

En fungerande vård i hemmet

*Skapande av ett geriatriskt kunskapscentrum
inom Kust-Österbottens samkommun*

Sammanställt av Maiju Saha

Kust-Österbottens samkommun
för social- och primärvård
mars / 2015
Översättning

INNEHÅLL	1
FIGURER OCH TABELLER	2
FÖRORD	3
SAMMANDRAG	4
1. Inledning	5
1.1. Planens mål och syfte	6
1.2. Nationella riktlinjer för hur servicen för äldre ska utvecklas	6
1.3. Möjlighet att förnya tjänsterna	8
2. Varför behövs ett geriatriskt kunskapscentrum i regionen?	12
2.1. Antalet äldre ökar	12
2.2. Institutionsvård är dyr	15
2.3. Nuvarande system motsvarar inte behovet	19
2.4. Utmaningen med yrkesövergripande verksamhet	22
3. Det geriatriska kunskapscentret stöder den sakkunniga personalen	24
3.1. Det geriatriska kunskapscentrets uppgifter	25
3.1.1. Primärprevention – rådgivning och främjande av hälsan	25
3.1.2. Sekundärprevention – vård i första hand i hemmet	27
3.1.3. Tertiärprevention – ändamålsenlig rehabilitering	31
3.2. Förslag till servicehelhet för äldre inom Kust-Österbottens samkommun	33
4. Arbetsgruppens rekommendationer till samkommunstyrelsen	36
KÄLLOR	38
BILAGOR	40

| FIGURER OCH TABELLER

FIGUR 1.	Demografisk försörjningskvot i K5-kommunerna år 2010 och prognos för år 2030	12
FIGUR 2.	Den procentuella andelen personer i åldern 75 år och över av befolkningen inom K5-området år 2013 samt prognos för år 2030	12
FIGUR 3.	Åldersfördelningen i Finland år 2030	13
FIGUR 4.	Antalet personer med demenssjukdom inom K5-området samt prognos över ökningen fram till år 2040	14
FIGUR 5.	Den procentuella fördelningen av användningen av tjänster i åldern 75 år och över i K5-kommunerna år 2013 i relation till befolkningen i samma ålder samt de nationella målnivåerna	15
FIGUR 6.	Den procentuella andelen personer i åldern 75 år och över som får stöd för närståendevård av befolkningen i samma ålder i K5-kommunerna år 2013	16
FIGUR 7.	Nettokostnaderna (euro) för social- och hälsovården inom Vasa sjukvårdsdistrikt per invånare åren 2008–2013	18
FIGUR 8.	Personer i åldern 75 år och över som bor hemma (%) för åren 2011–2013	25
FIGUR 9.	Seniorrådgivningens tyngdpunktsområden	26
FIGUR 10.	Servicemodellen för äldre inom K5-området	34
TABELL 1.	Kostnadsprofiler för institutionsvården och hemvården i Kristinestad år 2014 (Kristinestads bokslut 2014)	17
TABELL 2.	Åsikter av arbetsgruppen för det geriatriska kunskapscentret inom Kust-Österbottens samkommun; problem och begränsningar i nuvarande servicesystem med tanke på klienternas behov	20

| FÖRORD

Tankarna kring ett effektiviserat omhändertagande av den äldre befolkningen inom verksamhetsområdet för Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård har länge funnits med i bilden. Området, och speciellt den södra delen, har ett rejält demografiskt försprång i jämförelse med Finlands tillväxtcentra och detta i kombination med en sviktande arbetsmarknad och för tillfället även en global ekonomisk nedgång inbjuder till att fundera kring alternativa omsorgsstrategier för att kunna möta det växande behov vi ännu står inför. Positivt är att vår befolkning förutom långlivad, även bland de friskaste i Finland och detta ger hopp om goda lösningar inför framtiden.

Det gerontologiska tänkandet är otroligt nog i sin linda även på riksplanet. Inom geriatrik är det först under de senaste åren som ett egentligt forskningsarbete kommit igång och hittills baseras tyvärr en stor del av vår kunskap på antagandet att goda medicinska resultat av behandlingar kan mer eller mindre direkt överföras även på den åldrande befolkningen. Demenssjukdomar, den nya folksjukdomen, har alltid funnits men tack vare ökad livslängd och tyvärr på grund av ökad incidens av våra vanligaste välfärdssjukdomar, diabetes och kärlsjukdomar, kommer antalet äldre dementa i behov av specialomsorg att växa kraftigt. Dagens strukturer och speciellt den ekonomiska basen kommer inte att klara av denna utmaning utan att det syns i kvaliteten.

I detta arbete att utveckla och förbereda organisationen för de kommande utmaningarna är det också av allra största vikt att det förs en värdediskussion. Alltför ofta märker vi i diskussionen om prioriteringar och förändrade omsorgsstrategier att debatten lätt inflammeras och det dyker upp en rädsla att arbetet kommer att medföra en situation där den äldre helt mister sitt värde och sin integritet. Detta kan inte tillåtas ske och vi måste även i fortsättningen våga tro att vår civilisations höga nivå verifieras av det sätt på vilket vi bär omsorg om de mest utsatta och dem som inte själva förmår bevaka sina intressen.

Med detta som utgångsläge har vi inom gruppen försökt definiera och strukturera en gerontologisk och geriatrisk vård- och omsorgsstrategi som skulle vara såväl funktionellt som ekonomiskt hållbar samt även baseras på ett genuint och individuellt behov hos målgruppen.

Peter Riddar

Arbetsgruppens ordförande

| SAMMANDRAG

Idén om att utveckla de geriatriska tjänsterna har varit aktuell ända sedan Kust-Österbottens samkommun grundades, dvs. år 2008. I mars 2014 färdigställdes den första planen för grundande av ett kunskapscenter och samkommunstyrelsen godkände planen våren 2014. I planen (se mer Strandman 2014) presenterades motiveringar för grundandet av centret samt ett förslag till centrets verksamhet. För att fortsätta planeringen av kunskapscentret tillsatte samkommunstyrelsen 22.5.2014 en arbetsgrupp för det geriatriska kunskapscentret och arbetsgruppen inledde sitt arbete i juni samma år. (se arbetsgruppens medlemmar, bilaga 1).

Arbetsgruppen har strävat efter att utföra sin uppgift med att utarbeta en konkret plan för hur samkommunen ska kunna svara på kommande utmaningar inom äldreomsorgen. Sådana utmaningar är bl.a. en kraftig ökning av antalet äldre, kommunernas minskade resurser och behov av att utveckla äldreomsorgens kvalitet och en mera individuellt anpassad vård som utgår från de äldres behov. Särskild uppmärksamhet kräver dessutom vården av demenssjukdomar samt den ensamhet och otrygghet som många äldre upplever. Vid sidan om den medicinska synvinkeln behövs en uppfattning om människan som psykisk, fysisk och social helhet.

Under arbetets gång utformades arbetsgruppens gemensamma målsättning till att utveckla servicen som ges i hemmet. Då nuvarande institutionsbetonade system nedmonteras måste vi inom hemservicen styra resurser till nya arbetssätt i form av servicemodeller och teknologi för äldre. Detta kräver i första hand en attitydförändring samt en profilhöjning av hemvården. Särskilt viktig är rehabiliteringen, som under en lång tid varit underdimensionerad i Finland, och vars effekt uppföljts i liten utsträckning. De personer som har nytta av rehabilitering bör också upptäckas bättre än tidigare.

Det geriatriska kunskapscentrets uppgifter och förslag till servicehelhet för äldre inom K5-området har presenterats i figur 10 på sidan 34. Servicehelheten är indelad i tre verksamhetslinjer; 1) att förebygga problem och främja hälsa, 2) att i första hand med hjälp av service som ges i hemmet åtgärda konstaterade problem innan de förvärras och 3) att ordna ändamålsenlig rehabilitering för att återställa arbets- och funktionsförmågan eller för att fördröja försämringen. Grunden till indelningen är att ge klienten service i rätt tid så att dyrare specialsjukvårdskostnader inte uppstår och att den äldre får tillräcklig hjälp anpassat enligt behovet.

I kapitel fyra finns arbetsgruppens rekommendationer till samkommunstyrelsen för att utvecklingsarbetet inom området ska kunna inledas och servicen för äldre ska kunna tryggas utan att ta hänsyn till social- och hälsovårdsreformen.

1. Inledning

Megatrender är de stora globala utvecklingslinjerna som kommer att förändra samhällsstrukturerna på ett ingående och betydande sätt. Megatrendernas riktning kan redan identifieras på basen av utvecklingen hittills och de kan beskrivas som exogena, oundvikliga dynamiska krafter som märkbart påverkar det nationella och internationella ekonomiska systemet och samhällssystemet (Hernesniemi 2001).

Befolkningens åldrande är en av de globala megatrenderna som inverkar speciellt på den demografiska försörjningskvoten. Enligt statistikcentralens prognos kommer antalet personer som ska försörjas per 100 personer i arbetsför ålder att överstiga 60 personer år 2017 och 70 personer år 2028. Enligt andra bedömningar måste omsorgen år 2040 klara av att vårda ett till och med dubbelt så stort antal äldre än år 2014 (Kinnula ym. 2014). Efterfrågan på service för äldre ökar alltså oundvikligen.

Med internationella mått är det finländska äldreomsorgssystemet mycket institutionsbetonat. Enligt en färsk utredning (Kinnula m.fl. 2014) hamnar Finland i en jämförelse med OECD-länderna (34 länder) på femte plats då det gäller andelen sjukhusvård och ligger klart över nivån också i de övriga nordiska länderna. I Finland är antalet vårddagar cirka 2000 per tusen invånare, i Sverige 1000 dagar/1000 invånare och i Norge 800 dagar/1000 invånare. Typiskt för det finländska systemet är också de långa institutionsvårdsperioderna som i många av jämförelseländerna är begränsade till 30 dygn. I Finland år 2010 var den genomsnittliga vårdtiden för alla patienter 25 dagar, men av det totala antalet vårddagar var 56 % sådana som hänförde sig till patienter som varit i vård mer än 3 månader (Rautiainen & Pelanteri 2012).

Enligt social- och hälsovårdsministeriets beräkningar (2013) kommer upprätthållandet av den nuvarande institutionsbetonade servicestrukturen att öka enbart äldreomsorgens kostnader med cirka 503 miljoner euro fram till år 2017 (Kuusinen & Kauppinen 2013). Detta är det dyraste scenariot, eftersom långvarig dygnetruntvård på institution binder mycket personalresurser. Eftersom inkomsterna minskar i fortsättningen och omsorg ska ordnas för allt fler, är en av de största utmaningarna för social- och hälsovården att rikta resurserna på ett ändamålsenligt sätt. Man måste frångå den dyra, passiverande institutionsvården och rikta resurserna åt annat håll.

Då det gäller megatrenden med den åldrande befolkningen handlar det förutom om kostnadsökning även om en större förändring av samhällets attityder till åldrandet och de äldre samt av värderingarna. Enligt kvalitetsrekommendationen som publicerades 2013 är målsättningen ett *åldersvänligt Finland*, som erbjuder möjligheter till ett gott liv för de äldre, inte bara som en stor massa utan som värdefulla individer med egna behov. Kvalitetsrekommendationen betonar ut-

tryckligen de äldres delaktighet och aktivitet, med vilket avses bl.a. de äldres möjlighet att på olika sätt delta i det beslutsfattande som gäller dem själva. Valfärden för de äldre, som i framtiden kommer att leva allt längre och vara allt längre friska, kan ytterligare stödas genom att förbättra förutsättningarna att bo hemma, satsa tvärssektoriellt på (när)service som upprätthåller de äldres funktionsförmåga samt genom att inom social- och hälsovården mera individuellt beakta de äldres servicebehov. (Social- och hälsovårdsministeriet 2013.)

1.1. Planens mål och syfte

Syftet med denna plan är att beskriva 1) varför det behövs ett geriatriskt kunskapscentrum inom Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård (nedan samkommunen K5), 2) kunskapscentrets uppgifter och 3) hur servicehelheten för de äldre ser ut efter att det geriatriska kunskapscentret har inrättats.

I inledningen redogjordes kort för de globala och nationella bakgrundsfaktorer som gör att nuvarande social- och primärhälsovårdssystem måste förnyas. I kapitel 1.2 beskrivs de viktigaste nationella utvecklingslinjerna för äldreomsorgen samt de planer som är aktuella i Österbotten då denna rapport skrivs. I kapitel 1.3 framförs dessutom goda exempel från Finland och de nordiska länderna på nya förfaringssätt med vilka äldreomsorgen förnyats på ett framgångsrikt sätt.

I kapitel två framförs motiveringar för inrättande av ett geriatriskt kunskapscentrum. I detta kapitel beskrivs med hjälp av olika indikatorer nuläget både inom samkommunens område och inom Vasa sjukvårdsdistrikt i relation till nivån i hela landet. Förutom ökningen av antalet äldre, minskningen av de ekonomiska resurserna och det yrkesövergripande samarbetet beskrivs arbetsgruppens synpunkter på problemen och begränsningarna i nuvarande systemet särskilt ur klienternas synvinkel.

I kapitel tre beskrivs det geriatriska kunskapscentrets verksamhetsmodell och -principer samt centrets uppgifter. I kapitel 3.2 presenteras ett förslag till ny servicemodell för samkommunens äldre. I det fjärde kapitlet finns ett sammandrag av rapportens huvudsakliga innehåll samt en vision om hur servicehelheten för äldre ser ut inom K5-området efter att det geriatriska kunskapscentret inrättats. I kapitel fyra ingår också arbetsgruppens rekommendationer för den fortsatta planeringen av det geriatriska kunskapscentret.

1.2. Nationella riktlinjer för hur servicen för äldre ska utvecklas

För att stävja den nuvarande kostnadsutvecklingen och trygga en jämlik tillgång till service genomförs som bäst två stora reformer i Finland – social- och hälsovårdsreformen (sote) samt kommun- och servicestrukturreformen. Bakgrunden till reformerna är framför allt viljan att trygga närservicen men målsättningen är även en så omfattande integration som möjligt av soci-

al- och hälsovården så att vården på grundnivå och på specialiserad nivå bildar en enhetlig servicehelhet. Ur klientens synvinkel är utgångspunkten för social- och hälsovårdsreformen att servicebehovet beaktas som en helhet. (Social- och hälsovårdsministeriets webbsidor, 26.6.2014.)

Riktlinjerna för förnyandet av servicen för äldre dras noggrannare upp i *äldreomsorgslagen*, som trädde i kraft i juli 2013 och vars syfte är att stöda den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand samt att förbättra den äldre befolkningens möjligheter att i kommunen delta i beredningen av beslut som påverkar denna befolknings levnadsförhållanden och i utvecklandet av den service den behöver. Den nya äldreomsorgslagen förpliktar kommunerna att för varje fullmäktigeperiod bl.a. utarbeta en plan som beskriver de äldres behov av service, tillgången till service och åtgärder för att stöda de äldres välfärd och funktionsförmåga samt vilka åtgärder och resurser som de olika kommunala verksamheterna förbinder sig att ansvara för att genomföra på ett målinriktat sätt. Dessutom betonar lagen hemvården som den främsta serviceformen för långvarig vård samt ålägger kommunerna att utan dröjsmål göra en övergripande utredning av den äldres behov av service. Efter att servicebehovet utretts ska enligt lagen en personlig serviceplan utarbetas för klienten och en egen ansvarig arbetstagare utses (28.12.2012/980.)

Utvecklingen av servicen för äldre styrs fortfarande av *kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre*, publicerad 2013, vars syfte är att förbättra tjänsternas klientnärhet och kvalitet samt främja en systematisk utvärdering av kvaliteten, främja samarbete mellan olika aktörer, stöda verkställandet av äldreomsorgslagen och KASTE-programmet samt stöda en attitydförändring, förstärka de positiva attityderna till äldre och uppmuntra dem att delta och påverka samt utveckla servicen. (Social- och hälsovårdsministeriet 2013.)

Utvecklingen av tjänsterna för äldre inom samkommunens område utstakas i *den geriatriska patientens vårdkedja* som Vasa sjukvårdsdistrikt utarbetat. Syftet med vårdkedjan, ur patientperspektivet, är särskilt att förbättra den övergripande planeringen och koordineringen av den geriatriska patientens vård, garantera att hemförlovingen sker i rätt tid, planera vården och rehabiliteringen utgående från den äldres individuella behov samt öka patientens och de närmastes delaktighet för att stöda och aktivera den äldres egna resurser. Ur personalens perspektiv lyfter vårdkedjan fram behovet att stärka och utveckla det gerontologiska och geriatriska kunnandet i regionen. Ur hela systemets perspektiv betonas särskilt behovet att främja smidigheten i det allmänt godtagna handlingsmönstret mellan olika kontaktytor, säkerställa rätt nivåindelning av vården samt att vården utgår ifrån bästa tillgängliga kunskap. (Vasa sjukvårdsdistrikt 2013.)

Förutom den geriatriska patientens vårdkedja har Vasa sjukvårdsdistrikt och Vasa stad med stöd av Nordic Healthcare Group inlett en utredning om ordnande av geriatrisk rehabilitering i Vasaregionen. Målsättningen med utredningen har varit att utarbeta koncept för den rehabiliterande verksamheten och akutavdelningens verksamhet samt den geriatriska polikliniken. Enligt NHG:s förslag (2014) har den geriatriska polikliniken i framtiden fyra huvuduppgifter; 1) konsultation för områdets läkare och vårdare, 2) utbildning i geriatrisk kunskap, 3) utvecklingsarbete samt 4) koordinering av arbetet med att förenhetliga kriterierna, vårdpraxisen och processerna inom området. Dessutom skulle den geriatriska polikliniken ansvara för vården av "svåra" patienter som kräver specialiserad kunskap. Viktig närservice samt hemvårdens stödenheter skulle bli kvar inom de fem områdena, av vilka samkommunen K5 är ett. Dessutom föreslås att det inom varje område inrättas en bedömningsenhet som erbjuder bedömningsperioder och intervallvård och som finns fysiskt nära hemvården.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det viktigaste i utvecklingen av servicehelheten är att:

- ✓ de äldre uppfattas som jämlika samhällsmedlemmar och att man lyssnar på dem
- ✓ de offentliga tjänsterna bättre tillgodoser de äldres individuella behov
- ✓ de äldres möjligheter att bo hemma stöds på ett mångsidigt sätt
- ✓ rehabiliteringen får större betydelse inom servicestrukturen
- ✓ de som arbetar med äldre har tillräcklig gerontologisk och geriatrisk kunskap

1.3. Möjlighet att förnya tjänsterna

För att man ska kunna frångå gamla verksamhetsmodeller krävs en förändring av förvaltningskulturen och denna förändring sker inte utan handling. Nedan följer några internationella och nationella exempel på hur tjänsterna för äldre omorganiserats och utvecklats utgående från klientens behov.

Kunskapscentrum för geriatrik

Region Skåne, Sverige

- Grundat år 2008 av Skånes universitetssjukhus
- Ett centrum med sakkunniga och forskare från olika yrkeskategorier inom äldreomsorgen
- Uppdraget är att öka informationen om äldre både till professionella och den breda allmänheten
- Beskriver och följer upp befintliga resurser inom regionen, utvecklar och följer upp geriatriska kvalitetsregistrets resultat. Upprätthåller en kunskapsbank
- Arrangerar även utbildningar och seminarier och strävar efter att påverka utbildningens innehåll, genomför forskning

- Skapar nätverk och främjar geriatrisk vård i Skåne

(Källor: Skånes universitetssjukhus nätsidor, geriatriska kunskapscentrets verksamhetsberättelse 2012)

Følge-hjem teamet

Hvidorve sjukhus i Danmark

- Følge-hjem teamen, dvs. hemgångsteamet grundades 2011
- Teamet har i uppgift att trygga patientens hemgång i situationer då patienten behöver stöd vid hemgången. Målsättningen är att patienten så snabbt som möjligt ska kunna skrivas ut från sjukhuset.
- Teamet består av sjukskötare samt fysio-/ergoterapeuter. Vem som helst kan ta kontakt med teamet, även anhöriga eller patienten själv. Gör även bedömningar hemma hos patienter som har svårt att klara sig i hemmet. Bedömer också t.ex. behovet av hjälpmedel. Samarbetar med hemvården, kontrollerar och ger råd angående medicineringen
- Gör kontrollbesök hemma hos patienten 24 h efter att patienten skrivits ut från sjukhuset

(Källa: Tjänster för främjande av välfärd för äldre i Danmark, FCG Koulutus Oy:s studie-resa 12–14.5.2014)

Geriatrisk poliklinik

Åbo stad

- Har verkat sedan maj 2013 som en del av Åbo stadssjukhus
- Avsedd för äldre som är i dåligt skick, remiss av hälsocentralläkare eller -skötare, hem-sjukvården eller ambulansens akutskötare, öppet kl. 8.00–20.00
- Helhetsbedömning av patientens tillstånd, oavbruten bedömning 4–6 h
- Teamet består av geriatriker, sjukskötare, farmaceut, fysioterapeut och hemgångsskötare samt vid behov psykiatrisk specialskötare eller socialarbetare
- Utreder klientens hälsotillstånd, medicinering och boendeform, eventuella stödåtgärder för att stöda klientens möjligheter att bo hemma
- Under försöket minskade antalet jourbesök bland personer som fyllt 75 år i Åbo med ca 10 %. Hälsostationernas akutbesök har minskat med ca 1000 jämfört med samma tid föregående år

(Källa: Akuutti, publicerad 30.4.2014)

Hemrehabilitering

Tammerfors stad

- Inleddes i februari 2014 - hemrehabiliteringen erbjuder möjligheter att rehabilitera och främja den äldres funktionsförmåga i hemmet
- Riktas i inledningskedet främst till klienter som får hemvård och stöd för närstående-vård, baserar sig på en rehabiliteringsplan
- Fysisk rehabilitering kombineras med lugn samvaro och stimulans. Rehabiliteringen genomförs som en del av den äldres vardagssysslor och stärker klientens egen aktivitet och självständighet. Rehabiliteringsperiodens längd varierar från några veckor till tre månader, ingen remiss behövs
- Hemmets säkerhet och hjälpmedelsbehovet beaktas, klienten tränas i praktiken i att röra sig i hemmets näromgivning. Arbetstagaren finns i bakgrunden, leder och stöder den aktiva rehabiliteringsklienten
- Inom stadens hemrehabilitering arbetar fysioterapeuter, ergoterapeuter och närvårdare (tot. 14 st.). Hemrehabiliteringen är en del av den geriatriska polikliniken

(Källa: Tammerfors stads hemsidor, publicerat 2.4.2014)

Hemtorget (Kotitori)

Tammerfors stad

- Bedömer klientens behov av tjänster, preliminärt per telefon, vid Hemtorgets betjäningsspunkt eller hembesök hos klienten. Verksamheten baserar sig på hörande av klienten, ett lösningsfokuserat verksamhets sätt och klientens egna önskemål och målsättningar
- Tillsammans med klienten fattas beslut om klientens servicebehov och en plan av de bästa alternativen utgående från de tjänster som erbjuds av den offentliga och privata sektorn samt föreningar och frivilliga aktörer görs upp
- Ger information om åtgärder som stöder klientens möjligheter att bo hemma, dessutom rådgivning och hjälp med att fylla i blanketter och ansökningar
- Även rådgivning för anhöriga

(Källa: www.tamperetori.fi)

LIISA – center för frivilligarbete

Björneborgs stad

- Liisa är en plats för alla som vill delta i frivilligarbete
- Från Liisa får du vid behov individuell hjälp eller en vän/stödperson
- Fungerar som mötesplats där man också kan bekanta sig med många olika verksamheter eller själv komma och ordna eller utveckla ny verksamhet
- Vid Liisa utbildas frivilligarbetare (se frivilligarbete)

- För äldre finns en telefontjänst där frivilliga ringer upp äldre på morgonen för att fråga hur de mår

2. Varför behövs ett geriatriskt kunskapscentrum i regionen?

Kust-Österbottens samkommun bildas av de fem kommunerna på den svenskspråkiga Västkusten (Kaskö, Korsnäs, Malax, Närpes och Kristinestad) med ett befolkningsunderlag på knappt 26 000 invånare. Befolkningen är koncentrerad till några centralorter och dessutom består området av en hel del glesbebyggelse och skärgård. Eftersom samkommunens nuvarande äldreomsorgstjänster har beskrivits ingående i äldreomsorgsstrategin *Värde i vardagen* (2013–2016) som färdigställdes 2013 (Guldén 2013), har i detta dokument inkluderats endast några bakgrundsuppgifter och en del statistik som bäst belyser hur områdets servicestruktur borde ändras och vilka de framtida utmaningarna är.

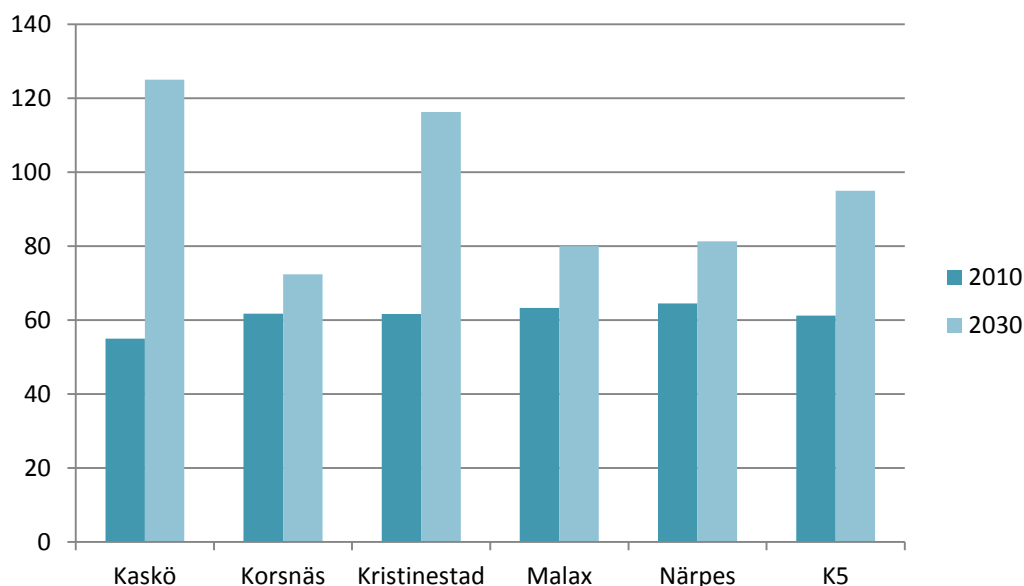
2.1. Antalet äldre ökar

Kommunernas lagstadgade uppgifter har fördubblats från och med år 1990. Av kommunernas nuvarande uppgifter och åligganden hör största delen till social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde. Regeringen har som nuvarande målsättning att minska kommunernas uppgifter med upp till en miljard euro. Mot denna bakgrund och med tanke på kommunernas så gott som strukturella underskott kan man fråga sig hur motiverat det är att planera ett nytt slags Geriatriskt kunskapscentrum inom området?

Planeringen av det geriatriska centret baserar sig inte på behovet att få en ny specialiserad enhet för ålderstigna klienter. I ljuset av nuvarande utveckling måste man istället för nya verksamheter främst granska befintliga tjänster och fundera över hur man kunde få dessa att fungera bättre. Samtidigt måste man komma ihåg de framtida utmaningarna såsom ökningen av antalet äldre. Kommer man att kunna svara även på kommande utmaningar genom att effektivisera och omorganisera verksamheten?

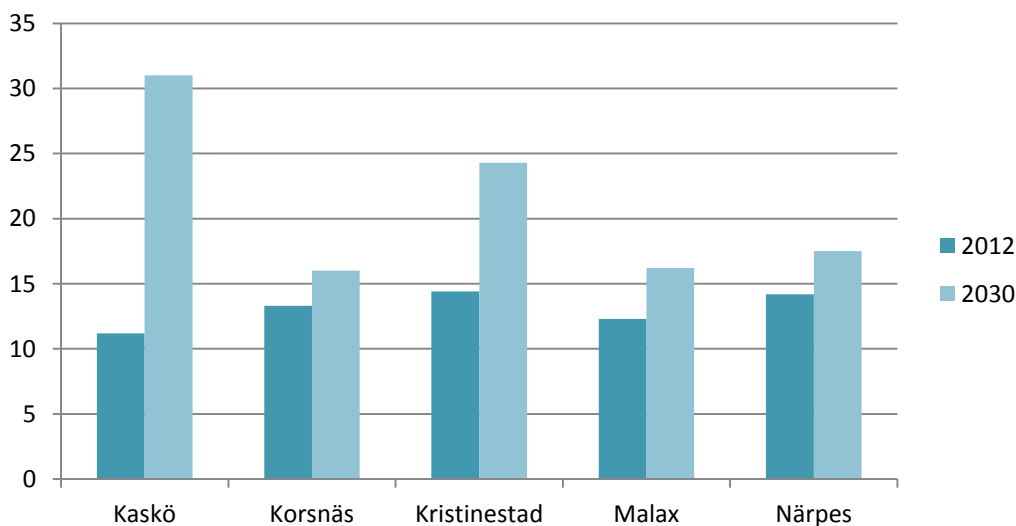
Befolkningen i Österbotten åldras snabbare än genomsnittet i landet. Den demografiska försörjningskvoten visar antalet personer under 15 år och över 65 år gentemot 100 personer i arbetsför ålder. Ju högre siffran är desto fler personer ska de som är i arbetsför ålder försörja. Inom K5-området har försörjningskvoten stigit i jämn takt och till exempel år 2010 översteg den i alla kommuner landets medeltal (51,6). Enligt statistikcentralens befolkningsprognos kommer försörjningskvoten att stiga mycket dramatiskt fram till år 2030, då antalet personer som ska försörjas till och med kommer att överstiga antalet personer i arbetsför ålder i Kaskö och Kristinestad (figur 1). Sammantaget kan konstateras att andelen barn och unga av hela befolkningen aldrig har varit så liten som den kommer att vara i framtiden. Siffrorna baserar sig på statistikcentralens befolkningsprognos.

| FIGUR 1. Demografisk försörjningskvot i K5-kommunerna år 2010 och prognos för år 2030 (Sotkanet).



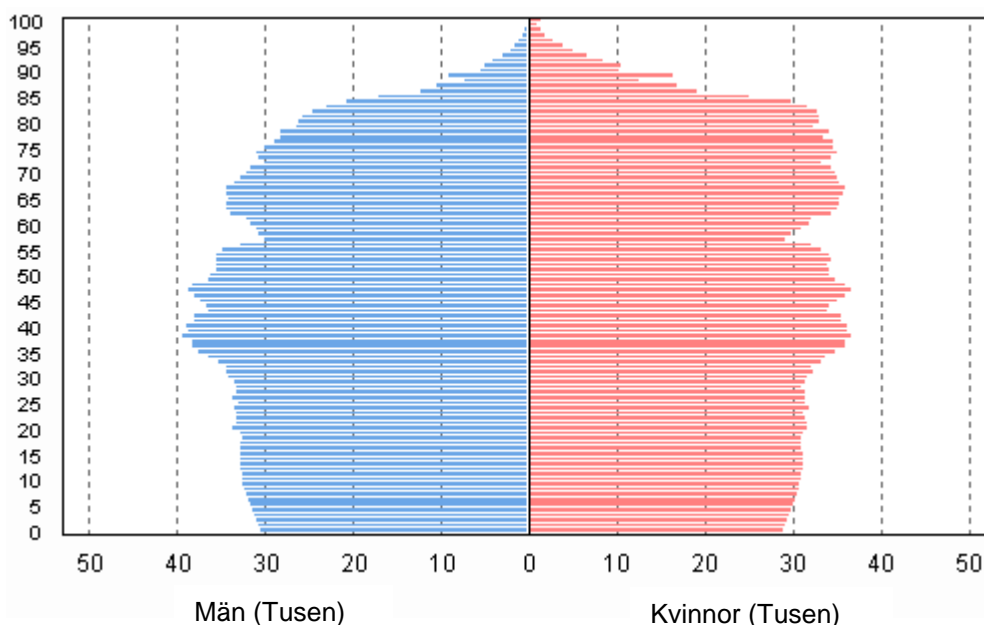
Även andelen personer i åldern 75 år och över är ca 3 % större i Kust-Österbotten än i landet i övrigt (figur 2). En ökning av den procentuella andelen personer i åldern 65–74 och i åldern 85 år och över är typisk för hela Österbotten (Turunen 2013). Figuren visar den procentuella andelen personer i åldern 75 år och över av hela befolkningen i K5-kommunerna samt prognosen för år 2030. Enligt prognosen ökar de äldres andel av befolkningen kraftigt särskilt i Kaskö och Kristinestad.

| FIGUR 2. Den procentuella andelen personer i åldern 75 år och över av befolkningen inom K5-området år 2012 samt prognos för år 2030 (Sotkanet).



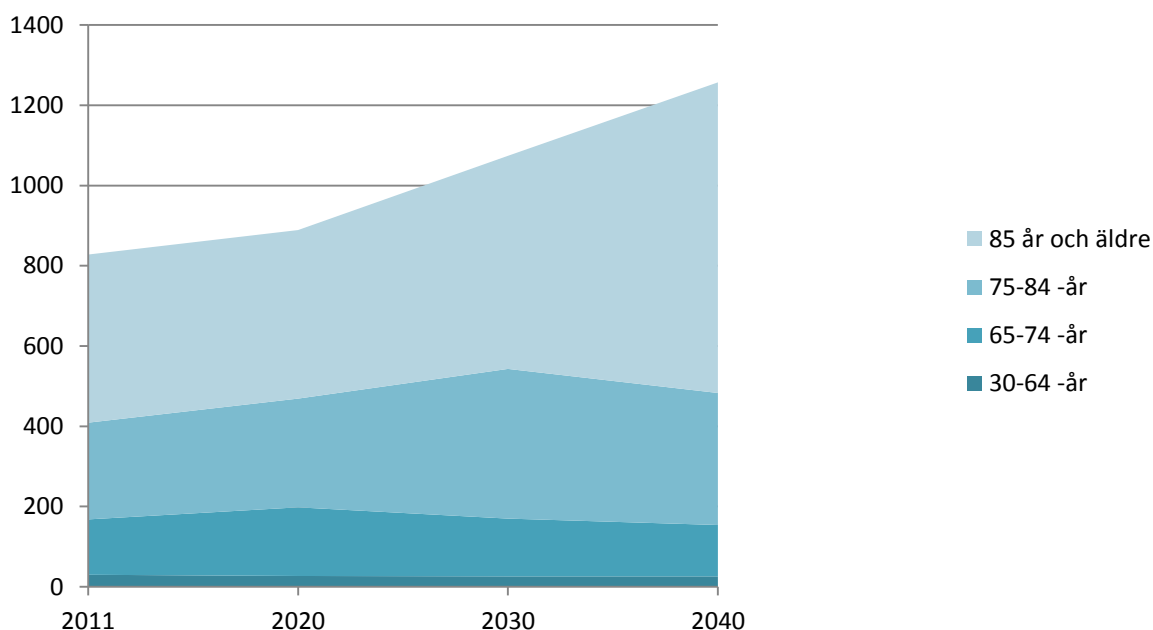
Statistikcentralens prognos (figur 3) för åldersfördelningen i Finland år 2030 visar tydligt hur åldersstrukturen kommer att förändras i framtiden. Enligt NHG:s uppskattning kommer antalet äldre (+75 år) i Vasa sjukvårdsdistrikt år 2030 att överstiga 25 000 dvs. 14 % av hela befolkningen. Enligt denna prognos skulle det finnas cirka 5 000 äldre inom K5-området år 2030 (NHG 2014).

| FIGUR 3. Åldersfördelningen i Finland år 2030 (Statistikcentralens prognos).



Parallellt med ökningen av antalet äldre ökar även antalet personer med demens. Andelen demenssjukdomar kommer enligt bedömningarna att öka kraftigt redan under följande fem år (figur 4). Dessutom har det på basen av WHO:s undersökningar bedömts att cirka 15 % av alla som fyllt 60 år och äldre kommer att ha psykiska problem, vilket gör att efterfrågan på dessa tjänster också kommer att öka i framtiden. Även alkoholproblemen bland äldre har ökat under senare år (Viljanen 2010).

| FIGUR 4. Antalet personer med demenssjukdom inom K5-området samt prognos över ökningen fram till år 2040 (Sotkanet).



Samkommunens befolkning blir alltså allt äldre. Men är detta i sig en tillräcklig grund för att inleda en ny verksamhet? Ett sätt att besvara frågan på är att utreda hur service för äldre fungerar enligt nuvarande system och vad det kostar att upprätthålla systemet.

2.2. Institutionsvården är dyr

Finlands statsbudget har i flera årtionden lappats med lån med den följd att statsskulden enligt statsrådets bedömningar i slutet av 2014 uppgår till cirka 100 miljarder euro. Det är cirka 49 procent av hela bruttonationalprodukten. Kommunernas lån uppgick år 2014 till drygt 16 miljarder euro. Mest alarmerande med denna utveckling är att den ökande skulden överförs på de unga och kommande generationerna som blir allt färre till antalet samtidigt som de ska försörja allt fler.

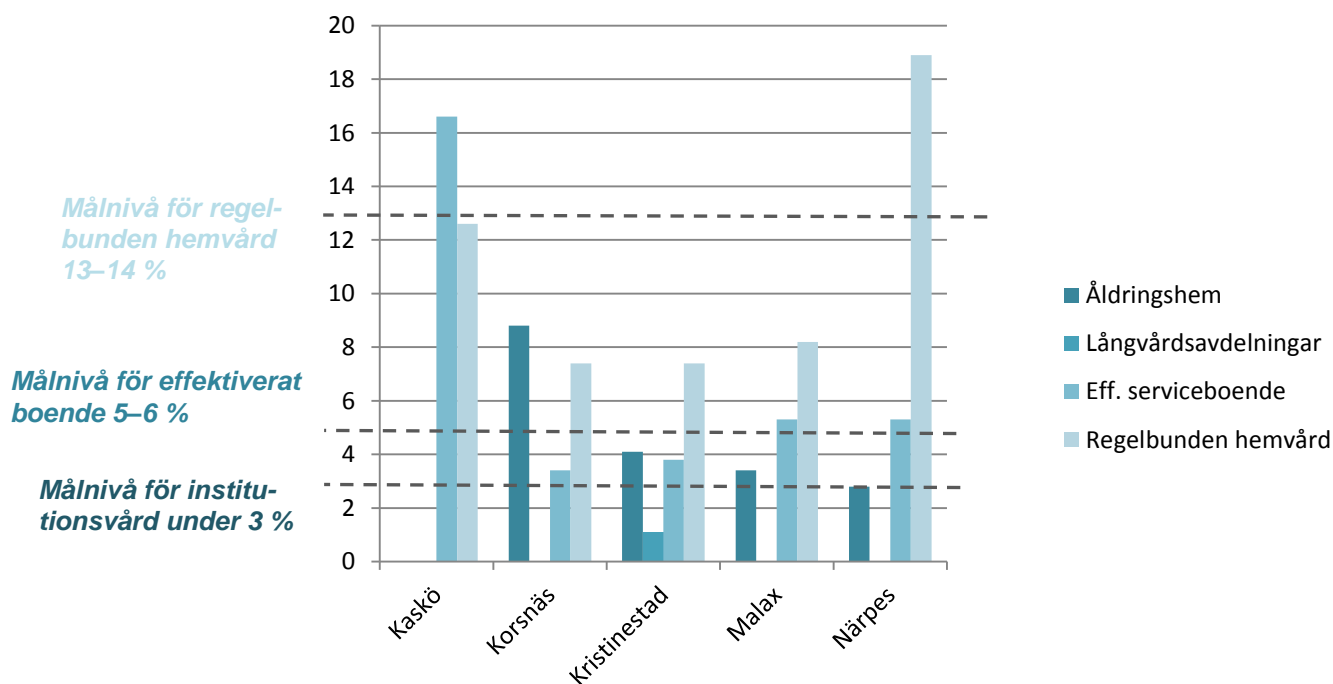
Enligt kommunförbundets (2014) jämförelse av social- och hälsovårdskostnaderna har hälsovårdens kostnader börjat öka efter ett uppehåll på tre år. Redan nu märks att befolkningens åldrande och den därtill hörande ökningen av läkemedelskostnaderna höjer utgifterna. Enligt kommunförbundets bedömning ökade till exempel den nya äldreomsorgslagen kommunernas utgifter med över 60 miljoner euro i fjol. Såsom ovan konstaterades har SHM bedömt att upprätthållandet av den nuvarande institutionsbetonade servicestrukturen kommer att öka enbart

kommunernas kostnader för äldreomsorgen med cirka 503 miljoner euro fram till år 2017 (Kuusinen & Kauppinen 2013).

Ovan konstaterades även att den finländska äldreomsorgen är institutionsbetonad och detta gäller även hela Vasa sjukvårdsdistrikt där andelen äldre som bor i åldringshem och på långvårdsavdelningar överskrider social- och hälsovårdsministeriets rekommendation (3 %) (NHG 2013). Jämfört med de nationella målsättningarna är serviceproduktionen också inom K5-området delvis institutionsbetonad. Enligt rekommendationerna ska cirka 5–6 % av de äldre ha effektiverat serviceboende. Enligt webbtjänsten Palveluvaaka är det Kaskö och Närpes som bäst uppnår målet.

År 2013 fick 12 % av alla personer i åldern 75 år och över regelbunden hemvård i Finland. Klientantalet hade stigit med 2,3 % från föregående år. Som klienter inom den regelbundna hemvården betraktas en klient som under beräkningsperioden fått hemsjukvård och/eller hemservice på basen av en ikraftvarande service- eller vårdplan eller som annars regelbundet haft sådana besök minst en gång i veckan. Enligt den nationella målsättningen ska 13–14 % av de som fyllt 75 år eller äldre få regelbunden hemvård. Då det gäller andelen personer som får regelbunden hemvård borde situationen förbättras i alla kommuner utom i Närpes (figur 5).

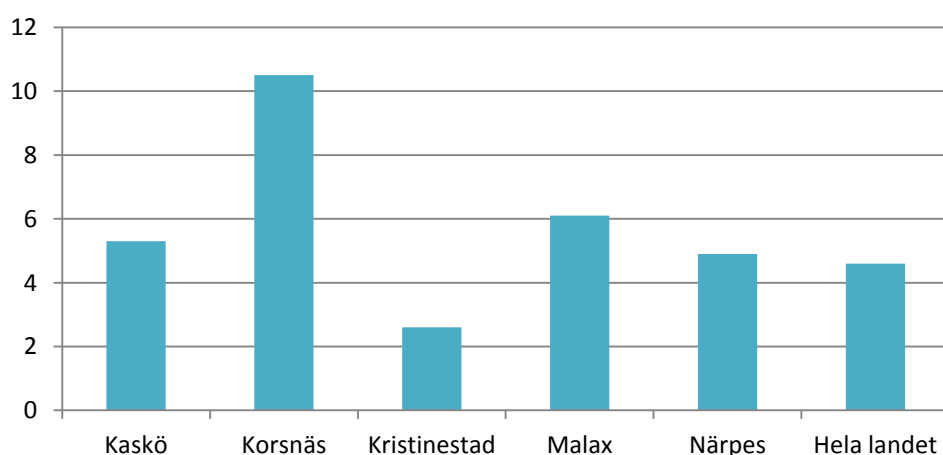
| FIGUR 5. Den procentuella fördelningen av användningen av tjänster i åldern 75 år och över i K5-kommunerna år 2013 i relation till befolkningen i samma ålder samt de nationella målnivåerna (Palveluvaaka).



Noggrannare fördelning av dygnetruntvården per boendeform inom Vasa sjukvårdsdistrikt och samkommunen framgår av bilaga 2.

Då det gäller närståendevården är det endast Korsnäs och Malax av K5-kommunerna som klart uppfyller de nationella målsättningarna (5–6 % får stöd för närståendevård). Största utvecklingsbehovet gällande närståendevården finns i Kristinestad (figur 6).

| FIGUR 6. Den procentuella andelen personer i åldern 75 år och över som får stöd för närståendevård av befolkningen i samma ålder i K5-kommunerna år 2013 (Palveluvaaka).



Ur kostnadssynvinkel är institutionsvården den allra dyraste vårdformen. Hälsovårdscentralens kostnader för långtidsvården är stora särskilt i Malax och Korsnäs och dessa kommuner använder också mycket specialiserad sjukvård. Av K5-kommunerna är det bara i Närpes där öppnavården står för den största delen av kostnaderna.

För att jämföra kostnadsprofilerna för institutionsvården och öppna vården gjordes en kort analys av bokslutssiffrorna för år 2014 i Kristinestad. Inom hemvården var antalet besök under nämnda år 62 430 och antalet klienter sammanlagt 197. Den genomsnittliga årskostnaden per klient blev då ca 8 600 euro. Antalet vårddygn på Kristinahemmet under samma år var 16 322, vilket motsvarar 44,7 vårdplatser. Den genomsnittliga årskostnaden per klient blev då ca 43 000 euro. Om årskostnaderna beräknas enligt bäddavdelningens prisprofil stiger de ända till 90 000 euro per klient/år. Informationen finns sammanställd i tabell 1 på följande sida.

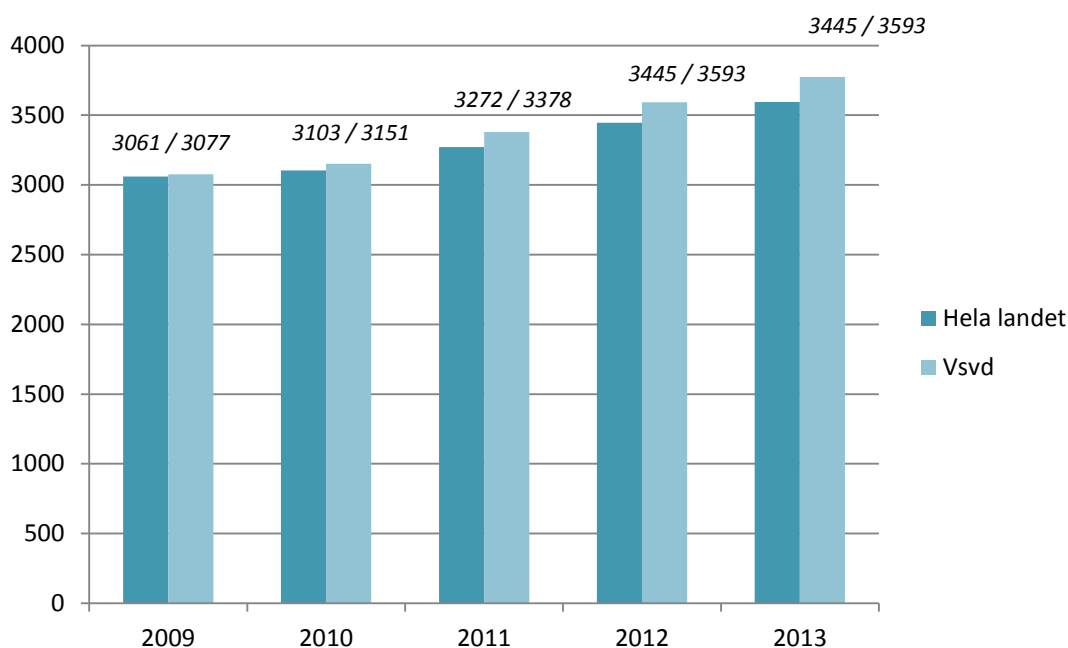
| TABELL 1. Kostnadsprofiler för institutionsvården och hemvården i Kristinestad år 2014 (Kristinestads bokslut 2014).

<i>Institutionsvård / Kristinahemmet</i>		<i>Hemvården</i>	
Bruttokostnader	1 900 000 €	Bruttokostnader	1 975 000 €
Nettokostnader	1 450 000 €	Nettokostnader	1 700 000 €
Vårddyggn (44,7 klientplatser)	16 322	Antalet besök (197 klienter)	62 430
Årskostnader per klient	43 000 €	Årskostnader per klient	8 600 €

Det är inte riktigt enkelt att jämföra kostnaderna för institutionsvården och öppna vården, men jämförelsen kan anses vara riktgivande. Intressant vore naturligtvis att utreda hur mycket tillståndet för de klienter som är i bäst skick inom institutionsvården skiljer sig från de klienter inom öppna vården som är i sämst skick? Skillnaden borde vara betydande.

För hela Österbottens del är det motsägelsefullt att statistiken och forskningen visar att den österbottniska befolkningen är friskare än landets befolkning i genomsnitt, men att kostnaderna per invånare för denna befolknings välfärd blir större på årsbasis än kostnaderna i landet i genomsnitt. Såsom framgår av figur 7 borde Vasa sjukvårdsdistrikt spara cirka 30 miljoner euro för att uppnå landets medeltal, eftersom social- och hälsovårdens nettokostnader år 2013 översteg landets medelnivå med cirka 180 euro per invånare (Sotkanet).

| FIGUR 7. Nettokostnaderna (euro) för social- och hälsovården inom Vasa sjukvårdsdistrikt per invånare åren 2008–2013 (Sotkanet).



Det nuvarande institutionsbetonade vård- och omsorgssystemet är ohållbart med tanke på framtiden. Det är knappast möjligt att bygga nya byggnader med nuvarande antal institutionsplatser då redan befintliga byggnader förfaller och behöver renoveras. På grund av den kommande efterfrågan och kostnadsökningen framstår vården i hemmet som ett allt viktigare sätt att ordna vården av äldre.

2.3. Nuvarande system motsvarar inte behovet

Då man talar om behovet är det skäl att först utreda vems behov man avser – systemets, klientens eller kanske de anhörigas? Inom den kommersiella verksamhetsomgivningen har man redan länge utgått från den tanken, att företagets framgångar beror på hur väl företaget kan betjäna sina kunder och tillgodose deras behov. Motsvarande tanke har också så småningom börjat rota sig inom den offentliga sektorn. De äldres behov har länge förringats i den finländska diskussionen som mera fokuserat på de äldre som objekt inom vården och omsorgen än som konsumenter. De äldres betydelse som konsumenter håller emellertid på att öka eftersom andelen personer i åldern 65 år och över inom femton år kommer att stiga till över 25 % av hela befolkningen. Dessutom handlar det om en grupp med stark köpkraft och med mindre lån och mindre utgifter än tidigare generationer (Tuorila 2007).

Enligt Tuorila (2007) påverkas de äldres konsumentbeteende särskilt av den allt snabbare informationsförmedlingen samt den lätta tillgången till information, vilka tillsammans gör att de äldre blir mera medvetna om sina rättigheter och sin roll som konsumenter. I framtiden kommer

alltså de äldre troligen att vara mera medvetna om sina rättigheter, kräva specifika tjänster och ha lättare att ge respons. I framtiden kommer troligen människan också att vara tvungen att ta mera ansvar för sitt välbefinnande, eftersom välfärdssamhällets bärkraft är begränsad. Enligt Tuorila (2007) kan medborgarna förmås att ta större ansvar för sitt liv om valen baserar sig på frivillighet, delaktighet och påverkningsmöjligheter. Möjligheten att påverka sitt eget liv utgående från egna behov bör alltså också vara utgångspunkten för den offentliga serviceproduktionen.

Då det gäller den offentliga serviceproduktionen handlar det om en stor attitydförändring, eftersom alla social- och hälsovårdsaktörer har definierat klientens behov utgående från sina egna specifika utgångspunkter och yrkesområden (Virtanen m.fl. 2011). Till följd av detta har klientperspektivet splittrats och fokus har flyttats från klientens behov till servicesystemets strukturer och dess förmåga att producera olika funktioner. Slutresultatet är en differentierad serviceproduktion som utgår från systemet och som inte kan tillgodose klienternas behov på ett tillfredsställande sätt. (Leväsluoto & Kivisaari 2012).

Tabell 2 innehåller exempel på problem inom hemvården i K5-kommunerna som mer eller mindre kan igenkännas i samkommunens alla medlemskommuner. Tabellen baserar sig på arbetsgruppens åsikter. Sammantaget kan konstateras att det nuvarande systemet har tillräckliga resurser inom hemvården för att tillgodose på förhand planerade oundvikliga behov såsom näringstillförsel och skötsel av hygien. Problem uppstår i akuta situationer då läkarkonsultation eller tilläggstjänster för klienten behövs. Särskilt problematiska är servicebehov som uppkommer under veckoslut, kvällar och nätter.

| TABELL 2. Åsikter av arbetsgruppen för det geriatriska kunskapscentret inom Kust-Österbottens samkommun; problem och begränsningar i nuvarande servicesystem med tanke på klienternas behov

<p>Begränsningar och problem med nuvarande system</p>	<ul style="list-style-type: none"> • otillräckliga ekonomiska resurser • minimal personaldimensionering på bekostnad av kvaliteten • planeringen "rätt patient på rätt plats" lyckas inte • för litet tid för klienten särskilt i socialt avseende • vårdplats kan inte beviljas på det ställe klienten önskar • de äldre kan inte erbjudas ergo- eller talterapijänster • långa avstånd, mycket av vårdarnas tid går åt till att förflytta sig • gränsdragningen mellan social- och hälsovården • ingen möjlighet att ge servicehandledning • dålig läkarsituation • vården av klienter med missbruk eller/och problem med den psykiska hälsan är utmanande • avbrott i servicekedjorna • oklara kriterier för beviljande av service • språkliga utmaningar: fi/sve + övriga • personalens pensioneringar • vikarier som inte är kompetenta • klienter med många sjukdomar inom hemvården • vårdarnas arbete är ensamt utan bakgrundsstöd • inga möjligheter att rehabilitera klienten p.g.a. tidsbrist • uppföljningen av klientens hälsa släpar efter
<p>Behov som inte kan tillgodoses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • inte alltid möjligt att tillgodose akuta behov • eftersom nattskifte saknas kan man inte hjälpa klienterna då de ska iväg tidigt på morgonen t.ex. till olika åtgärder, ofta problematiskt för de äldre • geriatrisk specialkunskap saknas • inte alltid möjlighet att konsultera läkare då klienten insjuknar akut • inte alltid möjlighet att erbjuda följeslagare eller hjälp vid utevistelse • föråldrade arbetsmetoder
<p>Service som skulle förbättra möjligheterna att tillgodose behoven</p>	<ul style="list-style-type: none"> • användande av RAI, för att trygga en mera individuell vård • instans som koordinerar de äldres service, inklusive tredje sektorn och äldrerådet • individuella teknologiska lösningar för äldre, koordinator för teknologin • familjevårdsmodell för äldre • verksamheten borde planeras helt utgående från klientens behov, inte på basen av den servicestruktur som överenskommit på förhand • rehabiliteringshandledare särskilt för personer med demenssjukdom • tredje sektorns och skolornas väntjänst för ensamma äldre • fysioterapeutens och ergoterapeutens tjänster

Även spektret av tjänster som klienterna behöver är brokigt – en av äldreomsorgsledarna förde särskilt fram utmaningen med sådana klientgrupper som behöver extra stöd på grund av minnesstörningar, drogproblem eller problem med den psykiska hälsan. Sammantaget kan konstateras att det finns behov av ett bredare geriatriskt kunnande samt därtill hörande stödservice såsom ergo- och talterapi. Även tillgången till läkartjänster kvälls- och nattetid är dålig.

Arbetsgruppens svar visar också på belastningen på hemvårdspersonalen. Avstånden mellan klienterna är långa, arbetet är ensamt utan ordentligt bakgrundsstöd och tiden för klientbesöken är begränsad. Det finns inte tillräckligt med tid för socialt umgänge fastän hemvårdspersonalen för många äldre utgör så gott som den enda kontakten med andra människor. Tillspetsat kan man säga att istället för att tillgodose klientens behov kan nuvarande system endast erbjuda den service som det med nuvarande strukturer kan ge. Arbetsgruppen konstaterade också att det finns mycket att utveckla även då det gäller uppföljningen och bedömningen av tjänsternas effektivitet.

2.4. Utmaningen med yrkesövergripande verksamhet

Fastställandet av klientens vårdbehov förutsätter allt oftare ett yrkesövergripande samarbete mellan social- och hälsovården. Med yrkesövergripande samarbete avses tvärsektorielt teamarbete inom social- och hälsovården utgående från klientens behov. Behovet av gemensam informationsbehandling för de olika yrkesgrupperna har ökat i takt med att hälsan allt mera uppfattas som ett komplext fenomen. Problemen blir allt mera mångfacetterade och de olika yrkesgrupperna är allt mera beroende av varandra för att kunna lösa dem. Även ökningen av forskningsinformation och den allt snävare specialiseringen har lett till att kunskapen blivit allt snävare och uppsplittrad i allt mindre delar. Då en persons kunskaper inte räcker till behövs samarbetsförmåga. Målsättningen med det yrkesövergripande samarbetet är uttryckligen att bemöta klienten som en biopsykosocial helhet och erbjuda dynamisk vård där de olika förändringarna beaktas flexibelt. (Nikander 2003, Isoherranen 2012).

Det yrkesövergripande samarbetet anses vara ett av de viktigaste instrumenten för att kunna svara på nuvarande och kommande utmaningar inom hälsovården. Tyvärr har erfarenheten redan visat hur överlappningar och motstridiga arbetsätt har förorsakat förväxlingar och ineffektivitet och ofta gjort att klienten skickats mellan olika "luckor" och fallit emellan. Ändå finns det fortfarande många hinder för det yrkesövergripande samarbetet av vilka det största är bristen på förtroende. Utan förtroende finns ingen ömsesidighet eller öppen kommunikation som är grunden för samarbetet och det yrkesövergripande arbetet. Enligt Isoherranen (2012) har många organisationer också en arbetskultur där man arbetar ensam, och de arbetstagare som är vana vid detta arbetsätt kan uppleva det yrkesövergripande samarbetet som ett hot mot det egna arbetet. Det yrkesövergripande arbetet kan ses som något som stör den rådande ordningen.

Samarbetet mellan olika yrkespersoner börjar inte löpa bara för att dessa sammanförs. Många strukturella faktorer såsom olika arbetsätt, olika planerings- och budgetcykler samt tidsbrist är vanliga orsaker till att det yrkesövergripande samarbetet inte förverkligas. Dessutom måste social- och hälsovården beakta ansvarsfrågorna samt frågor som berör förmedlingen av patient-

information och riskhantering. Ett yrkesövergripande arbetssätt uppstår inte ur intet eller utan några som helst strukturer. På organisationsnivå behövs en gemensam syn på behovet av förändring. Dessutom behövs ett uttalat gemensamt mål för att utveckla det yrkesövergripande samarbetet utgående från patientens/klientens behov. Detta kräver dock beredskap och mod att förnya strukturer och verksamhetssätt samt kontinuerligt stöd och förändringsledarskap (Isoherranen 2012)

De allt knappare personalresurserna, otillräcklig kunskap hos enskilda personer samt allt mera komplicerade problem hos de som vårdas märks redan inom social- och hälsovården. Detta motiverar en granskning av hur den gemensamma kunskapen kan sammanföras även i vården av äldre. I Isoherranens (2012) undersökning framkom att i ett välfungerande team, som är anpassat till verksamhetsomgivningen och som utgår från klientens behov, utvecklas stöd, samhörighetskänsla, förtroende och ömsesidighet mellan de olika yrkesgrupperna. Dessa team kom överens om flexibla roller och flexibelt ansvar samt om metoder och processer för insamling av information. Teamen fick befogenhet och möjlighet att tillsammans utveckla och utvärdera sin verksamhet på ett flexibelt och helhetsmässigt sätt utgående från patientens behov. I planeringen av det geriatriska kunskapscentret borde man uttryckligen fokusera på de möjligheter samarbetet ger av vilka de viktigaste är att kunskapen ökar, de äldres behov bättre kan tillgodoses och att trivseln och kontinuiteten i arbetet förbättras.

3. Det geriatriska kunskapscentret stöder den sakkunniga personalen

En förändring av verksamhetskulturen åstadkoms inte utan en attitydförändring då det gäller bemötandet av äldre. Den finländska åldringsvården har länge präglats av en biomedikal syn på åldrandet med tyngdpunkt på sjukdom, skröplighet, ovilja, passivitet samt försörjningsbörda. Detta synsätt har också stämplat vårt servicesystem där den äldre placeras, blir sängliggande, förvaras, åsidosätts och behandlas på annat sätt nedvärderande. Åldrandet har inte setts som ett normalt skede i människans livscykel. (Strandman 2013.)

Vid sidan av det sjukdomsorienterade synsättet har man på senare tid mera försökt få med ett förhållningssätt som betonar den äldres egna resurser och positiva tankar om hälsan, eftersom det framkommit att välfärden beror även på andra faktorer än avsaknad av sjukdom. Det hälsoorienterade dvs. salutogena synsättet betonar människans förmåga att förstå och hantera livets utmaningar och hitta en meningsfullhet – förmågan att klara sig. Denna känsla av överlevnadsförmåga eller sammanhang anses förebygga uppkomsten av långvariga stressituationer som belastar hälsan och kan alltså anses vara en psykologisk förklaring till hälsa.

Implementeringen av det salutogena synsättet i social- och hälsovården förutsätter att man koncentrerar sig på att främja hälsan och de andra resurserna, eftersom det framkommit att även personer som är mycket svårt sjuka och i dåligt skick kan förbättra sitt liv med olika anpassningsmekanismer då uppmärksamhet fästs vid personens resurser. (Hokkanen 2007). Det innebär att de äldres livssituation ska tas mera i beaktande än hittills särskilt på så sätt att deras vardagliga liv får ett meningsfullt innehåll. (Eriksson & Häger 2012). I Hokkanens undersökning hör de äldres resurser särskilt ihop med psykiskt, intellektuellt och fysiskt välbefinnande, sociala relationer, fungerande service, meningsfull sysselsättning samt omgivningen och de ekonomiska möjligheterna. Sammantaget kan konstateras att människan är en psykisk, fysisk och intellektuell helhet och alla dessa egenskaper bör beaktas med tanke på välbefinnandet.

En bredare attitydförändring då det gäller åldrande och äldre kan inte åstadkommas utan en värdediskussion i samhället och denna borde inledas senast nu. Värdeperspektivet borde betonas både på de olika politiska nivåerna och i det praktiska beslutsfattandet. Gamla verksamhetsmodeller kan ändras endast om de nya verksamhetssätten baserar sig på ett tankesätt som uppskattar de äldre, gör dem delaktiga och beaktar deras behov.

För att den offentliga serviceproduktionen ska kunna rikta servicen rätt med tanke på klientens resurser och behov måste det finnas olika handlingslinjer för att åtgärda problemen på det sätt som krävs. En klassisk indelning av handlingslinjerna är att skilja på primärprevention, sekundärprevention och tertiärprevention. *Primärprevention* är sådant som görs innan sjukdomens förstadium börjat utvecklas och målet är att minska individens eller samfundets risk att in-

sjukna. Med primärprevention kan man förbereda sig på ett hot redan innan riskfaktorn infunnit sig, ett exempel på detta är vaccinationerna. En annan viktig form av primärprevention är hälsorådgivning.

Med *sekundärprevention* är målsättningen däremot att förhindra att sjukdomen förvärras genom att avlägsna riskfaktorn eller minska dess inverkan. Sekundärprevention hör i praktiken till vården av sjukdomen och är inte i egentlig mening förebyggande. Som en del av sekundärpreventionen kan man också ordna sållningar som riktar sig till sjukdomens förstadier och olika riskfaktorer. *Tertiärprevention* är den tredje handlingslinjen som har som målsättning att förhindra att sjukdomen och att de men som den förorsakar förvärras. Tertiärpreventionen hör begreppsmässigt ihop med rehabiliteringen som strävar efter att återupprätta personens arbets- och funktionsförmåga eller åtminstone att fördröja försämringen.

I följande kapitel beskrivs hur det salutogena synsättet och de tre ovannämnda handlingslinjerna och därtill hörande social- och hälsovårdstjänster ser ut i det geriatriska centrets verksamhetsmodell.

3.1. Det geriatriska kunskapscentrets uppgifter

Trenden har under många år varit att hälso- och sjukvården blivit allt mera specialiserad och att för patienter med samma typ av symptom planeras enhetlig och ofta koncentrerad vård. Ju mera specialiserad vård och sjukdomsbild det handlar om, desto större befolkningsunderlag behövs för att organisera vården. Detta gäller även den geriatriska rehabiliteringen som särskilt inom glesbebyggda områden förutsätter att verksamheten ordnas koncentrerat över kommungränserna.

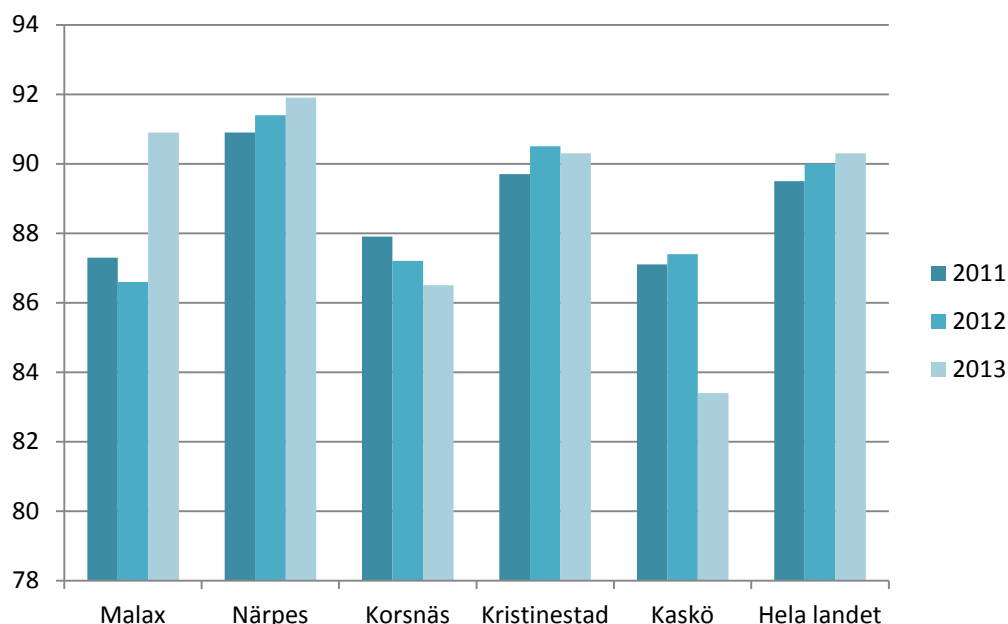
Vasa stad och Vasa centralsjukhus planerar att koncentrera vården av krävande patienter som behöver specialkompetens till ett ställe som ordnar krävande rehabilitering samt psykogeriatrisk och palliativ vård (NHG 2014). Således skulle det geriatriska kunskapscentrets verksamhetsfält inom K5-området särskilt omfatta *uppgifter på grundnivå* och dessutom kan centret, om man så önskar, ordna krävande rehabilitering inom området i samarbete med Geritrim. Eftersom målsättningen är att största delen av de äldre ska vårdas i det egna hemmet ligger *tyngdpunkten* inom det geriatriska kunskapscentret på *vården som ges i hemmet* med dess olika delområden.

3.1.1. Primärprevention – rådgivning och främjande av hälsan

Enligt social- och hälsovårdsministeriets uppskattning bor 90 % av de äldre för närvarande hemma självständigt eller med hjälp av olika stödformer. Detta är också *äldreomsorgspolitikens allmänna målsättning* i framtiden. I K5-kommunerna har antalet personer i åldern 75 år och

över som bor hemma ökat i sakta mak. År 2013 uppfylldes den nationella målsättningen i Malax, Närpes och Kristinestad (figur 8).

| FIGUR 8. Personer i åldern 75 år och över som bor hemma (%) för åren 2011-2013 (Sotkanet).



Inom K5-kommunerna utarbetades inom ramen för projektet Äldre-KASTE (2011–2013) en modell för seniorrådgivning med målsättningen att erbjuda de äldre kommuninvånarna och deras anhöriga information och stöd vid rätt tidpunkt. Seniorrådgivningen är en närservice med låg tröskel som är tillgänglig vid fem olika betjäningpunkter och per telefon, på nätet eller mobil. Verksamheten baserar sig på de äldres delaktighet, självbestämmanderätt och frivillighet och är till sin natur förebyggande och tvärsektoriell. Tjänsten har särskilt som målsättning att nå ut till pensionerade äldre som bor hemma och att erbjuda individuell hjälp i frågor som de själva eller anhöriga har. Målsättningen med seniorrådgivningen är att trygga ett bra åldrande, främja sunda levnadsvanor, förebygga sjukdomar, minska skillnaderna i hälsa och välfärd samt erbjuda trygghet och förmåga att klara sig självständigt. Dessutom strävar seniorrådgivningen efter att ingripa i olika problem i ett tidigt skede. (Fagerström & Harf 2013.)

| KUVIO 9. Seniorrådgivningens tyngdpunktsområden.



Seniorrådgivningen är kommunernas verksamhet och den viktigaste formen av primärprevention för äldre inom K5-området. Den bör utvecklas ytterligare i samarbete mellan medlemskommunerna och det geriatriska kunskapscentret. Dessutom borde man i framtiden hitta mera organisationsbaserad verksamhet för att förebygga de äldres upplevda ensamhet. Geriatriska kunskapscentret kan om man så önskar fungera som regional sammankallare och initiativtagare till denna diskussion.

KUNSKAPSCENTRETS UPPGIFTER Primärprevention

- Fortsatt utveckling av seniorrådgivningen i samarbete med kommunerna
- Kartläggning av den frivilliga verksamhetens möjligheter i området

3.1.2. Sekundärprevention – vård i första hand i hemmet

Då man upptäcker förändringar i den äldres tillstånd och funktionsförmåga börjar man fundera över vård och andra metoder för att förhindra att problemen förvärras samtidigt som man funderar på sätt att ersätta den del av funktionsförmågan som eventuellt gått förlorad. Enligt äldreomsorgslagen (14 §) ska service i första hand ges i hemmet och då kommer hemvårdens olika serviceformer i fråga. Hemvårdens serviceformer stöder de äldre i deras dagliga sysslor då de har svårt att klara av dessa på grund av nedsatt funktionsförmåga eller sjukdom som hör ihop med åldrande (Social- och hälsovårdsministeriet & Finlands kommunförbund 2013). Servicen kan vara regelbunden eller tillfällig men målsättningen är den samma i båda fallen, dvs. att stöda den äldres möjligheter att bo hemma så länge som möjligt. Hemservicen omfattar många olika stödtjänster såsom måltids-, klädvårds-, bad-, städ-, transport-, ledsagartjänster samt tjänster som främjar det sociala umgänget. Hemservice beviljas enligt en bedömning av servicebehovet som ska göras för de som fyllt 75 år inom sju vardagar och i brådskande fall omedelbart. (Valvira 2012.)

Då det gäller sekundärprevention är kommunerna de viktigaste aktörerna på samma sätt som i primärpreventionen. Det behövs således inga nya strukturer för att utveckla hemvården utan fokus borde snarare sättas på *verksamheten*. Arbetsgruppen konstaterade att det finns olikheter mellan K5-kommunernas hemvård, särskilt inom nattpatrullverksamheten. Då det gäller utvecklingen av hemvården är det geriatriska kunskapscentrets viktigaste uppgift att presentera nya sätt att effektivisera hemvården och stöda kommunerna i genomförandet. Utgångspunkten är att erbjuda enhetlig service för äldre inom samkommunens område.

A-team

A-team är ett övergripande begrepp för effektiviseringen av hemvårdens omsorgs- och vårdtjänster dygnet runt. A-teamets målsättning är att öka utbudet av service som ges i hemmet så att tillgången till service nattetid skulle förbättras, hemsjukvården skulle bli mångsidigare och klienter som skrivs ut från avdelningsvård skulle få mera stöd vid hemgången. Med de nya verksamheterna vill man förutom att stävja kostnaderna även minska det mänskliga lidande som onödiga ambulanstransporter och bollandet mellan hemvården och avdelningsvården förorsakar. Därför är A-teamet i högsta grad en kommunal verksamhet som kan ges gemensamt innehåll med stöd från det geriatriska kunskapscentret.

A-teamet omfattar för närvarande följande tre funktioner: nattpatrull, hemsjukhus och hemgångsteam. *Nattpatrullens* målsättning är att öka trygghets känslan för de äldre som bor hemma. Detta behöver inte innebära enbart fysiska besök hos klienten, utan kan kombineras med uppföljning av klientens tillstånd med hjälp av olika tekniska lösningar. *Då det gäller hemsjukhusverksamheten* har A-teamet möjlighet att erbjuda krävande medicinsk vård inom en väl fungerande grundvård. Hemsjukhusverksamheten begränsar sig inte enbart till äldre, utan hemsjukvård kan också erbjudas som en del av den palliativa vården och till exempel åt yngre åldersgrupper som har behov av till exempel intravenös antibiotikabehandling.

Hemgångsteamet å sin sida ger kortvarigt intensifierat stöd som tilläggsresurs i samband med att en klient kommer hem till exempel efter en sjukhusperiod. Hemgångsteamet säkerställer bl.a. att den äldre kan använda sina hjälpmedel även hemma, kontrollerar medicineringen och ger vid behov anvisningar åt hemvården angående fortsatta åtgärder.

A-teamets verksamhet varierar från dag till dag och resursbehovet måste bedömas i realtid. I teamet deltar sjukskötare och närvårdare som är utbildade att *samarbeta med det telemedicinska stödet som ansvarar för hemvården*. A-teamets utmaning är att garantera en jämlik tillgång till tjänsten inom samkommunens hela område. Detta förutsätter ett intensivt samarbete mellan kommunerna och då blir den kritiska punkten "förmågan att överskrida skiljemurar".

Läkartjänster

I det geriatriska kunskapscentrets servicemodell har hemvårdens läkartjänster koncentrerats till en aktör som distansmedicinsk tjänst. Svagheten med det nuvarande systemet är den varierande och tidvis svaga tillgången till läkartjänster. Under tjänstetid ansvarar kommunernas egna utsedda ansvariga läkare (delvis köptjänster) för hemvårdens läkartjänster. Utanför hälsovårdscentralernas mottagningstider erbjuds läkartjänster av samjouren i Vasa. Förutom den begränsade jourverksamheten i Kristinestad har området ingen egen kvälls-, natt- eller veckoslutsjour och direkt konsultationshjälp finns inte att tillgå i akuta sjukdomsfall. Detta är en absolut svaghet i systemet och utgör orsaken till att man särskilt utanför tjänstetid måste förlita sig på ambulanstransporten och specialsjukvården.

Enligt planerna för Vasa stads och Vasa centralsjukhus geriatriska poliklinik skulle varje samarbetsområde få en egen geriatrisk specialist i tjänsteförhållande. Eftersom den allmänna läkarsituationen fortfarande är dålig finns det två alternativ för att producera läkartjänster inom K5-området: 1) att anställa en allmänläkare med ansvar för servicehelheten för äldre till det geriatriska kunskapscentret eller 2) att ordna tjänsterna som telemedicinska köptjänster. Idealiskt vore att kombinera dessa två så att en allmänläkare skulle ansvara för s.k. löpande ärenden under vardagar och det telemedicinska stödet skulle komplettera och erbjuda hjälp särskilt i svårare klientsituationer. Doctagon har tidigare producerat läkartjänster som köpservice åt K5-området och erfarenheterna har varit goda. I Doctagons modell utses för organisationen en ansvarig läkare (geriater) som ansvarar för patientronder hos hemvårdens klienter 1-4 gånger i året. Dessutom ansvarar företaget för bakjour dygnet runt och då är läkare alltid anträffbar även under kvällar, nätter och veckoslut. Modellen kunde förutom hemvården täcka även nuvarande institutionsvårdsenheter i området om man så önskar.

Teknologi för äldre och showroom

Såsom det konstaterades i början av kapitlet ligger tonvikten inom sekundärprevention på servicen som ges i hemmet och på att stöda de äldre i deras egen omgivning. I detta ingår också olika hjälpmedel och tekniska lösningar för äldre eftersom kraven på hemmets funktion och säkerhet ändras då man åldras. En förutsättning för att en äldre person ska kunna bo hemma är att omgivningen är trygg och tillräckligt tillgänglig. Ofta framkommer behovet av ändringar först då personen faller eller råkar ut för någon annan olycka som kan leda till att funktionsförmågan blir nedsatt en längre tid. Det behövs mera förutseende verksamhetssätt och därför har det geriatriska centret i uppgift att som en del av rehabiliteringen och planeringen av hemmaboendet samla in uppgifter om olika lösningar och teknologier som underlättar möjligheterna att bo hemma.

För att testa nya *tekniska lösningar och system för äldre* kommer ett *showroom* att inrättas i det geriatriska centret där företagen kan ställa ut produkter och presentera sina tjänster. Showroom-samarbetet mellan företagen och kunskapscentret gagnar båda parterna eftersom företagen kan låta användarna och beslutsfattarna prova och utvärdera sina produkter och får på så sätt värdefull brukarinformation. Utvärderingsarbetet kan systematiseras till exempel genom att engagera kommunernas äldreåd och andra erfarenhetsexperter. Samtidigt får kunskapscentret viktig information både om företagets nya produkter och om användarnas erfarenheter av, inställning till och behov av ny teknologi. Dessutom kan showroom användas för utbildning av personal så att inlärningskedet inte i onödan stör skötseln av rutinärenden. I showroom kan ny apparatur testas på ett tryggt och utförligt sätt utan att man behöver vara rädd för fel.

Bedömningar och minnespoliklinik

Enligt Vasa sjukvårdsdistrikts och Vasa stads planer kommer bedömningarna i framtiden att koncentreras allt mera och enligt förslaget skulle samsamarbetsområdena ha egna bedömningsenheter. För K5-området föreslås i planerna 1-2 bedömningsenheter. I planen har inte noggrannare angetts vilka bedömningar som avses i praktiken, men vid det geriatriska kunskapscentret kan man göra geriatriska helhetsbedömningar (CGA) för äldre som uppvisar tecken på nedsatt funktionsförmåga. Den geriatriska bedömningen borde genomföras som yrkesövergripande samarbete där en specialist i geriatri, sjukskötare, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog och/eller socialarbetare deltar enligt behov. De bedömningar som utförs inom samkommunen kan grovt indelas i tre nivåer:

Allmän bedömning som görs av en allmänläkare i medlemskommunen och som har som målsättning att ge en allmän bild av klientens medicinering, hemmaboende, hjälpmedelsbehov och vid behov teknologi för äldre. Den allmänna bedömningen är en bedömning av servicebehovet kombinerad med en medicinsk kartläggning/vårdoptimering. T.ex. seniorrådgivningen kan hänvisa en klient till allmän bedömning.

Då en hemvårdsklients tillstånd förvärras snabbt inom en kort tid (dagar/veckor) görs i första hand en telemedicinsk bedömning, som vid behov kan kompletteras med en undersökning som utförs av medlemskommunens allmänläkare eller en kort bedömningsperiod vid kommunens bedömningsenhet. Vid behov kan på basen av detta också ordnas tid åt klienten på den geriatriska polikliniken.

I akuta situationer görs bedömningen för hemvårdens klient i första hand av det telemedicinska stödet men vid behov kan man också anlita samjouren i Vasa.

Eftersom minnessjukdomarnas andel förutspås öka i framtiden är det skäl att inrätta en *minnespoliklinik* i anslutning till kunskapscentret. Minnespolikliniken skulle fördjupa diagnostiseringen och vården av demenssjukdomar och detta arbete har inletts inom K5-området i och med inrättandet av minnesskötarbefattningarna. För närvarande bedömer minnesskötarna minnesfunktionen och kartlägger helhetssituationen, ger information om stödservice, ger handledning och råd åt patienten och de anhöriga samt planerar den individuella vården i samarbete med andra aktörer som deltar i vården. Minnesrådgivningsarbetet är en del av den regionala vårdkedjan för patienter med minnesstörningar som också kan genomföras som egen verksamhet.

För diagnostiseringen av demenssjukdomar på minnespolikliniken ansvarar en specialist i geriatri som telemedicinsk tjänst. Specialisten beställer nödvändiga undersökningar såsom magnetröntgen som köptjänst av tredje part. Senare kan *en minneskoordinatorsbefattning* inrättas i anslutning till minnespolikliniken för att effektivera diagnostiseringen och vården av demenssjukdomar. Eftersom uppgiften skulle vara att strukturera, koordinera och planera, skulle befattningen avlasta minnesskötarna så att de kunde använda största delen av sin arbetstid för det egentliga bedömnings- och klientarbetet.

Förutom minnespolikliniken kan det geriatriska kunskapscentret vid behov ordna enstaka mottagningsdagar *till den geriatriska polikliniken*. Det geriatriska kunskapscentrets fysiska verksamhetspunkt kommer att finnas i Kristinestad i anslutning till Geritrim.

**KUNSKAPSCENRETTSS
UPPGIFTER**
/ sekundär-
prevention

- Utvecklande av effektiverad hemvård (A-team)
- Inrättande av minnespoliklinik och inledande av geriatrisk konsultationspoliklinik
- Ordnande av telemedicinskt stöd dygnet runt
- Inrättande av ett showroom för teknologi för äldre

3.1.3. Tertiärprevention – ändamålsenlig rehabilitering

Enligt WHO:s definition är rehabiliteringen en målinriktad och tidsbegränsad process som syftar på att hjälpa en av skada eller sjukdom drabbad människa att nå bästa möjliga psykiska, fysiska och sociala funktionsnivå. *Gerontologisk rehabilitering* innebär att utgående från de kända förändringar som hör till åldrandet stöda klientens egenmakt (empowerment), aktivitet och känsla av samhörighet samt ordna lämplig fysisk träning. Geriatrisk rehabilitering däremot kan definie-

ras som mångprofessionell rehabilitering utgående från en förståelse för åldrandet och den sammanlagda verkan av många olika sjukdomar (Halmila 2014).

Såsom konstaterats i tidigare kapitel kan en äldre person bibehålla en god livskvalitet om en förlorad förmåga kan ersättas med en annan. Den huvudsakliga målsättningen med den geriatriska rehabiliteringen kan anses vara att återställa den funktionella aktiviteten eller förbättra den återstående funktionsförmågan (Halmila 2014). Det ger också rehabiliteringsklienten mera krafter om han/hon trots funktionsnedsättning fortfarande kan fungera självständigt och upprätthålla funktionsförmågan (Gustafsson m.fl. 2010).

Men även om det viktigaste enligt forskningen är den fysiska aktiviteten, bör rehabiliteringen av äldre även beakta mera osynliga utmaningar såsom psykiska och sociala problem. Av dessa är de äldres ensamhet och otrygghet vid sidan av boendet de viktigaste orsakerna till att funktionsförmågan och de kognitiva färdigheterna försämras och att en person därmed behöver mera hjälp och eventuellt får behov av institutionsboende. I flera undersökningar har det emellertid konstaterats att äldre som bor i servicehem och institutioner känner sig mera otrygga än de som bor hemma, och därför borde man särskilt ingripa i ensamheten för de äldre som bor hemma innan situationen förvärras. Ämnet är en utmaning särskilt då man vet att det viktiga med tanke på ensamheten inte i så hög grad är omfattningen av socialt umgänge utan kvaliteten på umgänget och hur det motsvarar den äldres förväntningar (Savikko m.fl. 2006).

Enligt Halmila (2014) är rehabiliteringen inom den finländska hälsovården för närvarande underdimensionerad och problemen beror särskilt på de brutna vårdkedjorna mellan specialistsjukvården och primärhälsovården. Likaså återspeglas kommunernas resursbrist på rehabiliteringen eftersom kommunerna ofta drar ner på rehabiliteringsverksamheten då ekonomin är dålig. En annan viktig utmaning enligt Halmila är det nuvarande systemets dåliga förmåga att identifiera vilka personer som skulle ha nytta av rehabilitering – om personen är för sjuk har han/hon ingen nytta av geriatrisk rehabilitering, men den ska inte heller erbjudas till friska personer. Bäst nytta av geriatrisk rehabilitering har de personer som hamnat i en s.k. *instabil situation*, till exempel som brutit höftbenet, fått störningar i hjärnans blodcirkulation eller på annat sätt insjuknat akut. Det huvudsakliga syftet med rehabiliteringen är då att förhindra att personen hamnar i institutionsvård eller bestående tyngre boendeservice.

Hemrehabilitering är som namnet säger rehabilitering som ges i klientens hem som en del av klientens dagliga sysslor för att stärka den egna aktiviteten och självständigheten. I den mångprofessionella hemrehabiliteringen deltar både hemvårdspersonal och till exempel fysio- och ergoterapeuter. Dessutom ger A-teamet extra stöd och flexibilitet i hemrehabiliteringen. Enligt Gustafsson m.fl. (2010) är det viktigt att rehabiliteringen alltid är tidsbegränsad och att dess

effekter följs upp med olika utvärderingsmetoder. Rehabiliteringen ska alltså vara målinriktad men även realistisk och beakta rehabiliteringsklientens egna åsikter. I den svenska undersökningen konstaterades hemrehabiliteringen ha mycket stor social betydelse för de äldre.

I samkommunens äldrevårdsstrategi 2013–2016 konstateras att hemrehabilitering redan inletts i samkommunen men att den ännu behöver utvecklas. Arbetet kräver mångprofessionellt kunnande och därför är det ändamålsenligt att koncentrera utvecklingen till ett kunskapscenter. Det behövs alltså enhetliga kriterier och tillvägagångssätt för hemrehabiliteringen och effekterna ska följas upp och utvärderas skilt för varje klient. Med hemrehabiliteringen vill man ytterligare minska behovet av avdelningsvård dygnet runt särskilt i sådana fall där klienten klarar sig hemma med hjälp av rätt sorts serviceurval.

Antalet personer som behöver krävande rehabilitering inom K5-området har konstaterats vara så litet att det troligtvis inte finns behov av en egen enhet för krävande rehabilitering inom en nära framtid. Krävande rehabilitering kan emellertid ordnas i enlighet med närserviceprincipen inom det egna området genom att använda Geritrimms kunskaper. Geritrimms verksamhetsidé baserar sig på vetenskaplig grund och mätbara resultat som kan uppnås även med kortare rehabilitering av intervalltyp. Motsvarande, mera krävande rehabilitering kommer troligtvis även att kunna köpas från Vasa inom en snar framtid.

**KUNSKAPSCENTRETS
UPPGIFT**
Tertiärprevention

- Skapar en modell för rehabiliteringens servicehelhet
- Utvecklar hemrehabiliteringen och uppgörandet, uppföljningen och bedömningen av rehabiliteringsplaner

3.2. Förslag till servicehelhet för äldre inom Kust-Österbottens samkommun

Enligt äldreomsorgslagen ska tjänster som ordnas för äldre vara av god kvalitet. Med tanke på kvaliteten är det särskilt viktigt att *klienten behandlas individuellt* och att servicen motsvarar klientens egna önskemål och behov. Eftersom hälsan och välfärden är mångfacetterade fenomen görs bedömningen av klientens vårdbehov allt oftare i samarbete mellan social- och hälsovårdens olika yrkesgrupper. Detta borde vara målsättningen även inom Kust-Österbottens samkommun så att yrkesskickligheten och kunnandet inom samkommunen används allt bättre i vården av de äldre. Ett mångprofessionellt arbetssätt där kunnandet delas förutsätter emellertid en gemensam syn på behovet av förändring och en uttalad målsättning att utveckla äldreomsor-

gen inom området. Denna strategiska målsättning kan konkretiseras inom det geriatriska kunskapscentret.

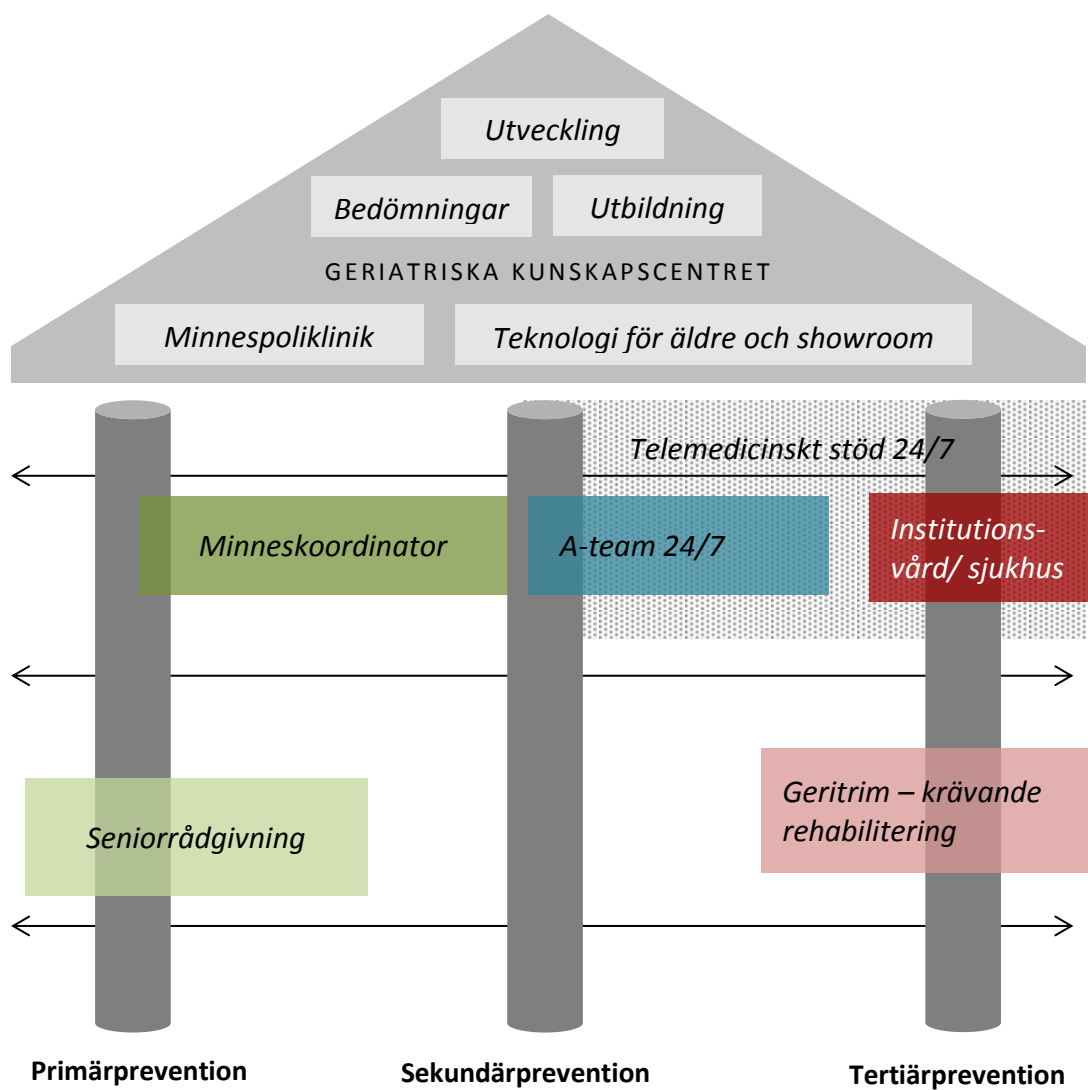
Verksamhetsprincipen för det geriatriska kunskapscentret är att erbjuda den äldre tjänster utgående från personens egna behov. *Seniorrådgivningen* har en låg tröskel och ger i förebyggande syfte information, rådgivning och anvisningar i ärenden som gäller det dagliga livet och välfärden. Kring detta är det även möjligt att samla verksamhet som ordnas av andra aktörer och frivilligorganisationer. Minnessjukdomars utveckling bör följas upp noggrant och omfattar hela servicekedjan från minnesskötarens hembesök till av *minnespolikliniken* ordnade undersökningar, vård och uppföljning. Även bedömningar analyseras och graderas, i detta sammanhang dras mer nytta än tidigare av de kunskaper som en telemedicinsk specialist inom geriatri besitter.

Tyngdpunkten inom servicehelheten ligger på tjänster som ges i hemmet. Rehabiliteringens och särskilt *hemrehabiliteringens* profil höjs och utvecklingen av det aktiverande arbetssättet fortsätter som en del av hemvårdens tjänster. Som ny verksamhetsmodell införs ett mobilt Akutteam som är verksamt dygnet runt och vars resursbehov bedöms i realtid. Detta ökar flexibiliteten i verksamheten, jämnar ut variationerna i förhållandet mellan efterfrågan och utbud och möjliggör mera individuella besökstider till exempel då en klient kommer hem från sjukhuset på kvällen. *Telemedicinskt stöd* finns hela tiden att tillgå och kan erbjuda konsultation dygnet runt. De telemedicinska tjänsterna garanterar också att tillståndet och till exempel medicineringen för hemvårdens alla klienter uppföljs regelbundet av en specialist dvs. geriatriker.

För närvarande kan man också erbjuda *krävande rehabilitering* som närservice på *Geritrim*. Utvecklingen av samarbetet och verksamhetsmodellerna kan inledas inom det geriatriska kunskapscentret. Medlemskommunerna fastställer tillsammans gemensamma kriterier för beviljande av vårdplats på institution för att säkerställa att klienten innan han/hon får institutionsplats har haft tillgång till hemvårdens alla stöd- och rehabiliteringstjänster som kan stöda den äldres möjligheter att bo hemma.

Figur 10 visar servicehelheten för de äldre inom K5-området och det geriatriska kunskapscentrets viktigaste uppgiftsområden. Uppgiftsområdena är utveckling i anslutning till tjänster för äldre, personalutbildning och bedömningsverksamhet. Inom kunskapscentret samlas den nyaste tillgängliga kunskapen som baserar sig på forskning och evidens. Verksamheten är nätverksbaserad, men dessutom behöver bedömningen, minnespolikliniken och *showroom* fysiska utrymmen. Kunskapscentrets personalbehov kan tillgodoses i etapper.

| FIGUR 10. Servicehelheten för de äldre inom K5-området.



4. Arbetsgruppens rekommendationer till samkommunstyrelsen

Social- och hälsovårdens största utmaning i framtiden är att kunna svara på det ökande behovet av tjänster för äldre. Kommunerna måste förbereda sig på förändringen redan nu. För detta ändamål utsåg samkommunstyrelsen i maj 2014 en arbetsgrupp med uppgift att utarbeta en konkret plan för hur områdets servicehelhet för äldre ska se ut i framtiden. Helheten presenteras i figur 8. Planen fick namnet det geriatriska kunskapscentret som väl beskriver utgångspunkterna – ett centrum för gerontologiskt och geriatriskt kunnande där man samlar den nyaste informationen inom området, yrkesmänniskor, teknologi för äldre samt användare till en nätverksbaserad helhet.

Åtgärderna som måste vidtas för att föra den gerontologiska och geriatriska vården framåt kan indelas i tre olika nivåer. Den första och mest omfattande är *1) att inleda och föra en värdediskussion i samhället*. Ska vården av äldre ordnas i deras eget hem eller i servicehem och hur ser kostnadsprofilerna ut för dessa alternativ? Hur differentieras vården i det skede då klienten ännu bor hemma och å andra sidan vilka saker talar för beviljande av institutionsplats i ett senare skede? Och hur sköts de äldres medicinska och/eller sociala problem? Dessutom borde värdediskussionen också ta ställning till hur anhöriga och närstående kunde uppmuntras att allt mera vårda de äldre hemma. Dessa frågor är filosofiska, men i allra högsta grad politiska.

Andra åtgärdsnivån gäller *2) kommunernas uppgifter och särskilt att hitta och utveckla nya verksamhets sätt för vården och omsorgen som ges i hemmet*. För att göra tjänsterna flexibla så att de snabbt kan svara på klientens aktuella behov, måste tonvikten läggas på en fungerande vård och inte så mycket på strukturerna. För närvarande finns behov av särskilt följande funktioner som kunde höras under A-teamet; *nattpatrull* – öka och upprätthålla tryggheten för de äldre som bor hemma, *hemsjukhus* – för att erbjuda krävande medicinsk vård inom en välfungerande grundvård, *hemgångsteam* – kortvarigt stöd vid hemgång med hjälp av tilläggsresurser. Utmaningen då det gäller dessa funktioner är att kunna garantera en jämlik tillgång till dessa inom hela samkommunens område. Detta förutsätter ett intensivt samarbete mellan medlemskommunerna och då blir den kritiska frågan "konsten att överskrida en gräns".

Den tredje åtgärdsnivån är regional dvs. *3) att inrätta ett geriatriskt kunskapscentrum i anslutning till Geritrim i Kristinestad*. Kunskapscentret kompletterar kommunernas serviceutbud med tjänster som kräver ett bredare befolkningsunderlag än en enskild kommun. Sådana är till exempel ergoterapi, talterapi, gerontologisk handledning och minneskoordinatortjänster. I kunskapscentret placeras en minnespoliklinik och en geriatrisk poliklinik som kommunerna kan köpa tjänster av. Dessutom ansvarar kunskapscentret för den gerontologiska utvecklingen och

upprätthåller ett showroom i anslutning därtill. Även för kunskapscentret är en av utmaningarna att erbjuda kostnadseffektiva tjänster för samkommunens hela område.

Arbetsgruppen ger följande förslag till samkommunstyrelsen:

- En värdediskussion om servicen för de äldre inleds
- Ett A-team inrättas som kommunal verksamhet med tre funktioner: nattpatruller, hem-sjukhus, hemgångsteam
- Ett geriatriskt kunskapscentrum inrättas i Kristinestad i samarbete med Geritrim. I anslutning till centret verkar en minnespoliklinik och en geriatrisk poliklinik
- Geriatriska konsultationer ordnas som köptjänst med tonvikt på telemedicinska konsultationer

| KÄLLOR

- Eriksson, Bengt G. & Birgit Häger (2012). Salutogen omsorg och vård i praktiken. Omsorg och vård för ett helt liv. Karlstads universitet, FoU-rapport 2/2012.
- Fagerström, Jessica & Harriet Harf (2013). Seniorrådgivning. För främjande av äldres välfärd och hälsa. Äldrecentrum Österbotten 2011–2013. Mellanfinlands IkäKaste – Äldre-Kaste II.
- Guldén, Mikaela (2013). Arvoa arjessa. Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän vanhustenhuollon strategia 2013-2016.
- Gustafsson, Ulf & Birgitta Gunnarsson, Åsa Boman Sjöstrand, Birgitta Grahn (2010). Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner. Upplevd kvalitet, funktionsförändring, organisationsförutsättningar, resursförbrukning och statliga stimulansmedels betydelse för utvecklingen. Socialstyrelsen, Landstinget Kronoberg. FoU-Rapport 11.
- Halmila, Matti (2014). Ikäihmisten kuntoutuksen nykytilanne – haasteita ja mahdollisuuksia. (Kalvosarja 22.9.2014).
- Hernesniemi, Hannu (2001). Megatrendit ja klusterien kehitys. Teoksessa: Suomen avainklusterit ja niiden tulevaisuus. Tuotanto, työllisyys ja osaaminen (2001). Hernesniemi, Hannu & Pasi Kymäläinen, Pekka Mäkelä, Olavi Rantala, Ritva Rautkylä-Willey, Mikko Valtakari. Euroopan sosiaalirahaston julkaisut, Edita Oyj: Helsinki.
- Hokkanen (2007). Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen. Luentoesitys 15.3.2007, Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Isoherranen, Kaarina (2012). Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 18: 2012, Helsingin yliopisto.
- Kinnula, Petra & Teemu Malmi, Erkki Vauramo (2014). Sisältöä sote-uudistukseen. KAKS – Kunnallisan alan kehittämässä, tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 78. Vammalan Kirjapaino Oy: Sastamala.
- Kuntaliitto (2014). Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset kääntyivät nousuun. Kuntaliiton tiedote 17.6.2014.
- Kuusinen, Riitta & Sari Kauppinen (2013). Laitoshuolto: Laitoshoidon osuuden vähentäminen palvelurakenteessa. Sosiaali- ja terveysministeriön muistio 28.11.2013.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvluista. Finlex 28.12.2012/980.
- Leväsluoto & Kivisaari 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT Technology 62.
- Nikander, Pirjo (2003). Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 40: 279-290.

- Nordic Healthcare Group (2013). Vaasan sairaanhoitopiiri: Sosiaali- ja terveystalujen nykytila ja ennusteet. Loppuraportti.
- Nordic Healthcare Group (2014). VSHP – Geriatrisen kuntoutuksen järjestäminen ja Vaasan kaupunginsairaalan kehittäminen kuntoutussairaalaksi. Kuntoutusvuodeosasto ja geriatrisen poliklinikka
- Rautiainen, Hanna & Simo Pelanteri (2012). Terveystalusten vuode-osastohoito 2010. Terveystaluden ja hyvinvoinnin laitos, tilastoraportti 2.
- Savikko, Niina & Pirkko Routasalo, Reijo Tilvis, Kaisu Pitkälä (2006). Ikääntyneiden turvattomuus ja sen yhteys yksinäisyyden kokemiseen. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43: 198–206.
- Sosiaali- ja terveystalministeriö (2013). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveystalministeriön julkaisuja 11. Suomen yliopistopaino Oy: Tampere.
- Sosiaali- ja terveystalministeriö & Suomen kuntaliitto (2013). ”Vanhuspalvelulaki” – Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalpalveluista. Muistio lain toimeenpanon ja tulkinnan tueksi.
- Skånes universitetssjukhus (2013). Kunskapscentrum för geriatric vid Geriatriska kliniken, verksamhetsberättelse år 2012.
- Strandman, Kristiina (2013). Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän alueen hyvinvointikertomus 9/2013.
- Strandman, Kristiina (2014). K5-kuntayhtymän alueen geriatrisen osaamiskeskus.
- Tuorila, Helena (2007). Ikääntyvien asiakasosaaminen terveydenhuollon palvelumarkkinoilla. Teoksessa: Lammi, Minna & Raija Järvinen, Johanna Leskinen (2007). Kuluttajat kehittäjinä. Miten asiakkaat vaikuttavat palvelumarkkinoilla? Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja 2007, Helsinki.
- Turunen, Minna (2013). Pohjanmaan väestö, sen hyvinvointi ja terveys sekä sosiaali- ja terveystalpalvelujärjestelmän toimivuus. Kansalliseen vertailuun perustuvaa trenditietoa vuosilta 2005-2011. Vaasan yliopiston julkaisuja, selvityksiä ja raportteja 186. Vaasan yliopisto.
- Vaasan sairaanhoitopiiri (2013). Geriatrisen potilaan palveluketju.
- Valvira (2012). Kotiin annettavat palvelut ja hoito. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Valvontaohjelma 7. Sosiaali- ja terveystalalan lupa- ja valvontavirasto Valvira.
- Viljanen, Maria (2010). Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. A-klinikkasäätiö, Tiimi: 1/2010.
- Virtanen, Petri & Maria Suoheimo, Sara Lamminmäki, Päivi Ahonen, Markku Suokas (2011). Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalpalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281. Helsinki.

| BILAGA 1.

Arbetsgruppen för det geriatriska kunskapscentret:

Kaskö	Jukka Laitinen (t.o.m. september 2014) Marja-Leena Jokimäki, Tuulikki Leppäniemi
Korsnäs	Carina Westberg, Monica Bonde
Kristinestad	Elisabeth Sjöberg, Britt-Marie Lindqvist
Malax	Monica Björkqvist, Tage Svahn
Närpes	Tony Pellfolk, Pirjo Wadén
Äldreråd	Carita Björne
K5	Peter Riddar (ordf.), Maiju Saha (sekr. t.o.m. 31.3.2015), Jarkko Pirtti- perä, Sonja Nyback, Hans Ingvesgård (samkommunstyrelsens repre- sentant)

| BILAGA 2.

Heldygnsomsorg vid Vasa sjukvårdsdistrikt i april 2014 (basservice)

	<i>Effekt. serviceboende, antal platser totalt</i>	<i>Effekt. serviceboende, antal platser inom köp-tjänster</i>	<i>Ålderdomshem, antal platser totalt</i>	<i>Ålderdomshem, antal platser inom köp-tjänster</i>	<i>Långvardsplatser vid sjukhem</i>	<i>Antal platser inom effekt. serviceboende och ålderdomshem sammanlagt</i>	<i>Antal platser inom långvård vid hälsovårdscentraler sammanlagt</i>
K5-området							
Kaskö	16*	7	0	0		23	a)
Korsnäs	11	0	28	0		39	b)
Kristinestad	32	11+13+5	43	0	2+2	108	18
Malax	63	0	28	0	1	91	27+8
Närpes	87	3	36	0	3	129	31
K2-området							
Korsholm	94	24	10 *	0		142	50+24 **
Vörå	98	0	27	0	1	126	26
Vasa-Laihia samarbetsområdet							
Vasa	215	183	22	16	2	438	279
Laihia	66	18	16	0		96	14
Jakobstads social- och hälsovårdsverk							
Larsmo	39	1	0	0		40	c)
Pedersöre	72	7	37	0		116	d)
Jakobstad	107	68	0	35	2	212	105
Nykarleby	33	33	32	0	3	101	32
VSVD kommuner	926	373	290	51	16	1656	614

* Dessutom platser på korttidsvården, som inte är inräknade

** Från och med 1.9.2014 en akutavdelning med 26 platser, rehabiliteringsavdelning med 24 platser och ett servicehem med 24 platser
Platser (24) från servicehemmet flyttas till effektiverat serviceboende år 2017

a) Använder bäddavdelningen i Närpes

b) Använder bäddavdelningen i Malax

c) Använder service från Jakobstads social- och hälsovårdsverk

d) Använder service från Jakobstads social- och hälsovårdsverkets bäddavdelning

Källa: Wadén, Pirjo (19.6.2014) primärvårdsenheten, Vasa sjukvårdsdistrikt

NÄRPES

Pirjo Wadén, Tony Pellfolk

Överlag har planeringen av det geriatriska kunskapscentret gått bra framåt, men planen kräver ytterligare arbete och behöver konkretiseras ytterligare. Vissa delar av planen kan inte omfattas ur Närpes perspektiv t.ex. inrättande av mobilt A-team med verksamhet dygnet runt och sammanställande av gemensamt bedömningsteam. Hemrehabiliteringen som kommunernas egen verksamhet bör också vara välintegrerad med kommunernas hemvård.

- 1) *Vilka kompetenskrav för vårdpersonalen kommer enligt din bedömning att behövas inom hemvården i framtiden?*

Överlag behöver det geriatriska/gerontologiska kunnandet ökas. Grundutbildningen för hemvårdspersonalen i framtiden behöver vara sjukskötare, socionom och närvårdare. Dessutom eftersträvas specialexamen inom äldreomsorgen, demensvård, mental- och missbrukarvård, samt rehabilitering. Kompetens inom mångprofessionellt arbete.

- 2) *Hur väl motsvarar nuvarande läkartjänster enligt din bedömning hemvårdens behov?*

Vi har idag duktiga läkare i regionen som är intresserade av äldre klienters vård. Kompetens inom mångprofessionellt arbete.

- 3) *Hur anser du att hemrehabiliteringen och bedömningen ska ordnas i framtiden?*

Användningen av RAI behöver utökas och förstärkas bland alla professioner även läkarna. Rehabiliteringen och bedömningen behöver vara välintegrerat med hemvården och kommunens egen verksamhet.

- 4) *Vilken uppgift t.ex. då det gäller bedömningen borde det geriatriska kunskapscentret koncentrera sig på? Vilka slags bedömningstjänster borde placeras i anslutning till kunskapscentret?*

Minnespoliklinik, effektiverad hemvård som kunde inkludera regionala specialprofessioner så som minnesskötare, missbrukarkoordinator, ergoterapeut, näringsterapeut, talterapeut och palliativ skötare. Nattpatrull verksamheten behöver vara kommunal men borde inkludera ett gränslöst samarbete inom K5.

KRISTINESTAD

Elisabeth Sjöberg, Robert Sundén, Christian Lindedahl, Helena Strandholm, Tarja Flenmark, Tom Lövdahl

- 1) *Vilka kompetenskrav för vårdpersonalen kommer enligt din bedömning att behövas inom hemvården i framtiden?*

- Vårdkunskap; grundvård, sårvård, läkemedel. Närvårdarutbildningen möjliggör till olika provtagningar i hemmet (mätningar).
- Kunskap att vårda klienten helhetsmässigt; att bemöta klienten, teamarbete inom arbetsgemenskapen och mellan olika yrkesgrupper. Förståelse för vad hemvårdens syfte är i det stora hela; att mångdimensionellt och på sikt kunna STÖDA ett hemmaboende – inte bara hjälpa för stunden samt ett maximalt tillvaratagande av klientens EGNA funktioner och resurser.
- Rehabiliterande klientorienterade grepp på arbetet (inte organisatoriskt); kunnande i förmågan att upprätthålla klientens funktionsförmåga.
- Färdighet att stöda, lära och ge råd. Självständigt omdöme och ansvarsfullhet.
- Kunskaper inom hygien (i samband med vårdåtgärder, inom klientens omgivning) och näringsrik kost (dieter, näringskunskap), MNA-test i bruk.
- Sjukvård; kunskap att vårda klienter med många sjukdomar, infektioner, mental hälsa, demens, depression, rusmedel, postoperativ vård, palliativ vård.
- Vård dokumentation från klientens perspektiv, inte från ett görande perspektiv och förståelse av dess betydelse samt verkningar, språkkunskaper, kunskaper av olika kulturer och hur man vårdar invandrare.

2) *Hur väl motsvarar nuvarande läkartjänster enligt din bedömning hemvårdens behov?*

I dagens läge använder sig hemvården av vård- och omsorgscentralens läkarresurser och deras tjänster. I samband med diskussion med vårdare inom hemvården har konstaterats att allt mera klienter som har en mångfacetterad sjukdomsbild vårdas i hemmet och det stöd som skulle behövas upplevs otillräcklig. Idag fungerar hemvården dygnet runt vilket medför att vid vissa situationer skulle ett medicinskt stöd behövas. Samtidigt borde ett mera geriatriskt kunnande finnas även bland vårdarna (mera än vad som finns idag), med tanke på den kommande åldersstrukturförändringen.

Samma frågeställning ställdes läkare inom organisationen, varvid svaret var att mera hembesök av läkare borde göras, ifall det var möjligt. Patienters besök till läkarmottagning skulle därmed kunna minimeras. Ytterligare önskades att minnesutredningar dvs geriatriska konsultationer på läkarnivå (det som nu sänds till specialsjukvården) skulle kunna skötas lokalt.

3) *Hur anser du att hemrehabiliteringen och bedömningen ska ordnas i framtiden?*

Nuläge är att hemrehabiliteringen skall vara kostnadseffektivt och behovsbaserat. Bedömning / kartläggning kan ske i hälsofrämjande syfte. Intensivare hemrehabilitering skall ske enligt planerat och målinriktat. Både hemvården och anhöriga bör stöda funktionen med sina insatser enligt erhållna direktiv samt kunna konsultera andra sakkunniga vid behov. Således borde mera kunskap bland vårdare erhållas om geriatrisk rehabilitering, kinestetik, ergoterapi. I framtiden kunde verksamheten organiseras tillsammans med geriater. Samtidigt borde man mera satsa på anställning av rehabiliteringshandledare (toimintaterapeutit) inom varje kommun för både öppna vården och till serviceboenden. Dessa skulle ge med sin verksamhet en större insats i speciellt rehabilitering av dementa; kognitiv rehabilitering, minnesträning.

- 4) *Vilken uppgift t.ex. då det gäller bedömningen borde det geriatriska kunskapscentret koncentrera sig på? Vilka slags bedömningstjänster borde placeras i anslutning till kunskapscentret?*

Servicehandledning från första besöket, utredning av hälsan och funktionsförmågan, klargörande av service och vårdbehovet, hjälpmedelsbehov kartläggningen, läkemedelsuppdateringen, kännedom om geronteknologiska lösningar, RAI bedömningen som instrument, info om privata sektorns tjänster, tredje sektorn, möjlighet till servicehandledning/-info om aktuella saker. Samarbete över gränser inom social och hälsovården, uppföljning regelbundet för att klargöra fortsatt vård. Klienttillfredsställelse förfrågningar används regelbundet och värdering av dessa.

MALAX

Monika Björkqvist

- 1) *Vilka kompetenskrav för vårdpersonalen kommer enligt din bedömning att behövas inom hemvården i framtiden?*

Närvårdare, sjukskötare, rehabiliteringsnärvårdare, fysioterapeuter, ergoterapeut.

- 2) *Hur väl motsvarar nuvarande läkartjänster enligt din bedömning hemvårdens behov?*

- Klienter med hemservice och hemsjukvård har rätt god tillgång till läkartjänster vid akuta besvär. Konsultationer via hemsjukvård/läkare eller direkt till läkarmottagningen.
- Mindre resurser för uppföljningar, regelbundna genomgångar av t.ex pågående mediciner och hälsogranskningar.
- Avsaknad av kontinuitet i läkartjänster.

- 3) *Hur anser du att hemrehabiliteringen och bedömningen ska ordnas i framtiden?*

Efter rehabperiod på bäddavdelning -> bedömning och träning i hemmet innan insatser från hemservice sätts in. Förebyggande träning för att minska behovet av hemservice. Träningsinsatser sätts in i tid, innan klienterna blir "dåliga".

- 4) *Vilken uppgift t.ex. då det gäller bedömningen borde det geriatriska kunskapscentret koncentrera sig på? Vilka slags bedömningstjänster borde placeras i anslutning till kunskapscentret?*

Minnesrådgivning och stöd till minnessjukas anhöriga. Tjänster för äldre med psykisk sjukdom. Depressionsskötare. Rusmedelskoordinator. Krävande rehabilitering. "Kunskapsbank" för personal och övriga.

1) *Vilka kompetenskrav för vårdpersonalen kommer enligt din bedömning att behövas inom hemvården i framtiden?*

- Den största yrkesgruppen kommer säkert att vara närvårdarna och av dessa bör någon ha inriktning på rehabilitering.
- Likaså borde någon av närvårdarna stå till barnfamiljernas förfogande och ha en utbildning som motsvarar dylika arbetsuppgifter.
- Hemsjukvården skulle sköta de sjukvårdsuppgifter som inte kan delegeras till närvårdarna, och hemsjukvårdspersonalen ska ha sjukskötutbildning.
- Dessutom vore det idealiskt om hemvården hade tillgång till en fysioterapeut (ergoterapeut), åtminstone delvis. Fysioterapeuten kunde främst sköta förebyggande hembesök, kartläggning/planering av hemmets funktion och arbeta för att främja dessa, bedöma hjälpmedelsbehovet och handleda klienterna i användningen av hjälpmedlen. Fysioterapeuten kunde t.ex. ge speciell rehabilitering efter operation, anvisningar åt närvårdarna för individuell rehabilitering av klienter. Likaså kunde fysioterapeuten sköta uppföljningen och bedömningen av rehabiliteringen och sammanställa en rehabiliteringsplan och ge anvisningar åt närvårdarna angående daglig rehabilitering.

2) *Hur väl motsvarar nuvarande läkartjänster enligt din bedömning hemvårdens behov?*

- I Kaskö motsvarar de för närvarande inte behovet. En läkare borde kunna komma på hembesök vid behov och mottagningstid borde kunna erbjudas genast då den behövs, dessutom borde fortlöpande konsultationsmöjlighet garanteras.
- Läkaren borde också ha möjlighet att vid hembesök/mottagningsbesök sköta de regelbundna kontrollerna av hemvårdens klienter (så är inte fallet).

3) *Hur anser du att hemrehabiliteringen och bedömningen ska ordnas i framtiden?*

Se punkt 1.

4) *Vilken uppgift t.ex. då det gäller bedömningen borde det geriatriska kunskapscentret koncentrera sig på? Vilka slags bedömningstjänster borde placeras i anslutning till kunskapscentret?*

- Psykogeriatriska patienter och deras problem samt uppdatering av medicineringen och fortsatt bedömning.
- Fördjupa sig i demenspatienternas problem och kartlägga olika sätt att hjälpa.
- Problematiken då det gäller äldre med många sjukdomar / kombination av olika medicineringar osv.
- Rehabilitering i akuta skeden t.ex. vid fallolyckor / benbrott, symptom efter stroke osv.