen

För att ett rehabiliteringsfrämjande arbete ska lyckas behövs flexibla tankesätt, arbetsrutiner, mångprofessionellt samarbete, klienternas deltagande, innovativ verksamhet, granskning av helheter och utveckling av beslutsprocesserna. För att följa upp förändringsarbetet krävs systematisk användning av mätare. Kraven på förändring berör alla som deltar i vården av äldre, inklusive de äldre själva och deras anhöriga. Närmaste förmannen har en nyckelposition när det gäller att förändra verksamhetskulturen, att möjliggöra personalens kunnande och att göra upp gemensamma mål. Också aktörerna och organisationerna inom tredje sektorn spelar en viktig roll när det gäller att bearbeta attityderna i en mer rehabiliteringsfrämjande riktning.

Inom social- och hälsovårdsverket har man sedan 2012 utbildat ca 250 inom personalen i ett aktiverande arbetssätt som heter kinestetik. Det är inte en samling tekniker utan ett övergripande sätt att tänka och vara medveten om hur mänsklig kroppen fungerar samt hur bemöta de äldre respektfullt²⁰.

3 SAMARBETSOMRÅDETS NULÄGE

3.1 Befolkningsmängd och åldersstruktur

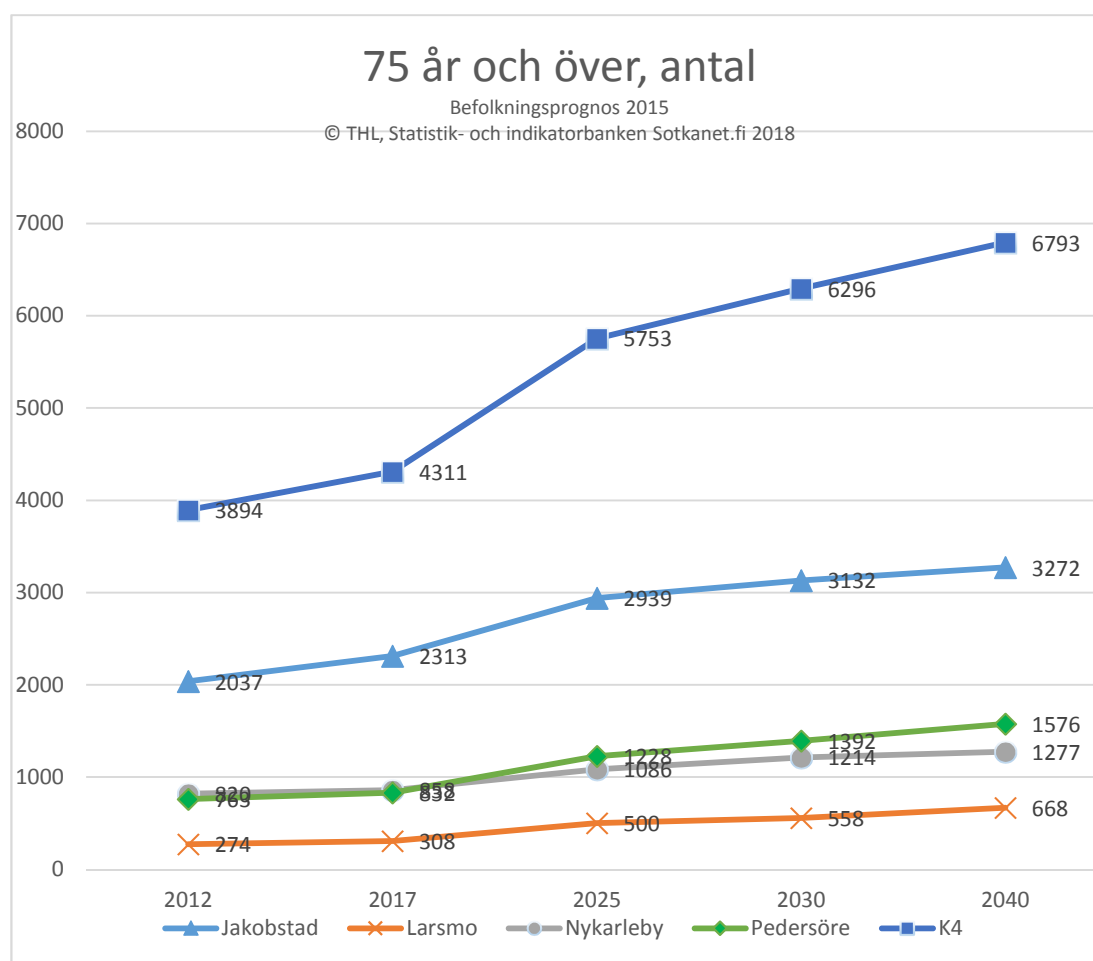
Invånarantalet för samarbetsområdets fyra tvåspråkiga kommuner är 43 248²¹.

Befolkningsstrukturen avviker från landets medeltal. I Pedersöre och Larsmo är andelen barn och unga högre än genomsnittet i landet och andelen äldre är färre. I Jakobstad och Nykarleby är de äldres andel av befolkningen högre jämfört med hela landet. Medellivslängden i Österbotten är högre än i övriga delar av landet. Andelen invånare över 75 år kommer markant att öka även efter 2020.

I tabell 2 presenteras uppgifter om samarbetsområdets befolkning, procentuell fördelning enligt ålder och motsvarande uppgifter för hela landet samt Österbotten. I figur 1 framgår uppgifter om antalet 75 år fyllda och äldre samt prognosen hur situationen utvecklas fram till 2040.

Tabell 2. Procentuell andel av olika åldersgrupper i hela landet, i Österbotten och i samarbetsområdets kommuner

2017	Hela landet	Österbotten	Jakobstad	Larsmo	Nykarleby	Pedersöre
0 - 6 år	7,3	7,9	6,8	14,6	8,4	10,4
7 - 15 år	9,9	10,6	10,3	16,7	11	14,8
16 - 24 år	10,3	10,9	10,6	12,7	8,7	12,1
25 - 64 år	51,1	48,3	47,1	41,6	47,4	45
65 - 74 år	12,3	12,1	13,3	8,5	13	10,3
75 - 84 år	6,5	6,9	8,5	4	7,7	5,1
85 år och över	2,7	3,2	3,4	1,9	3,7	2,4



Figur 1. Antalet 75 år fyllda i samarbetsområdets kommuner samt prognos om befolkningsutvecklingen

3.2 Tillgängligheten i livsmiljön

Staden Jakobstad har i samverkan med social- och hälsovårdsverket gått med i det riksomfattande programmet Kraft i åren – hälsomotion för äldre (2005-). Syftet med programmet är att med hjälp av hälsomotion främja livskvaliteten och möjligheterna att klara sig på egen hand för personer över 75 år som bor hemma och har nedsatt funktionsförmåga. Med nedsatt funktionsförmåga avses till exempel svårigheter att röra sig, begynnande minnessjukdomar eller lindrig depression, vilka kan leda till att personen rör sig mera begränsat och behöver mera hjälp. Hälsomotion har visat sig vara ett effektivt och förmånligt sätt att främja äldre personers välfärd och välbefinnande på bred front.

För att nå målen utvecklas och utökas de äldres

- motionsrådgivning
- handledd motion där innehållet rör muskelstyrka, balans och övrig muskelvård
- möjligheterna till vardagsmotion och utomhusmotion.

Verksamheten anordnas genom att de goda verksamhetsmodeller som tagits fram inom programmet Kraft i åren införs via samarbete mellan olika organisationer och den offentliga sektorn. I Jakobstad fungerar numera ett idrottsråd där äldre och representanter för äldrerådet diskuterar tillgänglighet och

önskemål gällande motion. Deltagande i projektet rekommenderas även de andra samarbetskommunerna.

Social- och hälsovårdsverket har tillsammans med äldre råden och Larsmo När-TV startat en serie som heter Må bra, främst med tanke på hemmaboende äldre. Må bra-sändningarna sänds på kanal 944 och kan ses av alla som är anslutna till JNTs kabelnät (från Karleby i norr till Maxmo i söder). I programmen ingår inne- och utemotion för äldre, information om vanliga folksjukdomar, kostråd, information om volontärverksamhet och annat som intresserar äldre. Genom detta projekt når man många och kan på ett enkelt sätt aktivera de hemmaboende.

Genom att utveckla tekniska lösningar kan de äldre bo hemma längre. Idag finns t.ex. trygghetslarm, stöd för påminnelser när medicin ska tas och olika verktyg för att kommunicera digitalt med personal och anhöriga eller att ha social gemenskap och till exempel gruppgympa med andra äldre. De äldre behöver få utbildning om hur man använder datorer, smarttelefoner och surfplattor.

Tillgänglighet behöver också beaktas i all planering av offentliga utrymmen, genom en kartläggning och anpassning av tillgänglighet, och också i samhället i övrigt.

Sedan början av år 2018 har samarbetsområdets hjälpmedelsutlåning överförs från social- och hälsovårdsverket till Vasa sjukvårdsdistrikt. Utlåning av hjälpmedel sker lokalt, som tidigare. Hjälpmedel för minnessjuka, så som spisvakter, veckokalendrar och alarmlarm, samt omändringsarbeten i hemmet vid långvarig funktionsnedsättning ordnas tills vidare av social- och hälsovårdsverket (äldreomsorgen resp. handikappomsorgen). Planen är att även den servicen på sikt ska ske på landskapsnivå. På boendeenheterna har klienterna sina personliga hjälpmedel. Utöver det skaffar enheterna själva de hjälpmedel som behövs för boendenas allmänna bruk. Användningen av välfärdsteknologin i Jakobstads samarbetsområde är ännu småskalig och inom vårt samarbetsområde behövs mera satsningar på mångsidig och innovativ teknisk utrustning för de hemmaboende.

3.3 De äldres välfärd enligt statistiken (Sotkanet)

Det finns inte statistik över de 75 år fyllda och äldre i samarbetsområdets kommuner som känner sig ensamma. I hela landet är deras procentuella antal 9,4 % (Sotkanet 2017).

En persons bostadshushåll i åldrarna 75 år och över, % av bostadshushållen med personer i samma ålder.

	2010	2014	2017
Hela landet	59,0	58,1	57,7
Jakobstad	57,1	54,5	55,7
Larsmo	43,5	46,7	47,7
Nykarleby	53,6	51,9	52,2
Pedersöre	58,0	53,6	49,9

Äldres välfärd kan beskrivas med olika mätare. För många indikatorer finns uppgifter för hela landet men inte skilt för samarbetsområdets kommuner. Andel 75 år fyllda som är nöjda med tryggheten i sitt bostadsområde är 93 %. Cirka 50 % av de äldre (> 75 år) upplever god livskvalitet. Andelen nöjda har stigit de senaste åren. Andelen äldre som deltar aktivt i organisationsverksamhet har de senaste åren ökat. 27 % av de äldre (>75 år) deltog aktivt i föreningsverksamhet år 2017.

Personer i åldrarna 65 år och över som fått full folkpension, % av befolkningen i samma ålder:

	2015	2016	2017
Hela landet	2,3 % (c 25300)	2,1 % (c. 24600)	2,0 % (c.24200)
Jakobstad	2,0 % (90)	1,7 % (83)	1,8 % (90)
Larsmo	2,1 % (15)	1,9 % (14)	1,7 % (13)
Nykarleby	1,4 % (24)	1,2 % (22)	1,3 % (23)
Pedersöre	0,8 % (16)	0,8 % (15)	0,8 % (16)

Indikatorn visar den procentuella andelen personer i åldrarna 65 år och över som fått full folkpension, av befolkningen i samma ålder. Medelfolkmängden används som befolkningsuppgift. De personer som får små eller inga förvärvspensioner alls har full folkpension. Den FPA-försäkrade befolkningen har använts vid beräkningen av antal i relation till befolkningen. Andelen personer som får full folkpension visar omfattningen av låga inkomster bland befolkningen i pensionsålder.

År 2017 var andelen personer som på grund av brist på pengar varit tvungna att pruta på mat, läkemedel eller läkarbesök (%), 65 år och äldre 9,4 % i hela landet. Motsvarande siffror finns inte för samarbetsområdets kommuner.

3.4 Servicestrukturen för äldreservice

I planen för de äldres välbefinnande 2014–2017 uppsattes, utifrån nationella rekommendationer²², målet att servicestrukturen inom äldreomsorgen i samarbetsområdet ska motsvara de nationella rekommendationerna. Med tanke på utgångsläget lades tidtabellen för en del av förändringarna gällande indikatorerna för kvalitetsrekommendationerna fram till 2020.

Klienternas funktionsförmåga inom äldreomsorgen i Jakobstads samarbetsområde motsvarar numera den nationella nivån. Det har kunnat uppnås genom att använda gemensamma kriterier för service. Förändringen gäller både hemvården och serviceboendet, där det tidigare funnits klienter som haft bättre funktionsförmåga. Klienter som inte konstateras ha servicebehov enligt kriterierna kan hänvisas till lättare stödformer, som privata sektorn, föreningar, frivilliga och andra inom tredje sektorn kan ge. Behovet av förbättringar för att nå den nationella nivån finns ännu inom boendeverksamheten. Det gäller till exempel aktiverande vårdarbete, rehabiliterande verksamhet och klienternas delaktighet. Serviceboendeplatser i förhållande till befolkningen över 75 år varierar också mellan samarbetskommunerna Även inom hemvården får klienterna, trots att de skulle ha kapacitet, för lite rehabiliterande verksamhet.

Klienterna i Jakobstads samarbetsområde har en högre medelålder på 2,3 år vid boenden och 2,5 år i hemvården jämfört med det nationella medeltalet. Med stigande ålder ökar behovet av sjukhusvård och vårdperioderna blir längre. Den fysiska funktionsförmågan är sämre för klienterna i boenden och hemvård, vilket kan bero på deras högre ålder. Som jämförelsematerial har använts data som producerats av det system som används för uppföljning av funktionsförmåga, Resident Assessment Instrument (RAI), under åren 2017 och 2018.

Tabell 3. Nyckeltalen för servicestrukturen för personer över 75 år och förändringar efter 2014 enligt nationella kvalitetsrekommendationer. Uppgifterna i procent och i antal inom parentes.

Statistik: Sotkanet (13.12.2018)	Samarbets- området 2014	Samarbets- området (2016* eller 2017** statistik)	Målsättningen enligt Plan för äldre befolkningens välbefinnande 2014-2017	Hela landet (2017 statistik)	Nationella rekommenda- tioner
Personer 75 år fyllda och över som bor hemma	89,2 % (3624)	90,0 %** (3914)	91-92 %	91,1 %	91-92 %
Regelbunden hemvård för personer 75 år fyllda och över	9,9 % (408)	13,0 %** (562)	13 %	11,3 %	13-14 %
Stöd för närståendevård för 75 år fyllda och äldre personer	3,1 % (136)	4,0 %** (177)	6 %	4,8 %	6-7 %
Klienter i åldrarna 75 och över inom effektiverat serviceboende	7,8 % (307)	8,0 %** (306)	6 %	7,5 %	6-7 %
Klienter 75 år fyllda och över som finns inom långvård eller institutvård på en hvc-avd.	2,5 % (97)	1,8 %* (93)	Åldringshem 2 % HVC bäddavdelning 1 % Tillsammans 3 %	1,3 %	2-3 %

3.5 Förändringar i verksamheten åren 2014–2018

Från år 2013 har en målmedveten strukturförändring skett inom äldreomsorgen. Tyngdpunkten har flyttats från institutionsboende till hemmaboende med olika former av stödåtgärder, samt förebyggande och rehabiliterande arbetssätt.

- En geriatrisk avdelning (avdelning 7) avslutades år 2016.
- Två avdelningar (avdelning 8 och Nykarleby vårdavdelning) ändrades till allmänmedicinska avdelningar år 2017.
- År 2016 ändrades verksamheten på Hagaborg i Nykarleby från effektiverat serviceboende till effektiverat serviceboende för klienter med långvarig psykiatrisk problematik.
- I och med detta har kommunala långvårdsplatserna minskat med ca 90 och platserna för effektiverat serviceboende med 12.

Det sammanlagda platsantalet för effektiverat serviceboende och åldringshem inom hela samarbetsområdet (inkl. köptjänster) är nu på samma nivå som de nationella rekommendationerna (Tabell 3). Det finns variationer mellan kommunerna; tillgången till boendeplatser med dygnet runt-vård är bättre i Pedersöre och Larsmo och mera utmanande i Jakobstad och Nykarleby.

Förändringar som skett inom den privata sektorns boendeservice:

- De Gamlas Hem (34 platser) avslutade verksamheten med serviceboende i januari 2018
- Pietarkoti (10 platser) avslutade sin serviceboendeverksamhet i maj 2018
- Florahemmet i Nykarleby har ändrat verksamheten från effektiviserat serviceboende till seniorboende (år 2016).
- Mariahemmet har ändrat verksamheten från effektiviserat serviceboende till seniorboende och öppnat en demensenhet med 7 platser (år 2016).
- Rauhala har nyligen ändrat verksamheten till 12 platser för effektiviserat serviceboende, 11 demensplatser och 8 övriga platser för seniorboende.
- Ny serviceproducent i Jakobstad sedan år 2017 är Esperi Cares vårdhem Edit med 32 platser för effektiviserat serviceboende.
- Attendo bygger ett effektiviserat serviceboende i Nykarleby som beräknas var färdigt att tas i bruk hösten 2018.
- Social- och hälsovårdsverket köper långvårdsplatser från Folkhälsan Valfärd Ab, Östanlid fram till slutet av år 2018. Efter att avtalet gått ut ändrar verksamheten till effektiviserat serviceboende.
- Servicesedel för effektiviserat serviceboende togs i bruk år 2017 och för närvarande finns tre godkända producenter (Esperi Care, Rauhala och Ahlbäckhemmet). Servicesedel för minnesjukas boendeservice togs i bruk i augusti 2018.

Förändringar som skett i hemvården:

- Hemvård beviljas enligt gällande kriterier²³. Hemvårdens resurser styrs till rätt målgrupp utgående från vård- och serviceplan samt Rai-mätningar. Man har utrett möjligheterna att ordna tjänster som inte fodrar vårdpersonal, (t.ex. butikskasse, tvättjänst) med hjälp av privata producenter och tredje sektorn.
- Personalstrukturen har ändrats på grund av att klienterna, utifrån RAI bedömning, är mera vårdkrävande, vilket ställer större krav på personalens kompetens. Personalens kompetens gällande t.ex. minnesjukdomar och rehabilitering har ökat.
- Planeringen av klientarbetet (servicen) och personalens arbetstider görs med hjälp av optimeringsprogrammet (dataprogram). Verksamheten startade år 2017. Optimeringscentret administrerar verksamheten med att t.ex. skaffa vikarier.
- Servicehandledningens arbetsmodeller har utvecklats under en längre period. Personalen som jobbar inom servicehandledningen har gett information till äldre, anhöriga och samarbetspartner. Servicehandledningen kontaktas då man t.ex. har behov av handledning, information och utredning av vårdbehov. Kontakt kan fås antingen per telefon eller genom att besöka servicehandledare. Hembesök ordnas enligt behov.
- Servicesedlar har tagits i bruk år 2017 för tillfällig hemvård och för avlastning. Efterfrågan av servicesedlar har ökat med tiden. Servicesedel för avlastning ger närståendevårdare flera alternativ att ordna sina lediga dagar.
- Produktifiering av alla hemvårdstjänster gjordes i slutet av år 2017 och dessa togs i bruk i början av år 2018.

3.6 Resurser och kostnader inom äldreomsorgen

I social- och hälsovårdsverkets ekonomiplan för år 2018 har de ekonomiska resurserna inom hemvården och serviceboende ökat något jämfört med bokslutet för år 2017 (Tabell 4). Väntetiderna till olika former av boendeservice har minskat jämfört med 2017, men översteg delvis 3 månader

ännu under våren 2018. De äldres vård- och servicekedja har effektiviserats och köptjänster i form av servicesedel har införts. Med förebyggande arbete kan de äldres egna resurser och egen funktionsförmåga stödas. Resurser för detta har delvis beaktats i budgeten 2018.

Tabell 4. Kostnadsutvecklingen för äldreomsorgen i Jakobstads samarbetsområde

ÄLDREOMSORG TOTALA KOSTNADER	2012	2013	2014	2015	2016	2017	budget 2018
Administration äldreomsorg (fördelas internt)	761 021	778 832	487 991	451 881	431 363	438 728	438 667
Hemvård och stöd för hemmaboende	10 617 956	11 635 691	12 623 041	13 241 973	14 298 679	14 889 166	14 914 283
Servicehandledning äldreomsorg	0	0	0	405 062	473 057	499 086	582 935
Stöd för närståendevård äldreomsorg	668 539	719 592	730 023	763 030	946 740	965 205	1 059 300
Stödtjänster (mat, dagcenter mm.)	1 511 641	1 665 323	1 772 750	1 820 316	1 870 550	1 830 445	1 884 093
Hemvård	8 114 174	8 703 759	9 180 894	9 655 127	10 295 698	10 942 235	10 634 998
Minnesrådgivning, projekt, övrigt	323 602	547 017	939 374	598 438	712 634	652 195	752 957
Serviceboende och åldringshem	22 416 035	22 397 549	22 097 993	23 391 893	23 568 600	22 741 130	22 844 521
Serviceboende egna	10 428 031	10 878 056	13 950 098	14 666 934	14 682 797	14 236 815	14 111 526
Åldringshem egna	4 937 657	5 241 479	2 168 068	2 217 618	2 330 665	2 304 951	2 306 995
Köptjänster serviceboende +långvård	7 050 347	6 278 014	5 979 827	6 507 341	6 555 138	6 199 364	6 426 000
Sammanlagt	33 795 012	34 812 072	35 209 025	37 085 747	38 298 642	38 069 024	38 197 471
Geriatriska avdelningar*	8 109 093	8 235 970	7 763 692	6 790 081	4 831 652	0	0
ÄLDREOMSORG TOTALT	41 904 105	43 048 042	42 972 717	43 875 828	43 130 294	38 069 024	38 197 471

*Geriatrisk avdelning 7 avslutades 31.3.2016. Geriatrisk avdelning 8 och Nykarleby vårdavdelning ändrade 2017 verksamhetsform till allmänmedicinska avdelningar och flyttades i bokföringen från äldreomsorgen till hälso- och sjukvården. Platsantalet ändrade inte. I bokslutet för 2017 ses detta som en kostandsökning inom hälso- och sjukvården på 5,1 milj. euro. Motsvarande kostnadsminskning ses för äldreomsorgen.

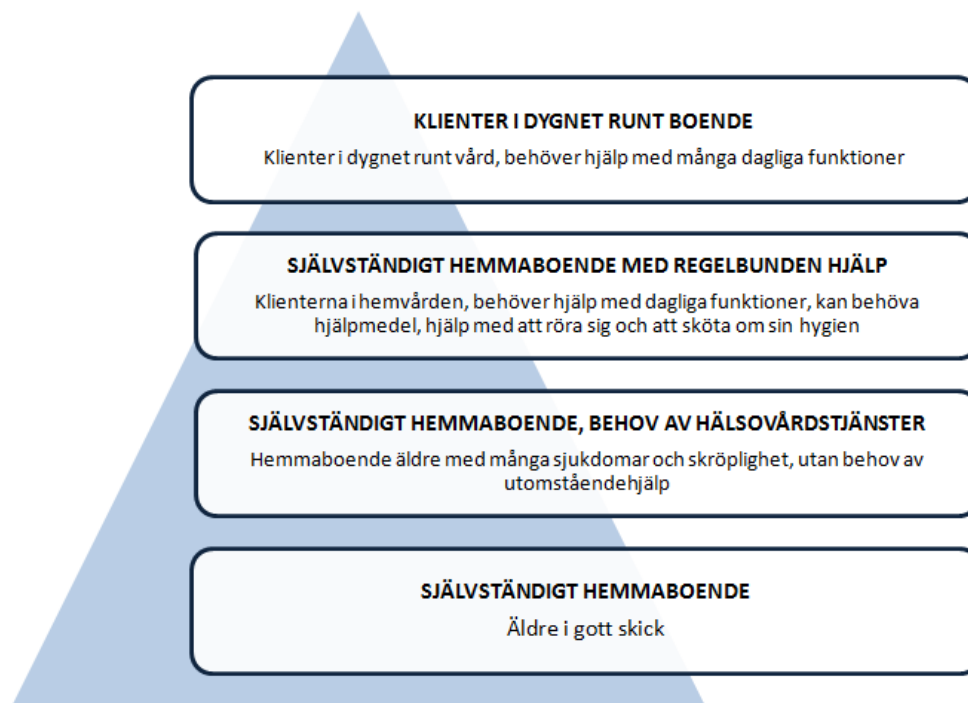
Under de senaste åren har kostnaderna för hemvården och stöd för hemmaboende ökat. Det förklaras med att mängden äldre som behöver stöd växer. Stöd för närståendevård beviljas enligt social- och hälsovårdsnämndens beslut till alla som fyller kriterierna för det. Behovet av andra stödformer ökar också.

De totala kostnaderna för serviceboende är tämligen konstanta. En del åldringshemverksamhet har ändrats till effektiviserat serviceboende, vilket förklarar minskningen av kostnaderna för åldringshem och ökningen för de kommunala serviceboendena. Kostnaderna för köptjänster har hållits på jämn nivå senaste åren.

Enligt social- och hälsovårdsverkets vårddygnsuppföljning statistik för de allmänmedicinska avdelningarna 6–8 och Nykarleby vårdavdelning vårdades mellan januari och juli 2018 ca 1550 patienter på avdelningarna. Av patienterna under vårdperioderna var 74 % över 75 åringar och 39 % var äldre än 85 år. Vårddygnet var ca 18 000. Av dessa var 81 % av patienterna över 75 år och 51 % äldre än 85 år.

Äldreomsorgens totala kostnader har sedan år 2012 sjunkit med ca 3,8 milj. euro. Detta beror främst på förändringarna för de geriatriska avdelningarna enligt ovan.

I Figur 2 illustreras de olika gruppernas hjälpbehov och boendeform. Äldre som behöver regelbunden hjälp dagligen för att klara sig utgör 10–15 %. Största delen klarar sig hemma, antingen helt självständigt eller med olika typer av stöd och hjälp. Kostnaderna ökar ju mera service klienten behöver.



Figur 2. Äldre enligt behov av stöd och boendeform

Kostnaderna för en klient med regelbunden hemvård varierar beroende på antalet timmar hemvård/månad. Hemvårdskostnaderna är i regel betydligt lägre jämfört med kostnaderna för boendeservice. Kostnaden för ett boende varierar mellan 100 och 400 euro/dygn. I hemvården kan klientens egna och nätverkets resurser användas, vilket påverkar de totala vårdkostnaderna. För gruppen som är högst i triangeln (figur 2) används mera resurser än för de tre andra grupperna tillsammans. Mera resurser än tidigare behöver reserveras för förebyggande tjänster och arbete och det bör riktas speciellt till riskgrupper. På så sätt kan man stödja äldre att bo hemma, vid behov med stöd och regelbunden hjälp och skjuta fram behovet av dygnet runt vård.

4 MÅL OCH ÅTGÄRDER FÖR DE ÄLDRES VÄLBEFINNANDE

En klar strukturomvandling inom äldreomsorgen har skett sedan 2013 och antalet boendeplatser på effektiverat serviceboende och åldringshem motsvarar nu de nationella rekommendationerna. Däremot är antalet allmänmedicinska bäddplatser något högre än den nationella rekommendationen till följd av att verksamheten på två avdelningar ändrat från långvårdsavdelningar inom socialvården till allmänmedicinska avdelningar. Satsningar har gjorts på att utveckla servicehandledning som fungerar enligt en luckas princip. Resurserna till hemvården har ökat, optimeringssystemet inom hemvården möjliggör en mera ändamålsenlig styrning av personalresurser. Hemsjukhuset stödjer tidig utskrivning från sjukhuset genom specialsjukvårdsbehandlingar i hemmet. Möjligheter till avancerad geriatrisk rehabilitering finns på avdelning 2 på Malmska enheten. Också i fortsättningen behöver det rehabiliterande arbetet inom hemvården och möjligheterna till hemrehabilitering vidareutvecklas. Eftersom antalet äldre inom samarbetsområdet snabbt ökar behöver behovet av resurser för hemvård, effektiverat serviceboende och sjukvårdsplatser kontinuerligt utvärderas.

Den kommande social- och hälsovårdsreformen ställer krav också på det förbyggande arbetet och den service som ska ges av andra instanser än den offentliga social- och hälsovården ska tydligt definieras. Det är också viktigt att utvecklingen inom alla kommuner i landskapet går åt samma håll och att gemensamma riktlinjer och anvisningar inom landskapet utarbetas.

Vårt mål för de äldres välbefinnande är att:

*De äldre är själva delaktiga i planeringen av sin vård och service
Egna resurser tillvaratas och används för att uppnå målen för de äldres fysiska
funktionsförmåga, rehabilitering och välmående*

Erbjuda en gränsöverskridande äldreomsorg som har hög kvalitet och är kostnadseffektiv

Servicen och vården som erbjuds för de äldre är på rätt nivå

*- de äldre kan bo hemma eller i en hemlik miljö så länge som möjligt och uppnå den bästa
möjliga funktionsförmågan, hälsan och välbefinnandet*

*- de äldre kan utan fördröjning erbjudas en plats på effektiverat serviceboende ifall de inte
längre, trots rehabiliteringsinsatser och andra stödinsatser, klarar av eget boende*

*De äldres välbefinnande ska vara bland de bästa i landet när det gäller rehabiliteringsfrämjande
verksamhet inom äldreomsorgen.*

Servicehandledningen utgör en viktig kontaktyta till äldre och deras anhöriga. Servicehandledningen vidareutvecklas och äldre ska få bättre möjlighet att själva välja typ av service och serviceproducent utifrån sina behov. Informationen om vilka stödtjänster som är tillgängliga för dem som inte uppfyller kriterierna för vård och service finansierad via social och hälsovårdsverket behöver också förbättras. Utvecklingen stöds under år 2018 av projekten "Österbottens servicehandledning i skick"-landskapets del i regeringens spetsprojekt för äldre och genom att utveckla system för personlig budget via statligt beviljade medel för pilotprojekt inför planerad valfrihetslagstiftning.

Förslag till åtgärder för att öka användningen av ibruktage av rehabiliteringsfrämjande och förebyggande verksamhetsmodeller berör alla aktörer (Tabell 5). Åtgärderna påverkar hur

servicestrukturen som helhet ordnas och förutsätter samarbete mellan offentliga, privata och tredje sektorn. Allas medverkan behövs för att kunna påverka äldres förutsättningar för dagligt liv oberoende av livsmiljö.

4.1 Rehabiliteringsfrämjande verksamhet

Målen som ställs upp för den rehabiliteringsfrämjande verksamheten utgår från den äldres prestationsnivå som har definierats och skrivits in i vård- och serviceplanen. Mätbara, konkreta mål styr valet av rehabiliteringsfrämjande vårdåtgärder. Användningen av RAI-instrumentet vid vårdplaneringen gör det möjligt att mäta prestationsnivån. RAI används på enheterna för effektiverat serviceboende och inom hemvården vid uppföljningen av nivån på de äldres funktionsförmåga samt i vårdplaneringen.

Implementering av rehabiliteringsfrämjande arbetssätt pågår som bäst och där behövs inga nya strukturella förändringar. Alla nya arbetstagare introduceras till det rehabiliterande arbetssättet och personalens kompetens utvecklas kontinuerligt via fortbildning. Äldre personer och deras närstående stöds med handledning för rehabilitering. Med dessa och andra liknande åtgärder kan rehabiliteringen av äldre främjas och attityden till arbetssättet påverkas. Rehabiliteringsfrämjande verksamhet effektiveras genom mångprofessionellt teamarbete. Det förutsätter ett nära samarbete i alla skeden i vård- och servicekedjan för äldre och sakkännedom, samt den äldres egen aktivitet och delaktighet. Tanken är att det specialkunnande som olika yrkesgrupper har ger större effekt då alla som deltar i rehabiliteringen jobbar i team mot samma mål med den äldre i fokus. Övergången till en rehabiliteringsfrämjande vårdmodell påverkar strukturerna för verksamheten och på sikt minskar behovet av institutionsvård.

Användningen av rehabiliteringsfrämjande verksamhetsmodeller förutsätter att innehållet i den rehabiliteringsfrämjande verksamheten har definierats och att alla som arbetar på enheten har en gemensam uppfattning om principerna och målen för verksamheten.

Mot en rehabiliteringsfrämjande vårdmodell – ansvarsområden

Klienterna

Klienten/vårdsnätverket har ansvar för att personen enligt sina egna förutsättningar kan främja sin egen hälsa, välbefinnande, funktionsförmåga och fysiska kondition. Tillräckliga kunskaper, motivation och färdigheter för att personen/vårdsnätverket ska kunna verka på ett rehabiliteringsfrämjande sätt.

Verksamheten i praktiken

Ansvarar för att verksamheten är mångprofessionell och rehabiliteringsfrämjande. Den rehabiliteringsfrämjande verksamheten är förankrad bland personalen. Alla känner till principerna och målen för verksamhetsmodellen.

Ledning på mellannivå och närmaste chefer

Ansvarar för att rehabiliteringsfrämjande verksamhetsmodeller tas i bruk i den egna enheten och också för att man förbinder sig att använda verksamhetsmodellen. Resultaten av den rehabiliteringsfrämjande verksamheten ska utvärderas och verksamheten utvecklas regelbundet och systematiskt.

Social- och hälsovårdsnämnden och den högsta ledningen

Ansvarar för att främjandet av rehabilitering syns i strategin och visionen för samarbetsområdet. Den rehabiliteringsfrämjande verksamheten är gränsöverskridande och jämlik inom samarbetsområdet. Rehabiliteringsfrämjande åtgärder har skrivits in i verksamhetsplanen med konkreta mål och nyckeltal, och uppnåendet av dessa utvärderas systematiskt på alla nivåer inom organisationen.

Kommunnivå

Ansvarar för att främjandet av äldre personers rehabilitering beaktas i kommunens beslutsfattande inom olika förvaltningsområden

4.1.1 Rehabiliteringsfrämjande verksamhet - mål och innehåll

Målet är att främja personens funktionsförmåga och förutsättningar så att hen klarar sig så självständigt som möjligt och anpassar sig till sin nuvarande livsmiljö eller till den miljö, som det är meningen att personen ska flytta till efter rehabiliteringen. Dessutom har vi som mål att stöda och handleda den äldres närstående och andra i det sociala nätverket för att uppnå ovannämnda mål.

Begrepp som används i den rehabiliteringsfrämjande verksamheten

- *Förebyggande verksamhet* innehåller identifiering av riskfaktorer i servicekontakter i alla skeden av vårdkedjan samt personens handledning i aktiviteter som främjar hens välbefinnande och hälsa.
- *Rehabiliteringsfrämjande vårdarbete* är en mångprofessionell och målinriktad verksamhet, som koordineras av en vårdare och där klienten har en aktiv roll. Läkaren fungerar som medicinsk expert och terapeuterna fungerar som stöd för vårdaren. Vårdaren handleder, stöder och genomför det målinriktade träningsprogram som man enligt vårdplanen kommit överens om med klienten.
- *Geriatrisk rehabilitering* är en mångprofessionell verksamhet, som leds av en geriatriker och som innehåller rehabiliteringsfrämjande verksamhet med en vårdare och terapi som ges av terapipersonalen samt arbetsinsatser av en socialarbetare, näringsterapeut eller motsvarande.
- *Krävande rehabilitering* är en mångprofessionell verksamhet, som leds av en specialistläkare i rehabiliteringsmedicin och som omfattar rehabiliteringsfrämjande verksamhet med vårdare och terapeuter. Neuropsykologers och socialarbetares arbetsinsatser är också viktiga.

4.1.2 Rehabiliteringsfrämjande verksamhet i hemmet

Rehabilitering i hemmet är avsedd både för hemmaboende äldre som inte ännu har behov av annan service och för hemvårdens klienter. Rehabiliterande vårdarbete och rehabilitering i hemmet poängterades som en viktig åtgärd i Planen för den äldre befolkningens välbefinnande 2014–2017. Målet med rehabilitering är att stöda de äldres funktionsförmåga, välbefinnande och möjligheter att bo hemma. I hemvårdens budget för år 2018 ökades resursen för rehabilitering i syfte att anställa två

terapeuter för att stärka rehabiliteringen i hemmet, speciellt den förebyggande rehabiliteringen för att förebygga t.ex. ett kommande behov av stöd och handleda den äldre att upprätthålla sin funktionsförmåga.

I slutet av år 2017 bearbetades en plan för hemrehabilitering, vilken innehåller många olika åtgärder för att stärka förebyggande rehabilitering och upprätthålla klientens funktionsförmåga. En del som ingår i planen har redan börjat förverkligas. För äldre som behöver handledning och en noggrannare utredning av sin situation med tanke på rehabilitering, finns möjlighet att söka sig till fysioterapeuters öppna mottagning. Fallpoliklinikverksamheten startar hösten 2018. Till fallpolikliniken hänvisas äldre, som har konstaterats ha en benägenhet att falla. Vid poliklinikbesöket utreds orsaken till fallbenägenheten. Åtgärder t.ex. fysisk träning, medicinkontroll, behov av hjälpmedel eller ändringar i hemmet planeras.

Till planen för hemrehabiliteringsåtgärder hör att utöka de rehabiliteringsåtgärder som ordnas i grupp. Redan nu ordnar rehabiliteringsenheten flera olika gruppaktiviteter. Gruppaktiviteter för olika målgrupper bl.a. styrke- och balansgrupper, artrosgrupp samt bassänggrupper ordnas regelbundet. Även rygg- och nackgrupper ordnas efter behov.

Hälsoundersökningar av närståendevårdare inleds hösten 2018. Som stöd för den rehabilitering som sker hemma används också de sammanlagt 6 geriatriska platser som finns reserverade på Malmskas avdelning för avancerad rehabilitering. Under en geriatrisk rehabiliteringsperiod, som omfattar 1–2 veckor, stärker man den äldres funktionsförmåga och handleder en anhörig eller annan person att verka som stöd. Äldre personer hänvisas till en geriatrisk rehabiliteringsperiod främst från hemvården eller vårdavdelningarna, när man märker att det finns behov. Hemvårdspersonalens kunskap och kompetens inom rehabilitering förstärks med kinestetik utbildning samt fysioterapeuter och ergoterapeuter som handledare. Rehabiliteringsåtgärderna ska uppföljas och utvärderas under perioden 2019–2021.

4.1.3 Ibruktagande av rehabiliteringsfrämjande verksamhetsmodeller

Implementeringen av rehabiliteringsfrämjande verksamhet presenteras i Tabell 5 på en allmän nivå. Ett konkret åtgärdsprogram på enhetsnivå utarbetas separat. För uppgörandet av ett planenligt verkställighetsprogram med tidtabell ansvarar chefen på enhetsnivå för i samarbete med organisationens ledning och ledningsgruppen.

Tabell 5. Planerade åtgärder av rehabiliteringsfrämjande verksamhet fram till år 2021

REHABILITERINGS- FRÄMJANDE VERKSAMHET	ÅTGÄRDER 2018–19	ÅTGÄRDER 2020–21
En rehabiliteringsfrämjande verksamhetsmodell är i bruk	En rehabiliteringsfrämjande verksamhetsmodell används på enheterna inom äldreomsorgen och på andra enheter där äldre är klienter/patienter/kunder Nyckeltal för uppföljningen av vårdresultaten utvecklas och personalen förbinder sig att använda dem. Nyckeltalen uppföljs, utvärderas systematiskt och jämförs med nyckeltalen på nationell nivå.	Personalen och ledarna förbinder sig till principerna för och användningen av rehabiliteringsfrämjande verksamhet på alla enheter. Den rehabiliteringsfrämjande verksamheten påverkar beslutsfattandet och nyckeltalen beaktas i ledandet av organisationen.

Hemrehabilitering i bruk	Hemrehabilitering används för utvalda klientgrupper, t.ex. riskgrupper. Resultaten för hemrehabilitering uppföljs och utvärderas på klientnivå. Nyckeltalen för uppföljning och utvärdering av hemrehabiliteringens effekter tas i bruk.	Hemrehabilitering utvidgas till att omfatta alla klienter som behöver hemrehabilitering. Verksamhetsmodellen för hemrehabilitering uppdateras på basis av utvärderingen. Bedömning av kostnadseffekter genomförs systematiskt och genomförandet är förankrat i hela service- och vårdkedjan.
Rehabiliterande arbetssätt i servicehandledningen	I servicehandledningen betonas bedömningen av rehabiliteringsmöjligheter; klienten handleds i rehabiliteringen. Servicehandledningsteamets verksamhet integreras i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Samarbetsmodeller som främjar äldre personers rehabilitering byggs upp. Klar arbetsfördelning för rehabilitering mellan olika aktörer; avd. 2, 6, 8 och Nykarleby vårdavd. samt servicehandledning, hemvård och intervallvård.	I servicehandledningen används och utvecklas nyckeltal som beskriver klienternas rehabiliteringsmöjligheter. Nyckeltal som beskriver rehabiliteringsmöjligheten är i bruk inom hela vård- och servicekedjan.
Rehabiliterande intervallvård som stöder äldres hemmaboende	Platser för intervallvård har koncentrerats till Pedersheim, Björkbacka, Nykarleby vårdavd. och MKS avd. 8. Intervallvården blir rehabiliteringsfrämjande. Stöd och handledning för närstående vårdare och andra anhöriga i samband med intervallvård utvecklas.	Nyckeltal som mäter kostnadseffekten av geriatrisk rehabilitering är i bruk och personalen beaktar dem
Rehabiliteringsmöjligheten och riskfaktorerna för äldre identifieras	Äldres rehabiliteringsmöjlighet identifieras och beaktas i vårdplanen vid alla enheter, också vid enheter för hälso- och sjukvård, bl.a. rådgivningar, sköterske- och läkarmottagningar, sjukhusets avdelningar. Gemensamma nyckeltal för äldreomsorgen samt hälso- och sjukvården utvecklas. Personalen förbinder sig till att använda dem.	Den rehabiliteringsfrämjande verksamheten följs upp och utvärderas med hjälp av nyckeltalen. Resultaten påverkar beslutsfattandet och ledningen inom hela organisationen.
Förebyggande verksamhet för personer, som inte har regelbundet behov av service eller inte omfattas av regelbunden service	En klar arbetsfördelning mellan olika aktörer behövs för att skapa ett sektoröverskridande samarbete och ordna hälsorådgivning för riskgrupper. T.ex. Nykarleby sjukhem; stöd för hemrehabilitering. Producenter av övrig service; stöd för	Utgående från de nyckeltal som används uppföljs effekterna av den förebyggande verksamheten för enskilda klienter och för service- och vårdkedjan. En verksamhetsmodell för samarbetet med andra aktörer för förebyggande arbete samt en

	hemmaboende eller skapande av en hemliknande miljö och olika slag av stöd (otrygghet, ensamhet och gemenskap).	systematisk uppföljning av kostnadseffekter utarbetas.
	Gemensamma nyckeltal används för att identifiera riskgrupper inom hela vård- och servicekedjan.	Information som kan fås via nyckeltalen används för prognoser för de äldres servicebehov och för bedömning av kostnadseffekter i regionen.
Samarbete med kommuner, privata aktörer och tredje sektorn (hyte-arbete)	Allas resurser och insatser behövs för förebyggande arbete och för att nå riskgrupperna i tidigt skede.	Information som kan fås via nyckeltalen används för prognoser för de äldres välbefinnande och hur det kan stödas i förebyggande syfte samt för bedömning av kostnadseffekter i regionen.
	Gemensam plan för förebyggande arbete, koordinering och uppföljning av det.	

4.2 Åtgärdsplan – servicestrukturen

Via den reform som förbereds som bäst kommer ansvaret för att organisera servicen flyttas till landskapet. Reformen inkluderar flera nya lagar som ännu inte är färdiga, bland annat lagen om valfrihet. I planen för äldres välbefinnande 2018–2021 kan inte alla kommande ändringar med landskapsmodellen beaktas. Däremot är det viktigt att kommunernas önskemål om hur äldreservicen inom samarbetsområdet ska ordnas kommer fram i planen och att dessa beaktas i den kommande landskapsmodellen.

Samarbete på landskapsnivå ger bättre förutsättningar att ordna sådan service som fodrar specialkunskap och där klientunderlaget är mindre. Bland annat i frågor som rör äldre personers och specialgruppers boende är det viktigt med samarbete mellan de kommande landskapen och kommunerna. Uppgifterna som gäller boende och boendeservice kommer att delas upp mellan olika enheter när social- och hälsotjänsterna överförs till landskapen. De uppgifter kring boende och samhällsplanering som kommunerna sköter idag är avgörande för stödet för hemmaboende och utvecklandet av olika framtida boendeformer. Som förberedande arbete har utretts nuläget för ordnandet av boende och boendeservicen i kommunerna och samarbetet kring dessa.

Rapporten ger förslag till nya samarbetsformer i de nya landskapen. Det finns tillsvidare få färdiga samarbetsstrukturer mellan landskapen och kommunerna. Däremot är samarbete mellan olika förvaltningsområden inom kommunerna vanligt. I och med vård- och landskapsreformen måste dessa samarbetsstrukturer och processer byggas upp på nytt för att man ska kunna ordna bostäder och tjänster som stöder boendet enligt klienternas behov. Det föreslås också sektorövergripande planeringsgrupper för planläggningen och utvecklandet av bostadsområden. Avtalade åtgärder och avgörande frågor ska behandlas under regelbundna möten med anställda, under årligen återkommande planeringsmöten i kommunen och genom kontinuerliga och öppna konsultationer och diskussioner. Samarbetet stöds av information om boendet och boendeservicen som samlas in i kommunerna, analyseras och erbjuds alla aktörer och ledningen.²⁴

4.2.1 De äldres delaktighet

I äldreomsorgslagen betonas de äldres egen aktivitet och delaktighet. Servicesystemet ska bearbetas så att de äldres egen delaktighet kan stödas, till exempel så att de äldre aktivt deltar i uppgörandet av en egen serviceplan. Samtidigt förbinder de sig till mål som de själva är med och sätter upp. De äldres

egna resurser kan bättre tas i bruk på detta sätt. De äldre förväntar sig stöd och handledning av sakkunniga så att de får förutsättningar att ta eget ansvar. Det krävs en attitydförändring och kunskap om delaktighet hos personalen, anhöriga och även hos äldre för att de äldres delaktighet ska förverkligas. Delaktighet innebär möjlighet för äldre att delta och påverka i samhället. Med hjälp av delaktighet bekämpar man den isolering och otrygghet, som utgör en påtaglig risk för ensamma åldringar.

Eventuella fysiska hinder ska avlägsnas, den sociala miljön ska göras trygg. I anslutning till all offentlig service och verksamhet ska man fästa uppmärksamhet vid fysiska hinder. Sociala hinder avlägsnas genom att man förstärker en positiv attityd till äldre personer. En trygg atmosfär och verksamhetsmiljö ger var och en en möjlighet att vara sig själv. Samarbetet mellan äldreråden och kommunens olika sektorer ska vara regelbundet.

4.2.2 Äldreråd

Äldreråden är ett forum för de äldre som stöder de äldres delaktighet. I social- och hälsovårdsverkets kommuner har äldreråden redan fungerat länge och befast sin ställning. Enligt äldreomsorgslagen ska äldreråden tas med redan i det skedet då man bereder planen för de äldres välbefinnande. De ska också ha möjlighet att utvärdera servicens kvalitet och tillräcklighet.

Äldreråden består av representanter för olika organisationer. Organisationerna spelar en viktig roll som samarbetspartner för kommunerna. Organisationerna erbjuder sina medlemmar samhörighet och meningsfull verksamhet, såsom frivillig verksamhet. I kommunens verksamhet kan äkta delaktighet uppstå när man gör någonting tillsammans, över sektorgränserna. Också andra aktörer, till exempel organisationer, församlingar och privata aktörer, kan ansluta sig till de gemensamma arenorna.

Äldrerådet kan påverka det kommunala beslutsfattandet genom att lämna in motioner, ge förslag och utlåtanden ur den äldre befolkningens synvinkel. De äldres egen delaktighet behövs speciellt vid ärenden som gäller den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, livsmiljö, boende och funktionsförmåga. Äldreråden kan till exempel fästa uppmärksamhet vid omständigheter som hindrar eller stör äldre personers delaktighet. De samarbetar med olika aktörer, till exempel politiska beslutsfattare, aktörer inom tredje sektorn och tjänstemän. Äldreråden aktiverar de äldre att använda sina egna resurser för sitt eget och gemenskapens bästa.

Äldreråden är med och utarbetar, följer upp och utvärderar kommunens/samarbetsområdets plan för att stödja äldres välbefinnande. Äldreråden ombeds årligen utvärdera hur planen för äldres välbefinnande förverkligas.

Från början av år 2018 har social- och hälsovårdsnämnden gett äldreråden möjlighet att ge sina utlåtanden till de ärenden som behandlas i nämnden och som på något sätt har anknytning till äldre befolkningens välmående.

Ett gemensamt äldreråd för landskapet är under planering. I landskapets äldreråd ska finnas representanter från alla kommuner i landskapet. Landskapsäldrerådet kompletterar de kommunala äldreråden.

4.2.3 Stöd för närståendevård

Stödet för närståendevården består av ett vårdarvode för närståendevårdaren samt service och stöd som ges till både den vårdbehövande och vårdaren. Vårdbehovet och helhetssituationen utreds alltid individuellt. Stöd för vårdtagare över 65 år hör till äldreomsorgen, de under 65 år sköts av handikappomsorgen. Gemensamma kriterier för stöd för närståendevård används för alla oberoende åldern²⁵.

Kommunen kan inom ramen för sina anslag bevilja stöd för lång- eller kortvarigt behov av vård, utgående från de kriterier som kommunen fastställt. Lagen om närståendevård ger riktlinjer för beviljandet. Alla som fyller kriterierna beviljas stöd för närståendevård enligt social- och hälsovårdsnämndens beslut. Stödet utbetalas enligt vårdtyngd.

Då närståendevård planeras, ingår social- och hälsovårdsverket ett avtal om närståendevård med en anhörig eller annan närstående person. Till avtalet bifogas en vård- och serviceplan för vårdtagaren som alla involverade gör upp tillsammans. I planen ska ingå omfattningen av och innehållet i tjänster till stöd för närståendevårdarens vårduppdrag. Storleken på det arvode som utbetalas åt närståendevårdaren beror på hur bindande vården är. En närståendevårdare har rätt till minst tre dygns ledighet i månaden.

Närståendevårdarna hjälper på ett betydande sätt till exempel hemmaboende minnessjuka personer. Som närståendevårdare fungerar för det mesta makar, näst vanligast är vårdtagarens barn. När en äldre make/maka fungerar som närståendevårdare bör de ha möjlighet till avlastning. Enligt ändringen i lagen för stöd för närståendevård²⁶ ska kommunen vid behov förbereda närståendevårdare för vårduppdraget och ordna utbildning för dem. Kommunen ska också vid behov ordna hälsoundersökningar för närståendevårdarna. I dessa bedöms graden av välmående och hälsa samt sådana social- och hälsovårdstjänster som stöder vårdarnas välmående och vårduppdrag.

Under perioden 2014–2017 har stödåtgärderna för närståendevårdare utvecklats, bland annat intervallvård, dagverksamhet och servicesedel för avlastning i hemmet eller på boende. Närståendevårdare för minnesjuka erbjuds möjlighet att hålla sina möten i social- och hälsovårdsverkets utrymmen. Närståendevårdare ges också sakkunnigstöd enligt behov. Närståendevårdarens och vårdtagarens situation hemma följs upp regelbundet. Under geriatriska rehabiliteringsperioder på avd. 2 är även anhörgivårdare delaktiga och kan handledas i vårdtagarens rehabilitering. Möjlighet till familjevård ska utredas nästa år (2019). Om intresse för familjevård finns påbörjas den verksamheten. Familjevård kunde passa bra för en del. Hälsogranskningar för anhörgivårdare påbörjas under pågående år (2018). För att kunna vidare utveckla modeller för att stöda närståendevårdare bör anhörigas och vårdtagares önskemål beaktas.

4.2.4 Hemvård och stödtjänster

Med hemservice och stödtjänster stöds hemmaboende för de äldre som inte klarar sig utan utomstående hjälp. Endast en liten del, cirka 15 %, av alla äldre behöver regelbundet service eller stöd för att kunna bo självständigt hemma. Tillfälligt kan de behöva hemservice till exempel efter sjukhusvistelse. Ofta kan anhöriga eller andra närstående som ger någon form av hjälp eller stöd till den äldre. På grund av att familjerna är mindre, flyttrörelsen större och ensamboendet (i alla åldersgrupper) ökar, kan den äldre sakna en närstående som vid behov kan hjälpa. Då kan service och tjänster från offentliga sektorn vid behov beviljas. Tredje sektorns, föreningarnas och frivillig

verksamhet används om möjligt före offentlig service. Utbudet av privata tjänster har blivit betydligt större och utnyttjas.

De äldre behöver förbereda sig för sitt åldrande. De behöver kunskap om åldrandet och behöver känna igen sina egna riskfaktorer och svagheter. Att förbereda sig kan innebära ibland att ta ställning till beslut om ändringar beträffande till exempel bostaden ifall den inte kan anpassas till den äldres rörelseförmåga. Delaktighet, aktivt upprätthållande av den fysiska konditionen och de sociala nätverken förutsätter att den äldre kan ta sig in och ut från sin bostad. Ibland behöver man också vara villig att ta emot hjälp då det behövs. För att realistiskt kunna bedöma sin egen situation behöver den äldre ofta stöd och handledning av sakkunniga, till exempel servicehandledning.

Hemmaboende

Hemmaboende betyder inte nödvändigtvis hemmet där den äldre har bott ”största delen av sitt liv”. Likvärdigt med hemmaboende är seniorboende, campusboende eller liknande boendeformer. Hemvården kan ordnas på dessa boenden på motsvarande sätt som för klienter som bor hemma (i traditionell betydelse). Serviceboende eller effektiverat serviceboende räknas också till hemmaboende. Klienten gör eget hyresavtal. På vanligt serviceboende där det inte finns personal nattetid kan hemservicen kopplas in för att ge vård nattetid enligt klientens behov. Hemservice som ges inom olika boendeformer kan vara offentlig eller privat. Kommunala fastighetsbolagen är viktiga samarbetspartners då det gäller planering av äldres boende.

Genom tillgång till anpassade bostäder, hemvård och stödtjänster kan de äldres hemmaboende stödas. Hemvården fungerar enligt samma principer 24/7 i samarbetsområdets alla kommuner. Långvarig vård och omsorg för äldre personer ordnas med hjälp av social- och hälsovårdstjänster (bl.a. hemvård, stödtjänster) i första hand i deras eget hem. För att planera vården för hemvårdsklienter görs Raimätning. Vård- och serviceplanen baserar sig på resultaten av mätningen. Hemvårdsarbetet planeras med hjälp av optimering. Planering med hjälp av optimering betyder att planen görs i digital form i ett dataprogram.

Det är viktigt att vård- och servicekedjan för äldreomsorgen fungerar bra i samarbetsområdet och att äldre har lätt tillgång till information om befintliga tjänster. Servicehandledningen inom hemvården utreder äldre persons behov av social- och hälsovårdstjänster samt annan service som stöder hälsa och funktionsförmåga. Hemvårdens stödtjänster har utvecklats enligt klienternas behov med mål att senarelägga behovet av regelbundna hemvårdstjänster. Nya privata företagare som producerar hemvårds- eller/och stödtjänster har ökat.

Åtgärder och tidtabell för utvecklandet av hemvård och stödtjänster

Målet är att höja andelen hemmaboende så att av 75 år fyllda bor 92 % hemma under åren 2020–2021. En ökning av andelen äldre som bor hemma påverkar servicestrukturen och förutsätter ändringar i den. Stöd för hemmaboende och åtgärder samt stödtjänster som stöder dessa bör också ökas (Tabell 7). För att kunna genomföra strukturella förändringar har hemvårdens resurser förstärkts under de senaste åren (Tabell 4). Samtidigt har de äldres antal ökat och därför syns inte dessa positiva ändringar tydligt i statistiken.

Det krävs flexibla personallösningar eftersom klienternas behov varierar. För att kunna svara på olika vård- och servicebehov ställs större krav på personalens kompetens både inom hemvården och på boenden. Med hjälp av att utöka användningen av servicesedlar, till exempel för hemvård och

dagverksamhet, kan man reagera snabbare på förändringar i klientens behov. Resurserna inom hemvården behöver omfördelas: Till stödtjänster behövs ökade resurser. Olika tekniska lösningar borde i ännu större utsträckning kunna användas inom hemvården och det bör också beaktas då man gör upp budgeten.

För att de äldre i större utsträckning ska kunna bo hemma, är det nödvändigt att hela kommunen deltar i planeringen och förverkligandet av de äldres boende och samarbetar med övriga kommuner. Samarbetet bör vidare utvecklas också med tanke på hur kommande landskapsmodellen påverkar arbetsfördelningen mellan olika aktörer. Samarbetsområdets kommuner har redan tidigare uppmanats att i sina kommunala planer beakta de äldres boendebehov och att sträva till lösningar av s.k. campustyp i samarbete med olika aktörer.

4.2.5 Dygnet runt vård

Behovet av dygnet runt vård kan vara långvarigt eller kortvarigt. Dygnet runt vård kan ordnas som effektiverat serviceboende/demensboende, på åldringshem eller av medicinska orsaker på en allmänmedicinsk avdelning. Boendeservice är socialservice som omfattas av socialvårdslagen, och det är kommunen som ansvarar för anordnandet av den. Syftet med socialvårdslagen är att bristfälliga boendeförhållanden inte ska vara orsak till att äldre personer behöver institutionsvård eller annan service. Boendeservicen är avsedd för personer som av olika orsaker behöver stöd och service för att ordna sitt boende. Social- och hälsovårdsverket både producerar själv och köper boendeservice.

Inom dygnet runt vård håller man på att avstå från anstaltsvård och att övergå till mera personlig boendeservice som motsvarar de nya kraven och där den äldre har möjlighet att bo i en egen bostad. Klienten får hjälp med att leva ett individuellt och kvalitativt liv i ett servicehus med social gemenskap. Strävan är att klienten kan uppleva glädje i vardagen och en känsla av att klara sig. En yrkeskunnig personal tar hand om klienterna dygnet runt. Klienterna har egen ansvarig vårdare och valmöjligheterna, självbestämmanderätten och delaktigheten förstärks. Klienten kan känna delaktighet, bo tryggt och leva ett värdigt liv till livets slut på ett serviceboende.

Olika sätt att ordna dygnet runt vård

Effektiverat serviceboende ordnas för dem som behöver mycket hjälp, omsorg och tillsyn och som inte längre klarar av att bo självständigt hemma med hjälp av närstående och/eller hemvårdens tjänster. På enheterna för effektiverat serviceboende har klienterna eget rum eller egen bostad och dessutom finns det gemensamma utrymmen. Det finns personal på plats dygnet runt. Personalstyrkan är minst 0,5/klient. Klienternas vårdtyngd ska styra personaldimensioneringen.

Demensboende är effektiverat serviceboende som är ämnat för minnesjuka klienter vilka inte klarar sig på vanligt effektiverat serviceboende till exempel på grund av beteendestörningar. Demensboende är en sluten enhet för att trygga klienternas boende. Personalstyrkan på ett demensboende är högre jämfört med ett vanligt effektiverat serviceboende.

Effektiverat serviceboende och demensboende kan ordnas också med servicesedel. Användningen av denna form har börjat snabbt stiga under år 2018.

Långvarig vård och omsorg ordnas för äldre personer med hjälp av social- och hälsovårdstjänster (bl.a. hemvård, stödtjänster) i första hand i deras eget hem. Långvarig vård och omsorg får ges som vård, s.k. långvård på institution endast om det finns medicinskt motiverade skäl till detta eller om

det annars är motiverat med tanke på den äldres säkerhet och ett värdigt liv (Äldreomsorgslagen 14 §). I så fall ska kontinuiteten i vården tryggas. Institutionsvård (långvård) kan ordnas på åldringshem och räknas då som socialomsorg eller på hälsovårdscentralens bäddavdelning, där vården räknas som hälso- och sjukvård.

Inom samarbetsområdet används gemensamma kriterier för boendeservice som har godkänts av social- och hälsovårdsnämnden²⁷. Klienter beviljas effektiviserat serviceboende utgående från kriterierna för boendeservice. Man ansöker om boendeservice via hemvårdens *SAS-team*. Avgifterna för det serviceboende som kommunen ordnar är inkomstrelaterade. För boendet uppbärs hyra och skrivs ett hyreskontrakt. Beslut om långvård görs av SAS-teamet tillsammans med läkaren.

Under perioden 2014–2017 skett ändringar som påverkat organiseringen av vård- och servicekedjan för dygnet runt vård samt platsantalet. Verksamheten på de geriatrika avdelningarna (avdelning 7, 8 och 9) hörde tidigare under socialvårdslagen men har ändrats till primärhälsovårdens verksamhet. Verksamheten på avdelning 7 avslutades 1.4.2016 och avdelning 8 ändrades till allmänmedicinsk avdelning från 1.2.2017 och avdelning 9 från 1.7.2017. Verksamheten på Hagaborg ändrades så att den hör till socialomsorgens verksamhet och platserna används för äldre psykiatriska klienter. För köptjänsterna har det under det pågående året skett förändringar på grund av att verksamheten på De Gamlas Hem och Pietarkoti avslutats.

Social- och hälsovårdsverket grundar sig på ett avtal mellan samarbetsområdets kommuner. Enligt avtalet utarbetar social- och hälsovårdsnämnden tillsammans med avtalskommunerna ett fungerande system så att vårdkedjorna i samarbetsområdet fungerar friktionsfritt och kostnadseffektivt enligt principen om gränslös och jämlik service. Platserna används effektivt över kommungränserna. Vid ordnandet av dygnet runt vård beaktas klienternas önskemål i mån av möjlighet och i första hand ordnas plats i egen kommun. Enligt hemkommunlagen kan vården ordnas även i en annan kommun utanför samarbetsområdet.

Tabell 6. Platser som används för dygnet runt vård

Platser som används för	Egna platser 15.8.2018	Köpplatser 15.8.2018	Totalt
Effektiverat serviceboende	164	51	215
Demensboende	77	67	144
Åldringshem (långvård)	35	36	71
Långvård på hvc-bäddavdelning	används cirka 8 platser	0	8
Totalt	284	154	438

Dygnet runt vård ordnas på följande kommunala boenden:

Effektiverat serviceboende

Björkbacka, Jakobstad, 58 platser

Sandlunden, Larsmo, 28 platser

Pedersheim, Pedersöre (2 avd.), 45 platser

Esselunden, Pedersöre, 22 platser

Purmohemmet, Pedersöre, 20 platser
Hagalund, Nykarleby, 28 platser

Demensboende

Solbacken, Jakobstad, 27 platser
Roslund, Larsmo, 10 platser
Pedersheim, Pedersöre (1 avd.), 17 platser
Hagalund, Nykarleby (2 avd.), 23 platser

Åldringshem

Pedersheim, Pedersöre (1 avd.), 15 platser
Purmohemmet, Pedersöre, 20 platser

Dygnet runt vård som köps av privata boenden

Antalet platser som social- och hälsovårdsverket köper/ totala antalet platser

Effektiverat serviceboende (köpta platser/antal platser totalt)

Rauhala, Jakobstad, 2/10
Esperi Edit, Jakobstad, 20/32 (socialomsorgen köper en plats)
Ahlbäckhemmet, Jakobstad, 18/19
Nykarleby Sjukhem, Nykarleby, 2/28
Hedbo, Pedersöre (vanligt serviceboende), 6/20
Utanför samarbetsområdet 2 platser

Demensboende: (köpta platser/antal platser totalt)

Mariahemmet, Jakobstad, 7/7
Rauhala, Jakobstad, 11/11
Folkhälsan Betzy, Jakobstad, 16/16
Viivi&Wilhem, Jakobstad, 17/17
Hötorgcenter, Gruppboende, Jakobstad, 16/16

Långvård (köpta platser/antal platser totalt)

Folkhälsan, Jakobstad, 36/36

Platsantalet kontrollerat 15.8.2018

Platserna köps enligt avtal eller med servicesedel.

4.2.6 Intervall- och korttidsvård

Intervall- och korttidsvård ordnas på flera olika boendeenheter och åldringshem så att en del av dygnet runt platserna används för intervallvårdsklienter. Dessutom har 3–5 köpplatser använts för intervallvård. Intervallvården stöder hemmaboendet och används speciellt för avlastning för närståendevårdare. Målet för intervallvård är att få en mer helhetsbetonad syn. Intervallvård har ordnats på en egen avdelning på Pedersheim från år 2015. Erfarenheterna från denna intervallvårdsmodell har varit bra. Enligt samma modell påbörjas intervallvård på Björkbacka hösten 2018. Att koncentrera intervallvård till en egen avdelning ger möjlighet att bättre planera intervallvården utgående från klientens behov. Det ger också möjlighet att utveckla intervallvårdsverksamheten till ett eget specialområde. Kravet på de anställda på intervallvårdsavdelningarna är att de har kunskap om hur de kan upprätthålla klienternas funktionsförmåga och stöda förmågan att bo hemma.

För intervallvård används totalt 39–43 platser. Platserna koncentreras till intervallvårdsavdelningarna. Lilla Fridolf i Pedersheim har 10 platser. På Björkbacka ändras en boendeavdelning till intervallvårdsavdelning från början av september 2018 då den nya byggnaden för avd. 3 tas i bruk. Utöver intervallvårdsavdelningarna finns det några ströplatser på de kommunala (Solbacken 3 pl; Hagalund 2 pl; Esselunden 2 pl; Sandlunden 2 pl; Pedersheim Alina 2 pl; Nykarleby Vårdavd. 3–5 pl) och på de privata boendena (Viivi & Wilhelm 1 pl; Nykarleby Sjukhemmet 2 pl). På avdelning 8 finns reserverat 10–12 platser för klienter som i samband med intervallvård behöver till exempel kontroll av sin grundsjukdom. Platsantalet som används för intervallvård justeras efter behov.

Åtgärder och tidtabell för dygnet runt vård

Enligt social- och hälsovårdsnämndens tidigare beslut skulle den boendeservice som anskaffas via köptjänst minska. Ändringen som har skett under 2014–2017 har lett till att köptjänsterna har ökat i förhållande till den egna verksamheten. Ändringen beror delvis på att den geriatriska verksamheten på avdelning 7 avslutades. En varierande del av köptjänsterna skaffas med servicesedlar. Andelen köptjänster kommer att bli större redan under hösten 2018 och från början av år 2019 då servicesedlar för demensboende tas i bruk. Samtidigt minskar långvårdspatienterna på allmänmedicinska avdelningarna.

Köptjänsternas totala antal har inte ökat mycket men den egna verksamheten har minskat på grund av ändringar gällande de geriatriska avdelningarna och Hagaborg. Det kan konstateras att dessa enheter, Hagaborg, avdelning 6 och 8, samt Nykarleby vårdavdelning används främst för äldre trots att dessa inte hör till äldreomsorgens verksamhet. Ändringen av en boendeavdelning på Björkbacka till intervallavdelning betyder att platserna inte mera används för boende. Platserna ingår i dygnet runt vård men klienterna som använder dem har annat behov. Intervallvården stöder äldres hemmaboende och deras anhörigas arbete.

Enligt äldreomsorgslagen ska service för äldre ordnas enligt behov. Behovet av dygnet runt vård påverkas av hur servicen för äldre annars har ordnats. Det gäller hela vård- och servicekedjan, förebyggande verksamhet, servicehandledning, rehabilitering, stödtjänster, hemvård, primär hälsovård och specialistsjukvård. Inom landskapet räknar man med att det vid sidan om digitaliseringen av tjänster bör finnas möjlighet att även på traditionellt sätt skaffa service. På det sättet säkras att alla äldre kan inkluderas i servicesystemet.

För att säkra ett tillräckligt utbud av dygnet runt- vård ska behovet, kösituationen och väntetiderna följas upp kontinuerligt. De äldres antal växer men utvecklingen av vården och servicen kan ge bättre förutsättningar för äldre att klara sig självständigt längre. Användning av köptjänster ger möjlighet att snabbt kunna reagera på det varierande behovet av servicen.

I tabell 7 framgår åtgärder för perioden 2018–2021 för förebyggande arbete och för servicen inom hemvården och boende. Nyckeltalen för servicestrukturen för personer över 75 år enligt nationella kvalitetsrekommendationer. I tabellen 3 finns motsvarande siffror för nuläget.

Tabell 7. Åtgärdsplan för förebyggande arbete, hemvård och dygnet runt boende (*SOTKANet statistik 2017).

Förebyggande arbete	2018–19	2020–21
De äldres hemmaboende stöds med förebyggande arbete. Målet är att behovet av den offentliga servicen, t.ex. hemvård kan framskjutas.	Förebyggande arbete som stöder äldres välfärd och hälsa förverkligas tillsammans med kommunen, frivilliga, föreningar och privata aktörer. Frivillig verksamhet koordineras. Plan för välmående och hälsofrämjande arbete (Hyte-plan) görs upp tillsammans med kommuner.	Utvärdering av välmående och hälsofrämjande arbete (Hyte). Samarbete för förebyggande arbete utvidgas och flera frivilliga med.
Andelen personer som fyllt 75 år och som bor hemma ökar.	91 % (=3923*) av dem som fyllt 75 år bor hemma	92 % (=4600*) av dem som fyllt 75 år bor hemma
Hemvård, stödtjänster och stöd för närståendevård	2018–19	2020–21
Minst 14 % av dem som fyllt 75 år får regelbunden hemvård Hemvårdens klienter har klientplan som utvärderas regelbundet Rehabilitering ingår i klientplan	14 % (=603*) över 75 åringarna får regelbunden hemvård. Klientplan för hemvårdsklienter 100 %.	15 % (=750*) av dem som är över 75 åringar får regelbunden hemvård.
Hemvårdens resurser räcker till att besvara äldres behov av service (resurser = personal, kompetens, teknisk utrustning och datasystem, utrymmen, köptjänster/ servicesedel)	Användningen av servicesedel utökas. Förebyggande verksamheten förstärks. Servicens kvalitet utvecklas kontinuerligt. Äldres behov beaktas mångsidigt i den kommunala planeringen.	Hemvårdens verksamhetssätt omändras så, att det stöder de äldres möjlighet att bo hemma. Servicehandledningen stöder äldre och deras anhöriga så att de äldre kan fungera självständigt.
Stödet för närståendevård ökas så att 6–7 % av dem som fyllt 75 år omfattas av stödet	Stöd för närståendevård erhålls av 7 % (= 301*). Stödåtgärder för närståendevårdarna och möjligheter till ledighet vidareutvecklas.	Ordnandet av stöd för närståendevård bearbetas enligt förverkligandet av det nationella utvecklingsprogrammet för närståendevård och de ändringar som det medför. 7 % (= 350*)
Serviceboende	2018–19	2020–21
6-7 % av dem som fyllt 75 år bor i effektiverat serviceboende	Antalet personer över 75 år i effektiverat serviceboende motsvarar kvalitetsrekommendationen på 6-7 % (=258-301*) Demensboendeplatser ökas efter behov. För psykiatrisk vård ordnas en skild enhet. En kortvarig ökning av servicebehovet kan lösas genom köptjänster/ servicesedel.	Mängden och behovet av effektiverat serviceboende uppföljs och utvärderas. Platser ordnas enligt behovet. En kortvarig ökning av servicebehovet kan lösas genom köptjänster/ servicesedel. 7 % (=350*)
1-2% av dem som fyllt 75 år får institutionsvård.	1-2 % andel av institutionsvård motsvarar 43-86 platser.	Satsningar på andra vårdformer, hemvård och boendeservice minskar behovet av institutionsvård. Primärhälsovårdens platser används för dem som behöver institutionsvård pga. medicinska orsaker.

5 NYCKELTAL FÖR UTVÄRDERING AV VÅRD OCH SERVICE FÖR DE ÄLDRE

Äldreomsorgens service behöver utvärderas kontinuerligt. Också i äldreomsorgslagen ingår bestämmelser om servicens kvalitetsnivå och tillgång till den. Olika nyckeltal och indikatorer kan användas för att följa upp och utvärdera servicens/vårdens kvalitet samt tillgång till service/vård. I den här delen av planen presentera kvalitetsindikatorerna som används för att följa upp och utvärdera äldreservicen som produceras inom social- och hälsovårdsverkets samarbetsområde.

Med **servicens kvalitet** avses hur väl servicen enligt bestämmelserna motsvarar klienternas utredda servicebehov på ett systematiskt, verkningsfullt och kostnadseffektivt sätt. Service av god kvalitet är effektiv och trygg. Dess effekt kan mätas och utvärderas, vilket också görs regelbundet. Service av god kvalitet är klientcentrerad och motsvarar klientens behov. För att förverkliga en högkvalitativ service krävs god koordinering.

Personalen, personalens antal, utbildning och struktur är grunden för servicens kvalitet, vilket bör motsvara äldre personers servicebehov. En verksamhet av hög kvalitet förutsätter dessutom kompetent och sakkunnigt ledarskap. Verksamheten ska ledas så att den stöder kvalitativa och klientcentrerade social- och hälsovårdstjänster som helhet, främjar ett rehabiliterande arbetssätt och möjliggör samarbetet mellan olika myndigheter och yrkesgrupper samt utvecklar verksamhetssätten.

En högkvalitativ verksamhet förutsätter dessutom tillräckliga och *trygga, hindersfria utrymmen*, som också i övrigt motsvarar de passar de äldres behov.

Genom *egenkontroll* säkerställer man att servicen på de olika verksamhetsenheterna har hög kvalitet, är trygg och ändamålsenlig.

5.1 Kvalitets- och andra kriterier som används för uppföljningen av planen

I början av planen presenteras de kvalitetskriterier som iakttas vid uppföljningen och utvärderingen av de åtgärder som stöder äldres välbefinnande. Vid behov kan man också ta i bruk andra kriterier, tillfälligt eller mer bestående. Kvalitetskriterierna granskas årligen i samband med uppdateringen av planen för de äldres välbefinnande.

5.1.1 Nationella kvalitetskriterier (Sotkanet)

För 75 år fyllda gäller följande nationella kvalitetskriterier:

- hemmaboende
- regelbunden hemvård
- stöd för närståendevård
- effektiverat serviceboende
- åldringshem och/eller institutionsvård

5.1.2 RAI-mätning och kvalitetsindikatorer

RAI (Resident Assessment Instrument) är ett multiprofessionellt arbetsredskap utvecklat för äldreomsorgen. Den lämpar sig bra för individuell vårdplanering, klientstyrning och för att mäta

kvaliteten. Institutet för hälsa och välfärd upprätthåller en nationell databas för RAI-benchmarking. Detta möjliggör att organisationer och enheter kan jämföra sin egen verksamhet, klientstruktur och vårdkvalitet.

RAI-indikatorer som valts att användas som kvalitetsindikatorer uppföljs regelbundet i social- och hälsovårdsverket. För hemvården och för boenden används skilda Rai-indikatorer för kvaliteten.

Boenden	Hemvård
• förändringar i ADL-funktioner	• viktninskning
• sängliggande 22 h/dygn	• läkaren har inte granskat mediciner
• begränsningar i rörelsefrihet	• saknar nödvändiga hjälpmedel
• medicinanvändning	• fall
• användning av sömnmediciner	• social isolering
• social inaktivitet	• otillräcklig smärtlindring
	• sjukhusvård

5.1.3 Andra kriterier

Det finns också ett rikt utbud på andra kriterier, som kan användas vid bedömningen av äldre personers välbefinnande och tjänster inom äldreomsorgen. Till exempel Sotkanet²⁸ innehåller 288 indikatorer som gäller service för äldre. Dessutom finns där indikatorer gällande befolkning, levnadsvanor, hälsa, social miljö osv.

I många kommuner har man tagit i bruk en elektronisk välfärdsberättelse. Dessa är tillgängliga i hela landet och indikatorerna gällande välbefinnandet, är färdigt integrerade. Vid bedömningen av de äldres välbefinnande finns också andra mätare och undersökningar tillgängliga som granskar medborgarnas välbefinnande (Gerda-undersökningen, TEAvisari, De österbottniska landskapens välfärdsbarometer, THL-statistik). Vid uppföljningen av välbefinnandet har det visat sig vara bra att koncentrera sig på några nyckelindikatorer men om det finns behov av vidare utredning så finns det mera specifika mätare att tillgå.

Andra kriterier som används

- Demensindex
- Ensamboende
- Användning av läkartjänster

Social- och hälsovårdsverkets egen statistik

- Haipro
- Respons
- Klagomål

5.2 Indikatorer för uppföljning och utvärdering av planen för de äldres välbefinnande

Insamlade uppgifter används för att utvärdera planen för de äldres välbefinnande. Effekten av de åtgärder som vidtagits i relation till de uppställda målen utvärderas. Planerade åtgärder preciseras och inriktningen ändras vid behov. I samband med uppdateringen och utvärderingen används andra indikatorer och forskningsrön vid svårtolkade faktorer. Jämförelser med andra kommuner och med det nationella medeltalet görs vid behov.

Väntetiden till olika tjänster uppföljs och uppgifter om väntetiden insamlas systematiskt. Uppgifterna om väntetiderna publiceras halvårsvis på social- och hälsovårdsverkets hemsidor²⁹.

6 SAMMANFATTNING

Åtgärdsplan för rehabiliteringsfrämjande verksamhet, strukturförändringar och förberedelse inför landskapsmodellen 2021:

1. De äldres deltagande förstärks
2. Planering gällande de äldres välbefinnande berör förutom social- och hälsovårdsverket alla sektorer i kommunen. Beaktas t.ex. i kommunalteknisk planering och strategiarbete
3. Samarbetet med kommunerna för befrämjandet av välfärd och hälsa (hyte-arbetet) utökas
4. Rehabiliteringsfrämjande tankesätt inkluderas i all verksamhet
 - Deltagande i projektet Kraft i åren rekommenderas till de andra samarbetskommunerna (Jakobstad är med)
5. Samarbetet med föreningar, volontärer och privata utökas och nya samarbetsformer utvecklas
6. Hemvårdens verksamhet utvecklas så att den stöder de äldres hemmaboende på bästa möjliga sätt
 - förebyggande arbete förstärks
 - stödtjänster för närståendevårdare utvecklas
 - användning av tekniska hjälpmedel utökas
7. Användning av servicesedel utökas och nya servicesedlar planeras att ta i bruk
 - servicesedel för dagverksamhet tas i bruk 2019
 - servicesedel för hemvård tas i bruk senast 2020
8. Dygnet runt vård ordnas enligt nationella nyckeltal och genom att beakta behovet av boendeservice och långvård inom samarbetsområdet
9. Intervallvård ordnas enligt behov
 - på egna avdelningar på boendeenheter och på allmänmedicinska avdelningar
 - behovet är relaterat till tillgången av närståendevård (antal närståendevårdare)
10. Uppföljning av kvaliteten och nyckeltal för verksamheten

-
- ¹ Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre. 28.12.2012/980.
- ² Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre. 28.12.2012/980, § 5.
- ³ Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. 2018 World Happiness Report, New York: Sustainable Development Solutions Network.
- ⁴ Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen 2017–2019. Social- och hälsovårds publikationer 2017:7, SHM.
- ⁵ Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen 2017–2019. Social- och hälsovårds publikationer 2017:7, SHM.
- ⁶ Rekommendationer för främjande av motion i kommunerna, SHM:s broschyrer 2010:3.
- ⁷ Fried m.fl 2001. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology* 56: 146–156.
- ⁸ Karvinen E & Sarvimäki A 2010. Kraft i åren – hälsomotion för äldre. *Socialmedicinsk tidskrift* 87: 3.
- ⁹ Haveman-Nies A, de Groot L. C, van Staveren W. A 2003. Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. *Age and Ageing*, 32, 365–366.
- ¹⁰ Carlsson M m.fl 2011. Effects of high-intensity exercise and protein supplement on muscle mass in ADL dependent older people with and without malnutrition: a randomized controlled trial. *The Journal of Nutrition Health & Aging*, 15: 554–560.
- ¹¹ Akner G, Flöjstrup H 2004. Individual assessment of intake of energy, nutrients and water in 54 elderly multidiseased in nursing home residents. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 7: 2–11.
- ¹² Näringsrekommendationer för äldre 2010. Statens näringsdelegation.
- ¹³ Engelhart S, Lammes E, Akner G 2006. Elderly peoples meals. A comparative study between elderly living in a nursing home and frail selfmanaging elderly. *The Journal of Nutrition Health and Aging* 10: 96–102.
- ¹⁴ Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus julkaisuja 2015:6. Toimintamalleja muuttamalla parempaan suun terveyteen ikääntyneillä. (<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3727-7>)
- ¹⁵ Hörsellinjen: Hörselnedsättning på äldre dar. <https://horsellinjen.se/fakta-och-rad/aldre/horselskadade-pa-aldre-dagar/#horselnedsattning-ar-vanligt-bland-aldre>
- ¹⁶ Stiftelsen Peter Erikssons minnesfond för hjärnforskning. Hjärnan och fysisk aktivitet. <http://www.petererikssonstiftelsen.se/hjarnplasticitet/hjarnan-och-fysisk-aktivitet>
- ¹⁷ Hälso- och sjukvårdslagen. 30.12.2010/1326.
- ¹⁸ TEAvisare, Institutet för hälsa och välfärd. www.teaviisari.fi
- ¹⁹ TEAvisare, THL, 2016.
- ²⁰ Kinestetik <http://www.kinestetiikka.fi/sample-page/pa-svenska/> www.kinestetiikka.fi.
- ²¹ Statistikcentralen 2017.
- ²² Kvalitetsrekommendation för äldres service SHM 2013:11.
- ²³ Kriterier för hemvård. <https://www.sochv.jakobstad.fi/aldre/hemvard>.
- ²⁴ Pressmeddelande 156/2018. Statsrådets kommunikationsavdelning.
- ²⁵ Kriterier för närståendevård. <https://www.sochv.jakobstad.fi/aldre/narstaendevard-over-65-ar>
- ²⁶ Lagen för stöd för närståendevård . 511/2016.
- ²⁷ Kriterier för boendeservice. <https://www.sochv.jakobstad.fi/aldre/boende/effektiverat-serviceboende>
- ²⁸ Statistik- och indikatorbanken, Institutet för hälsa och välfärd.
- ²⁹ Social- och hälsovårdsverket, Jakobstad, hemsida. www.sochv.jakobstad.fi