



## Spetsprojekt

---

# Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras

Projektplan

## PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	14.7.2016
Författare	Uppdragsgivare
Päivi Voutilainen, Anja Noro, Satu Karppanen, Anne-Mari Raassina	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet

## Rapportens titel

Hemvården för äldre utvecklas och närstå-endevården för alla ålderskategorier förbättras

## Referat

■ Målet med spetsprojektet är att skapa jämlikare, bättre samordnade och kostnadsdämpande tjänster för äldre och närstående- och familjevårdare. Sammanlagt 30 miljoner euro finns till förfogande för att genomföra spetsprojektet 2016–2018. Servicen för äldre förnyas genom att man förbättrar verkställandet av lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (den s.k. äldreomsorgslagen 980/2012) och åtgärdar de kvalitetsbrister som undersökningar påvisar.

Servicehelheten för äldre förverkligas genom att man 1) i alla landskap tar i bruk en integrerad servicehelhet, 2) skapar och provar modellen för koncentrerad klient-/servicestyrning. För att utveckla hemvården för äldre 3) skapar, provar och förankrar man verksamhetsmodeller som utvecklar innehållet i hemvården och utveckla modeller för service och boende. Som stöd för närstående- och familjevården ordnas förberedelse och undersökningar av närstående- och familjevårdares välmående och hälsa, rehabilitering för närstående- och familjevårdare och för vårdbehövande, varierande vikariat för ledigheter och bildas regionala center för närstående- och familjevård.

De utvecklade verksamhetsmodellerna som ska förankras modelleras och ansökan till försöken öppnas. I uppföljningen av försöken och det regionala genomförandet utnyttjar man befintliga uppföljningsindikatorer, samlar in särskilda uppföljnings- och utvärderingsmaterial och utvärderar hur verksamhetsprocesserna lyckas. Man låter göra en extern utvärdering av spetsprojektets genomförande och effekter.

## Nyckelord

Äldre, närstående- och familjevårdare, hemvård

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2016:49

Övriga uppgifter

[www.stm.fi/svenska](http://www.stm.fi/svenska)

ISSN-L 2242-0037

ISSN 2242-0037 (online)

ISBN 978-952-00-3831-1

URN:ISBN:978-952-00-3831-1

<http://urn.fi/> URN:ISBN:978-952-00-3831-1

Sidoantal

39

Språk

Svenska



SOCIAL- OCH  
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

# INNEHÅLL

Sammandrag.....	4
1 SPETSPROJEKTETS MÅL OCH FÖRVÄNTADE RESULTAT .....	7
1.1 Bakgrund.....	7
1.2 Mål .....	7
1.3 Förväntade resultat.....	9
2 RIKTLINJER OCH PRINCIPER SOM STYR REFORMEN .....	11
3 CENTRALT INNEHÅLL I REFORMPROGRAMMET FÖR SPETSPROJEKTET..	15
3.1 En samordnad servicehelhet för äldre som regional verksamhetsmodell.....	15
3.2 Utvecklingen av verksamhetsmodeller för hemvård för äldre .....	16
3.3 Verksamhetsmodellen för närstående- och familjevård.....	17
3.4 Stöd för reformen och inriktad styrning.....	19
3.5 Uppföljning och utvärdering.....	20
4 KOMMUNIKATION OCH PÅVERKANSPLAN.....	22
5 RISKANALYS.....	23
6 FORTSÄTTNINGEN .....	24
7 BAKGRUND TILL SPETSPROJEKTET .....	25
7.1 Helhetsbild av servicen för äldre .....	25
7.2 Helhetsbild av närstående- och familjevården.....	25
BILAGOR .....	28
Bilaga 1 Centrala begrepp .....	28
Bilaga 2 Sektorsövergripande och gemensamt arbete i genomförandet av spetsprojektet..	30
Bilaga 3 Bakgrundsstatistik .....	32

## SAMMANDRAG

Regeringens spetsprojekt: Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras.

Ansvarig minister: familje- och omsorgsminister Juha Rehula, SHM.

Målet med spetsprojektet är att skapa jämlikare, bättre samordnade och kostnadsdämpande tjänster för äldre och närstående- och familjevårdare. De genomgående drivkrafterna i projektet är att öka de äldres delaktighet, att utnyttja potentialen med digitaliseringen, att leda genom information och att samarbeta sektorsövergripande. Även den snabba förändringen i verksamhetsmiljön, orsakad av till exempel invandring, är en faktor som måste beaktas i genomförandet av projektet. Sammanlagt 30 miljoner euro finns till förfogande för att genomföra spetsprojektet 2016–2018.

Spetsprojektet genomförs i en verksamhetsmiljö där social- och hälsovårdsreformen och regionförvaltningsreformen pågår, vilka förändrar hela servicesystemet. Ansvaret för att ordna tjänsterna håller på att flyttas över till landskapen. I och med reformen får klienterna större valfrihet samtidigt som styrningen och finansieringen av social- och hälsovården förändras. Spetsprojektet stödjer reformen av servicesystemet genom att producera innehåll till nya strukturer.

Service för äldre förnyas genom att man förbättrar verkställandet av lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (den s.k. äldreomsorgslagen 980/2012) och åtgärdar de kvalitetsbrister som undersökningar påvisar. Spetsprojektets huvudpunkter är att a) bilda en regional servicehelhet och en verksamhetsmodell för koncentrerad klient-/servicestyrning b) förnya innehållet i stödet och servicen för äldre, särskilt i hemvården, och förnya servicestrukturen som prioriterar hemvård och c) förbättra närstående- och familjevården och göra dessa servicealternativ mer attraktiva. Modellerna för närståendevård av barn och unga utvecklas i samarbete med spetsprojektet Program för utveckling av barn- och familjetjänster.

Servicehelheten för äldre förverkligas genom att man

1. i alla landskap tar i bruk och förankrar en integrerad servicehelhet för äldre och genom inriktad styrning påskyndar utvecklingsarbetet, som redan har inletts; här *utnyttjas de redan definierade och modellerade regionala servicehelheterna*
2. skapar och provar modellen för koncentrerad klient-/servicestyrning, som underlättar livet för dem som söker råd, hjälp, stöd och service, samt samordnar servicen och gör det smidigare att inrikta den enligt klienternas servicebehov.

För att utveckla hemvården för äldre

3. skapar, provar och förankrar man verksamhetsmodeller som utvecklar innehållet i hemvården och i övrig service som stödjer boende hemma.

Som stöd för närstående- och familjevården ordnas

4. förberedelse av närstående- och familjevårdare
5. undersökningar av närstående- och familjevårdares välmående och hälsa
6. rehabilitering för närstående- och familjevårdare och för vårdbehövande
7. varierande vikariat för ledigheter och
8. bildas regionala center för närstående- och familjevård.

De utvecklade verksamhetsmodellerna som ska förankras modelleras (SHM och Institutet för hälsa och välfärd, THL) och ansökan till försöken öppnas. Försöken inleds i oktober 2016. I uppföljningen av försöken och det regionala genomförandet utnyttjar man befintliga uppföljningsindikatorer, samlar in särskilda uppföljnings- och utvärderingsmaterial och utvärderar under hela projekttiden hur verksamhetsprocesserna lyckas. Alla relevanta intressenter infor-

meras om projektet via olika medier. Riskerna med projektet har analyserats och man förbereder sig på dem i förväg. Man låter göra en extern utvärdering av spetsprojektets genomförande och effekter.

### **Framtiden skapas nu – Finland 2025!**

*Digitaliseringen, ojämlikheten, befolkningens förändrade åldersstruktur, den ökade invandringen och brytningstiden inom offentlig service är faktorer och trender som förändrar samhället permanent. Den sociala och kulturella mångfalden ökar, människors behov blir mer varierande och förändras också över tid. Geografisk koncentration och urbanisering är sannolika trender, men fortfarande tillhandahålls service även till människor i glesbygdsområden.*

*Social- och hälsovården är integrerad i verksamhetsmiljön och våra möjligheter att få nödvändig social- och hälsovårdsinformation i rätt tid och på rätt plats har förbättrats väsentligt. Verksamhetsmiljön genomsyras av digitaliseringen där bl.a. framstegen inom automatisering och robotik hela tiden skapar nya möjligheter, men även hot.*

- *Tjänster som stödjer boende hemma och som erbjuder tidigt stöd och rehabilitering prioriteras i servicestrukturen för äldre. Dessa tjänster tillhandahålls av ett brett spektrum av olika aktörer. De social- och hälsovårdstjänster som äldre personer behöver, inklusive jour och specialiserad sjukvård, är flexibelt inriktade och samordnade enligt klientens servicebehov och tjänsternas effekt utvärderas regelbundet. Man förlitar sig på tjänster som stödjer boende hemma och de är attraktiva.*

#### *I verksamhetsmiljön*

- *betraktas äldre personer som en respekterad samhällsresurs*
- *är allt fler klienter äldre personer*
- *prioriteras tjänster som stödjer boende hemma i utvecklingen av servicen och i servicestrukturen*
- *får äldre personer vägledning i rätt tid för att lösa sina servicebehov och ges de valfrihet och möjlighet att delta i planeringen av sin egen service*
- *är servicehelheten för äldre som behöver mycket service samordnad som en del av klient-/servicestyrningen och de äldre har tilldelats en servicesamordnare*
- *befinner sig allt fler klienter i en situation där klientens problem består av flera nivåer, delvis redan generationsöverskridande, och kan lösas endast genom att flera yrkesutbildade inom social- och hälsovården samarbetar*
- *har sjukdomsspektrumet blivit mer varierande, vilket är en utmaning för de yrkesutbildades kompetens*
- *är de yrkesutbildades roll att å ena sidan fungera som en hälso- och friskvårdscoach och se till att klienten upprätthåller sitt välmående, till exempel genom egenvård, i syfte att öka de optimala hälsofördelarna och funktionsförmågan, å andra sidan säkerställa god vård i livets slutskede*
- *finns det fler närstående- och familjevårdare och dessa serviceformer har blivit betydligt vanligare*
- *är servicemiljön allt oftare klientens/patientens hem*
- *är vårdperioderna på sjukhusen allt kortare och därför utgör klientens övergångsperioder, ”gråzonerna”, ett särskilt utvecklingsområde där hoten mot kvaliteten och effekten är som störst*
- *används evidens mer än idag som stöd för arbete och ledning*
- *är landskapen, kommunerna och deras bostadsområden äldrevänliga.*

# 1 SPETSPROJEKTETS MÅL OCH FÖRVÄNTADE RESULTAT

## 1.1 BAKGRUND

Målet med spetsprojekten som statsminister Sipiläs regering står bakom är att förankra permanenta reformer genom treåriga investeringar. I spetsprojektet Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras skapas jämlikare, bättre samordnade och kostnadsdämpande tjänster för äldre och närstående- och familjevårdare. Sammanlagt 30 miljoner euro finns till förfogande för att genomföra spetsprojektet 2016–2018.

Spetsprojektet är befogat eftersom servicesystemet för äldre är splittrat, dess struktur inte har förnyats enligt medborgarnas önskemål, god praxis har spridits långsamt och de regionala skillnaderna är fortsatt stora. Därför uppfylls de äldres behov inte på ett jämlikt sätt och den nuvarande servicestrukturen är dessutom dyr kostnadsmässigt. Det är absolut nödvändigt att servicen för äldre förnyas till struktur och innehåll.

Stödet för närståendevård utnyttjas i stor utsträckning, men stödet varierar regionalt och utbudet av stödtjänster är för litet och ensidigt. Ordnandet av ledigheter för närståendevårdare är bristfälligt och vikariearrangemangen uppfyller inte klienternas behov. Familjevård har inte etablerats i servicesystemet, även om det finns potential att öka familjevården särskilt för äldre personer.

I spetsprojektet förnyas servicen för äldre genom att man förbättrar verkställandet av lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (den s.k. äldreomsorgslagen 980/2012) och åtgärdar de kvalitetsbrister som undersökningar påvisar.

Spetsprojektet genomförs i en verksamhetsmiljö där social- och hälsovårdsreformen och regionförvaltningsreformen pågår, vilka förändrar hela servicesystemet. I och med reformen får klienterna större valfrihet samtidigt som styrningen och finansieringen av social- och hälsovården förändras. Spetsprojektet stödjer reformen genom att producera innehåll till nya strukturer. De tillvägagångssätt som visar sig vara effektiva i projektförsöken förankras baserat på de regionala behoven i olika verksamhetsmiljöer genom inriktad styrning. Med de nya metoderna säkerställer man att varaktigt finansierade tjänster genomförs effektivt.

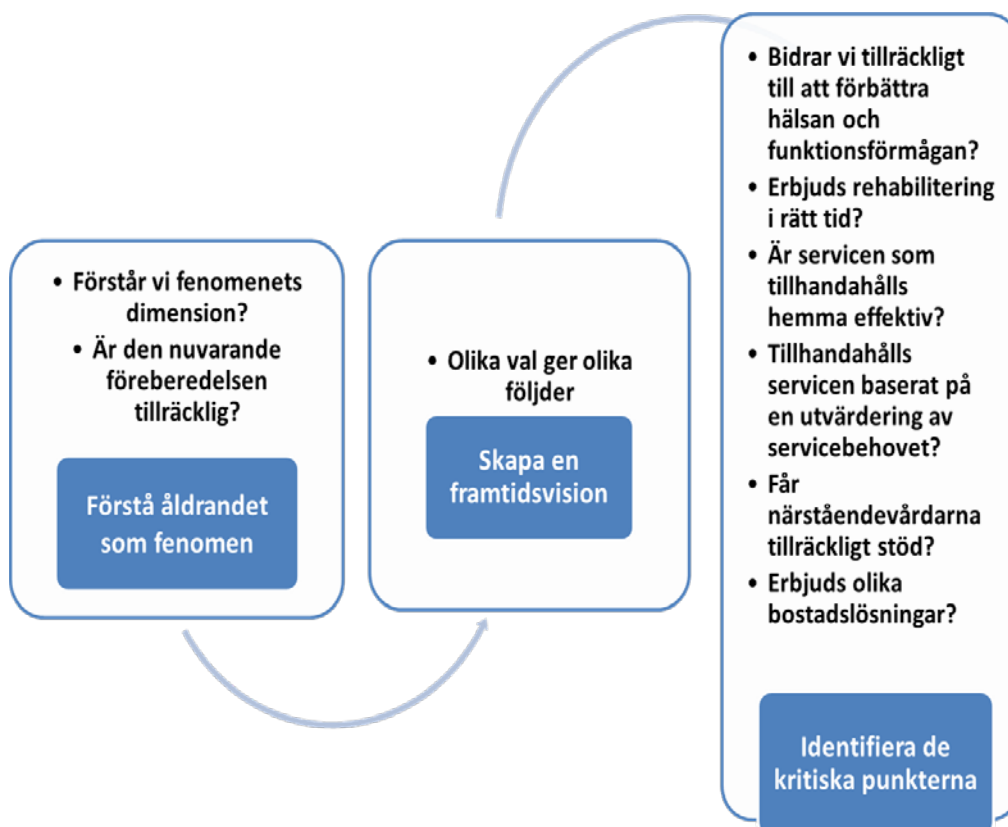
## 1.2 MÅL

En förutsättning för att vi ska nå den förändring som spetsprojektet eftersträvar är att vi förstår befolkningens förändrade åldersstruktur som fenomen och dimensionen av förändringen. En av de viktigaste förberedande åtgärderna i det åldrande Finland är att trygga en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt. Eftersom alla äldre personer bor i en kommun är förutsättningarna för en smidig vardag för de äldre beroende av hur väl kommunen sköter kommuninvånarnas välfärd (bl.a. bostadspolitik, närservice, kultur-, motions-, fritids- och utbildningstjänster, stöd till organisationer och föreningar, trafikplanering, planläggning och transportservice – med andra ord hur äldrevänlig kommunen är). Hur kommunernas näringslivspolitik främjar företagandet har också en stor betydelse.

En förutsättning för att trygga en god ålderdom är att strukturerna förändras, eftersom det inte är ekonomiskt hållbart att upprätthålla ett servicesystem som liknar det nuvarande. För att lyckas omstrukturera servicen krävs dels en innehållsmässig förändring av servicen, dels kompetensutveckling och omfattande samarbete bland dem som arbetar med äldre personer.

I centrum för reformen står en gemensam syn på sakförhållandet – en gemensam lägesbild av vad man strävar efter, på vilka grunder och hur reformen ska genomföras. Som stöd för målsättningen finns det tillgång till ”specificerad information”. Aktören som ordnar tjänster ska kunna svara på följande frågor:

- Bidrar de nuvarande och planerade åtgärderna tillräckligt till att upprätthålla och förbättra de äldres hälsa och funktionsförmåga?
- Erbjuds rehabilitering i rätt tid?
- Är utbudet av service som tillhandahålls hemma effektivt?
- Får närstående- och familjevårdarna tillräckligt stöd?



Den service som äldre personer behöver utgör en omfattande helhet bestående av bl.a. förebyggande och rehabiliterande tjänster, olika tjänster som stödjer boende hemma och hemvård, stöd för närståendevård och olika förmåner, hälso- och läkartjänster och tjänster inom specialiserad sjukvård. Om inte de äldres dolda servicebehov identifieras och utvärderas i god tid belastas i synnerhet sjukhusens joutenheter och samjourer. Utskrivning från sjukhuset – liksom andra övergångar – försämrar servicens kvalitet och effekt avsevärt om den fortsatta vården inte är samordnad och om den inte bedrivs genom systematiskt samarbete. Sammanjämkningen och den övergripande samordningen av social- och hälsovårdstjänsterna är oerhört viktig för servicehelheten för äldre.

I spetsprojektet skapas resultat från undersökningar, utvecklingsprojekt och försök genom att man tillsammans med äldre personer, klienter, kommuner, aktörer som ordnar service, offentliga och privata serviceproducenter samt organisationer och församlingar använder servicehelheten för äldre, som är klientorienterad, kostnadseffektiv och väl samordnad. I den förnyade strukturen prioriteras tjänster som stödjer boende hemma och multiprofessionell rehabilitering har en betydligt större roll i den helhet av tjänster som tillhandahålls hemma. I spetsprojektet främjas tjänster som förbättrar funktionsförmågan och hälsan hos äldre personer. Parallellt med detta utvecklas boendalternativ och prognoser i samarbete med miljöministeriet.



Spetsprojektets huvudpunkter är alltså att

- a) bilda en regional servicehelhet och en verksamhetsmodell för koncentrerad klient-/servicestyrning
- b) förnya innehållet i stödet och servicen för äldre, särskilt i hemvården, och förnya servicestrukturen
- c) förbättra närstående- och familjevården och göra dessa servicealternativ mer attraktiva.

Möjligheterna för män och kvinnor i arbetsför ålder att vårda anhöriga förbättras med hänsyn till könsperspektivet. Beträffande närståendevården inriktas projektet till alla ålderskategorier. Modellerna för närståendevård av barn och unga utvecklas i samarbete med spetsprojektet Program för utveckling av barn- och familjetjänster.

### 1.3 FÖRVÄNTADE RESULTAT

Den tidsbestämda finansieringen av spetsprojektet erbjuder en unik möjlighet att genomföra strukturreformen på ett effektivt sätt: genom nationellt inriktad styrning, informationsbaserat ledarskap och samarbete där de olika aktörernas expertis och erfarenheter utnyttjas. Som stöd för dessa metoder finns nu för första gången ett omfattande kunskapsunderlag till förfogande. Spetsprojektets åtgärdshelhet är en tidsbegränsad investering som används för att säkerställa en permanent förändring, besparingar genom verksamhetseffektivisering och en dämpad kostnadsökning.

Projektet skapar ett äldrevänligt samhälle där det är bra för äldre personer att leva och bo.

När spetsprojektet avslutas 2019:

1. De äldres delaktighet har ökat och deras möjligheter att påverka i landskapen har tryggats.
2. För de äldre har reformen inneburit ökad jämlikhet, bättre och mer flexibelt inriktade tjänster och ett minskat behov av dygnetruntvård (serviceboende med heldygnssomsorg och institutionsvård). Detta har lett till en ökning av framför allt verksamhet och tjänster som främjar funktionsförmåga och rehabilitering.
3. Den samordnade servicehelheten för äldre är på väg att förankras regionalt – i helheten prioriteras tjänster som stödjer boende hemma och spektrumet av boendialternativ har blivit mer varierat.
4. I centrum för den samordnade servicehelheten står koncentrerad klient-/servicestyrning och med hjälp av den kan man på ett bättre sätt inrikta tjänster till äldre enligt bedömningen av deras servicebehov. Tjänsterna produceras av offentliga och privata serviceproducenter, organisationer, församlingar och olika frivilliga aktörer.
5. Klient-/servicestyrelsens främsta uppgift är att samordna servicehelheten för den äldre och utvärdera dess effekt. Klient-/servicestyrelsen fungerar i nära samarbete med olika tjänster. Serviceprocesserna och informationsutbytet med sjukhusvården på bas- och specialnivå och jourtjänsterna är smidiga.
6. Innehållet i hemvården och i tjänsterna som stödjer boende hemma har ändrats så att verksamhetsmodeller som främjar funktionsförmåga och rehabilitering används i stor omfattning. Processerna inom hemvården har blivit mer effektiva och flexibla.
7. Läkartjänsterna som stödjer boende hemma fungerar väl och både hemsjukvård och tjänster som stödjer vård i livets slutskede kan tillhandahållas hemma.
8. Välmåendet och jämlikheten bland närstående- och familjevårdarna och personerna som de vårdar har ökat. De mångsidiga tjänsterna som stödjer närståendevården är bättre på att uppfylla behoven hos olika typer av familjer där närståendevård tillämpas.
9. Närstående- och familjevården har ökat (särskilt familjevården av äldre) och dessa serviceformer har blivit en etablerad del av servicestrukturen. Detta har lett till ett minskat behov av dygnetruntvård (serviceboende med heldygnssomsorg och institutionsvård).

10. Reformåtgärderna har gjort närstående- och familjevården mer attraktiv och gjort det enklare för personer i arbetsför ålder att kombinera närståendevård med arbete.
11. Center för närstående- och familjevård är verksamma i stor omfattning i hela Finland.

## 2 RIKTLINJER OCH PRINCIPER SOM STYR REFORMEN

Riktlinjerna som styr den reform som spetsprojektet innebär samt målen och metoderna som följer av riktlinjerna säkerställer att det som står i regeringsprogrammet om ökad jämlikhet, bättre samordning av servicen och dämpad kostnadsökning uppfylls. Den äldre befolkningen och klienterna som använder de olika tjänsterna står i centrum för reformen. De är med och dels planerar och genomför de egna tjänsterna enligt sina resurser, dels utvecklar tjänsterna och planerar boendialternativ. Centrala begrepp förklaras i bilaga 1.

De genomgående temana är att öka de äldres delaktighet, samarbeta sektorsövergripande, utnyttja digitaliseringen och leda genom information. Förändringar i verksamhetsmiljön, såsom invandring, beaktas i utvecklingsarbetet.

### De äldres delaktighet i spetsprojektet

En genomgående princip i spetsprojekt är ett mångsidigt säkerställande av de äldres delaktighet så att äldre personer får sin röst hörd i utvecklingsarbetet. För att säkerställa delaktigheten har man utarbetat god praxis som tillämpas i projektet. Projektet främjar uppkomsten av praxis där olika aktörer och generationer möter varandra och kan lära av varandra.

De äldres delaktighet innefattar också eget ansvar för att upprätthålla den egna hälsan och funktionsförmågan samt valen som var och en gör och som påverkar det egna åldrandet. För att åldrandet ska betraktas som en normal livsfas som man måste förbereda sig inför på många sätt, krävs en attitydförändring i alla åldersgrupper. De äldres delaktighet främjas också genom att man utarbetar verksamhetsmodeller som stödjer valfrihet.

För äldre och erfarenhetsexperter ordnas t.ex. följande gemensamma forum:

- regelbundna möten med äldreråden
- samarbete med de klient-/medborgarråd som skapas för projektet
- samarbete med befintliga råd, till exempel Muistiaktiivit<sup>1</sup> och närstående vårdens klientråd.

Spetsprojektets grundläggande utgångspunkt är att de äldre inte utgör en homogen grupp. Inom gruppen finns personer i mycket varierande ålder (för närvarande 63–110 år) och män och kvinnor med olika behov, varav en stor del är friska och i god kondition. Endast var fjärde person som har fyllt 75 år använder service regelbundet. Det finns aktiva ”grå pantrar” och äldre personer som på grund av begränsad funktionsförmåga eller funktionsnedsättning inte kan delta i verksamhet inom sitt samfund eller i samhället utan stöd. Det finns äldre som är lyckligt lottade och äldre som är utslagna. Det finns också äldre som tillhör olika minoriteter och som har olika etnisk bakgrund. Ett äldrevänligt samhälle beaktar den brokiga mångfalden i sin verksamhet och möjliggör olikartad delaktighet.

### Sektorsövergripande samarbete inom spetsprojektet

Viktiga samarbetspartner inom projektet är de kommuner/regioner som ordnar service, de offentliga och privata serviceproducenterna, FoU-aktörerna, den mångsidiga gruppen av organisationsaktörer och framför allt de äldre och närstående- och familjevårdarna som deltar i projektet på olika sätt. Samarbetet mellan ministerierna intensifieras avsevärt.

<sup>1</sup> Alzheimer Centralförbundet: En expertgrupp för personer med minnessjukdomar och deras anhöriga. Mer information på finska: <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistiliitto/sairastuneiden-ja-lajeisten-tyoryhma/>

Spetsprojektet om att utveckla hemvården för äldre och förbättra närståendevården för alla ålderskategorier genomförs i samarbete med regeringens övriga spetsprojekt och med särskilt beaktande av

- social- och hälsovårdsreformen (SHM) och regionförvaltningsreformen (SHM)
- spetsprojektet Kundorienterad service (SHM)
- spetsprojektet Ett program för utveckling av barn- och familjetjänster (SHM)
- spetsprojektet Hälsa och välfärd ska främjas och ojämlikheten bli mindre (SHM)
- spetsprojekten om digitalisering (FM, KM, SHM)
- spetsprojektet Kommunernas utgifter minskas genom färre uppgifter och skyldigheter (FM)
- spetsprojektet Införande av en försökskultur och planen för öppen förvaltning (FM, SRK).

Det faktum att ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster överförs till landskapen, att klienterna ges ökad valfrihet och att kommunernas uppgifter blir annorlunda till följd av dessa förändringar, skapar en ny slags verksamhetsmiljö för mångproducerad service där det finns ett helt nytt behov av att samordna servicen. Främjandet av hälsa och välfärd samt boendet kommer även i fortsättningen att ingå i kommunernas uppgifter. Det här är fråga om en stor reform som berör många förvaltningsområden och som i detta skede kräver en starkare nationell styrning och tidsbestämda satsningar på att bygga upp en servicehelhet, skapa modeller och möjliggöra kommunförsök. Ministerierna (bilaga 2) är viktiga samarbetspartner i projektet eftersom nästan alla har pågående verksamhet som tryggar möjligheterna för äldre att bo hemma och skapar förutsättningar för ökad närstående- och familjevård.

Reformen samordnas med förnyelser inom övriga förvaltningsområden, till exempel

- förutsätter utvecklingen av boendeanternativ som stödjer boende hemma för äldre ett nära samarbete med miljöministeriet i genomförandet av programmet för att förbättra äldres boende (tillgängligheten i bostäder, byggandet av hissar, säkerheten i bostadsmiljöerna, utvecklingen av nya modeller där boende och service kombineras: minnes- och familjevårdsbyar och servicekvarter)
- möjliggörs de äldres delaktighet tillsammans med kommunikationsministeriet (trafikarrangemang och digitalisering) och finansministeriet (öppen förvaltning som stödjer äldres)
- delaktighet, gemensamma medborgar-/klientråd m.m.)
- tryggas de äldres säkerhet tillsammans med inrikesministeriet (brand- och räddningsväsendet)
- kan arbetsfördelningen för dem som arbetar inom äldreomsorgen utvecklas i samarbete med undervisnings- och kulturministeriet och arbets- och näringsministeriet (bl.a. genom ökad utbildning av omsorgsassistenterna och mångsidigare kompetens).

### Digitalisering i spetsprojektet

Digitaliseringens största utmaning just nu är att de elektroniska tjänsterna och teknologilösningarna är splittrade. Kärnan i utvecklingsarbetet bör vara att ta fram lösningar som gör att elektroniska tjänster och olika teknologilösningar som stödjer boende hemma kan bilda en helhet som i stor utsträckning förser klienten, de närstående och den yrkesutbildade personalen med information och är till nytta för dem. Därigenom blir de olika parternas resurser tillgängliga för klienten på bästa sätt.

Digitaliseringen av den offentliga servicen är ett genomgående tema i spetsprojektet. Digitaliseringen och utvecklingen av välfärdsteknologin gör det möjligt att ta i bruk nya typer av elektroniska tjänster dels i förnyelsen av serviceprocesserna, dels i medborgarens egenvård

och nyttjande av information. Tjänsterna baseras på en nationell övergripande arkitektur, öppna gränssnitt och användandet av gemensamma datalager (Kanta och Kansa).

I projektet utnyttjas möjligheterna med digitaliseringen och välfärdsteknologin.

- Väl genomförd digitalisering gör det möjligt för äldre och deras närstående att
  - utföra ärenden elektroniskt hos olika serviceproducenter oberoende av bostadsort
  - använda elektroniska egenvårdstjänster och hantera sina egna uppgifter (Mina Kantasidor), vilket hjälper individen att förebygga hälsoproblem, att själv utvärdera sitt servicebehov och att klara sin livssituation på egen hand
  - använda tillförlitlig välfärdsinformation för att få kontroll över livet och främja sin egen eller en närståendes välbefinnande
  - utvärdera sin funktionsförmåga och sitt servicebehov
  - bo hemma genom teknologi som ökar trygghetskänslan och andra geroteknologiska lösningar.
- För yrkesutbildade personer erbjuder digitaliseringen bl.a.
  - gemensamma klient- och patientdatasystem som stöd för att styra och följa upp servicen
  - smidigare arbete och möjlighet till distansstöd
  - distansteknik för att skaffa medicinsk kompetens och annan specialkompetens
  - lokaliseringsteknologi för att övervaka att minnessjuka rör sig tryggt
  - ”serviceplattformar” som kombinerar flera olika tekniska lösningar.

Spetsprojektet har utsetts en ”fadder för den övergripande arkitekturen”, som har till uppgift att under projektiden se till att mervärdet av digitaliseringen tas i bruk inom projektet. Vid behov hjälper faddern till att modellera projektets delhelheter genom metoden för den övergripande arkitekturen och informerar projektet om befintliga eller planerade elektroniska tjänster och datalager. När arbetet med spetsprojekten har gått framåt skapar man sig en gemensam bild av spetsprojekten. I synnerhet försöker man identifiera kopplingar mellan verksamhetsmodeller och processer samt gemensamma elektroniska tjänster eller datalager.

I samband med planeringen av verksamhetsmodellerna för servicehelheten för äldre och för närstående- och familjevården skapar man beskrivningar av modellernas övergripande arkitektur. Med denna metod beskrivs verksamhetsprocesserna för servicen och vården samt de datasystemlösningar som stödjer processerna som en interoperabel helhet. Modelleringen görs i samband med att verksamhetsmodellerna planeras i början av projektet och beskrivningarna av den övergripande arkitekturen uppdateras när verksamhetsmodellerna vidareutvecklas utifrån erfarenheterna från försöken. Med hjälp av beskrivningarna av den övergripande arkitekturen planerar man hur befintliga datasystemlösningar ska utnyttjas i servicehelheten för äldre och i närstående- och familjevården. Planeringen modelleras separat. Därtill styr den övergripande arkitekturen utvecklingen av nya datasystemlösningar som uppfyller verksamhetsbehoven.

### Ledning genom information i spetsprojektet

Kommunerna, samkommunerna och landskapen styrs informationsbaserat. Här utnyttjas tidigare erfarenheter från hösten 2014 då äldreomsorgslagen och det strukturpolitiska programmet verkställdes genom preciserad styrning (SHM och THL).

Rent konkret genomförs styrningen i form av regionala utvecklingsworkshopar med de centrala tjänsteinnehavarna som utvecklar servicen för äldre och närstående- och familjevår-

den i regionen samt med andra aktörer som politiska beslutsfattare, experter och representanter för personal, äldre och närstående- och familjevårdare.

Den inriktade styrningen utnyttjar all tillgänglig information om regionen på ett mångsidigt sätt. I detta spetsprojekt innebär stöd genom information i synnerhet att man

- i syfte att uppfylla målen styr kommunerna/landskapen preciserat genom att skapa regionprofiler; styrningen baseras på analyserad information om regionen där alla ändamålsenliga datalager som finns tillgängliga har utnyttjats
- behandlar åtgärderna för att uppfylla målen i workshopar tillsammans med kommunernas/landskapens aktörer
- anpassar reformen efter kommunens/landskapets förutsättningar med sikte på framtiden genom att utnyttja förändringsledningsexpertis
- tillämpar modellen för preciserad styrning som utvecklades under arbetet med att verkställa äldreomsorgslagen och det strukturpolitiska programmet. Modellen, som visat sig vara ett lovande arbetsredskap, innebär öppen och interaktiv, preciserad styrning där lokal historia och särskilda omständigheter samt kommunernas/regionernas styrkor beaktas.

### 3 CENTRALT INNEHÅLL I REFORMPROGRAMMET FÖR SPETSPROJEKTET

I reformen inom spetsprojektet *Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras* genomförs följande helheter:

1. En samordnad servicehelhet för äldre och en verksamhetsmodell för koncentrerad kund-/servicestyrning modelleras och förankras.
2. Verksamhetsmodeller för hemvården för äldre utvecklas i syfte att förbättra hemvårdens kvalitet och effekt.
3. Verksamhetsmodeller för förbättrad närståendevård för alla ålderskategorier förankras.

I utvecklingen av hemvården för äldre skapas centrala, gemensamma verksamhetsmodeller för att öka närstående- och familjevården. De detaljerade planerna för genomförandet av projektets olika delområden behandlas var för sig.

#### 3.1 EN SAMORDNAD SERVICEHELHET FÖR ÄLDRE SOM REGIONAL VERKSAMHETSMODELL

##### Servicehelheten

Det finns redan modeller för samordnade servicehelheter för äldre (t.ex. i Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt Eksote och Kajanalund). Motsvarande integrerade helheter som beaktar de regionala särdragen förankras i alla landskap under projekttiden. En samordnad servicehelhet säkerställer produktion av jämlika, klientorienterade och högklassiga tjänster som utgår från klienternas servicebehov. Fokus ligger på service som både ger klienten mer värde och som skapar kostnadseffektivitet genom att man samarbetar i produktionen av tjänster, kombinerar olika typer av kompetens och samordnar olika aktörers tjänster. Särskild uppmärksamhet riktas också mot social- och hälsovårdens gemensamma klienter som använder många tjänster, varav många är äldre personer. I den äldre klientens vardag står stödet i centrum för verksamheten. De centrala aktörerna i genomförandet av reformen är de äldre, deras närstående och de som ordnar servicen samt offentliga och privata producenter av social- och hälsovårdstjänster och deras personal, organisationsaktörer och församlingar.

##### Koncentrerad klient-/servicestyrning

Som en del av den samordnade servicehelheten skapar och provar man en modell för koncentrerad klient-/servicestyrning, som underlättar livet för dem som söker och redan får råd, hjälp, stöd och service, samt samordnar servicen och gör det smidigare att inrikta den enligt klienternas servicebehov. Den regionala koncentrerade klient-/servicestyningen som baseras på nätverk styr klientflödena och tjänsterna inriktas till klienterna i de olika klientsegmenten utifrån bedömningen av deras servicebehov. Genom koncentrerad servicestyrning inriktas både personal och kostnader som planerat och enligt gemensamma riktlinjer. Personal och chefer införlivas i utvecklingsarbetet, där man använder Lean-tekniken.

Syftet med den koncentrerade klient-/servicestyningen är att skapa transparens beträffande a) de stöd och tjänster som är tillgängliga i regionen och b) de kriterier som servicen beviljas utifrån samt att c) säkerställa och följa upp genomförandet av beviljad service. De resurser som finns tillgängliga i regionen utnyttjas i stor utsträckning för att uppfylla detta syfte. Den s.k. principen om ett serviceställe är central i servicestyningen. Klienterna behöver inte själv

veta vilken service de ska söka och varifrån, utan behöver bara kontakta ett ställe; klientens situation utreds och servicebehovet utvärderas sektorsövergripande och med tillförlitliga metoder. Utifrån denna information bedöms vilka stöd och/eller tjänster som är nödvändiga. Personen som söker stöd/service kan hänvisas till koncentrerad servicestyrning via flera olika vägar: på eget eller en närståendes initiativ eller på förslag av yrkesutbildad social- och hälsovårdspersonal, grannar eller myndigheter.

Tjänsterna som produceras av offentlig, privat och tredje sektor bildar en regional servicemeny och de som styr servicen kan erbjuda klienterna servicealternativ från menyn. Om den regionala servicemenyn är offentlig kan även de äldre själva eller med stöd välja tjänsterna som de behöver och betala för dem till exempel med en servicesedel.

Servicestyrningen samarbetar mycket intensivt med producenter inom primärvård, socialvård, rehabilitering och specialiserad sjukvård och tar hänsyn till att olika övergångar (från service till hemmet, från en tjänst till en annan) har en kritisk betydelse för de äldre.

Som en del av klient-/servicestyrningen utvecklas också klientsegmenteringens nationella struktur. Personer med minnessjukdomar och flera sjukdomar, klienter inom psyk- och missbrukarvården och äldre med funktionsnedsättning utgör viktiga klientgrupper som gynnas av servicehelheter som definieras och inriktas utifrån segmenteringen. Även många krigsveteraner tillhör dessa grupper. Segmenteringen av klienterna – genom målinriktad ledning av de olika klientgruppernas servicehelheter – säkerställer en ekonomisk servicehelhet som är smidig och hjälper klienten/patienten att klara sig i vardagen. Olika klientsegment kan skapas utifrån en sektorsövergripande bedömning av klienternas servicebehov och hur mycket hjälp de behöver. Om klienten har ett litet servicebehov och behöver lite hjälp kan klienten definieras som en rådgivningsklient. Om klienten har ett stort servicebehov och behöver mycket hjälp kan klienten definieras som en person som behöver mycket hjälp och vård. Gemensamma kriterier för beviljande av service skapas för klienterna som tillhör de olika klientsegmenten och för den service som klienterna beviljas och erbjuds. Kriterierna ska dock göra det möjligt att uppfylla liknande servicebehov på olika sätt.

Den koncentrerade servicestyrningen stöds och följs upp med gemensamma nyckeltal och parametrar som beskriver vårdprocesserna och informationsflödet och som synliggör besluten som fattas av dem som styr servicen samt beslutens jämförbarhet och kostnader. I detta sammanhang är systemen för verksamhetsstyrning centrala. Tillgången till klient- och patientdata har ett nära samband med den övergripande arkitekturen och de därtill relaterade digitala lösningarna.

## Uppgifter

1. I alla landskap tar man i bruk och förankrar en regional integrerad servicehelhet för äldre (jfr Södra Karelens social- och hälsovårdsdistrikt Eksote) och påskyndar genom inriktad styrning utvecklingsarbetet, som redan har inletts i regionerna. Denna helhet innefattar främjande av hälsa och välfärd, boende, kultur, motion osv.
2. Man skapar och provar en verksamhetsmodell för koncentrerad klient-/servicestyrning på landskapsnivå. Kärnan i modellen utgörs av bl.a.
  - a. en jämförbar, sektorsövergripande bedömning av servicebehovet
  - b. klientsegmentering utifrån servicebehovet
  - c. enhetliga kriterier för beviljande av service.

## 3.2 UTVECKLINGEN AV VERKSAMHETSMODELLER FÖR HEMVÅRD FÖR ÄLDRE

Innehållet i hemvården utvecklas genom att man i betydligt större omfattning än i dag tar i bruk evidensbaserade verksamhetsmodeller som hjälper de olika klientsegmenten att klara sin



livssituation. I samarbete med olika aktörer, särskilt hemvårdspersonalen, utvecklar man tjänster som effektiviserar processerna i hemvården och samarbetet mellan olika yrkesgrupper och som gör det möjligt för flera äldre att bo tryggt hemma. Målet är att ge de äldre en aktiv vardag och vardagsrehabilitering. Ett annat mål är att effektivisera hemvårdspersonalens tidsanvändning så att de får mer direkt arbetstid med klienterna. Man utreder på vilket sätt geroteknologi, elektroniska tjänster och olika stödtjänster kan stödja hemvården. Det är särskilt viktigt att man utvecklar och etablerar rehabiliterande arbetssätt liksom säkerställer och utvecklar tillgången till läkarexpertis genom olika verksamhetslösningar.

Evidensbaserade verksamhetsmodeller som förbättrar klientens funktionsförmåga och rehabilitering (bl.a. hemrehabilitering och modellerna för utskrivning från sjukhuset) tas i bruk och nya modeller tas fram i samarbete med den koncentrerade klient-/servicestyningen. Arbetssäkerheten för dem som arbetar hemma hos klienterna beaktas i utvecklingsarbetet. Verksamhetsmodellerna preciseras i samband med modelleringen. Underarbetsgruppen som utvecklar innehållet i hemvården började sitt arbete i mars 2016.

### Uppgifter

1. Skapa och testa nya verksamhetsmodeller för hemvården.
2. Utveckla personalens och stödtjänsternas arbetsfördelning och öka den direkta arbetstiden med klienterna.
3. Söka nya innovativa lösningar som underlättar för klienterna att bo hemma och klara sig själva.

## 3.3 VERKSAMHETSMODELLEN FÖR NÄRSTÅENDE- OCH FAMILJEVÅRD

I verksamhetsmodellerna för närstående- och familjevård utnyttjas KASTE, flertalet av de verksamhetsmodeller för närståendevård som utvecklats inom organisationsprojekt och riktlinjerna i det nationella utvecklingsprogrammet för närståendevården. Möjligheten att ordna servicen för en äldre person i form av närstående- eller familjevård samt behovet av tjänster som stödjer närstående- och familjevård och av annat stöd utvärderas som en del av den äldres koncentrerade klient-/servicestyning.

Modellerna för närståendevård av barn och unga utvecklas i samarbete med spetsprojektet Program för utveckling av barn- och familjetjänster. Under tiden för spetsprojektet testas nya verksamhetsmodeller för närstående- och familjevård som fokuserar på stöd för välbefinnandet (jfr företagshälsovården), förberedelse och rehabilitering. Dessutom förankras redan beprövade modeller. Verksamhetsmodellerna modelleras och kommunförsök inleds.

### Som stöd för närstående- och familjevården ordnas

1. förberedelse av närstående- och familjevårdare
2. undersökningar av närstående- och familjevårdares välmående och hälsa
3. rehabilitering för närstående- och familjevårdare och för vårdbehövande
4. varierande vikariat för ledigheter och
5. bildas regionala center för närstående- och familjevård.

### Förberedelse

För närstående- och familjevårdare ordnas nödvändig förberedelse för uppdraget. Förberedelsen genomförs i samarbete med organisationer genom nyttjande av deras förberedande program. Under förberedelsen tar man upp sådant som är centralt inom närstående- och familje-

vårdarskapet och hjälper vårdarna att hitta sina styrkor och nya krafter. Förberedelsen ordnas som gruppverksamhet eller via nätet för de vårdare som har svårt att delta i gruppverksamheten.

### Undersökningar av välmående och hälsa samt rehabilitering

Den som ordnar servicen följer regelbundet upp närstående- och familjevårdarens och den vårdbehövandes hälsotillstånd och funktionsförmåga under avtalsperioden och hjälper vårdaren att orka och den vårdbehövande att upprätthålla sin funktionsförmåga. För att säkerställa vårdkvaliteten och vårdarens ork ska den som ordnar servicen se till att närstående- och familjevårdarnas välmående och hälsa undersöks. Undersökningarna genomförs med olika innehåll för olika målgrupper, till exempel utifrån närstående- och familjevårdens varaktighet och vårdarens position på arbetsmarknaden. Närstående- och familjevårdare som har problem med orken hänvisas till rehabilitering i god tid, så att vården kan fortsätta på ett tryggt sätt.

### Vikariat för ledigheter

I regionen erbjuds varierande sätt att ordna vikariat för närstående- och familjevårdarnas semester och ledigheter, till exempel familjevård, service som tillhandahålls hemma (familjeavlastning) och olika tjänster som ordnas genom servicesedlar.

### Center för närstående- och familjevård

Inom barnskyddet har man goda erfarenheter av regionala familjevårdsenheter som ansvarar för rekryteringen, förberedelsen, fortbildningen, styrningen, stödet och förmedlingen av fosterfamiljer inom sitt område. Enheterna ordnar också utbildning för arbetstagare i området. Enheterna samarbetar med regionala organisationsaktörer. För att öka närstående- och familjevården är det motiverat att inrätta motsvarande regionala center för närstående- och familjevård som samordnar och stödjer närstående- och familjevården för alla ålderskategorier.

Ökad närståendevård och familjevård och bättre stöd till vården förutsätter centraliserad planering, utveckling och verkställande av reformer.

Centren för närstående- och familjevård som ska inrättas

- förnyar de tjänster som stödjer närstående- och familjevården och annat stöd
- fungerar som kompetenscenter för närstående- och familjevården
- ordnar förberedande utbildning och annan förberedelse och fortbildning av närstående- och familjevårdare, vikarierande närståendevårdare och närståendevårdarnas stödpersoner samt av social- och hälsovårdspersonal i regionen
- ansvarar för rekryteringen av nya familjevårdare, vikarier för närståendevårdare och stödpersoner för närståendevårdare
- beaktar behoven hos vårdbehövande i alla ålderskategorier (barn, personer i arbetsför ålder och äldre) och hos deras närstående- och familjevårdare liksom behoven hos grupper med särskilda behov, till exempel rehabiliteringsklienter inom mentalvården och deras närståendevårdare. Centren samarbetar med tjänsterna för barn och unga i regionen (spetsprojektet Program för utveckling av barn- och familjetjänster).
- planerar ordnandet av närstående- och familjevård som en del av servicehelheten och serviceutbudet i regionen.

### 3.4 STÖD FÖR REFORMEN OCH INRIKTAD STYRNING

#### Förändringsagenten

Regionerna förbereder sig på social- och hälsovårdsreformen och har redan skapat strukturer som stödjer reformen och utvecklat modeller för förändringsledning. För att genomdriva reformen är det även i spetsprojektet viktigt med konkret styrning av det praktiska arbetet och stöd för reformen. Som stöd för reformen anställs s.k. förändringsagenter i landskapen som ska stödja och förankra den samordnade servicehelheten och stödja försöken som inleds. Förändringsagentens uppgift är att skapa engagemang för reformen, ge innehållsmässigt stöd till reformen och utöva informationsbaserad förändringsledning i samarbete med andra centrala aktörer i regionen. Det framtida antalet landskap avgör hur många förändringsagenter som ska anställas.

Kommunerna i ett landskap utser och anställer en gemensam förändringsagent i regionen. Spetsprojektet finansierar agentens arbete under 2016–2018. Förändringsagenten måste ha fullmakt från kommunerna i regionen att verka i regionen. Förändringsagenterna får stöd i sitt arbete och information från nationella aktörer, men de arbetar som en del av den regionala verksamhetsorganisationen med ansvar för att utveckla servicen för äldre och närståendevården. Förberedelsen av förändringsagenterna individuellt och i grupp sköts genom inriktad styrning under hela projektiden och deras verksamhetsmodeller utvärderas och följs upp.

Förändringsagentens uppgift är bl.a. att

1. leda reformen
2. engagera och motivera alla aktörer i landskapet att genomföra reformen
3. styra en informationsbaserad förändring genom att behärska det regionala kunskapsunderlaget och förstå regionens historiska utveckling
4. bygga upp och förankra en regional integrerad servicehelhet för äldre
5. stödja försöken i regionerna
6. stödja inrättandet av center för koncentrerad klient-/servicestyrning
7. stödja inrättandet av center för närstående- och familjevård.

#### Förändringsfaktorerna

Det tar flera år att få till stånd en permanent förändring, men alla måste engagera sig i att gå vidare med reformen. I detta arbete är det viktigt att få stöd från de närmaste cheferna och att hela ledningen engagerar sig, särskilt eftersom klienternas och befolkningens servicebehov kommer att bestämma inriktningen av servicen i allt större grad.

Personalen och ledarna är de viktigaste förändringsfaktorerna. Genomförandet av reformen är utmanande på flera olika nivåer. Ledarskapet, personalens arbete, kulturen på arbetsplatsen, verksamhetsmiljön, servicekonceptet/-processerna och klienterna påverkar alla tillvägagångssätten, servicens kvalitet och bilden av verksamheten. Denna påverkan konkretiseras i kontakten med klienterna. De långsiktiga effekterna konkretiseras i sin tur i längre yrkeskarriärer för arbetstagarna och i arbetsplatsens och samhällets ekonomiska nyckeltal.

### 3.5 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

Spetsprojektet följs upp och utvärderas på flera olika sätt. Informationen som samlas i nationella register och den fleråriga bakgrundsanalysen som görs utifrån denna information skapar ett underlag för uppföljning av vad som händer i landskapen.

De nya verksamhetsmodellerna modelleras och i samband med detta skapar man också en utvärderingsram och definierar uppföljningsindikatorer. Från ibrukttagandet och försöken samlar man in särskild uppföljnings- och utvärderingsinformation och utvärderar på flera olika sätt hur verksamhetsprocesserna har lyckats. Man låter göra en extern utvärdering av hela spetsprojektets genomförande och effekter. Som stöd för utvärderingen av projektet inrättas ett vetenskapligt råd.

#### Material

Det finns redan mycket uppföljningsinformation om servicen för äldre. I uppföljningen och utvärderingen av reformen utnyttjas nationella datalager för vårdanmälningar som ger tidsseriuppgifter om befolkningen som omfattas av regelbunden service indelade efter åldersgrupp, kön, typ av service och region (THL). Dödsorsaksregistren (Statistikcentralen) kombinerade med uppgifterna om vårdanmälningar ger information om hur dödsfallen fördelar sig i regionerna.

Materialen från 2013 och 2014 för uppföljning av äldreomsorgslagen (THL), som kommer från kommunerna och verksamhetsenheterna för hemvård och dygnetruntvård, innehåller information om verksamhetsmodeller, ledning och förändringstakt samt personalstruktur, mängd och inriktning beträffande servicen för äldre ([www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta](http://www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta), på finska).

Hösten 2015 inleddes en datainsamling om klienternas, de anhörigas och personalens syn på vårdkvaliteten och vårdens tillräcklighet (THL, [www.thl.fi/asla](http://www.thl.fi/asla), på finska). Personalens välbefinnande vid tidpunkten före genomförandet av reformprogrammet utreddes genom enkäter hösten 2015 (THL, [www.thl.fi/hela](http://www.thl.fi/hela), på finska).

Aktuell information samlas kontinuerligt in om klienternas servicebehov och funktionsförmåga och om kvaliteten på deras vård och service; informationsproduktionen omfattar ca 45 procent av klienterna inom dygnetruntvården och en tredjedel av klienterna inom hemvården i Finland (THL). Indikatorerna som definierats utifrån RAI-datalagren ger jämförelsedata per klienttyp, verksamhetsenhet och kommun/region som stöd för beslutsfattande ([www.thl.fi/finrai](http://www.thl.fi/finrai), på finska).

Om närståendevården finns tillgänglig information från stora nationella befolkningsstudier, men det är motiverat att under projekttiden göra en omfattande utredning om närståendevården och särskilda frågor som berör den. Planeringen av en sådan utredning pågår. Utmaningen är i synnerhet att förbättra datainsamlingen så att den även omfattar tjänster som ges som stöd för närståendevård, till exempel undersökningar av välbefinnande och hälsa och tjänster som beviljas under närståendevårdarens ledighet.

Verktygen för uppföljning av reformen (indikatorerna) definieras utifrån följande resultatvariabler, som följs upp under 2016–2019:

- antalet personer som bor hemma och som fyllt 75/80 år har ökat
- mängden service som tillhandahålls hemma (stöd tjänster, hemvård och närståendevård) har ökat i förhållande till institutionsvården
- antalet personer som omfattas av intensiv hemvård har ökat (särskilt beaktande av hemvården av minnessjuka klienter)

- antalet personer som omfattas av institutionsvård har minskat och inriktats enligt definitionerna<sup>2</sup>
- antalet fallolyckor bland hemvårdens klienter har minskat
- mängden hemvårdspersonal har ökat i förhållande till mängden institutionsvårdspersonal
- antalet närståendevårdare och personer som får närståendevård har ökat (inkl. närståendevårdare i arbetsför ålder)
- antalet äldre som får familjevård och deras familjevårdare har ökat
- kostnadsökningen för service som regelbundet används av äldre personer har dämpats
- samarbetet med organisationer har ökat (förutseende och förebyggande verksamhet)
- funktionsförmågan hos de äldre som omfattas av service har förbättrats eller bibehållits (utvärderas systematiskt i samband med bedömningen av servicebehovet)
- välbefinnandet bland hemvårdspersonalen har ökat
- klienternas och de närståendes upplevelse av hur väl servicen motsvarar behovet (mervärdet) har förbättrats

Under 2016–2019 följs dessutom följande faktorer upp:

- nya och avslutade hemvårdsklienter
- kort- och långvariga hemvårdsklienter (nya verksamhetsmodeller)
- användare som får flera tjänster samtidigt (multianvändare)
- fördelningen av hemvårdspersonalens arbetstid (hur mycket arbetstid som ägnas åt direkt klienttid)
- jämförbarheten hos bedömningarna av servicebehovet (mervärde i fråga om jämlikhet)

#### Tidtabeller för nya datainsamlingar

- insamling av uppföljningsinformation om den s.k. äldreomsorgslagen: 2016 och 2018 – man samlar samtidigt in information för behoven inom närstående- och familjevården för olika ålderskategorier på det sätt som definieras i reformen
- en separat, mer omfattande insamling av uppgifter om närstående- och familjevård som är inriktad på reformens behov: under planering
- insamlingar av respons från klienterna: 11/2015 (fortsättningen ännu oklar)
- datainsamlingar om personalens välbefinnande: 12/2015 (fortsättningen ännu oklar)

---

<sup>2</sup> De gemensamma grunderna för institutionsvård av äldre utarbetas av arbetsgruppen för tillgång till vård och de enhetliga grunderna för vård. Mer information: [http://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/tyoryhma-pohtii-hoidon-saatavuutta-ja-hoidon-yhtenaisia-perusteita?\\_101\\_INSTANCE\\_yr7QpNmIjMjSj\\_languageId=sv\\_SE](http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/tyoryhma-pohtii-hoidon-saatavuutta-ja-hoidon-yhtenaisia-perusteita?_101_INSTANCE_yr7QpNmIjMjSj_languageId=sv_SE)

## 4 KOMMUNIKATION OCH PÅVERKANSPÅN

Målet med kommunikationen och interaktionen är att

- på ett inkluderande sätt informera aktivt, öppet och lättbegripligt om reformen i ett helhetsperspektiv, om målen med reformen och hur den framskrider och om hur den påverkar samhället
- nå ut till en mycket stor och varierande grupp av människor: äldre, närstående, närståendevårdare, familjevårdare, yrkesutbildade personer, beslutsfattare osv.
- upprätthålla en positiv bild av reformen och engagera intressenter att acceptera reformen och få den att lyckas
- stödja förändringsledningen genom kommunikation, dvs. stödja en inspirerande dialog som leder till agerande med olika aktörer
- stödja den interna kommunikationen och samordna kommunikationen med övriga spetsprojekt.

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för att samordna hela kommunikationen. Även samarbetspartnerna och intressenterna informerar om spetsprojektet – och uppmuntras att göra det.

### *Projektets interna kommunikation*

För att projektet ska lyckas är det viktigt att kommunikationen och informationsflödet fungerar internt. Alla som deltar i beredningsarbetet måste känna till projektets arbets- och kommunikationsmetoder samt visionen och målen med reformen.

### *Interna kommunikationskanaler*

- SHM:s intranät
- extranät
- Kärkicafé
- ledningsgruppens och projektgruppernas möten
- Senaattori
- Projektportföljen

### *Kanaler och metoder för extern kommunikation och interaktion*

- [www.stm.fi](http://www.stm.fi): spetsprojektets egna sidor
- [www.stm.fi](http://www.stm.fi): pressmeddelanden, nyheter, publikationer, kommuninfo
- bakgrundsevenemang, informationsmöten
- [innokyla.fi](http://innokyla.fi)
- sociala medier
  - SHM:s Twitterkonto (fi, sv, en), YouTube, SlideShare
  - personliga Twitterkonton för projektets ansvariga personer
  - personliga Twitterkonton för deltagarna i alla styr- och projektgrupper (delgarna kan uppmuntras att använda Twitter, inte förpliktigas)
- [Dinasikt.fi](http://Dinasikt.fi) ([otakantaa.fi](http://otakantaa.fi)/sv), [Utlåtande.fi](http://Utlåtande.fi)
- nyhetsbrev (riktar sig till kommunerna och social- och hälsovårdssektorn)
- workshopar, samråd, seminarier
- regionrundor, medieevenemang i samband med dessa
- förändringsagenter, utbildningar, anvisningar, verktygslådan för förändringsledning och kommunikation (planeras)
- intressenternas kanaler
- blogginlägg
- videor, foton
- visualiseringar av information
- projekt- och ledningsgruppernas arbete

## 5 RISKANALYS

Spetsprojektet är förenat med vissa risker som man försöker förbereda sig inför. Riskerna rör dels de valda sakinhållen och genomförandet av projektet och projekteringen, dels försöken och förankringen.

Följande risker har identifierats:

- Expertresurserna motsvarar inte spetsprojektets behov.
- Man lyckas inte engagera kommunerna, regionerna och andra viktiga aktörer i spetsprojektet.
- Spetsprojektets kommunikation når inte ut till viktiga aktörer.
- Spetsprojektets kommunikation når inte ut till målgrupperna.
- Man lyckas inte samordna spetsprojektet med social- och hälsovårdsreformen.
- Tidtabellen är för snäv för att få till stånd en förändring och förankra den.
- Man lyckas inte uppfylla förväntningarna på spetsprojektets mål och servicelöfte.
- Försöken och resultaten utvärderas inte eller så kan man inte utnyttja utvärderingen.

## 6 FORTSÄTTNINGEN

De detaljerade planerna för genomförandet och modelleringen:

1. Servicehelheten och den koncentrerade klient-/servicestyrningen
  - a. modelleringar och utvärderingsram (THL)
  - b. underlag för ibruktagande och försök
  - c. utvärderingsplan och datainsamlingar
2. De nya verksamhetsmodellerna för hemvård, som bearbetas av hemvårdssektionen
  - a. modelleringar och utvärderingsram (THL)
  - b. underlag för ibruktagande och försök
  - c. utvärderingsplan och datainsamlingar
3. Samordning av boende och service (MM)
4. Verksamhetsmodellerna för närstående- och familjevård
  - a. modelleringar och utvärderingsram (THL)
  - b. underlag för ibruktagande och försök
  - c. utvärderingsplan och datainsamlingar
5. Planen för extern utvärdering av projektet och andra utvärderingsstudier som stöds av ett vetenskapligt råd
6. Offentliggörandet av ansökan om ibruktagande och försök 05/2016



## 7 BAKGRUND TILL SPETSPROJEKTET

### 7.1 HELHETSBLD AV SERVICEN FÖR ÄLDRE

De äldre använder samma social- och hälsovårdstjänster som övriga befolkningen. Var femte äldre person använder regelbundet någon tjänst som är avsedd för äldre. Majoriteten av de äldre klienter som använder service regelbundet har en minnesstörning eller minnessjukdom och eventuellt även andra begränsningar i sin funktionsförmåga. En stor grupp använder flera tjänster, vilket ger upphov till ett stort behov av att samordna tjänster och stöd. Ungefär 20 procent av klienterna använder 80 procent av tjänsterna.

Det har skett en stor strukturförändring i servicen för äldre (se bilaga 3). De senaste årtiondena har vården av äldre på ålderdomshem och på hälsovårdscentralernas vårdavdelningar minskat. Samtidigt har mängden serviceboende med heldygnsomsorg ökat avsevärt. Med stödet för närståendevård har även antalet äldre som får vård blivit fler. Målet har varit att öka hemvården, men den regelbundna hemvården har varit tämligen oförändrad och hållit sig runt 12 procent de senaste åren. Hemvården har utvecklats mycket och andelen kortvarig vård har ökat. Uppföljningsinformation inom detta område produceras av Institutet för hälsa och välfärd i registret AvoHILMO. Klienterna som får stöd för närståendevård utgör ungefär hälften av hemvårdens regelbundna klienter.

Den äldre befolkningens behov förändras och dessutom behöver en stor del av de äldre, inklusive personer med flera sjukdomar och personer som använder flera olika tjänster, kombinerad vård och omsorg. Genom att integrera servicen kan man sammanföra olika kompetenser. En särskild utmaning i samordningen av servicen utgörs av klienter med minnessjukdomar och flera sjukdomar. Man kan inte uppfylla deras behov eller lösa deras problem utan att kombinera olika kompetensområden.

### 7.2 HELHETSBLD AV NÄRSTÅENDE- OCH FAMILJEVÅRDEN

#### Samordning av arbete och närståendevård

Rätt till vårdledighet för närståendevård är möjligt även inom ramen för den nuvarande lagstiftningen. Från den 1 april 2014 skrevs rätten till vårdledighet för dem som vårdar en närstående in i arbetsavtalslagen (55/2001, 4 kap. 7 a §). Om en arbetstagares frånvaro är behövlig för särskild vård av en familjemedlem eller någon annan närstående, ska arbetsgivaren försöka ordna arbetet så att arbetstagaren kan utebli från arbetet för viss tid. Arbetsgivaren och arbetstagaren avtalar om ledighetens längd och andra arrangemang. Kännedomen om denna möjlighet är dålig och möjligheten har utnyttjats i mycket liten omfattning (utredningen av Kaisa Kauppinen m.fl.).

Det finns redan metoder för att samordna arbete och närståendevård. Exempel på sådana är flexibel arbetspraxis som flexitid, arbetstidsbank, förkortad arbetstid, distansarbete, möjlighet att spara semesterdagar, alterneringsledighet och överenskommelse om frånvaro med den närmaste ledningen. Andra sätt är att skriva in praxis i arbetarskydds- eller jämställdhetsprogrammet, att göra överenskommelser och informera på arbetsplatsen. Vidare kan man uppmärksamma bestämmelsen om vårdledighet, som trädde i kraft 2011, och informera och avtala om den på arbetsplatsen.

## Pågående utredningar

Ett av projekten inom statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet är i år (3–11/2016) en utredning där man undersöker vilka stödåtgärder närståendevårdare behöver för att klara av närståendevårdaruppdraget. Framför allt vid olycksfall och plötsliga allvarliga sjukdomsfall kan behovet av närståendevård förlängas så att det uppstår problem med att förena arbete och vård. I Sverige betalas en närståendepenning från sjukförsäkringen till personer som tar hand om en anhörig eller närstående efter att denne har insjuknat allvarligt. År 2015 fick ca 16 000 personer närståendepenning, något fler kvinnor än män. I Finland finns ingen motsvarande dagpenning som utkomstskydd under tiden man vårdar en närstående.

Ett av utredningens syften är att redogöra för vårdledighetssystemet; dels systemet i Sverige men också andra eventuella motsvarande internationella system, särskilt västeuropeiska. Man samlar in erfarenheter om hur systemen fungerar och tar reda på vad de kostar. Utredningens frågeställningar är bland andra:

- Bör Finland skapa ett liknande vårdledighetssystem som i t.ex. Sverige och vilka är förutsättningarna och de beräknade kostnaderna för att ta i bruk ett sådant system i Finland?
- Hur skulle användningen av systemet påverka social- och hälsovårdstjänsternas kostnader?
- Hur skulle vårdledighetssystemet påverka jämställdheten mellan könen?
- Vilka lagändringar krävs för att ta i bruk systemet?

## Antalet personer som hjälper anhöriga och närstående

Enligt befolkningsstudier hjälper drygt 1,2 miljoner personer sina äldre, funktionshindrade eller sjuka närstående. År 2013 fanns det uppskattningsvis 350 000 s.k. huvudsakliga hjälpare. Antalet huvudsakliga hjälpare säger dock inget om mängden hjälp eller vad man hjälper till med. Arbetsgruppen som utarbetade det nationella utvecklingsprogrammet för närståendevården bedömde, baserat på olika utredningar, att ca 60 000 anhöriga eller närstående som ger bindande och krävande vård och omsorg uppfyller förutsättningarna för att få stöd för närståendevård. Av dessa har dock ca 20 000 inte ingått ett avtal om närståendevård med kommunen. Uppskattningsvis ca 20 000 personer ger krävande och bindande omsorg utan stöd för närståendevård (Nationella utvecklingsprogrammet för närståendevården). Omkring var femte närståendevårdare som omfattas av stöd för närståendevård arbetar eller studerar vid sidan av närståendevården.

Enligt Arbetshälsoinstitutets undersökning *Arbete och Hälsa i Finland* (2012), som genomförs vart tredje år, sköter 28 procent av alla förvärvsarbetande vid sidan av sitt arbete om en anhörig eller närstående som behöver hjälp på grund av hög ålder, sjukdom eller funktionsnedsättning. Det motsvarar cirka 700 000 förvärvsarbetande personer.

Förvärvsarbetande som har fyllt 45 år hade störst omsorgsansvar. Precis som tidigare år tog kvinnorna ett större omsorgsansvar än männen år 2012 (kvinnor 31 %, män 22 %). Ca 60 procent av kvinnorna och 40 procent av männen uppgav att de skötte om en närstående varje vecka eller varje dag. En femtedel av kvinnorna och 30 procent av männen skötte om en närstående 2–3 gånger i månaden.

## Närståendevårdens nuläge och utmaningar

Betydelsen av stöd för närståendevård i helheten av social- och hälsovårdstjänster varierar mycket från region till region. Detta skapar ojämlikhet bland närståendevårdarna och de vårdbehövande. Det nuvarande servicesystemet är komplicerat och uppfyller inte behoven hos familjer där närståendevård tillämpas. Närståendevårdarna upplever sig ha små möjligheter att påverka servicen. För att stödja närståendevården behöver vi nya, mångsidiga verksamhets-

modeller som planeras utifrån varje enskild familj och som bättre uppfyller behoven hos närståendevårdsfamiljer i olika ålderskategorier. Genom att förnya stödet för närståendevård kan vi höja närståendevårdarnas och de vårdbehövandes livskvalitet. Samtidigt påverkas den totala användningen av social- och hälsovårdstjänster och dämpas tjänsternas kostnadsökning, som orsakas av att befolkningen blir allt äldre. I den nya verksamhetsmodellen måste man även beakta närståendevårdare som inte omfattas av det lagstadgade stödet för närståendevård.

Familjevård är ett sätt att ordna boende, vård och omsorg och som i dagsläget används i mycket liten utsträckning i vården av äldre. Familjevård passar äldre som har svårt att klara av vardagen trots tjänster som stödjer boende hemma, men som inte är i behov av serviceboende eller institutionsvård. Familjevården av äldre kan vara kontinuerlig eller kortvarig. Den kan också ske under en del av dygnet. Kortvarig familjevård erbjuder möjlighet till avlösarservice för närståendevård eller rehabilitering före utskrivning efter en sjukhusvistelse. Familjevården av äldre förbättras genom att familjevårdarna får ökat stöd och mer förberedelse och genom att man informerar om möjligheterna att få familjevård.

I det nationella utvecklingsprogrammet för närståendevården utstakades de strategiska målen och åtgärderna för utveckling av närståendevården 2014–2020. Programmet omfattade närståendevård enligt uppdragsavtal och övrig närståendevård enligt den vårdbehövandes vård- och serviceplan. Det främsta syftet med programmet var att stödja närståendevården av personer i olika åldrar med nedsatt funktionsförmåga, funktionshinder eller sjukdomar. Med programmet strävade man efter att öka jämlikheten bland närståendevårdarna och de vårdbehövande oavsett bostadsort, att förbättra närståendevårdarnas ställning och främja deras ork och att skapa bättre möjligheter att kombinera närståendevård och förvärvsarbete.

I programmet föreslogs lagändringar som skulle förenhetliga grunderna till beviljande av stöd och vårdarvodena samt utveckla servicen för närståendevårdarna och de vårdbehövande. Programmet inkluderade mångsidigare alternativ för avlösarservice under närståendevårdarens ledighet; förberedelse, inledande hälsokontroller och andra hälsokontroller och rehabilitering av närståendevårdaren; och stöd av ansvarig arbetstagare till familjer där närståendevård tillämpas. Utöver de tjänster som kommunen ordnar omfattade programmet organisationers och församlingars kamratstöd, förberedelse och rådgivning till närståendevårdare med uppdragsavtal och andra närståendevårdare samt regionala samarbetsforum för närståendevård. Baserat på dessa principer och tidigare försöksprojekt kan man inom spetsprojektet om hemvården för äldre och närståendevården för alla ålderskategorier skapa verksamhetsmodeller till försöken, som kan tas i bruk i kommunerna.

Familjevård är ännu en ganska ny serviceform som har använts mer inom servicen för barn och unga. År 2014 omfattades ca 220 äldre personer av kontinuerlig familjevård. På grund av närståendevårdarnas semestrar förs det i nuläget ingen heltäckande statistik om antalet äldre som får familjevård. Inom detta spetsprojekt försöker man hitta sätt att öka familjevården av äldre.

# BILAGOR

## BILAGA 1 CENTRALA BEGREPP

### **Klient**

- En äldre person, en klient inom närståendevården oavsett ålder, en äldre person som omfattas av familjevård.

### **Klientorienterad servicehelhet (integrerad)**

- En helhet av service som utgår från klientens servicebehov.

### **Rehabilitering**

- Rehabilitering som ges av en fysioterapeut eller ergoterapeut antingen hemma hos klienten (hemrehabilitering) eller utanför hemmet samt som stöd för boende hemma.
- Social rehabilitering (17 § i socialvårdslagen).
- Rehabilitering för missbrukare, psykiskt sjuka och minnessjuka.

### **Rehabiliteringsfrämjande verksamhet**

- Vårdverksamhet som stödjer rehabilitering och där man utnyttjar de krafter som klienten har kvar.

### **Verksamhet som upprätthåller funktionsförmågan**

- Man utnyttjar den äldres egna krafter och hjälper den äldre att vara aktiv. Alla som deltar i vården och servicen försöker upprätthålla den äldres funktionsförmåga.

### **Koncentrerad klient-/servicestyrning**

- Ett nätverksbaserat verksamhetsställe som följer principen om service från ett ställe, som ger nödvändiga råd, utvärderar servicebehovet, lämnar ut vård- och serviceplaner och samordnar servicen klientorienterat och utifrån servicebehovet.
- Ett regionalt register över serviceproducenter som är avsett för yrkesutbildade personer och allmänheten.

### **Hemmet**

- En privat bostad som personen hyr eller äger eller en hyresbostad i ett servicehus eller på ett seniorboende.

### **Närståendevårdare enligt avtal**

- Närståendevårdare som med kommunen har ingått ett sådant avtal om närståendevård som avses i lagen om stöd för närståendevård (937/2005).

### **Annan närståendevårdare**

- Person som ger närståendevård enligt den vårdbehövandes vård- och serviceplan utan att ha ingått avtal om närståendevård med kommunen.

### **Närståendehjälpare**

- Person som hjälper en anhörig eller annan närstående som en del av den vanliga familje- och vänskapsrelationen. Hjälpen som ges är inte lika bindande och krävande som närståendevård enligt avtal eller annan närståendevård. En närståendehjälpare kan få kamratstöd, förberedelse och råd från organisationer, församlingar och närskapet.

**Familjevård**

- Med familjevård avses anordnande av vård eller annan omvårdnad av en person delar av dygnet eller dygnet runt i familjevårdarens privata hem eller hemma hos den vårdbehövande. Kommunen eller samkommunen ingår uppdragsavtal med familjevårdaren eller avtal om att ordna familjevård med en privat producent av familjevård.

## BILAGA 2 SEKTORSÖVERGRIPANDE OCH GEMENSAMT ARBETE I GENOMFÖRANDET AV SPETS- PROJEKTET

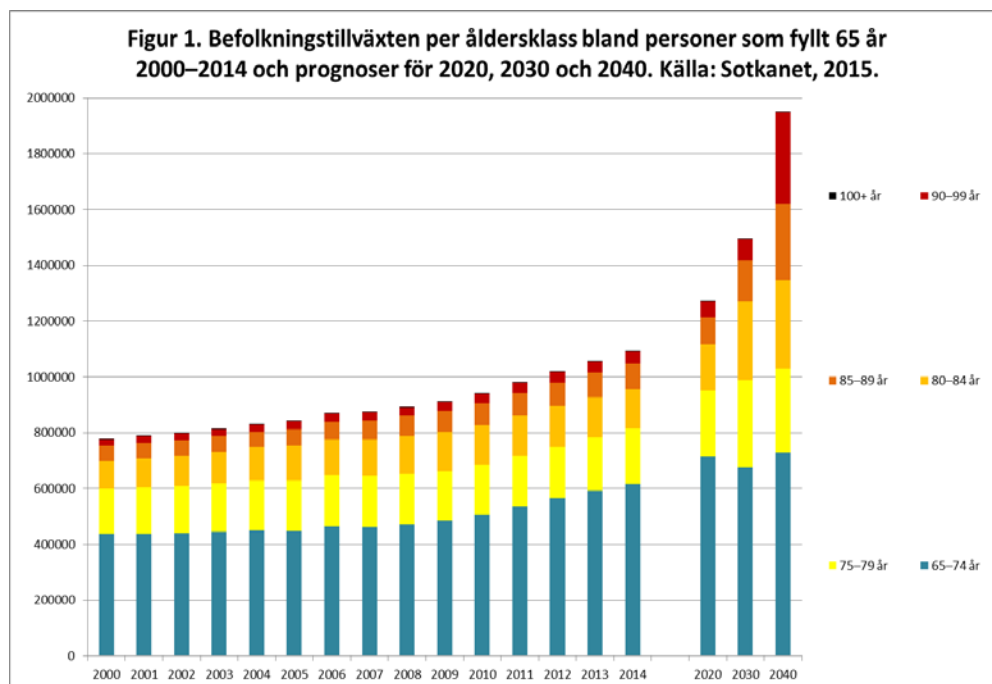
<b>Ministerier</b>	
MM	Gemensamt arbete i genomförandet av Programmet för att förbättra äldres boende, t.ex. genom modellering och pilotförsök med boendemiljöer som upprätthåller den äldre befolkningens funktionsförmåga och med koncept som skapats för att samordna boende och service på ett fungerande sätt, t.ex. serviceområden/-kvarter, byar för minnessjuka och familjevårdsbyar.
IM	Gemensamt arbete för att främja tryggt boende hemma (brand- och räddningssäkerhet, olycksfall i hemmet och på fritiden). Hemvård/närståendevård. Gemensamt arbete för att förebygga bränder och andra olyckor och för att upprätthålla säkerheten; Gemensamt arbete för att bedöma funktionsförmågan ur brandsäkerhetssynpunkt hos personer som får hemvård; PaloRAI som baseras på RAI-bedömningssystemet. Gemensamt arbete för att främja säkerhetstekniken inom hemvården (lägenhetsspecifik släckanläggning, säkerhetsspisar och säkerhetsanordningar till spisar). Gemensamt arbete för att effektivisera anvisningen, upplysningen och rådgivningen till hemvården om egen beredskap (räddningsverkets ansvar). Gemensamt arbete för att förbättra hemvårdspersonalens brandsäkerhetsberedskap så att de kan sörja för klienternas brandsäkerhet (verksamhetsutövarens ansvar).
UKM	Gemensamt arbete för att säkerställa de yrkesutbildades kompetens inom servicen för äldre genom en reform av yrkesutbildningen så att den uppfyller kompetenskraven inom social- och hälsovårdssektorn och möjliggör smidigt samarbete mellan olika aktörer i arbetslivet.
ANM	Gemensamt arbete för att utveckla innovationer inom närståendevården. Gemensamt arbete för att förbättra arbetsfördelningen bland dem som arbetar med service för äldre, i synnerhet för att öka användningen av omsorgsassistenten. Som bakgrund finns projektet ”Hemtjänsterna i skick”, som har genomförts tillsammans med SHM.
KM	Gemensamt arbete för att med hjälp av digitaliseringen utveckla trafik tjänsterna och trafiksäkerheten i boendemiljön samt kommunikationstjänsterna. Sakernas internet; fastighetsövervakning; fjärrövervakning. Datasäkerhet; integritetsskydd, tilltro till internet, riskhantering. Robotisering/automatisering; automatisk diagnostik, omsorgsrobotar; smart trafik. Öppna data; tillgången till patientuppgifter, serviceinformation och egna uppgifter (My data), datasekretess. Mobilitet som tjänst (MaaS); smidiga rese- och transportkedjor, kombinerade transporter, delningsekonomiskt arbete för att utveckla trafikarrangemangen och trafiksäkerheten i boendemiljön samt kommunikationsteknologin. Gemensamt arbete i genomförandet av Trafikskyddets program för äldre?
JSM	Gemensamt arbete via lämpliga program (särskilt Programmet för utveckling av landsbygden i Fastlandsfinland) och projekt (t.ex. Leader-arbetet för att främja välfärden på landsbygden och bredbands-/digitaliseringsprojekten). Gemensamt arbete med landsbygdspolitiska rådets (MANE) nätverk (särskilt temanätverken för livskvalitet och glesbygdsområden).
JM	Gemensamt arbete för att främja jämlikhet och förebygga våld och brott.
FM	Projekt om öppen förvaltning som främjar äldres möjligheter att delta och påverka.
<b>Övriga samarbetspartner</b>	
	Institutet för hälsa och välfärd (THL), gemensamt arbete
	Modellering av servicehelheten och verksamhetsmodellerna.

	<p>Inriktad, informationsbaserad styrning för att genomföra reformen i försöksområdena och de självstyrande områdena.</p> <p>Skapande av en modell för ledning genom information.</p> <p>Uppföljning och utvärdering (inkl. kostnadseffektivitet), särskilt i den fortsatta uppföljningen och utvärderingen av den s.k. äldreomsorgslagen och i definieringen av indikatorer.</p> <p>Beaktande av klientorientering, inkl. digitalisering, som en genomgående princip.</p>
Samarbete med forskningsinstitut och universitet	
	<p>Inrättande av ett vetenskapligt råd som är kopplat till ledningsgruppen. Gruppens uppdrag anpassas senare så att det innehåller lämpliga uppgifter.</p> <p>Extern utvärdering av spetsprojektets genomförande. / Planering och eventuellt genomförande av extern utvärdering.</p> <p>Vidareutveckling av projektinnehållet med beaktande av kostnadseffektiviteten, preciseras.</p> <p>Eventuellt samarbete kring användningen av teknologi, preciseras.</p>
Samarbete med utvecklingsenheter (särskilt kompetenscentren inom det sociala området, primärvårdsenheterna)	
	Preciseras.
Samarbete med Finlands Kommunförbund (preciseras vid förhandlingarna)	
	<p>Samarbete kring information om projektet.</p> <p>Gemensamma förhandlingar med kommunerna och de blivande självstyrande områdena.</p> <p>Gemensamt arbete bl.a. i genomförandet av kommunförsöken.</p> <p>Eventuellt gemensamt arbete via delprojekt som stödjer spetsprojektets innehåll, preciseras.</p>
Samarbete med organisationer (→ preciseras ytterligare vid förhandlingarna)	
	Gemensamt arbete för att fastställa verksamhetsmodellerna, informera samt vidareutveckla, sprida och förankra arbetsredskap och god praxis.
Samarbete med organisationer (→ preciseras ytterligare vid förhandlingarna)	
	Gemensamt arbete för att fastställa verksamhetsmodellerna som rör personalen, informera samt vidareutveckla, sprida och förankra arbetsredskap och god praxis.
Samarbete med privata serviceproducenter (→ preciseras ytterligare vid förhandlingarna)	
	Gemensamt arbete för att fastställa verksamhetsmodellerna samt vidareutveckla, sprida och förankra arbetsredskap och god praxis.
Samarbete med äldre och erfarenhetsexperter + spetsprojektet Kundorienterad service + projektet Öppen förvaltning	
	<p>Utnyttjande av klient-/medborgarråden (inrättas för projektet) men även befintliga råd: äldreråden</p> <p>Muistiaktiiv<sup>3</sup>, närståendevårdens klientråd.</p>

<sup>3</sup> Alzheimer Centralförbundet: En expertgrupp för personer med minnessjukdomar och deras anhöriga. Mer information på finska: <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistiliitto/sairastuneiden-ja-laheisten-tyoryhma/>

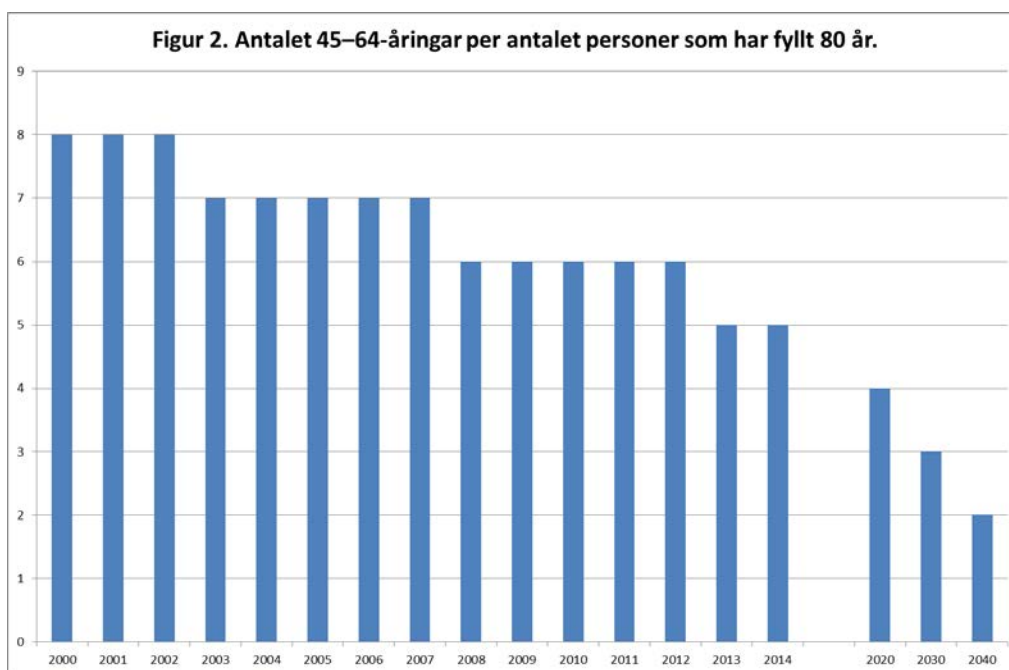
## BILAGA 3 BAKGRUNDSSTATISTIK

Syftet med reformprogrammet är att dämpa kostnadsökningen genom att öka och utveckla hemvården och stödja närstående- och familjevården. I och med att befolkningen åldras ökar i synnerhet de äldsta åldersgrupperna (85–99- och 90–99-åringar) belastningen på förebyggande och förutseende tjänster samt på flexibelt och effektivt ordnade social- och hälsovårdstjänster, särskilt den regelbundna servicen för äldre (figur 1).

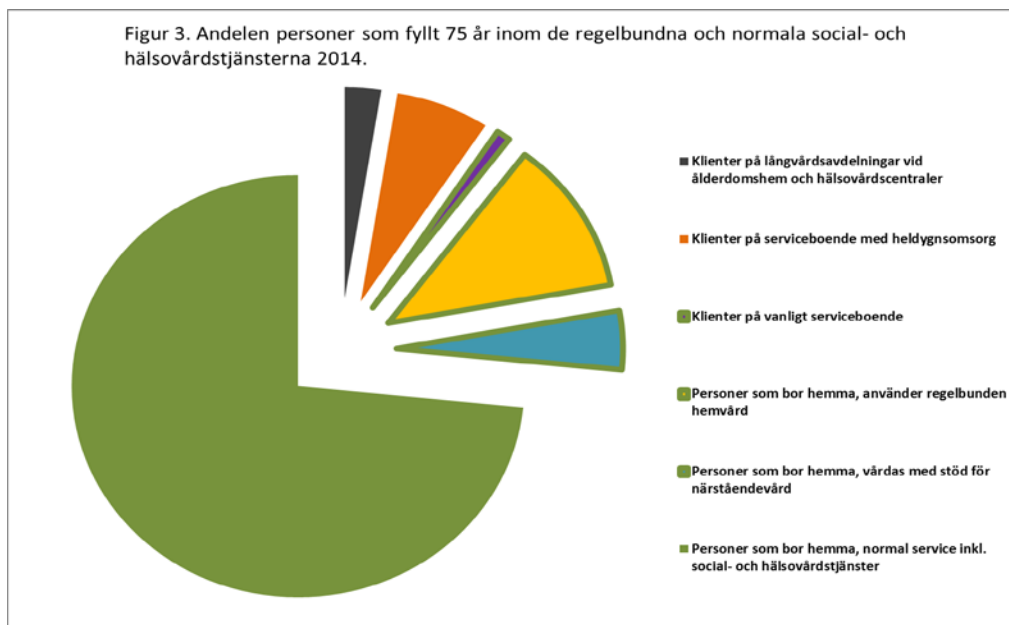




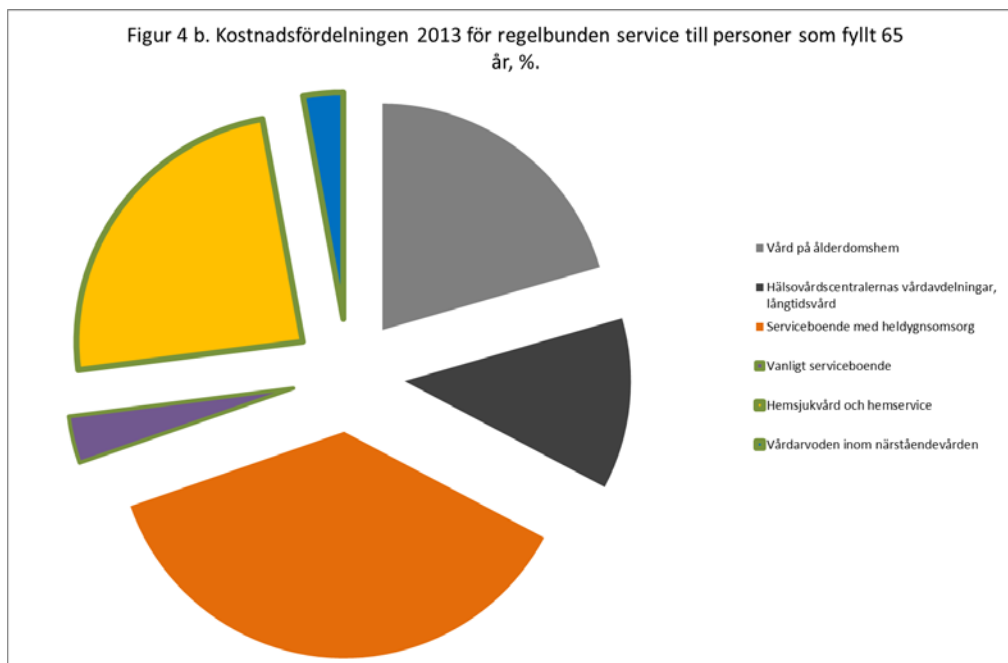
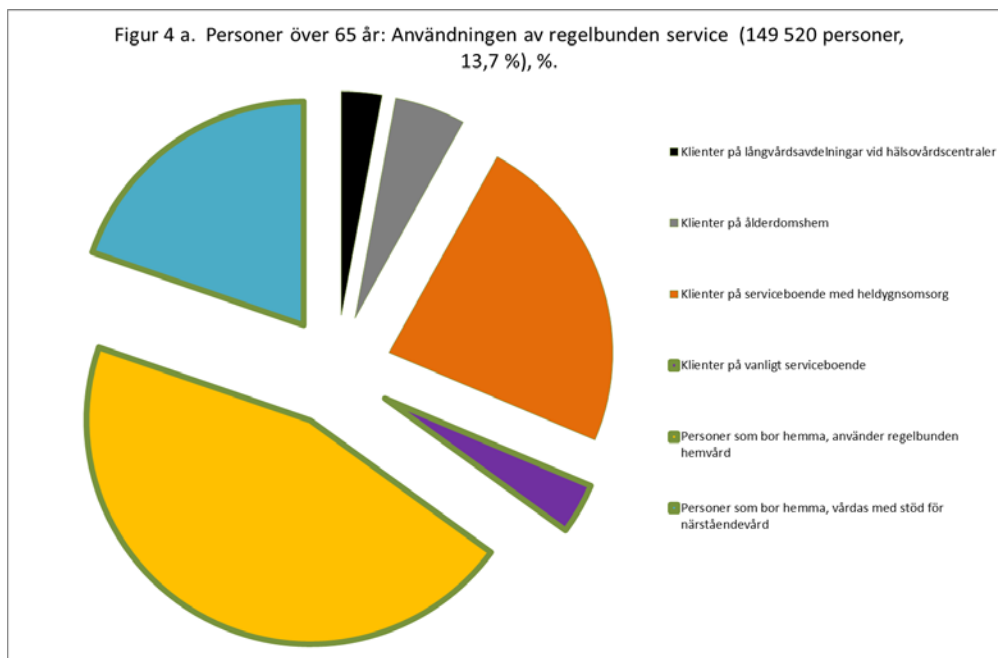
När den äldre befolkningen ökar och den yngre befolkningen minskar blir tillgängligheten på arbetskraft och potentiella vårdare allt mindre. Figur 2 visar befolkningen på 45–64 år i förhållande till befolkningen som har fyllt 80 år. Antalet potentiella vårdare bland 45–64-åringarna har delats med antalet personer som har fyllt 80 år och som eventuellt behöver hjälp. Sedan år 2000 har antalet potentiella vårdare per vårdbehövande över 80 år sjunkit från 8 till 5 personer år 2014 och enligt befolkningsprognosen kommer siffran att sjunka till 3 personer år 2030. Dessa siffror beskriver särskilt antalet potentiella närstående vårdare bland 45–64-åringarna, men speglar även minskningen av den övriga personalpotentialen.



År 2014 fick en av fyra personer som fyllt 75 år regelbunden service som är avsedd för äldre (figur 3). Tre av fyra personer i denna ålder bodde hemma och använde normal service, social- och hälsovårdstjänster medräknade. Cirka 9,3 procent omfattades av dygnetruntvård, varav 2,6 procent gavs institutionsvård. Bland dem som bodde hemma använde 11,8 procent regelbundet hemvård och 4,5 procent var klienter som omfattades av stöd för närståendevård. Ungefär hälften av läkarbesöken vid hälsovårdscentralerna gjordes av personer som var 65 år och äldre. Andelen äldre är stor även inom den specialiserade sjukvården.

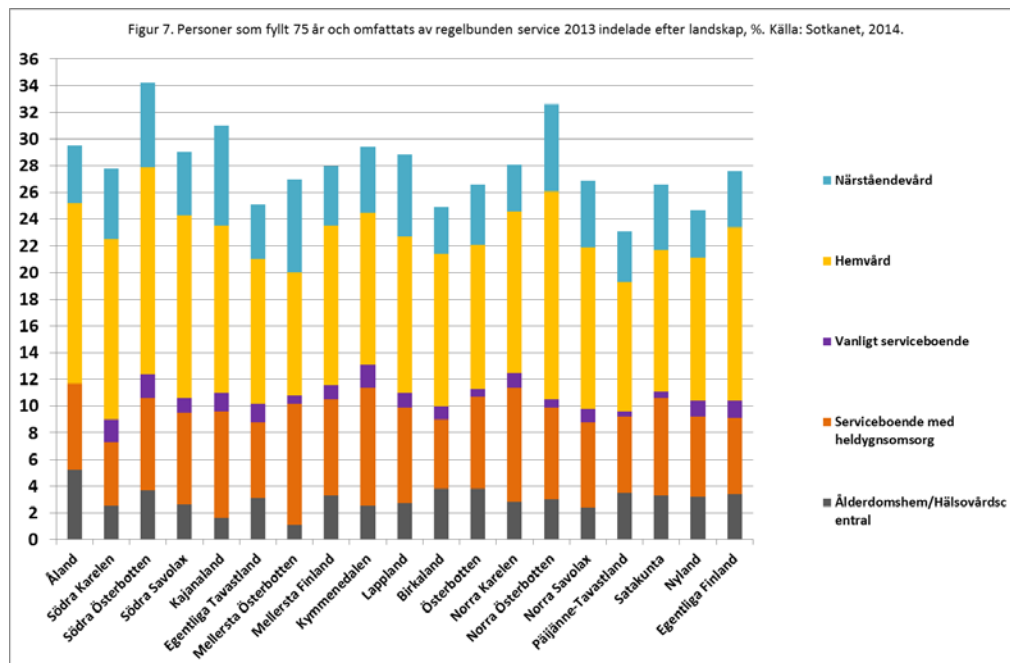


År 2013 utgjorde äldre som använder hemvård den största användargruppen bland dem som omfattas av regelbunden service (figur 4 a), men hemvården stod endast för en fjärdedel av kostnaderna (figur 4 b). Dygnetruntvården (serviceboende med heldygnssomsorg, ålderdomshem och långtidsvård vid hälsovårdscentral) stod för tre fjärdedelar av kostnaderna, även om användarna utgjorde endast en fjärdedel av alla som omfattas av regelbunden service.

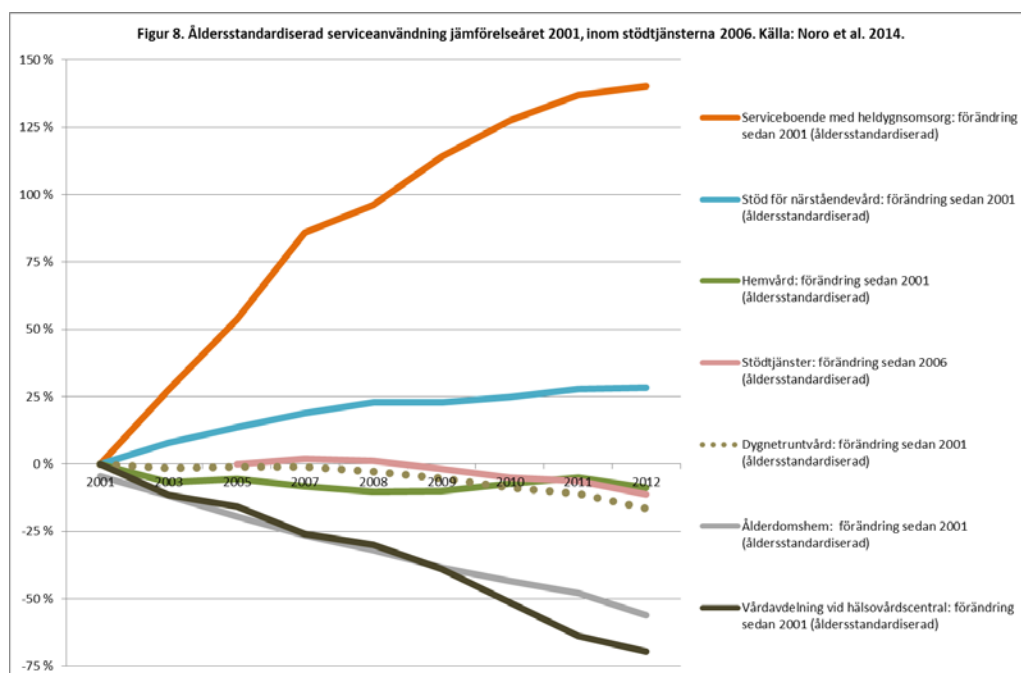




Det är stora regionala skillnader i användningen av regelbunden service (figur 7). Dygnetruntvården utgör en mindre andel i Södra Karelen och en större andel i Mellersta Finland och Norra Karelen. Andelen personer som fått traditionell institutionsvård inom dygnetruntvården varierar från 1 till 5 procent. Andelen klienter som får regelbunden hemvård och stöd för närstående vård varierar också kraftigt mellan landskapen.



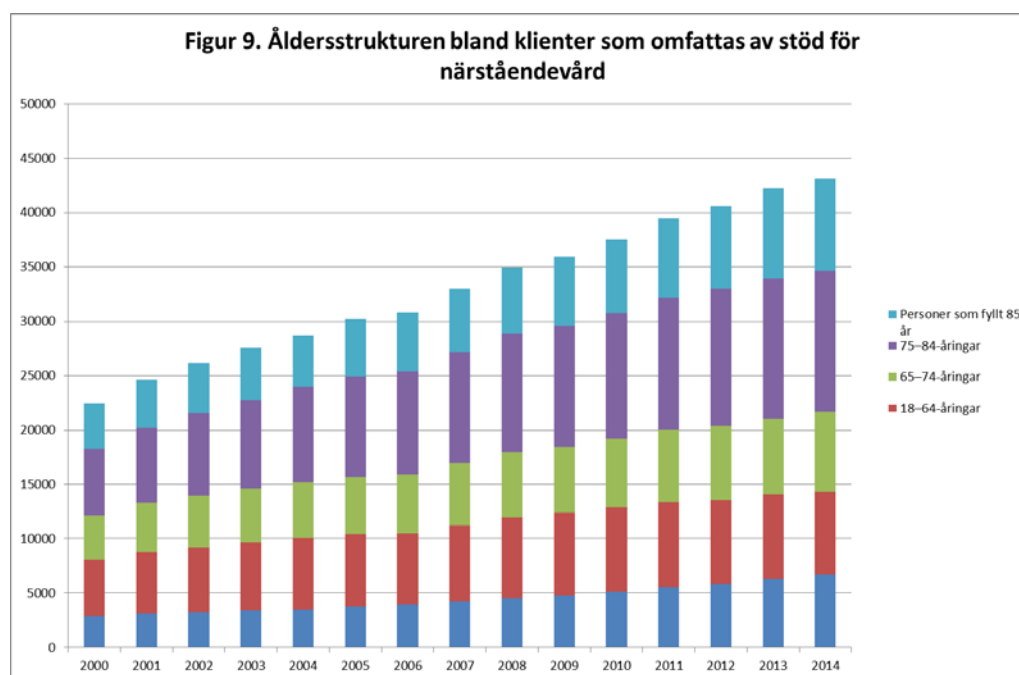
Den åldersstandardiserade serviceanvändningen visar att dygnetruntvården, hemvården och stödtjänsterna minskar (figur 8). Andelen klienter som får stöd för närstående vård har däremot ökat påtagligt. När dygnetruntvården delas in i traditionell institutionsvård och serviceboende med heldygnsomsorg, framgår det att serviceboendet med heldygnsomsorg har ökat snabbt medan institutionsvården har minskat kraftigt. Trots det håller dygnetruntvården totalt sett på att minska i förhållande till befolkningen.

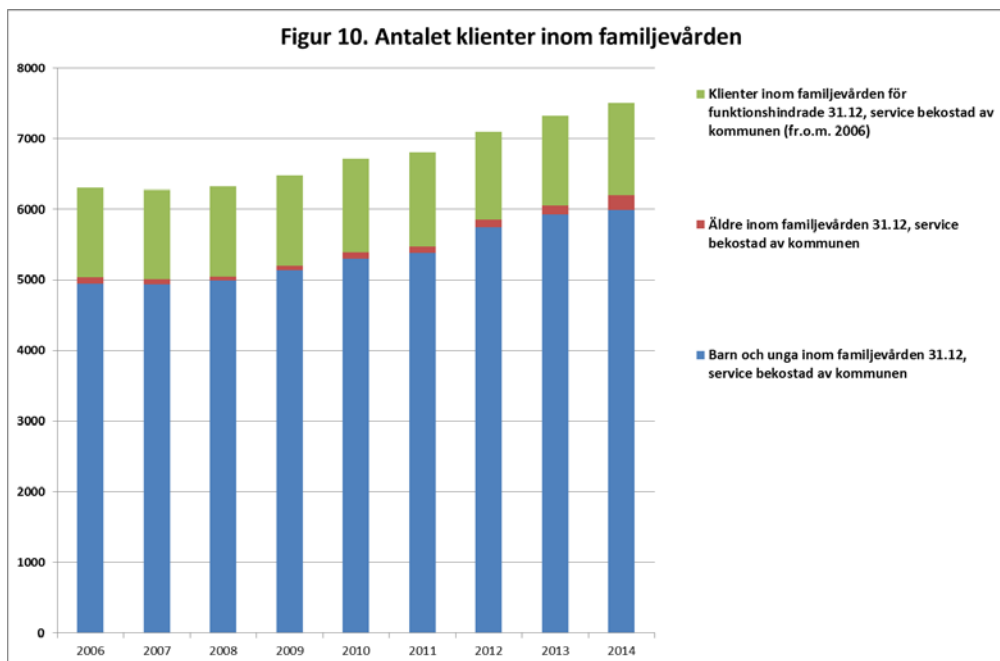


De senaste åren har det utstakats många betydelsefulla äldrepolitiska riktlinjer. Lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012), den så kallade äldreomsorgslagen, trädde i kraft den 1 juli 2013. Lagen omfattar tre centrala innehållsområden. Det första rör systematisk beredskap, där kärnan är att trygga en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt. Det andra innehållsområdet handlar om att säkerställa högkvalitativ service i rätt tid så att service i första hand ges i hemmet och i sista hand inom den prehospitala akutsjukvården och institutionsvården. Det tredje innehållsområdet är att stärka äldre personers möjligheter att delta och påverka.

Servicen för äldre har förändrats i enlighet med de äldrepolitiska riktlinjerna. Viktiga utmaningar de kommande åren är att upprätthålla och förbättra den äldre befolkningens hälsa och funktionsförmåga. När hemvården utökas och villkoren för att få institutionsvård skärps ytterligare, kommer allt fler vårdbehövande klienter att vårdas i hemförhållanden. Därför måste utvecklingen av servicestyrningen, hemvårdens verksamhetsmodeller och processerna prioriteras.

Hemvårdens klienter är i huvudsak äldre personer (figur 9). Familjevårdens klienter utgörs till största del av barn och unga (figur 10). Antalet äldre närståendevårdare ökar allra snabbast (figur 11). Ca 220 äldre personer omfattas av familjevård. Närstående- och familjevårdsklienter i olika åldrar och deras vårdare har olika behov av hjälp och stöd (tabell 1).





Tabell 1. Närstående- och familjevårdens klienter är olika – de olika behoven hos klienterna måste beaktas i reformen			
Barn och unga (0–17)	Närståendevård (avtal)	Vårdbehövande (n = 6 700): sjuka eller funktionshindrade barn	Vårdare: barnfamiljens mor/far eller annan närstående
	Familjevård	Klienter (n = 6 000): omhändertagna barn och unga	Familjevårdare
Äldre personer (65+)	Närståendevård (avtal)	Vårdbehövande (n = 28 800): äldre med nedsatt funktionsförmåga	Vårdare: make/maka eller sambo; vuxna barn; annan närstående
	Familjevård	Vårdbehövande (n = 220)	Familjevårdare
Personer i arbetsför ålder (18–64)	Närståendevård (avtal)	Vårdbehövande (n = 7 500): sjuka, funktionshindrade eller skadade personer	Vårdare: make/maka eller sambo; föräldrarna till yngre personer i arbetsför ålder; barnen till äldre personer i arbetsför ålder; annan närstående
	Familjevård	Vårdbehövande: funktionshindrade personer	Familjevårdare