

KVALITETSREKOMMENDATION  
FÖR ATT TRYGGA  
ETT BRA ÅLDRANDE OCH  
FÖRBÄTTRA SERVICEN

Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen  
Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2013:15

ISBN 978-952-00-3420-7 (PDF)

ISSN-L 1236-2050

ISSN 1797-9854 (online)

URN:ISBN:978-952-00-3420-7

<http://um.fi/URN:ISBN:978-952-00-3420-7>

<http://www.stm.fi/sv/publikationer>

Förlag: Social- och hälsovårdsministeriet

Layout: Juvenes Print – Finlands Universitets tryckeri Ab, Tammerfors 2013

# SAMMANDRAG

## KVALITETSREKOMMENDATION FÖR ATT TRYGGA ETT BRA ÄLDRADE OCH FÖRBÄTTRA SERVICEN

■ Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund utfärdade en kvalitetsrekommendation om utveckling av tjänster för äldre 2001 och 2008. I den förnyade kvalitetsrekommendationen från 2013 beaktas pågående förändringar i styrnings- och verksamhetsmiljön samt den senaste forskningen. Syftet med rekommendationen är att stöda verkställandet av lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (den så kallade äldreomsorgslagen). Kvalitetsrekommendationen har utarbetats av en bredbasig arbetsgrupp.

I likhet med sina föregångare är rekommendationen främst avsedd som stöd för dem som fattar beslut och leder utvecklingen och utvärderingen av service för äldre inom kommunerna och samarbetsområdena. Dessutom kan många andra aktörer, till exempel leverantörer av social- och hälsovårdstjänster, yrkesfolk inom branschen och aktörer inom tredje sektorn, utnyttja den vid planering och utvärdering av den egna verksamheten.

Kvalitetsrekommendationens helhetsmålsättning är att trygga en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt för hela den äldre befolkningen samt tillhandahålla högkvalitativa och effektiva tjänster för de äldre personer som behöver dem. Liksom äldreomsorgslagen är en del av rekommendationerna således uttryckligen avsedda att tillämpas på befolkningsnivå och en del på individnivå.

Kvalitetsrekommendationens centrala innehåll är följande:

- delaktighet och aktörskap,
- boende och livsmiljö,
- tryggnad av en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt,
- rätt service vid rätt tidpunkt,
- servicens struktur,
- tryggnad av vård och omsorg,
- ledning.

Varje delområde innehåller särskilda rekommendationer. Särskild uppmärksamhet har fästs vid de kunskapsbaserade motiveringarna för de helheter som rekommenderas samt tillgängliga indikatorer med hjälp av vilka man systematiskt kan utvärdera verkställandet av rekommendationerna. Som stöd för dem som tillämpar rekommendationen har man sammanställt länkar till lagar, andra rekommendationer, statsrådets principbeslut

och andra anvisningsdokument som väsentligt anknyter till rekommendationen, samt länkar till olika stödmaterial, såsom handböcker och beskrivningar av god praxis.

Nyckelord:

Åldrande, äldre, kvalitet, kvalitetsledning, service, servicestruktur, tjänster för äldre, äldreomsorg

# TIIVISTELMÄ

## LAATUSUOSITUS HYVÄN IKÄÄNTYMISEN TURVAAMISEKSI JA PALVELUJEN PARANTAMISEKSI

■ Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen vuosina 2001 ja 2008. Vuonna 2013 laatusuositus uudistuu huomioon ottamaan ohjaus- ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset ja uusimman tutkimustiedon. Suosituksen tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (nk. vanhuspalvelulaki) toimeenpanoa. Laatusuositus on valmisteltu laajapohjaisessa työryhmässä.

Suositus on edeltäjiensä tapaan tarkoitettu ensisijaisesti iäkkäiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin tueksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Lisäksi sitä voivat hyödyntää oman toimintansa suunnittelussa ja arvioinnissa monet muutkin tahot, kuten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat, alan ammattilaiset ja kolmannen sektorin toimijat.

Laatusuosituksen kokonaistavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen koko ikääntyneelle väestölle sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille. Näin ollen – vanhuspalvelulain tapaan – osa suosituksista kohdistuu nimenomaisesti väestö- ja osa yksilötasolle.

Laatusuosituksen keskeiset sisällöt ovat:

- osallisuus ja toimijuus,
- asuminen ja elinympäristö,
- mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen,
- oikea palvelu oikeaan aikaan,
- palvelujen rakenne
- hoidon ja huolenpidon turvaajat,
- johtaminen.

Kullakin sisältöalueella on omat suosituksensa. Erityistä huomiota on kiinnitetty siihen, että suositeltaville asiakokonaisuuksille on tietoon perustuvat perustelunsa ja käytettävissä indikaattoreita, joiden avulla suositusten toteutumista voidaan järjestelmällisesti arvioida. Suositusten hyödyntäjien tueksi on koottu linkkejä lakeihin, muihin suosituksiin, valtioneuvoston periaatepäätöksiin ym. ohjausdokumentteihin, jotka liittyvät olennaisesti suositukseen, sekä linkkejä erilaisiin tukimateriaaleihin, kuten oppaisiin ja hyvien käytäntöjen kuvauksiin.

Asiasanat:

**Ikääntyminen, ikääntyneet, laatu, laadunhallinta, palvelut, palvelurakenne, vanhusten palvelut, vanhustenhuolto**



# SUMMARY

## QUALITY RECOMMENDATION TO GUARANTEE A GOOD QUALITY OF LIFE AND IMPROVED SERVICES FOR OLDER PERSONS

■ The Ministry of Social Affairs and Health and the Association of Finnish Local and Regional Authorities issued a national framework for high-quality services for older people in 2001 and 2008. In 2013, the quality recommendation has been updated to accommodate changes taking place in the guidance and operational environment and the latest research information. The aim of the recommendation is to assist the implementation of the Act on Supporting the Functional Capacity of the Ageing Population and on Social and Health Care Services for Older Persons (the so-called Act on the Care Services for Older Persons). The quality recommendation was prepared in a broad-based working group.

Like its predecessors, the recommendation is primarily intended to assist policy-makers and leaders in municipalities and inter-municipal cooperation areas in the development and evaluation of services for the older population. It can also be utilised for the planning and evaluation of their own activities by many other parties, including providers of social and health care services, professionals in the field and third-sector actors.

The overall aim of the quality recommendation is to guarantee, as much as possible, the good health and functional capacity of the entire older population and high-quality, effective services for those older persons who need them. Similarly to the aforementioned Act, some of the recommendations thus apply to the population level, while others are targeted at the individual level.

The main contents of the quality recommendation are:

- inclusion and agency,
- housing and living environment,
- guaranteeing, as much as possible, the good health and functional capacity of the older population,
- the right services at the right time,
- the structure of services,
- human resources for providing care and attention,
- management.

All content areas have their own recommendations. Particular attention was paid to providing knowledge-based justifications and indicators by which the implementation of the recommendations can be systematically evaluated for the thematic areas that they cover. To facilitate those who draw on the recommendations, they also contain links to acts, other recommendations,

government resolutions and other guidance documents that have an essential connection with the recommendation, as well as links to various support materials, including guide books and descriptions of good practices.

Keywords:

**Ageing, older people, quality, quality management, services, service structure, services for older people, care for the elderly**



# FÖRORD

Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund utfärdade den första kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre 2001, då kvalitetsrekommendationerna var nya medel för informationsstyrning. Utvärderingarna av kvalitetsrekommendationerna påvisade att rekommendationerna ansågs vara ändamålsenliga arbetsredskap i kommunerna: ju mer konkreta målsättningar för kvalitetsutveckling som presenterades i dem, desto mer användbara ansågs de vara. År 2008 publicerades den andra kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre. I rekommendationen presenterades strategiska riktlinjer för förbättring av servicen för äldre inom tre delområden: 1) främjande av de äldres välfärd och hälsa och utveckling av servicestrukturen, 2) personal och ledning samt 3) boende- och vårdmiljöer.

Syftet med den förnyade kvalitetsrekommendationen från 2013 är att stöda verkställandet av lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (den så kallade äldreomsorgslagen). Dessutom beaktar kvalitetsrekommendationen de förändringar som pågår inom styrnings- och verksamhetsmiljön samt den senaste forskningen.

Kvalitetsrekommendationen betonar tryggheten av en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt, tjänster som baserar sig på kartläggande av behovet av en mångsidig service i rätt tid, förändringen av servicestrukturen, en ändamålsenlig personaldimensionering och kunskap samt ledning. De äldre personernas delaktighet är helheten som förenar alla delområden i rekommendationen.

Att trygga en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt hör till de viktigaste förberedande åtgärderna i det åldrande Finland. En frisk ålderdom å sin sida gör det möjligt för de äldre att självständigt vara delaktiga i samhället, förbättrar deras livskvalitet och inverkar på behovet av social- och hälsovårdstjänster. Följaktligen påverkas även den offentliga ekonomins hållbarhet.

Ett av rekommendationens mål är att förändra servicestrukturen. Om målet uppnås kommer ökningen av kostnaderna för social- och hälsovårdstjänster att hämmas. Om servicestrukturerna inte förnyas blir det svårt att hejda en ökning av kostnaderna när befolkningens åldersstruktur snabbt förändras och behovet av service ökar. Utöver strukturerna måste även serviceprocesserna förnyas.

Rekommendationen har utarbetats av en bredbasig arbetsgrupp som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet. Under beredningen har man

ordnat diskussionstillfällen samt möjlighet att kommentera utkastet till rekommendation på webbplatsen Dinasikt.fi. Man har även kontaktat flera experter och aktörer som företräder äldre människor, såsom representanter för äldreråd, och ordnat ett medborgarråd. Vi vill rikta ett varmt tack till alla er som har gett era synpunkter i de olika skedena av arbetet med att förnya kvalitetsrekommendationen.

Social- och hälsovårdsministeriet

Finlands Kommunförbund

Omsorgsminister  
Susanna Huovinen

Vice verkställande direktör  
Tuula Haatainen

Överdirektör  
Kirsi Varhila

Direktör  
Tarja Myllärinen

# INNEHÅLL

Sammandrag.....	3
Tiivistelmä .....	5
Summary .....	7
Förord .....	9
Till läsaren .....	13
<b>ETT ÅLDERSVÄNLIGT FINLAND SOM MÅL .....</b>	<b>17</b>
<b>REKOMMENDATIONER.....</b>	<b>21</b>
Delaktighet och aktörskap.....	21
Boende och livsmiljö.....	25
Tryggande av en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt .....	28
Rätt service i rätt tid.....	33
Servicestruktur .....	40
Tryggande av vård och omsorg.....	43
Ledning .....	55
<b>BEDÖMNING AV KONSEKVENSERNA FÖR MÄNNISKORNA &amp; KOSTNADSEFFEKTER .....</b>	<b>60</b>
<b>CENTRALA BEGREPP.....</b>	<b>64</b>
BILAGA 1. Serviceprofiler 2000–2011 (75+, 80+, 85+) .....	74
BILAGA 2. Övriga instruktioner som berör rekommendationen och uppföljning av verkställandet .....	75



## TILL LÄSAREN

Syftet med den förnyade kvalitetsrekommendationen är att stöda verkställandet av lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (härefter äldreomsorgslagen). Dessutom beaktar kvalitetsrekommendationen de förändringar som sker i styrnings- och verksamhetsmiljön. Den pågående totalrevideringen av socialvårdslagstiftningen samt förändringarna i kommunstrukturen och i social- och hälsovårdens servicestruktur påverkar i hög grad även organiseringen och utvecklingen av tjänster för äldre. Ett nationellt utvecklingsprogram för närståendevården, där målsättningarna för och åtgärderna inom närståendevården för de kommande åren fastställs, är under arbete. Dessutom bereds en lag om självbestämmanderätten hos social- och hälsovårdens klienter.

I sina anvisningar för beredningen av kvalitetsrekommendationen har regeringen förutsatt att den särskilt ska ta upp hemvårdens kvalitet och att man systematiskt måste följa upp verkställandet av de kvalitetsrekommendationer som rör personalantalet (personaldimensioneringen måste vara minst 0,5) för att säkerställa kvaliteten på vård dygnet runt. Verkställandet av rekommendationerna för både hemvård och dygnet runt-vård ska utvärderas före slutet av 2014. Kravet på en miniminivå för personaldimensioneringen inom dygnet runt-vården ingår även i riksdagens svar på regeringens proposition med förslag till lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre.

Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund utfärdade den första kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre våren 2001. Då var kvalitetsrekommendationerna nya medel för informationsstyrning. Den andra kvalitetsrekommendationen utfärdades 2008. Utvärderingarna av kvalitetsrekommendationerna och annan informationsstyrning visade att man i kommunerna ansåg att i synnerhet rekommendationerna var ändamålsenliga arbetsredskap. Ju mer konkreta målsättningar för kvalitetsutveckling som presenterades i dem, desto mer användbara ansågs de vara.

Enligt utvärderingarna måste särskild uppmärksamhet fästas vid verkställandet av rekommendationerna. Det här är ett skede som ofta har hamnat i skuggan av beredningsprocessen. Verkställandet måste också vara systematiskt: utbildning, stödjande av projekt som främjar verkställandet av rekommendationens innehåll och systematisk produktion av uppföljnings- och utvärderingsinformation om genomförandet av de rekommenderade helheterna ska stå i centrum.

Genom att utnyttja utvärderingsinformationen gjordes målsättningarna i kvalitetsrekommendationen från 2008 så konkreta som möjligt och som stöd för uppföljningen infördes indikatorer. I kvalitetsrekommendationen ställde man upp kvantitativa målsättningar för bland annat servicestrukturen, och som stöd för uppföljningen av denna och för att möjliggöra jämförelser (på nivåerna kommun–landskap–hela landet) tog man i bruk uppföljningsindikatorer för kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre. Som stöd för genomförandet och uppföljningen har man i tillämpliga delar även använt information från databasen RAI som upprätthålls av Institutet för hälsa och välfärd, enskilda enkäter och Valviras utredningar.

Helhetssyftet med kvalitetsrekommendationen är att trygga en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt för hela den äldre befolkningen samt högkvalitativa och effektiva tjänster för äldre personer som behöver dem. Precis som äldreomsorgslagen är en del av rekommendationerna uttryckligen avsedda att tillämpas på befolkningsnivå och en del på individnivå. I äldreomsorgslagen och kvalitetsrekommendationen avses med *äldre befolkning* den del av befolkningen som är i en ålder som berättigar till ålderspension (för närvarande 63+). På motsvarande sätt avses med *äldre person* en person vars fysiska, kognitiva, psykiska eller sociala funktionsförmåga är nedsatt på grund av sjukdomar eller skador som har uppkommit, tilltagit eller förvärrats i och med hög ålder, eller på grund av degeneration i anslutning till hög ålder.

Med *kvaliteten på tjänster* avses tjänstens kapacitet att systematiskt, effektivt, kostnadseffektivt och i enlighet med lagstiftningen svara på de servicebehov som bedömts vara ändamålsenliga för klienterna. En högkvalitativ tjänst upprätthåller eller förbättrar klientens funktionsförmåga och ökar hälsofördelarna, men tryggar även en god palliativ och annan vård i livets slutskede. En högkvalitativ tjänst är a) effektiv och trygg; b) klientorienterad och motsvarar klientens behov och c) välkoordinerad.

Syftet med den förnyade kvalitetsrekommendationen är att stöda kommunerna i deras utvecklingsarbete enligt följande:

- Förbättra tjänsternas klientnärlighet och kvalitet och främja en systematisk utvärdering av kvaliteten
  - genom att ställa upp motiverade kvalitativa och kvantitativa mål på kort och lång sikt för de centrala delområden där en förbättring av kvaliteten krävs och
  - genom att ta fram indikatorer som visar att man uppnått målen.
- Främja samarbete mellan olika aktörer.
- Stöda verkställandet av äldreomsorgslagen och [\*delprogrammet Struktur och innehåll i tjänsterna för äldre förnyas\*](#) inom Kaste-programmet.
- Stöda en attitydförändring, förstärka de positiva attityderna mot äldre och verksamhetens etiska grund.

- Uppmuntra äldre kommuninvånare att delta och påverka samt utveckla servicen.

Rekommendationen är främst avsedd som stöd för dem som fattar beslut och leder utvecklingen och utvärderingen av service för äldre inom kommunerna och samarbetsområdena. Kommunerna och samarbetsområdena ansvarar för att tillhandahålla service för äldre personer samt för kvaliteten på de tjänster de själva producerar och skaffar av andra tjänsteleverantörer. Även många andra aktörer, till exempel offentliga och privata leverantörer av social- och hälsovårdstjänster, yrkesfolk inom branschen och aktörer inom tredje sektorn, kan utnyttja kvalitetsrekommendationen vid planering och utvärdering av den egna verksamheten. För att nå en bredare användargrupp publiceras en skild upplaga med kvalitetsrekommendationens mest centrala innehåll.

Syftet med förnyandet av rekommendationen är att tillhandahålla ett styrmedel som är en fast del av en effektiv och enhetlig styrningshelhet. En bra rekommendation lokaliserar de väsentliga utvecklingsobjekten, fastställer tydliga åtgärder och lockar till engagemang. I bästa fall samlar den befintliga forskningsrön om helheten som behandlas och dess motiveringar på ett ställe, där den behändigt kan utnyttjas av målgrupperna.

Denna kvalitetsrekommendation strävar efter att uppnå de utgångspunkter som beskrivits ovan. Texten är uppbyggd så att varje delområde föregås av en kort inledning. För varje rekommendation presenteras även övriga anvisningar som berör området, befintligt stödmaterial samt indikatorer för uppföljning av verkställandet (bilaga 2).

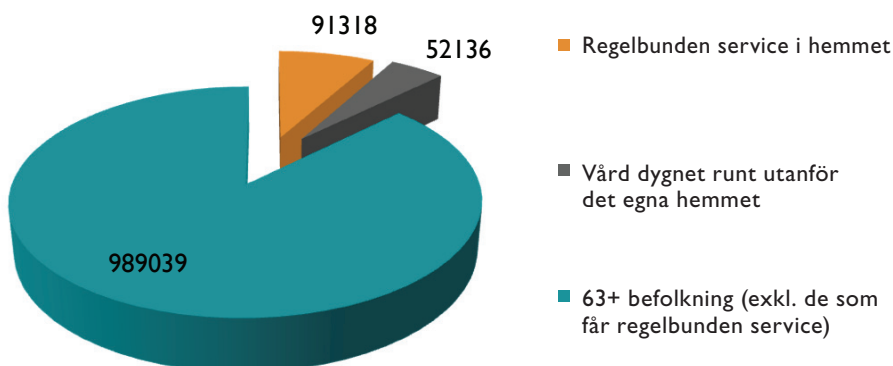




# ETT ÅLDERSVÄNLIGT FINLAND SOM MÅL

Den äldre befolkningen (63 år och äldre) uppgår för närvarande till en dryg miljon. Största delen av de äldre, nästan en miljon människor, klarar av vardagen på egen hand. 140 000 personer får regelbunden service. Cirka 90 000 personer får regelbunden service i hemmet (regelbunden hemvård eller stöd för närståendevård) och drygt 50 000 personer får vård och omsorg dygnet runt någon annanstans än i hemmet (effektiverat serviceboende, ålderdomshem eller långtidsvård på hälsocentralsjukhus). (Figur 1.)

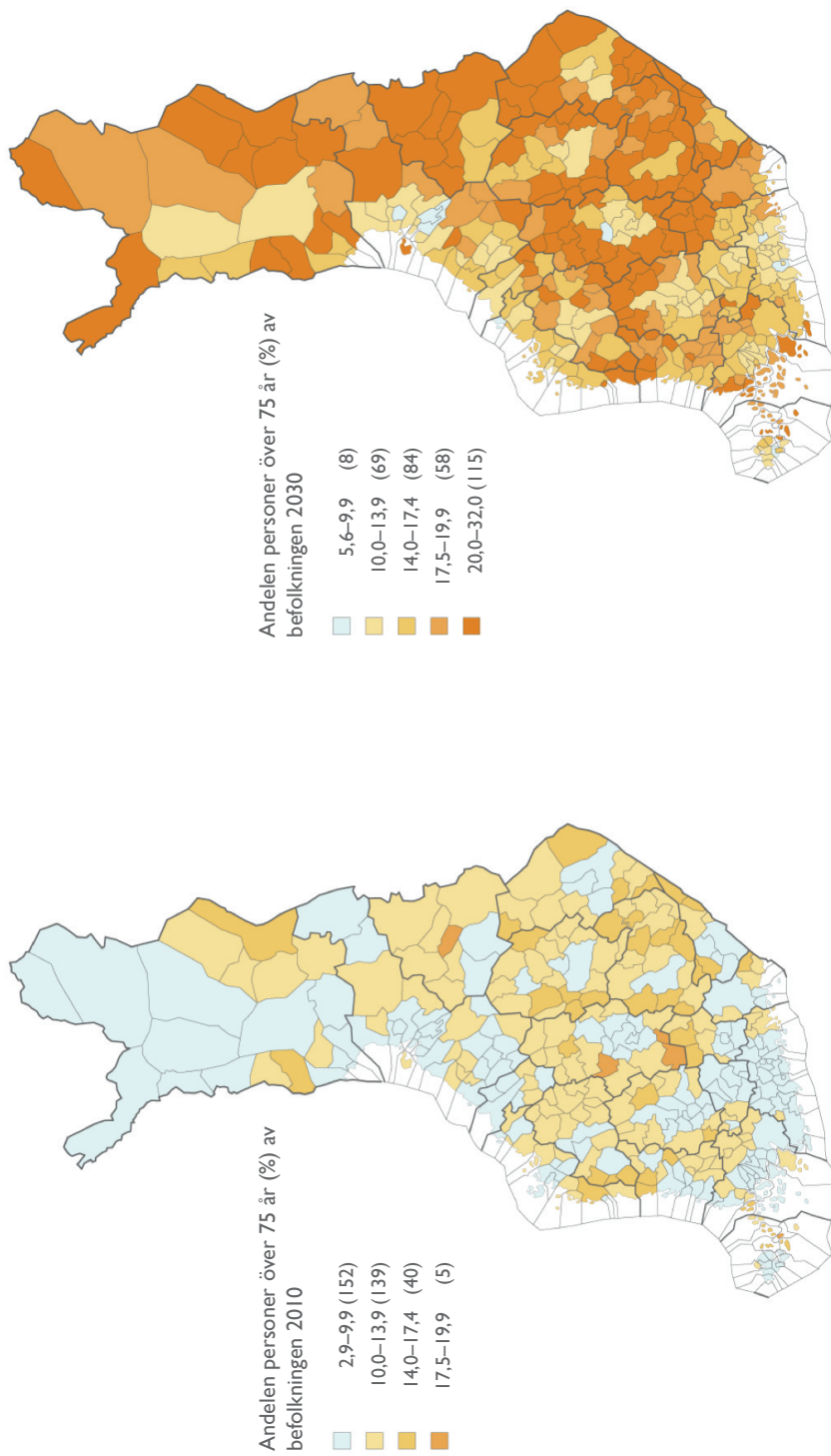
Figur 1. Personer som får regelbunden service / 63 år fyllda.



Det finländska samhällets åldrande handlar inte bara om att antalet äldre ökar utan om att hela befolkningsstrukturen förändras. Pensioneringen av de stora åldersklasserna samt minskad nativitet och mortalitet är bakgrundsfaktorer för befolkningens åldrande. Enligt prognoserna kommer antalet äldre personer att öka särskilt kraftigt i de äldsta åldersklasserna, samtidigt som antalet barn och personer i arbetsför ålder minskar.

Befolkningsutvecklingen är olika i olika delar av landet (figur 2). Det här innebär att kommunerna har olika utgångspunkter och behov i fråga om planering av lösningar för boende, delaktighet, hälsa och främjande av funktionsförmågan samt service för äldre kommuninvånare.

Figur 2. Befolkning som fyllt 75 år kommunvis 2010 och prognos för 2030 (i %).



Förändringen i befolkningens åldersstruktur medför att samhället i stor utsträckning måste anpassa sig till den allt äldre befolkningens behov. Man måste främja åtgärder som tryggar en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt, såsom tillgängliga boende- och livsmiljöer samt samhällsplanering som stöder utvecklingen av dessa. Det behövs bland annat fungerande trafiklösningar som stöder möjligheterna att utträta ärenden, ha en meningsfull sysselsättning, såsom livslångt lärande, och upprätthålla sociala relationer. Det behövs individuellt skräddarsydda tjänster som baserar sig på branschövergripande utvärdering av behovet av stöd och service, och som möjliggör och stöder de äldre personernas eget aktörskap. Servicen måste finnas tillgänglig i rätt tid och nära klienterna om det inte är motiverat att koncentrera servicen med tanke på kvaliteten och säkerheten. Det behövs alltså ett genuint samarbete så att de äldre får komma till tals i all utvecklingsverksamhet och allt beslutsfattande.

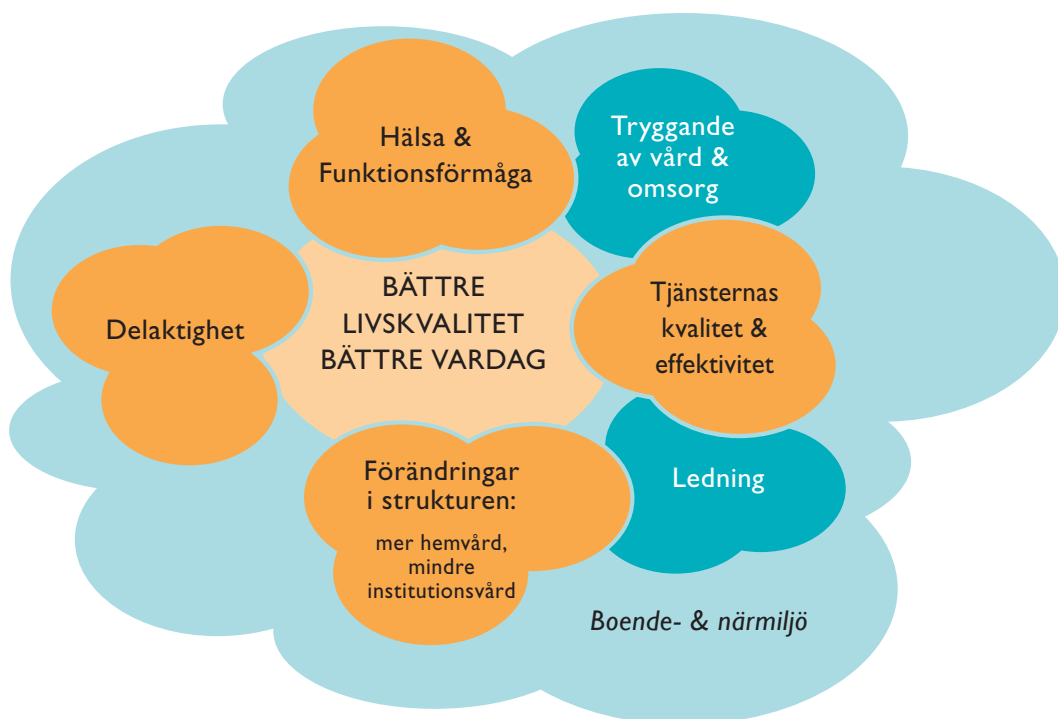
Attitydförändringen utgör en särskild utmaning. I all verksamhet i samhället måste man observera och beakta att de äldre inte är en enhetlig grupp. Det är ingen annan åldersgrupp heller. Inom gruppen finns personer i mycket varierande ålder (för närvarande 63–109 år) och olika slags män och kvinnor, varav en stor del är friska och i gott skick. Endast var fjärde 75-åring får regelbunden service. Det finns aktiva "grå pantrar" och sådana äldre personer som på grund av begränsad funktionsförmåga inte utan stöd kan delta i verksamhet inom sitt samfund eller i samhället. Det finns äldre som är lyckligt lottade och äldre som är utslagna. Det finns även personer som tillhör olika minoriteter, till exempel sexuella minoriteter. Det finns äldre personer med olika etniska bakgrunder. Ett åldersvänligt samhälle beaktar den brokiga mångfalden i sin verksamhet. Det innebär att samhället kan erbjuda de äldre möjligheter till en frisk och funktionsduglig ålderdom samt den trygghet och omsorg som behövs i livets slutskede.

Äldre personer måste oberoende av ålder och funktionsförmåga ha möjlighet att leva ett bra liv i sitt eget samhälle. En god livskvalitet innebär inte endast främjande av välfärd och hälsa eller olika grader av utvärdering av behovet av vård och omsorg och tillgodoseende av detta – trots att denna kvalitetsrekommendation i hög grad har beretts för att beakta dessa helheter. Det är i det stora hela frågan om att främja ett gott liv, det vill säga att säkerställa en god livskvalitet och en fungerande vardag. Dessa förbättras genom främjande av välfärd och hälsa och förbättring av tjänsternas kvalitet. Perspektivet får aldrig bli så snävt att äldre personer endast ses som sådana som behöver och använder service. Även ansvarsfrågor borde dryftas på ett mer mångsidigt sätt än tidigare: människornas eget ansvar och samhällets ansvar utesluter inte varandra. En äldre person ska alltid, i enlighet med sina egna resurser, ha möjlighet att delta och agera. Han eller hon ställer upp sina egna mål, väljer sina intressen och sitt agerande samt utvärderar sin egen verksamhet.

*För att bygga upp ett åldersvänligt Finland lyfter rekommendationen fram sju temaområden:*

- 1. delaktighet och aktörskap*
  - 2. boende och livsmiljö*
  - 3. tryggande av en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt*
  - 4. rätt service vid rätt tidpunkt*
  - 5. servicestruktur*
  - 6. tryggande av vård och omsorg samt*
  - 7. ledning.*
- (figur 3.)*

Figur 3. Kvalitetsrekommendationens innehåll i sin helhet.



# REKOMMENDATIONER

## DELAKTIGHET OCH AKTÖRSKAP

En genomgående princip i rekommendationen är ett mångsidigt trygghande av de äldres delaktighet så att äldre personer får sin röst hörd i allt sådant beslutsfattande som berör dem.

Det finns flera nivåer av delaktighet. Med den *äldre befolkningens delaktighet* avses möjligheten att som medlem i samhället och som medborgare påverka verksamheten i samhället och utvecklingen av tjänster. Ur en *äldre persons* synvinkel innebär delaktighet att delta i planeringen av den egna servicen, i behandlingen av sina egna ärenden som klient samt i utvärderingen av tjänsternas kvalitet även då funktionsförmågan är nedsatt.

Liksom känslan av samhörighet är delaktighet är en subjektiv upplevelse samt något konkret, såsom möjligheten att delta, agera och påverka i samhället. Äldre personers motivation och resurser att delta är olika. De aktivaste fungerar på flera av samhällets forum. En del blir kvar i arbetslivet även efter att de uppnått pensionsålder och en del är aktiva i olika slags frivilligverksamhet. De äldre påverkar som röstare, mor- eller farföräldrar, konsumenter, motionärer och kulturskapare och -konsumenter. Dessutom är äldre personer starkt engagerade i organisationsverksamhet. Även en stor del av närståendevårdarna har uppnått pensionsålder.

Delaktighet är motsatsen till lottlöshet. Med *lottlöshet* avses en upplevelse av ensamhet eller otrygghet eller i värsta fall social utestängning och saknad av möjligheter att delta. Äldre personer som löper risk för lottlöshet måste identifieras, deras situation måste utredas och tillsammans måste man finna ett ändamålsenligt stöd. Här har organisationerna en central roll som kommunernas samarbetspartner. Organisationerna erbjuder en del av människorna en möjlighet att tillhöra en gemenskap och en chans till meningsfull sysselsättning. Inom organisationsverksamheten kan äldre personer delta i till exempel frivilligverksamhet eller ge kamratstöd till sina jämnåriga. 280 000 finländare deltar i frivilligverksamhet och 320 000 är med i kamratstödsverksamheten.

Det finns god praxis för att trygga delaktighet och undvika lottlöshet och det är viktigt att ta den i bruk. Genuint trygghande av delaktighet innebär gemensam verksamhet inom kommunen – mellan kultur-, idrotts-, undervisnings- och den tekniska sektorn – samt tillsammans med organisationer, företag och församlingar. Arenor där olika aktörer och generationer möter varandra och lär av varandra måste ständigt utvecklas. Genom gemensam sysselsättning kan man finna redan befintliga möjligheter och utveckla nya.

## Äldreråd som stärkare av delaktigheten

Den äldre befolkningens möjlighet att påverka och delta i det kommunala och nationella beslutsfattandet är en central faktor med tanke på kvaliteten. På hela den äldre befolkningens nivå kan delaktighet tryggas via äldreråden – därför måste de få tillräckliga verksamhetsförutsättningar (11 § i äldreomsorgslagen). Rådets medlemmar känner till äldre människors behov. Äldrerådets mest centrala uppgift är å ena sidan att få den äldre befolkningens röst hörd (behov, förväntningar, erfarenheter) vid planering, beslutsfattande och utvärdering och å andra sidan att informera den äldre befolkningen om aktuella ärenden. Äldreråden måste vara med och utarbeta, följa upp och utvärdera kommunens/områdets plan för att stödja den äldre befolkningen (5 § i äldreomsorgslagen) och delta i utvärderingen av servicens tillräcklighet och kvalitet (6 § i äldreomsorgslagen).

Äldreråden kan påverka det nationella och kommunala beslutsfattandet genom att utarbeta propositioner, motioner och utlåtanden ur den äldre befolkningens perspektiv. En betydande roll för äldreråden är att samarbeta med olika aktörer, såsom organisationer och andra aktörer inom tredje sektorn, politiska beslutsfattare och tjänstemän. Äldrerådet kan även aktivera de äldre att använda de egna resurserna till förmån för sig själva och samhället.

Äldreråd har tillsatts i de flesta kommuner i Finland men de lagstadgade uppgifterna som äldreomsorgslagen förutsätter är nya för dem. En del av äldreråden inleder för närvarande sin verksamhet. När äldreråd grundas bör man säkerställa att medlemmarna representerar den äldre befolkningen på ett mångsidigt sätt.

## Medborgarråd möjliggör delaktighet för äldre

För att höra äldre kommuninvånare har man ofta använt sig av åsikts- och responsenkäter samt olika diskussionstillfällen. Dessa traditionella metoder är inte i sig tillräckliga. Det behövs andra förfaranden, till exempel modeller för deltagande och påverkan enligt den diskuterande demokratin, såsom medborgarråd. Medborgarråd innebär att man arbetar i grupp genom att fundera, diskutera och bedöma. Med hjälp av råden är det möjligt att producera övervägd och djupgående information om ärendet som behandlas. Personerna som deltar i råden får möjlighet att dryfta sina egna åsikter i relation till diskussionerna i rådet och information av sakkunniga. Rådets synpunkter antecknas för att kunna utnyttjas på ett mångsidigt sätt.

## Äldre personers möjlighet att delta

Obehindrad tillgång till service och servicens tillgänglighet är mycket viktiga med tanke på tryggheten av äldre personers delaktighet. Hinderslöshet och tillgänglighet innebär att människor kan använda produkter, utrymmen eller tjänster oberoende av ålder, sjukdom, skada eller funktionsbegränsning. Enligt forskning försvåras äldre människors vardag av brist på deltagande och meningsfull sysselsättning, svårighet att röra sig, samhällets negativa attityder, ensamhet, otrygghet, upplevelser av nedsatt livskvalitet och otillräcklighet i fråga om service och förebyggande verksamhet. I fråga om syn- och hörselskadade lyfter forskning fram svårigheten att delta i gruppaktiviteter. Även språkliga hinder kan göra det svårare att delta samt förstå råd och instruktioner. När servicetjänster överförs till kommunikationsnätverken måste särskild uppmärksamhet fästas vid vägledning av äldre klienter.

Fysisk tillgänglighet, såsom tillgängligheten till kultur-, utbildnings- eller social- och hälsovårdstjänster, är ofta en konkret förutsättning för deltagande. Den fysiska tillgängligheten kan förbättras med personliga hjälpmedel, såsom hjälpmedel för att röra sig, hörapparater eller ledarhundar samt hjälp av en annan person, till exempel en närstående vårdare eller en personlig assistent. Fysiska anordningar såsom hissar, ramper och belysning samt transportservice stöder möjligheterna att delta. Den sociala tillgängligheten underlättas av en atmosfär och verksamhetsmiljö där alla tryggt kan vara sig själva, utan rädsla för diskriminering. Ansvar för verkställandet av den sociala tillgängligheten ligger hos oss alla eftersom vår attityd påverkar hur den sociala tillgängligheten förverkligas i vardagen.

## REKOMMENDATIONER

Äldrerådets roll och verksamhetsförutsättningar som ett mångsidigt medel som möjliggör den äldre befolkningens delaktighet bör förstärkas:

- äldrerådet ska vara med och påverka utvecklingen och utvärderingen av tjänster och verksamhet i området,
- äldrerådet ska tas med som företrädare för den äldre befolkningen i planeringsarbetet inom kommunens olika verksamhetsområden,
- äldrerådets verksamhetsförutsättningar bör tryggas (till exempel utrymmen, tjänsteinnehavarnas stöd för arbetet, informations-spridning),
- äldrerådet bör vara en aktiv aktör och utnyttja förfaringssätt som inkluderar äldre personer (till exempel medborgar- och klientråd, utvecklingsklienter och idéverkstäder),
- en ändamålsenlig grupp av olika intressentgrupper, såsom företrädare för pensionsorganisationer och andra organisationer för äldre som verkar i kommunen, bör utses till medlemmar i äldreråden.

Äldre personer måste ha möjlighet att delta i verksamheten i sitt samfund även när funktionsförmågan är nedsatt. Det här förutsätter att

- äldre personer får det stöd de behöver för att kunna delta, till exempel hjälpmedel för att kunna se, höra, läsa, kommunicera, hålla kontakt, minnas och röra sig,
- man vid planeringen av all kommunal verksamhet, såsom kultur-, trafik- och utbildningstjänster, tryggar äldre personers möjlighet att delta och eliminerar hinder för att delta (till exempel tillgänglighet och rimliga avgifter),
- man tryggar anhörigas och närståendes delaktighet i en äldre persons liv när han eller hon själv vill det.

Äldre personer måste ha möjlighet att påverka planeringen, genomförandet och utvärderingen av den egna servicen:

- den äldre ska ha möjlighet att delta i planeringen av den egna servicen och i fattandet av beslut som rör genomförandet av servicen; man bör lyssna till den äldres åsikter och åsikterna bör antecknas i serviceplanen,
- den äldre måste ges möjlighet att bedöma tjänstens funktionalitet och kvalitet,
- den äldres delaktighet bör stödas, i synnerhet om hans eller hennes funktionsförmåga är nedsatt.



## BOENDE OCH LIVSMILJÖ

En livsmiljö som stöder välbefinnandet består ur den äldre befolkningens perspektiv av många olika faktorer: kommunernas olika alternativ för boende, servicestrukturer samt faktorer i anslutning till den fysiska, sociala och kulturella miljön. Med tanke på den äldre befolkningens livskvalitet är den mest centrala boendeplatsen det egna hemmet, vilket stöder självbestämmanderätten, delaktigheten och meningsfull sysselsättning.

För närvarande finns det inte tillräckligt omfattande information om hur kommunerna har förberett sig på förändringsbehoven som kommuninvånarnas åldrande medför för boendet med tanke på förändringar i bostadsbeståndet och nybygge samt annat som påverkar livsmiljön. Äldreomsorgslagen (5 §) förutsätter att kommunen ska utarbeta en plan för att stödja den äldre befolkningen. Med tanke på boendet och livsmiljön är det synnerligen viktigt att samordna planen med kommunens samhällsplanering. För den äldre befolkningen är till exempel bostadsområdenas läge och kollektivtrafiklösningar viktiga faktorer. I [statsrådets principbeslut](#) om program för att förbättra äldres boende betonas vikten av att kommunen systematiskt och långsiktigt planerar utvecklingen av boendet. Likaså poängteras människors egen framförhållning och beredskap för åldrandet genom att beakta bostadens och närmiljöns möjligheter i en situation där funktionsförmågan förändras med åldern.

### Lösningar för boende och boendemiljöer

Största delen av de äldre bor – och vill bo – i sitt eget hem som de har valt som bostad för sina äldre dagar. År 2011 bodde nästan 90 procent av personer över 75 år hemma. Största delen av dem, nästan 80 procent, bodde i ägarbostäder, knappt 40 procent i småhus (egnahemshus och parhus) och cirka 40 procent i flervåningshus.

Bostadshusens tillgänglighet är av stor betydelse med tanke på de äldres möjligheter att bo hemma. Byggnader och närmiljöer utan tillgänglighetsanpassning gör det svårare för de äldre att klara av vardagen och ökar risken för olyckor. Varannan person över 85 ramlar minst en gång om året och till och med hälften av dem ramlar flera gånger. Vart tionde fall kräver vård och 2–4 procent av fallen leder till frakturer. I synnerhet trappolyckor kan vara ödesdigra för äldre.

I gamla flervåningshus är de största utmaningarna med tanke på tillgängligheten att de saknar hiss eller att hissarna är små. År 2011 fanns det över 18 000 hus med tre eller flera våningar som saknade hiss och sammanlagt cirka 42 000 trapphus utan hiss. I husen utan hiss (46,4 procent av alla hus)

fanns cirka 402 000 lägenheter med ungefär 99 000 boende över 65 år. När hiss installeras kan många äldre bo kvar hemma längre.

I småhus handlar problemen om tillgänglighet och säkerhet. Dessutom uppstår problem med fastighetsskötseln, bland annat snöskottning och uppvärmningssystem.

Även utvecklingen av boendemiljöerna måste uppmärksammas. Genom att avlägsna fysiska hinder, bygga leder där man kan gå samt fler vilo- och mötesplatser blir det lättare att röra sig och den sociala tryggheten förbättras. Kommunerna måste i stor utsträckning beakta de äldres behov vid planeringen och upprätthållandet av boendemiljöer.

## Förändring av servicestrukturen och lösningar för boende

Även om kommunerna gradvis har förändrat servicestrukturen genom att minska institutionsvården, har förändringen varit mycket måttfull. I Finland är servicestrukturen på vissa håll fortsättningsvis synnerligen institutionsbetonad jämfört med andra länder i Europa. Äldre personer styrs alltså till dygnet runt-vård i servicehus eller på ålderdomshem även på grund av problem med boendet. Enligt undersökningar är en del av de nuvarande utrymmena på såväl institutioner som servicehus trånga och stöder inte de äldres egna aktiviteter och funktionsförmåga på bästa möjliga sätt. Andelen enpersonsrum måste fortfarande ökas. Det behövs nya flexibla och varierande helheter, där mångfalden bland de äldre beaktas samt där boende och service förenas.

Förändrandet av servicestrukturen så att den stöder hemmaboende förutsätter samtidiga åtgärder för att förnya boendet och boendemiljön samt tjänsterna med åldersvänlighet som mål.

I en åldersvänlig kommun finns det olika boendialternativ för de äldre invånarna, fungerande helheter för boende och service samt tillgängliga och trygga boendemiljöer. Dessutom finns tillräckliga trafik- och transporttjänster till ett rimligt pris, vilket gör det möjligt för äldre att utträta ärenden, nå tjänsterna och delta i olika evenemang i samhället. Dessutom erbjuds stöd för framförhållning av det egna boendet.

## REKOMMENDATIONER

Kommunerna inkluderar utvecklingen av fungerande helheter för den äldre befolkningens boende, livsmiljö och service i planen som förutsetts enligt äldreomsorgslagen (5 §). Tryggandet av den äldre befolkningens möjlighet att uträtta ärenden på sitt eget modersmål då de använder servicen ingår i en fungerande servicehelhet.

I planen beaktas statsrådets principbeslut om program för att förbättra äldres boende. Planen innehåller:

- stöd för framförhållning av det individuella boendet, såsom stöd för framförhållning av de äldres boendebehov samt målsättningar och åtgärder gällande förändringsarbeten i bostaden,
- fastställande av det förvaltningsövergripande arbetet, till exempel målsättningar och åtgärder för ett starkare samarbete mellan bostadsväsendet, social- och hälsovårdsväsendet, det tekniska väsendet och räddningsväsendet i kommunen (innehåller en behovskartläggning om installation av hissar),
- målsättningar och åtgärder för utveckling av boendemiljöer som upprätthåller den äldre befolkningens funktionsförmåga samt för fungerande samordning av boende och service (serviceområden<sup>1</sup>).

För att främja hemmaboende och förbereda sig för framtida utrymmesbehov måste kommunerna:

- i samband med hembesök som stöder välbefinnandet bedöma ombyggnads- och renoveringsbehovet i bostäderna för klienter som omfattas av hem- och närståendevård, och samtidigt beakta tillgänglighets- och trygghetsfrågor,
- bedöma kvaliteten, tillgängligheten och tryggheten i fråga om utrymmen i servicebostäder och institutioner avsedda för äldre,
- på basis av utvärderingsinformationen placera servicebostädernas och institutionernas renoverings- och nybyggnadsbehov i prioriteringsordning och fastställer målen för genomförandet av dessa som en del av planen som äldreomsorgslagen kräver (5 §).

<sup>1</sup> Med serviceområden avses bostadsområden med vanliga bostäder, seniorhus, gruppboenden och serviceboenden, men också boende- och omvårdnadstjänster och service för hälsa och välbefinnande. Landsbygdsliknande, tätbebyggda och urbana kommuner behöver specifika modeller och lösningar för serviceområden.

I verksamhetsenheterna för vård dygnet runt bör:

- de boendes rum, korridorerna, de gemensamma utrymmena och gårdsområdena vara tillgängliga och säkra,
- varje klient i nybyggda eller renoverade verksamhetsenheter få ett eget rum och badrum, om inte klienten uttryckligen vill bo tillsammans med någon annan,
- man se till att par får bo tillsammans och utveckla lämpliga alternativ för parboende, med beredskap för en ökning av antalet äldre par,
- utrymmenas dimensionering vara tillräcklig med tanke på boendets kvalitet, en flexibel och varierande användning av utrymmena samt vårdpersonalens arbete,
- de boende få större möjligheter att vistas ute.

## TRYGGANDE AV EN SÅ FRISK OCH FUNKTIONSDUGLIG ÅLDERDOM SOM MÖJLIGT

Största delen av de äldre personerna klarar sig utan regelbunden service. Många sjukdomar och begränsningar i funktionsförmågan blir dock vanligare med stigande ålder. Därmed innebär ett ökat antal personer i de äldsta åldersklasserna oundvikligen att behovet av service ökar. Ökningen av servicebehovet kan emellertid hejdas med målmedvetna beredskapsåtgärder.

Tryggandet av en frisk och funktionsduglig ålderdom hör till de viktigaste förberedande åtgärderna i det snabbt åldrande Finland. En frisk ålderdom främjar en förlängning av yrkeskarriären, gör det möjligt för de äldre att självständigt vara delaktiga i samhället, förbättrar de äldres livskvalitet och minskar behovet av social- och hälsovårdstjänster. På så sätt påverkas även den offentliga ekonomins hållbarhet.

Det är viktigt att kommunen erbjuder systematisk verksamhet som skapar förutsättningar för att trygga en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt för kommuninvånarna. Dessutom är utvecklingen av alternativ för boende en betydelsefull beredskapsåtgärd inför förändringen av åldersstrukturen. Välbefinnandet kan även förbättras genom tätare samarbete mellan olika aktörer.

Med tjänster som främjar välbefinnandet och hälsan (12 § i äldreomsorgslagen) kan man öka antalet funktionsdugliga levnadsår och senarelägga behovet av övrig service. På så sätt kan de äldres livskvalitet förbättras och samtidigt hämmas ökningen av social- och hälsovårdstjänsternas utgifter.

Effektiva social- och hälsovårdstjänster som fås i rätt tid är ett betydande stöd för att klara sig på egen hand. Särskild uppmärksamhet bör fästas vid rehabiliteringstjänsterna som helhet eftersom möjligheten för de äldre att bo hemma förutsätter en avsevärd ökning och mångsidighet i fråga om rehabiliteringstjänster.

Det finns forskningsevidens om effekterna av riskhantering (till exempel förebyggande av fall och olyckor), kostrådgivning och i synnerhet mer motion samt om att det lönar sig att ingripa i ett tidigt skede om den äldres funktionsförmåga försvagas.

Den äldre befolkningen har nytta i synnerhet av handledning om hur man själv kan främja välbefinnandet och hälsan. Regelbunden motion, att vistas utomhus och hälsosam mat står då i centrum av handledningen. Sociala aktiviteter är också av betydelse. Även förutseende verksamhet, såsom stöd vid planeringen av framtida boende, är viktig med tanke på välbefinnandet.

## Att uppmärksamma riskgrupperna

De personer som hör till de allra äldsta åldersklasserna har mest funktionsbegränsningar och det största behovet av hjälp. Funktionsförmågan har förbättrats och den upplevda hälsan är bättre hos personer under 80 år jämfört med utvecklingen av funktionsförmågan och hälsan hos de äldre åldersklasserna. Största delen av personer som är 90 år och äldre har begränsningar i funktionsförmågan.

Funktionsbegränsningarna är inte jämnt fördelade bland befolkningen: de socioekonomiska skillnaderna påverkar funktionsförmågan även hos äldre. Personer som har låg utbildning, har gjort kroppsarbete och har låga inkomster har mest problem med funktionsförmågan.

När åtgärder och tjänster styrs för att trygga en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt måste särskild uppmärksamhet fästas vid dessa grupper som löper störst risk för nedsatt funktionsförmåga.

Identifiering av riskgrupperna är en viktig beredskapsåtgärd eftersom man genom att påverka riskerna kan förebygga och minska behovet av service. Följande faktorer ökar risken för nedsatt funktionsförmåga:

- nedsatta sinnesfunktioner,
- benägenhet till fallolyckor och benfrakturer,
- minskad vistelse utomhus och problem att röra sig, balansproblem och minskad muskelkraft,
- avvikelser i näringstillståndet, viktnedgång,
- tecken på skörhet hos äldre (hauraus-raihnaus-oireyhtymä på finska), till exempel muskelförtvining, magerhet och långsamma rörelser,
- försämrat minne, minnesstörningar,

- sämre humör, psykiska störningar såsom depression,
- riklig användning av rusmedel,
- upplevelse av ensamhet,
- frekvent användning av social- och hälsovårdstjänster och olika övergångar, till exempel mellan sjukhuset och hemmet,
- låga inkomster,
- förlust av maka/make eller livskamrat, att bli änka/änkling,
- illa behandling, våld eller hot om våld i familjen eller inom den närmaste kretsen.

Även stora förändringar i livet, till exempel förändringar i boende- och närmiljön, eller rörelsehinder i omgivningen samt otrygghet ökar risken för funktionsbegränsningar. Ett försämrat hälsotillstånd, långtidssjukdomar och multimedcinering i anslutning till dessa är enligt forskning faktorer som hotar i synnerhet förmågan att klara sig på egen hand. Även närståendevård och avslutande av ett långt närståendevårdförhållande kan innebära en risk.

För att utjämna hälsoskillnaderna är det viktigt att identifiera riskgrupperna och att styra handledning och övriga tidiga stödåtgärder till dem. Med servicerådgivning och handledning samt tidigt stöd hjälper man den äldre att använda sina egna resurser för att förbättra livskvaliteten.

## REKOMMENDATIONER

### Kommunens systematiska verksamhet för att stöda den äldre befolkningens välbefinnande

Varje kommun ska utarbeta en plan (5 § i äldreomsorgslagen) över sina åtgärder för att stödja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand och för att ordna och utveckla den service och närståendevård som äldre personer behöver.

- Planen måste baseras på en bedömning av den äldre befolkningens välbefinnande och innehålla konkreta åtgärder för att främja välbefinnandet. I planen måste dessutom beskrivas hur de olika kommunala verksamheterna, såsom kommunens boende-, kultur-, idrotts- och utbildningssektor samt tekniska sektor, stöder den äldre befolkningens välbefinnande och hälsa.

Kommunen måste stöda den äldre befolkningens funktionsförmåga och hälsa genom olika åtgärder som förstärker a) de äldres självständiga aktiviteter, b) samarbetet mellan olika aktörer, såsom organisationer, församlingen och företag, samt c) samarbetet mellan kommunens olika verksamhetsområden för att främja den äldre befolkningens välbefinnande. Kommunen måste i synnerhet:

- säkerställa tillgången och tillgängligheten till näridrottsplatser som en del av genomförandet av *det nationella åtgärdsprogrammet för motion bland äldre*,
- effektivisera den hälsofrämjande motionsrådgivningen i grupp genom att koordinera och öka gruppverksamheten i området i enlighet med programmet *Kraft i åren – hälsotion för äldre*.

### Särskild uppmärksamhet fästs vid riskgrupperna

I kommunens serviceutbud måste det finnas specifika åtgärder för riskgrupperna. Målsättningen är att i ett tidigt skede identifiera riskerna och erbjuda stöd:

- Man måste fastställa och ta i bruk metoder för att identifiera riskgrupperna inom rådgivningstjänster med låg tröskel för äldre och under hembesök som stöder välbefinnandet.
- Man måste säkerställa att det i fråga om äldre personer som hör till riskgrupper görs en mångsidig bedömning av behovet av service och vidare stödåtgärder som eventuellt kan behövas (till exempel undersökningar, vård, rehabilitering eller anhållan om förmåner).

## Rådgivningens och handledningens innehåll

Vid rådgivning och handledning måste yrkesarbetarna utöver den allmänna informationen om hälsa fästa särskild uppmärksamhet vid följande:

- *Främjande av hjärnhälsan i enlighet med [det nationella minnesprogrammet](#)*
- *Mer näringsinformation i enlighet med [närringsrekommendationerna](#):*
  - vikten av kvalitativa, regelbundna och mångsidiga måltider som innehåller tillräckligt med protein, energi, vätska och fibrer,
  - uppföljning och bedömning av näringstillståndet, till exempel viktförändringar,
  - användning av D-vitamintillskott,
  - behovet av stödservice, såsom butiks- och måltidsservice,
  - mun- och tandhälsan.
- *Mer information om motion och motionsrådgivning med låg tröskel, inklusive bedömning av rörelseförmågan:*
  - ökning av bedömningar av rörelseförmågan, inklusive bedömning av benens hälsotillstånd, i samband med rådgivningsevenemang och -tjänster för äldre samt i verksamhetsenheter (hemvård, boendeservice, institutioner),
  - ökning av vardagsmotion, motionsträning och handledda vistelser utomhus i verksamhetsenheter för hemvård och vård dygnet runt i egenskap av rehabiliterande aktiviteter som ökar delaktigheten,
- *Förbättring av vaccinationstäckningen och tillgången till vaccinationer genom att grunda vaccinationspunkter med låg tröskel (till exempel rörlig service):*
  - öka medvetenheten om influensavaccinets och andra vaccins effekter hos personer över 65 år,
  - aktivt erbjuda vaccinationer i enlighet med vaccinationsprogrammet vid alla hälsovårdsbesök.
- *Förstärkande av det psykosociala välbefinnandet:*
  - mer information och rådgivning om grupper som är verksamma i området samt styrning till dem,
  - uppmuntran till att delta i olika samfunds verksamhet,
  - stärkande av beredskapen att fungera i informationssamhället, inklusive användningen av sociala medier.
- *Möjligheter till framförhållning på egen hand:*
  - rådgivning och handledning i olika övergångsskeden, till exempel i frågor som rör



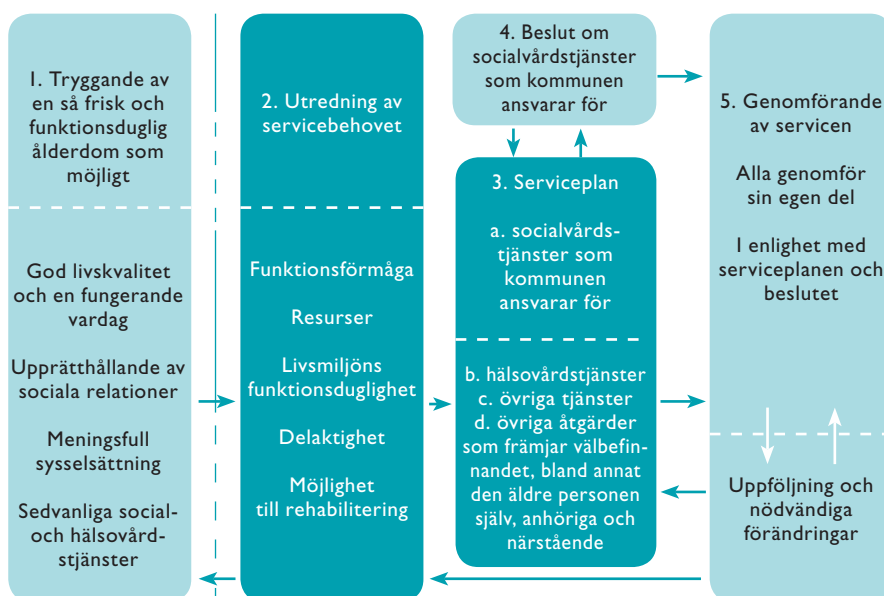
- övergången till pension,
- förutseende av boende och renoveringsrådgivning,
- tärkande av beredskapen att fungera i informationsmiljön,
- uppföljning av det egna hälsotillståndet och verkställande av egenvårdslösningar.

## RÄTT SERVICE I RÄTT TID

Information om funktionsförmågan, sjukfrekvensen, den språkliga fördelningen samt befolkningsstrukturen och utvecklingen av boende- och levnadsförhållanden hos den äldre befolkningen i kommunen hjälper kommunen att utveckla service som svarar på de äldre kommuninvånarnas behov. I synnerhet progressiva minnessjukdomar, svag fysisk funktionsförmåga, bristfälliga närtjänster, ensamboende, hinder i boende- och närmiljön och bristen på sociala nätverk ökar behovet av service.

När eventuella servicebehov blir aktuella måste man göra en uttömmande utredning av dem. Därmed inleds planeringen och verkställandet av den service som den äldre personen är i behov av (figur 4). På basis av behoven måste en serviceplan göras upp tillsammans med den äldre och vid behov även tillsammans med hans eller hennes anhöriga eller närstående. Vid utredningen av behoven och utarbetandet av planen måste möjligheterna till rehabilitering säkerställas, så att de flesta äldre personer fortsättningsvis skulle kunna bo hemma.

Figur 4. Från behov till genomförande av servicen



Serviceplanen är ett arbetsredskap som är avsett att användas dagligen och som med personens samtycke tillämpas av alla som deltar i vården av honom eller henne. Den omfattar därmed alla nödvändiga åtgärder med tanke på den äldre personens välbefinnande och behov av hjälp samt de aktörer som genomför dem. Planen inbegriper hälsovårdstjänster, socialvårdstjänster som kommunen ansvarar för och andra åtgärder, till exempel äldre personers egen verksamhet i förmån för det egna välbefinnandet. Tjänsteinnehavarb beslut bör fattas om socialtjänster som kommunen ansvarar för, varefter den preciserade planen tillämpas gemensamt av alla aktörer som antecknats i serviceplanen. Tillämpningen följs upp regelbundet och serviceplanen uppdateras vid behov. Utredningen av servicebehoven kan även påbörjas på nytt.

God service innebär att den planerade servicen genomförs och att klienten också i det här skedet är genuint delaktig. Dessutom måste man säkerställa att den yrkesutbildade personalen är tillräckligt kunnig. Till exempel vid utredningen av rehabiliteringsmöjligheterna samt planeringen och genomförandet av en servicehelhet som stöder rehabiliteringen behövs utöver kunskaper i gerontologiskt vård- och socialarbete och i geriatri även kunskaper i multiprofessionell rehabilitering. För att genomföra en säker läkemedelsbehandling behövs kunskaper inom geriatri och farmaci och för att utreda näringsproblem och trygga en bra näring behövs personer med utbildning inom näringsbranschen. För utredning och vård av problem med mun- och tandhälsan behövs personer med yrkesutbildning inom mun- och tandvård och för att utreda och vårda olika sociala problem behövs socialarbetare. Kunskap om tidig identifiering av minnessjukdomar samt vård och rehabilitering i anslutning till dessa är viktigt i all service för äldre. Med tanke på kvaliteten är det viktigt att kommunen förfogar över expertis inom alla dessa områden.

Enligt forskning bör i synnerhet följande betydande helheter i fråga om förbättring av kvaliteten uppmärksammas:

- Servicen som utförs motsvarar inte alltid den äldre personens förväntningar. Kritik har i synnerhet riktats mot att de äldres individuella särdrag hamnar i skymundan ("massbehandling") och deras ringa möjligheter att påverka sitt eget liv och beslut som rör detta.
- Alla äldre personers serviceplaner är inte uppdaterade.
- Det dagliga utförandet av servicen motsvarar inte alltid serviceplanen och beslutet som fattats om beviljande av service. Dessutom uppstår problem med verifieringen av utförandet.
- Den inbördes ansvarsfördelningen mellan olika tjänsteleverantörer och/eller anhöriga/närstående som deltar i vården och omsorgen finns inte tydligt inskriven i serviceplanen.
- Möjligheterna till rehabilitering identifieras inte eftersom expertisen inte utnyttjas eller är inte tillgänglig.

- Medicineringsfel är vanliga, vilket är ett stort problem med tanke på klient-/patientsäkerheten. Enligt undersökningar använder drygt 15 procent av personer som fyllt 65 år och bor hemma olämpliga läkemedel. Bland klienter inom hemvården är motsvarande andel cirka 19 procent och inom institutionsvården 35 procent,
- Samordningen av tjänster mellan olika tjänsteleverantörer är otillräcklig, i synnerhet i fall där den äldre personen behöver många olika tjänster och/eller lider av en minnessjukdom.
- Specialbehoven i livets slutskede förutses och möts inte tillräckligt väl. Kunskaper inom och genomförandet av palliativ vård och terminalvård måste utvecklas.

Äldreomsorgslagens (13–18 §) syfte är att servicen för äldre personer ordnas så att den möter dessa personers behov. Följande rekommendationer preciserar och kompletterar lagens krav.

## REKOMMENDATIONER

### Grunder för att få service

Kommunen måste utarbeta och publicera grunderna för på vilka villkor äldre personer har rätt till socialtjänster och andra stödåtgärder inom socialvården. Grunderna måste vara tillgängliga och förståeliga för den äldre befolkningen. Vid utarbetandet av dessa grunder måste den riksomfattande styrningen beaktas.

### Utredningen av servicebehovet

Utredningen av servicebehovet måste genomföras på ett mångsidigt sätt, genom att använda *tillförlitliga bedömningsmetoder* och i samarbete med olika aktörer.

Bedömningen måste göras i växelverkan med den äldre personen och hans eller hennes egna synpunkter bör respekteras. Det är viktigt att den äldre personen får delta i bedömningen av servicebehovet på sitt eget modersmål.

Vid utredningen av servicebehovet måste uppmärksamhet fästas vid såväl nuvarande som eventuella framtida behov och i synnerhet vid följande helheter:

- återställande, upprätthållande och främjande av funktionsförmågan samt möjligheterna till rehabilitering,
- den äldre personens behov av och möjlighet att upprätthålla sina sociala nätverk,
- klient-/patientsäkerhet, till exempel identifiering av risksituationer,
- säker läkemedelsbehandling,
- näring samt mun- och tandhälsa,
- behoven och resurserna hos eventuella anhöriga/närstående som deltar i vården och omsorgen.

Vid utredningen av servicebehovet måste även en medicinsk bedömning göras utan dröjsmål.

## Serviceplan

Serviceplanen måste vara uppdaterad och den måste omfatta alla tjänster som den äldre personen behöver. Den äldre personens synpunkter, behov och önskemål ska inkluderas i planen. Även de språkliga behoven måste beaktas i planen.

Serviceplanen ska fungera som stöd för styrningen av servicehelheten för den äldre, den målinriktade rehabiliteringen och delaktigheten. En bra serviceplan innehåller:

- de för den äldre personen planerade tjänsternas kvalitet och antal; planen över de socialtjänster som kommunen ansvarar för ska verkställas i enlighet med ett tjänsteinnehavarbeslut,
- målsättningar som den äldre personen och yrkespersonen tillsammans har ställt upp och som man med hjälp av service och andra stödåtgärder eftersträvar,
- tydliga ansvarsområden för olika aktörer, inklusive den äldre personens egen och de anhörigas och närståendes verksamhet,
- en plan inför eventuella framtida risker: plötslig nedsättning av funktionsförmågan, anhörigas insjuknande med mera,
- uppgifter om uppföljningen av verkställandet av planen och nybedömning av behoven (regelbundet, minst en gång i halvåret och alltid när det sker väsentliga förändringar i klientens tillstånd).

## Genomförandet av servicen

Den äldre personen ska få den service som han eller hon har beviljats (vårdbeslut inom hälsovården, förvaltningsbeslut inom socialvården).

Serviceen måste grunda sig på vetenskaplig kunskap och god vård- och verksamhetspraxis.

Särskild uppmärksamhet bör fästas vid rehabilitering och säker läkemedelsbehandling.

Den äldre personen måste vara genuint delaktig och man måste lyssna på hans eller hennes åsikter vid genomförandet av serviceen.

## Rehabilitering som en del av all service

Metoderna inom den psykosociala och medicinska rehabiliteringen ska stöda återställandet, bevarandet eller främjandet av funktionsförmågan samt den äldres aktörskap:

- rehabiliteringen ska genomföras vid rätt tidpunkt antingen i hemmet, på institution eller som öppen rehabilitering och sakkunskapen hos personer med utbildning inom rehabiliteringsbranschen och som är insatta i rehabilitering av äldre ska utnyttjas,
- man måste trygga rehabilitering i synnerhet vid olika övergångar, till exempel i samband med utskrivning;
  - bedömningar av behovet av rehabilitering och rehabiliteringstjänster bör ordnas enligt behov, särskilt i övergångsskeden och när sådana kan förutses, till exempel under tiden på sjukhus inför utskrivningen samt genast efter sjukhustiden under konvalescensen,
  - ändamålsenliga hjälpmedel måste användas vid utskrivningen och nödvändiga förändringsarbeten i bostaden måste ha inletts,
- rehabilitering, särskilt psykosocial rehabilitering, i den äldre personens hem och/eller på rehabiliteringsenheten måste läggas till som en förutseende, målinriktad tjänst som förutsätter specialkunskap inom rehabiliteringsbranschen,
- man måste utnyttja verksamhetsmodeller och praxis som utvecklats för rehabilitering av veteraner för att främja den övriga äldre befolkningens funktionsförmåga och förmåga att klara sig hemma. De rehabiliteringstjänster som erbjuds på institutioner för rehabilitering av veteraner kan utnyttjas som en del av servicehelheten för äldre personer

Användningen av arbetssätt som främjar funktionsförmågan och rehabiliteringen måste ökas både i hemvården och i effektiverade serviceboenden och institutionsvården så att:

- arbetsgemenskapen tillsammans kommer överens om fastställandet av och innehållet i den rehabiliteringsfrämjande verksamheten,

- yrkesutbildade personer inom rehabiliteringsbranschen stöder användningen av arbetssätt som stöder funktionsförmågan i den äldre personens vardag,
- arbetssättet som främjar rehabiliteringen inkluderar grundläggande utbildning och fortbildning samt inskolningsprogram för vårdarbetarna.

Rehabiliteringen av minnessjuka måste systematiskt utökas:

- Rehabiliteringen av minnessjuka måste inledas utan dröjsmål efter att sjukdomen har diagnostiserats genom att säkerställa den första informationen, anpassningsträningen samt en rehabiliteringshelhet som är ändamålsenlig och beaktar sjukdomens stadie, i första hand i den sjukas eget hem.
- Kunskapen om minnessjukdomar måste ökas hos de yrkesutbildade inom rehabiliteringsbranschen.
- Man måste utnyttja expertisen hos de personer inom rehabiliteringsbranschen som är insatta i minnessjukdomar vid utredningen av rehabiliteringsbehoven hos de minnessjuka samt vid planeringen och bedömningen av rehabiliteringshelheterna.
- Vid planeringen av rehabilitering måste man beakta de minnessjukas olika behov och möjligheter i olika skeden av minnessjukdomen. Målet ska vara en så god livskvalitet och funktionsförmåga som möjligt.

## Säker läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling ska genomföras enligt handboken [Säker läkemedelsbehandling](#). Avsikten med handboken är att harmonisera principerna för läkemedelsbehandling, tydliggöra ansvarsfördelningen i fråga om läkemedelbehandling och definiera de minimikrav som skall uppfyllas i alla enheter som genomför läkemedelsbehandling. De allmänna anvisningarna och principerna för läkemedelsbehandling är desamma för alla offentliga och privata verksamhetsenheter inom social- och hälsovården. Läkemedelsbehandling skall bygga på en plan för läkemedelsbehandling.

Vid ordinerings av läkemedel kan till exempel [databasen för medicinering av äldre](#) och specialkompetens inom farmaceutbranschen utnyttjas för att förbättra läkemedels säkerheten. En personlig plan för läkemedelsbehandling, som omfattar alla receptfria och receptbelagda läkemedel, ska som en del av serviceplanen göras upp för personer som använder

många läkemedel. Den personliga planen för läkemedelsbehandling ska justeras regelbundet, minst en gång om året. Effekterna av klientens medicinering ska följas upp och förändringar i medicineringen antecknas på läkemedelskortet eller i något annat motsvarande dokument.

## Tjänsternas kvalitet

Som en del av egenkontrollen ska tjänsternas kvalitet följas upp regelbundet med tillförlitliga bedömningsmetoder. En plan för egenkontroll med uppföljningsindikatorer (mätare) ska finnas till påseende.

Tjänsteleverantörerna ska samla in respons från de äldre och deras anhöriga/närstående. Detta ska ske på ett systematiskt (minst en gång per år) och enhetligt sätt och genom att använda responssystem som inkluderar de äldre personerna.

Tjänsternas kvalitet ska även följas upp med tillförlitliga och jämförbara mätare som mäter klienternas funktionsförmåga, säkerhet och välbefinnande.

Kvalitetsresponsen:

- ska utnyttjas för att förbättra och utveckla kvaliteten på tjänster för äldre,
- ska publiceras i webbtjänsten [Palveluvaaka](#) och andra ändamålsenliga kanaler för informationsspridning.

## SERVICESTRUKTUR

Förnyande av servicestrukturen är ett viktigt strategiskt val som inverkar på både de äldre personernas livs- och servicekvalitet och kostnaderna. Servicestrukturen för den äldre befolkningen måste motsvara de äldres servicebehov. Rekommendationer om att förnya servicestrukturen genom att minska institutionsvården och öka servicen i hemmet samt boendeservicen har presenterats i flera inhemska och internationella undersökningar och rekommendationer.<sup>2, 3, 4, 5</sup> Nu har denna målsättning även tillkännagivits i äldreomsorgslagen<sup>6</sup>.

Att möjliggöra hemmaboende innebär ett viktigt strategiskt val. För att den äldre befolkningen ska kunna bo kvar hemma längre än i nuläget måste man satsa på a) att främja en frisk och funktionsduglig ålderdom samt b) att öka rehabiliteringen och göra den mer mångsidig. Utmaningarna för den organisation som ansvarar för att ordna tjänsterna är i synnerhet följande:

1. Trygga lagstadgade social- och hälsovårdstjänster som systematiskt stöder den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand (särskilt 5 § och 12 § i äldreomsorgslagen) och förstärka deras andel i servicestrukturen.
2. Främja den äldre befolkningens möjligheter att bo kvar hemma (14 § i äldreomsorgslagen) genom att utöka sådana tjänster som främjar rehabiliteringen och göra dem mångsidigare samt förstärka deras andel i servicestrukturen.
3. Stöda dem som vårdar sin anhöriga/närstående.

I Finland har den sammanlagda proportionella andelen personer som använder effektiviserat serviceboende för äldre och långvarig institutionsvård knappt minskat under 2000-talet (bilaga 1) och den utgör en betydande andel av kostnaderna (tabell 1). Kostnaderna för tjänster som regelbundet används av äldre var totalt 3,8 miljarder euro 2011.

---

2 Social- och hälsovårdsministeriet & Finlands Kommunförbund 2008. [Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre.](#)

3 Expertgrupp tillsatt av Finska Sällskapet för Alzheimer Forskning 2008. [God vårdpraxis i alla skeden av progressiva minnessjukdomar](#)

4 [European Expert Group on the transition from institutional to community-based care 2012.](#)

5 OECD 2012. Help wanted? Providing and paying for long-term care. [Policy brief.](#)

6 [Lag om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012](#) (14 §).



Tabell I. Kostnader för några tjänster som regelbundet används av äldre 2011.

Tjänst	m €
Hemservice	635
Hemsjukvård	350
Vårdarvoden inom närståendevården	107
Vanligt serviceboende	26
Vård och omsorg dygnet runt inkl. effektiverat serviceboende, ålderdomshem, hälsovårdscentralens långvariga vård	2 680
<b>Totalt</b>	<b>3 798</b>

I och med 5 § i äldreomsorgslagen ställs kommunerna inför den nya utmaningen att planera sin servicestruktur i enlighet med de servicebehov som identifierats hos äldre personer. Dessutom omfattar lagen både utredning av servicebehovet och allmänna principer för att tillgodose det samt principer för långvarig vård och omsorg (13 §, 14 §).

De allmänna principerna ställer upp riktlinjer för utvecklingen så att:

- tjänsterna ska vara högkvalitativa, tillräckliga och tillgängliga i rätt tid,
- tjänsterna ska utföras så att de stöder äldre personers välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga, förmåga att klara sig på egen hand och delaktighet samt förebygga behovet av annan service.

Principerna för långvarig vård ställer upp riktlinjer för utvecklingen så att servicen:

- i första hand ordnas hemma eller på något annat hemligt ställe (till exempel som närståendevård, familjevård, hemservice/hemsjukvård eller serviceboende),
- ges som vård på institution bara om det finns medicinskt motiverade skäl till detta eller om det annars är motiverat för att en äldre person ska ha ett värdigt liv och få säker vård,
- säkerställer bestående vårdarrangemang.

Uppfylldandet av de mål som ställts upp för den regelbundna hemvården, stödet för närståendevård, det effektiverade serviceboendet och institutionsvården kan bedömas med hjälp av uppföljningsinformation från riksomfattande statistik och register. Denna uppställning av mål som styr de regelbundna och långvariga tjänsternas struktur i relation till den äldre befolkningens behov har gett kommunerna en jämförbar bas för att ställa upp egna mål för servicestrukturen med beaktande av de lokala behoven.

För service som främjar välbefinnandet, dagverksamhet, tillfällig hemvård eller kortvarig vård finns inga riksomfattande uppföljningsindikatorer tillgängliga, men trots detta ska uppfylldandet av de mål som ställts upp för dessa tjänster regelbundet utvärderas i kommunerna.

## REKOMMENDATIONER

Servicestrukturen och serviceutbudet ska planeras så att det motsvarar kommuninvånarnas behov och med beaktande av:

- befolkningens åldersstruktur och -prognos,
- faktorer som medför ett särskilt stort behov av service, såsom prevalensen av progressiva minnessjukdomar,
- den äldre befolkningens ekonomiska ställning, med särskilt uppmärksammande av antalet äldre låginkomsttagare och hur situationen ser ut att utvecklas,
- den äldre befolkningens boendeförhållanden och livsmiljö (tillgänglighet, trygghet),
- den äldre befolkningens språkliga behov,
- utvecklingen av funktionsförmågan hos personer över 75 år.

De grupper bland den äldre befolkningen som har störst behov av service bör identifieras på ett enhetligt sätt. Till dessa hör i synnerhet personer som lider av minnessjukdomar och vars sjukdomsgrad kan definieras som åtminstone medelsvår<sup>7</sup> samt äldre personer som behöver mycket hjälp för att klara av vardagen. Servicestrukturen för och servicen som riktas till dessa befolkningsgrupper måste följas upp separat.

När man ställer upp målsättningarna måste servicestrukturen granskas som en helhet och de allmänna principerna som styr servicebehoven beaktas så att de motsvarar äldreomsorgslagen (13 §) och principerna för långvarig vård och omsorg (14 §).

Målsättningarna för den äldre befolkningens servicestruktur ska ställas upp och följas upp så att man utöver de tjänster som äldre regelbundet använder även beaktar andra centrala tjänster med tanke på servicebehovet. Man bör även följa upp dessa tjänsters täckning och inriktning. Tjänster som här avses, utöver regelbundet anlidade tjänster, är åtminstone:

- tjänster som främjar välbefinnandet (12 § i äldreomsorgslagen),
- tillfällig hemvård,
- tjänster som främjar rehabilitering, såsom fysioterapi och ergoterapi, hjälpmedelstjänster, dagverksamhet som främjar rehabiliteringen samt kortvarig vård,
- familjevård

---

7 prevalensuppgifter: 65–74-åringar 4,2 %, 75–84-åringar 10,7 % & 85 år fyllda 35,0 %.

De nationella målen, som kommunerna ska granska i förhållande till kommuninvånarnas behov då de ställer upp sina egna mål, är följande:

75 år fyllda	2000	2005	2010	2011	2012	2017
Andelen 75 år fyllda som bor hemma (%)	89,7	89,6	89,5	89,6		91,0–92,0
Andelen 75 år fyllda klienter (%) som fick regelbunden hemvård 30.11		11,2	11,8	12,2		13,0–14,0
Andelen 75 år fyllda (%) som fått stöd för närståendevård under året	3,0	3,7	4,2	4,4	4,5	6,0- 7,0*
Andelen 75 år fyllda (%) som var klienter inom effektiviserat serviceboende 31.12	1,7	3,4	5,6	5,9		6,0–7,0
Andelen 75 år fyllda (%) på ålderdomshem eller i långvarig institutionsvård på hälsocentral 31.12	8,4	6,8	4,7	4,4		2,0–3,0

\* Arbetsgruppen som utarbetar det nationella utvecklingsprogrammet för närståendevård kommer med utvecklingsförslag för närståendevården till övriga delar före utgången av 2013.

## TRYGGANDE AV VÅRD OCH OMSORG

Ett tillräckligt antal kunnig personal är en nödvändig förutsättning för att säkerställa en trygg och högklassig service för äldre. Dessutom har detta en stor betydelse med tanke på personalens arbetshälsa, arbetssäkerhet, rättskydd och permanens. Forskning har visat att vid sidan av personalantalet har i synnerhet kompetens, förmågan att rikta kompetensen rätt och kompetent närledarskap ett samband med vårdens kvalitet och effektivitet. Dessa faktorer säkerställer att de äldre invånarna får vård i enlighet med sina behov och ökar klient-/patientsäkerheten.

Befolkningens åldrande och förändrade servicebehov inverkar i hög grad på det ökade behovet av arbetskraft inom social- och hälsovården. Enligt social- och hälsovårdsministeriets uppskattningar kommer det inom de kommande 20 åren att lediganslås cirka 60 000 nya arbetsplatser inom socialservicen. Behovet av ytterligare arbetskraft gäller nästan enbart närvårdare och motsvarande yrkesgrupper inom hemvård, boendeservice och institutionsvård.

Över hälften av det ökade behovet beror på bortfall på grund av pension. Enligt prognosen för pensionsbortfall inom den kommunala sektorn som sammanställts av kommunernas pensionsförsäkring (2012–2030) går 35 300 närvårdare och personer inom motsvarande yrkesgrupper (cirka 60 procent) i ålders- eller invalid- eller sjukpension före 2030. Siffrorna omfattar inte närvårdare och motsvarande yrkespersoner som jobbar inom barndagvård.

På vissa ställen har man problem att hitta arbetskraft. År 2012 utredde det kommunala arbetsmarknadsverket arbetskraftssituationen för vissa yrkesgrupper inom social- och hälsovården. Arbetskraftsunderskottet inom

socialservicen bland närvårdare och motsvarande yrkesgrupper är 3,2 procent (1 076 personer).

Det ökade behovet av arbetskraft har beaktats i planeringen av utbildning inom branschen. I statsrådets utvecklingsplan för utbildning och forskning 2011–2016 har man ökat antalet nybörjarplatser för yrkesinriktad grundexamen inom social- och hälsovårdsbranschen (närvårdare) jämfört med 2009. År 2009 påbörjade 5 920 personer utbildningen och målet för 2016 är 7 350 nybörjare inom yrkesutbildningen för unga. Enligt [Utbildningsstyrelsens](#) uppskattningar är det årliga tilläggsbehovet av utbildning inom social- och hälsovårdsbranschen cirka 2 300 nybörjarplatser.

De som har en examen inom social- och hälsovård arbetar till största delen med arbetsuppgifter som motsvarar utbildningen. År 2009 arbetade emellertid 37 000 personer med examen inom social- och hälsovård i andra branscher. Av dem hade 16 800 närvårdarexamen eller annan motsvarande examen och 6 830 sjukskötarexamen. För att få dem som jobbar med andra uppgifter att återvända till branschen krävs noggrannare utredningar om i vilken omfattning och på vilka villkor de som arbetar utanför branschen skulle vara villiga att börja jobba inom social- och hälsovården.

## Reglering av personalens antal och kompetens

Äldreomsorgslagen innehåller bestämmelser om personalens antal och kompetens. Enligt lagen (20 §) ska en verksamhetsenhet ha en personal som till antal, utbildning och uppgiftsstruktur motsvarar antalet äldre personer som tillhandahålls service av verksamhetsenheten och det servicebehov deras funktionsförmåga medför, och som garanterar dem en högkvalitativ service. Om funktionsförmågan hos en äldre person som vårdas i verksamhetsenhetens lokaler har försämrats så mycket att han eller hon behöver omsorg oavsett tid på dygnet, ska det finnas tillräcklig personal på verksamhetsenheten alla tider på dygnet. Dessutom förutsätter lagen (10 §) att kommunen ska ha tillgång till mångsidig expertis och kompetens för stödandet av den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand och för ordnandet av högkvalitativa social- och hälsovårdstjänster som äldre personer behöver. Expertis förutsätts på områdena främjande av välbefinnande och hälsa, gerontologiskt vård- och socialarbete, geriatri, läkemedelsbehandling, näring, multiprofessionell rehabilitering och mun- och tandvård.

Personalantalet och personalens kompetens regleras även i andra lagar. I hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) fastställs att kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska förfoga över ett tillräckligt antal yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och att hälso- och sjukvårdspersonalen sammansättningsmässigt och numerärt ska svara

mot behovet av verksamhet som främjar hälsa och välfärd och av hälso- och sjukvårdstjänster hos befolkningen i området (4–5 §). I lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) föreskrivs dessutom att yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ska ha sådan utbildning som yrkesutövningen förutsätter, annan tillräcklig yrkeskompetens och andra sådana färdigheter som yrkesutövningen förutsätter. Om fortbildning av personalen inom hälso- och sjukvården stadgas i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010, 5§) och det finns en *rekommendation* till förfogande.

I socialvårdslagen (710/1982, 10 §) föreskrivs att kommunen ska ha yrkesutbildad personal inom socialvård och att varje kommun skall till sitt förfogande ha tjänster vilka tillhandahålls av en tjänsteinnehavare som har yrkesmässig behörighet som socialarbetare. Lagen om privat socialservice (922/2011, 4 §) förutsätter att antalet anställda vid verksamhetsenheterna ska vara tillräckligt med avseende på servicebehovet och antalet klienter. I lagen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården (272/2005) anges den behörighet som krävs av personalen. Om kompletterande utbildning för personalen inom socialvården föreskrivs i socialvårdslagen (710/1982, 53 §) och det finns en *rekommendation* om kompletterande utbildning inom socialvården och en *rekommendation* om planeringen av personalens uppgiftsstruktur.

Dessutom säkerställs kompetensen hos den yrkesutbildade personalen inom social- och hälsovården genom att statsunderstöd riktas till kommunerna för att utveckla verksamheten (KASTE-programmet).

## Ansvarig arbetstagare

Enligt äldreomsorgslagen ska en ny ansvarig arbetstagare utses inom tjänster för äldre personer från och med början av 2015 (17 §). Kommunen ska utse en ansvarig arbetstagare för en äldre person som behöver hjälp i frågor som har samband med utförandet och samordningen av tjänster. Den ansvariga arbetstagaren ska tillsammans med den äldre personen och vid behov med den äldre personens anhöriga eller närstående eller med en intressebevakare som har utsetts för honom eller henne följa upp verkställandet av planen och förändringar i den äldre personens servicebehov. Dessutom ska den ansvariga arbetstagaren vid behov vara i kontakt med dem som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna och med andra aktörer för att tillgodose den äldre personens behov. Dessutom ska den ansvariga arbetstagaren ge den äldre personen råd och hjälp i frågor som gäller erhållande av tjänster och förmåner. Den ansvariga arbetstagaren ska ha sådan behörighet som avses i lagen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården eller i 2 § i lagen om yrkesutbilda-

de personer inom hälso- och sjukvården och som är ändamålsenlig med tanke på den äldre personens samlade service. Nuförtiden har kommunerna anställt bland annat *minneskoordinatorer* och *klientansvariga*, vars uppgifter kan jämföras med den ansvariga arbetstagarens.

## Anhöriga och närstående tryggar vården och omsorgen

Vid sidan av den yrkesutbildade personalen inom social- och hälsovården finns det en stor grupp människor som vårdar och tar hand om dem som inte klarar av de dagliga sysslorna utan hjälp. Medan cirka 51 000 yrkespersoner arbetar inom den service som regelbundet används av äldre, finns det cirka 58 000 personer i olika åldrar som dagligen hjälper sina anhöriga/närstående. Av dessa är cirka 40 000 närståendevårdare som får stöd för närståendevård.

Närståendevårdare är en viktig resurs för äldre personer som behöver vård och omsorg. Det är allas fördel att närståendevårdarna hålls i funktionsdugligt skick och får målinriktat stöd. Kommunala tjänsteinnehavare med ansvar för stödet för närståendevård uppskattar att cirka hälften av dem som vårdas med hjälp av stöd för närståendevård – nästan 20 000 personer – skulle behöva vård dygnet runt om de inte hade en närståendevårdare (effektiverat serviceboende vid enheter eller institutioner). Närståendevårdarnas resurser för att säkerställa omsorgen av den anhöriga och den egna orken är alltid individuella och därmed varierar även närståendevårdarnas behov av stöd. En skräddarsydd individuell helhet med stöd och service baserad på en mångsidig bedömning av behoven har visat sig vara en särskilt effektiv stödform för familjer där någon familjemedlem är närståendevårdare. I planeringen, genomförandet och bedömningen av denna helhet deltar en ändamålsenlig grupp av yrkesutbildade personer som stöd för familjen: koordinator, geriatriker och så vidare. Ett effektivt stöd är även närståendevårdarens möjlighet att få målinriktat kamratstöd som utvärderas regelbundet.

Arbetsgruppen som utarbetar det nationella utvecklingsprogrammet för närståendevård kommer med utvecklingsförslag för närståendevården före utgången av 2013.

## Grunder för planeringen av personaldimensionering

Vid allokering av personalen står klienternas fysiska, kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmåga samt andra behov (till exempel andliga behov) i centrum för planeringen. Det är ytterst viktigt att beakta klienternas rättigheter och de krav som ställs på verksamhetens kvalitet och effektivitet samt vad man eftersträvar med vården och servicen.

Vid planeringen av personalantalet måste man säkerställa dimensioneringens dynamik, till exempel hur kort- och långtidsfrånvaro bland personalen ska ersättas med vikarier. Dynamik innebär även att personalen tillfälligt kan flyttas mellan olika verksamhetsställen om förändringar i klienternas servicebehov förutsätter det, exempelvis i samband med terminalvård.

Vid planeringen och bedömningen av personalantalet beaktas följande faktorer:

1. Klienternas funktionsförmåga och behov av hjälp:
  - klienternas önskemål om servicen,
  - klienternas behov av hjälp, som utreds med hjälp av en omfattande bedömning av servicebehovet,
  - antalet klienter som kräver specialkompetens, till exempel minnes sjuka med beteendestörningar, äldrepsykiatriska klienter och klienter inom terminalvården,
  - klienternas rätt till tillräckliga social- och hälsovårdstjänster enligt behov,
  - bestående långvariga vårdarrangemang.
  
2. Servicestrukturen, produktionen av och tillgången till service:
  - strategiska riktlinjer om servicens kvalitet och allokering i kommunen eller inom samarbetsområdet,
  - formerna för serviceproduktion (produktion i egen regi, köpta tjänster, servicesedlar),
  - tillgänglighet (när tjänster, centraliserade tjänster),
  - effekterna av enhetens serviceutbud, till exempel korttidsvård i rehabiliteringssyfte eller dagverksamhet,
  - miljöfaktorer, till exempel verksamhetsenhetens storlek, strukturella funktionsduglighet och säkerhet (verksamhetsenheter för heldygnsvård) och avståndet inom kommunen (hemvård).
  
3. Faktorer som gäller personalen och organiseringen av arbetet:
  - personalens möjlighet att erbjuda klienterna tjänster som är ändamålsenliga med tanke på kvalitet och effekter,
  - utbildnings- och uppgiftsstrukturen (till exempel huruvida stödtjänster ingår i arbetet eller bör införskaffas separat) och kompetensen hos anställda som deltar i klientarbetet samt fullt utnyttjande av kompetensen,
  - verksamhetens organisering och genomförande, till exempel beaktande av klienternas behov av hjälp när arbetsskiften planeras (till exempel genom gradering av arbetstiden) och möjlighet till gemensam användning av personal (till exempel vikarier),
  - hur personalen räcker till i exceptionella situationer, till exempel vid vård i livets slutskede,
  - verkställande av en säker läkemedelsbehandling: en närvårdare som åtmins-

- tone fått utbildning i läkemedelsbehandling bör ha ansvaret vid enheten,
- nyckeltal som beskriver personalens arbetshälsa, till exempel kort och lång sjukfrånvaro och personalomsättning,
- tillgänglig teknologi och geroteknologi, verksamhetens logistik, hur moderna och lämpliga lokalerna är.

## Fördelning av personalen inom hemvården

En äldre person som behöver hjälp och stöd för att klara sig hemma är ofta i behov av regelbunden hemvård. Det strategiska målet inom hemvården är att styra servicen till dem som behöver den och att fastställa servicebehovets varaktighet. Förutsättningarna för en fungerande och högklassig service är samordning av a) arbetstiden som de anställda inom hemvården har till sitt förfogande, b) *omfattande bedömningar av servicebehovet* hos äldre klienter som ofta har många sjukdomar, c) serviceplanen och d) socialvård som beviljats genom förvaltningsbeslut och/eller tjänster som genom läkarbeslut införts i vårdplanen (se figur 4). Flera faktorer inverkar på allokeringen av personalens arbetstid inom hemvården. Dessa är de äldre klienternas uppskattade servicebehov, servicestrategier, olika strategier för allokering av personalen inom hemvården och lokala förhållanden, såsom avstånd och tillgänglig utrustning. Allokeringen av personalens arbetstid inom hemvården påverkas av avbrott i vården av klienter inom hemvården, som till exempel i 10 procent av fallen beror på sjukhusvård. Dessutom inverkar kort och lång frånvaro på allokeringen.

Service riktas till äldre klienter inom hemvården i enlighet med bedömningen av servicebehovet, serviceplanen och ett förvaltningsbeslut om socialvårdsservice samt läkarbeslut eller -anvisningar om hälsovårdsservice (se figur 4). Arbetstiden som de anställda inom hemvården allokera till klienterna och den servicetid som klienterna har beviljats kan följas upp tidsmässigt, i timmar. Hemvårdspersonalens arbetstid kan indelas i direkt och indirekt arbetstid. På basis av forskningsdata och kommunernas uppföljningar vet man att den direkta tid som sjuksköterna inom hemvården tillbringar med klienterna är cirka 20–40 procent av den totala arbetstiden och för närvårdarna är motsvarande andel cirka 40–70 procent av den totala arbetstiden. I flera kommuner i Finland, där man har fungerade uppföljnings- och verksamhetsstyrningssystem, har man angett anvisningar om att 60–70 procent av närvårdarnas arbetstid ska utgöras av direkt klienttid, i vissa kommuner till och med mer.

Definitionen av hemvårdspersonalens indirekta och direkta arbetstid varierar mellan olika kommuner och länder. Därför är det skäl att i denna rekommendation på riksnivå definiera vilka arbetsuppgifter som räknas som direkt respektive indirekt arbetstid.



Som direkt arbetstid räknas:

- bedömning av klientens funktionsförmåga och servicebehov,
- utarbetande och uppdatering av en vård- och serviceplan,
- verkställande av vårdåtgärder och medicinering,
- stödjande av klienten med arbetssätt som främjar rehabiliteringen (även verksamhet som sker utanför hemmet, såsom vistelser utomhus, butiksbesök och uträttande av ärenden),
- skötande av klientens ärenden utanför hemmet (till exempel butiksbesök och uträttande av ärenden),
- stödjande av klientens närstående/anhöriga,
- registrering av klientuppgifter (när det görs tillsammans med klienten),
- kontakt med klienten per telefon eller med hjälp av annat tekniskt hjälpmedel.

Som indirekt klienttid räknas till exempel restid, registrering och annat klientarbete på kontoret, arbetsgemenskapens interna möten och fortbildning.

Genom att utveckla verksamheten inom hemvården strävar man efter att göra verksamhetsprocesserna smidigare så att den direkta klienttidens andel av hemvårdspersonalens arbetstid ökar.

System för styrning av verksamheten är till nytta i detta utvecklingsarbete. Med hjälp av dem kan man samla in information om den hemvårdsservice som klienten beviljats tidsmässigt samt om den tid som de anställda har till sitt förfogande på plats.

## Fördelning av personalen på effektiviserade serviceboenden, ålderdomshem och långvårdsavdelningar vid hälsocentraler

Täckande, landsomfattande information om personaldimensionering i olika verksamhetsenheter fås endast via särskilda enkäter. Årlig information om verksamheten och ekonomin vid verksamhetsenheter som regelbundet producerar långvarig vård samlas i den så kallade RAI-databasen inom [\*den jämförande utvecklingsverksamheten RAI\*](#) som administreras av Institutet för hälsa och välfärd. I verksamhetsinformationen ingår även uppgifter om personalantalet per enhet och avdelning. Information om personalantalet har samlats in sedan 2000.

Vid effektiviserade serviceboenden har personaldimensioneringen ökat från 0,57 till 0,65 under 2009–2011. (Tabell 2). Personaldimensioneringen har ökat även på ålderdomshem och vid de verksamhetsenheter på hälsocentralsjukhusens långvårdsavdelningar som medverkar i Institutet för hälsa och välfärds jämförande utvecklingsverksamhet. Personaldimensioneringen räknas ut genom att dividera antalet anställda med antalet klientplatser på avdelningen.

Tabell 2. Personaldimensionering på effektiverade serviceboenden, ålderdomshem och långvårdsavdelningar vid hälsocentraler under 2009–2011.  
Källa: Databasen RAI (Institutet för hälsa och välfärd) 2013.

	Dimensionering			Antal enheter/avdelningar		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
<b>Effektiverat serviceboende</b>	0,57	0,64	0,65	105	146	141
<b>Ålderdomshem</b>	0,64	0,67	0,65	183	173	155
<b>Häsovårdscentral, långvårdsavdelningar</b>	0,67	0,68	0,70	86	60	89

Enligt en separat utredning som Valvira har gjort låg 16 procent av enheterna inom den offentliga sektorn och 8 procent av enheterna inom den privata sektorn under den rekommenderade minimipersonalgränsen på 0,50 år 2010. Av hälsovårdscentralernas bäddavdelningar låg 22 procent (n=112) under miniminivån (0,60).

## Utveckling av grunder för personaldimensionering

Utvecklingsarbetet med definitionsgrunder för personaldimensionering enligt de äldre klienternas uppskattade behov av serviceinleds som ett samarbete mellan Institutet för hälsa och välfärd, Valvira, Finlands Kommunförbund, SHM och intressentgrupper och blir klart under 2014.

## REKOMMENDATIONER

Rekommendationer för personaldimensionering och struktur inom hemvården

Den direkta klienttiden måste följas upp systematiskt inom hemvården: man måste på lokal nivå ställa upp mål för den direkta klienttiden och följa upp att de uppfylls. Den direkta klienttidens andel av de anställdas totala arbetstid ska ökas genom utveckling av serviceprocesserna.

Minimibehovet av hemvårdspersonal avgörs på basis av den arbetstid (i timmar ) som behövs för direkt klientarbete för att genomföra de tjänster (i timmar) som de äldre beviljats.

Minimibehovet av hemvårdspersonal avgörs på följande sätt.

1. Äldre personers *servicebehov utreds på ett omfattande sätt* :
  - klientens servicebehov bedöms regelbundet och alltid när klientens hälsotillstånd och funktionsförmåga förändras.
2. Man planerar och beviljar tjänster för den äldre personen:
  - i klientens serviceplan presenteras en uppskattning av de social- och hälsovårdstjänster som behövs och som motsvarar klientens behov,
  - på basis av serviceplanen fattas beslut (vårdbeslut inom hälsovården, förvaltningsbeslut inom socialvården) om beviljande av service; om beslutet om beviljande av service avviker från serviceplanen måste avvikelsen motiveras,
  - förändringar i hälsotillståndet och funktionsförmågan införs i klientens serviceplan och beslut om ökning eller minskning av service fattas på basis av de förändringar som skett.
3. Den tid som klienten har beviljats och den arbetstid som arbetstagaren har till förfogande som direkt klienttid (i timmar) jämförs med varandra:
  - man räknar ihop den servicetid som beviljats klienten genom ett beslut (i timmar) och den arbetstid som hemvårdspersonalen kan använda som direkt klienttid (i timmar),

---

8 Ett praktiskt exempel: Den teoretiska arbetstiden för en arbetstagare är knappa 2 000 timmar per år, varav man drar av semestrar, helgdagar, lagstadgad fortbildning. Dessutom minskas arbetstiden ytterligare av bland annat sjukfrånvaron och familjeledigheter, vilket innebär att den genomsnittliga arbetstiden är cirka 1 500 timmar per år. Om man i planeringsanvisningarna beslutar att 60 procent av arbetstiden ska användas som direkt klienttid innebär det att den direkta tid som den anställda har för klienterna i genomsnitt är cirka 900 timmar/anställd/år.

- ovan nämnda timantal jämförs med varandra; när det timantal som personalen har till förfogande för direkt klientarbete divideras med den tid som klienten har beviljats genom beslut (i timmar) och multipliceras med hundra, får man reda på hur stor procentuell andel av den beviljade servicen som kan genomföras,
- när man dividerar den servicetid som genom beslut har beviljats klienten (i timmar) med det timantal som en vårdarbetare i genomsnitt har till förfogande för klientarbete får man reda på hur mycket personal som behövs.

Jämförelsen förutsätter ändamålsenliga uppföljningssystem.

Dessutom

- Genom planering av arbetsskift jämnar man ut rusningstoppar och säkerställer att klienterna får de hemvårdstjänster som beviljats.
- Tjänsteleverantörens vikariesystem möjliggör en flexibel användning av personal när man förbereder sig för att flexibelt kunna ta emot nya klienter samt plötsliga förändringar i de nuvarande klienternas servicebehov.

I personalen inom verksamhetsenheten för hemvård ingår de arbetstagar inom social- och hälsovården som medverkar i den direkta vården, såsom sjukskötare och hälsovårdare, närvårdare och primärskötare, handledare och pedagoger inom socialsektorn, utbildade hemhjälpare och -vårdare, geronomer och fysioterapeuter och ergoterapeuter bland rehabiliteringspersonalen samt de närmaste cheferna. När den direkta arbetstiden inom hemvården räknas ut beaktas emellertid de närmaste cheferna och rehabiliteringspersonalen endast till den del de medverkar i det direkta (klientspecifika) vårdarbetet.

Om det inom verksamhetsenheten för hemvård finns andra anställda som deltar i vårdarbetet, till exempel *omsorgsassistenterna*<sup>9</sup>, ingår de i personaldimensioneringen endast till de delar som deras arbete omfattar tillgodoseende av klienternas grundbehov, till exempel assistans vid måltider, tvättning, på- och avklädning och wc-besök eller hjälp med att sköta ärenden tillsammans med klienten. Omsorgsassistenterna kan emellertid inte vara ensamma på ett arbetsskift inom verksamhetsenheten hemvård och de får inte ha ansvar för medicinering.

<sup>9</sup> Social- och hälsovårdsministeriet följer upp a) utvecklingen av antalet omsorgsassistenterna och deras andel av personalstrukturen; b) deras placering i arbetet och arbetsuppgifter samt c) bedömningar av omsorgsassistenterna, de arbetstagar som arbetar med dem och ledarna. Uppföljningen görs som en del av utvärderingen av äldreomsorgslagens effekter och med nödvändiga separata utredningar.

Anställda som utbildas genom läroavtal räknas med i personaldimensioneringen först när de har avlagt minst två tredjedelar av studierna. Övriga studerande inom social- och hälsovården kan räknas med i personaldimensioneringen om de är anställda som vikarier inom verksamhetsenheten och via sina studier har tillräcklig kompetens för att utföra uppgifterna i branschen. När ett vikariat inleds kontrollerar arbetsgivaren den studerandes kompetens och ger honom eller henne arbetsuppgifter som motsvarar den.

## Rekommendationer för personaldimensionering och struktur på effektiverade serviceboenden, ålderdomshem och långtidsvården på hälsocentralsjukhus

Rekommendation om det absoluta minimiantalet anställda är

- 0,50 vårdarbetare per klient på effektiverade serviceboenden och ålderdomshem
- 0,60–0,70 vårdarbetare per klient på hälsovårdscentralernas bäddavdelningar för långvarig vård.

Personaldimensioneringen utgår alltid från klienterna och deras behov: klienternas fysiska, kognitiva, psykiska och sociala *funktionsförmåga och servicebehov* avgör dimensioneringsnivån.

Det rekommenderade minimiantalet personal innebär en faktisk dimensionering där frånvarande arbetstagare ersätts med vikarier. Av den här orsaken är ett bestående vikariesystem ett motiverat alternativ.

Till verksamhetsenhetens personal räknas de arbetstagare inom social- och hälsovården som medverkar i den direkta vården av klienten, såsom sjukskötare och hälsovårdare, närvårdare och primärskötare, handledare och pedagoger inom socialsektorn, utbildade hemhjälpare och -vårdare, geronomer och fysioterapeuter och ergoterapeuter bland rehabiliteringspersonalen samt de närmaste cheferna, såsom avdelningsskötare. Vid personaldimensioneringen beaktas emellertid de närmaste cheferna och rehabiliteringspersonalen endast till den del de medverkar i det direkta (klientspecifika) vårdarbetet.

Om det inom enheten finns andra anställda som deltar i vårdarbetet, såsom vård- och institutionsassistenter som inte har en grundläggande

yrkesutbildning inom social- och hälsovård eller *omsorgsassistenter*<sup>10</sup>, ingår de i personaldimensioneringen endast till den del av arbetsuppgifterna som omfattar tillgodoseende av klienternas grundbehov, till exempel hjälp vid måltider, tvättning, på- och avklädning och toalettbesök. Vård- och institutionsassistenter eller omsorgsassistenter kan emellertid inte vara ensamma på ett arbetsskift och de får inte ansvara för medicinering.

Anställda som utbildas genom läroavtal räknas med i personaldimensioneringen först när de har avlagt minst två tredjedelar av studierna. Övriga studerande inom social- och hälsovård kan räknas med i personaldimensioneringen om de är anställda som vikarier inom verksamhetsenheten och via sina studier har tillräcklig kompetens för att utföra uppgifterna i branschen. När vikariatet inleds kontrollerar arbetsgivaren den studerandes kompetens och tilldelar honom eller henne arbetsuppgifter som motsvarar den.

## Rekommendationer om att utse en ansvarig arbetstagare och den ansvariga arbetstagarens roll

En ansvarig arbetstagare ska utses:

- för äldre med många sjukdomar och/eller långtidssjuka äldre och närståendevårdsfamiljer som behöver många olika yrkesgruppers och/eller tjänsteleverantörers tjänster,
- för äldre som ofta besöker jouren på sjukhuset i synnerhet om annan service ännu inte har ansökts om eller beviljats,
- för äldre som skrivs ut från sjukhus för att hjälpa till med sådant som rör samordningen av tjänster.

Behovet att utse en ansvarig arbetstagare ska bedömas i samband med utredningen av servicebehovet och den ansvariga arbetstagaren utses i samband med beviljandet av service (förvaltningsbeslut inom socialvården, vårdbeslut inom hälsovården). Om en minneskoordinator eller klientansvarig redan har utsetts för klienten är det inte nödvändigt att utse en ansvarig arbetstagare.

---

<sup>10</sup> Social- och hälsovårdsministeriet följer upp a) utvecklingen av antalet omsorgsassistenter och deras andel av personalstrukturen; b) deras placering i arbetet och arbetsuppgifter samt c) bedömningar av omsorgsassistenterna, de arbetstagare som arbetar med dem och ledarna. Uppföljningen görs som en del av utvärderingen av äldreomsorgslagens effekter och med nödvändiga separata utredningar.

Den ansvariga arbetstagaren ska

- stöda den äldre personen i frågor som gäller ansökan av tjänster och förmåner,
- följa upp att kvaliteten på klientens service är hög och att den ordnas i rätt tid och i tillräcklig omfattning med tanke på hans eller hennes behov,
- följa upp att klientens serviceplan och besluten i anslutning till den är aktuella och att verkställandet av serviceplanen utvärderas regelbundet,
- vara i kontakt med och i mån av möjlighet samordna tjänster som tillhandahålls av olika aktörer inom social- och hälsovården så att klienten får det stöd och den service han eller hon behöver,
- säkerställa att informationen om klienten löper mellan olika aktörer och att den äldre klienten får service och stöd när han eller hon behöver det.

## LEDNING

### Ledning i anslutning till ordnande av tjänster

Den centrala uppgiften för den strategiska ledningen inom kommunernas social- och hälsovårdsväsende är att skapa förutsättningar för effektiva tjänster, med vilka man stöder hela den äldre befolkningens funktionsförmåga och tryggar en enhetlig och högklassig helhet av tjänster som motsvarar deras behov.

De chefer som är ansvariga för kommunerna<sup>11</sup> social- och hälsovårdstjänster har skyldighet att inom ramen för sina befogenheter se till att kommunens äldrepolitik motsvarar kraven som ställs i kapitel 2 i äldreomsorgslagen. De ansvarar för att se till att kommunen

1. samarbetar för att stödja den äldre befolkningens välbefinnande (4 § i äldreomsorgslagen)
2. för varje fullmäktigeperiod utarbetar en plan över sina åtgärder för att stödja den äldre befolkningens välbefinnande och för att ordna och utveckla servicen och närståendevården (5 § i äldreomsorgslagen)
3. anvisar tillräckliga resurser för att genomföra planen (9 § i äldreomsorgslagen)

<sup>11</sup> Kommuner eller samarbetsområden med minst 20 000 invånare sörjer, med vissa undantag, för uppgifterna inom social- och hälsovården i enlighet med den för närvarande gällande ramlagen om en kommun- och strukturreform (169/2007). Detta ansvar ligger också i fortsättningen hos kommunerna.

4. årligen utvärderar servicens tillräcklighet och kvalitet (6 § i äldreomsorgslagen)
5. ser till att servicen är tillgänglig på lika villkor och att klienternas språkliga rättigheter tillgodoses (7 § och 8 § i äldreomsorgslagen)
6. har tillgång till tillräcklig och mångsidig expertis (10 § i äldreomsorgslagen)
7. inrättar ett äldreråd och sörjer för dess verksamhetsförutsättningar och möjligheter att delta i planering, beredning och uppföljning inom olika kommunala verksamheter (11 § i äldreomsorgslagen)
8. ordnar rådgivningstjänster och andra tjänster som stöder den äldre befolkningens välbefinnande (12 § i äldreomsorgslagen).

Den strategiska ledningen ansvarar för utvecklingen av kommunens servicestruktur så att de tjänster som stöder den äldre befolkningens välbefinnande och som erbjuds äldre personer i hemmet är av primärt intresse. Med tanke på prioriteringen av hemvården är det viktigt att stöda de anhörigas och närståendes förutsättningar att ansvara för vården och omsorgen av de äldre.

Den strategiska ledningens utmaningar består av att planera fungerande vård- och servicekedjor som förenar tjänsterna inom socialväsendet, primärvården, den specialiserade sjukvården och rehabiliteringen till en enhetlig helhet. Särskild uppmärksamhet ska fästas vid olika tjänsters gränssnitt samt vid övergångar som är oundvikliga på grund av förändringar i klientens servicebehov, såsom utskrivning från sjukhus. Att leda vård- och servicekedjan förutsätter gemensamt överenskomna mål som de olika parterna känner till samt en tydlig och dokumenterad ansvars- och arbetsfördelning.

Utöver utveckling av servicestrukturen ska den strategiska ledningen skapa organisatoriska förutsättningar för att utreda äldre personers servicebehov och tillgodose det på det sätt som föreskrivs i 3 kap. i äldreomsorgslagen. Kommunen ska bland annat se till att det finns tillgång till tillräckligt med mångsidig kompetens för att sköta dessa uppgifter.

## Närledarskap inom verksamhetsenheterna

Med verksamhetsenhet avses en funktionell helhet som har en offentlig eller privat tjänsteleverantör som huvudman och inom vilken huvudsakligen äldre personer tillhandahålls social- och hälsovårdstjänster som utförs i tjänsteleverantörens lokaler eller i de äldre personernas egna hem (3 § i äldreomsorgslagen).

De närmaste cheferna inom verksamhetsenheten ansvarar för att arbetet organiseras på ett ändamålsenligt sätt, att arbetspraxis och personalens kompetens uppdateras samt att arbetshälsan och -säkerheten bland enhetens personal blir bättre.



Ledningens kvalitet och kompetensen inom social- och hälsovårdstjänster ska kontinuerligt utvecklas och följas upp, särskilt med tanke på att göra arbetet med äldre människor mer lockande och förbättra tillgången till personal. Ledarskapskompetensen hos de närmaste cheferna som arbetar nära personalen och de äldre klienterna är mycket viktig. Att personalresurserna riktas till tjänster i enlighet med de äldre klienternas servicebehov förändrar närledarskapet och sättet att arbeta vid olika verksamhetsenheter.

En utmaning för ledningen är att säkerställa en verksamhetskultur som beaktar de äldre klienternas rättigheter och högaktar klienten samt att genomföra en verksamhet som främjar rehabilitering. För att utveckla personalens kompetens, arbetshälsa och arbetssäkerhet är ledningens mål att, förutom att säkerställa ett tillräckligt antal kunnig personal, även säkerställa att kompetensen utvecklas systematiskt. En annan utmaning för ledningen är att identifiera fysiska och psykiska belastningsfaktorer som hotar arbetstagarnas välbefinnande. Sådana är bland annat faktorer i anslutning till klientrelationer, rutinmässighet, brist på självständighet, stress och problem med arbetsklimatet. För att avlägsna faktorer som anses utgöra ett hot mot välbefinnandet och främja möjligheterna till återhämtning från arbetet måste man aktivt finna nya lösningar. För att de anställda som arbetar med äldre personer ska må bra i sitt arbete behövs ett ledarskap som involverar personalen och som samtidigt ökar förtroendet.

Personalledningen blir mer dynamisk och flexibel när man övergår till att flexibelt allokera personalen på basis av variationer i klienternas servicebehov. Att leda multiprofessionella team är en utmaning.

Ledarskapet kräver tid och under den tiden är de närmaste cheferna, i synnerhet i stora verksamhetsenheter, inte nödvändigtvis tillgängliga för direkt klientarbete. Den närmaste chefen förutsätts ha lämplig utbildning inom social- och hälsovård samt chefs- och ledarskapsutbildning och/eller gedigen erfarenhet av ledarskap.

## Uppföljnings- och utvärderingssystem

För att olika kommuners och tjänsteleverantörers verksamhet ska kunna jämföras på nationell nivå behövs fungerande system för uppföljning av tjänsterna som grund för en kunskapsbaserad ledning. För detta ändamål behövs utvärderings-, uppföljnings- och responssystem samt system för styrning av verksamheten på lokal nivå.

## REKOMMENDATIONER

### Ledning vid ordnandet av tjänster

Den strategiska ledningen inom social- och hälsovårdsväsendet i kommunen ansvarar för att kommunen utarbetar den plan för att stödja den äldre befolkningen som förutsätts i äldreomsorgslagen (5 §) och att den omfattar målsättningar för den servicestruktur och det servicebud som motsvarar behovet hos de äldre klienterna i kommunen. Den strategiska ledningen ser till att målsättningarna i planen genomförs i den praktiska verksamheten. Det här förutsätter att tillräckliga resurser reserveras för genomförandet av planen.

Den strategiska ledningen ansvarar för tillgången till tjänster som motsvarar de äldres servicebehov. Vid upphandling av tjänster ska särskild uppmärksamhet fästas vid tjänsternas kvalitet: den som ordnar tjänsterna verkställer upphandlingsprocessen och formulerar upphandlingsavtalen så att en hög kvalitet står i centrum för upphandlingen (hög kvalitet belönas).

Ledningen ansvarar för att se till att servicestrukturen och utbudet fungerar och att servicen har en hög kvalitet. Ledningen säkerställer också att servicestrukturen och tjänsternas innehåll förnyas innovativt på det sätt som klienternas förändrade behov förutsätter.

Den strategiska ledningen säkerställer att det i kommunen finns tillgänglig specialkompetens om främjande av hälsa och välbefinnande, geriatri, gerontologiskt vårdarbete och socialarbete, multiprofessionell rehabilitering, näring, mun- och tandvård och läkemedelsbehandling. Särskild uppmärksamhet bör fästas vid kompetens inom tidig identifiering av minnessjukdomar samt vård och rehabilitering i anslutning till dessa.

Den strategiska ledningen ser till att kommunen och de verksamhetsenheter som producerar den service som kommunen ordnar använder lämpliga utvärderings-, uppföljnings- och responsystem samt system för styrning av verksamheten och säkerställer att dessa producerar regelbunden jämförande information som stöd för ledning och egenkontroll.

## Ledarskap inom verksamhetsenheten och närledarskap

De närmaste cheferna ansvarar tillsammans med de anställda för att den äldre personens rättigheter förverkligas och att han eller hon är delaktig samt att en verksamhetskultur som högaktar de äldre klienterna utvecklas vid verksamhetsenheten.

De närmaste cheferna säkerställer att verksamhetsmodeller som främjar rehabiliteringen och funktionsförmågan genomförs vid varje verksamhetsenhet.

De närmaste chefernas kompetens och involverande ledarskap ska utvecklas så att personalens välbefinnande, förtroende och säkerhet tryggas och sålunda säkerställs även arbetsgemenskapernas dragningskraft.

Cheferna för verksamhetsenheten ser till:

- att det finns tillräckligt med personal med mångsidig kompetens och att kompetensen systematiskt utvecklas,
- att personalen fördelas på ett ändamålsenligt och flexibelt sätt,
- att personalens välbefinnande och lärande stöds,
- att utveckling av serviceverksamheten och innovationer som bidrar till nya verksamhets sätt uppmuntras.

Verksamhetsenhetens chefer och de närmaste cheferna säkerställer att egenkontroll genomförs systematiskt.

## Nationell nivå

På nationell nivå utvecklas fungerande uppföljningssystem för tjänster för äldre personer, vilket möjliggör jämförelser.

# BEDÖMNING AV KONSEKVENSERNA FÖR MÄNNISKORNA & KOSTNADSEFFEKTER

## Bedömning av konsekvenserna för människorna

Vid planering av förändringar, genomförande av förändringar och bedömning av deras konsekvenser måste man på såväl nationell som lokal nivå bedöma konsekvenserna för äldre människor. Bedömningen:

- ökar de äldres och deras närståendes delaktighet och ger dem möjlighet att delta i beslutsfattandet,
- producerar information om tjänsternas nuläge och utvecklingsbehov,
- tar fram förutsedda effekter för verksamheten och besluten.

Konsekvenserna för människorna kan bedömas med följande metoder:

1. *Förhandsbedömning*, då man innan beslutet verkställs bedömer de sannolika konsekvenser som beslutet, åtgärden eller programmet som planeras kommer att ha på äldre människors liv.
2. *Processbedömning*, då konsekvenserna och verkställandets läge analyseras i samband med att beslutet/åtgärden/programmet genomförs.
3. *Uppföljning*, då man utreder hur beslutet/åtgärden/programmet som redan tidigare genomförts har påverkat äldre människors liv.

Bedömningen har både direkta och indirekta effekter:

- *direkta effekter* är till exempel förändringar i klienternas funktionsförmåga och livskvalitet, servicens tillgänglighet, boende- och vårdmiljön, delaktigheten osv.,
- *indirekta effekter* är till exempel förändringar i servicestrukturen.

Verkställandet av rekommendationen förutspås medföra åtminstone följande effekter för de äldres hälsa och välbefinnande:

- mer stöd för att öka chanserna till en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt och för att minska skillnaderna i hälsa och välbefinnande,
- fler möjligheter till en optimal funktionsförmåga och hälsa med hjälp av tjänster som baserar sig på bedömning av det individuella täckande servicebehovet. Dessa tjänster
  - upprätthåller och förbättrar funktionsförmågan och rehabiliteringen i alla verksamhetsmiljöer: hemma, i servicehuset eller andra verksamhetsenheter som erbjuder vård dygnet runt.
  - grundar sig alltid då det är möjligt på bevis enligt beprövade förfaranden, främst hemma,
- ökar delaktigheten och möjligheterna att påverka.

## Bedömning av kostnadseffekter

Den förändring i servicestrukturen som arbetsgruppen föreslår är en fortsättning på den strukturförändring som presenterades i kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre 2008. En av målsättningarna är förändringen av servicestrukturen som, om den verkställs, kommer att hämma ökningen av kostnaderna för social- och hälsovårdstjänster. Om servicestrukturerna inte förnyas kommer det att vara svårt att hejda en ökning av kostnaderna när befolkningens åldersstruktur snabbt förändras och behovet av service ökar. Utöver strukturerna måste även serviceprocesserna förnyas. Kostnaderna ökar i vilket fall som helst eftersom antalet äldre personer ökar, men olika val får olika följder med tanke på driftskostnaderna.

Kostnadseffekterna bedöms på följande sätt:

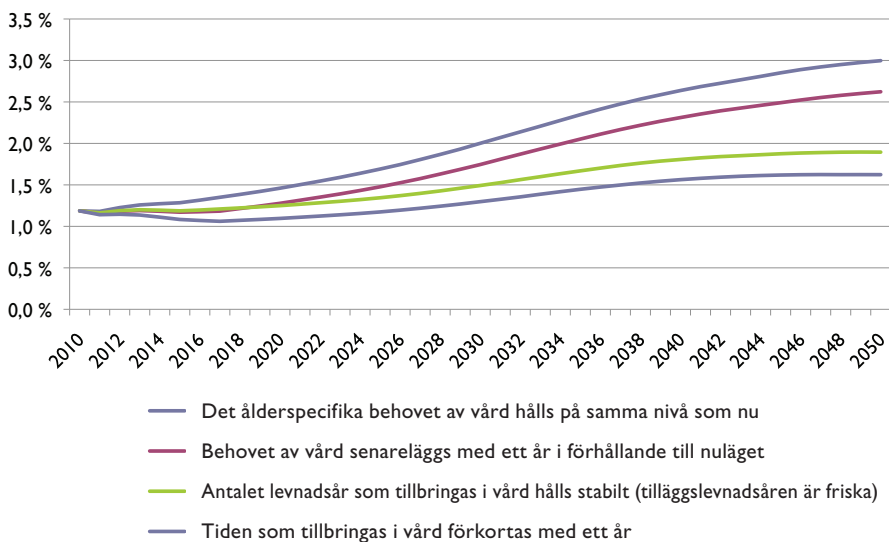
1. Genom att skapa ett scenario om minskning av behovet av vård dygnet runt.
2. Genom att förutse hur den föreslagna servicestrukturförändringen påverkar driftskostnaderna.

Befolkningens åldrande ökar behovet av service. I kalkylen nedan (figur 5) finns en uppskattning av hur kostnaderna för vård dygnet runt kommer att öka fram till 2050. I kalkylen jämförs åldersfördelningen för kostnaderna för vård dygnet runt med befolkningsökningen per åldersklass enligt Statistikcentralens befolkningsprognos. I bägge scenarier antar man att servicefördelningen inom dygnet runt-vården hålls oförändrad.

En faktor som i hög grad påverkar kostnadsprognoserna är antagandet om på vilket sätt det åldersspecifika behovet av omsorgstjänster utvecklas när livslängden förlängs. I kalkylen granskas alternativa scenarier med avseende på denna faktor. Enligt ett av förhållningssätten antar man att det åldersmässiga behovet av vård hålls på samma nivå som nu. För de äldre som behöver vård dygnet runt innebär en längre livslängd i så fall att längre tid tillbringas i vård dygnet runt. Detta antagande beskriver en situation där det ökade antalet levnadsår inte är friska levnadsår. Omvänt kan man anta att de äldres åldersspecifika hälsa och funktionsförmåga blir bättre i framtiden. I detta scenario antar man att de levnadsår som tillbringas i vård kommer att minska samtidigt som den totala livslängden ökar. Utöver dessa scenarier har man i kalkylen även granskat två andra alternativ där utvecklingen av den tid som tillbringas i vård placerar sig mellan de ovan nämnda ytterligheterna.

Figur 5 visar att kostnaderna för vård dygnet runt kommer att öka betydligt enligt alla scenarier. Utvecklingen av vårdbehovet enligt ålder påverkar ändå i hög grad resultaten. I scenariot där tiden som tillbringas i vård förkortas är kostnadsökningen måttlig när kostnadernas förhållande till BNP stiger från 1,2 procent till 1,6 procent. Om det åldersspecifika behovet av vård däremot hålls på samma nivå som i dag kommer utgifternas förhållande till BNP att mer än fördubblas och uppgå till 3 procent före 2050.

Figur 5. Utgifter för långvarig vård dygnet runt baserade på olika antaganden om utvecklingen av vårdbehovet. – Projektion fram till 2060 (Utgifter i procent av BNP)



I tabell 3 presenteras ett exempel där man uppskattar hur kostnaderna för olika tjänster skulle ändras från 2011 till 2017 om servicestrukturen förändrades. Kostnadsjämförelsen har gjorts på basis av 2011 års nivå för att synliggöra effekterna av servicestrukturens förändring. Kalkylen är en uppskattning även i den bemärkelsen att man inte beaktar förändringar i klienternas vårdbehov (kostnaderna för öppna tjänster stiger om de ska omfatta klienter som behöver mer hjälp än tidigare).

Det dyraste alternativet är att upprätthålla den nuvarande servicestrukturen. Om servicestrukturen vore densamma 2017 som 2011, skulle bruttodriftskostnaderna stiga med 503 miljoner euro (alternativ A). De ökade kostnaderna beror på att den äldre befolkningens antal ökar.

I de andra alternativen (B och C) skulle kostnaderna för tjänsterna stiga i mindre grad eftersom klienterna i högre grad skulle hänvisas till öppna tjänster. I alternativ B och C påverkas kostnaderna dock även av det faktum att bruttokostnaderna för effektiviserade serviceboenden inte omfattar kostnader för boende (vilket är fallet vid institutionsvård). Klienterna står själva för hyra och läkemedel och kan få bostadsbidrag för pensionstagare samt läkemedelsersättning från sjukförsäkringen.

Tabell 3. Exempel där man uppskattat vad förändringarna i den äldre befolkningens antal och tjänsternas omfattning haft för effekter på utvecklingen av kostnaderna för vissa tjänster från 2011 till 2017.

Alternativ för servicestrukturen (% av 75 år fyllda)	Förändring i kostnaderna för tjänster 2011–2017 (på basis av 2011 års prisnivå)
Alternativ A. Nuvarande servicestruktur (servicestruktur år 2011) – hemvård 12,2 % – stöd för närståendevård 4,4 % – effektiverat serviceboende 5,9 % – ålderdomshem 3,0 % – hälsovårdscentralens bäddavdelning 1,3 % – ovan nämnda tjänster sammanlagt: 27 %	+503 milj. euro
Alternativ B. – hemvård 13 % – stöd för närståendevård 6 % – effektiverat serviceboende 6 % – ålderdomshem 2 % – hälsovårdscentralens bäddavdelning 1 % – ovan nämnda tjänster sammanlagt: 28 %	+163 milj. euro
Alternativ C. – hemvård 14 % – stöd för närståendevård 7 % – effektiverat serviceboende 7 % – ålderdomshem 1 % – hälsovårdscentralens bäddavdelning 1 % – ovan nämnda tjänster sammanlagt: 30 %	+172 milj. euro

# CENTRALA BEGREPP

## Klientorientering

Klientorientering innebär att servicen ses över och specificeras utgående från klienterna. I en klientorienterad organisation planeras verksamheten så att klientens behov och resurser står i centrum och så att klienten enligt sin förmåga deltar i bedömningen av behovet, planeringen och tillhandahållandet av tjänster samt i utvärderingen av tjänsternas effekter. Klientens möjlighet att göra val är en del av klientorienteringen.

## Förhandsbedömning

Förhandsbedömning innebär i detta sammanhang *bedömning av konsekvenser för människan*, en process där man på förhand bedömer hur föreliggande beslut påverkar de äldres välfärd och hälsa. Bedömningen av konsekvenserna för människan kan göras grundligt eller mer översiktligt. En översiktlig förhandsbedömning tillämpas som sådan vid beslutsfattande och för utredning av behovet av en grundligare förhandsbedömning. En grundlig förhandsbedömning förutsätter en noggrann plan och resurser.

## Tillgänglighet

Tillgänglighet är en omfattande helhet som gör det möjligt för alla finländare att obehindrat delta i vardagssysslor, fritidsverksamhet, kulturverksamhet och studier. Det innebär att tjänsterna är tillgängliga, hjälpmedlen användbara, informationen lätt att ta till sig och att det är möjligt att delta i beslut som rör en själv. En tillgänglig fysisk miljö innebär att byggandet görs på ett sätt som är funktionellt, tryggt och tilltalande för alla. Det ska vara lätt att nå alla rum och våningar. Dessutom ska lokalerna och funktionerna i dem vara så funktionella och logiska som möjligt.

## Gerontologi

Gerontologi är en vetenskapsgren som undersöker åldrandet och de äldre. Det handlar om vetenskaplig forskning av förändringar till följd av åldrandet: vad är åldrande, vilka faktorer reglerar åldersförändringar och hur kan man påverka dem. Gerontologin undersöker vilka konsekvenser åldrandet har för individen, den sociala gemenskapen och samhället. Gerontologi omfattar bland annat geriatri, gerontologisk vård och vårdvetenskap, soci-



algerontologi, kulturgerontologi, psykogerontologi, politisk gerontologi och miljögerontologi.

## Geriatrici

Geriatrici är det medicinska specialområdet för vård av äldre som koncentrerar sig på de fysiska, mentala, funktionella och sociala förhållanden som man möter i vården av äldre patienter, till exempel vid akuta och långvariga sjukdomar, rehabilitering, prevention och vård i livets slutskede.

## Gerontologisk vård

Med gerontologisk vård avses ett specialområde inom vårdarbetet som strävar efter att uppnå och bevara välbefinnandet – hälsan och funktionsförmågan – hos äldre människor. I helheten gerontologisk vård ingår vårddetik och specialkompetens, där man utöver kunskap från vårdarbetet även utnyttjar gerontologisk expertis och arbetar i multiprofessionella team. Inom den gerontologiska vården tillämpas teoretisk kunskap om åldrande i vården av de äldre och målet är att främja och upprätthålla äldre människors hälsa samt vårda sjukdomar.

## Gerontologiskt socialt arbete

Gerontologiskt socialt arbete, det vill säga socialt arbete inom äldreomsorgen, är ett specialområde inom det sociala arbetet som strävar efter att förbättra de äldres funktionsförmåga, välfärd, livsmiljö, sociala förhållanden och en fungerande social gemenskap. Det gerontologiska sociala arbetet består av arbete som stöder kontrollen över livet och självbestämmanderätten. Målet är att klienten ska få nödvändiga tjänster och stödåtgärder inom det sociala arbetet och svara för beredningen och genomförandet av dessa.

## Geroteknologi

Geroteknologi är teknik som planerats för äldre människor. I planeringen kombineras gerontologisk och teknisk kunskap.

## Personaldimensionering på effektiverade serviceboenden, ålderdomshem och långtidsvården på hälsocentralsjukhus

Med personaldimensionering avses ett kalkylerat relationstal mellan personalen och klienterna eller patienterna som behöver vård. Om det vid en

enhet arbetar exempelvis 20 vårdanställda och det totala antalet klienter är 40, är det kalkylerade relationstalet mellan personalen och klienterna 20/40, det vill säga 0,5.

## Personaldimensionering inom hemvården

Personalens minimiantal inom hemvården fastställs genom att räkna ihop a) den servicetid (i timmar) som klienten har beviljats genom beslut (vårdbeslut inom hälsovården, förvaltningsbeslut inom socialvården) och b) den direkta klienttid som personalen har till sitt förfogande (i timmar). När antalet timmar som personalen kan använda som direkt arbetstid med klienter inom hemvården divideras med det genom beslut beviljade timantalet och multiplicerar resultatet med hundra, får man ett relationstal som anger hur stor del av den beviljade servicen som kan genomföras. Genom att dividera den servicetid som genom beslut har beviljats klienten med exempelvis det timantal som en hemvårdare kan använda får man reda på hur mycket personal som behövs.

## Behov av brådskande service

Enligt motiveringarna i äldreomsorgslagen finns det behov av brådskande service till exempel när tillståndet hos en äldre person som tidigare klarat sig på egen hand plötsligt försvagas så att han eller hon inte längre klarar sig utan hjälp. Brådskande service kan också behövas om en närstående vårdare som vårdat den äldre personen blir sjuk eller plötsligt avlider och den äldre personen står utan nödvändig vård. En äldre person kan också behöva brådskande hjälp när hans eller hennes hem förstörs, till exempel på grund av eldsvåda eller annan motsvarande olycka.

## Hemvård och klienter inom hemvården

Hemvården omfattar hemservice med stödtjänster och hemsjukvård med tillhörande rehabilitering. Regelbundna klienter inom hemvården är de klienter inom hemservicen/hemsjukvården som har en gällande service- och vårdplan oberoende av bostadsort.

I uppföljningsindikatorerna räknas som regelbundna klienter inom hemvården de klienter inom hemservice eller hemsjukvård som på registreringsdagen (30.11) har en gällande service- eller vårdplan eller som annars (utan serviceplan) regelbundet, minst en gång per vecka, får service. De personer som på registreringsdagen vårdas på institution eller omfattas av boendeservice räknas emellertid inte som klienter, fastän de skulle ha en gällande service- eller vårdplan.

## Tjänster som utförs i hemmet

Tjänster som utförs i klientens hem, antingen i det egna hemmet eller i en vanlig servicebostad, som är a) hemservice som kommunen ansvarar för eller stödtjänster i anslutning till denna, b) hemsjukvård och rehabilitering i hemmet som kommunen ansvarar för, c) stöd för närståendevård eller tjänster som stöder närståendevård, d) boende och tjänster som stöder boende i en vanlig (ej dygnet runt) servicebostad, e) övriga tjänster som nämns i serviceplanen och som ges i hemmet.

## Person som bor hemma

Med personer som bor hemma avses personer som inte är intagna på sjukhusens eller hälsovårdscentralernas långvårdsavdelningar, bor på ålderdomshem, i effektiviserat serviceboende, på handikappinstitutioner eller i assisterat boende för handikappade. I befolkningsstatistiken används uppgifterna från årets sista dag.

## Arbetsmetod som främjar rehabiliteringen

Målet med arbetsmetoder som främjar rehabiliteringen är att förbättra klienternas livsbalans och stöda klientens egna resurser att klara sig i vardagen. I bästa fall baserar sig arbetsmetoden på att klienten och arbetstagaren gemensamt arbetar för att uppmuntra klienten att fatta beslut om sina egna ärenden och tillsammans få till stånd en förändring i klientens livssituation och verksamhetsförutsättningar genom att stärka hans eller hennes funktionsförmåga och ansvarstagande. I arbetet används olika arbetsmetoder som främjar livsbalansen och hjälper klienten att klara sig på egen hand eller som stöder klienten att leva ett självständigt liv. Man kan tillsammans med den äldre personen tillreda en måltid, gå till butiken för att köpa de ingredienser som behövs för måltiden och tillsammans utföra andra vardagliga sysslor som klienten själv föreslår och har svårt att klara på egen hand, antingen på grund av kraftlöshet, problem med balansen eller på grund av andra orsaker. Verksamhet som främjar rehabiliteringen är en väsentlig del av hemvården och dygnet runt-servicen där klienter som behöver mycket hjälp och stöd även drar nytta av det regelbundna rehabiliterande verksamhets sättet.

## Rehabilitering

Rehabilitering är en systematisk, målinriktad och multiprofessionell verksamhet som vanligtvis utförs under en begränsad, men längre, tid. Målet

är att hjälpa den som är i behov av rehabilitering att återta kontrollen över sitt liv i sådana situationer där hans eller hennes möjligheter att klara sig och vara delaktig i den sociala gemenskapen av olika orsaker är hotade eller försvagade. Med tanke på personens vardag bidrar rehabiliteringen till att stöd och ordnande av verksamhetsförutsättningar. Rehabiliteringen omfattar olika tjänster, såsom rådgivning, terapi, utbildning, hjälpmedelstjänster och bostadsrenovering. Med rehabilitering strävar man efter att förbättra eller bevara personens funktionsförmåga och arbetsförmåga och hjälpa honom eller henne att klara sig så självständigt som möjligt i olika livssituationer. I rehabiliteringshelheten ingår både hälsovårds- och socialvårdstjänster och aktiviteten hos den som får rehabilitering och hans eller hennes närstående spelar en betydande roll i rehabiliteringen.

### *Öppen rehabilitering*

Öppen rehabilitering och olika former av terapi samt psykosocial verksamhet i samband med denna genomförs rehabiliteringsenheter eller verksamhetsutrymmen inom den offentliga, privata eller tredje sektorn, dit klienten kommer för individuell rehabilitering eller grupprehabilitering.

### *Rehabilitering i hemmet*

Rehabilitering som upprätthåller och främjar den psykosociala funktionsförmågan och rörelseförmågan genomförs i den äldre personens eget hem eller servicebostad. Träningen kan även göras utomhus eller i boende- eller livsmiljön. Rehabiliteringen i hemmet kan omfatta rörelser som genomförs individuellt och utvecklar muskelstyrkan, balansen och koordinationen. Med hjälp av dessa övningar stöds förmågan att klara av hushållssysslor. Med psykosocial rehabilitering strävar man efter att stöda växelverkan, sinnesstämningen, delaktigheten och de sociala relationerna, till exempel genom att diskutera, lyssna och uppmuntra till fritidsintressen och grupper genom att fungera i dessa sammanhang.

### *Rehabilitering på institution*

Rehabilitering på institution genomförs huvudsakligen på rehabiliteringsinstitutioner inom den privata eller tredje sektorn, på sjuk- och brödrahem för krigsinvalidier eller badinrättningar, men även social- och hälsovårdens enheter för vård dygnet runt ordnar rehabiliteringsperioder för klienterna. Under rehabiliteringsperioden får klienten kost och logi, och dess längd avgörs på

basis av en uppskattning av behovet. Exempelvis varar rehabiliteringsperioderna på institution för veteraner mellan 10 dygn och 4 veckor. En rehabiliteringsperiod på institution innehåller individuella träffar och gruppträffar, olika former av terapi och diskussion samt tid för fritidsintressen och rekreation. Rehabiliteringen är multiprofessionell.

### *Rehabilitering vid minnessjukdom*

Vid olika stadier av minnessjukdomar kan rehabilitering förbättra eller upprätthålla funktionsförmågan eller, vilket oftast är fallet, bromsa framskridandet av sjukdomen. Målet med rehabiliteringen är att optimera den minnessjukas självständighet och integritet, kontroll över livet, funktionsförmåga och välbefinnande. Utöver den som lider av minnessjukdomen har även hans eller hennes nära anhöriga en central roll i planeringen och genomförandet av en lyckad rehabilitering. Rehabiliteringen i sin helhet förutsätter att man lyssnar till den minnessjuka personens behov och önskemål samt att man tillsammans med personen stöder funktionsförmågan med beaktande av hans eller hennes förutsättningar. Rehabiliteringen riktas förutom till den fysiska även till den psykiska, sociala och kognitiva funktionsförmågan. Här innebär rehabilitering ett omfattande förhållningssätt till den minnessjukas problem.

### Kvalitet

Med kvalitet avses tjänstens kapacitet att systematiskt, effektivt, kostnads-effektivt och i enlighet med lagstiftningen svara på de servicebehov som bedömts vara ändamålsenliga för klienterna. I en kvalitetsutvärdering kan objekten indelas i struktur- och processfaktorer samt slutresultat. De strukturella faktorerna skapar förutsättningar för verksamheten. Till dessa hör exempelvis personalstyrka och personalstruktur, lednings- och arbetsfördelningspraxis och vårdmiljöer, och överlag faktorer som skapar förutsättningar för fungerande processer och därigenom effektfulla resultat. Processfaktorerna omfattar hela verksamhetsprocessen, från att klienten börjar utnyttja tjänsterna tills de har slutförts för klientens del. Processen utvärderas genom att fästa vikt vid verksamheten: är verksamheten sådan att den garanterar en effektiv vård och service av hög kvalitet för klienterna? Utvärderingen av slutresultaten visar huruvida målen uppnåtts: uppnåddes de förändringar i klientens tillstånd eller beteende som eftersträvades?

En högklassig service upprätthåller eller förbättrar klientens funktionsförmåga och ökar hälsofördelarna. Kvaliteten på långvariga tjänster är a) effektiv och trygg; b) klientorienterad och motsvarar klientens behov och c) välkoordinerad.

## Kvalitetsindikator

Information som berättar något om den aktuella verksamhetens kvalitet. Ibland används verbala beskrivningar som indikatorer, men vanligtvis strävar man efter bättre jämförelser och talvärden som beskriver kvaliteten. Talvärdena är vanligtvis relationstal, där täljaren beskriver antalet kvalitetshändelser (som man antingen eftersträvar eller försöker undvika) och nämnaren det tal som ställs i förhållande till täljaren, till exempel antalet vård dagar per år inom verksamhetsenheten. Synonym: kvalitetsmätare.

## Institutionsvård

Uppföljningsindikatorn för institutionsvård omfattar alla klienter som fyllt 75 år och vårdats på ålderdomshem och alla klienter som fyllt 75 år och vårdats dygnet runt på hälsovårdscentralernas långvårdavdelningar på registreringsdagen (31.12).

Vård på ålderdomshem är institutionsvård för äldre inom socialväsendet.

Långtidsvård på hälsovårdscentraler: I hälsovårdscentralernas institutionsvård ingår vård på avdelningar som leds av allmänläkare. Utöver de kommunala hälsocentralerna inkluderas också en del andra kommunala eller privata serviceproducenter som ansvarar för hälsocentralsverksamheten inom ett visst område. Vården är långvarig då klienten fått ett beslut om långtidsvård eller då klienten fått vård i mer än 90 dygn.

## Närståendevård och stöd för närståendevård

Med närståendevård avses att vården och omsorgen av den äldre, handikappade eller sjuka personen ordnas i hemförhållanden med hjälp av en anhörig eller annan närstående till personen som vårdas.

Med stöd för närståendevård avses det vårdarvode och den vårdservice som ges för att trygga vården och omsorgen av den äldre, handikappade eller sjuka personen i hans eller hennes hemförhållanden. Dessa fastställs i serviceplanen. Kommunen och vårdaren gör upp ett avtal om stöd för närståendevård. Som klienter som omfattas av stödet för närståendevård räknas de klienter som vårdats med hjälp av stöd för närståendevård under det senaste året.

## Serviceboende

Serviceboende omfattar alltid både boende (hyresavtal) och tillhörande vård- och omsorgstjänster. Sådana tjänster kan vara till exempel hemservice

och hygienjänster. En del av enheterna är servicehus, där klienterna har egna lägenheter och en del är exempelvis grupphem och småhus. I servicehelheten för vanligt serviceboende ingår inte ständig närvaro och övervakning dygnet runt av yrkesutbildad personal. Effektiverade serviceboenden övervakas dygnet runt och yrkesutbildad personal är ständigt närvarande.

Uppföljningsindikatorerna för effektiverat serviceboende innefattar de personer som är klienter på registreringsdagen (31.12).

## Servicehandledning

Servicehandledning är en klientorienterad arbetsform som betonar klientens intressen. Den avser både en metod inom klientarbetet (case management) och samordning av tjänsterna på organisationsnivå (service coordination). Servicehandledning är en arbetsmetod där tjänsterna samordnas för att stödja klienten och där nackdelarna med ett splittrat servicesystem minskas. Syftet med servicehandledningen är att identifiera klientens individuella behov och att tillhandahålla de tjänster och det stöd som klienten behöver. Den individuella servicehandledningens centrala innehåll är rådgivning, samordning samt att sköta eller hjälpa till med att sköta klientens ärenden. Detta är nära kopplat till individuell bedömning av servicebehovet samt planering och resurser.

## Servicestruktur

Servicestrukturen avser alla social- och hälsovårdstjänster som kommunen eller samarbetsområdet tillhandahåller och som svarar på en viss befolkningsgrupps servicebehov. Strukturen presenteras ofta i form av antalet tjänster som getts under året i förhållande till befolkningen.

## Serviceplan

Serviceplanen som föreskrivs *i äldreomsorgslagen* (17 §) motsvarar den plan som avses i 7 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården. Vid verkställandet av socialvård är hänvisningen till uppgiftsplanen motiverad för att tyngdpunkten vid en övergripande utredning av en äldre persons servicebehov och planering i enlighet med utredningen snarare ligger på socialvården än på hälso- och sjukvården, även om det oftast krävs ett gott samarbete mellan experter inom bägge områdena. Vid behov måste man även utarbeta en plan som avses i lagen om patientens ställning och rättigheter för klienten, helst i anknytning till den plan som avses i lagen

om klientens ställning och rättigheter inom socialvården. I den servicehelhet som beskrivs i planen kan olika kombinationer ingå, till exempel stöd för närståendevård, familjevård, hemservice med tillhörande stödtjänster såsom måltids-, städ- och transportservice, hemsjukvård, rehabilitering, hjälpmedelstjänster och serviceboende. I servicen kan även ingå vård på institution om villkoren i 14 § 1 mom. uppfylls. Äldre personer kan också behöva specialservice inom social- och hälsovården, såsom tjänster för personer med funktionsnedsättning, tjänster för vård av utvecklingsstörda samt tjänster inom missbrukarvård och mentalvård.

## Familjevård

Med familjevård avses enligt *socialvårdslagen* (25 §) ordnande av vård, fostran eller annan omvårdnad av en person dygnet runt utanför hans eget hem i ett privathem.

Målet med familjevården är att bereda den som är i familjevård möjlighet till vård under familjeliknande förhållanden och till nära människorelationer samt att främja hans grundtrygghet och sociala utveckling.

Familjevård ges den för vilken vård, fostran eller annan omvårdnad inte kan ordnas på ett ändamålsenligt sätt i hans eget hem eller genom utnyttjande av någon annan social- och hälsovårdsservice och som inte anses vara i behov av anstaltsvård.

## Patientsäkerhet

Med patientsäkerhet avses principer och verksamhetspraxis som används för att säkerställa att de social- och hälsovårdstjänster man erbjuder patienterna är säkra. I det här sammanhanget avser säker patientvård även säkerhet i förebyggande verksamhet, diagnostik, vård och rehabilitering. Läkemedels-säkerhet är en del av patientsäkerheten. Läkemedelssäkerheten inbegriper åtgärder för att förebygga, undvika och rätta till vårdskador i samband med användning av läkemedel.

## Funktionsförmåga

Med funktionsförmåga avses att en person klarar av de sysslor som är betydelsefulla och nödvändiga för honom eller henne i det dagliga livet i sin livsmiljö. Personens uppskattning av den egna funktionsförmågan har ett samband med hans eller hennes hälsa och sjukdomar, önskemål, inställning samt faktorer som påverkar hur han eller hon klarar av dagliga sysslor, ar-



bete, studier och fritid. För att man ska få en tillräckligt omfattande bild av personens funktionsförmåga som grund för utredningen av servicebehovet bör man vid utredningen beakta de olika dimensionerna av funktionsförmågan: den fysiska funktionsförmågan, den kognitiva funktionsförmågan, den psykiska funktionsförmågan och den sociala funktionsförmågan. Dessutom inverkar även faktorer som är förknippade med boende- och livsmiljön på funktionsförmågan.

## Direkt klienttid

Den direkta klienttiden består av vårdåtgärder, läkemedelsbehandlingar, arbetssätt som främjar rehabilitering samt bedömning av funktionsförmågan och servicebehovet hos den äldre personen samt uppdateringar av vård- och serviceplanen. Till den direkta klienttiden räknas även aktiviteter utanför hemmet (vistelse utomhus, butiksbesök, uträttande av ärenden) och registrering av klientuppgifter, om de görs tillsammans med klienten. Dessutom ingår även stödjande av klientens närstående vårdare, telefonkontakt och annan teknisk kontakt med klienten i den direkta klienttiden.

## Indirekt klienttid

Med indirekt klienttid avses restid, registrering av klientuppgifter och annat klientarbete på kontoret samt arbetsgemenskapens interna möten, utbildning och allmän rådgivning.

## BILAGA I SERVICEPROFILER 2000–2011 (75+, 80+, 85+)

<b>75 år fyllda</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Andelen 75 år fyllda som bor hemma (%)	89,8	89,6	89,5	89,6	
Andelen 75 år fyllda klienter som fick regelbunden hemvård 30.11 (%)		11,2	11,8	12,2	
Andelen 75 år fyllda (%) som fått stöd för närståendevård under året	3	3,7	4,2	4,4	4,5
Andelen 75 år fyllda klienter i effektiverat serviceboende för äldre 31.12 (%)	1,7	3,4	5,6	5,9	
Andelen 75 år fyllda (%) på ålderdomshem eller i långvarig institutionsvård på hälsocentral 31.12	8,4	6,8	4,7	4,4	
<b>80 år fyllda</b>					
Andelen 80 år fyllda som bor hemma (%)	84,4	84,4	85,0	85,1	
Andelen 80 år fyllda klienter som fick regelbunden hemvård 30.11 (%)	-	15,7	16,1	16,7	
Andelen 80 år fyllda (%) som fått stöd för närståendevård under året	-	-	-	-	5,4
Andelen 80 år fyllda klienter i effektiverat serviceboende för äldre 31.12 (%)	2,6	5,1	8,0	8,4	
Andelen 80 år fyllda (%) på ålderdomshem eller i långvarig institutionsvård på hälsocentral 31.12	12,9	10,3	6,8	6,2	
<b>85 år fyllda</b>					
Andelen 85 år fyllda som bor hemma (%)	76,6	76,1	77,6	77,8	
Andelen 85 år fyllda klienter som fick regelbunden hemvård 30.11 (%)	-	20,5	21,5	22,3	
Andelen 85 år fyllda (%) som fått stöd för närståendevård under året	5,3	6,0	6,0	6,1	6,2
Andelen 85 år fyllda klienter i effektiverat serviceboende för äldre 31.12 (%)	3,6	7,5	11,9	12,5	
Andelen 85 år fyllda (%) på ålderdomshem eller i långvarig institutionsvård på hälsocentral 31.12	19,6	16,1	10,3	9,4	

## BILAGA 2. ÖVRIGA ANVISNINGAR I ANSLUTNING TILL REKOMMENDATIONEN OCH UPPFÖLJNING AV GENOMFÖRANDET

Rekommendation	Övriga anvisningar i anslutning till rekommendationen som stöd för verkställandet	Uppföljning av genomförandet av rekommendationen
<b>DELAKTIGHET OCH AKTÖRSKAP</b>		
<p>Äldrerådets roll och verksamhetsförutsättningar bör förstärkas för att på ett mångsidigt sätt möjliggöra den äldre befolkningens delaktighet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012</a>, 11 § (äldreråd)</li> <li>• <a href="#">Kommunallagen 365/1995</a>, 27 § (möjligheter att delta och påverka), 29 § (information)</li> </ul> <p>Som stöd för verkställandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IKÅKASTE – ÄLDRE-KASTE -äldreomsorgslagens <a href="#">pilotprojekt</a> (på finska) (projektet avslutas i oktober 2013)</li> <li>• <a href="#">www.innokyla.fi</a> (på finska)</li> <li>• <a href="#">www.aijjoos.fi</a> (på finska)</li> <li>• <a href="#">www.eloisaika.fi</a> (på finska)</li> </ul>	<p>Finlands Kommunförbunds enkätmaterial 2013 (enkät som gjorts en gång, kan göras på nytt vid behov); producerar information om bland annat följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• det finns ett äldreråd: ja/nej</li> <li>• äldrerådets verksamhetsförutsättning är tryggade: ja/nej</li> <li>• äldrerådets roll ger en möjlighet att påverka: ja/nej</li> </ul> <p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• det finns ett äldreråd: ja/nej</li> </ul> <p><b>ATH-enkät</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Andelen som uppgav att de röstade i senaste kommunalval (%) 55–74-åringar, 75+ år</li> <li>• Genomsnittligt förtroende för beslutsfattandet i den egna kommunen på skalan 1–5</li> </ul> <p><b>Statistikcentralens valstatistik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• röstningsaktiviteten i olika åldrar</li> </ul>
<p>En äldre person ska ha möjlighet att delta i sitt samfunds verksamhet även när hans eller hennes funktionsförmåga är nedsatt.</p>	<p>Som stöd för verkställandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Webbplatsen Verktyg</a> (på finska)</li> <li>• <a href="#">Tillgänglighetsportalen Esteetön</a> (på finska)</li> <li>• <a href="#">Kamratlinjen (Vertaislinja)</a>, Alzheimer Centralförbundet (Muistiliitto) (på finska)</li> </ul>	<p><b>ATH-enkät</b></p> <p>(andelen i åldersgruppen 75+ kan separeras från resten av respondenterna); producerar information om bland annat följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• andelen som håller kontakt med personer utanför hemmet per telefon, per brev, via internet, ansikte mot ansikte</li> <li>• andelen som är aktivt delaktiga</li> <li>• andelen som minst en gång per vecka håller kontakt med vänner och släktingar utanför hemmet</li> <li>• andelen som vid behov kan lita på att få hjälp av anhöriga, närstående, vänner, grannar</li> </ul>
<p>Den äldre personen ska ha möjlighet att påverka planeringen, genomförandet och utvärderingen av de egna tjänsterna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012</a> 16 § (utredning av servicebehovet)</li> <li>• <a href="#">Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000</a></li> <li>• <a href="#">Lagen om patientens ställning och rättigheter 785/1992</a></li> </ul>	<p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen)</p>

Rekommendation	Övriga anvisningar i anslutning till rekommendationen som stöd för verkställandet	Uppföljning av genomförandet av rekommendationen
<b>BOENDE OCH MILJÖ</b>		
<p>Kommunerna inkluderar utvecklingen av en fungerande helhet för den äldre befolkningens boende, livsmiljö och service i planen som förutsätts enligt äldreomsorgslagen (5 §)...</p> <p>För att främja hemma-boende och förbereda sig för framtida utrymmesbehov ska kommunerna...</p> <p>I verksamhetsenheterna för vård dygnet runt...</p> <p>För att stöda den äldre befolkningens möjligheter att bo hemma förbinder sig kommunala/regionala aktörer till att främja principerna om en åldersvänlig kommun...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012</a>, 5 § (plan för att stödja den äldre befolkningen)</li> </ul> <p>Som stöd för verkställandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Statsrådets principbeslut om program för att förbättra äldres boende</a></li> <li>• <a href="#">Vård och omsorg dygnet runt. Promemorior av arbetsgruppen Ikähoiva (på finska)</a></li> <li>• <a href="#">Vwebbplatsen Verktyg</a> (på finska)</li> <li>• <a href="#">Tillgänglighetsportalen Esteetön</a> (på finska)</li> <li>• <a href="#">MinnesHemmet (MuistiKoti)</a> (på finska)</li> <li>• <a href="#">Opas ikääntyneen muistioireisen kodin muutostöihin</a></li> <li>• RT -kortti / palveluasuminen</li> <li>• <a href="#">Handbok för förändringsarbeten i hem för äldre personer med minnessymptom (Opas ikääntyneen muistioireisen kodin muutostöihin)</a> (på finska)</li> <li>• WHO: <a href="#">Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities (suomeksi Ikäystävällinen Kuopio -ohjelmasa, (Ett åldersvänligt Kuopio), bilaga 3)</a></li> </ul>	<p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ingår boende i den plan som förutsätts i 5 § i äldreomsorgslagen: ja/nej</li> </ul> <p><a href="#">Statistikcentralen/Statistik över bostäder</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antalet personer över 65 år som bor i hus med tre eller flera våningar utan hiss</li> </ul> <p><a href="#">FPA:s statistik över bostadsbidrag för pensionstagare</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pensionstagare som fått bostadsbidrag, % av hushållen</li> </ul> <p><b>ATH-enkät</b></p> <p>(andelen i åldersgruppen 75+ kan separeras från resten av respondenterna); producerar information om bland annat följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• andelen personer som är nöjda med förhållandena i sitt bostadsområde (%)</li> <li>• andelen personer som är nöjda med säkerheten i sitt bostadsområde (%)</li> <li>• andelen personer som störs av halkan på gångvägarna</li> <li>• andelen äldre personer som uppgett att de har fallit när de promenerar under de senaste 12 månaderna (%)</li> </ul> <p><a href="#">RAL-jämförelseutveckling – Institutet för hälsa och välfärd (på finska)</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• problem i hem- och boendemiljön hos klienter inom hemvården</li> <li>• att komma ut</li> <li>• mängden verksamhet som främjar rehabiliteringen</li> </ul>
<b>TRYGGANDE AV EN SÅ FRISK OCH FUNKTIONSDUGLIG ÄLDERDOM SOM MÖJLIGT</b>		
<p>Kommunen ska utarbeta en plan (5 § i äldreomsorgslagen) över sina åtgärder för att stödja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand...</p> <p>Kommunen ska stöda den äldre befolkningens funktionsförmåga och hälsa genom åtgärder som stärker...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012</a>, 5 § (plan för att stödja den äldre befolkningen)</li> </ul> <p>Som stöd för verkställandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Det nationella åtgärdsprogrammet för motion bland äldre</a> (på finska)</li> <li>• <a href="#">Programmet Kraft i åren – hälsomotion för äldre</a></li> <li>• <a href="#">Rådgivningstjänster för äldre och hembesök som främjar välbefinnandet – elektronisk handbok (länkåiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävä kotikäynnit -sähköinen käsikirja)</a> (på finska)</li> <li>• <a href="#">Bedömning av äldres rörelseförmåga</a></li> </ul>	<p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen)</p>

Rekommendation	Övriga anvisningar i anslutning till rekommendationen som stöd för verkställandet	Uppföljning av genomförandet av rekommendationen
<p>I kommunens service-utbud ska det finnas åtgärder som riktas till riskgrupper...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012, 12 §</a> (tjänster som främjar välbefinnande)</li> </ul> <p>Som stöd för verkställandet</p> <p><a href="#">Rådgivningstjänster för äldre och hembesök som främjar välbefinnandet – elektronisk handbok (läkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävä kotikäynnit -sähköinen käsikirja (på finska)</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Nationellt minnesprogram</a></li> <li>• <a href="#">Gruppstöd för att kontrollera symptomen vid långtidssjukdom och för att få vardagen att löpa: Energi för vardagen</a></li> <li>• <a href="#">Centralförbundet för de gamlas väl rf:s ystäväpiiri verksamhetsmodell vänkrets</a></li> </ul>	<p><a href="#">ATH-enkät</a> (andelen i åldersgruppen 75+ kan separeras från resten av respondenterna); producerar information om bland annat följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• upplevelse av ensamhet (%)</li> </ul> <p>Det behövs arbete för att utveckla indikatorer</p>
<p>Vid rådgivning och handledning måste yrkesarbetarna utöver den allmänna informationen om hälsa fästa särskild uppmärksamhet vid följande innehåll...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012, 12 §</a> (tjänster som främjar välbefinnande)</li> </ul> <p>Som stöd för verkställandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Nationellt minnesprogram</a></li> <li>• <a href="#">Kvalitetsrekommendationer om handledad hälsotion för äldre personer</a></li> <li>• <a href="#">Motion – God medicinsk praxis-rekommendation (på finska)</a></li> <li>• <a href="#">Näringsrekommendationer för äldre (på finska)</a> <a href="#">Rekommendationer för främjande av en trygg och regelbunden motion utomhus för äldre personer</a></li> <li>• <a href="#">Teknologi för äldre (Ikäteknologia) (på finska)</a></li> </ul>	<p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen samt <a href="#">statistikenkäten</a> som görs i kommuner med tre års mellanrum)</p> <p><a href="#">ATH-enkät</a> (andelen i åldersgruppen 75+ kan separeras från resten av respondenterna); producerar information om bland annat följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• andelen äldre personer som uppgett att de har fallit när de promenerat under de senaste 12 månaderna (%)</li> <li>• andelen äldre personer som aktivt har deltagit (minst en gång/vecka) i motions- eller idrottsföreningars verksamhet (%)</li> <li>• andelen äldre som inte klarar av att gå 500 meter (%)</li> <li>• andelen som upplever sin livskvalitet (WHOQOL-8) som i genomsnitt god (%)</li> <li>• personer som använder internet för att sköta ärenden elektroniskt</li> <li>• andelen som känner sig ensamma (%)</li> </ul> <p>Vaccinationstäckning/65+ befolkning Institutet för hälsa och välfärd</p> <p>THL:n <a href="#">undersökning om den pensionerade befolkningens hälsobeteende och hälsa (EVTK) (på finska)</a></p>
<b>RÄTT SERVICE I RÄTT TID</b>		
<p>Kommunen ska utarbeta och publicera grunder som är tillgängliga och förståeliga för den äldre befolkningen...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Socialvårdslagen 710/1982</a></li> <li>• <a href="#">Reform av socialvårdslagstiftningen. Slutrapport av arbetsgruppen för en reform av socialvårdslagstiftningen (lagförslag, 24 §)</a></li> </ul>	<p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen)</p>

Rekommendation	Övriga anvisningar i anslutning till rekommendationen som stöd för verkställandet	Uppföljning av genomförandet av rekommendationen
<p>Utredningen av servicebehovet ska genomföras på ett mångsidigt sätt, medtillförlitliga bedömningsmetoder och i samarbete med...</p> <p>Bedömningen ska ske i växelverkan med den äldre personen...</p> <p>Vid utredningen av servicebehovet bör uppmärksamhet fästas vid såväl nuvarande som eventuella framtida behov, i synnerhet vid följande helheter...</p> <p>Vid utredningen av servicebehovet ska även en medicinsk bedömning göras utan dröjsmål.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012</a> 15 §, 8 § (utredning av servicebehovet, språk som service ska tillhandahållas på)</li> <li>• <a href="#">Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000</a></li> <li>• <a href="#">Lagen om patientens ställning och rättigheter 785/1992</a></li> <li>• <a href="#">Hälsa- och sjukvårdslagen 1326/2010</a>, särskilt 8 §, 29 § &amp; 30 §</li> <li>• <a href="#">Social- och hälsovårdsministeriets förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses 341/2011</a></li> </ul> <p>Som stöd för verkställandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TOIMIA-nätverkets rekommendation <a href="#">Mätning av äldre personers funktionsförmåga i samband med bedömningen av servicebehovet</a> (läkkäiden henkilöiden toimintakyynn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä) (på finska)</li> <li>• IKÄKASTE – ÄLDRE-KASTE -äldreomsorgslagens <a href="#">pilotprojekt</a> (på finska) (projektet avslutas i oktober 2013)</li> <li>• <a href="#">Nationellt minnesprogram</a></li> <li>• Minnessjukdomar – <a href="#">God medicinsk praxis-rekommendation</a></li> <li>• <a href="#">Rehabiliteringshandbok för minnessjuka</a> (Kuntoutusopas muistisairaille) (på finska)</li> </ul>	<p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen samt <a href="#">statistikenkäten</a> som görs i kommuner med tre års mellanrum)</p> <p><a href="#">RAI-jämförelseutveckling – Institutet för hälsa och välfärd (på finska)</a></p> <p>Förutsätter att indikatorerna utvecklas (nationell och lokal nivå)</p>
<p>Serviceplanen ska vara aktuell samt omfatta alla tjänster som den äldre personen behöver...</p> <p>Serviceplanen ska stöda förvaltningen av servicehelheten för den äldre, en målinriktad rehabilitering och delaktighet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012</a>, 16 § (utredning av servicebehovet)</li> <li>• <a href="#">Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000</a></li> <li>• <a href="#">Lagen om patientens ställning och rättigheter 785/1992</a></li> </ul>	<p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen samt <a href="#">statistikenkäten</a> som görs i kommuner med tre års mellanrum)</p> <p><a href="#">RAI-jämförelseutveckling – Institutet för hälsa och välfärd (på finska)</a></p> <p>Förutsätter att indikatorerna utvecklas (nationell och lokal nivå)</p>

Rekommendation	Övriga anvisningar i anslutning till rekommendationen som stöd för verkställandet	Uppföljning av genomförandet av rekommendationen
<p>Den äldre personen ska få den service som han eller hon har beviljats.</p> <p>Servicesen ska grunda sig på vetenskaplig kunskap och god vård- och verksamhetspraxis.</p> <p>Den äldre personen ska vara genuint delaktig och hans eller hennes åsikter ska beaktas vid genomförandet av servicesen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012</a> 13 &amp; 14 § (allmänna principer för att tillgodose servicebehovet, principer för långvarig vård och omsorg) &amp; 18 § Beslut om beviljande av socialservice samt rätt till service</li> <li>• <a href="#">Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000</a></li> <li>• <a href="#">Lagen om patientens ställning och rättigheter 785/1992</a></li> <li>• <a href="#">Hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010</a>, 8 §</li> <li>• <a href="#">Social- och hälsovårdsministeriets förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses 341/2011</a></li> </ul> <p>Som stöd för verkställandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Nationellt minnesprogram</a></li> <li>• Minnessjukdomar – <a href="#">God medicinsk praxis-rekommendation</a></li> <li>• <a href="#">God terminalvård i Finland</a> - ETENE:s rekommendationer</li> <li>• Behandling av symtom hos den döende patienten – <a href="#">God medicinsk praxis-rekommendation</a></li> </ul>	<p><a href="#">Uppföljningsindikatorer för kvalitetsrekommendationen om vård och tjänster för äldre (2008)</a></p> <p><a href="#">RAL-jämförelseutveckling – Institutet för hälsa och välfärd (på finska)</a></p>
<p>Metoderna inom den psykosociala och medicinska rehabiliteringen ska stöda återställandet, bevarandet eller främjandet av funktionsförmågan samt den äldres aktörskap...</p> <p>Tillämpningen av arbetssätt som främjar funktionsförmågan och rehabiliteringen bör ökas både i hemvården och i effektiverade serviceboenden och institutionsvården...</p> <p>Rehabiliteringen av minnessjuka måste systematiskt ökas...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012</a> 5 § (plan för att stödja den äldre befolkningen), 10 § (expertis) &amp; 12 § (tjänster som främjar välbefinnandet)</li> <li>• <a href="#">Hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010</a>, 29 § (medicinsk rehabilitering)</li> <li>• <a href="#">Social- och hälsovårdsministeriets förordning om utlämning av hjälpmedel för medicinsk rehabilitering 1363/2011</a></li> </ul> <p>Som stöd för verkställandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Nationellt minnesprogram</a></li> <li>• <a href="#">God medicinsk praxis</a> -rekommendationer <ul style="list-style-type: none"> <li>• hjärninfarkt</li> <li>• höftfraktur</li> <li>• knä- och höftartros</li> <li>• minnessjukdomar</li> <li>• motion</li> </ul> </li> </ul>	<p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen samt <a href="#">statistikenkäten</a> som görs i kommuner med tre års mellanrum)</p> <p><a href="#">RAL-jämförelseutveckling – Institutet för hälsa och välfärd (på finska)</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mängd rehabiliterande arbete/enhet</li> <li>• förändringar i klienternas funktionsförmåga i grupper med olika servicebehov och på enhetsnivå</li> <li>• Personalenkäter</li> <li>• verksamhetsmodeller vid enheterna</li> <li>• ledningssätt</li> </ul> <p>Förutsätter att indikatorerna utvecklas (nationell och lokal nivå)</p>
<p>Läkemedelsbehandlingen ska genomföras enligt handboken <a href="#">Säker läkemedelsbehandling</a>...</p> <p>Vid ordinerings av läkemedel kan till exempel databasen för medicinering av äldre utnyttjas...</p>	<p>Som stöd för verkställandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Handboken Säker läkemedelsbehandling</a></li> <li>• <a href="#">Databas för medicineringen av äldre</a></li> <li>• <a href="#">Haiopro</a> System för rapportering av risksituationer inom hälso- och sjukvården (på finska)</li> </ul>	<p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen)</p> <p><a href="#">RAL-jämförelseutveckling – Institutet för hälsa och välfärd (på finska)</a></p>

Rekommendation	Övriga anvisningar i anslutning till rekommendationen som stöd för verkställandet	Uppföljning av genomförandet av rekommendationen
<p>Som en del av egenkontrollen ska kvaliteten på tjänsterna följas upp regelbundet genom användning av tillförlitliga bedömningsmetoder...</p> <p>Tjänsteleverantören ska regelbundet samla in respons från de äldre och deras anhöriga/närstående...</p> <p>Kvaliteten på servicen ska även följas upp med mätare som mäter klientens funktionsförmåga, säkerhet och välbefinnande...</p> <p>Kvalitetsrespons...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012</a>, 6 § (plan för att stödja den äldre befolkningen), 23 § (egenkontroll)</li> </ul> <p>Som stöd för verkställandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Egenkontroll inom privat socialservice</a></li> </ul>	<p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen)</p> <p><a href="#">RAL-jämförelseutveckling – Institutet för hälsa och välfärd (på finska)</a></p> <p><a href="#">Palveluvaaka</a></p> <p>Förutsätter att indikatorerna utvecklas (nationell och lokal nivå)</p>
<p>Servicestrukturen och serviceutbudet ska planeras så att det motsvarar kommuninvånarnas behov. ...</p> <p>Grupperna med det största servicebehovet måste på ett kontinuerligt sätt (med informationsstruktur) identifieras bland den äldre befolkningen.</p> <p>När man ställer upp mål ska servicestrukturen ses över som en helhet med beaktande av...</p> <p>När man ställer upp mål för den äldre befolkningens servicestruktur och följer dessa bör...</p> <p>Det riksomfattande målet fram till 2017 är</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012</a>, 5 § (plan för att stödja den äldre befolkningen), 13 § (allmänna principer för att tillgodose servicebehovet), 14 § (principer för långvarig vård och omsorg)</li> </ul> <p>Som stöd för verkställandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Vård och omsorg dygnet runt. Promemoria av arbetsgruppen lkähoiva</a> (på finska)</li> <li>• <a href="#">Nationellt minnesprogram</a></li> <li>• <a href="#">Statsrådets principbeslut om program för att förbättra äldres boende</a></li> </ul>	<p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen)</p> <p>SOTKANet, Institutet för hälsa och välfärd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Uppföljningsindikatorer för kvalitetsrekommendationen om vård och tjänster för äldre (2008)</a></li> <li>• servicebehov</li> <li>• servicestruktur</li> <li>• främjande av välbefinnande och hälsa</li> <li>• ekonomi</li> </ul> <p><a href="#">RAL-jämförelseutveckling – Institutet för hälsa och välfärd (på finska)</a></p> <p><a href="#">Terveys 2011 (på finska)</a>, Institutet för hälsa och välfärd</p> <p><a href="#">TEAvisari</a></p>



Rekommendation	Övriga anvisningar i anslutning till rekommendationen som stöd för verkställandet	Uppföljning av genomförandet av rekommendationen
<b>TRYGGANDE AV VÅRD OCH OMSORG</b>		
<p>Den direkta klienttiden måste systematiskt följas upp inom hemvården...</p> <p>Minimibehovet av hemvårdspersonal avgörs på basis av den arbetstid (i timmar) som behövs för att genomföra de tjänster som de äldre beviljats (i timmar)...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012</a>, 15 § (utredning av servicebehovet), 16 § (serviceplan), 18 § (beslut om beviljande av socialservice samt rätt till service), 20 § (personal)</li> <li>• <a href="#">Socialvårdslagen 710/1982</a></li> <li>• <a href="#">Hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010</a></li> <li>• <a href="#">Lagen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården 272/2005</a></li> <li>• <a href="#">Statsrådets förordning om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården 608/2005</a></li> <li>• <a href="#">Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994</a></li> <li>• <a href="#">Förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 564/1994</a></li> <li>• <a href="#">Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000</a></li> <li>• <a href="#">Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992</a></li> </ul> <p>Som stöd för verkställandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Valvira: Ohjeistus hoiva-avustajan työpaikoksen laskemisesta</a></li> </ul>	<p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen 2013, 2014)</p> <p>Kommunernas och verksamhetsenheternas verksamhetsstyrningssystem och andra uppföljningssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• uppföljning av den arbetstid personalen har till sitt förfogande</li> <li>• uppföljning av den tid hemvårdsklienterna har beviljats i serviceplanen</li> <li>• uppföljning av den tid som riktas till hemvårdsklienterna</li> <li>• uppföljning av hemvårdspersonalens direkta klienttid</li> <li>• vikarier som tjänsteleverantören har till sitt förfogande</li> </ul> <p>Förutsätter att indikatorerna utvecklas (nationell och lokal nivå)</p>
<p>Rekommendation om personalens absoluta minimiantal vid effektiverade serviceboenden och ålderdomshem...</p> <p>Utgångspunkten för personaldimensioneringen är alltid klienterna och deras behov...</p> <p>Det rekommenderade minimiantalet personal innebär en faktisk dimensionering där andelen frånvarande arbetstagare ersätts med vikarier...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012</a>, 15 § (utredning av servicebehovet), 16 § (serviceplan), 20 § (personal)</li> <li>• <a href="#">Socialvårdslagen 710/1982</a></li> <li>• <a href="#">Hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010</a></li> <li>• <a href="#">Lagen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården 272/2005</a></li> <li>• <a href="#">Statsrådets förordning om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården 608/2005</a></li> <li>• <a href="#">Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994</a></li> <li>• <a href="#">Förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 564/1994</a></li> <li>• <a href="#">Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000</a></li> <li>• <a href="#">Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992</a></li> </ul> <p>Som stöd för verkställandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Valvira: Anvisningar för beräkning av omsorgsassistenternas arbetsinsats (på finska)</a></li> </ul>	<p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen 2013, 2014)</p> <p><a href="#">RAL-jämförelseutveckling – Institutet för hälsa och välfärd (på finska)</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• den fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmågan, hälsotillståndet, andra faktorer som påverkar vården och behovet av hjälp</li> </ul> <p>Styrningssystem för verksamheten i kommunerna och verksamhetsenheter (uppföljning enligt verksamhetsenhet)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• faktisk personaldimensionering (vårdspersonal/klienter som får vård under uppföljningsperioden)</li> <li>• vikarier som tjänsteleverantören har till sitt förfogande</li> </ul> <p>Förutsätter att indikatorerna utvecklas (nationell och lokal nivå)</p>

Rekommendation	Övriga anvisningar i anslutning till rekommendationen som stöd för verkställandet	Uppföljning av genomförandet av rekommendationen
<p>En ansvarig arbetstagare ska utses...</p> <p>Behovet av en ansvarig arbetstagare ska bedömas...</p> <p>Den ansvariga arbetstagarens uppgift är...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012, 17 §</a> (ansvarig arbetstagare)</li> </ul> <p>Som stöd för verkställandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IKÅKASTE – ÄLDRE-KASTE -äldreomsorgslagens <a href="#">pilotprojekt</a> (på finska) (projektet avslutas i oktober 2013)</li> <li>• <a href="#">Verksamheten med klientansvariga inom hälsonyttomodellen för långtidssjukdomar</a> (på finska)</li> <li>• <a href="#">Minneskoordinator</a> (på finska)</li> </ul>	<p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen 2013, 2014)</p> <p>Lokal uppföljning av ansvarspersonernas antal, behörighet, arbetsbild och ansvar</p>
<p>Anhöriga och närstående tryggar vården och omsorgen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Nationellt utvecklingsprogram för närståendevården</a></li> </ul>	
<b>LEDNING</b>		
<p>Den strategiska ledningen inom kommunens social- och hälsovårdsväsende ansvarar för att kommunen har utarbetat den plan som äldreomsorgslagen (5 §) förutsätter...</p> <p>Den strategiska ledningen ansvarar för tillgången till tjänster som motsvarar de äldres servicebehov...</p> <p>Ledningen ansvarar för att se till att servicestrukturen och -utbudet fungerar...</p> <p>Den strategiska ledningen säkerställer att kommunen har tillgång till specialkompetens...</p> <p>Den strategiska ledningen ser till att kommunen och de verksamhetsenheter som producerar den service som kommunen ordnar tar i bruk...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012, 4 §</a> (samarbete), 5 § (plan för att stödja den äldre befolkningen), 6 § (utvärdering av servicens tillräcklighet och kvalitet), 7 § (tillgången till service och servicens tillgänglighet), 8 § (språk som service ska tillhandahållas på), 9 § (kommunens resurser) 10 § (expertis), 11 § (äldreråd), 12 § (tjänster som främjar välbefinnandet), 14 § (principer för långvarig vård och omsorg), 21 § (ledning)</li> </ul>	<p>THL:s utredningar (i synnerhet enkäter som gjorts med tanke på uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslagen)</p> <p>I framtiden KANTA-systemet</p>

Rekommendation	Övriga anvisningar i anslutning till rekommendationen som stöd för verkställandet	Uppföljning av genomförandet av rekommendationen
<p>De närmaste cheferna ansvarar tillsammans med sina anställda för att den äldre personens rättigheter förverkligas och att han eller hon är delaktig...</p> <p>De närmaste cheferna säkerställer att verksamhetsmodeller som främjar rehabiliteringen och funktionsförmågan genomförs vid varje verksamhetsenhet.</p> <p>De närmaste chefernas kompetens och involverande ledarskap ska utvecklas så att...</p> <p>Verksamhetsenhetens chefer och de närmaste cheferna säkerställer att egenkontroll genomförs systematiskt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012</a>, 19§ (kvaliteten på tjänsterna), 21 § (ledning), 23 § (egenkontroll)</li> <li>• <a href="#">Lag om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården 272/2005</a>, 10 § (ledarförmåga)</li> <li>• <a href="#">Statsrådets förordning om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården 608/2005</a></li> </ul> <p>Som stöd för verkställandet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Nätverket för ledarskapsutveckling – Social- och hälsovårdsministeriet</a></li> <li>• <a href="#">Nätverksledning</a> (på finska)</li> <li>• <a href="#">Egenkontroll inom privat socialservice</a></li> </ul>	<p>Lokal uppföljning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• enkäter för klienter, anhöriga och personal</li> <li>• enkäter om personalens arbetshälsa</li> <li>• personalens sjukfrånvaro</li> <li>• tillgången till personal</li> <li>• uppföljning av klientpåverkan med tanke på funktionsförmågan och den yrkesmässiga kvaliteten</li> </ul>
<p>På nationell nivå utvecklas fungerande uppföljningssystem för tjänster för äldre personer, vilket möjliggör jämförelser.</p>		<p>Uppföljning på nationell nivå</p>