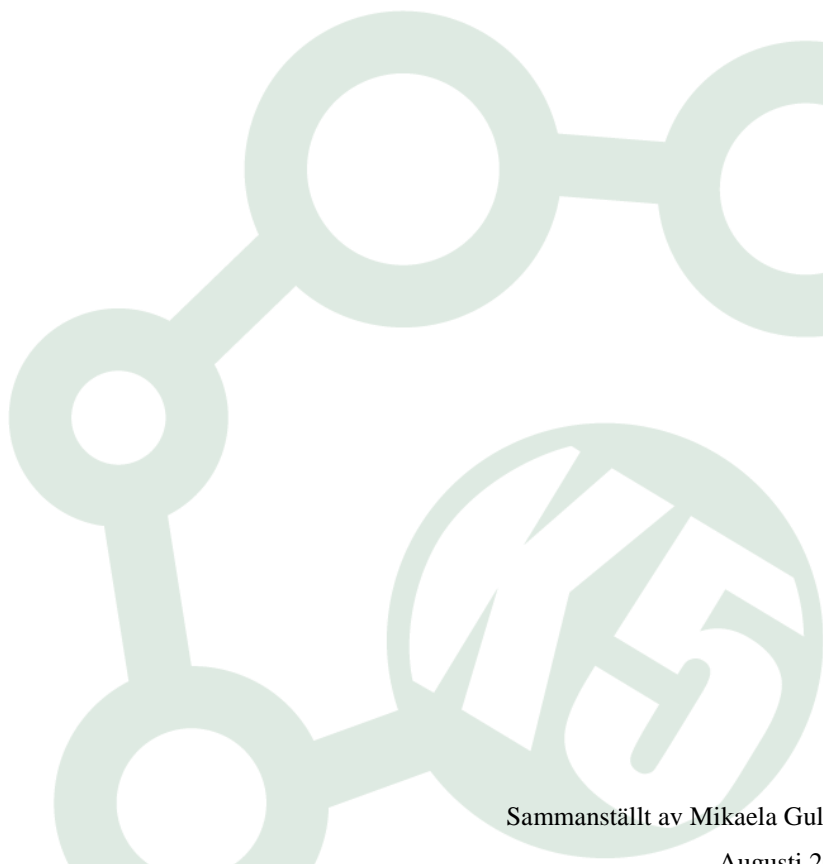




KUST-ÖSTERBOTTENS SAMKOMMUN FÖR SOCIAL- OCH PRIMÄRHÄLSOVÅRD
RANNIKKO-POHJANMAAN SOSIAALI- JA PERUSTERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄ

VÄRDE I VARDAGEN

Äldrevårdsstrategi 2013 – 2016



Sammanställt av Mikaela Guldén

Augusti 2013

Innehåll

Inledning	4
I. Äldreomsorgens utmaningar – idag och i framtiden	6
1. Äldrevårdslagen och lagstiftning med koppling till äldreomsorgen	6
2. Kort analys av den äldre befolkningen i medlemskommunerna	8
3. Samkommunens målsättning för servicestrukturen	11
II. Äldre i centrum – Trygg äldreomsorg	12
1. Den etiska värdegrunden	12
2. Delaktighet	13
3. Kvalitet och clientsäkerhet	13
4. Främjande av de äldres välbefinnande, hälsa och funktionsförmåga.....	14
5. En fungerande servicekedja.....	16
III. Hemlika förhållanden hela livet	18
1. Öppenvård	18
1.1 Hemvård under samma tak	18
1.1.1 Minnesrådgivning	19
1.1.2 Palliativ hemvård och hemsjukhus	20
1.1.3 Hemrehabilitering och hjälpmedel.....	21
1.1.4 Bottenhavets sjukhem	21
1.3 Teknologiska lösningar	22
1.4 Tredje sektorn och privata serviceproducenter	24
2. Institutionsvård	25
2.1 Framtidens akut- och rehabiliteringsavdelningar inom primärhälsovården	26
2.2 Långtidsvårdsklienter inom primärhälsovård och på äldreboenden	26
3. Vi är alla olika	27
3.1 Personer med invandrarbakgrund	27
3.2 Personer med funktionsnedsättning	28
3.3 Psykogeriatrisk vård.....	29
3.4 Personer med missbruksproblem	29
IV. Personal inom vård och omsorg.....	31
1. Tillgång till personal	31
2. Kunnande och kompetens	31
V. När allt kommer omkring.....	33

Figurer och tabeller

Figur 1. Antalet 75 år fyllda inom K5-området åren 2011-40	8
Figur 2. Försörjningskvoterna inom K5-området åren 2011-40	8
Tabell 1. Prognos för insjuknande i minnessjukdom i K5-kommunerna	9
Tabell 2. Procentuell fördelning av användandet av service år 2011 för de som fyllt 75 år	10
Tabell 3. Totalt platsbehov 24/7d i Kaskö	43
Tabell 4. Totalt platsbehov 24/7d i Korsnäs	43
Tabell 5. Totalt platsbehov 24/7d i Kristinestad	44
Tabell 6. Totalt platsbehov 24/7d i Malax	44
Tabell 7. Totalt platsbehov 24/7d i Närpes	45

Bilagor

Bilaga 1. Kommunvis befolkningsprognos från 28.9.2012	39
Bilaga 2. Uppskattat antal medelsvåra och svårt dementa i K5 2011-2040	41
Bilaga 3. Beräkning av det framtida platsbehovet inom äldreomsorgen	43
Bilaga 4. Minnespatientens servicekedja från symtom till diagnos.....	46

Inledning

Den äldrevårdslag som trädde i kraft 1 juli 2013 syftar till att trygga högklassig service för äldre genom individuell vård och omsorg. För att klara av framtidens utmaningar behöver dagens servicestrukturer ses över. Det finns nationella mål och rekommendationer för en minskning av institutionsplatser, ökad hemvård och en ökning av stödåtgärder för att förlänga möjligheten för den äldre att bo kvar i hemmet. För att kunna förverkliga dylika förändringar bör satsningar göras på ett aktiverande arbetssätt där målet är att stärka de äldres egna resurser. Att minnessjukdomar hos äldre upptäcks i ett tidigt skede har stor betydelse för den fortsatta vården. Behovet av dygnet runt-service för dessa äldre kan fördröjas och vårdtiden förkortas.

Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård har varit en föregångare då det gäller pilotering av telemedicinska tjänster inom äldreomsorgen. Äldrevårdsstrategin för Kust-Österbottens samkommun har utarbetats enligt Social- och hälsovårdsministeriets kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre (2008) med siktet på framtiden. Därför bör en gemensam vision och en strategisk linje väljas för hur vi ska främja de äldres välfärd, hälsa och delaktighet samt minska illamående, ensamhet och otrygghet. Ovissheten om kommande strukturförändringar leder gärna till att utvecklingen stagnerar, i ett läge, där endast en hållbar utveckling skulle ge framgång. Frågor som bör ställas är följande: Vilka visioner eller förändringar är realistiska i den rådande situationen? Vilken är den realistiska utvecklingslinjen som på lång sikt kan förbättra kommunernas ekonomiska situation? En gemensam målsättning är att hitta en realistisk lösning på utmaningen om att endast 1 % av personer fyllda 75 år omfattas av långtidsvård på primärhälsovårdens bäddavdelning.

Värde i vardagen – servicestrategin för de äldre är en helhet som berör alla aktörer inom Kust-Österbottens samkommuns område. Strategin är uppbyggd så att varje större kapitel avslutas med en sammanfattande ruta med åtgärder för att uppnå de förändringar arbetsgruppen strävat efter.

Värde i vardagen – Äldrevårdsstrategi 2013-2016 har beretts av en arbetsgrupp som tillsattes av samkommunstyrelsen. Arbetsgruppen består av följande: Seija Miettinen från Kaskö, Kerstin Sjöstrand från Korsnäs, Robert Sundén och Pirkko Mantere från Kristinestad, Tony Westerlund från Bottenhavets sjukhem, Lars-Erik Malm (*vice ordf.*), Monika Björk och Rita Udd från Malax, Ann-Katrin Lindström och Gun Forsman från Närpes samt Jarkko Pirttiperä, Peter Riddar, Pirjo Wadén (*ordf.*), Alfred Streng och Mikaela Guldén från Kust-Österbottens samkommun.

Den övergripande visionen i skapandet av strategin är att *var och en skall kunna leva ett gott liv på ålderns höst.*

Vision för 2016

Samkommunens äldre befolkning åldras tryggt och värdigt. Personalen är kompetent, motiverad och visar respekt. Alla arbetar tillsammans för att stärka och bibehålla den äldres egna resurser och förmåga till ett självständigt och innehållsrikt liv.

I. Äldreomsorgens utmaningar – idag och i framtiden

Andelen äldre inom Kust-Österbottens samkommuns område är i dagsläget större än i landet i genomsnitt. Den äldrepolitiska debatten tenderar handla om punktvisa förbättringar utan ekonomisk täckning och en diskrepans mellan den politiska diskursen och verkligheten kan noteras. Detta avstånd tycks öka inom den offentligt finansierade äldrevårdsservicen.

Viktiga beslut med tanke på invånarnas välfärd, hälsa och möjligheterna att bo hemma fattas inte bara inom social-, hälso- och sjukvården utan också inom boende-, kultur-, idrotts- och trafiktjänsterna och en förbättring borde ske i all samhällsplanering. Utgångspunkten för planeringen bör vara att så många äldre personer som möjligt, enligt sin egen vilja, ska kunna leva ett självständigt och meningsfullt liv i sitt eget hem och i den miljö de är vana vid. En förbättrad möjlighet att röra sig i den byggda miljön och i trafiken samt större tillgänglighet av den offentliga servicen minskar behovet av vård- och omsorgstjänster och därmed även kostnaderna (Social- och hälsovårdsministeriet 2008:4).

1. Äldrevårdslagen och lagstiftning med koppling till äldreomsorgen

Äldrevårdslagen trädde i kraft 1.7.2013¹. Den syftar till att 1) stödja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand samt 2) förbättra den äldre befolkningens möjligheter att i kommunen delta i beredningen av beslut som påverkar denna befolknings levnadsförhållanden och utvecklingen av den service den behöver.

- Målet med lagen är att en *mer ingående planering av servicen i kommunerna* sker för att bättre motsvara framtidens behov. Till kommunernas skyldigheter tillkommer att för var fullmäktigeperiod utarbeta en *plan för att stöda den åldrande befolkningens välfärd och tillgång till social- och hälsovårdstjänster*. Därtill bör *tjänsternas tillräcklighet och kvalitet* bedömas årligen och säkerställas genom övervakning. Verksamhetsenheterna ska bedriva *egenkontroll* för att upprätthålla och utveckla tjänsternas kvalitet. Respons ska regelbundet inhämtas av verksamhetsenhetens personal. De *anställdas antal, utbildning och uppgiftsstruktur* ska motsvara antalet äldre som erhåller service samt det servicebehov som deras funktionsförmåga förutsätter.

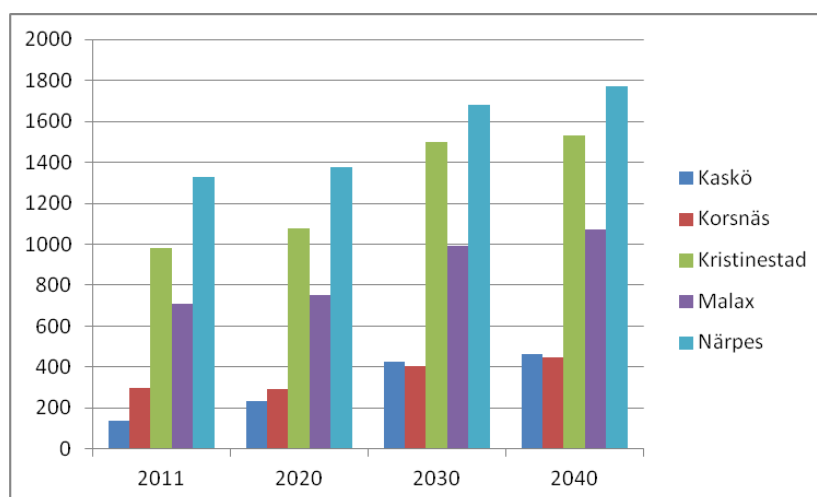
¹ § 5 tillämpas fr.o.m. 1.1.2014.

- *Servicebehovet bör utredas på ett mångsidigt sätt och utan dröjsmål.* Utifrån den bedömning som görs skapas en *personlig serviceplan* där den äldres åsikter beaktas. En *ansvarsperson som hjälper* i frågor beträffande genomförandet och samordningen av tjänsterna ska utses. I brådskande fall ska *socialservice ordnas utan dröjsmål*. I övriga fall bör detta ske senast tre månader efter att man fattat beslut om servicen.
- Hemvård prioriteras framför långtidsvård. Långtidsvård i form av institutionsvård förverkligas bara om det finns medicinskt motiverande skäl. Patienter inom långtidsvården bör erbjudas *meningsfulla aktiviteter* och *social interaktion* bör främjas. Äkta makar och sambor bör ha en *möjlighet att bo tillsammans*.
- *I och med äldreomsorgslagen är äldreråd lagstadgade organ* och ska tas med i all planering, beredning och uppföljning av kommunens verksamhet i ärenden som gäller den äldre befolkningen (Social- och hälsovårdsministeriet 190/2012, Lag om stödjande av äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 28.12.2012/980).

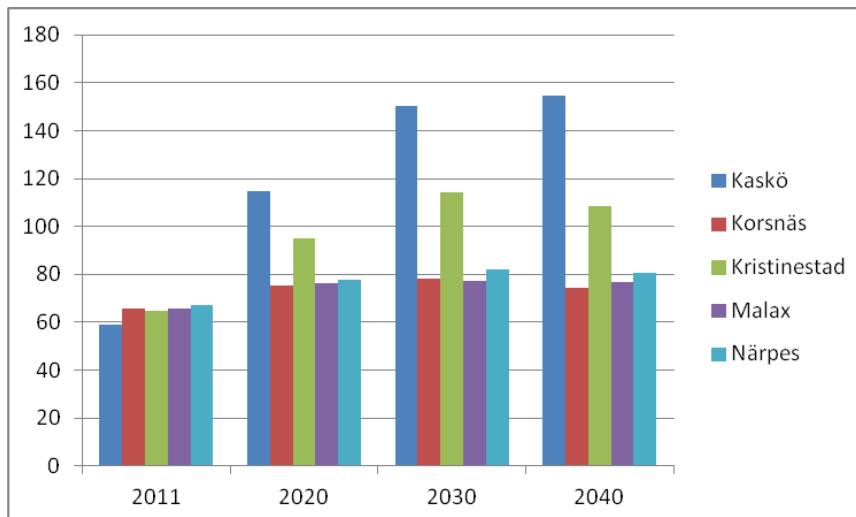
Enligt Finlands grundlag (731/1999) ska den allmänna sektorn se till att grundläggande mänskliga rättigheter, liksom rätten till jämlik behandling och tillgång till oumbärlig omsorg tillgodoses. Enligt kommunallagen (365/1995) ska kommuninvånarna ha möjlighet att delta i och påverka planeringen och beredningen av olika ärenden och få information om dessa. I folkhälsolagen (66/1972) och socialvårdslagen (710/1982, ny lag under bearbetning) stipuleras ytterligare de skyldigheter som kommunerna har i främjandet av invånarnas välfärd och hälsa samt i att trygga rådgivningen i dessa frågor (ETENE 2008). I hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) är utgångspunkten att klienternas ställning, tjänsterna och vården ska förbättras. Till ytterligare lagstiftning som styr äldreomsorgen kan nämnas: lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000), lagen och förordningen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården (272/2005 och 608/2005) lagen och förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994 och 564/1994) samt lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989). Därtill fastställs normer för hälso- och sjukvården i en rad andra författningar (ETENE 2008). Hälso- och sjukvården i Finland påverkas även av den internationella konventionen om mänskliga rättigheter. De viktigaste av dem är Europarådets konvention om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (439/1990) samt Europarådets konvention om de mänskliga rättigheterna och biomedicin (ETS nr 164/1997, ETENE 2001).

2. Kort analys av den äldre befolkningen i medlemskommunerna

Andelen 65 år fyllda i K5 var år 2012 27 % medan andelen personer över 75 år var 13 %. En fortsatt ökning av dessa åldersgrupper kommer också att ske under de kommande 20 åren. Framför allt väntas en betydande ökning av de som fyllt 85 år ske under 2020-2030 (Se bilaga 1).



Figur 1. Antalet 75 år fyllda inom K5-området åren 2011-40 (Statistikcentralen, 1.10.2012)



Figur 2. Försörjningskvoterna åren 2011-40 (Statistikcentralen, 15.11.2012).

Av statistiken det kan noteras att försörjningskvoten² kommer att stiga i samtliga kommuner, om än i varierande grad. År 2020 kommer försörjningskvoten för alla fem kommuner ha stigit signifikant, vilket kan ses i figur 2. Detta betyder att insatser bör göras för att trygga personaltillgångarna i området. Det kräver också i förlängningen att barnfamiljernas välmående tryggas samt att ungas

² Försörjningskvoten anger barnens och äldres andel av människor i arbetsför ålder (15–64-åriga). En försörjningskvot på 50,0 betyder att en arbetsför skulle försörja 0,5 övriga personer (Halonen 2011).

utslagning och marginalisering motarbetas. Viktigt är att den arbetsföra befolkningen erhåller tillräckliga stödåtgärder för att orka längre i arbetslivet.

Andelen personer med minnessjukdomar beräknas öka i framtiden (se tabell 1 och bilaga 2). Minnessjukdomar hör till en av de största faktorerna som resulterar i ett ökat servicebehov hos de äldre. Av denna orsak lönar det sig att satsa på förebyggande åtgärder och tidig diagnostisering och rehabilitering av minnessjuka för att bibehålla funktionsförmågan längre.

Tabell 1. Prognos för insjuknande i minnessjukdom (Statistikcentralen, 15.11.2012).

Hela K5		2011	2020	2030	2040
(0,26 %)	30-64 år	30	27	26	26
(4,2 %)	65-74 år	138	171	144	128
(10,7 %)	75-84 år	241	271	373	329
(35 %)	85 år -	419	420	531	774
	Sammanlagt	829	889	1074	1257
	Platsbehov 50 %	414	444	537	628

Målsättning fram till år 2020 beträffande personer som fyllt 75 år:

- 91-92 % bor hemma självständigt eller med stöd av ändamålsenlig social- och hälsoservice som beviljats på basis av en grundlig utvärdering av servicebehovet
- 13-14 % erhåller regelbunden hemvård
- 5-6 % erhåller stöd för närståendevård
- 5-6 % omfattas av intensifierat serviceboende
- 3 % vårdas på åldringshem eller på långtidsvård vid hälsocentralernas vårdavdelningar

Till målsättningen hör att andelen som vårdas på åldringshem eller på långtidsvård vid hälsocentralerna inte ska överstiga 3 % av befolkningen över 75 år (se bilaga 3). Därtill skall högst 1 % av klienterna på framtidens akut- och rehabiliteringsavdelningar vara långtidsvårdsklienter. Samkommunens tre bäddavdelningar är i dagsläget redan på god väg att uppnå detta mål.

År 2011 erhöll 8,7 % av personerna som fyllt 75 år institutionsvård i Korsnäs, medan motsvarande andel var 5,9 % i Kristinestad, 7,6 % i Malax och 4,5 % i Närpes (se tabell 2, s.10). I Kaskö finns ingen institutionsvård. I enlighet med målsättningen betyder det att Kristinestad, Malax och Korsnäs

borde omstrukturera institutionsvården till intensifierade serviceboendeplatser. Närpes har i juni uppnått målsättningen genom en omstrukturering.

Av nämnda åldersgrupp borde endast 5-6 % omfattas av intensifierat serviceboende (se bilaga 3). Andelen som omfattas av intensifierat serviceboende i Kaskö är 12,9 % medan motsvarande andel i Korsnäs är 3,4 %, i Kristinestad 4,4 %, i Malax 5 % och i Närpes 4,3 %. Enligt rekommendationerna kommer behovet i Kaskö under perioden 2020-25 vara 25 platser, medan platserna sett till det aktuella behovet är elva för mycket. Korsnäs har i dagens läge ca tio platser för mycket. År 2020 behövs emellertid antalet platser som finns tillgängliga idag och en utökning bör ske först år 2035. Beträffande den anstaltsbetonade servicen i Malax borde en omstrukturering göras. Det samma gäller för Kristinestad.

Enligt de nationella målsättningarna för 2012 ska 13-14 % av personer fyllda 75 år omfattas av regelbunden hemvård medan 5-6 % får stöd för närståendevård. Tabell 2 visar att andelen som omfattades av regelbunden hemvård 2011 i Närpes var 13,2 %, medan andelen var 10,1 % i Kaskö, 11,7 % i Korsnäs, 7,7 % Kristinestad och 10,7 % i Malax. Däremot uppnår samtliga kommuner förutom Kristinestad (2,6 %) målen för närståendevård, vilket fördelningen i tabell 2 visar.

Tabell 2. Procentuell fördelning av användandet av service år 2011 för de som fyllt 75 år. Kommunens totala platsantal inom parentes. (Långtidsvård vid hvc 31.12.2011).³

	Långtidsvård vid hvc	Ålderdomshem	Serviceboende, 24h/7d	Vanligt serviceboende ⁴	Regelbunden hemvård	Stöd för närståendevård
Kaskö	0	-	12,9 (25)	4	10,1	6,5
Korsnäs	0	8,7 (28)	3,4 (11)	30	11,7	5,0
Kristinestad	1,3	4,6 (44)	4,4 (46)	129	7,7	2,6
Malax	0,8	6,8 (52)	5,0 (41)	35	10,7	5,7
Närpes	0	4,5 (59)	4,3 (68)	126	13,2	4,8
Hela landet	1,3	3,0	5,9	saknas	12,2	4,4

³ Källa: Statistiken för närståendevårdarnas täckning kommer för samtliga kommuner (www.sotkanet.fi), uppgifterna för regelbunden hemvård har hämtats från www.palveluvaaka.fi medan uppgifterna om vårdplatserna har bekräftats från respektive kommun.

⁴ I tabellen finns antalet av de tillgängliga platserna (vanligt serviceboende och pensionärshem), eftersom den nationella statistiken gällande täckning för vanligt serviceboende är icke-tillförlitlig.

3. Samkommunens målsättning för servicestrukturen

Målsättningen är att skapa en servicestruktur som främjar ett värdigt åldrande och som utgår från den äldres delaktighet. En särskild utmaning kan bli att anpassa servicestrukturen till glesbygden. En av de mest utmanande frågorna för medlemskommunerna är hur man skall klara av att erbjuda service för den allra äldsta delen av befolkningen. För att upprätthålla dagens nivå på äldreomsorgen i framtiden krävs omfattande satsningar.

Mål för service

- De äldre är delaktiga både i planering och i beslut kring frågor som berör dem. Servicen utvärderas regelbundet av användarna.
- Servicen har hög kvalitet och är lättillgänglig. Informationen och servicekoordineringen är välfungerande.
- Boende hemma stöds och de äldres egna resurser förstärks genom aktiverande arbetssätt.
- Vårdtiden förkortas. Bäddavdelningarna övergår till akut- och rehabiliteringsenheter.
- Fokus läggs på minnesstörningar för att tidigarelägga diagnostiseringen.
- Personalen har bred kompetens och befogenheter att utöva sitt yrke motsvarande utbildningsnivå. Personalresurserna bör vara på god nivå.
- Servicekedjor och ett mångprofessionellt samarbete fungerar. Vikten av samverkan mellan social- och hälsovårdsväsendet och frivilliga organisationer betonas och utökas.

Den riksomfattande målsättningen för servicestrukturen och dess procentuella andelar för den delen av befolkningen som är över 75 år, är ännu en relativt stor utmaning för kommunerna (på sidan 9). I bilaga 3 presenteras rekommendationer för den kommunvisa omstruktureringen för serviceboende, dvs. minskning av anstaltsvård. Både rekommendationen för regelbunden hemvård och närståendevård kräver ännu en hel del reformarbete (se sidan 10), främst i Kristinestad.

II. Äldre i centrum – Trygg äldreomsorg

Det är av stor vikt att äldreomsorgsfrågor prioriteras, vilket kan noteras i den omsorgsfulla beredningen av äldrevårdslagen. I KASTE-programmet under åren 2009-2013, har service och tjänster för äldre utvecklats genom att man gjort reformer i arbetssätten.

1. Den etiska värdegrunden

Etisk kompetens inom vården handlar om att se, att förstå och att handla (Degerman-Carlsson 2003). En humanistisk människosyn utgör grunden då etiska riktlinjer och handlingsregler fastslås. Denna människosyn inbegriper en acceptans om att alla människor har lika värde, att människan har rätt att välja och att påverka sin livssituation och att varje människa kan utvecklas. I den humanistiska människosynen ingår en helhetssyn på människan. Detta betyder att vi ser till människans hela livssituation ur ett biologiskt, psykiskt och andligt perspektiv och beaktar den fysiska och sociala miljön samt samspelet mellan dessa. Människovärdet hör ihop med vad människan är och inte med det hon gör eller äger (Jonsson 2004).

Till den etiska värdegrunden hör förståelsen för att varje människa är unik och har ett okränkbart människovärde oberoende av ålder. Att respektera människovärdet innebär att de äldre bemöts individuellt och att deras åsikter beaktas. Enligt grundlagen har alla rätt till ett privatliv, och denna rätt inbegriper även de som bor på institution. Självbestämmanderätten, människovärdet och integriteten måste kunna garanteras. En etisk kvalitativ äldreomsorg är individuell och lyhörd för varje enskild individs livshistoria (ETENE 2008). Inom vård och omsorg är människors existentiella frågor alltid närvarande. I kontakten med hälsa, sjukdom, död, människors sårbarhet, integritet och rätten till ett gott liv blir etik en betydelsefull och konkret fråga. En god etisk värdegrund är en förutsättning för god kvalitet i äldreomsorgen.

Inom K5 står den etiska värdegrunden för
TRYGGHET, SJÄLVBESTÄMMANDERÄTT, RESPEKT OCH RÄTTVISA
VÄRDE I VARDAGEN INOM ÄLDREOMSORGEN

2. Delaktighet

Kommunallagen och äldrevårdslagen stipulerar att alla invånare ska ha möjlighet att delta i och påverka planeringen, beredningen och uppföljningen av olika ärenden. I enlighet med detta lagstadgas äldreråd i kommunerna. Äldreråden kan även vara samkommunala, dvs. inom K5 kan finnas ett gemensamt äldreråd. Äldrerådets huvudsakliga uppgifter är att komma med initiativ och ge utlåtanden i frågor som vård och omsorg, boende och livsmiljö samt motion och rekreation. Äldreråden ska därtill delta i olika utvecklingsprojekt samt i utarbetandet av en äldrepolitisk strategi och uppfölja strategins utfall i kommunen (www.kommunerna.net, se även tillämpning av äldrevårdslagen).

Förutsättningar ska skapas för att de äldre aktivt ska kunna vara delaktiga i planeringen av sin egen service. Viktigt är att de äldre förses med information om frågor som berör dem. Informationsredskap kan vara rådgivning, välfärdsfrämjande hembesök, servicehandledning kommunens webbsidor, media och informationscaféer.

Inom samtliga K5-kommuner, förutom Kaskö, finns ett äldreråd som deltar i beslut rörande äldre frågor i den egna kommunen. Därtill finns ett flertal aktiva pensionärsföreningar. I flera av kommunerna finns informationscaféer och seniorrådgivning. Välfärdsfrämjande hembesök har till viss del redan tagits i bruk eller är på väg att påbörjas. Dessutom sammanställs serviceguider för kommuner som deltar i projektet ÄldreKaste.

3. Kvalitet och klientsäkerhet

Enligt målsättningar för ökad kvalitet ska vård och omsorg kännetecknas av följande aspekter: vården ska vara säker och genom systematiskt förebyggande arbete undviks skador i vårdarbetet. Vården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, den är evidensbaserad och främjar befolkningens hälsoutveckling. Vården ska vara klientfokuserad och ges på ett respektfullt sätt där klienters individuella behov, önskemål och värderingar tas i beaktande. Vården erbjuds inom rimlig tid. Väntetider och fördröjningar för såväl patienter som personal minimeras. Vården ges effektivt genom samverkan och optimal resursfördelning. Den kvalitativa vården kännetecknas därtill av jämlikhet, vilket innebär att den erbjuds och fördelas enligt lika villkor. (Wadén, A. 2013)

Inom Vasa sjukvårdsdistrikt används kvalitetsprogrammet *Social and Health Quality Service, SHQS*. De utvärderingskriterier som används i programmet har utvecklats för att motsvara de befintliga utvärderingsbehoven inom den finländska social- och hälsovården. Kvalitetserkännandet förutsätter fortlöpande utvecklingsarbete och kvalitetsuppföljning. Kvalitetssystemet utvärderas regelbundet via självutvärderingar och utomstående auditörer. År 2009 har Malax-Korsnäs hälsovårdscentral beviljats nämnda kvalitetserkännande. Bottenhavets sjukhem följer Statskontorets höga kvalitetskrav och auditeras av Statskontoret.

Inom äldreomsorgen, utom i Kaskö, har man gått inför att använda sig av *Resident Assessment Instrument (RAI)*, som är ett effektivt mätinstrument. RAI är ett mångprofessionellt arbetsredskap (involverar vårdpersonal, ledare och administration) som bland annat lämpar sig för individuell vårdplanering och för att mäta kvaliteten och effektiviteten på vården (Niemi et al. 2010).

Åtgärder:

- Kvalitetssystemet SHQS tas med i kommunernas målsättning utöver det krav av en plan för egenkontroll som stipuleras i äldrevårdslagen.
- Rekommendation att Kaskö tar i bruk RAI-benchmarking.

4. Främjande av de äldres välbefinnande, hälsa och funktionsförmåga

Äldrevårdslagen ålägger kommunen att ansvara för de äldres välfärd, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig själva. Kvalitetsrekommendationer om tjänster för äldre (2008) ställer upp mål för hurudan funktionsförmåga äldre ska ha i framtiden. Bland annat bör man analysera hurdana tjänster som erbjuds de äldre, vilka attityderna gentemot dessa är och hur samverkan sker. Det är alltså fråga om åtgärder som riktar sig till hela den 63 år fyllda befolkningen, innan dessa är klienter eller patienter. Detta är en viktig del och hit hör allt förebyggande arbete som utförs av olika förvaltningsgrenar, till exempel samverkan med fritidssektorn, kommunplanering och information.

Efter pensioneringen ska en *Seniorrådgivning* fungera som stöd. Den ska erbjuda förebyggande verksamhet som främjar den äldre befolkningens hälsa och välmående. Dess uppgift är att stödja den äldre befolkningen att vara aktiv och delaktig i samhället samt stödja möjligheten till att självständigt kunna bo hemma längre. Seniorrådgivningen är en lågtröskeltjänst vars verksamhet ska genomsyras av stödjande åtgärder, tidigt ingripande och ett brukarperspektiv. Rådgivningen är avgiftsfri och bygger på frivillighet. Dess integrering pågår i samverkan mellan de fem

medlemskommunerna och består av: tidsbeställd rådgivning och riktade hälsoundersökningar för 70-åringar, hälsoträffar för alla äldre samt välfärdsfrämjande hembesök för 75-åringar. En *serviceguide* för seniorer, med information om vilken service som finns, kommer att finnas på kommunernas hemsidor. Informationen kan också fås från seniorrådgivningen.

För att trygga möjligheten till en kvalitativt god ålderdom i det egna hemmet bör personalen inom alla nivåer arbeta för att aktivera och stöda de äldre och deras funktionsförmåga. Ett aktiverande och rehabiliterande arbetssätt kan beskrivas som ett målinriktat och pedagogiskt sätt att ta tillvara personens egna resurser och ge hjälp till självhjälp. Detta inbegriper en förändring i attityden inom vårdideologin. Det är avgörande att ledningen stöder detta arbetssätt genom att styra upp arbetet och ställa de medel till förfogande som krävs. (Socialstyrelsen 2007)

För att det mångprofessionella kan fungera borde ingen separation göras mellan vård- och serviceplanen och rehabiliteringsplanen, utan en gemensam heltäckande plan borde uppgöras i samverkan med olika yrkesgrupper samt i samråd med klienten och dess anhöriga. Små resultatförbättringar åstadkomna genom träning eller naturlig aktivering har stor betydelse för den äldres vardag (Kuntoutus 2008). Vardagsaktiveringen bör pågå kontinuerligt och inte betraktas som en åtgärd endast vid specifika åldrar eller situationer. Kommunen har ett ansvar för äldreservice, men det är viktigt att framhålla att de äldre själva också har ansvar för sin egen hälsa och funktionsförmåga. Stöd och verktyg för självvård ska erbjudas, men viljan och motivationen till förbättrande av funktionsförmåga bör komma ifrån den äldre själv.

Genom en fysiskt aktiv livsstil bibehålls funktionsförmågan vilket också leder till minskad risk till fallolyckor. Denna aspekt är viktig då ett fall för den äldre kan ha ödesdiga konsekvenser med långa sjukhusvistelser och svåra komplikationer som följd. Förutom mänskligt lidande orsakar fallskador märkbara kostnader. År 2010 var kostnaderna för vården av en höftfraktur 19 150 €. Om en hemmaboende person på grund av en fallskada hamnar på anstaltsplats kan det innebära kostnader på upp till 47 100 €/år (Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyyn fysioterapiasuositus 2011). Personer som tidigare fallit har en ökad fallrisk. Ett fall bör uppmärksammas inom öppenvården och förebyggande av fallolyckor bör vara en viktig del av servicen. De hemmaboende äldres fallolyckor kan effektivast förebyggas genom mångsidig styrke- och balansträning. Träningen kan ske på egen hand eller i grupp. Träningen bör ändå vara individuell, regelbunden, utmanande och progressiv (Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyyn fysioterapiasuositus 2011). Fritidssektorn/idrottssektorn kan exempelvis vara en viktig aktör med olika sorters seniormotion.

5. En fungerande servicekedja

Med servicekedja avses de tjänster inom social- och hälsovården som klienten använder simultant eller direkt efter varandra och som ur klientens synvinkel formar en obruten helhet. I fokus för tjänsterna är klienten och dennes problem, behov och resurser (Österbotten-projektet 2005-2014).

För att få fungerande servicekedjor behövs en samordning och en adekvat informationsöverföring mellan olika instanser, på samtliga nivåer och mellan alla professioner. Därtill krävs en ständigt uppdaterad, mångprofessionell vård- och serviceplan. Uppföljningen av vården förutsätter dessutom en regelbunden, omsorgsfull och adekvat dokumentering. En fungerande servicekedja innebär att klienten får vård och omsorg på rätt nivå. God samverkan mellan de olika länkarna gör att onödiga flyttningar av klienten kan undvikas. Ett redskap som kan användas vid vårdplaneringen är det RAI-instrument som nämns i kap II, 3. I alla kommuner finns en SAS⁵-, vårdplanerings- eller vårdbedömningsgrupp vars uppgift är att planera en lämplig vårdplats för en äldre klient som behöver serviceboende eller institutionsvård. Grupperna kan även besluta om närståendevård. I sammanhanget kan nämnas att man inom Vasa sjukvårdsdistrikt i början av år 2013 har påbörjat arbetet med utformandet av en servicekedja för den geriatriska patienten.

Kommunerna har idag någon form av servicekoordinator som fungerar som en kontaktperson mellan institutionsvården och öppenvården. En optimal samarbetslösning är att servicekoordinatorer, klientens vårdare, klienten och dennas anhöriga kan träffas och planera vården tillsammans. Servicekoordinatören har därefter möjligheten att kontakta behöriga personer för att koordinera hemvård, intervallvård, institutionsvård osv. I samverkan med SAS-gruppen utgår man således från klientens aktuella situation och dennas behov. Förslagsvis skulle dylika kontakter ordnas även inom specialsjukvården.

I en del kommuner finns så kallade utskrivningsteam. De kan vid behov besöka klienten redan på sjukhuset eller hälsovårdscentralen för att kartlägga klientens helhetsituation och behov av hjälp och på så sätt säkerställa en trygg utskrivning för klienten. Utskrivningsteamet ska hjälpa den äldre med planering och praktiska saker (apoteksbesök, matuppköp osv.) i samband med utskrivning men även fungera som en kontaktperson mellan olika besök eller vid provutskrivning.

⁵ SAS från finskans selvitä, arvioi, sijoita = klarlägg, bedöm, placera.

Åtgärder:

- Skapa förutsättningar till delaktighet, aktiv information till äldre och anhöriga samt uppföljning av verksamheten, t ex aktiverande arbetssätt.
- Integrera seniorrådgivningsmodellen och ytterligare utveckla den.
- Integrera RAI i vårdarbetet för att få största möjliga nytta av mätinstrumentet till en strategisk planering av service och dess omfattning.
- Skapa fungerande rutiner för samordning och informationsöverföring mellan olika instanser, på alla nivåer och mellan professioner för att hålla en obruten servicekedja.
- Skapa gemensamma kriterier för servicekoordinatorer.
- Utveckla strukturer för det aktiverande och rehabiliterande arbetssättet.
- Utveckla en vård-, service-, och rehabiliteringsplan som ständigt utvärderas och förnyas.
- Alla yrkeskategorier runt klienten arbetar tillsammans mot gemensamma mål.
- Förebygga fallolyckor.

III. Hemlika förhållanden hela livet

Målsättningen är att utveckla förutsättningar för att de äldre kan bo hemma så länge som möjligt. Det är viktigt att både den grundläggande och den akuta hemvården samt palliativ vården fungerar dygnet runt. I institutionsvården eftersträvas korta vårdtider och en så hemlik miljö som möjligt.

1. Öppenvård

Ett gemensamt mål för seniorrådgivningens hälsovårdare, hemvårds- och rehabiliterings-, samt övrig personal bör vara att stöda klienten så att denne kan föra ett så självständigt liv som möjligt. Äldre har en annan takt och rytm gällande beslutsamhet och agerande i livet, vilket inte bör tolkas som oförmåga att själv ta beslut eller bristande motivation till rehabilitering. Vårdpersonal tenderar då, omedvetet, ta över och utföra sysslorna åt klienterna. Detta leder till att en alltför aktiv roll tas, där beslut och planer görs å klientens vägnar. Klienten förnimmer inte planerna som sina egna, och tar då gärna en passiv vårdtagares roll (Kuntoutus 2008). Detta leder i längden till att klienten passiviseras med försämrad rörlighet, muskelstyrka och balans som följd och därmed ett ökat hjälpbehov. För bästa resultat bör tydliga mål tillsammans med klienten sättas upp och utvärderas regelbundet. Då målen uppnås bör nya sättas upp så att utvecklingen inte ska stagnera.

Boendet hemma kan ytterligare underlättas genom utveckling av nya vårdformer, teknologi och samhällsplanering. Även tredje sektorn och privata aktörer kommer att spela en större roll i framtidens äldrevård.

1.1 Hemvård under samma tak

I kommunerna inom Kust-Österbottens samkommun strävar man efter att erbjuda hemvård ”under samma tak”. Detta förutsätter en fungerande samverkan mellan samtliga serviceformer som används av klienten i hemmet. En välfungerande servicekedja fås till stånd och därmed skapas trygghet och överlappande arbete undviks. *Hemvård under samma tak*-modellen⁶ har utvecklats i projektet ÄldreKaste, där Kaskö inte deltog, under tiden 1.11.2009–30.10.2011 (Nyman 2010b). För att kunna effektivisera servicen i hemmet har hemservice och hemsjukvård omorganiserats till ett gemensamt uppgiftsområde, kallad *hemvård*.

⁶ Projektrapporten finns tillgänglig på projektet IkäKastes hemsida. Modellen har behandlats samkommunens och kommuners politiska organ. Som bäst pågår omändringar i äldreomsorgen som grundar sig på detta utvecklingsarbete.

Andelen äldre som bor hemma växer liksom deras behov av service. Även *dagverksamhet* är viktig i detta sammanhang. Dagverksamheten kan bryta ensamhet och isolering, ge stöd i att upprätthålla psykiska och fysiska förmågor samt fungera som ett komplement till hemvård eller som avlastning till anhöriga, tom behovet av dyr anstaltsvård kan senareläggas tack vare god dagverksamhet. Dagverksamheten kan ha olika inriktning såsom rehabilitering/aktivering eller *riktad* till personer med minnessjukdom. Verksamheten kan med fördel genomföras i samverkan med tredje sektorn. För att kunna garantera trygghet under dygnets alla timmar, skulle det således behövas en fungerande *nattpatrull* som kan ta hand om servicebehovet nattetid. *Intervallvård* ger avlastning för vårdande anhöriga och är viktig för att stöda boendet hemma. Intervallperioden ska också vara en rehabiliteringsperiod där klientens funktionsförmåga stärks.

I kommunerna ordnas ytterligare *stödservice* till äldre som bor hemma. Matservice, trygghetstelefon, bad- och bastuservice är exempel på sådana tjänster. Stöd för *närståendevård*⁷ betalas för att trygga vården och omsorgen om en åldring, handikappad eller annan sjuk person i hemmet. Vårdarvodet utbetalas till en vårdare, som kan vara en anhörig eller annan person, som sköter den vårdbehövande i hemmet. Storleken på vårdarvodet fastställs utgående från hur krävande vården är. En närståendevårdare har rätt till minst tre dygn ledig tid per månad, om han eller hon under månaden är bunden vid vården dygnet runt.

1.1.1 Minnesrådgivning

Minnessjukdomar är en av de mest betydande enskilda faktorerna som ökar servicebehovet. Tre av fyra klienter som vårdas dygnet runt har en minnessjukdom. Flera kvalitets- och expertrekommendationer i Finland understryker vikten av att säkerställa en servicekedja för förebyggande, tidigt konstaterande och rehabilitering av minnessjukdomar (Social- och hälsovårdsministeriet 2012). Tidig diagnos samt vård och rehabilitering insatt i rätt tid kan förbättra minnessjuka personers funktionsförmåga och livskvalitet samtidigt som kostnaderna kan minskas (Social- och hälsovårdsministeriet 77/2012). I bilaga 4 finns processbeskrivning för minnesrådgivningsverksamheten i Kust-Österbottens samkommun.

I samkommunen räknas antalet medelsvåra och svårt dementa öka i antal från 829 år 2011 till 1258 år 2040. Hälften av dessa personer beräknas vara i behov av vård dygnet runt. Behovet av vårdplatser beräknas således öka från 415 år 2011 till 629 år 2040 (Wadén, P. 2011, se också bilaga

⁷ Ett nytt utvecklingsprogram färdigställs som bäst vid Social -och hälsovårdsministeriet.

4). Hittills har minnesvården ordnats på olika sätt i de olika kommunerna. Uppföljningen efter diagnos har inte fungerat tillfredställande och dagverksamheten är inte heller optimalt utvecklad i någon av de fem kommunerna. Under år 2013 har samkommunen anställt två gemensamma minnesskötare.

I Närpes finns en aktiv demensförening, Trivas, som har viss aktivitet i samkommunens övriga kommuner. Demensföreningen har ett samarbete med Minneslots Österbotten bland annat för att sprida information tillsammans. Trivas, Minneslots Österbotten och Yrkesakademien ordnar kurser för närvårdarstuderande där studerande avlastar närståendevårdare.

1.1.2 Palliativ hemvård och hemsjukhus

Under 2010 utfärdade Social- och hälsovårdsministeriet rekommendationer för vård i livets slut. Rekommendationerna är avsedda för alla enheter inom social- och hälsovården och omfattar vården av en döende människa, planeringen och organiseringen av vården samt personalens kunnande. Avsikten är att människan ska kunna dö på den plats han/hon önskar och förflyttning av en människa som är nära döden från en plats till en annan undviks. Vården baserar sig på en skriftlig vårdplan som klienten är med och utformar i samråd med anhöriga. (Social- och hälsovårdsministeriet 273/2010)

Samkommunen har i samarbete med Österbottens cancerförening en *palliativ hemsjukskötare* som vårdar och stöder cancersjuka där botande behandlingen inte längre är möjlig utan en symptomatisk vård fortsätter. Specialsjukvården, primärhälsovården, anhöriga eller klienten kan ta kontakt med palliativa sjukskötaren, men det bör alltid ske med klientens samtycke. Skötaren samarbetar med hemvården och är ett stort stöd för klienten och dennes anhöriga. Skötaren kan bland annat ta regelbundna laboratorieprover, ge råd om smärtlindring, hjälpa till med sociala situationer och konsultera den egna läkaren. Skötaren kan även följa med på läkarbesök om klienten så önskar.

Hemsjukhus som vårdalternativ för klienter, som är i behov av sjukhusvård, borde utvecklas. Hemsjukhusvård ges, med läkarremiss, i klientens hem eller på annan boendenhet som inte har sjukvårdspersonal dygnet runt. Inom hemsjukhuset sköts bland annat infektioner som kräver intravenös antibiotikabehandling, sjukdomstillstånd som kräver närings-, vätskedropp eller planerade blodtransfusioner och kirurgisk eftervård.

1.1.3 Hemrehabilitering och hjälpmedel

Hemrehabilitering har redan inletts i samkommunen, men den verksamheten bör definitivt utvecklas. Genom en rehabiliteringsintervention som sker i hemmet ska klientens självständighet och förmåga att klara sig hemma förbättras. Hemrehabilitering initieras av sjukhus, hemvårds-, bäddavdelningspersonal eller anhöriga⁸. Hemrehabiliteringspersonalen gör en analys av helhetssituationen i hemmet, bedömer klientens egna resurser, funktionsförmåga och -hinder samt behovet av hjälpmedel. En plan uppgörs för hemrehabilitering som klienten, hemvårdspersonalen samt anhöriga följer. Utvärderingsbesök bör utföras efter en viss tid.

Hjälpmedelsservicen är lagstadgad kommunal service. Ett hjälpmedel kan definieras som ett redskap, en anordning eller motsvarande som främjar eller upprätthåller en persons funktionsförmåga och deltagande då dessa är nedsatta på grund av skada, sjukdom eller ålderdom (Finlands kommunförbund 2004). Syftet med effektiva hjälpmedelstjänster är att hjälpa invånarna att leva ett så självständigt liv som möjligt och förbättra deras livskvalitet. En fungerande hjälpmedelsservice i kommunen minskar såväl utgifterna som det mänskliga lidandet.

1.1.4 Bottenhavets sjukhem

I Kristinestad finns *Bottenhavets sjukhem* som ägs av en stiftelse bestående av K5-kommunerna samt Bötom, Storå och lokala krigsveteran- och invalidföreningar. Sjukhemmet, med 24 platser, har lång erfarenhet av rehabilitering och vård av seniorer. I och med att krigsveteranerna och krigsinvaliderna minskar kraftigt är nya tjänster och koncept under utveckling. Den ökande mängden äldre leder till ett ökat behov av geriatrisk kunskap lokalt. Bottenhavets sjukhem kunde förslagsvis verka som ett geriatriskt utvärderings-, rehabiliterings- och vårdcenter, och fungera som ett komplement till den vård och service som ges i den egna kommunen.

⁸ I Sverige, bland annat i Borås och Göteborg har man utvecklat bra modeller för hemrehabilitering. Dessa kan med fördel vara som modell för effektiv hemrehabilitering inom samkommunen.
<http://www.boras.se/forvaltningar/stadsdeloster/stadsdelsforvaltningenoster/kommungemensamtaoochfunktionshinder/medicinsktansvarigsjukskoterskamedicinsktansvarigforrehabilitering/forpersonalinomaldreomsorgochfunktionshinder/verksamheten/forpersonalinomaldreomsorgochfunktionshinder/verksamheten/ovrigt/hemrehabiliteringenligtborasmodellen.4.6744cfc712ca27ae7cf80002424.html>

1.2 Serviceboende

Kommunernas serviceboende lämpar sig för äldre med nedsatt funktionsförmåga men som i viss utsträckning klarar av att ta ansvar för och planera sina dagliga funktioner. Klienterna kan erbjudas stödservice i form av rehabilitering, matservice, läkemedelshantering, hjälp med hygien och klädvård med mera. För att aktivera de boende bör regelbundna aktiviteter ordnas så som till exempel rörelseträning och samtalscaféer. Möjligheten att bo kvar längre i serviceboende bör underlättas genom satsningar på rehabilitering, aktivering och förebyggande vård i olika former samt hemsjukhus och övriga stödåtgärder för att klara sig så självständigt som möjligt.

1.3 Teknologiska lösningar

Viktiga beslut med tanke på invånarnas välfärd, hälsa och möjligheterna att bo hemma fattas inte bara inom social-, hälso- och sjukvården utan också inom boende-, kultur-, idrotts- och trafiktjänsterna och en förbättring borde ske i all samhällsplanering. Utgångspunkten för planeringen bör vara att så många äldre personer som möjligt, enligt sin egen vilja, ska kunna leva ett självständigt och meningsfullt liv i sitt eget hem och i den miljö de är vana vid. En förbättrad möjlighet att röra sig i den byggda miljön och i trafiken samt större tillgänglighet av den offentliga servicen minskar behovet av vård- och omsorgstjänster och därmed även kostnaderna (Social- och hälsovårdsministeriet 2008:4).

Med hjälp av teknologi kan vården göras tryggare och effektivare på många sätt utan att för den delen ersätta personalen. För att ny teknologi ska åstadkomma bestående förbättringar av vårdens effektivitet måste också själva omsorgsprocessen utvecklas. På tolv äldreomsorgsenheter inom samkommunen med sammanlagt ca 260 klienter, använder man Doctagon Ab:s *telemedicinska tjänster*. Servicen omfattar besök var tredje månad av geriater eller erfaren allmänläkare med inriktning på äldreomsorg. Dessutom upprätthålls en telefonrond en gång i veckan då enhetens ansvariga skötare går igenom löpande ärenden med läkare. Doctagons läkare finns även tillgängliga per telefon 24 h/7d. Därtill finns webbaserade sjukjournalssystem med klientens medicinska information och vårdplan, samt apparatur för fjärrdiagnostik, med vilka de viktigaste parametrarna kan fås som stöd för vårdbeslut vid akutfall. Alla akuta problem kan givetvis inte lösas per telefon men kostnadseffektivitet kan uppnås genom att sälla patienterna i ett tidigt skede. Tjänsten underlättar enhetens personal i arbetet men framför allt medför den trygghet och ökad livskvalitet för de äldre som bor på ifrågavarande enheter. Inom de enheter som deltagit i Doctagon-försöket

har en ny vårdkultur bildats där svårt sjuka kan vårdas i allt större utsträckning vid den egna välbekanta, trygga enheten. Väl uppgjorda vårdplaner, ett kontinuerligt vårdförhållande och möjlighet för personalen att snabbt konsultera med läkare vid akuta fall minskar avsevärt på patientens behov att söka hjälp från jourpolikliniken.

Inom projektet *Trygghet i hemmet dygnet runt* som genomförts i Kristinestad har man bland annat prövat på olika geronteknologiska lösningar för att stöda vården som sker dygnet runt i hemmet. De produkter som provats är:

- *Hälsoklocka/Elektroniska trygghetsarmband* för övervakning av klientens aktivitet. Effekten av dessa har varit svår att utvärdera, eftersom det förekommit stora problem med telefonnätets täckning vilket gjort att hälsoklockorna inte fungerat.
- *MåBra Tv* har testats med gott resultat. Tester före och efter har visat att gymnastikprogram via *MåBra Tv* två gånger per vecka resulterade i förbättrad balans och rörlighet samt en snabbare och säkrare gång för majoriteten av deltagarna. *MåBra Tv:n* har också haft en positiv social effekt eftersom deltagarna har kunnat umgås med andra via tv:n. *MåBra Tv* kunde med fördel samordna program för alla fem kommunerna vilket kunde ge ett större programutbud på både finska och svenska. Här kunde även äldreråden och pensionärsföreningarna delta med program.
- Användandet av en *matautomat* har lett till debatt och en del negativa åsikter bland icke-deltagare medan de som använt sig av den däremot varit positivt inställda. Användarna upplevde att de själva fick välja den mat de ville ha och även tidpunkten för måltiden.
- En *alarmmatta* vid sängen, hos en demenssjuk person som sköttes hemma, har testats. Resultatet var att såväl närståendevårdare som klienter kände sig tryggare och dessutom förbättrades sömnkvaliteten för närståendevårdarna.

Samkommunens styrelse har ingått samarbetsavtal med *Emtele Oy*, som är en tjänsteleverantör som erbjuder omsorgsteknologi och stödtjänster enligt principen nyckeln i hand. Emtele utreder, planerar och förverkligar införandet av teknologi i nära samverkan med vårdpersonalen. Emtele står bland annat för planering, underhåll, övervakning, utbildning, implementering, och hantering av serviceanrop medan samkommunen ansvarar för vård och omsorgskunskap.

Teknologi använt på rätt sätt kan ha positiv verkan och behöver inte alltid vara så avancerad till karaktären. Inom äldreomsorgen kan teknikanvändningen till exempel bestå av att bowla eller spela andra sällskapsspel med *Wii*, vilket inbjuder både till rörelse och till social samvaro. De äldre börjar

också allt mera använda sig av tjänster och söka information med datorns hjälp. Detta uppmuntras bland annat genom olika datakurser för seniorer som hålls i vuxen-/medborgarinstitutens regi, och till viss del även i samverkan med tredje sektorn.

1.4 Tredje sektorn och privata serviceproducenter

Den tredje sektorns insatser inom äldreomsorgen kommer att öka i framtiden. Det frivilliga arbetet har stor betydelse och är ett bra komplement till övrig kommunal verksamhet. För att trygga individens privatliv är det betydande att samtliga aktörer är medvetna om vilka lagar, regler och direktiv som styr hälso- och sjukvården. Samkommunen har sammanställt riktlinjer om hur man hanterar denna utmaning och samtidigt kan trygga en god äldreomsorg av hög kvalitet, vilka presenteras i projektrapporten *Individens rätt till integritet: Etisk handbok för samverkan med tredje sektorn inom äldreomsorgen i Kust-Österbottens samkommun för social- och primärvård* (Nyman, 2010).

Den tredje sektorn, församlingarna och vuxen- och medborgarinstituten ordnar en mångsidig rekreationsverksamhet som skapar gemenskap och stöd för de äldre. De synligaste aktörerna inom tredje sektorn i samkommunen är Folkhälsan, Röda korset och pensionärsföreningarna. I deras regi ordnas bland annat varierande program, caféträffar, motions- och sånggrupper samt vänverksamhet för seniorer.

Genom *servicesedlar* främjas valfriheten för dem som anlitar social- och hälsovårdstjänster genom att tillöka urvalet med privata serviceproducenter. Kommunerna beslutar själva om servicesedlar införs och för vilka tjänster sedlarna beviljas. Samkommunen rekommenderar att alla kommuner tar i bruk servicesedlarna. I Korsnäs har man redan tagit i bruk servicesedlar och i Närpes planerar man införa dem 2013. I Kaskö, Kristinestad och Malax har man ännu inte beslutat om ibruktagandet. För att erhålla en sedel förutsätts att en tjänsteman bedömer servicebehovet hos den sökande. Kommunen godkänner de serviceproducenter som erbjuder tjänster som kan köpas med servicesedlar. (Social- och hälsovårdsministeriet 24.05.2011). I kommunerna finns relativt få privata serviceproducenter som erbjuder social- och hälsovårdstjänster. En gemensam utbildning, med föreläsare från regionförvaltningsverket, som tangerade byråkratin kring egna företag inom social- och hälsovårdsbranschen ordnades i november 2012 i samverkan med företagshuset Dynamo i Närpes. Inom samkommunen bör man aktivt försöka befrämja förekomsten av ett tillräckligt utbud av tjänster som produceras av lokala/regionala företag inom vård och omsorg.

Åtgärder för minnesvården:

- Två regionala minnesrådgivare sköter diagnostisering och uppföljning i samarbete med läkare samt fungerar som rådgivare till klienter, anhöriga och personal.
- Anpassningskurser i grupp för anhöriga och personer som insjuknat i demens.

Åtgärder för den palliativa hemvården:

- Skapa en gemensam struktur för den palliativa hemvården för cancersjuka i hela samkommunen som dess egen verksamhet.
- Skapa ett stöd till den palliativa hemsjukvårdaren som komplement i speciella situationer där klienter är i behov av extra mycket vård och stöd.

Åtgärder för öppenvården:

- Utveckla ett mångprofessionellt teamarbete och aktiverande arbetssätt för all personal.
- Utveckla fungerande servicekedjor och mångprofessionella vård- och rehabiliteringsplaner.
- Skapa en fungerande hemvård 24h/7d: t.ex. genom nattpatrull och hemsjukhus.
- Utveckla tekniska hjälpmedel för att öka tryggheten i hemmet. Uppmuntra personal och klienter att använda existerande teknologi i vardagen. Göra upp en plan för utnyttjande av vårdteknologi, ge undervisning för färdigheter som behövs i informationssamhället.
- Utveckla intervallvård och dagverksamhet.
- Tillhandahålla stödservice och hjälpmedel.
- Stöda anhöriga och göra klienten delaktig i vården och servicen.
- Beakta den äldre befolkningen, sektorövergripande i samhällsplaneringen.
- Skapa gemensamt ”forum” på internet för K5-kommunerna där alla föreningar finns upptagna samt information om aktuellt programutbud.
- Skapa förutsättningar för ibruktagande av servicesedlar.
- Utöka samverkan mellan social- och hälsovårdsväsendet, frivilligorganisationerna och föreningar.

2. Institutionsvård

Enligt äldrevårdslagen ska långtidsvård genomföras på hälsovårdscentralens bäddavdelning endast då det är medicinskt motiverat. Man bör noga överväga om klienterna är i behov av institutionsvård eller om de kan rehabiliteras och aktiveras så att de kan återvända till hemmet. Inom institutionsvården, på akut- och rehabiliteringsavdelningar, bör ett aktiverande och stödande

arbetsätt stöda klientens egna resurser. Det mångprofessionella teamet kring klienten bör sätta upp tydliga mål tillsammans med klienten.

2.1 Framtidens akut- och rehabiliteringsavdelningar inom primärhälsovården

Primärvårdens bäddavdelningar övergår till akut- och rehabiliteringsavdelningar. Redan i dagsläget kommer patienter i tidigt skede med rehabiliteringsbehov från specialsjukvården. Endast ett fåtal patienter som behöver större vårdinsatser under en längre tid finns på avdelningarna. I Malax och Kristinestad arbetar all personal utgående från ett rehabiliterande arbetsätt och rehabiliteringen påbörjas så fort det bara är möjligt. I Närpes har man gjort en kartläggning och studiebesök och därtill har delar av personalen fått fortbildning i rehabiliterande och mångprofessionellt arbete. Under år 2013 fortsätter fortbildningarna för hela personalen med föreläsare från Malax.

I Malax och Korsnäs kan patienter komma från hemmet till bäddavdelningen för rehabiliteringsperioder med olika intervall för att stärka den egna funktionsförmågan men även för att närstående vårdare ska få avlastning. På avdelningen finns en fysioterapeut och en rehabiliteringsnärvårdare och man har ett nära, mångprofessionellt samarbete vilket gjort att vårdtiderna förkortats. Personalen samarbetar med hemvården och rehabiliteringsnärvårdare inom öppenvården. En rehabiliteringsgrupp finns för patienter som är i så gott skick att de inte behöver vara inlagda men ändå är i behov av rehabilitering. Träffar för gruppen görs en gång per vecka. Därtill hålls mångprofessionella avdelningsmöten där både avdelningens och hemsjukvårdens klienter diskuteras.

2.2 Långtidsvårdsklienter inom primärhälsovård och på äldreboenden

I enlighet med äldrevårdslagen anser man i kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre (2008) att långtidsvården för äldre bör ses över med omläggning av strukturer och verksamhetsformer. Långtidsvård, utan medicinsk grund, på primärhälsovårdens bäddavdelningar bör ersättas med andra alternativ. De enheter som erbjuder vård dygnet runt (effektiverat serviceboende, ålderdomshem) ska ha tillgängliga, trygga, hemlika och trivsamma rum, korridorer och gemensamma utrymmen. Målet är att alla klienter ska ha ett eget rum. Ett undantagsfall är om klienten önskar bo tillsammans med sin make eller maka eller med en annan boende som också delar denna önskan. För en människa som behöver långtidsvård utgör det egna rummet ett hem,

vilket innebära att man eftersträvar trivsel och möjliggör bruket av egna möbler. Enkelrummen möjliggör också en mänsklig vård i livets slutskede.

Klienter som behöver vård dygnet runt ska ha möjlighet till samvaro och gemensam sysselsättning: man lever och utför vardagssysslorna tillsammans. Alla utrymmen, även utomhus, ska dimensioneras så att klienter i behov av hjälpmedel kan röra sig tryggt och gå ut på egen hand. Möjligheten till motion är viktig, och den understöds genom enheternas gårds- och trädgårdsplanering.

I kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre (2008) påpekar man att vid byggande och renovering av boendeenheter för människor med demenssymptom bör specialbehov beaktas. Om andelen boende i ett grupphem eller vid en enhet för dementa överstiger 12–15, är det ändamålsenligt att indela rummen i mindre mer fristående helheter. En liten gruppstorlek gör att de boende känner sig trygga och kan hantera sin omgivning. De anställda får möjlighet att sätta sig in i personernas individuella situationer och indela arbetet i lämpliga helheter. Detta förbättrar både arbetshälsan och arbetarskyddet. Förutom att lokalerna ska vara tillräckligt stora är det viktigt att man väljer inredning, som underlättar orienteringsförmågan, till exempel klara ytmaterial och belysning som minimerar återspeglings. En välplanerad och välbyggd långtidsvårdsmiljö ökar de äldres välbefinnande och hälsa, och är ett stort stöd i det aktiverande arbetet. En trygg och trivsamt miljö där klienten kan röra sig obehindrat gör det möjligt att klara av saker på egen hand då begränsningarna i funktionsförmågan kompenseras. En sådan miljö erbjuder också klienterna möjlighet och stöd till delaktighet och en meningsfull sysselsättning.

3. Vi är alla olika

Att människor är olika och har olika behov skall ses som en självklarhet. Oberoende ens funktionsförmåga har alla rätt att vara delaktiga. Jfr. också den människosyn och den etiska värdegrunden i kapitel II.

3.1 Personer med invandrarbakgrund

Inom regionen finns det idag en mindre grupp äldre invandrare. De flesta har kommit som flyktingar från Bosnien och Burma. Statistiken visar att av totalt 1246 personer med annat språk än svenska, är 40 personer i åldern 65 år fyllda, tolv personer över 75 år och tre personer över 85 år.

Bland dessa personer kan det finnas några hemvändande emigranter från USA. Äldre invandrare utgör en speciellt utsatt grupp. Exempel på utmaningar kan vara isolering, psykisk ohälsa och språkproblem samt kulturella olikheter i mötena mellan äldre och vårdpersonal. Invandrarna kommer ofta från en kultur där barnen tagit hand om sina gamla föräldrar i högre grad än i finländska familjer. Detta kan skapa en stress för de vuxna barnen som slits mellan den finländska kulturen, med bland annat heltidsarbete, och en kultur där de förväntas ta hand om sina äldre föräldrar.

Den offentliga vården och omsorgen kommer att ställas inför möten med en alltmer mångfacetterad äldre befolkning även ifråga om antalet språk, etniska, kulturella och religiösa tillhörigheter. Personalens brist på språkkunskaper har delvis åtgärdats genom att det bland vårdpersonalen finns invandrare. Intresset för att studera till närvårdare eller sjukskötare är högt bland samkommunens invandrare. Som exempel på verksamhet för äldre invandrare som finns i samkommunen kan nämnas ett Trivselcafé för pensionärer med rötter i Bosnien. Dessutom färdigställs som bäst ett lärdomsprov om äldre invandrades upplevelser av att åldras och vårdas i en annan kultur. Tanken är att lärdomsprovet kan användas som stöd för de som vårdar äldre invandrare.

3.2 Personer med funktionsnedsättning

En gravt handikappad person har rätt till färd- och tolktjänst, personlig assistent, serviceboende, ändringsarbeten i bostad samt redskap och anordningar som behövs i bostaden. Rättigheterna grundar sig på det individuella hjälpbehovet som handikappet eller sjukdomen skapar. Ändringsarbete i bostad kan bestå av till exempel ändringsarbete i badrum för att rullstol ska rymmas in, eller för byggande av ramp till yttertrappa.

Färdtjänst för äldre beviljas idag i huvudsak med stöd av socialvårdslagen. Färdtjänst med stöd av denna lag är inte en subjektiv rättighet, kommunerna kan således besluta om hur många resor per månad som beviljas. I en del kommuner har färdtjänsten kompletterats med servicetrafik. Gravt handikappade äldre beviljas färdtjänst enligt Lagen om service och stöd på grund av handikapp (18 enkelresor per månad). Med gravt handikappade avses här främst rullstolsburna och gravt synskadade.

Personer med funktionsnedsättning lever längre idag än tidigare. Kårkulla samkommun har boenden för utvecklingshämmande i Kristinestad och Närpes. I Malax har kommunen ett eget boende som man planerar bygga ut till dubbel storlek. I Korsnäs finns inget boende för utvecklingshämmande

utan de som är i behov bor på ett servicehem för äldre. Eskoo upprätthåller ett boende för finskspråkiga i Kristinestad. I samtliga fem kommuner har man ordnat dagverksamhet för de utvecklingshämmande.

I Närpes stad pågår ett bygge av ett boende för äldre utvecklingshämmande där Kårkulla samkommun kommer att ordna vården och omsorgen. I dagsläget verkar separat grupp för äldre på arbetscentralen men då det nya boendet är klart kommer denna grupp troligtvis att erbjuda aktiviteter på boendet medan de som vill kan fortsätta på arbetscentralen. I övrigt finns ingen specifik verksamhet för de äldre utvecklingshämmande utan verksamheten anpassas efter individen.

3.3 Psykogeriatrisk vård

Inom sjukvårdsdistriktet planeras en minskning av de psykiatriska vårdplatserna. Detta påverkar högst troligt behovet av psykogeriatriska vårdplatser i kommunerna och olika alternativ för den psykogeriatriska vården har diskuterats. En skild enhet kunde eventuellt vara den bästa lösningen för klienten men i dagsläget finns inte ett tillräckligt klientunderlag för en dylik enhet. Den aktuella situationen har lösts genom att kommunerna sedan juni 2012 blivit erbjudna psykogeriatrisk konsultation på plats. En läkare (med specialkunskaper inom psykiatri och geriatrik) och två sjukskötare från Vasa centralsjukhus besöker klienten där denne befinner sig. Sjukskötarna ger även råd och stöd till personal och anhöriga om till exempel hur man ska bemöta och vårda en klient med beteendestörningar. Vid behov kan tid för återbesök bokas på psykiatriska polikliniken och vid behov kan klienten bli inlagd på avdelning. Positivt resultat har nåtts men för att verksamheten ska fungera krävs tillgång till läkare som kan utföra dessa konsultationer. Personalen behöver utbildning i psykogeriatrici inom exempelvis bemötande, vilket kan bidra till att man lyckas undvika en del problem redan i ett tidigt skede på den plats där klienten befinner sig. En fortbildning i psykogeriatrici, med 31 deltagare från samkommunens område, pågår vårterminen 2013 tillsammans med centret för livslångt lärande och Novia. Denna utbildningsgrupp kan i framtiden fungera som stödande nätverk till enheternas övriga personal.

3.4 Personer med missbruksproblem

En ökning av missbruksproblem bland äldre har noterats. Missbruket kan bestå av alkohol, tobak och läkemedel, men även spelmissbruk ökar bland äldre. Många äldre känner sig också ensamma (Routasalo et al., 2006; Tiikkainen et al., 2004), deprimerade och kan ha drabbats av svåra

livsförändringar som kan leda till en ökad alkoholkonsumtion eller ett läkemedelsberoende samt blandmissbruk. I samkommunen finns två koordinatörer för missbrukarvård vars arbete präglas av lättillgänglighet ur klienternas synvinkel. Tider till dessa kan bokas men även hembesök görs. Koordinatorerna fungerar också som rådgivare för övrig personal och gör besök till bäddavdelningar och boenden. På seniorrådgivningen ska AUDIT-test genomföras då man misstänker alkoholproblem.

Åtgärder:

- Fortbildning i arbetssätt för att minska beteendestörningar vid demens och psykisk sjukdom.
- Vårda klienter med beteendestörningar på mindre enheter
- Fortsätta den psykogeriatriska konsultationen på plats.
- Utveckla metoder för att förebygga, upptäcka och behandla vanliga orsaker till missbruk så som exempelvis depression.
- Arbeta med integrationen och dagverksamhet för äldre invandrare.
- Öka kunskapen om andra kulturer bland vårdpersonalen.
- Utöka antalet vårdare med invandrarbakgrund. Dessa är som sådan en omfattande resurs i vården och omsorgen av både yngre och äldre.

IV. Personal inom vård och omsorg

I äldrevårdslagen fastställs att de anställdas antal, utbildning och uppgiftsstruktur ska motsvara antalet äldre som erhåller service av verksamhetsenheten samt det servicebehov som deras funktionsförmåga förutsätter. Vid behov kan med förordning ges mer ingående bestämmelser om personalantalet och personalens behörighetsvillkor (Social- och hälsovårdsministeriet 190/2012). Personalstyrkan, kompetensen och arbetshälsan utgör grunden för säkerställandet av servicens kvalitet och verkan. Utgångspunkten för personaldimensioneringen, utbildningsstrukturen och personalens kompetensutveckling är en övergripande gerontologisk syn på den åldrande människan.

1. Tillgång till personal

Eftersom antalet och andelen producenter av vård- och omsorgstjänster minskar samtidigt som de som behöver vård och omsorg ökar bör man göra betydande insatser för att trygga tillgången på personal. Mellan åren 2013-2025 uppskattas sammanlagt 193 personer inom vård och omsorg gå i pension i de fem kommunerna. För att rekrytera ny personal är samverkan med läroanstalterna, läroavtalsutbildning och kontakter med Arbetskraftsförvaltningen viktiga. Även en viss Arbetskraftsinvandring till vård och omsorg blir aktuell inom samkommunen.

Arbetsenheterna är också i behov ett åtgärdsprogram för bevarande av personalens arbetsförmåga. Arbetets och arbetsenhetens egenskaper har stor inverkan på inläringen i arbetet och på de anställdas uthållighet och engagemang i arbetsenhetens mål. Förmännen bör se till att de anställda mår bra på arbetsplatsen. Till exempel bör arbetsbelastningen hållas på en rimlig nivå. Arbetsgivaren är också skyldig att ge arbetstagarna tillräckliga uppgifter om frågor som gäller säkerhet, hälsa och andra förhållanden på arbetsplatsen (Arbetskyddslagen 738/2002).

2. Kunskaper och kompetens

Målet är att alla som arbetar med social-, hälso- och sjukvårdstjänster för äldre ska ha yrkesutbildning inom socialvården och/eller hälso- och sjukvården samt gerontologisk sakkunskap som förvärvats genom grundutbildning, vidareutbildning och/eller fortbildning. Personalens kompetens ska säkerställas genom att målinriktad fortbildning genomförs enligt uppskattade kompetensbehov och genom att rekommendationerna om fortbildning inom social-, hälso- och

sjukvården iakttas, liksom också bestämmelserna om fortbildning för personalen inom social- och hälsovården. Förmännen ansvarar för fortbildningen inklusive utvärdering och uppföljning av dess effekt, men de anställda har också ett ansvar för sin egen kompetensutveckling.

Inom K5 har man en gemensam fortbildningsgrupp som träffas två gånger årligen. Föreläsningar och utbildningar har ordnats inom munvård, etik, RAI (se kapitel II, 4), läkemedelslära - LOVE⁹ och aktiverande/rehabiliterande arbetssätt (se kapitel II, 5). Därtill pågick under våren 2013 en fortbildning i psykiatri, med 31 deltagare från K5 tillsammans med Novia.

Åtgärder:

- Utveckla ett åtgärdsprogram för att bevara personalens arbetsförmåga.
- Skapa förutsättningar för att värva ny personal.
- Säkerställa personalens kompetens genom målinriktad fortbildning.
- Förändrade attityder till äldre bland ledning och personal.

⁹ **LOVe** (lääkehoidon osaaminen verkossa) är en nationell fortbildning som innehåller både teori och tentamen och syftar till att öka patientsäkerheten i läkemedelsbehandlingen.

V. När allt kommer omkring

Nya utmaningar kräver att man bör tänka i nya banor då innehållet i äldreomsorg och övrig service planeras. Bland annat bör man fundera över hurdana tjänster kommunerna erbjuder åt de äldre, vilka attityderna mot de äldre är, samt hurdan omsorgsideologi, som för fram och hur samverkan med äldre sker. Generellt utgörs de främsta utmaningarna av den åldrande befolkningen, kommunernas bärkraft och skillnader i befolkningens välbefinnande och hälsa. Två betydande framtidsfaktorer är de äldres funktionsförmåga och boende. En stor utmaning blir att skapa förutsättningar för förebyggande åtgärder, vilka skulle resultera i att de äldre börjar omfattas av den egentliga vården senare och att vårdtiden blir kortare än den är idag. Klienten bör alltid ges möjlighet att vara delaktig i den egna vården och servicen. Genom välfungerande servicekedjor med hög kvalitet och klientsäkerhet får klienten service på rätt nivå.

§ 5 i äldrevårdslagen stipulerar tydligt vad en plan ska innehålla, dvs. bland annat en bedömning av den äldre befolkningens välbefinnande. Under åren 2009-11 utvärderades samkommunens verksamhet och utveckling av service i ett s.k. utvärderingsprojekt. Inom projektet utgavs vid Novia två rapporter som berör de äldre inom samkommunen.

Pihlajamäki (2012) konstaterar att de äldre i K5 – kommunerna överlag är nöjda med sina liv. De använder lite service och de får hjälp av sina anhöriga (Wentjärvi & Pellfolk, 2010; Nygårdas m fl., 2011). Förtroendet på social- och hälsovårdens service och på personalens kunnande är starkt. Pihlajamäki (2012) skriver att förtroendet för äldrevården är, med undantag för Kristinestad, gott. Detta kan ge ett intryck av att servicen inom äldreomsorgen är i gott skick och att utbudet motsvarar efterfrågan. Hon bedömer att i dagsläget är situationen under kontroll, men undrar om efterfrågan på service kommer även i framtiden att vara låg och kommer de anhöriga även i framtiden att ansvara för en stor andel av omsorgen? Och kommer de äldre att klara av att bo i sina egnahemshus med t.ex. besvärliga trappor eller andra praktiska hinder? Bland annat dessa frågor borde utredas i respektive kommun.

Grundandet av ett geriatriskt centrum i Kristinestad har ingått i de tidigare utvecklingsplanerna. Detta är en positiv utveckling, men med hänvisning till den demografiska utvecklingen krävs större insatser på området. Efterfrågan på ökat gerontologiskt och geriatriskt kunnande kommer att öka i framtiden. Det är troligt att servicen inom Kust-Österbottens samkommuns område kommer att vara

i behov av en evidensbaserad demensvård och geriatrisk kompetens för att kunna möta den utmaning som ökningen av demenssjukdomar utgör. Även Pihlajamäki (2012) konstaterar att grundandet av ett geriatriskt centrum i Kristinestad ingår i samkommunens strategi. Det är enligt henne ett bra, men inte ett tillräckligt mål. Även efterfrågan på geriatrisk expertis ökar sannolikt på grund av att flera blir allt äldre. Det är därför bra att samkommunen planerar en regional minnesrådgivning. Denna verksamhet påbörjas under 2013. Enligt Backman (2011) efterlyser vårdpersonalen ett ökat kunnande inom demensvård. Krokfors (2009) kartlade behovet för gerontologiskt socialt arbete i svenska Österbotten. Kartläggningen visade att hemvårdsledarna skötte många sådana rådgivnings- och handledningsuppgifter som skulle tillhöra socialarbetare, socialhandledare, geronomer, psykiatriska sjukskötare, demensrådgivare etc.

Pihlajamäki (2012) konstaterar att expertis inom äldreomsorgen inte löser K5 – kommunernas stora utmaning utan det behövs en stark satsning på utvecklandet av den öppna vårdens tjänster och service. I och med den nya öppenvårdsmodellen *Hemvård under samma tak* har samkommunens kommuner tagit många steg i rätt riktning. Pihlajamäki (2012) efterlyser en ändring i bemötande av de äldre: de äldre skall inte endast bli bemötta som vårdbehövande utan som individer med självbestämmande rätt, individuella behov och rättigheter, dvs. samma som poängteras i denna äldrevårdsstrategi.

För att trygga möjligheten till en kvalitativt bra ålderdom och ett gott liv i det egna hemmet bör personalen inom vården och servicens alla nivåer arbeta på ett sådant sätt, att de aktiverar de äldre och stöder deras funktionsförmåga och egna resurser. Det är viktigt att alla de stödformer som klienten behöver, så som till exempel seniorrådgivning, hemvård och hjälpmedel, finns att tillgå, och att vården i hemmet fungerar dygnet runt för att undvika onödiga inläggningar på institution.

Minnessjukdomar är en av de största enskilda faktorerna som ökar servicebehovet hos äldre. Förebyggande, tidigt konstaterande och rehabilitering i rätt tid kan förbättra minnessjuka personers funktionsförmåga och livskvalitet och samtidigt dämpa kostnaderna. Det är ändå oundvikligt att en del äldre kommer att vara i behov av institutionsvård. Denna vårdform ska endast genomföras då det är medicinskt motiverat. Långtidsvårdsenheterna bör vara så hemlika som möjligt och klientens resurser ska tas tillvara.

Den kanske största utmaningen när det gäller ordnande av vård för äldre i framtiden är rekryteringen av kompetent personal. Samtidigt som antalet äldre ökar minskar andelen i arbetsför ålder. Man bör därför satsa på åtgärder som stärker de som deltar i arbetslivet. Även rekrytering av

invandrare till äldreomsorgen kommer att bli aktuellt för att tillgodose behovet av personal. Ett annat sätt att möta de större behoven samt minskande tillgången på arbetskraft är att söka och utveckla nya tekniska lösningar. Tanken är inte att ersätta personalen med teknik utan att ta i bruk teknologi som skapar trygghet och förenklar vardagen för både klienter, anhöriga och personal.

Den offentliga vården och omsorgen kommer att ställas inför möten med en alltmer mångfacetterad äldre befolkning. Det är då viktigt att kunna bemöta den enskilda klienten utgående från dennes behov. En del av framtidens pensionärer kommer att ha det bättre ställt ekonomiskt vilket kan leda till att de söker vård och omsorg från privat håll. Det är dock viktigt att beakta att alla inte har denna ekonomiska möjlighet. Privata serviceproducenter likväl som tredje sektorns insatser kommer emellertid att öka i framtiden. En välfungerande samverkan mellan det offentliga, privata och organisationer blir då viktigt. För att kunna möta demografiska utmaningar behövs en välorganiserad och effektiv service som strävar till att förstärka de äldres egna resurser. Syftet är att skapa en högklassig, mångprofessionell vård, välfungerande servicekedjor samt skapa en effektiv och trygg service tillsammans med klienten och dess anhöriga. En viktig förutsättning i detta är att skapa eftertraktade arbetsplatser med kompetent och välmående personal.

Sammanställning av övergripande åtgärder för att uppnå visionen:

- Skapa förutsättningar till delaktighet i samhällsplaneringen och i den individuella vården.
- Skapa fungerande rutiner för samordning och informationsöverföring mellan alla nivå- och professionsöverskridanden, för att hålla en obruten servicekedja och ge rätt vård på rätt nivå.
- Skapa förutsättningar för ett mångprofessionellt teamarbete och aktiverande arbetssätt för all personal så att passivering förhindras och klienternas möjligheter att klara sig själva främjas. Brister i verksamheten ska minimeras så att klienter inte i onödan tas in på institution.
- Utveckla tjänster som stöder boendet hemma så att hemvården klarar av att sköta det ökande servicebehovet och servicen riktas till riskklienter. Smidigare förfaringssätt för att ordna sjukhusvård, intervallvård och stöda snabba utskrivningar från vård krävs.
- Förebygga otrygghet, lindra ensamhet och depression genom att kanalisera service och samverka med tredje sektorn och organisationer.
- Utveckla en fungerande hemvård 24/7: genom nattpatrull och hemsjukhus. Effektiverat serviceboende och vård på åldringshem riktas till äldre med funktionsnedsättning eller som lider av många sjukdomar. Om hälsotillståndet eller den nedsatta funktionsförmågan varaktigt eller under en mycket lång tid kräver upprepade medicinska ingrepp är det motiverat att flytta patienten till långtidsvård på hälsovårdscentralens bäddavdelning.
- Utveckla den palliativa vården. Från 2014 är palliativ vård regional verksamhet inom samkommunen i samarbete med Österbottens Cancerförening.
- Utveckla vården för personer med minnessjukdom.
- Utveckla en plan för användandet av vårdteknologi.
- Utveckla ett åtgärdsprogram för att bevara personalens arbetsförmåga.

- Skapa förutsättningar för att värva ny personal.
- Säkerställa personalens kompetens genom målinriktad fortbildning, bearbeta ledningens och personalens attityder gentemot äldre.
- Planera gemensamma kriterier för servicestyrningen. Kriterierna ska grunda sig på servicebehovet, som bedömts med hjälp av RAI-mätaren samt faktorer i anslutning till den sociala omgivningen och boende.

Sammanfattningsvis kan konstateras att kommunerna inom Kust-Österbottens samkommun oberoende av Finlands regerings framtida linjedragningar gällande kommun- och servicestrukturerna omedelbart måste utöka samarbetet då det gäller funktionella och strukturella reformer inom äldreomsorgen. Äldreomsorgen - som även i framtiden ordnas som närservice i alla kommuner - medför stora utmaningar då bland annat de stora årskullarna åldras och förändringen i befolkningens försörjningskvot ökar trycket på att ändra servicen och verksamhetssätten. För att kunna genomföra ovannämnda åtgärder måste samarbetet inom kommunernas gemensamma arbetsgrupp för social- och primärhälsovården fördjupas. På så sätt kan kommunerna trots motståndet skapa förutsättningar för att ta fram och förverkliga nya verksamhetsmodeller som motsvarar servicebehovet. Föråldrade handlingsmodeller och strukturer och även kunskapsbrist inom gerontologi och geriatri, som bland annat ökar de äldres funktionsnedsättning, måste nu uppdateras till dagens och morgondagens behov. Verksamhetssätt och praxis som i onödan försämrar den äldres funktionsförmåga kostar kommunerna allt för mycket för att inte tala om lidandet som förorsakas den äldre och hans/hennes anhöriga. Kommunerna måste genast svara på de äldres servicebehov. Den äldre kan inte lämnas liggande på sjukhus utan bör stödas så att denna kan klara sig i hemmet med hjälp av en evidensbaserad service-, vård- och rehabiliteringsplan. Lagändringen om att den äldre kan byta hem och boningsort, lagen om äldrevårdsservice som trädde ikraft 1.7.2013 och social- och hälsovårdsministeriets och kommunförbundets tidigare rekommendationer samt promemorian av arbetsgruppen Ikähoiva ger tillsammans en fungerande grund för utvecklingsarbetet.

Slutligen konstateras att kommunerna inom Kust-Österbottens samkommun redan tillsammans skapat gemensamma, nya modeller som integrerats och fortsättningsvis förankras i praktiken. Arbetet måste dock fortsätta och bland annat den geriatriska rehabiliteringen är en service som bör vidareutvecklas oberoende om det är fråga om rehabilitering i hemmet eller på institution. Det är Kust-Österbottens samkommun – både den politiska nivån och tjänstemannanivån - som har anordnaransvaret för social- och primärhälsovård. Den strategiska ledningen har ansvar för att sörja för att servicestrukturen är fungerande och att servicens kvalitet är bra. Dess uppgift är också att

säkerställa att servicestrukturen och dess innehåll förnyas innovativt enligt befolkningens behov. Även här kan vårt motto vara: ”Me teemme sen – tillsammans”!

Källor

Backman, Ann (2011). *Förmans åsikter om utvecklingsbehov inom äldreomsorgen och inom dagvården i Kust-Österbottens samkommun*. FSKC Rapporter 1/2011.

Degerman-Carlsson, S. (2003). *Vad är etisk kompetens i hälso- och sjukvård?* Vårdalinstitutets tematiska rum. Hämtat den 15.10.2012 från:
<http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1577/3201/4167.pdf?objectId=7360>

ETENE (2001). *Gemensam värdegrund, gemensamma mål och gemensamma principer för hälso- och sjukvården*. ETENE-publikationer 2.

ETENE (2008). *Vårdetik på ålderns höst*. Rapport från den riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården. ETENE-publikationer 21. Hämtat den 3.8.2010 från:
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17885&name=DLFE-599.pdf

Halonen, J. (2011). *Försörjningskvot*. Hämtat den 16.11.2012 från:
<http://www.kommunerna.net/sv/databanker/statistik/befolkning/Forsorjningskvot/Sidor/default.aspx>

Jonsson, M. (2004). *Värdegrund*. Hämtat den 11.10.2010 från:
<http://www.katrineholm.se/Global/VOF/7-05VardegrundVOF.pdf>

Krokfors, Y. (2009) Kartläggning om behovet för gerontologiskt socialt arbete i svenska Österbotten FSKC Arbetspapper 14/2009

Lag om stödande av äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 28.12.2012/980. Finlands författningssamling, www.finlex.fi

Niemi, M., Emet, E-M., Exell-Paakki, K., THL. (2010). *RAI-benchmarking – verktyg för ledarskap och utveckling, best practise på Folkhälsan*. Rapport18/2010. Yliopistopaino, Helsinki

Nygårdas P., Pellfolk T. & Wentjärvi A. (2011). *Äldres hälsa och livsvillkor samt familjearbete inom K5-området*. (Resultatet från nya Gerda Botnia 2010 undersökningen). Novia, Vasa.

Nyman, I. (2010a). *Individens rätt till integritet: Etisk handbok för samverkan med tredje sektorn inom äldreomsorgen i Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård*. Projekt rapport november 2010, Äldrecentrum Österbotten. Hämtat den 25.6.2012 från:
http://www.korsholm.fi/medialibrary/data/Handbok_individens_raett_-till_integritet%7B45rjj-yzslv-omg8e%7D.doc

Nyman, I. (2010b). *Modell för en senior-rådgivning inom i Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård*. Projekt rapport december 2010, Äldrecentrum Österbotten. Hämtat den 29.11.2012 från:
[http://www.korsholm.fi/medialibrary/data/\(Rapport_seniorr_345dgivning_slutlig_version_feb\)-%7B43j3n-gqxfm-1xg03%7D.pdf](http://www.korsholm.fi/medialibrary/data/(Rapport_seniorr_345dgivning_slutlig_version_feb)-%7B43j3n-gqxfm-1xg03%7D.pdf)

Pihlajamäki, Eini (2012). *Om vi inte vet vart vi ska, är det lätt att gå vilse - På jakt efter välfärd för invånare inom Kust-Österbottens samkommun*. FSKC Rapporter 2012.

Routasalo, P.E., Savikko, N., Tilvis, R.S., Strandberg, T.E., Pitkälä, K.H. (2006). *Social contacts and their relationship to loneliness among aged people – a population-based study*. Gerontology, 52, 181-187.

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer (2008:4). *Kvalitetsrekommendationer om tjänster för äldre*. Hämtat den 1.11.2012 från:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6904.pdf

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer (2010:13). *God terminalvård i Finland - Rekommendationer för terminalvård baserade på hörande av sakkunniga*. Hämtat den 30.8.2012 från: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12955.pdf

Social- och hälsovårdsministeriet. Pressmeddelande (273/2010). Hämtat den 30.8.2012 från: <http://www.stm.fi/sv/pressmeddelanden/pressmeddelande/-/view/1530673>

Social- och hälsovårdsministeriet (24.05.2011). *"Servicesedlar"*. Hämtat den 21.11.2012 från: http://www.stm.fi/sv/social_coh_halsotjanster/klientavgifter/servicesedeln

Social- och hälsovårdsministeriet. Pressmeddelande (190/2012). Hämtat den 15.11.2012 från: <http://www.stm.fi/sv/pressmeddelanden/pressmeddelande/-/view/1839916#sv>

Social- och hälsovårdsministeriet. Pressmeddelande. (77/2012). Hämtat den 27.6.2012 från: <http://www.stm.fi/sv/pressmeddelanden/pressmeddelande/-/view/1800809>

Social- och hälsovårdsministeriet. (8.5.2012). *KANSALLINEN MUISTIOHJELMA 2012–2020: Tavoitteena muistiystävällinen Suomi*. Hämtat den 27.6.2012 från:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf

Socialstyrelsen (juni 2007). *Rehabilitering för hemmaboende äldre personer*.

Hämtat den 26.11.2012 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-123-26>

Socialstyrelsen (mars 2011). *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder*.

Hämtat den 26.11.2012 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-5>

Tiikkainen, P., Heikkinen, R-L., Kauppinen, M. (2004). *Jyväskyläläisten 80- ja 85-vuotiaiden kokema yksinäisyys, yksinäisyyteen yhteydessä olevat ja yksinäisyyttä ennustavat tekijät 5-vuotisseuruun aikana*. Gerontologia, 4, 257-265.

Wadén, A. 2013. *Plan för kvalitetsledning och patientsäkerhet*. Opublicerad källa. Kust-Österbottens samkommun för social- och hälsovård.

Wadén, P. 2011. *Det enda sättet att leva länge är att åldras*. Förslag till regional minnesrådgivning och psykiogeriatrisk enhet – en viktig del av framtidens äldreomsorg inom samarbetsområdet för Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård. Opublicerad källa. Kust-Österbottens samkommun för social- och hälsovård.

Wentjärvi, A. & Pellfolk, T. (2010). *Äldres hälsa och livsvillkor*. Novia, Vasa.

Österbotten-projektet 2005-2014. Hämtat den 19.11.2012 från: <http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=563214>

Kommunvis befolkningsprognos från 28.9.2012 (Statistikcentralen 1.10.2012)

Kaskö		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
	65-69 år	139	171	199	144	147	132	119
	70-74 år	87	124	164	188	141	146	132
	75-79 år	57	78	119	160	183	142	148
	80-84 år	44	48	66	103	140	161	129
	85-89 år	25	26	32	45	72	101	119
	90-94 år	13	10	13	15	24	39	55
	95-99 år	0	4	2	4	4	7	12
	100-	0	0	0	1	1	1	2

Korsnäs		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
	65-69 år	153	196	159	150	157	129	145
	70-74 år	116	124	183	149	142	149	123
	75-79 år	84	95	113	171	139	134	144
	80-84 år	80	72	82	98	152	127	123
	85-89 år	90	67	54	60	75	118	102
	90-94 år	35	37	30	28	31	40	65
	95-99 år	9	10	10	7	9	10	13
	100-	0	1	2	2	1	1	2

Kristinestad		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
	65-69 år	534	682	625	540	459	411	332
	70-74 år	429	465	639	591	516	444	402
	75-79 år	362	361	424	585	549	484	424
	80-84 år	295	287	305	367	511	488	436
	85-89 år	228	222	208	226	280	397	388
	90-94 år	76	103	110	107	119	157	222
	95-99 år	20	21	29	33	34	37	54
	100-	1	3	2	3	4	5	6

Malax		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
	65-69 år	373	425	391	364	356	358	357
	70-74 år	291	327	400	371	347	342	344
	75-79 år	234	247	298	368	346	325	326
	80-84 år	210	200	214	262	328	314	299
	85-89 år	154	140	145	161	202	259	253
	90-94 år	81	80	72	76	88	114	151
	95-99 år	25	22	23	21	23	28	39
	100-	3	4	2	3	3	4	5

Närpes		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
	65-69 år	659	713	639	576	603	567	524
	70-74 år	508	614	682	617	561	589	558
	75-79 år	483	412	560	634	580	534	563
	80-84 år	405	403	349	480	556	517	484
	85-89 år	289	283	288	258	361	429	410
	90-94 år	111	135	137	145	136	197	240
	95-99 år	35	28	37	41	45	44	67
	100-	3	5	3	5	5	6	6

Hela K5		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
	65-69 år	1858	2187	2013	1774	1722	1597	1477
	70-74 år	1431	1654	2068	1916	1707	1670	1559
	75-79 år	1220	1193	1514	1918	1797	1619	1605
	80-84 år	1034	1010	950	1310	1687	1607	1471
	85-89 år	786	738	727	750	990	1304	1272
	90-94 år	316	365	362	371	398	547	733
	95-99 år	89	85	101	106	115	126	185
	100-	7	13	9	14	14	17	21

Bilaga 2

Uppskattat antal medelsvåra och svårt dementa i K5 2011-2040 (prognos från 28.9.2012, statistikcentralen 1.10.2012)

Kaskö		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
(0,26 %)	30-64 år	2	2	1	1	1	1	1
(4,2 %)	65-74 år	9	12	15	14	12	13	11
(10,7 %)	75-84 år	11	13	20	28	35	32	30
(35 %)	85 år -	13	14	16	23	35	52	66
	Sammanlagt	35	41	52	66	83	98	108
	Platsbehov 50 %	18	21	26	33	42	49	54

Korsnäs		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
(0,26 %)	30-64 år	3	2	3	3	3	3	3
(4,2 %)	65-74 år	11	13	14	13	13	12	11
(10,7 %)	75-84 år	18	18	21	29	31	29	29
(35 %)	85 år -	47	40	34	34	41	59	64
	Sammanlagt	79	73	72	79	88	103	107
	Platsbehov 50 %	40	37	36	40	44	52	54

Kristinestad		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
(0,26 %)	30-64 år	8	7	7	6	6	5	5
(4,2 %)	65-74 år	40	48	53	48	41	36	31
(10,7 %)	75-84 år	70	69	78	102	113	104	92
(35 %)	85 år -	114	122	122	129	153	208	235
	Sammanlagt	232	246	260	285	313	353	363
	Platsbehov 50 %	116	123	130	143	157	177	182

Malax		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
(0,26 %)	30-64 år	7	6	7	7	7	7	7
(4,2 %)	65-74 år	28	32	33	31	30	29	29
(10,7 %)	75-84 år	48	48	55	67	72	68	67
(35 %)	85 år -	92	86	85	91	111	142	157
	Sammanlagt	175	172	180	196	220	246	260
	Platsbehov 50 %	88	86	90	98	110	123	130

Närpes		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
(0,26 %)	30-64 år	11	10	10	10	10	10	10
(4,2 %)	65-74 år	49	56	55	50	49	49	45
(10,7 %)	75-84 år	95	87	97	119	122	112	112
(35 %)	85 år -	153	158	163	157	191	237	253
	Sammanlagt	308	311	325	336	372	408	420
	Platsbehov 50 %	154	156	163	168	186	204	210

Hela K5		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
	Sammanlagt	829	843	889	962	1076	1208	1258
	Platsbehov 50 %	415	422	445	481	538	604	629

Källa: Wadén, P. 2011.

Beräkning av det framtida platsbehovet inom äldreomsorgen

Målsättningen är att antalet som vårdas på åldringshem eller på långtidsvård vid hälsocentralerna inte ska överstiga 3 % av befolkningen över 75 år. För att platserna skall räcka åt äldre som är under 75 år kan en utökning räknas 10-15%. I den kommunvisa uträkningen (tabellerna 3-7) har platsantalet för dygnet runt vård (rek. vårdplatser för 75 år fyllda) ökat med 10 % för att räcka till för de som är under 75 år. För vanliga serviceboendeplatser utan nattservice är rekommendationen 5 % av antalet 75 år fyllda utökat med 10 -15 % för platserna som är menat för de som är under 75 år. I denna uträkning har ökning med 10 % beaktats. (Kommunvis befolkningsprognos från 28.9.2012 (Statistikcentralen 1.10.2012)

Tabell 3. Totalt platsbehov 24 h/7d i Kaskö

Kaskö		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Totalt	65-74 år	226	295	363	332	288	278	251
Totalt fyllda	75 år	139	166	232	328	424	451	465
Platsb. >75 år	3,00 %	4,17	4,98	6,96	9,84	12,72	13,53	13,95
	6,00 %	8,34	9,96	13,92	19,68	25,44	27,06	27,9
Platsbehov (+10%)		1,25	1,49	2,09	2,95	3,82	4,06	4,19
Totalt platsbehov		13,76	16,43	22,97	32,47	41,98	44,35	46,04
REKOMMENDATION		*	*	*	ÖKN!	ÖKN!	ÖKN!	ÖKN!

I Kaskö finns idag intensifierade serviceboendeplatser enligt följande: Mariehemmet 19 st. och Mikeva demenshem 7 st., dvs. totalt 26 vårdplatser. Inga åldringshemsplatser finns. Dessa är enligt dagens rekommendationer tio för mycket. Först under åren 2020-25 skulle dessa vårdplatser behövas för dygnet runt vård enligt nationella rekommendationer. År 2030 bör 42 platser finnas tillgängliga för vård och omsorg dygnet runt.

Behovet för vanligt serviceboende utan nattservice däremot år 2020 är 13 boendeplatser och år 2030 behövs 23 boendeplatser. Endast fyra platser finns på Fyrklöver. Eftersom Kaskö är en liten stad kommer välplanerade och medvetna satsningar på gemensam hemvård minska trycket för vanligt serviceboende.

Tabell 4. Totalt platsbehov 24 h/7d i Korsnäs

Korsnäs		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Totalt	65-74 år	269	320	342	299	299	278	268
Totalt fyllda	75 år	298	282	291	366	407	430	449
Platsb. >75 år	3,00 %	8,94	8,46	8,73	10,98	12,21	12,9	13,47
	6,00 %	17,88	16,92	17,46	21,96	24,42	25,8	26,94
Platsbehov (+10%)		2,68	2,54	2,62	3,29	3,66	3,87	4,04
Totalt platsbehov		29,5	27,92	28,81	36,23	40,29	42,57	44,45
REKOMMENDATION		*	*	*	Ok	Ok	ÖKN!	ÖKN!

I Korsnäs finns idag intensifierade serviceboendeplatser enligt följande: 11 st. och 28 st. åldringshemsplatser, vilket utgör totalt 39 st. platser för dygnet runt. Dessa är enligt dagens rekommendationer för många. I.o.m. det behöver platsökning ske först år 2035. Förhållandet mellan anstaltsvård och intensifierat serviceboende är bristfälligt och i Korsnäs borde en omstrukturering inom äldreomsorgens boendeplatser göras.

Behovet för vanligt serviceboende utan nattservice år 2020 är 16 boendeplatser och år 2030 behövs 22 boendeplatser. Dagens vanliga serviceboende, Buketten, har redan 30 st. lägenheter och i om det är också detta antal mer än tillräckligt med hänvisning till befolkningsprognosen. I dagsläget bor där även andra klienter än äldre och även det behovet kommer att växa i framtiden enligt kommunens uppgifter.

Tabell 5. Totalt platsbehov 24 h/7d i Kristinestad

Kristinestad		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Totalt	65-74 år	963	1147	1264	1131	975	855	734
Totalt fyllda	75 år	982	997	1078	1321	1497	1568	1530
Platsb. >75 år	3,00 %	29,46	29,91	32,34	39,63	44,91	47,04	45,9
	6,00 %	58,92	59,82	64,68	79,26	89,82	94,08	91,8
Platsbehov (+10%)		8,84	8,97	9,7	11,89	13,47	14,11	13,77
Totalt platsbehov		97,22	98,7	106,72	130,78	148,2	155,23	151,47
REKOMMENDATION		ÖKN!		ÖKN!	ÖKN!	ÖKN!	ÖKN!	

I Kristinestad finns idag 46 st. intensifierade serviceboendeplatser och 44 st. anstaltsplatser inom äldreomsorgen. På hälsovårdscentralens bäddavdelning fanns 12-13 långtidsvårdplatser (för 75 år fyllda, 31.12.2011). Primärhälsovårdens vårdplatser kommer kraftigt att minska i samband med den pågående renoveringen på f.d. inremedicinska avdelningen på BoS. Enligt dagens rekommendationer är anstaltsplatsernas antal överdimensionerade. Däremot saknas intensifierade serviceboendeplatser. Regionförvaltningsverket har granskat den gamla delen av Kristinahemmet och konstaterat att den inte är lämplig för äldreboende. Bäddavdelningen planeras bli en akutavdelning med 12-16 platser år 2014. Ett nybygge med intensifierat serviceboende planeras att ersätta Kristinahemmets gamla del med 25 anstaltsplatser. Anstaltsplatserna är då 28-32 till antalet. Intensifierat serviceboende utgör då ca 70 platser. Uppgiften om när detta verkställs saknas och därför kan man inte göra en närmare analys om planeringen. Planeringen och dess förverkligande brådskar.

Behovet för vanligt serviceboende utan nattservice år 2020 är 59 boendeplatser och år 2030 behövs 82 boendeplatser. Serviceboendeplatser och pensionärshemslägenheter finns idag 129 st. Ingen utökning av dessa behövs.

Tabell 6. Totalt platsbehov 24 h/7d i Malax

Malax		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Totalt	65-74 år	664	752	791	735	703	700	701
Totalt fyllda	75 år	707	693	754	891	990	1044	1073
Platsb. >75 år	3,00 %	21,21	20,79	22,62	26,73	29,7	31,32	32,19
	6,00 %	42,42	41,58	45,24	53,46	59,4	62,64	64,38
Platsbehov (+10%)		6,36	6,24	6,79	8,02	8,91	9,4	9,66
Totalt platsbehov		69,99	68,61	74,65	88,21	98,01	103,36	106,23
REKOMMENDATION		*	*	*	*	Ok	ÖKN!	ÖKN!

I Malax finns idag 41 st. intensifierade serviceboendeplatser och 52 st. äldreomsorgsplatser. 31.12.2011 fanns det 5-6 personer över 75 år på bäddavdelningens långtidsvård. Enligt dagens rekommendationer för anstaltsvård är platsantalet överdimensionerat. Däremot finns för lite platser inom intensifierat serviceboende. Detta kan korrigeras genom en bra planerad omstrukturering av

platserna. Det totala platsantalet, 98 st., som finns idag behövs först enligt befolkningsprognosen år 2030, iom detta konstateras att dagens vård och omsorg är anstaltsbetonad i Malax.

Däremot är behovet för vanligt serviceboende utan nattservice år 2020 totalt 41 boendeplatser och år 2030 behövs 54 boendeplatser. Solbo gruppboende har fem lägenheter utan nattservice. De övriga pensionärshemsbostäderna är följande; i Petalax finns 24 pensionärsbostäder, varav 12 lägenheter används av de äldre. I Övermalax finns 28 bostäder, varav de äldre använder 13 lägenheter. I Yttermalax finns fem bostäder i anslutning till Malax åldringshem och dessa används för äldre. I Yttermalax finns möjlighet att kalla på hjälp nattetid från åldringshemmet. Totalt uthyrs 35 lägenheter till de äldre, men med tanke på framtiden finns 70 lägenheter som i första är hand reserverade för äldre personer. På pensionärshemsområdena finns hemvård både dag- och kvällstid. Pga. avsaknaden av service nattetid har man dock haft svårigheter att få dem uthyrda till pensionärer. Alla som bor i pensionärshemslägenheterna har inte heller regelbunden hemservice, utan klarar sig själv. Med tanke på framtiden är antalet pensionärshemslägenheter tillräckliga. Det är utökning av tillgänglig öppenvårdsservice som är kommunens utmaning.

Tabell 7. Totalt platsbehov 24 h/7d i Närpes

Närpes		2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Totalt	65-74 år	1167	1327	1321	1193	1164	1156	1082
Totalt fyllda	75 år	1326	1266	1374	1563	1683	1727	1770
Platsb. >75 år	3,00 %	39,78	37,98	41,22	46,89	50,49	51,81	53,1
	6,00 %	79,56	75,96	82,44	93,78	100,98	103,62	106,2
Platsbehov (+10%)		11,93	11,39	12,37	14,07	15,15	15,54	15,93
Totalt platsbehov		131,27	125,33	136,03	154,74	166,62	170,97	175,23
REKOMMENDATION		Ok	*	ÖKN!	ÖKN!	ÖKN!	ÖKN!	ÖKN!

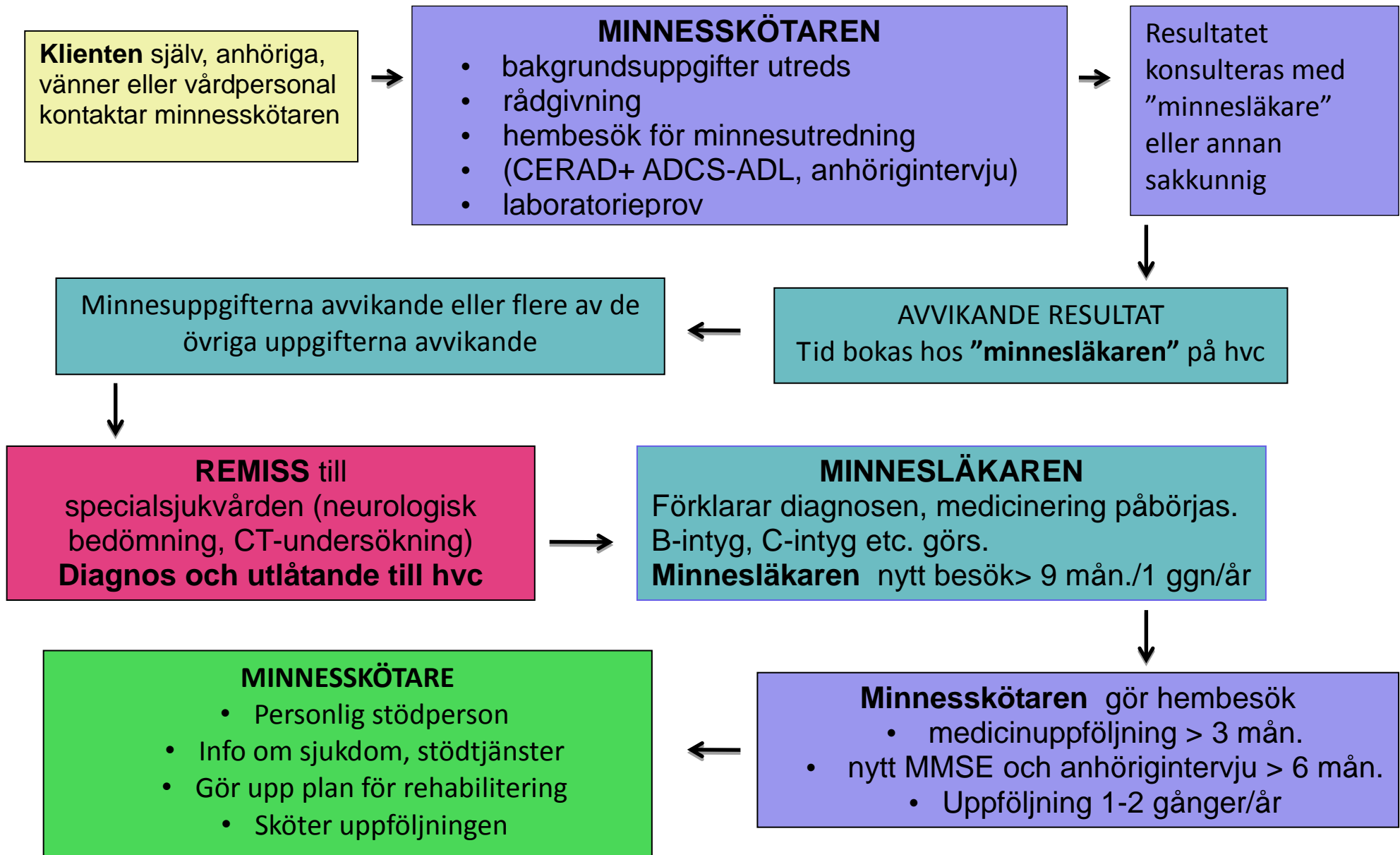
I Närpes finns intensifierade serviceboendeplatser för 68 äldre och 59 åldringshemsplatser. Långtidsvård på hälsovårdscentralen var 0 % (75 år fyllda 31.12.2012). Sommaren 2013 kommer de intensifierade serviceboendeplatserna totalt vara 88 platser och 6 platser skaffas som köptjänst (Kårkulla och Mikeva). Av åldringshemsplatser kvarstår då 37 (Frida). Detta antal är enligt dagens rekommendationer tillräckligt. Den största utmaningen sker år 2022, då platsbehovet kommer att stiga enligt en tidigare prognos i Närpes. Enligt ovanstående tabell kommer platsbehovet år 2025 vara 50 (2030: 56) åldringshemsplatser och 104 (2030: 111) intensifierade serviceboendeplatser. Antalet platser för dygnet runt vård utökas från dagens befintliga platser till 25 (år 2025).

Behovet av vanligt serviceboende utan nattservice år 2020 är 76 boendeplatser och år 2030 behövs 93 boendeplatser. I dagens läge finns 126 boendeplatser. Behovet av vanliga serviceboendeplatser kommer ändå påverkas av att det i Närpes centrum numera finns flera höghus med hiss. Dessutom kommer man inom projektet *Mitti-i-stan* förverkliga ett seniorboende och tack vare strävan efter kvarboende och satsning på hemvården kommer inte trycket att öka för vanligt serviceboende i samma grad som tidigare. Att estimerat behovet av vanliga serviceboendeplatser är i och med detta mycket svårare. Dessutom är standarden i egna bostäder överlag idag högre än tidigare.

I Närpes har planerats att den vanliga serviceboendeenheten (Efraim 43 platser) ändras succesivt till intensifierade serviceboendeplatser för dementa. Detta görs i modulform, dvs. 12-14 boendelägenheter i varje modul. Närpes har under åren 2011-2012 deltagit i projektet *Monikko* vid Tammerfors universitet.

MINNESPATIENTENS SERVICEKEDJA FRÅN SYMTOM TILL DIAGNOS

Bilaga 4



MINNESSKÖTARE

Påbörjar utredningen, fungerar som stödperson och kontaktar den minnessjuka och dennes närstående när diagnosen är fastställd.

- Ger basinformation om sjukdomen, dess vård och rehabilitering samt om socialskyddet.
- Hjälper den insjuknade och dennes närstående att förbereda sig på de utmaningar som sjukdomen för med sig.
- Informerar om olika stödtjänster och koordinerar organiseringen av tjänsterna.
- Planerar individuell vård och rehabiliteringsplan.
- Informerar om stödgrupper för likställda.

Minnesskötaren ger rådgivning och handledning genom varje skede i vård- och rehabiliteringskedjan samt samarbetar med övriga som deltar i vården.

Minnesskötaren har en helhetsöverblick av sjukdomsförloppet hos den minnessjuka och kan planera och förutse kommande stöd och vårdbehov.

