

*Arbetsgruppen för nationell tillgång till vård och de enhetliga grunderna för vård*

**Promemoria av underarbetsgruppen för grunderna för långvarig institutionsvård av äldre**

---

GRUNDERNA FÖR  
INSTITUTIONSVÅRD AV  
ÄLDRE

## PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	3.7.2017
Författare	Uppdragsgivare
Arbetsgruppen för nationell tillgång till vård och de enhetliga grunderna för vård	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM010:00/2015

Rapportens titel  
Grunderna för institutionsvård av äldre

## Referat

■ I lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012) preciseras förutsättningarna för långvarig institutionsvård. Kommunen får uppfylla en äldre persons servicebehov genom långvarig institutionsvård bara om det finns medicinskt motiverade skäl till detta eller skäl relaterade till klientsäkerheten eller patientsäkerheten.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte Arbetsgruppen för nationell tillgång till vård och de enhetliga grunderna för vård för verksamhetsperioden 23 februari 2015–31 december 2016. Arbetsgruppen har utöver sina andra åtaganden till uppgift att lägga fram ett förslag på enhetliga medicinska grunder för långvarig institutionsvård av äldre personer.

Enligt underarbetsgruppen kan institutionsvård i regel inte förutses baserat på enskilda diagnoser och 0–1 procent av befolkningen som har fyllt 75 år behöver långvarig institutionsvård på medicinska grunder. Behov av institutionsvård på grund av sjukdom/sjukdomar kan utgöra en grund till exempel i följande situationer:

- Flera samtidiga sjukdomar som förutsätter krävande, ofta återkommande och oförutsedda medicinska behandlingar.
- Vård och/eller vårdutrustning som är svår att förflytta, svår att ordna eller som kräver specialkunskaper.
- Den sjuka personens eller andra människors hälsa eller säkerhet äventyras allvarligt.

Institutionsvården ska i huvudsak vara tidsbestämd, även om den i vissa situationer kan bli långvarig.

För att vi ska kunna minska institutionsvården med framgång måste hela servicesystemet för äldre utvecklas. Arbetsgruppen anser att serviceboendet måste vidareutvecklas så att det uppfyller de äldres behov i fråga om kompetens, personalstruktur och klientsäkerhet. Enligt arbetsgruppen är det särskilt viktigt att stärka de stödtjänster som främjar boende hemma och serviceboende, till exempel rehabilitering, hemsjukhusverksamhet och läkartjänster. Detta utan att glömma de anhörigas och samhällets möjlighet att påverka livskvaliteten, i synnerhet det beklagliga allmänna problemet med ensamhet.

## Nyckelord

Institutionsvård, öppenvård, hemvård, intensifierat serviceboende

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2017:31	Övriga uppgifter <a href="http://www.stm.fi/svenska">www.stm.fi/svenska</a>
ISSN-L 2242-0037	Sidantal
ISSN 2242-0037 (webbpublikation)	31
ISBN 978-952-00-3881-6	Språk
URN:ISBN:978-952-00-3881-6	Svenska
<a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3881-6">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3881-6</a>	

# KUVAILEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	3.7.2017
Tekijät	Toimeksiantaja
Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisen hoidon perusteiden työryhmä	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimeksiantamispäivä
	STM010:00/2015

Muiston nimi  
Iäkkäiden laitoshoidon perusteet

## Tiivistelmä

■ Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) on täsmennetty pitkäaikaisen laitoshoidon edellytyksiä. Kunta voi vastata iäkkään henkilön palvelutarpeeseen pitkäaikaisella laitoshoidolla vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuteen tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän toimikaudelle 23.2.2015- 31.12.2016. Työryhmän tehtävänä on muiden tehtävien ohella tehdä ehdotus iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon yhdenmukaisista lääketieteellisistä perusteista.

Alatyöryhmän näkemyksen mukaan laitoshoidoa ei pääsääntöisesti voida ennakoida yksittäisten diagnoosien perusteella ja 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 0-1 % tarvitsee pitkäaikaista laitoshoidoa lääketieteellisillä perusteilla. Sairaudesta/sairauksista johtuva laitoshoidon tarve voi muodostaa perusteen esim. seuraavissa tilanteissa:

- Useita samanaikaisia sairauksia, jotka edellyttävät vaativia, usein toistuvia ja ennakoimattomia lääketieteellisiä hoitoja.
- Vaikeasti liikuteltava, vaikeasti järjestettävissä oleva tai erityisosaamista vaativa hoito ja/tai hoitovälineistö.
- Sairaana oman tai muiden ihmisten vakava terveyden tai turvallisuuden vaarantuminen.

Laitoshoidon tulee pääasiassa olla määräaikaista, vaikka se joissain tilanteissa voi muodostua pitkäaikaiseksi.

Jotta laitoshoidoa voidaan onnistuneesti vähentää, tulee koko ikääntyneiden palvelujärjestelmää kehittää. Työryhmän mielestä palveluasumista tulee edelleen kehittää vastaamaan iäkkäiden tarpeita osaamisen, henkilöstörakenteen ja asiakasturvallisuuden näkökulmasta. Työryhmä piti erittäin tärkeänä vahvistaa kotona asumista ja palveluasumista tukevia tukipalveluja, kuten kuntoutusta, kotisairaaloimintaa ja lääkäripalveluja. Unohtamatta omaisten ja yhteisön mahdollisuutta vaikuttaa iäkkäiden elämänlaatuun, erityisesti valitettavan yleiseen yksinäisyysongelmaan.

## Asiasanat

Laitoshoido, avohoito, kotihoito, tehostettu palveluasuminen

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:31	Muut tiedot
	<a href="http://www.stm.fi">www.stm.fi</a>
ISSN-L 2242-0037	Kokonaissivumäärä
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)	31
ISBN 978-952-00-3881-6	Kieli
URN:ISBN:978-952-00-3881-6	Suomi
<a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3881-6">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3881-6</a>	

## INNEHÅLL

1	Varför behövs grunderna? .....	5
2	Bakgrund .....	6
3	Långtidsvård på annat håll .....	13
4	Erfarenheter från de äldre och kommunerna .....	15
5	Institutionsvård .....	16
6	Öppenvård .....	18
7	Förslag på medicinska kriterier .....	21
8	Uppföljning .....	23
9	Reflektioner .....	24
10	Källor .....	25
11	Bilagor .....	26
	Bilaga 1 .....	26
	Bilaga 2 .....	28
	Bilaga 3 .....	31

# 1 VARFÖR BEHÖVS GRUNDERNA?

De centrala målen med servicestrukturreformen inom social- och hälsovården är förutom att uppnå en tillgänglig och jämlik vård att stärka basservicen, öka effekten av vården och göra vården mer kostnadseffektiv. I och med reformen försvinner gränserna mellan primärvårdens, den specialiserade sjukvårdens och socialvårdens ansvar för att ordna tjänster. Därför måste grunderna för tillgången till vård fastställas på nytt. För att de enhetliga grunderna för vård ska kunna användas som hjälpmedel för nivåstrukturer av vården i samband med den integrerade samlade servicen måste anvisningarna förnyas till struktur och innehåll.

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 högkvalitativa tjänster i rätt tid så att tjänster 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.

I äldreomsorgslagen preciseras villkoren för långvarig institutionsvård från den 1 januari 2015. Kommunen får uppfylla en äldre persons servicebehov genom långvarig institutionsvård bara om det finns medicinskt motiverade skäl till detta eller skäl relaterade till klientsäkerheten eller patientsäkerheten. I motiveringarna till lagen fastslås att social- och hälsovårdsministeriet vid behov kan precisera de medicinska grunderna för långvarig institutionsvård som en del av de enhetliga grunderna för vård.

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte Arbetsgruppen för nationell tillgång till vård och de enhetliga grunderna för vård för verksamhetsperioden 23 februari 2015 till 31 december 2016. Arbetsgruppen har utöver sina andra åtaganden till uppgift att lägga fram ett förslag på enhetliga medicinska grunder för långvarig institutionsvård av äldre personer före utgången av 2015. I detta syfte tillsatte arbetsgruppen en särskild underarbetsgrupp:

Louhija Jukka, MD, specialist i geriatrik och internmedicin, ledande överläkare, enhetschef HNS, ordförande

Antikainen Riitta, professor i geriatrik, Uleåborg universitet

Finne-Soveri Harriet, forskningsprofessor, THL

Hellström Claudia, överskötare, Helsingfors stad

Hämäläinen Tapani, överläkare, HNS, primärvårdsenheten

Karppanen Satu, konsultativ tjänsteman, SHM, sekreterare

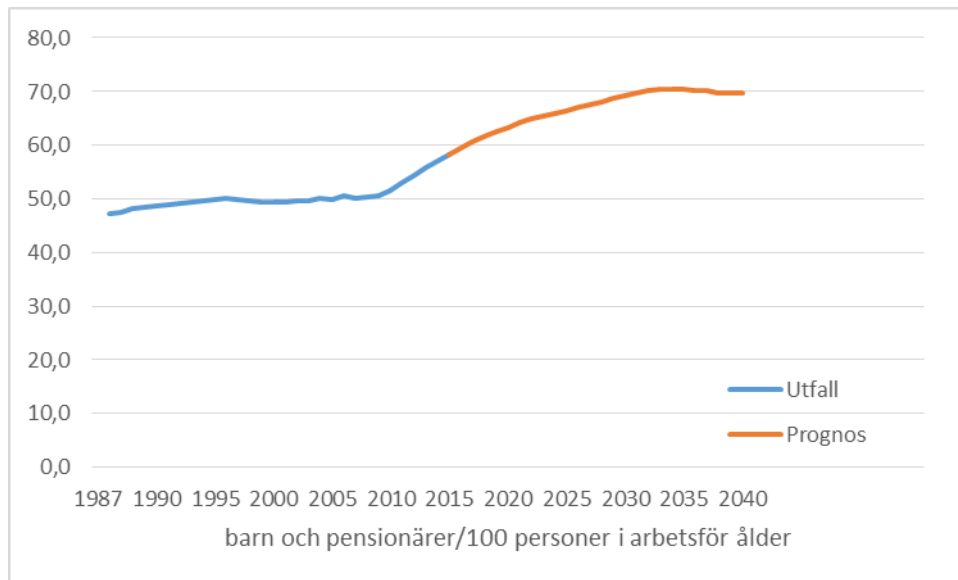
Kolima Maire, konsultativ tjänsteman, SHM

Rautiainen Ismo, direktör för äldreomsorg och rehabilitering, Lahtis

Underarbetsgruppen sammanträdde nio gånger och arbetsgruppens promemoria bereddes mellan sammanträdena. Under beredningen höll man dessutom flera mindre möten i olika expertgrupper och expertnätverk. Därtill höll underarbetsgruppen två stora samrådsmöten som stöd för sitt arbete och deltog i ett seminarium som anordnades av huvudarbetsgruppen.

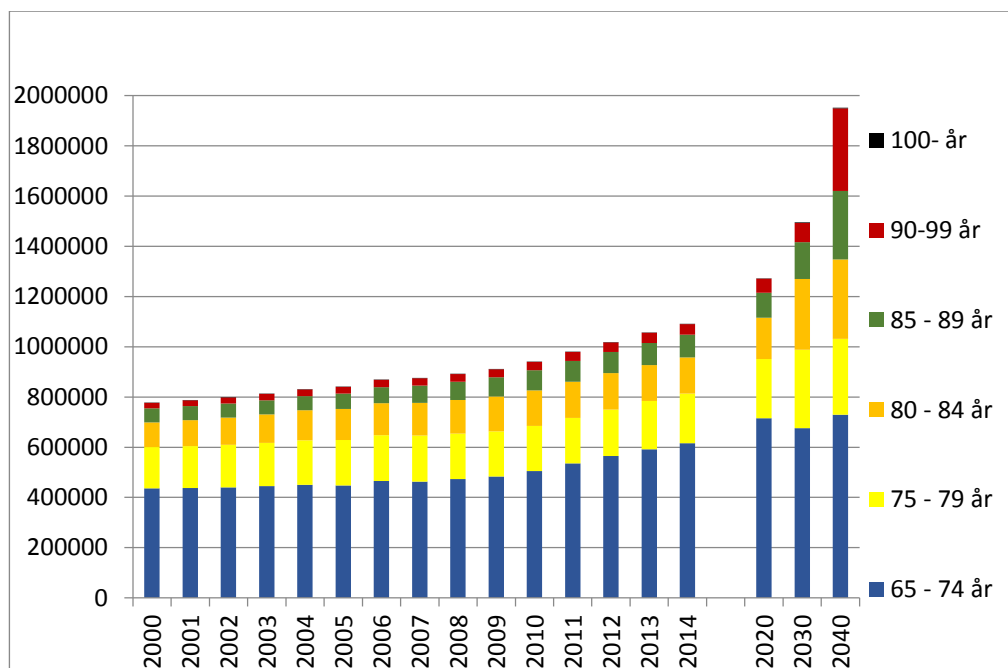
## 2 BAKGRUND

Andelen personer över 65 år förväntas stiga från nuvarande 19,9 procent av befolkningen till 26 procent före utgången av 2030 och till 29 procent före utgången av 2060. Den demografiska försörjningskvoten, alltså antalet barn och pensionärer per hundra personer i arbetsför ålder, ökar den närmaste tiden och tvingar samhället att fundera över hur äldreomsorgen ska ordnas i framtiden.

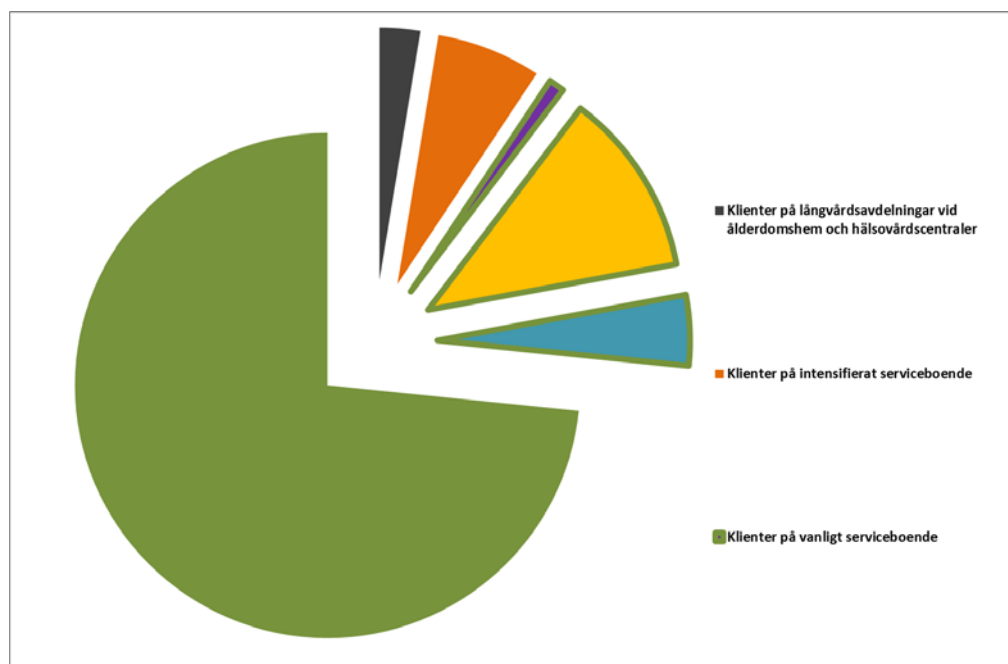


Figur 1. Den demografiska försörjningskvoten i Finland 1987–2012 och prognos fram till 2040 (källa: Statistikcentralen, sysselsättningsläget).

I slutet av 2014 var den demografiska försörjningskvoten 57,1. Enligt prognosen kommer den demografiska försörjningskvoten att överstiga 60 under 2017 och 70 före utgången av 2032. År 2060 skulle den demografiska försörjningskvoten vara 76. Det är stora skillnader i den demografiska försörjningskvoten mellan olika regioner och kommuner. När befolkningen åldras ökar trycket på social- och hälsovårdstjänsterna i synnerhet på grund av tillväxten i de äldre åldersgrupperna (85–99-åringar och 90–99-åringar).

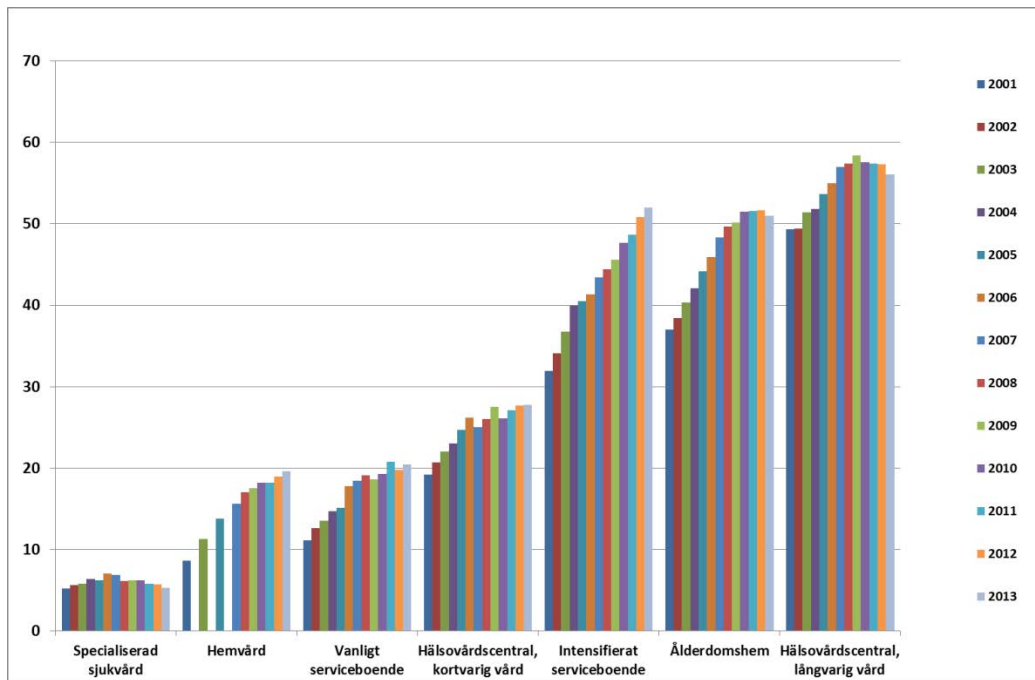


Figur 2. Befolkningstillväxten per åldersklass bland personer som fyllt 65 år perioden 2000–2014 och prognoser för 2020, 2030 och 2040 (källa: Sotkanet 2015).



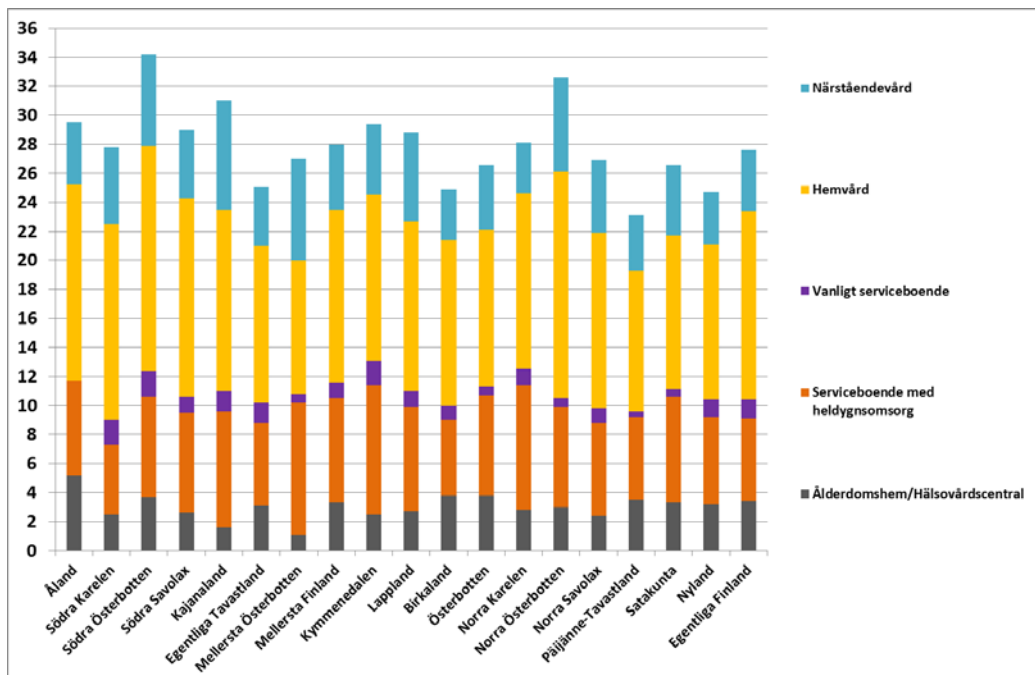
Figur 3. Andelen personer som fyllt 75 år inom de regelbundna och normala social- och hälsovårdstjänsterna 2014 (källa: Noro et al. 2014).

År 2014 fick en av fyra personer som fyllt 75 år regelbunden service som är avsedd för äldre (figur 2). Tre av fyra personer i denna ålder bodde hemma och använde den allmänna servicen som är avsedd för hela befolkningen. Cirka 9,3 procent använde dygnetruntvårdens service och 2,6 procent gavs institutionsvård. Av de som fyllt 75 år och bodde hemma använde 11,8 procent regelbundet hemvård och 4,5 procent fick stöd för närståendevård. Ungefär hälften av läkarbesöken vid hälsovårdscentralerna gjordes av personer som var 75 år och äldre. Andelen äldre är stor även inom den specialiserade sjukvården.



Figur 4. Andelen klienter med minnessjukdomar på de olika nivåerna i servicesystemet 2001–2013 (källa: Sotkanet 2015).

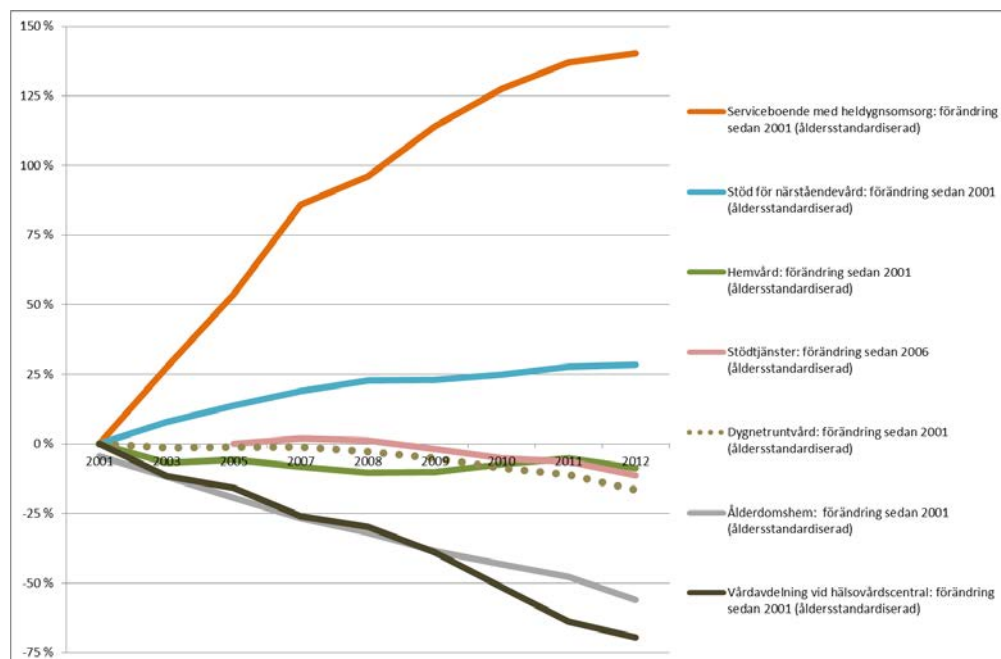
Äldre personer med minnessjukdomar är den regelbundna servicens största användargrupp. Minnessjuka utgör hälften av ålderdomshemmens och hälsovårdscentralernas klienter (figur 6). Över 80 procent av dem har en svår minnesstörning. Bland hemvårdens klienter har var femte person en minnessjukdom.



Figur 5. Personer som fyllt 75 år och som fått regelbunden service 2013 indelade efter landskap, % (källa: Sotkanet 2014).



Det är stora regionala skillnader i användningen av regelbunden service (figur 7). Andelen personer som fått traditionell institutionsvård inom dygnetruntvården varierar från 1 till 5 procent. Andelen klienter som får regelbunden hemvård och stöd för närståendevård varierar också kraftigt mellan landskapen.



Figur 6. Den ålderstandardiserade serviceanvändningen jämförelseåret 2001, inom stödtjänster 2006 (källa: Noro et al. 2014).

Den ålderstandardiserade serviceanvändningen visar att dygnetruntvården, hemvården och stödtjänsterna minskar (figur 8). Andelen klienter som får stöd för närståendevård har däremot ökat påtagligt. Att institutionsvården minskar och serviceboendet ökar är en trend som har pågått länge i Finland och den fortsatte även under 2014.

Med hjälp av det befintliga servicesystemet försöker man ta fram hjälpmedel och teknologi som kan användas hemma samt ordna servicen så att en person i dåligt skick kan leva hemma livet ut med hjälp av servicen om hjärnans funktionsförmåga tillåter det.

Tabell 1 representerar ett urval av ca 40 000 äldre personer som fick institutionsvård och regelbunden hemvård samt bodde på intensifierat serviceboende hösten 2015. I denna klassificering i klientsegment har klienterna delats in i huvud- och undergrupper utifrån sitt omsorgsbehov och sin funktionsförmåga.

Tabell 1. Personer som får äldreomsorg indelade i grupper enligt RUG-klientstrukturklassificeringen som beskriver hur krävande vården är.

Huvudgruppens namn*	Beteckning**	Hemvård (%)	Intensifierat serviceboende (%)	Institutionsvård (%)
Multiprofessionell rehabilitering	RA	0,44	0,37	0,78
	RB	0,21	0,3	0,59
Mycket krävande vård	SE1	0,4	0,21	0,25
	SE2	0,17	0,53	1,01
	SE3	0,03	0,09	0,17
Specialvård	SSA	4,86	2,93	3,48
	SSB	0,3	3,35	6,04
Kliniskt omfattande	CA	9,97	1,4	1,74
	CB	1,43	1,29	1,72
	CC	1,52	6,86	14,03
Nedsatt kognitiv förmåga	IA	19,11	15,17	4,74
	IB	3,38	16,8	8,91
Beteendestörningar	BA	5,74	2,75	1,38
	BB	0,41	1,27	1,06
Nedsatt fysisk funktionsförmåga	PA	47,46	9,11	4,19
	PB	2,09	2,67	2,01
	PC	0,4	0,92	0,82
	PD	2,08	33,98	47,1
Totalt		100	100	100

\* Huvudgrupp. Klientstrukturklassificeringen anger hur dyr vården är och dess huvudgrupper beskriver klienternas kliniska egenskaper samt behov. I tabellen är grupperna ordnade i fallande ordning med den dyraste gruppen som kräver mest vårdtid överst.

\*\* Beteckningen är en förkortning av huvudgruppens undergrupper. Beteckningens 1–2 första bokstäver står för huvudgruppens engelska namn och den sista bokstaven eller siffran anger funktionsbegränsning där A eller 1 beskriver den grupp som behöver minst hjälp och D eller 3 den grupp som behöver mest hjälp.

Källa: RAI-databasen, THL

Det finns inga tomma rutor på någon rad, vilket innebär att man lyckas uppfylla behoven även i de mest krävande grupperna på institutioner, servicehus och rentav hemma.

Baserat på samma material kan man också utläsa hur vanligt det är med instabila och svåra kroniska sjukdomar som ofta återkommer och som kräver en läkares ställningstagande. Av tabell 2 framgår det att i genomsnitt tre procent av institutionsvårdens eller servicehusens klienter som fick dygnetruntvård 2015 hade så instabila grundsjukdomar att en läkare var tvungen att ingripa i vården en eller flera gånger på två veckor.

I denna beräkning har man endast beaktat de kända kroniska sjukdomarna som kan antas vara anledningen till att klienten behöver långvarig institutionsvård. Akuta sjukdomar som kan drabba alla äldre personer var som helst har inte tagits i beaktande (till exempel infektioner, akut hjärtinfarkt eller stroke).

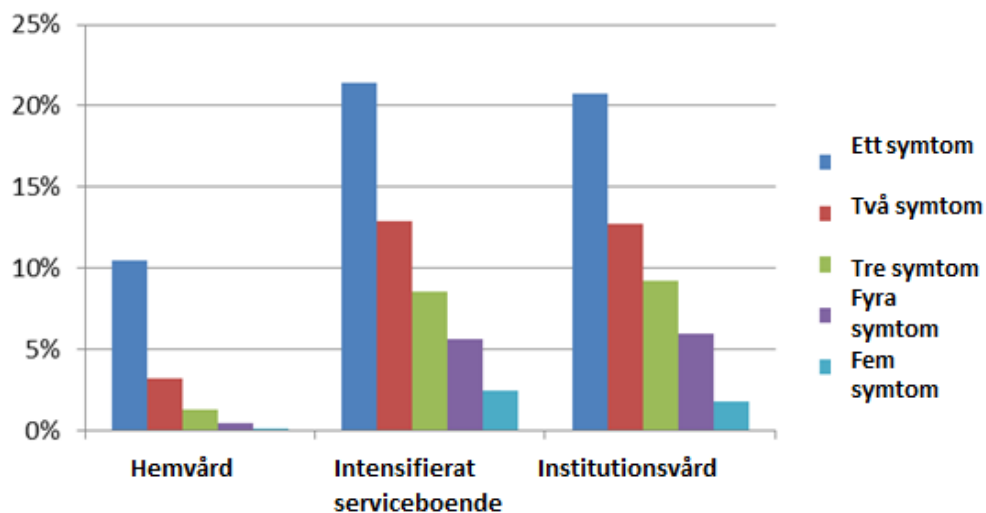
Tabell 2. Sjukdomar och tillstånd inom äldreomsorgen som återkommande kräver en läkares ställningstagande.

Sjukdom och dess svårighetsgrad	Intensifierat serviceboende n = 9051	Ålderdomshem n = 5816	Hälsovårdscentral, långvårdsavdelning n = 2016
	%	%	%
<b>Svår MS-sjukdom</b> , med alla egenskaper nedan: <ul style="list-style-type: none"> <li>MS-sjukdom enligt sjukdomsklassifikationen ICD-10</li> <li>nedsatt kognition</li> <li>dålig sittbalans</li> </ul>	0,86	0,96	1,04
<b>Långt framskriden Parkinsons sjukdom</b> (svår) med fluktuationer, med alla egenskaper nedan: <ul style="list-style-type: none"> <li>Parkinsons sjukdom enligt sjukdomsklassifikationen ICD-10</li> <li>nedsatt kognition</li> <li>dagliga fluktuationer</li> <li>dålig ståbalans</li> </ul>	4,18 3,42	5,21 4,76	4,41 3,87
<b>Hjärnskada</b> , med <ul style="list-style-type: none"> <li>hjärnskada enligt sjukdomsklassifikationen ICD-10 och andningsförlamning och behov av respirator <b>ELLER</b></li> <li>hjärnskada enligt sjukdomsklassifikationen ICD-10 och medvetlöshet</li> </ul>	0,0 0,23	0,10 0,41	0,20 0,99
<b>Svår hjärtsvikt</b> med <ul style="list-style-type: none"> <li>svår hjärtsvikt enligt sjukdomsklassifikationen ICD-10 och svårigheter att ligga på rygg på grund av andnöd <b>ELLER</b></li> <li>svår hjärtsvikt enligt sjukdomsklassifikationen ICD-10 och syrgasbehandling (diagnosen COPD utesluten)</li> </ul>	0,8	1,1	1,5
<b>Svår kranskärslssjukdom</b> , återkommande bröstsmärtor <ul style="list-style-type: none"> <li>kranskärslssjukdom enligt sjukdomsklassifikationen ICD-10 och bröstsmärtor</li> </ul>	0,86	0,76	0,64
<b>Svår astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom</b> med <ul style="list-style-type: none"> <li>astma eller kronisk obstruktiv lungsjukdom enligt sjukdomsklassifikationen ICD-10 och syrgas samt administrering av läkemedel med Spira (kortisoninjektioner vid behov)</li> </ul>	0,39	0,58	1,84
<b>Tetraplegi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>tetraplegi enligt sjukdomsklassifikationen ICD-10 och syrgas</li> </ul>	0,08	0,38	0,84
Minst en av ovanstående (7,63 %)	6,7	8,3	9,4
Minst en av ovanstående OCH en läkares ingripande i medicineringsen (minst en gång under 2 v.) (2,68 %)	2,24	2,73	4,46

Nedsatt kognition, CPS (Cognitive Performance scale) = större än noll, på skalan 0–6, där 0 är normal eller nästan normal kognition och 6 är mycket svår nedsatt kognition.

Källa: RAI-databasen, THL

Psykiska symtom i samband med minnessjukdomar är vanliga, men med tiden ofta övergående hos de äldre som använder servicesystemet. Man vet att svåra psykiska symtom leder till att närstående vårdare blir utmattade och att efterfrågan på en annan bostad än hemmet ökar.



Figur 7. Antalet beteendesyntom bland äldreomsorgens användare 30.9.2015.  
Förklaring: De bedömda beteendesyntomen är 1) planlöst vandrande, 2) verbal aggressivitet, 3) fysisk aggressivitet, 4) socialt avvikande beteende och 5) motstånd mot hjälp, vård eller service.

Källa: RAI-databasen, THL

Figur 7 visar att antalet beteendesyntom är lika stort hos klienter inom intensifierat serviceboende som inom institutionsvården.

### 3 LÅNGTIDSVÅRD PÅ ANNAT HÅLL

OECD (2011) beskriver långtidsvård för äldre som omsorg som behövs av personer vars förmåga att klara det dagliga livet är nedsatt långvarigt eller permanent i sådan omfattning att de är beroende av hjälp från en annan människa. Funktionsbegränsningen kan ha antingen fysiska eller kognitiva orsaker. OECD definierar personlig assistans som antingen medicinsk service eller service som ges av vårdare, vilken kan kombineras med andra tjänster för skötsel av hemmet. Dessa tjänster inkluderar även assistans som utförs av frivilliga.

Långvarig institutionsvård tillhandahålls enligt OECD:s definition på platser där boende och omsorg är paketerat (packaged) av en offentlig eller privat, vinstdrivande eller icke vinstdrivande serviceproducent. Begreppet institutionsvård används oavsett om klienten debiteras för boende och omsorg tillsammans eller separat.

Det OECD avser med ”institutionsvård” tillhandahålls i Finland på hälsovårdscentralernas bäddavdelningar och på ålderdomshemmen, men även inom intensifierat serviceboende, där vård och omsorg kan ske dygnet runt eller mer sällan. Det som kallas institutionsvård i Finland omfattar bara hälsovårdscentralernas och ålderdomshemmens långtidsvård. Denna definition av begreppet som är utmärkande för Finland grundar sig på lagstiftningen och historiska faktorer och omfattar alltså bara en del av det som OECD avser med ”institutionsvård”.

På uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet diskuterade expertarbetsgruppen i ljuset av internationella fakta följande omständigheter kring institutionsvård enligt den finländska definitionen:

- behovet av institutionsvård de kommande åren
- de enhetliga grunderna för institutionsvård
- vilka utvecklingsbehov en eventuell minskning av institutionsvården skulle medföra inom den övriga långtidsvården för äldre, särskilt inom det intensifierade serviceboendet.

Olika länder har tagit sig an utmaningen med långvarig institutionsvård på olika sätt på grund av skillnader i lagstiftning, kultur, tänkesätt och tillvägagångssätt. Enligt en omfattande utredning av Richard Saltman m.fl. (2006) innefattade den långvariga institutionsvården i Europa ofta en boendemodell i tre steg, där stegen bestämdes utifrån omfattningen på assistansen. Serviceproducenterna kunde vara dels offentliga, dels vinstdrivande eller icke vinstdrivande stiftelser eller företag. Bakom finansieringen stod en kommun eller något annat administrativt område, en offentlig eller privat försäkring eller någon annan part.

I den omfattande EU-finansierade undersökningen ANCIEN som avslutades 2012 utredde man hur långtidsvården ordnades i olika europeiska länder (Belgien, Bulgarien, Danmark, England, Estland, Finland, Frankrike, Italien, Lettland, Litauen, Nederländerna, Polen, Rumänien, Slovakien, Slovenien, Spanien, Sverige, Tjeckien, Tyskland, Ungern och Österrike). Det råde stora skillnader mellan och inom länderna i hur man ordnade institutionsvården enligt OECD:s definition.

Jämförbarheten mellan institutionsvården i olika länder försvåras inte bara av begreppsjungeln, utan också av de oenhetliga klientavgiftsandelarna och finansieringsmodellerna, de olika kriterierna för att få vård samt det varierande samarbetet mellan social- och hälsovården. Framför allt försämras jämförbarheten av att det finns mycket lite kommensurabla och pålitliga uppgifter om den långvariga institutionsvårdens resultat och kvalitet i fråga om klientens självbestämmanderätt, tillgången till vård och huruvida vården håller jämn kvalitet, klientens livskvalitet och ekonomiska aspekter.

Inte heller de nordiska länderna är enhetliga avseende den långvariga institutionsvården. Sverige övergav den långvariga institutionsvården av äldre som ingick i hälso- och sjukvården

i och med den omfattande nationella äldreformen den 1 januari 1992, då kommunerna fick ta över ansvaret för långtidsvården av äldre. I samband med detta upphörde den typ av vård i Sverige som motsvaras av den långvariga institutionsvården vid hälsovårdscentralerna i Finland (OECD 2005). "Särskilt boende" är Sveriges motsvarighet till OECD:s definition av institutionsvård och ett samlingsbegrepp för "paketet" med boende och omsorg oavsett om omsorgen sker dygnet runt eller inte och oavsett klientens betalningsandel. I cirka 10 år har servicen omfattat 16 procent av alla personer i Sverige som fyllt 80 år (Socialstyrelsen).

Danmarks "institutionsvård" liknar den i Sverige i det avseendet att det inte finns någon institutionsvård som ingår i hälso- och sjukvården. I den offentliga retoriken förekommer inte ordet institutionsvård, utan man talar snarare om öppenvårdstjänster och boende där service ingår. År 2014 uppgick Danmarks befolkning till 5,6 miljoner varav 238 000 personer hade fyllt 80 år. Av dessa bodde ca 40 000 minnessjuka äldre personer på gruppboenden som motsvarar Finlands intensifierade serviceboende. Siffran motsvarar ca 17 procent av alla personer som fyllt 80 år i Danmark.

År 2014 fick 15,2 procent av befolkningen i Finland som fyllt 80 år institutionsvård enligt OECD:s definition. Klienterna fördelades på följande sätt:

1. Hälsovårdscentralens långvårdsavdelning	0,9 %
2. Ålderdomshem	4,0 %
3. Klienter på intensifierat serviceboende	9,8 %
4. Vanligt serviceboende	1,5 %

I Finland utgör endast nummer 1 och 2 institutionsvård.

Baserat på jämförelsen av hur institutionsvården ordnas i övriga europeiska länder och i Finland kan man dra slutsatsen att institutionsvård enligt OECD:s definition inte förutsätter ordnande av institutionsvård enligt den finländska definitionen. Exemplet från två nordiska länder visar att det viktigaste är att boende och omsorg samordnas på det sätt som är mest gynnsamt för den äldre personen när han eller hon inte klarar av vardagen utan hjälp från en annan person.

## 4 ERFARENHETER FRÅN DE ÄLDRE OCH KOMMUNERNA

Äldrevårdens servicestruktur har på flera ställen redan ändrats med lyckat resultat så att klienternas behov i första hand uppfylls med tjänster inom öppenvården. Därigenom har man kunnat minska institutionsvården avsevärt.

Underarbetsgruppen bad Vasa stad, Borgå stad och Eksote (Södra Karelens social- och hälsovårdsdistrikt) om deras åsikter om vad som krävs av servicesystemet för att ändra servicestrukturen och avstå från institutionsvård. Följande faktorer ansågs vara centrala i förändringsprocessen:

- en engagerad ledning
- effektivisering av främjandet av hälsa och välfärd
- investering i inledningsfasen av det intensifierade serviceboendet
- utveckling av hemvården
- ökad rehabilitering på alla nivåer i strukturen
- utveckling av stödtjänsterna och nya verksamhetsmodeller som stödjer boende hemma
- utveckling av den multiprofessionella bedömningen av servicebehovet och klienthandledning
- utveckling av läkartjänsterna för hemvård och serviceboende.

De äldre i dag är mer benägna att använda sin förmögenhet till vårdkostnader i ålderdomen än framtidens äldre (tabell 3).

Tabell 3. Andelen personer som är positivt inställda till att frivilligt använda egna tillgångar till vårdkostnader i ålderdomen indelade enligt åldersklass och enligt deltagande i närståendevård 2013 (%).

	18–24 år	25–34 år	35–44 år	45–54 år	55–64 år	65–74 år	75 eller över
Alla	44,2	55,7	61,1	60,6	65,1	72,7	74,9
Närståendevårdare	35,4	46,9	64,5	59,6	63,6	73,3	72,7
Ej närståendevårdare	46,2	57,9	59,8	61,3	66,1	72,5	75,4

Källa: Vilkkio, Muuri, Saarikalle, Noro, Finne-Soveri, Jokinen. Läheisavun moninaisuus. I boken Suomalaisten hyvinvointi 2014 (red. Vaarama m.fl.). THL 2014.

Av de äldre som använder hemvårdens tjänster nu (2015) ansåg endast åtta procent att något annat ställe än hemmet var ett bra alternativ för boende. Däremot var nästan dubbelt så många av deras vårdare (14 %) av samma åsikt. Det finns dock ingen information om vilken typ av boende eller service de betraktar som ett bra alternativ.

## 5 INSTITUTIONSVÅRD

Institutionsvården avsedd för äldre personer definieras dels i lagen om ändring av lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (1351/2014), dels i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992).

I lagen om ändring av lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (1351/2014) avses med institutionsvård att vården och omsorgen av en äldre person ges i en institutionsenhet för social- och hälsovård som tillhandahåller vård och omsorg dygnet runt och är avsedd för äldre. Med institutionsenheter som tillhandahåller vård och omsorg dygnet runt och är avsedda för äldre avses hälsovårdscentralers bäddavdelningar och åldringshem. Enligt definitionen är institutionsvård till exempel inte intensifierat serviceboende, där klienten bor i en bostad som klienten hyr själv.

Enligt 7 b § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) anses som en person i långvarig anstaltsvård den vars behov av vård och omsorg på anstalt har pågått i eller beräknas pågå längre än tre månader, även om anstaltsvården skulle upphöra när tillståndet förbättras.

Sett till hela landet finns det skillnader i dygnetruntvården inom både hälsovårdscentralernas långtidsvård och ålderdomshemmens vård. Institutionsvård ordnas inte nödvändigtvis alltid utifrån behovet av vård, utan kan bero på organisationsstrukturer och hur tjänsterna ordnas.

Det råder skillnader i vårdnivån och vårdsystemen. I praktiken innebär detta att det inte går att dra generaliserande slutsatser i det nuvarande servicesystemet om när en äldre person bör få institutionsvård. Hänvisningen till institutionsvård påverkas inte bara av servicebehov och sjukdomar, utan också av bl.a. antalet tillgängliga platser inom institutionsvården.

Öppenvården och institutionsvården bildar ett kontinuum, där gränserna mellan tjänsterna är otydliga. Intensifierat serviceboende eller vanligt serviceboende utgör öppenvård där klienten bor i en bostad som hyrs av klienten själv.

Institutionsvård har i stor utsträckning ersatts med intensifierat serviceboende. Skillnaden mellan i synnerhet institutionsvård enligt socialvårdslagen och intensifierat serviceboende är liten och ofta är det bara grunderna till klientavgifterna som skiljer dessa två serviceformer åt.

I sista hand kan nästan all vård som ges på sjukhus även ges hemma och på serviceboenden, men det är inte alltid förnuftigt och motiverat. Dygnetruntservice ges även inom hemvården och äldre personer vårdas hemma ända fram till livets slut. Även terminalvård av äldre ges i allt större utsträckning på serviceboenden och inom hemvården i stället för inom den traditionella institutionsvården. Dessa lösningar leder till att service som inkluderar specialkunnande tas till klienten i stället för till institutionsvården. Det är viktigt att tänka igenom med vilka satsningar och i vilka verksamhetsmiljöer detta skulle vara möjligt. Till exempel är hemsjukhusverksamheten ordnad på mycket varierande sätt i olika kommuner.

Enligt motiveringarna i lagen om ändring av lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (1351/2014) baserar sig ett medicinskt motiverat skäl för långvarig institutionsvård på en läkarbedömning. Då ges den vård eller multiprofessionella rehabilitering som patienten behöver endast inom institutionsvården. Enligt motiveringstexterna kan det t.ex. handla om att det krävs specialkunnande eller utrustning och instrument för vården eller rehabiliteringen av en patient eller uppföljningen av en patients sjukdom, att det krävs ett multiprofessionellt genomförande av rehabilitering och vård vid flera samtidiga sjukdomar, att en person med svår minnessjukdom har omfattande beteendesymtom eller att det krävs beredskap att snabbt öka sjukvården för i synnerhet somatiskt instabila patienter.



Lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre ställer nya krav även på institutionsvården. När institutionsvård får ges bara om det finns medicinskt motiverade skäl, måste även institutionsvården kunna uppfylla den äldres medicinska behov och behov av sjukvårdsservice. Detta kräver att innehållet i institutionsvården granskas och görs enhetligt.

Det vore också motiverat att helt ersätta institutionsvården enligt socialvårdslagen med intensifierat serviceboende.

## 6 ÖPPENVÅRD

Med öppenvård avses service som kan ges i klientens hem eller som finns tillgänglig hemifrån. Även serviceboende och intensifierat serviceboende betraktas som öppenvård eftersom klienten bor i en bostad som klienten hyr. Enligt 21 § (1301/2014) i socialvårdslagen avses med serviceboende boende och service som ordnas i en servicebostad. Servicen omfattar vård och omsorg enligt klientens behov, verksamhet som upprätthåller och främjar funktionsförmågan, måltids-, klädvårds-, bad- och städservice samt tjänster som främjar delaktighet och socialt umgänge. Inom intensifierat serviceboende ordnas servicen enligt klientens behov dygnet runt.

Vilka krav ställs på öppenvården om den långvariga institutionsvården överges?

- utveckling av kompetensen och personalstrukturen inom öppenvården
- omfattande bedömning av funktionsförmågan och enhetliga bedömningskriterier
- tillräckligt med tjänster som uppfyller olika behov och som är förenade med effektiv klienthandledning
- tillräckligt med läkararbetstid
- klientavgifter som stödjer ett hemvårdsinriktat servicesystem
- mobila vårdenheter
- kompetensutveckling inom öppenvården
- specialisering av boendeserviceenheterna
- akutsjukvård som stödjer boende hemma
- möjlighet att ordna terminalvård hemma.

Det nationella målet är att tjänster för äldre i första hand ges i klientens hem eller ordnas så att de finns tillgängliga hemifrån. Om andra alternativ inte är möjliga tar man hjälp av institutionsvård, som man strävar efter att tidsbegränsa. För att uppfylla målet krävs att servicesystemet tillhandahåller tillräckligt många alternativ som uppfyller klienternas behov. När institutionsvården upplöses måste öppenvårdens verksamhets sätt utvecklas så att de motsvarar de äldres servicebehov. Det innebär bl.a. att rehabilitering i hemmet, hemmasjukhus och deltagande och engagemang av läkare måste ingå i de äldres öppenvård.

ETLAs nyligen publicerade undersökning visar att befolkningens ökade livslängd inte förlänger vårdperioderna väsentligt. Vårdbehovet är alltså inte direkt kopplat till åldern, utan snarare till närheten till döden. Äldre personers funktionsförmåga och hälsa har förbättrats samtidigt som livslängden har ökat.

Behovet av dygnetruntvård kommer dock att öka mycket de kommande åren om servicestrukturen och innehållet i servicen inte utvecklas betydligt, eftersom antalet mycket gamla äldre ökar i framtiden (antalet personer som fyllt 85 år förväntas öka 2,6 gånger från dagens ca 136 000 personer till omkring 360 000 personer före utgången av 2040).

Demens är den överlägset största orsaken till att äldre hamnar i servicesystemet för boende och omsorg. Oförmåga att klara sig hemma på grund av demens är orsaken för ca 75 procent av klienterna i servicesystemet för boende och omsorg. Därför bör särskild uppmärksamhet fästas vid öppenvårdstjänsterna för minnessjuka.

I en undersökning genomförd av Aalto-universitetet beskrivs dagens trender inom EU för beredskap för en åldrande befolkning. Det är tydligt att den försämrade demografiska försörjningskvoten och de ekonomiska svårigheterna utgör utmaningar som är gemensamma för alla EU-länder.

En av de centrala metoderna har varit att lösa upp det graderade och sektoriserade systemet och gruppera tjänsterna på ett nytt sätt samt att hitta nya tjänsteinnovationer. Man försöker ersätta dygnetruntservice med olika former av dagservice som ges hemma och som finns

tillgänglig hemifrån. Man har också kommit till insikt om vilken betydelse effektiv mångsidig rehabilitering har för stödandet av boende hemma.

I ett servicesystem som inriktas på hemvård får boendet, såväl bostaden som boendemiljön, ökad betydelse. Servicen måste kunna nå hemifrån och bostäderna måste möjliggöra boende hemma (tillgänglighet).

Frivilligverksamheten i tredje sektorn får en större roll när samhällets allt knappare resurser koncentreras till att tillhandahålla nödvändiga tunga tjänster.

### Kompetens och vårdpraxis

I utvecklingen av öppenvården måste man se till att social- och hälsovårdspersonalen som arbetar inom servicesystemet är yrkeskunnig och kan uppfylla klienternas behov. Personalen måste vara förtrogen med hela verksamhetsmiljön så att den vid behov kan hänvisa en äldre person som bor hemma till övriga tillgängliga tjänster. I framtiden är personalens kompetens och rätt personalstruktur sannolikt ännu viktigare när det gäller god kvalitet och rimliga kostnader i fråga om social- och hälsovårdstjänster.

I detta sammanhang (kriterier för institutionsvård) granskas personalens kompetens i en situation där personalen fortfarande finns inom öppenvården och behovet av institutionsvård bedöms.

Kompetensen innefattar bl.a. följande:

- förmåga att identifiera den äldre personens servicebehov och samlade service
- förmåga att göra den äldre personen delaktig i planeringen och genomförandet av tjänster
- samarbetsförmåga och färdigheter i multiprofessionellt samarbete
- förmåga att identifiera begränsningar i de egna kunskaperna
- förmåga att använda sig av tjänsteinnovationer och teknologi
- innehållsrelaterad kompetens, t.ex. ett rehabiliterande arbetssätt och kunskaper i geriatrik/gerontologi
- kunskaper i terminalvård

#### *Förmåga att identifiera den äldre personens servicebehov och förändringar i den*

Den som arbetar med äldre bör kunna identifiera den äldre personens miljö och hur den äldre klarar sig i den samt om det har skett förändringar i patientens funktionsförmåga. Särskilt inom hemvård måste man identifiera personens egna resurser och hur de används. Yrkesutövaren måste kunna bedöma den äldre personens funktionsförmåga och rehabiliteringsbehov med hjälp av t.ex. indikatorer för funktionsförmågan som tagits fram i detta syfte. Detta är relaterat till användningen av den övergripande vård- och serviceplanen.

#### *Förmåga att göra den äldre personen delaktig i planeringen och genomförandet av tjänster*

I personalens breda yrkeskompetens ingår att respektera den äldre personen och beakta den äldres åsikter. Den äldre personen bör ges möjlighet att påverka, delta i och planera även valet av vårdplats.

#### *Samarbetsförmåga och multiprofessionellt samarbete*

Det är ofta flera aktörer som arbetar med en äldre person. Inom social- och hälsovården finns aktörer från olika yrkesgrupper och kompetensen från alla dessa behövs för att uppfylla den äldre personens behov och se till att han eller hon klarar sig hemma. Samarbete sker inte bara mellan social- och hälsovårdspersonalen, utan också med bl.a. myndigheter som sköter

bostadsärenden. Dessutom tillkommer aktörer från organisationer, församlingen och privat sektor. Samarbetet med de anhöriga är viktigt, men även andra närstående och nätverk måste uppmärksammas.

### *Förmåga att identifiera begränsningar i de egna kunskaperna*

Vid hemvård kan äldre personers tillstånd snabbt förändras. Allmäntillståndet kan försvagas på grund av sjukdom, kost, medicinering eller någon annan anledning. Det är oerhört viktigt att man konsulterar kolleger, andra personalgrupper eller den specialiserade sjukvården som stöd för sin egen bedömning av patientens tillstånd.

### *Förmåga att använda sig av tjänsteinnovationer och teknologi*

Personalen måste kunna hjälpa de äldre personerna att ta i bruk internet- och mobilbaserade tjänster även inom social- och hälsovården. Utöver de elektroniska tjänsterna för ärendehantering ska de äldre ges stöd och motiveras att använda välfärdsteknologins nya verktyg för att självständigt sköta sin hälsa och välfärd. Olika påminnelse- och kalenderlösningar är verktyg som stödjer i synnerhet de äldres egenvård. Därtill bör personalen använda sig av internet- och mobilbaserade applikationer och program så att bedömningsprocessen för institutionsvård är tillgänglig för alla som deltar i den.

### *Innehållsrelaterad kompetens/vårdpraxis/arbetsätt*

I såväl institutionsvård som hemvård av äldre ingår ett klientinriktat agerande, ett rehabiliterande arbetsätt/ett arbetsätt som upprätthåller funktionsförmågan, klienthandledning, kunskaper i geriatrik/gerontologi.

### *Terminalvård*

Terminalvården hör i regel till primärvårdens ansvar. Det ingår i de grundläggande kunskaperna att alla som arbetar inom öppenvården ska ha kunskaper i terminalvård. Oavsett diagnos handlar terminalvård framför allt om att lindra symtomen, ta hand om det psykiska välbefinnandet och stödja familjen eller övriga i den närmaste kretsen. En av terminalvårdens principer är att patienten har rätt att få leva i en miljö som kan anpassas efter patientens tillstånd och där det finns trygga människor. Patienten har också rätt att leva som en medlem i sin familj/släkt och att, om patienten så vill, hålla kontakten med de samfund som han eller hon tillhör. Många vill dö tryggt hemma, i en bekant miljö. Få vill vara ensamma när döden närmar sig. Smärtlindring och annan palliativ vård måste vara välordnad. Terminalvårdens personal måste ges möjlighet att konsultera och samarbeta med andra aktörer.

## 7 FÖRSLAG PÅ MEDICINSKA KRITERIER

Underarbetsgruppen anser att institutionsvård i regel inte kan förutses baserat på en enstaka diagnos.

I enlighet med äldreomsorgslagen kan placering i institutionsvård endast ske av medicinskt motiverade skäl och efter en individuell bedömning som grundar sig på dessa skäl. Före placering i institutionsvård ska man alltid utreda andra alternativ och se till att patientens medicinska tillstånd har blivit utrett på behörigt sätt och att patienten har fått tillräcklig rehabilitering.

Enligt underarbetsgruppen behöver 0–1 procent av de som fyllt 75 år långvarig institutionsvård på medicinska grunder beroende på de lokala förhållandena.

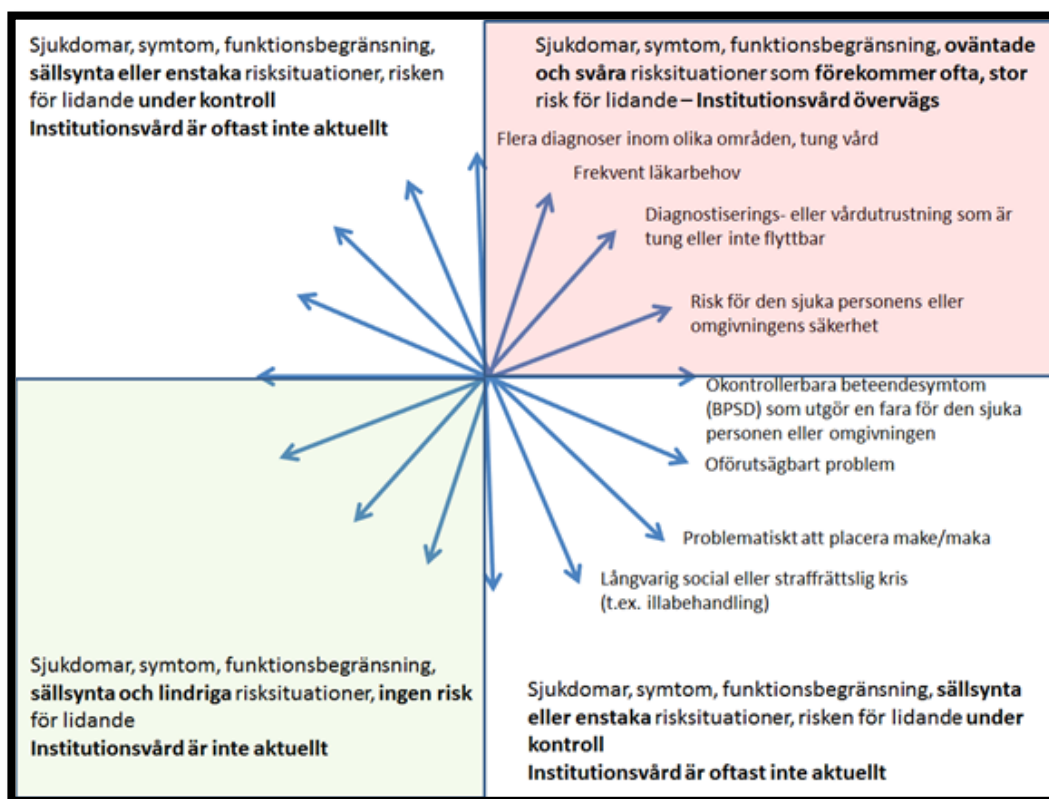
### **Faktorer som bör beaktas vid övervägande av långvarig institutionsvård**

- Behov av institutionsvård på grund av sjukdom/sjukdomar kan utgöra en grund i följande situationer:
  - Flera samtidiga sjukdomar som förutsätter krävande, ofta återkommande och oförutsedd medicinsk vård.
  - Vård och/eller vårdutrustning som är svår att förflytta, svår att ordna eller som kräver specialkunskaper.
  - Den sjuka personens eller andra människors hälsa eller säkerhet äventyras allvarligt.
  
- Följande situationer utgör inte ensamt en grund för långvarig institutionsvård:
  - behov av hjälpmedel/sjukhusteknologi
  - geropsykiatriska symtom
  - terminalvård
  - bärare av sjukhusbakterier
  - funktionsbegränsning i olika utsträckning
  - avstånd
  - ensamhet eller känsla av otrygghet.

Varför ger vi inte exempel?

- Den slutgiltiga bedömningen görs alltid av verksamhetsenheterna.
- Verksamhetsstrukturen och praxis varierar så pass mycket i kommunerna (i början av 2016) att det inte är motiverat att ge detaljerade exempel.

I fyrfältstabellen nedan åskådliggörs de mångsidiga faktorerna som måste beaktas när man fattar beslut om placering på institution.



## 8 UPPFÖLJNING

Institutet för hälsa och välfärd har på uppdrag av social- och hälsovårdsministeriet följt upp och utvärderat hur äldreomsorgslagen har verkställts. Som en del av det allmänna stödet för verkställandet av äldreomsorgslagen följer man upp och utvärderar även framstegen i servicestrukturen. Tidigare uppföljningar har genomförts 2013 och 2014. Kommande uppföljnings- och utvärderingsstudier genomförs hösten 2016 och 2018.

I regeringens proposition om ändring av äldreomsorgslagen (240/2014) uppskattades att andelen personer som har fyllt 75 år och vårdas på institution skulle minska med nästan två procentenheter under perioden 2012–2017 om kriterierna för långvarig institutionsvård av äldre preciseras. Samtidigt skulle andelen inom intensifierat serviceboende öka med nästan en procentenhet, den andel som omfattas av regelbunden hemvård med över en procentenhet och den andel som omfattas av stödet för närståendevård med en procentenhet. Totalt skulle den andel som omfattas av tjänsterna öka med 1,2 procentenheter under perioden 2012–2017. Ändringen av servicestrukturen skulle bromsa ökningen av kostnaderna för servicen för äldre med ca 272 miljoner euro enligt 2015 års penningvärde.

## 9 REFLEKTIONER

Underarbetsgruppens uppgift var att ta fram medicinska kriterier för långvarig institutionsvård av äldre och gruppen fokuserade därför sitt arbete på dessa kriterier. Därmed har många viktiga teman som berör äldre inte behandlats i denna promemoria, till exempel ensamhet, otrygghet, belastningen på närstående vårdare och problem relaterade till byggnader.

Den minskade institutionsvården av äldre har bidragit till att självbestämmanderätten och valfriheten har förstärkts. De problem som tas upp i föregående kapitel måste lösas av samhället och de får inte leda till institutionsvård.

Behovet av att ordna institutionsvård är starkt bundet till det övriga servicesystemet för äldre. Följande faktorer är viktiga för att utveckla servicesystemet och minska behovet av institutionsvård:

- 1) Stor satsning på klienthandledning, klientens delaktighet och förebyggande service
- 2) Sektorsövergripande verksamhet för att minska ensamhet bland äldre och förbättra den sociala gemenskapen i bostadsområden, inklusive utveckling av boendet
- 3) Fungerande hemvård
- 4) Utveckling av övrig service som stödjer boende hemma: hemsjukhus och mobil verksamhet, samarbete med den prehospitäl akutsjukvården, rehabiliteringstjänster som ges hemma och på serviceboende
- 5) Fungerande läkartjänster för hemvård och serviceboende
- 6) Användning av ny säkerhets- och vårdteknologi
- 7) Fungerande akut- och rehabiliteringssjukhusvård när klientens tillstånd kräver det
- 8) Stärkande av det geriatriska perspektivet i hela servicesystemet, inklusive jouren och den specialiserade sjukvården
- 9) Stärkande av kunskaper i terminalvård i hela servicesystemet

Arbetsgruppens slutsats är att de institutionsenheter som blir kvar måste ha tillräcklig medicinsk och sjukvårdsrelaterad kompetens, så att det inte finns något behov av institutionsvård inom socialsektorn i framtiden. Institutionsvården ska i huvudsak vara tidsbestämd, även om den i vissa situationer kan bli långvarig.

För att vi ska kunna frångå institutionsvården måste serviceboendet utvecklas så att det uppfyller de äldres behov till exempel i fråga om kompetens, personalstruktur, klientsäkerhet och tillgängliga stödtjänster. Boendeförhållandena har i regel förbättrats så pass att boendet inte längre är en anledning till flytt, utan servicen kan tas till klienten.

Underarbetsgruppen upptäckte flera gånger under sitt arbete att begreppen som används inte längre passar/motsvarar verkligheten i den strukturella och kulturella brytningstiden som pågår inom servicen för äldre. Det har lett till att kommunerna har tagit i bruk flera olika benämningar som beskriver samma verksamhet. Å andra sidan kan samma begrepp syfta på helt olika saker.

Otydliga begrepp är dock inte bara ett finländskt fenomen. Jämförelsen mellan länderna visade att det inte med säkerhet finns några länder som har ordnat och finansierat boendeservice för äldre på precis samma sätt, även om ländernas kriterier för valet av klienter är desamma. Åtminstone två av våra grannländer (Sverige och Danmark) har dock varaktigt lyckats ordna servicen för äldre så att de inte behöver bo på hälso- och sjukvårdens enheter eller på sjukhus.



## 10 KÄLLOR

Ancien 2009–2012 Grant agreement no.: 223483

<http://www.ancien-longtermcare.eu/>

Eija Kauppi, Niku Määttänen, Tomi Salminen och Tarmo Valkonen: Vanhusten pitkäaikaishoidon tarve vuoteen 2040, Kunnallisan kehittämissäätiö, Tutkimusjulkaisu nro 90, 2015

OECD (2005), Long-term Care for Older People, OECD, Paris

Petra Kinnula, Teemu Malmi och Erkki Vauramo: Miten sote-uudistus toteutetaan?, Kunnallisan kehittämissäätiö, Tutkimusjulkaisu nro 91, 2015

Socialstyrelsen, Sverige

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/socialtjanstinsatsertillaldreochpersonermedfunktionsnedsattning>

RAI-databasen 2015, THL

Elizabeth Dahler-Larsen, Tine Rostgaard, Vibeke Høy Worm, Jón Anton Sigurjónsson, Jónas Tór Næs, Harriet Finne-Soveri, Maj-Len Österlund, Sigurveig H Sigurdardottir, Thorstein Ouren, Ann-Kristin Granberg. Äldreomsorg i Norden. 2015

<http://www.nordicwelfare.org/Publications/Aldreomsorg-i-Norden/>

# 11 BILAGOR

## BILAGA 1

Deltagare på underarbetsgruppens samrådsmöten:

Kristiina Backlund, Helsingfors stad  
 Virpi Dufva, Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto  
 Sirkka-Liisa Heimonen, Äldreinstitutet  
 Satu Helin, Centralförbundet för de gamlas väl  
 Eeva Hölttä, Helsingfors stad  
 Outi Lyytikäinen, THL  
 Pirkko Mahlamäki, Handikappforum  
 Soili Nevala, SUPER  
 Aino Närkki, Sosiaalialan työnantajat  
 Riitta Suhonen, Sairaanhoidajaliitto, Åbo universitet  
 Jaana Tamminen, Alzheimer Centralförbundet  
 Erkki Vauramo, Aalto-universitetet

På samråden lyftes följande synpunkter fram som bör beaktas med tanke på kriterierna för institutionsvård:

- *Definitionerna av tjänsterna är otydliga och oändamålsenliga i dagsläget.*
- *Lokalerna måste vara användbara och ändamålsenliga.*
- *Teknologin måste utnyttjas.*
- *Förflyttningen av klienter måste upphöra.*
- *Gemensamma kriterier för att mäta funktionsförmågan och få tillgång till service bör tillämpas.*
- *Klienthandledning bör nyttjas för att styra klienten till lämplig service.*
- *Möjligheterna till konsultation måste ses över.*
- *Verksamhetspraxis varierar regionalt.*
- *Ett system med en nivå bör införas, kompetens kan flyttas, sitter inte fast i lokalerna.*
- *Definition av institutionsvårdens innehåll saknas eller så har alla kommuner definierat det på sitt eget sätt.*
- *Det behövs en vision om framtidens institution, dvs. vem den är avsedd för.*
- *Vård- och servicekedjans funktion har inte utvärderats.*
- *Frågor om självbestämmanderätt har uppmärksammats i varierande grad i olika kommuner eller inte alls.*
- *Behoven hos grupper av äldre med särskilda behov, t.ex. funktionshindrade och personer med psykiska problem, har uppmärksammats i varierande grad i olika kommuner eller inte alls.*
- *Systemet för klientavgifter och finansiering styr verksamheten i en olämplig riktning och förhindrar utveckling i enlighet med klientens behov.*

Underarbetsgruppen deltog även i huvudarbetsgruppens seminarium den 26 augusti 2015, där följande synpunkter på långvarig institutionsvård av äldre framkom:

Vilka är de medicinska kriterierna för långvarig institutionsvård?

- *En diagnos är inte en avgörande faktor.*
- *Den medicinska infallsvinkeln är smal – multiprofessionalism.*
- *Funktionsförmåga betonas framför diagnosen, diagnosen beskriver funktionsförmågan.*
- *Omfattande individuell bedömning av funktionsförmågan och servicebehovet som arbetssätt, inte endast en medicinsk fråga.*
- *Verktyg för bedömning av funktionsförmågan.*
- *Vad är en institution? Institutionspektrumet är brett.*
- *Vad krävs av en institutionsenhet?*
- *Vilka är institutionsvårdens kvalitetskrav?*

Vad långvarig institutionsvård som begränsas av medicinska kriterier förutsätter av det övriga servicesystemet:

- *Omfattningen av behovet av institutionsvård är bundet till det övriga servicesystemets funktion*
- *Utbudet av service för äldre – innovation av nya tjänster*
- *När det inte finns andra platser hamnar patienten på hälsovårdscentralens bäddavdelning.*  
*Systemet får inte läcka. Institutionsvården har också varit ett expansionskärl.*
- *Institutionen bör inte vara någons hem*
- *Institutionen eller hemmet – däremellan finns även annan service, man får inte bara se ytterligheterna, vad avses med långvarig institutionsvård*
- *Var klarar sig människor – vad är det övriga servicesystemet?*
- *Rehabiliteringen har en stor roll*
- *Användning av teknologi*
- *Säkerhetsproblem i fråga om personer med minnessjukdomar*
- *Klienthandledning och koordinering av servicen utgör grundpelaren för ett fungerande system*
- *Klienten i centrum, en klientinriktad lösning för servicesystemet*
- *Anhöriga och närstående har en stor roll*
- *Tjänster som stöder boende hemma: läkartjänster, rehabiliteringstjänster*
- *Problemet med ensamhet är en stor samhällsfråga som måste lösas genom sektorsövergripande samarbete*
- *Utveckling av boendet, social gemenskap och stöd för boende hemma*
- *Äldres betalningsförmåga ett problem vid serviceboende – finansiering via en kanal*
- *Valfriheten ett problem särskilt i små kommuner*
- *Mentalvårdstjänster för äldre personer*
- *Vilken vård måste olika tjänster kunna erbjuda*
- *Tillräcklig kompetens inom all service*
- *Hjälpmedelsservice: tillräcklighet och kvalitet, även kommunikations-hjälpmedel*
- *Medborgarnas egen livsplanering i centrum*
- *Kostnadstransparens*
- *Munhälsovården i gott skick*
- *Utveckling av en klientinriktad servicekultur*
- *Obrutna servicekedjor*

## BILAGA 2

Erfarenheter från Eksote, Borgå och Vasa av en ändrad servicestruktur och minskad institutionsvård:

### Ledning

- Tjänsteinnehavare och politiker behöver ha en gemensam ambition och fatta gemensamma beslut. På så sätt kan en plan genomföras över flera budgetår. Planen måste ständigt operationaliseras/konkretiseras och man måste fortlöpande informera om den på ett begripligt sätt.
- Diskussioner med personalen och utbildning i hur förändringen ska hanteras. Förändringen kan inte genomföras utan personalens insatser.
- Ledningen och chefsarbetet måste utvärderas. Information och rätt verktyg behövs.  
T.ex. ett system för verksamhetsstyrning inom hemvården.
- En förutsättning för förändringen var ett starkt engagemang från ledningen och målmedveten styrning av förändringen. Förändringarna i alla delar av servicekedjan måste beaktas, dvs. även inom jouren och den specialiserade sjukvården. För att vinna något nytt måste man avstå från vissa saker.

### Främjandet av hälsa och välfärd

- ”Matning” med service måste förhindras. Motion och stimulans för yngre pensionärer med bättre hälsa kräver sin egen strategi och hör till hela kommunens verksamhetsfält.
- Verksamheten som främjar hälsa och välfärd måste utökas. Verksamheten med låg tröskel har förstärkts med t.ex.
  - o servicerådgivning, hälsoundersökningar, bedömningar av funktionsförmågan, motionsrådgivning, hembesök som stödjer välbefinnandet, temaevenemang
  - o kamratverksamhet t.ex. inom motionsaktiviteter, it-utbildningar och verksamhet som aktiveras i området av tredje sektorn.

### Intensifierat serviceboende

- Antalet institutionsplatser har minskats och en del av dem har ersatts med intensifierat serviceboende.
- Profilering av enheterna. En grupp psykiatripatienter bor på bäddavdelningar, ålderdomshem och rentav inom den specialiserade sjukvården. Dessa passar oftast inte på vanliga servicehus för t.ex. personer med minnesstörningar. För denna klientgrupp (äldre med schizofreni, personer med demens orsakad av missbruk, dementa med omfattande beteendestörningar) byggs ett eget servicehus för intensifierat serviceboende.
- Små och labyrintartade servicehus sväljer mycket personal (särskilt på nätterna) och investeringar i bättre fungerande lokaler betalar sig snart.

### Hemvård

- Resurserna som frigjordes från institutionsvården lades på att stödja boende hemma och på olika rehabiliteringsområden.
- En centraliserad modell med ett multiprofessionellt team som bedömer servicebehovet har tagits i bruk, servicevägen för handledning av

hemvårdsklienter har förnyats och en rehabiliterande bedömningsperiod och korta interventioner har tagits i bruk. I utskrivningen från sjukhus har man övergått till en centraliserad utskrivningsmodell.

- Grunderna för beviljande av dygnetruntvård har granskats.
- Genomförda operativa förändringar:
  - o Hemsjukhusverksamhet har inletts.
  - o Läkartjänst finns tillgänglig dygnet runt.
  - o Jourberedskapen har ökats.
  - o En terminalvårdsenhet har inrättats.
  - o Ett hemrehabiliteringsteam har införts. Även arbetsfördelningen med fysioterapin har granskats.
  - o Tack vare förändringen kan klienter i allt sämre skick vårdas hemma med bibehållen trygghetskänsla. Döden kan också ordnas på ett tryggt sätt (PCA, iv-vård) hemma och på servicehus.
- Det behövs fungerande lokaler. Hemvårdens lokaler har komprimerats. Lokalerna möjliggör komprimering, å andra sidan måste transportsträckorna optimeras.
- Personalen inom öppenvården måste vara tillräcklig (till antalet och särskilt till sjukvårdskompetensen). Utan erfarna allmänläkare eller geriatriker kan äldre som lider av flera sjukdomar inte vårdas hemma eller på servicehus.

#### **Rehabilitering**

- Rehabilitering i varje steg. Inom hemvården behövs ergo- och fysioterapeuter i teamen.
- Rehabiliteringen har förstärkts och gjorts mångsidigare.
  - o Kortvarig rehabilitering sker på institution.
  - o En rehabiliteringsmodell har tagits i bruk.
  - o Minneskoordinatorverksamheten har utökats.
  - o Den effektiviserade hemsjukvården har utökats och samarbets- och utbildningsmodellen för hemvården och den prehospitala akutsjukvården har gjorts mångsidigare.
  - o Mängden hemvård har utökats och verksamhetskulturen måste ändras i riktning mot rehabiliterande hemvård.
  - o Utbildning för hela personalen har ordnats.
  - o För koordineringen av klientens samlade service har en modell med en ansvarig vårdare tagits i bruk.
- Inriktning av specificerade interventioner (olika produktifierade grupper, gym osv.) mot äldre som redan har förlorat sin funktionsförmåga (somatiska problem, depression/ensamhet, minnesstörningar). Tyngdpunkten ligger på äldre som fortfarande bor hemma och på att de ska klara av vardagen.

#### **Slutsatser**

- Det viktigaste var att utvecklingsarbetet och förändringarna genomfördes samtidigt på alla vårdnivåer.
- Målet är att det inom långtidsvården endast finns enstaka patienter med flera sjukdomar, som är i behov av ständig läkarobservation eller mycket krävande vårdåtgärder. På sjukhuset skulle man i fortsättningen vårda akutgeriatriska patienter, utföra mångsidig rehabilitering och ansvara för patienter inom den palliativa vården som behöver en sjukhusplats.

- En konsult kan behövas för att driva igenom förändringen, även om konsulten inte är den som leder förändringen.
- I den inledande fasen upphör boende på sjukhus och då behövs mycket nybyggnation. I fortsättningen behövs mångsidiga, enklare lösningar för boende och vård. Tyngdpunkten kommer att ligga på att beakta de äldres individuella behov och stödja deras vardag.

## BILAGA 3

### Centrala begrepp

- Öppenvård: Serviceboende och intensifierat serviceboende. Hyresavtal för boende; klienten kan köpa nödvändig service.
- Institutionsvård: Ålderdomshem. Långvarig (90 dygn eller mer eller beslut om långtidsvård) eller kortvarig vård; avgift för långtidsvård (inkluderar boende, mediciner, vård och service).
- Institutionsvård: Hälsovårdscentralernas långtidsvård/bäddavdelningar. Långvarig (90 dygn eller mer eller beslut om långtidsvård) eller kortvarig vård; avgift för långtidsvård (inkluderar boende, mediciner, vård och service).