

252017

KVALITETSREKOMMENDATION
FÖR ATT TRYGGA ETT BRA
ÅLDRANDE OCH FÖRBÄTTRA
SERVICEN 2017-2019

Sammanfattning

Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund har utfärdat kvalitetsrekommendationer om utveckling av servicen för äldre åren 2001, 2008 och 2013. Kvalitetsrekommendationen omarbetades år 2016 för att beakta förändringarna i styrningen och omvärlden samt målen i regeringsprogrammet och planen för de offentliga finanserna. Syftet med rekommendationen är i likhet med dess föregångare att stödja verkställandet av lagen om stödjande de av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (s.k. äldreomsorgslagen). Kvalitetsrekommendationen har utarbetats i en brett sammansatt arbetsgrupp. Experter har hörts under beredningen.

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

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

Kvalitetsrekommendationens centrala innehåll är följande:

1. Tillsammans tryggar vi en så funktionsduglig ålderdom som möjligt
2. Klient-/servicehandledningen i centrum
3. Kvalitet skapas av utförare
4. Åldersvänlig servicestruktur
5. Dra full nytta av tekniken.

Varje delområde innehåller särskilda rekommendationer. Särskild uppmärksamhet har fästs vid de kunskapsbaserad motiveringarna för de helheter som rekommenderas samt tillgängliga indikatorer med hjälp av vilka man systematiskt kan utvärdera genomförandet av rekommendationerna. Centrala begrepp har definierats.

Nyckelord: Åldrande, äldre, personal, kvalitet, service, servicestruktur, boendeservice, tjänster för äldre, äldreomsorg

Luonnos - Versio 02052017

Till läsaren

Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund har utfärdat kvalitetsrekommendationer om utveckling av servicen för äldre åren 2001, 2008 och 2013. Denna nya rekommendation som utfärdas år 2017 ersätter de tidigare. I likhet med sina föregångare är rekommendationen främst avsedd som stöd för kommunernas beslutsfattare och ledning i utvecklingen och utvärderingen av servicen. Gruppen som drar nytta av rekommendationerna är större och inkluderar många andra aktörer, till exempel producenter av social- och hälsojänster, yrkesutbildade inom branschen och aktörer inom tredje sektorn.

Syftet med rekommendationerna har redan från början varit att stödja kommunerna i förnyelsearbetet inom servicen för äldre och i beredskapen för förändringarna i befolkningsstrukturen och omvärlden. Genom sin historia har kvalitetsrekommendationerna uppmuntrat till förändring av servicestrukturen, till exempel att utveckla utbudet av tjänster som utförs i hemmet och deras innehåll och minska institutionsvården, samt säkerställa tillräcklig bemanning och personalens kompetens. Rekommendationen om åtgärder för att trygga en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt har blivit allt starkare ju längre åren gått på 2000-talet. Rekommenderade innehåll har också handlat om systematisk utvärdering, aktörernas samarbete, förstärkning av åldersvänliga attityder och hur man uppmuntrar äldre kommuninvånare att delta och påverka.

Målet har varit en socialt och ekonomiskt hållbar verksamhet. Detta innebär att båda hållbarhetsaspekterna ska beaktas när man söker de optimala metoderna för att genomföra rekommendationerna. Det som är bra rent ekonomiskt kan vara dåligt för den sociala hållbarheten. Analogt kan en dålig social utveckling med tiden märkbart äventyra den ekonomiska hållbarheten.

Styrningsmiljön förändrades väsentlig år 2013 när lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012) trädde i kraft. Många helheter som lyfts fram i tidigare kvalitetsrekommendationer har blivit en del av lagen. Därefter har rekommendationens roll varit att stödja verkställandet av lagen och i vissa delar precisera bestämmelserna så att styrningen blir tydlig och konkret. Lagen är alltså ett primärt styrmedel i förhållande till kvalitetsrekommendationen.

Den kvalitetsrekommendation som utfärdas år 2017 är omarbetad för att beakta förändringarna i styrningen och omvärlden samt målen i regeringsprogrammet och planen för de offentliga finanserna. I sina anvisningar för omarbetningen av kvalitetsrekommendationen har regeringen förutsatt att personaldimensioneringen harmoniseras så att offentliga och privata serviceproducenter omfattas av samma krav. Personal som medverkar i vården och omsorgen av äldre kommer att inräknas i personaldimensioneringen på flexibla grunder. Förändringen berör grunderna för dimensioneringen på alla nivåer. Vid regeringens rambudgetmöte våren 2017 preciserades skrivningen i regeringsprogrammet så att den preciserade personaldimensioneringen och den nya definitionen av inräknad personal förväntas ge besparingar på cirka 33,5 miljoner euro i de offentliga finanserna fram till utgången av 2019. Kvalitetsrekommendationen gäller till utgången av 2019.

En ny form av styrning jämte äldreomsorgslagen och kvalitetsrekommendationen är regeringens spetsprojekt: *Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla*

ålderskategorier förbättras. Projektet pågår 2016–2018 och genomför innehåll som finns i den omarbetade kvalitetsrekommendationen.

I dag är det viktigare än någonsin att systematiskt följa upp och utvärdera de rekommenderade helheterna. Därför anges centrala indikatorer för varje rekommenderad helhet. Till skillnad från genomförandet av den första kvalitetsrekommendationen i början av 2000-talet finns det nu en omfattande och regelbundet uppdaterad kunskapsbas för uppföljning av äldreomsorgslagen och kvalitetsrekommendationen.

I omarbetningen av rekommendationen har man tagit hänsyn till regeringens riktlinjer och fört ett brett resonemang om hur man kan inkludera andra arbetstagargrupper i vård- och omsorgspersonalen samt hur man beaktar teknik som till exempel ökar äldres trygghet och påverkar personalens arbetsmängd. Dessutom granskades tillsynsmyndigheternas särskilda krav på bl.a. stödpersonalen samt tillstånden för verksamheten.

Rekommendationen har utarbetats i en arbetsgrupp som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet. Experter har hörts under beredningen och det har getts tillfälle att kommentera rekommendationsutkastet på webbplatsen Dinasikt.fi. Vi vill rikta ett varmt tack till alla som har gett synpunkter om den nya kvalitetsrekommendationen i olika skeden av arbetet.

Social- och hälsovårdsministeriet

Finlands Kommunförbund

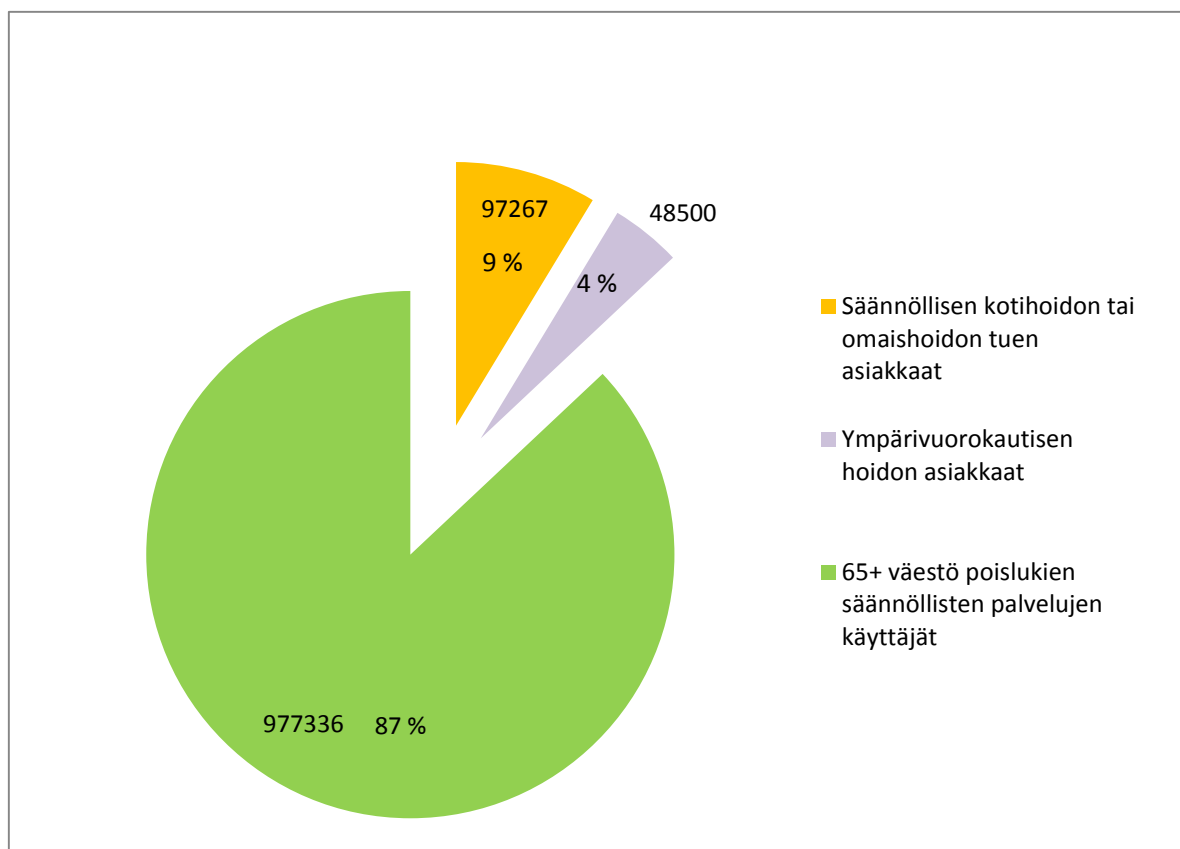
Målet är ett socialt och ekonomiskt hållbart system för tjänster till äldre

Ett socialt och ekonomiskt hållbart system innehåller både effektiva tjänster och åtgärder som tryggar en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt. Förnyelse förutsätter att vi förstår den demografiska förändringen av åldersstrukturen som fenomen och dess dimensioner. Förståelsen behöver öka i hela samhället så att det skapas lämplig beredskap för förändringen. Att trygga en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt hör till de viktigaste förberedande åtgärderna i det åldrande Finland. Tryggandet av en bra ålderdom förutsätter också strukturförändringar eftersom det inte är ekonomiskt hållbart att upprätthålla ett servicesystem av dagens typ. Framgångsrik förändring av servicestrukturen förutsätter innehållsmässig förnyelse av tjänsterna och kompetensutveckling för personer som arbetar med äldre.

Förnyelsen bygger på en samsyn om situationen – en gemensam lägesbild över vad som är målet, grunderna och hur förändringen genomförs. Det finns en stor mängd exakt kunskap som stöd för målformuleringen. Anordnaren av servicen måste kunna svara på följande frågor:

- är de nuvarande och planerade åtgärderna för att upprätthålla och förbättra äldres hälsa och funktionsförmåga tillräckligt effektiva?
- tillhandahålls rehabilitering i rätt tid?
- har utbudet av tjänster som utförs i hemmet visat sig vara effektivt?
- får hjälpende anhöriga och närstående tillräckligt stöd?

Den äldre befolkningen (65+) uppgår för närvarande till drygt en miljon.. Merparten av dem, nästan en miljon, klarar av vardagen på egen hand. Ungefär 150 000 använder tjänster regelbundet. Ungefär 95 000 får regelbundna tjänster som utförs i hemmet (regelbunden hemvård eller stöd för närståendevård). Drygt 50 000 får vård och omsorg dygnet runt någon annanstans än i en privatbostad (effektiverat serviceboende, ålderdomshem eller hälsocentralsjukhusets långtidsvård). (Figur 1.)



Figur 1. Användare av regelbundna tjänster / alla 65-åringar eller äldre år 2015.

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

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

Karttakuvio tulee tähän (tässä versiossa asiakirjan lopussa).

Figur 2. 75-åringar eller äldre (% av befolkningen) kommunvis år 2015 och prognos för år 2030.

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

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

Förändringen av servicestrukturen har stor betydelse för att trygga den ekonomiska hållbarheten. Tabell 1 visar kostnadsfördelningen i regelbundna tjänster för äldre 2015. Av kostnaderna gick 70 % till dygnetruntvård, 25 % till hemvård och 3 % till stöd för närståendevård. Totalt uppgick kostnaderna till 4,5 miljarder euro.

Tabell 1. Kostnaderna för vissa regelbundna tjänster för äldre på 2015 års nivå.

Tjänst	M € (brutto)
Hemservice & hemsjukvård	1 170
Vårdarvoden inom närståendevården	150
Vård/omsorg dygnet runt inkl. effektiverat serviceboende, ålderdomshem, hälsovårdscentralernas långtidsvård	2 896
Övriga (bl.a. dagverksamhet, familjevård)	304
Totalt	4 520

Källor: Statistikcentralen, THL,
Kommunsextetten

Rekommendationen lyfter fram fem temaområden för uppbyggnaden av ett socialt och ekonomiskt hållbart servicesystem:

1. Tillsammans tryggar vi en så funktionsduglig ålderdom som möjligt
2. Klient-/servicehandledningen i centrum
3. Kvalitet skapas av utförare
4. Åldersvänlig servicestruktur
5. Dra full nytta av tekniken.

Luonnos - Versio 02052017

REKOMMENDATIONER

Tillsammans tryggar vi en så funktionsduglig ålderdom som möjligt

Merparten av alla äldre klarar sig utan regelbundna social- och hälsotjänster. Många sjukdomar, framförallt minnessjukdomar, och begränsningar i funktionsförmågan blir dock vanligare med stigande ålder. Därmed innebär ett ökat antal personer i de äldsta åldersklasserna oundvikligen att behovet av service ökar. Ökningen av servicebehovet kan emellertid hejdas med målmedvetna beredskapsåtgärder.

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

Funktionsbegränsningarna och hjälpbehoven är störst hos människor i de äldsta åldersklasserna. Gruppen under 80 år har en bättre funktionsförmåga och upplevd hälsa jämfört med funktionsförmågans och hälsotillståndets utveckling i de äldre åldersgrupperna. Större delen av gruppen 90-åringar eller äldre har begränsningar i funktionsförmågan. Funktionsbegränsningarna är ojämnt fördelade i befolkningen: socioekonomiska skillnader påverkar även äldre. Flest problem med funktionsförmågan har lågutbildade, kroppsarbetare och låginkomsttagare.

Bestämmelser om tjänster som främjar de äldres välbefinnande finns i [lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre](#) (980/2012; 12 §). Nedanstående rekommendationer konkretiserar bestämmelsens innehåll.

Rekommendation 1.

Kommunen ska stödja den äldre befolkningens hälsa och funktionsförmåga genom olika åtgärder som förstärker a) de äldres självständiga aktiviteter, b) de gemensamma insatserna av olika aktörer (organisationer, företag, och församlingar samt råd/paneler för äldre, medborgare, klienter/närståendevårdare) och c) samarbetet mellan kommunens olika verksamhetsområden för att främja välbefinnandet

- förbättra tillgången till och tillgängligheten för näridrottsplatser samt förstärka motionsrådgivningen med låg tröskel
- förstärka hälsofrämjande och inkluderande gruppverksamhet.

Rekommendation 2.

Kommunen och framöver även landskapet ska stödja dokumenterat effektiva interventioner – såsom ökad motion, kostrådgivning, förebyggande av fall, förbättring av vaccinationstäckningen – för att främja den äldre befolkningens hälsa och funktionsförmåga.

Rekommendation 3.

Kommunen och framöver även landskapet ska inkludera riktade åtgärder för riskgrupper i sitt serviceutbud. Behovet av tjänster kan förebyggas eller minskas genom att man påverkar riskerna. Följande faktorer ökar risken för nedsatt funktionsförmåga:

- benägenhet till fallolyckor m.fl. olyckor och benfrakturer
- minskad vistelse utomhus och problem att röra sig, balansproblem och minskad muskelkraft,
- avvikelser i näringstillståndet, viktnedgång,
- tecken på skörhet hos äldre (hauraus-raihnaus-oireyhtymä på finska), till exempel muskelförtvinning, magerhet och långsamma rörelser,

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

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

Klient- och servicehandledningen i centrum

Det centrala i klient- och servicehandlingen är principen om ett enda serviceställe. Klienten behöver inte själv veta vilken tjänst som ska sökas eller var ansökan ska göras, en kontakt räcker för att reda ut situationen. Klienten får också råd om egen aktivitet, bl.a. föreningsverksamhet, som kan vara en lösning (kamratgrupper, stödgrupper för närståendevårdare m.m.) och stöd för ansökningar om olika typer av stöd. Syftet med centraliserad klient- och servicehandledning är att underlätta ansökningar om stöd och tjänster samt öka smidigheten i fördelningen av tjänster enligt klienternas bedömda servicebehov. Målet med centraliserad klient- och servicehandledning är att synliggöra a) verksamheter i organisationer, tjänster som produceras och stöd som beviljas av andra sektorer i kommunerna, social- och hälsovårdens stöd och tjänster och privata företags tjänster som är tillgängliga inom området, b) kriterierna för beviljande av offentliga social- och hälsojänster samt att c) säkerställa och följa upp utförandet av beviljade tjänster. Centraliserad klient- och servicehandledning utvecklas som en del av spetsprojektet för hemvård för äldre och närståendevård för alla ålderskategorier åren 2016–2018^{1 2}.

Om det framgår att den äldre behöver stöd eller service, utreds servicebehovet multiprofessionellt med tillförlitliga metoder och utifrån detta fattas beslut om stöd och/eller tjänster som eventuellt behövs. Den som söker stöd/service kan komma till den centrala klient-/servicehandlingen via flera kanaler: på eget eller anhörigas initiativ, kontakter som tas av social- och hälsovårdspersonal, grannar eller myndigheter.

Klient- och servicehandlingen har ett nära samarbete med organisationer, församlingar, andra kommunsektorer, såsom idrott, kultur, bildningsväsende, boende, och serviceproducenter inom primärvård, socialvård, rehabilitering och specialiserad sjukvård med beaktande av olika övergångars (från hemmet till tjänsterna, hem efter tjänsten, från tjänst till tjänst) kritiska betydelse för äldre. Framförallt minnes- och multisjuka, mental- och missbruksvårdens klienter, äldre med handikapp och krigsveteraner utgör viktiga klientgrupper som gynnas av att tjänsterna koordineras. Grupperingen av klienter och en målinriktad ledning av klientgruppernas servicehelheter säkerställer en smidig och ekonomisk servicehelhet som hjälper äldre att klara sig i vardagen.

¹ Spetsprojekt: Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3823-6>

² Spetsprojekt: Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras 2016–2018. Utlysning. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3816-8>

Centraliserad servicehandling stöds och följs upp via gemensamma nyckeltal och indikatorer som beskriver vårdprocesser, informationsförmedling och synliggör servicehandledarnas beslut samt beslutens jämförbarhet och kostnader. Klient- och patientinformationens tillgänglighet och ledningssystemen är centrala verktyg i servicehandledningen.

Bestämmelser om centraliserad klient- och servicehandledning finns inte i gällande lagstiftning. Regeringens spetsprojekt för att utveckla hemvården och förbättra närståendevården för alla ålderskategorier inkluderar försöksverksamhet i tre landskap. Eventuella författningsberedningsbehov kommer fram bl.a. när lagberedningen av vårdreformen och valfriheten fortskrider samt via försöksverksamheten.

Rekommendation 1.

Klient- och servicehandledningen ordnas enligt följande principer

- låg tröskel – en kontakt sätter igång processen
- enkelt att ta kontakt: telefon, e-post, besök
- omfattande stöd- och servicenätverk av producenter, information om nätverket tillgänglig för alla på elektronisk väg
- möjlighet att sköta ärenden elektroniskt
- tjänsterna produceras i huvudsak nära klienten

Rekommendation 2.

Centraliserad klient- och servicehandledning ordnas multiprofessionellt i landskapet/regionen, däribland

- rådgivning och handledning, koordinering av beviljade tjänster, uppföljning av kvalitet och utförande
- servicebehovet bedöms med tillförlitliga, enhetliga och jämförbara metoder, olika yrkesutbildades kompetens utnyttjas
- en kombinerad vård-, service- och/eller rehabiliteringsplan uppgörs med klienten, anhöriga och deltagande serviceproducenter
- besluten om service fattas utifrån enhetliga kriterier för klienternas servicebehov
- klienternas möjligheter till delaktighet och stöd i sina val tryggas

Koordinering av klienternas stöd och tjänster förutsätter brett samarbete mellan olika aktörer framförallt när klienten använder stöd och tjänster i stor omfattning.

Kvalitet skapas av utförare

Kompetent personal i tillräckligt antal är en nödvändig förutsättning för att säkerställa en trygg och kvalitativ service för äldre. Dessutom har detta en stor betydelse med tanke på personalens arbetshälsa, arbetssäkerhet, rättssäkerhet och permanens. Forskning har visat att vid sidan av personalantalet har i synnerhet kompetens, förmågan att rikta kompetensen rätt och kompetent närledarskap ett samband med vårdens kvalitet och effektivitet. Personalens yrkesetik samt social- och hälsovårdens gemensamma värden skapar grunden för en trygg och kvalitativ service. Eftersom äldre använder många olika social- och hälsojourer måste social- och primärvården och den specialiserade sjukvården säkerställa tillräcklig geriatrisk och gerontologisk kompetens och konsultationsmöjligheter. Kompetens, förmågan att rikta kompetensen rätt och kompetent närledarskap säkerställer att de äldre klienterna får vård och omsorg i enlighet med utredda behov och ökar klient-/patientsäkerheten.

Planeringen av hur personalresurserna (antal och kompetens) fördelas utgår från klienternas fysiska, kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmåga samt övriga behov, exempelvis andliga. Här är det viktigt att beakta gällande lagstiftning, övrig styrning och kraven på verksamhetens kvalitet och effekt – vad är målet med vården och servicen.

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

Vid planeringen och bedömningen av personalantalet beaktas följande faktorer:

1. Klienternas funktionsförmåga och behov av hjälp:
 - klienternas behov av service och egen uppfattning om vilka tjänster som behövs,
 - klienternas behov av hjälp, som utreds med hjälp av en omfattande bedömning av servicebehovet,
 - antalet klienter som kräver specialkompetens, till exempel minnessjuka med beteendestörningar, äldrepsykiatriska klienter och klienter inom terminalvården,
 - klienternas rätt till tillräckliga social- och hälsojourer enligt behov,
 - bestående långvariga vårdarrangemang
 - terminalvård och beredskap för den.
2. Servicestrukturen, produktionen av och tillgången till service:
 - strategiska riktlinjer om servicens kvalitet och allokering i kommunen eller inom samarbetsområdet,
 - formerna för serviceproduktion (produktion i egen regi, köpta tjänster, servicesedlar,
 - tillgänglighet (närjourer, centraliserade tjänster),
3. Faktorer som gäller personalen och organiseringen av arbetet:
 - personalens möjlighet att erbjuda klienterna tjänster som är ändamålsenliga med tanke på kvalitet och effekter,
 - utbildnings- och uppgiftsstrukturen (till exempel huruvida stödtjänster ingår i arbetet eller bör införskaffas separat) och kompetensen hos anställda som deltar i klientarbetet samt fullt utnyttjande av kompetensen,
 - verksamhetens organisering och genomförande, till exempel beaktande av klienternas behov av hjälp när arbetsskiften planeras (till exempel genom gradering av arbetstiden) och möjlighet till gemensam användning av personal (till exempel vikarier),

- effekterna av enhetens serviceutbud, till exempel korttidsvård i rehabiliteringssyfte eller dagverksamhet,
- hur personalen räcker till i exceptionella situationer, till exempel vid vård i livets slutskede,
- säker läkemedelsbehandling – en närvårdare som åtminstone fått utbildning i läkemedelsbehandling ska ansvara för enhetens läkemedelsbehandling under skiftet,
- nyckeltal som beskriver personalens arbetshälsa, till exempel kort och lång sjukfrånvaro och personalomsättning,
- miljöfaktorer, till exempel verksamhetsenhetens storlek, strukturella funktionsduglighet och säkerhet (verksamhetsenheter för dygnetruntvård) och avståndet inom kommunen (tjänster utförda i hemmet),
- tillgänglig teknologi och geroteknologi, verksamhetens logistik, hur moderna och lämpliga lokalerna är.

4. Enhetlig styrning, tillsyn och uppföljning av offentliga och privata serviceproducenter.

I lagarna om [stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre](#) (980/2012) och om [privat socialservice](#) (922/2011) föreskrivs om [personalantalet](#) (20 §/4 §) och [ledningen](#) (21 §/5 §). Nedanstående rekommendationer preciserar innehållet i ovannämnda bestämmelser.

Rekommendation 1.

Personalantalet och kompetensen ska bedömas och fördelas flexibelt enligt klientstrukturen med beaktande av

- förändringar i klienternas servicebehov, såsom plötsliga förändringar i hälsotillstånd, förändringar i funktionsförmåga, förestående bortgång
- målen för kvalitet och säkerhet i planen för egenkontroll
- klienternas och närståendes erfarenheter av tjänstens kvalitet
- nyckeltal som beskriver personalens välbefinnande, såsom arbetstillfredsställelse och sjukfrånvaro
- möjligheterna att utnyttja teknik som förbättrar bl.a. boendes säkerhet, funktionsförmåga och smidigheten i verksamheten.

Rekommendation 2.

Minimibehovet av hemvårdspersonal fastställs genom den direkta klienttid som personalen har till sitt förfogande (i timmar³) för att utföra beviljade tjänster (timmar) för äldre.

Den realiserade⁴ nivån för personaldimensioneringen på verksamhetsenheter i effektiverat serviceboende ska vara minst 0,50.

- I personaldimensioneringen inräknas personal som deltar i direkt vård av klienter: sjukskötare och hälsovårdare, geronomer, fysio- och ergoterapeuter, närvårdare och primärskötare, socialsektorns handledare och pedagoger, socionomer YH,

³ Beräkningsexempel: Den teoretiska arbetstiden för en arbetstagare beräknad enligt KVTES är cirka 1 990 timmar per år, varav man drar av semester, helgdagar, lagstadgad fortbildning. Då återstår cirka 1 500 timmar. Den tillgängliga arbetstiden minskar ytterligare genom bland annat sjukfrånvaro. Om man i planeringsanvisningarna beslutar att 60 procent av arbetstiden ska användas som direkt klienttid innebär det att den direkta tid som den anställda har för klienterna i genomsnitt är cirka 900 timmar/anställd/år.

⁴ Med rekommenderad miniminivå för personaldimensioneringen avses en realiserad nivå där frånvarande arbetstagare ersätts med vikarier. Den realiserade personaldimensioneringen kan till exempel bedömas genom att man tittar på den realiserade arbetstiden (timmar) under minst en vecka omräknat till nyckeltalet personal/klient. Se beräkningsexemplet i bilaga 3.

hemhjälpare/assistenter och hemvårdare, omsorgsassistenter, handledare för stimulerande verksamhet (och motsvarande yrkesutbildade som deltar i upprätthållandet av klientens sociala funktionsförmåga), verksamhetsenheternas ansvariga, såsom avdelningsskötare. Ovanstående gäller med följande begränsningar:

- fysio- och ergoterapeuter endast för sitt deltagande i direkt klientarbete på verksamhetsenheten
- verksamhetsenhetens ansvariga endast för sitt deltagande i direkt klientarbete
- vård- och anstaltsbiträden endast för sitt deltagande i direkt klientarbete; kan inte vara ensamma på skiftet eller ansvara för medicinering
- läroavtalsutbildade när 2/3 av studierna har genomförts, övriga studerande inom social- och hälsovård (i anställningsförhållande, ej arbetspraktik) när personen har skaffat sig tillräcklig kompetens för uppgiften genom studierna
- omsorgsassistenter och handledare för stimulerande verksamhet kan inte vara ensamma på skiftet eller ansvara för medicinering.

Rekommendation 3.

Den direkta klienttiden på verksamhetsenheter för hemmaboende och effektiverat serviceboende ska öka genom att arbetssätten förnyas.

Rekommendation 4.

Vid ledningen av personalens arbete ska man

- främja klientorienteringen så att klienternas och närståendes upplevelse tjänstens kvalitet förbättras
- främja klient-/patientsäkerheten så att framförallt
 - felbehandling i fråga om läkemedel minskar
 - säkerheten förbättras via systematiskt ökad användning av teknik
- multiprofessionell expertis främjas så att klienternas behov kan tillgodoses genom utnyttjande av ändamålsenlig kunskap om vård- och socialarbete, medicin, rehabilitering och annan ändamålsenlig kunskap
- främja personalens trivsel, engagemang, motivation och välbefinnande i arbetet så att framförallt sjukfrånvaron och personalomsättningen minskar
- säkerställa personalens kompetens så att personalen kontinuerligt utvecklar sin kompetens och använder dokumenterat effektiva arbetsmetoder
- se till att egenkontrollen utförs systematiskt och
- verka för bättre produktivitet och effektivitet i arbetet.

Rekommendation 5.

Styrningen, tillsynen och uppföljningen av offentliga och privata serviceproducenters personaldimensionering sker på samma grunder:

- när en privat verksamhetsenhet startas slopas det (numeriska) personaldimensioneringskrav som bundits till tidpunkten för beviljandet av tillstånd
- tillsynsmyndighetens särskilda dimensioneringskrav på 0,1 stödpersonal slopas för privata och offentliga serviceproducenter.

Åldersvänlig servicestruktur kombinerar boende och service på nytt sätt

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

1. trygga lagstadgade social- och hälsovårdstjänster som systematiskt stöder den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand (särskilt 5 § och 12 § i äldreomsorgslagen) och förstärka deras andel i servicestrukturen.
2. Främja den äldre befolkningens möjligheter att bo kvar hemma (14 § i äldreomsorgslagen) genom att förnya utbudet av tjänster som utförs i hemmet utifrån klienternas behov av stöd och service, framförallt inom rehabiliterings-, akutvårds- och hemsjukhustjänster.
3. stödja dem som vårdar anhöriga/närstående

Målet med samtidig utveckling av boende och service är att öka

- hela den äldre befolkningens medvetenhet om vikten av framförhållning i boendet samt möjligheter att välja boende med tanke på kommande behov
- möjligheterna för klienter som behöver vård och omsorg dygnet runt att leva och bo i en hemtrevlig miljö där den vård och omsorg som behövs är tryggad.

Lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012) föreskriver om servicestrukturen (14 och 14 a §). Nedanstående rekommendationer konkretiserar bestämmelsens innehåll.

Rekommendation 1.

Servicestrukturen och serviceutbudet ska planeras utifrån behoven hos invånarna i kommunen/området och som en enhetlig, integrerad helhet med beaktande av

- befolkningens åldersstruktur och -prognos,
- funktionsförmågans utveckling hos personer som är över 75/80 år,
- faktorer som medför ett stort behov av service, såsom prevalensen av progressiva minnessjukdomar
- den äldre befolkningens ekonomiska ställning, med särskilt uppmärksammande av antalet äldre låginkomsttagare och hur situationen ser ut att utvecklas,
- den äldre befolkningens boendeförhållanden och livsmiljö (tillgänglighet, trygghet),
- den äldre befolkningens språkliga behov och (kulturskillnader).

De grupper bland den äldre befolkningen som har störst behov av service ska identifieras på ett enhetligt sätt. Servicestrukturen för och servicen som riktas till dessa befolkningsgrupper ska följas upp separat.

Framförallt bör man utveckla

- aktiviteter och tjänster som tryggar en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt,
- alternativ, framförhållning och beredskap för boendet som en del av rådgivnings- och handledningstjänsterna,
- rehabilitering,
- hemvårdens volym och innehåll,
- utbudet av tjänster som ges i hemmet så att rehabiliteringstjänster, läkarkonsultationer, hemsjukhustjänster och akutvårdens jourtjänster som utförs i hemmet är tillgängliga,
- utskrivningstjänster och
- närstående- och familjevård.

Rekommendation 2.

Äldres behov ska beaktas när renovering av bostadsbeståndet främjas och i planeringen och underhållet av boendemiljöer. Boendemiljöer ska utvecklas så att de blir tillgängliga, trygga

och stöder både samhörighet och delaktighet. Detta förutsätter samarbete mellan olika verksamhetsområden.

När lösningar för boende och service planeras ska man följa normalitetsprincipen så att äldres bostäder så ofta som möjligt finns i det vanliga bostadsbeståndet. Dessutom ska man även utveckla nya typer av tillgängliga boendelösningar som främjar samhörighet, trygghet och självbestämmande samt beaktar förändringar i funktionsförmågan så att boende och service kan samordnas på ett fungerande sätt. Dessa lösningar ska anpassas för lokala förhållanden.

Dra full nytta av tekniken!

I utkastet till statsrådets principbeslut om automation och robotik föreslås en betydligt ökad användning robotik och automation på alla verksamhetsområden till år 2020. Dessutom konstateras att Finland har betydande utmaningar i att utveckla robotiken och dra nytta av den men även styrkor som kan bidra till betydligt fler framgångar på dessa områden jämfört med i dag. Robotiseringen kan skapa helt nya möjligheter i boendet och servicen för äldre. Automatik och robotik kan användas i delar av klienternas egenvård, stödet för närståendevårdare samt personalens arbetsuppgifter och administrativa och organisatoriska uppgifter. Användningen av robotik och automatik bör utgå från att man stöder och ökar äldres självbestämmanderätt och egen aktivitet, förbättrar tjänsterna samt utvecklar och förstärker personalens arbete.

Teknik för boende och kontakter

Äldre kan lättare bo kvar hemma med hjälp av till exempel smart husteknik. Här avses bl.a. spis- och kylskåpsvakter, brandvarnare, utrustning för larm när dörrar och fönster står öppna samt larm som automatiskt kallar på hjälp. Tekniken ökar möjligheterna till nya typer av kontakter mellan den äldre och närstående samt andra parter som ger vård och service.

Multifunktionella hemhjälsrobotar och andra tekniska tillämpningar kan framöver förlänga den tid som äldre och funktionshindrade bor kvar hemma. Det finns exempelvis tekniska tillämpningar för att ta kontakt med hälsovårdens enheter eller anhöriga eller tillämpningar som kan stödja rörlighet. Användningen av armband, mattor och andra tillämpningar som följer upp livsfunktioner ökar.

Teknik som stöder tjänster för äldre

Det har uppskattats att cirka 20 procent av sjukskötarens och närvårdarnas arbetsuppgifter inom några år skulle kunna ersättas med redan existerande robotik- och automatiktillämpningar. Investerings- och driftkostnaderna för tekniska lösningar kan vara stora i början men nyttan realiseras med tiden och minskar det kvantitativa personalbehovet. Framförallt robotik kan användas för att ersätta indirekt vårdarbete, såsom flyttning av tillbehör och utrustning, måltidstransporter och viss läkemedelsbehandling. Maskinell dosdispensering minskar felbehandlingen i fråga om läkemedel samt svinnet när klienternas läkemedel uppdelas för t.ex. en veckas behov. Utveckling av kompatibla datasystem spelar en central roll i utnyttjandet av tekniken.

Vårdpersonalens arbetstid och -belastning kan reduceras genom robotar som exempelvis hjälper till vid lyft och flytt av klienten eller då klienten förflyttar sig själv. Nya typer av beprövade verksamhetsmodeller inom exempelvis kinesiologi ökar klienternas egen rörlighet och stöder personalens arbete. Äldres kognitiva förmågor, egen aktivitet, självständighet och

integritet kan öka och förbättras med hjälp av robotik. Redan nu används olika typer av interaktiva, sällskaps- och terapirobotar.

Robotiken kan också utnyttjas i administrativa uppgifter. Schemaplanering är ett exempel på en ganska tidskrävande aktivitet som även kan skötas med hjälp av robotisering. När teknik införs ska man säkerställa att äldre, anhöriga och personal får stöd, handledning och rådgivning i tillräcklig omfattning.

Rekommendation 1.

Robotiseringens möjligheter ska utnyttjas bredare än i dag för att öka klienternas välfärd och trygghet samt omfördela eller ersätta personalens arbetstid.

- Tekniska lösningar som ökar klienternas välfärd handlar bland annat om tillämpningar som aktiverar den sociala funktionsförmågan, terapirobotar, påminnelsearmband för läkemedel, videokonferenser, välfärds-tv och många typer av lösningar som underlättar vardagen och rörligheten.
- Tekniska lösningar som ökar klienternas trygghet handlar om armband för säkerhet och övervakning av livsfunktioner, rörelsedetektorer eller golv som vid behov larmar personal eller anhöriga till platsen.

Rekommendation 2.

Den maskinella dosdispensering⁵en på verksamhetsenheter för hem- och dygnetruntvård måste öka för att förbättra läkemedelssäkerheten, minska läkemedelssvinnet och omfördela eller ersätta personalens arbetstid. Yrkesutbildade måste dock ansvara för läkemedelsbehandlingen. Medicineringens effekter ska bedömas kontinuerligt och dess lämplighet minst halvårsvis.

Rekommendation 3.

Ledningssystem som bidrar till att arbetstid omfördelas till klientarbete framförallt i hemvården ska utnyttjas för att effektivisera ledningsarbetet. Det finns också tillämpningar för olika administrativa rutinuppgifter, till exempel schemaplanering, som frigör arbetstid till strategiskt viktigare mål.

⁵ Social- och hälsovårdsministeriet, Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet, Institutet för hälsa och välfärd, FPA. Lääkkeiden potilaskohtaisen annosjakelun hyvät toimetatavat. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2016:1

Bedömning av rekommendationens konsekvenser för äldre samt kostnadseffekter

Bedömning av rekommendationens konsekvenser för människor

Rekommendationerna har prognostiserade välfärds- och hälsoeffekter för äldre, deras anhöriga och personalen inom tjänster för äldre.

Äldre kan förväntas få mera stöd och möjligheter att delta för främjande av en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt och för att påverka den egna funktionsförmågan. Stöd, styrning och service som gäller äldre bygger på en bred och heltäckande bedömning av servicebehoven. Tjänsterna upprätthåller och ökar funktionsförmågan och rehabiliteringen i alla miljöer: i hemmet, servicehuset eller andra verksamhetsenheter som tillhandahåller dygnetruntvård.

Evidensbaserade modeller, gerotekniska och digitala lösningar och robotisering används som stöd för personalen och ledningen i tjänster för äldre. Dessa metoder förändrar personalen traditionella arbetsbeskrivning och ger äldre ökade möjligheter att klara sig själv såväl i hemmet och närmiljön som på enheter för dygnetruntvård.

Olika lösningar för boende, samhällsplanering och service möjliggör att äldre kan bo kvar hemma längre än i dag.

Konsekvenserna för människorna följs upp genom olika studier och statistik samt klienternas, anhörigas och personalens erfarenheter.

Bedömning av kostnadseffekter

Indikatorer och material som används och behövs för bedömning av genomförandet av kvalitetsrekommendationen beskrivs i bilaga 2. Dessa uppgifter och indikatorer utnyttjas i bedömningen av kostnadseffekterna. Kvalitetsrekommendationen inkluderar även rekommendationer som inte har besparingspotential på kort sikt. Men det finns också rekommendationer som kan ge besparingar på kort sikt.

Tillsammans tryggar vi en så funktionsduglig ålderdom som möjligt

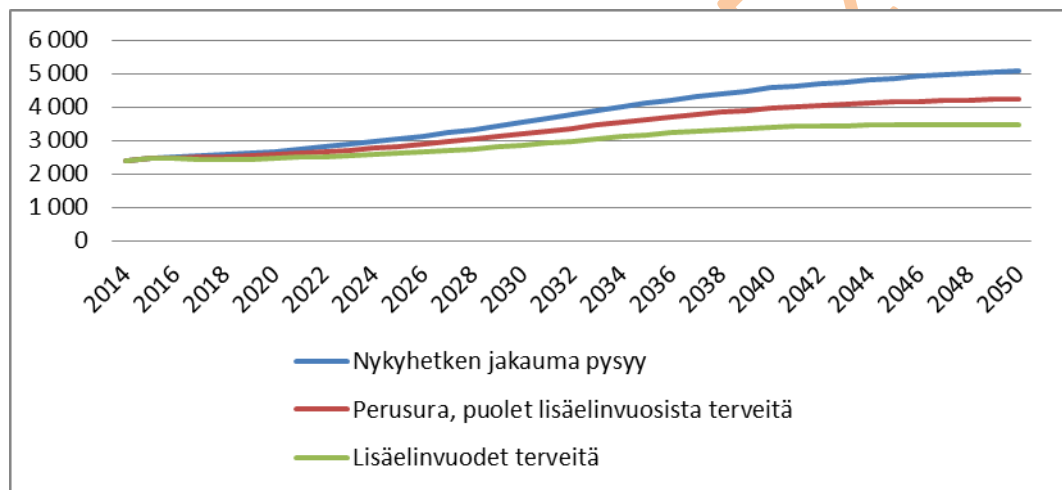
Rekommendationens metoder för att främja hälsa och funktionsförmåga, samarbete och fokusering på riskgrupper har i studier visats ha både effekt och kostnadspåverkan. När sådan evidensbaserad verksamhet införs kommer kostnadsökningen att hejdas bl.a. genom att behovet av dygnetruntvård förebyggs. Kostnadseffekten av ett friskare och funktionsdugligare åldrande realiserar på längre sikt och syns ännu inte i ett tidsperspektiv fram till år 2019.

Figur 1 visar ett scenario över kostnaden för dygnetruntvård med olika antaganden. Beräkningens kostnadsdata för 2014 kommer från THL:s rapport om hälsovårdens utgifter och finansiering. Kostnaderna för serviceboende dygnet runt har bedömts utifrån rapportens data. Underlaget är de sex största städernas detaljerade uppgifter om kostnadsfördelningen i tjänster för äldre. I beräkningen tillämpas denna fördelning på hela landet. Kostnadsökningen

har beräknats med SHM:s prognosmodell för socialutgifter, som beaktar befolkningstillväxten. Modellen ligger till grund för tre scenarier över servicebehovet hos den äldre befolkningen. I det första scenariot antas att dagens servicebehov per åldersgrupp är konstant. Därmed ökar kostnaderna när befolkningen åldras. Det andra scenariot utgår från att hälften av de beräknade extra levnadsåren (ökning av förväntad livslängd) är friska. Det tredje scenariot utgår från att alla extra levnadsår är friska, så att en ökning av den förväntade livslängden inte förlänger tiden som tillbringas i vård under de sista åren i livet. Alla scenarier utgår från att kostnadsnivån är den samma som år 2014.

Scenarierna visar att kostnaderna för dygnetruntvården fördubblas fram till år 2050. Kostnaderna ökar långsammare om servicebehovet kan reduceras, dvs. om hälften av de extra levnadsåren är friska. Om alla extra levnadsår är friska blir kostnadsökningen ännu måttligare.

Besparingspotentialen på kort sikt fram till 2019 har inte bedömts för rekommendationerna i denna helhet.



Figur 1. Utgifter (M€) för dygnetruntvård med olika antaganden om servicebehovens utveckling. Projektion till år 2050.

Klient- och servicehandledningen i centrum

Det finns erfarenheter av klient-/servicehandledning från flera kommuner. Handledningen har visat sig vara ett av de effektivaste sätten att främja äldres möjligheter att få information om förebyggande åtgärder, organisationers, företags, församlingars m.fl. verksamhet samt stöd och tjänster. Ur anordnarens synpunkt har serviceprocessen blivit flexiblare framförallt för klienter som använder tjänster och stöd i stor omfattning och i denna del har kostnadsökningen hejdats. Det är mycket viktigt att identifiera klientgrupper som använder tjänster i stor omfattning och genererar merparten av kostnaderna). Således kan en väl fungerande klient- och servicehandledning ge stora besparingar när den hjälpsökande styrs till gängse stöd eller service: alla behöver dock inte social- och hälso-tjänster, många kan finna hjälp i organisationernas verksamheter (t.ex. Vänkretsen/Ystäväpiiri för äldre som lider av ensamhet). Upp till 80 % av hjälpsökande har inte behövt stöd i form av social- och hälsovård (case Uleåborg).

Det finns ännu inte sammanställda data om klient- och servicehandlingen på riksnivå. Därför måste genomförandet bedömas med hjälp av separat datainsamling och i tillämpliga delar

genom att man utnyttjar lokala ledningssystem. Därför är kunskapsbasen för bedömning av kostnadseffekterna fortfarande under uppbyggnad. Spetsprojektet kring hemvård för äldre och närståendevård innehåller försök med en central modell för klient- och servicehandledning. Uppföljningsdata om modellen erhålls 2017 och 2018. *Därför har **besparingspotentialen inte bedömts för rekommendationerna i denna helhet.***

Besparingspotential

Kvalitet skapas av utförare

Besparingspotential finns framförallt i de följande rekommendationerna. Effektivare ledarskap kan bidra till att sjukfrånvaron minskar. Närmaste chef har en viktig roll när det gäller att trygga personalens välbefinnande, såsom att påverka sjukfrånvaron. Det finns entydiga vetenskapliga belägg för detta. Personalen i hem- och dygnetruntvård har i snitt 25 sjukfrånvarodagar per år. Starkt ledarskap och tidigt ingripande vid förändringar i personalens arbetsförmåga utgör sätt att minska personalens sjukfrånvaro (framförallt frånvaro via egen anmälan). Besparingspotentialen kan bli betydande, om sjukfrånvaron kan minskas med en dag eller flera.

Dra full nytta av tekniken

Teknik kan utnyttjas på flera sätt i tjänster för äldre. Maskinell dosdispensering ökar klienternas läkemedelssäkerhet framförallt om man samtidigt gör en kontroll av klienternas hela medicinering. När den arbetstid som krävs för dispensering i fortsättningen beaktas som en minskning av personalbehovet kan detta ge besparingar. Klienternas och personalens trygghet ökar när olika typer av säkerhetsteknik används. Om säkerhetstekniken faktiskt leder till minskat arbetstidsbehov kan besparingspotentialen vara stor.

Beräknade besparingar fram till utgången av år 2019

Kvalitet skapas av utförare

Personalkostnaderna utgör den största kostnadsposten i tjänster för äldre. Det finns en unikt stor kunskapsbas om personalantalet och uppgiftsstrukturen genom den noggranna uppföljningen i samband med uppföljningen av verkställandet av den s.k. äldreomsorgslagen åren 2013, 2014 och 2016. Personalstrukturen diversifieras genom att personalgrupper (t.ex. handledare för stimulerande verksamhet) som stöder social funktionsförmåga inräknas i personaldimensioneringen.

Personalstrukturen förändras så att antalet omsorgsassistenterna i personalen ökar och hela deras arbetstid beaktas vid beräkningen av personaldimensioneringen. Hela arbetstiden för vård- och anstaltsbiträden beaktas i personaldimensioneringen. Dessa förändringar ökar besparingspotentialen, om personalantalet är oförändrat. För att kunna öka antalet omsorgsassistenterna behöver den ettåriga sysselsättningsutbildningen för omsorgsassistenterna komma igång omedelbart på både finska och svenska (ansvarigt ministerium ANM).

Besparingar bedöms komma från att det särskilda dimensioneringskravet på 0,1 stödpersonal slopas i samband med harmoniseringen av statusen och tillsynen för privata och offentliga

serviceproducenter liksom från att den bindande numeriska personaldimensioneringsnivån slopas i tillstånden när verksamheten startar⁶.

Kostnadsminskningen inom privat serviceproduktion kan komma anordnaren/upphandlaren till godo genom förhandlingar om upphandlingskontrakten och ändring av tillsynen och redan beviljade tillstånd.

Ovanstående åtgärder har en total besparingspotential på 33,5 miljoner euro, som kan realiseras fram till år 2019.

Luonnos - Versio 02052017

⁶ Den realiserade personaldimensioneringen i effektiverat serviceboende år 2014 var i snitt 0,64 på privata enheter och 0,61 på offentliga enheter. Båda serviceformerna har en mycket likartad klientstruktur. När det högre inledande dimensioneringskravet slopas för enheterna kommer medelvärdena för personaldimensioneringen att närma sig varandra.

Centrala begrepp

Klient- och servicehandledning

Klient- och servicehandledningen är en central del av servicehelheten för äldre. Målet är att underlätta livet för klienter som söker råd, hjälp, stöd och tjänster samt att koordinera och öka smidigheten i fördelningen av tjänster enligt klienternas bedömda servicebehov.

Ur klientens perspektiv är de centrala principerna i servicehandlingen en låg tröskel, tillgänglighet 24/7, enkel kontakt och likvärdighet. Ett typiskt arbetssätt i servicehandledning är nätverk. Handledningen sker i samarbete med olika aktörers yrkesutbildade samt anhöriga.

Automatik (och robotik)

Avser interaktiva och smarta tekniska lösningar som samlar in, lagrar och producerar data.

Etiska principer

Social- och hälsovårdens etiska utgångspunkt är att respektera klienternas och patienternas grundläggande rättigheter, värdera självbestämmandet och rätten att göra egna val samt ett likvärdigt och jämbördigt bemötande (ETENE, 2011).

Förhandsbedömning

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

Tillgänglighet

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

Geroteknik

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

Personaldimensionering i effektiverat serviceboende

- Med personaldimensionering avses ett kalkylerat relationstal mellan personalen och klienterna eller (patienterna) som behöver vård. Om det vid en enhet arbetar exempelvis 20 vårdanställda och det totala antalet klienter är 40, är det kalkylerade relationstalet mellan personalen och klienterna 20/40, det vill säga 0,5.
- Realiserad personaldimensionering är en dimensionering där de frånvarande arbetstagarnas andel ersatts med vikarier. Den realiserade personaldimensioneringen kan till exempel bedömas genom att man tittar på den realiserade arbetstiden (timmar) under minst en vecka omräknat till nyckeltalet personal/klient.

Personaldimensionering inom hemvården

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

Åldrad befolkning

Med åldrad befolkning avses befolkning i en ålder som berättigar till ålderspension

Äldre person

Med äldre person en person vars fysiska, kognitiva, psykiska eller sociala funktionsförmåga är nedsatt på grund av sjukdomar eller skador som har uppkommit, tilltagit eller förvärrats i och med hög ålder, eller på grund av degeneration i anslutning till hög ålder.

Hemvård

Hemvården omfattar hemservice med stödtjänster och hemsjukvård med tillhörande rehabilitering. Hemvård kan vara regelbunden eller tillfällig multiprofessionell hälso- och sjukvård som utförs på klientens bostadsort, hemma eller på en jämförbar plats. Regelbundna klienter inom hemvården är de klienter inom hemservicen/hemsjukvården som har en gällande service- och vårdplan oberoende av bostadsort.

Klienter inom hemvården

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

Person som bor hemma

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

Arbetsmetod som främjar rehabiliteringen

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

Rehabilitering

Med rehabilitering strävar man efter att förbättra eller bevara personens funktionsförmåga och arbetsförmåga och hjälpa honom eller henne att klara sig så självständigt som möjligt i olika livssituationer. Rehabilitering är en systematisk, målinriktad och multiprofessionell verksamhet som vanligtvis utförs under en begränsad, men längre, tid. Målet är att hjälpa den som är i behov av rehabilitering att återta kontrollen över sitt liv i sådana situationer där hans eller hennes möjligheter att klara sig och vara delaktig i den sociala gemenskapen av olika orsaker är hotade eller försvagade. Med tanke på personens vardag bidrar rehabiliteringen till att stöd och ordnande av verksamhetsförutsättningar. Utredningen av servicebehovet måste genomföras på ett mångsidigt sätt, genom att använda tillförlitliga bedömningsmetoder och i samarbete med olika aktörer.

Rehabiliteringen omfattar olika tjänster, såsom rådgivning, terapi, utbildning, hjälpmedelstjänster och bostadsrenovering. I rehabiliteringshelheten ingår både hälsovårds- och socialvårdstjänster och aktiviteten hos den som får rehabilitering och hans eller hennes närstående spelar en betydande roll i rehabiliteringen. I rehabiliteringshelheten ingår både hälsovårds- och socialvårdstjänster och aktiviteten hos den som får rehabilitering och hans eller hennes närstående spelar en betydande roll i rehabiliteringen.

Kvalitet

Med kvalitet avses tjänstens kapacitet att systematiskt, effektivt, kostnadseffektivt och i enlighet med lagstiftningen svara på de servicebehov som bedömts vara ändamålsenliga för klienterna. En kvalitativ service utgår från klientens behov och upprätthåller och/eller förbättrar klientens funktionsförmåga samt ökar välbefinnandet och hälsofördelarna. Kvalitativa tjänster tryggar en bra vård även i livets slutskede. En viktig kvalitetsindikator är klientens egen upplevelse av hjälpen och bemötandet. Tjänster av bra kvalitet tillgodoser klientens bedömda servicebehov i rätt tid genom en servicehelhet som är effektiv, trygg samt koordineras och leds på ett bra sätt.

I en kvalitetsutvärdering kan objekten indelas i struktur- och processfaktorer samt slutresultat. Strukturfaktorer skapar förutsättningar för verksamheten. Dessa är t.ex. personalantalet och strukturen, praxisen för ledning och arbetsfördelning, vårdmiljöerna, överhuvudtaget faktorer som skapar förutsättningar för fungerande processer och därigenom effektiva resultat. Processfaktorerna omfattar hela verksamhetsprocessen, från att klienten börjar utnyttja tjänsterna tills de har slutförts för klientens del. Processen utvärderas genom att fästa vikt vid verksamheten: är verksamheten sådan att den garanterar en effektiv vård och service av hög kvalitet för klienterna. Utvärderingen av slutresultaten visar huruvida målen uppnåtts: uppnåddes de förändringar i klientens tillstånd eller beteende som eftersträvades.

Närståendevård och stöd för närståendevård

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

Bedömning av servicebehov

Servicebehovet bedöms med tillförlitliga, enhetliga och jämförbara metoder och olika yrkesutbildades kompetens utnyttjas.

Servicestruktur

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

Familjevård

Med familjevård avses enligt socialvårdslagen (25 §) ordnande av vård, fostran eller annan omvårdnad av en person dygnet runt utanför hans eget hem i ett privathem. Målet med familjevården är att bereda den som är i familjevård möjlighet till vård under familjeliknande förhållanden och till nära människorelationer samt att främja hans grundtrygghet och sociala utveckling. Familjevård ges den för vilken vård, fostran eller annan omvårdnad inte kan ordnas på ett ändamålsenligt sätt i hans eget hem eller genom utnyttjande av någon annan social- och hälsovårdsservice och som inte anses vara i behov av anstaltsvård.

Patientsäkerhet

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

Funktionsförmåga

Med funktionsförmåga avses att en person klarar av de sysslor som är betydelsefulla och nödvändiga för honom eller henne i det dagliga livet i sin livsmiljö. Personens uppskattning av den egna funktionsförmågan har ett samband med hans eller hennes hälsa och sjukdomar, önskemål, inställning samt faktorer som påverkar hur han eller hon klarar av dagliga sysslor, arbete, studier och fritid. För att man ska få en tillräckligt omfattande bild av personens funktionsförmåga som grund för utredningen av servicebehovet bör man vid utredningen beakta de olika dimensionerna av funktionsförmågan: den fysiska funktionsförmågan, den kognitiva funktionsförmågan, den psykiska funktionsförmågan och den sociala funktionsförmågan. Dessutom inverkar även faktorer som är förknippade med boende- och livsmiljön på funktionsförmågan.

Direkt klienttid

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

Indirekt klienttid

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

BILAGA 1. Uppföljningsindikatorer för servicestrukturen 2000–2015 (75+, 80+, 85+)

75-åringar eller äldre	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Andel som bor hemma, % av befolkning i motsvarande ålder	89,8	89,6	89,5	89,5	90	90,3	90,5	90,6
Andel som fått stöd för närståendevård under året, % av befolkning i motsvarande ålder	3	3,7	4,2	4,4	4,5	4,6	4,5	4,7
Klienter inom regelbunden hemvård 30.11, % av befolkning i motsvarande ålder	-	11,2	11,8	12,2	11,9	11,9	11,8	11,8
Klienter inom effektiverat serviceboende för äldre 31.12, % av befolkning i motsvarande ålder	1,7	3,4	5,6	5,9	6,1	6,5	6,7	7,1
Klienter på ålderdomshem eller i långvarig institutionsvård på hälsocentral 31.12, % av befolkning i motsvarande ålder	8,4	6,8	4,7	4,4	3,8	3,1	2,6	2,1
Klienter på hälsocentral, % av befolkning i motsvarande ålder	3	2,5	1,5	1,3	1,1	0,9	0,6	0,4
80-åringar eller äldre								
Andel som bor hemma, % av befolkning i motsvarande ålder	84,4	84,4	85	85,1	85,8	86	86,2	86,5
Andel som fått stöd för närståendevård under året, % av befolkning i motsvarande ålder	-	-	-	-	5,4	5,5	5,5	5,7
Klienter inom regelbunden hemvård 30.11, % av befolkning i motsvarande ålder	-	15,7	16,1	16,7	16,3	16,6	16,5	16,4
Klienter inom effektiverat serviceboende för äldre 31.12, % av befolkning i motsvarande ålder	2,6	5,1	8	8,5	8,7	9,3	9,8	10,3
Klienter på ålderdomshem eller i långvarig institutionsvård på hälsocentral 31.12, % av befolkning i motsvarande ålder	12,9	10,3	6,8	6,2	5,3	4,5	3,9	3
Klienter på hälsocentral, % av befolkning i motsvarande ålder	4,6	3,7	2,1	1,9	1,6	1,3	0,9	0,6
85-åringar eller äldre								
Andel som bor hemma, % av befolkning i motsvarande ålder	76,6	76,1	77,6	77,8	78,9	79,5	79,9	80,4
Andel som fått stöd för närståendevård under året, % av befolkning i motsvarande ålder	5,3	6	6	6,1	6,2	6,5	6,3	6,8
Klienter inom regelbunden hemvård 30.11, % av befolkning i motsvarande ålder	-	20,5	21,5	22,3	22	22,1	22,2	22,2
Klienter inom effektiverat serviceboende för äldre 31.12, % av befolkning i motsvarande ålder	3,6	7,5	11,9	12,5	12,9	13,6	14,2	15
Klienter på ålderdomshem eller i långvarig institutionsvård på hälsocentral 31.12, % av befolkning i motsvarande ålder	19,6	16,1	10,3	9,4	8	6,6	5,7	4,4
Klienter på hälsocentral, % av befolkning i motsvarande ålder	7	5,7	3,1	2,7	2,3	1,8	1,3	0,8
© THL, Statistik- och indikatorbanken Sotkanet.fi 2005-2016 - uppgiften ej tillgänglig								

BILAGA 2. Uppföljning av genomförandet av kvalitetsrekommendationen: Uppföljningsindikatorer & material.

Kvalitetsområde	Indikatorer	Källa	Anmärkningar
Tillsammans tryggar vi en så funktionsduglig ålderdom som möjligt	Samarbete med olika aktörer (offentlig, privat, församlingar, organisationer), % av kommunerna Andel 75-åringar eller äldre som endast utövar lite fritidsmotion Andel 75-åringar eller äldre som känner sig ensamma Andel 75-åringar eller äldre som upplevt att de har dåligt minne Andel 75-åringar eller äldre som känner sig deprimerade Andel 75-åringar eller äldre som använder alkohol i berusningssyfte Andel 75-åringar eller äldre som upplever att hälsotillståndet är någorlunda eller sämre Andel 75-åringar eller äldre som upplever stora svårigheter i vardagliga aktiviteter Andel 75-åringar eller äldre som influensavaccinerats	Uppföljning av genomförandet av äldreomsorgslagen Vuxenbefolkningens hälsa, välfärd och service (ATH). Vaccinationsregistret, RAI	Representativ på riksnivå Sampelbaserad Täckning: klienter i dygnetruntvård cirka 50 %, klienter i hemvård 25 %
Kvalitetsområde	Indikatorer	Källa	Anmärkningar
Klient- och servicehandledningen i centrum	Kontakter med klient- och servicehandledningen, antal och andel av 75-åringar eller äldre Fortsatta åtgärder i servicehandledning 1. Rådgivning, andel av kontakterna 2. Servicehandledning, andel av kontakterna 3. Koordinering och uppföljning av tjänster, andel av kontakterna Namngiven servicekoordinator för klienter, andel av klienter som får service, antal, % Klient- och servicehandlingens fördelade resurser i euro Gemensamt register över områdets serviceproducenter tillgängligt för alla, andel av landskapen Klienternas/anhörigas/befolkningens		Det behövs specifika enkäter och en bedömning av om man genom datainsamlingen i AvoHILMO kan få information om vilka kontakter som tas med behovsbedömningen av servicebehov/servicehandledningen och hur dessa besvarats samt om behovsbedömningen, dess resultat och beviljade tjänster.

	erfarenheter av servicehandledningen och hur bra den fungerar		
Kvalitetsområde	Indikatorer	Källa	Anmärkningar
Kvalitet skapas av utförare	Personalstruktur: planerat och realiserat personalantal och andelar per servicetyp Klienter: antal och andelar per servicetyp Personaldimensionering: planerad och realiserad per servicetyp Klientstruktur: servicebehov (Maple), fysisk (ADL och IADL), kognitiv (CPS), social (Social) och psykisk funktionsförmåga (DRS). Personalens välbefinnande: fysisk och psykisk, upplevelse av rättvist ledarskap och balans mellan kraven och kontrollen över arbetet Personalens frånvaro per yrkesgrupp/år. Personalomsättning per yrkesgrupp/år. Hemvårdspersonalens klientspecifika del av arbetstiden. Jämförelse mellan beviljad och realiserad servicetid (genomförande av klient-, vård- och serviceplanen) Klienternas, anhörigas och personalens upplevelse av tillhandahållen service	Uppföljning av genomförandet av äldreomsorgslagen, realiserad arbetstid RAI-registret Insamlade data om personalens välbefinnande. (KuntaKymppi, HELA)) Insamlade data om sjukfrånvaro och personalomsättning. (KuntaKymppi) Ledningssystem ASLA	Riksomfattande Täckning: klienter i dygnetruntvård cirka 50 %, klienter i hemvård 25 % Sampelbaserad Delvis från existerande uppföljning, vissa indikatorer kräver ny och bredare datainsamling. Sampelbaserad
Kvalitetsområde	Indikatorer	Källa	Anmärkningar
Förändrad servicestruktur	Andel som bor hemma i åldersgrupperna 75+, 80+ och 85+ Andel klienter inom stöd för närståendevård i åldersgrupperna 75+, 80+, 85+ Andel som varit i familjevård i åldersgrupperna 75+, 80+, 85+ Andel inom regelbunden hemvård i åldersgrupperna 75+, 80+, 85+ Andel inom effektiverat serviceboende i åldersgrupperna 75+, 80+, 85+ Andel som bor på ålderdomshem i åldersgrupperna 75+, 80+, 85+	Sotkanet HILMO-registren AvoHILMO	

	Andel i långtidsvård på hälsocentral i åldersgrupperna 75+, 80+, 85+ Andel minnessjuka i olika former av service bland klienter i åldersgrupperna 75+, 80+, 85+ Servicehelheter för klienter som använder flera olika tjänster, andel av klienter i åldersgrupperna 75+, 80+, 85+ Dödsfall per servicetyp, andel av klienter i åldersgrupperna 75+, 80+, 85+ Klienter inom hemvård som kommer ut, andel av klienter i åldersgrupperna 75+, 80+, 85+ Antal personer i åldersgruppen 65+ som bor i minst tre våningar höga hus utan hiss		
Kvalitetsområde	Indikatorer	Källa	Anmärkningar
Dra full nytta av tekniken	Maskinell läkemedelsutdelning används för merparten av verksamhetsenhetens klienter, andel av enheterna Säkerhetsteknik används för merparten av verksamhetsenhetens klienter, andel av enheterna Läkemedelsbehandlingen kontrolleras minst halvårsvis för klienter i hemvård Läkemedelsbehandlingen kontrolleras minst halvårsvis för klienter i dygnetruntvård	Uppföljning av genomförandet av äldreomsorgslagen RAI-databasen RAI-databasen	Riksomfattande Täckning: klienter i dygnetruntvård cirka 50 %, klienter i hemvård 25 %

Bilaga 3. Exempel på beräkning av personaldimensionering (**työstetään vielä**)

BERÄKNING AV PLANERAD OCH REALISERAD BEMANNING ÅR 2014

[Rapportsidan för dygnetruntvård 2014](#)

Dygnetruntvård. Uppföljning av genomförandet av äldreomsorgslagen 2013-2014 THL och Valvira.

Beräkningen av personaldimensioneringen baseras på data som verksamhetsenheterna har skickat till THL:

[länk till blanketten 2014 \(pdf\)](#)

Frågor som ligger till grund för beräkningen av personaldimensioneringen:

1. **enhetens tjänster och anställningsförhållanden för yrkesutbildade i social- och hälsovård:** (avdelningsskötare; biträdande avdelningsskötare eller teamansvarig; sjukskötare/hälsovårdare; närvårdare/primärskötare; utbildad hemvårdare och hemhjälpare/assistent; omsorgsassistent; vård- och anstaltsbiträde; fysioterapeut; talterapeut; ergoterapeut; socialhandledare och -pedagog, geronom samt personal med någon annan utbildning i social- och hälsovård; K31_01a-K31_12, K3_14)
2. **vissa yrkesgruppers deltagande i vårdarbete, %**
 - a. avdelningsskötare (K32_01a),
 - b. biträdande avdelningsskötare och teamledare (K32_01b),
 - c. utbildad hemvårdare och hemhjälpare/assistent (K32_04)
 - d. vård- och anstaltsbiträde (K32_05)
 - e. omsorgsassistent (K32_06)
3. **Arbetstid för personal med yrkesexamen i social- och hälsovård, timmar** (se 1; K34_01a - K34_13); vecka 38.
4. **Klienter i dygnetruntvård kort och lång tid, totalt antal** (K37_1, K37_2a, K37_2b ja K37_2); vecka 38.
5. **Vårdplatser för dygnetruntvård** (K08_2 ja K08_3)

Exempel. Enhet för dygnetruntvård som vecka 38/2014 hade

1 avdelningsskötartjänst, uppgiven andel vårdarbete 50 %

5 social- och hälsovårdsanställda (2 sjukskötar- och 3 närvårdartjänster)

11 vårdplatser för dygnetruntvård

12 klienter i dygnetruntvård, dvs. överbeläggning med 1 klient

Enligt tidrapporteringen arbetade avdelningsskötaren 36 timmar och den uppgivna andelen direkt vårdarbete var 50 %, vilket innebär att 18 timmar inräknas i bemanningen.

2 sjukskötare arbetade totalt 70 timmar enligt tidrapporteringen

3 närvårdare arbetade totalt 114 timmar enligt tidrapporteringen

Exempel på beräkning av enhetens planerade personaldimensionering

Enhetens tjänsten och anställningsförhållanden i relation till vårdplatserna i dygnetruntvården:

1 avdelningssköttjänst, uppgiven andel vårdarbete 50 % = 0,5. 5 social- och hälsovårdsanställda (2 sjukskötare och 3 närvårdartjänster) och 11 vårdplatser i dygnetruntvården

Formel:

$$\text{Esimerkkiyksikön suunniteltu henkilöstömitoitus} = \frac{1 * 50\% + 5}{11} = 0,50$$

Beräkningsexempel för enhetens planerade personaldimensionering

Personalens realiserade (uppgivna) arbetstid i relation till klienter i dygnetruntvården vecka 38:

Enligt tidrapporteringen arbetade avdelningsskötaren 36 timmar och andelen vårdarbete var 50 %, 2 sjukskötare arbetade 70 timmar och 3 närvårdare arbetade 114 timmar. Personalens veckoarbetstid har omräknats till antal anställda genom division med den genomsnittliga veckoarbetstiden 38,25 h. Avdelningen uppgav att den under veckan i genomsnitt hade 12 klienter i dygnetruntvården (beräknad på dagspecifika uppgifter).

Formel:

$$\text{Esimerkkiyksikön toteutunut henkilöstömitoitus} = \frac{\frac{36h * 50\% + 70h + 114h}{38,25h}}{12} = 0,44$$

Obs! Uppföljningen av realiserad personaldimensionering kan påverkas av följande faktorer:

- personal på plats
- antalet klienter i dygnetruntvården som finns på plats de olika dagarna under uppföljningsveckan
- uppgiven mängd deltagande i vårdarbete för vissa yrkesgrupper
- tidrapporteringens korrekthet

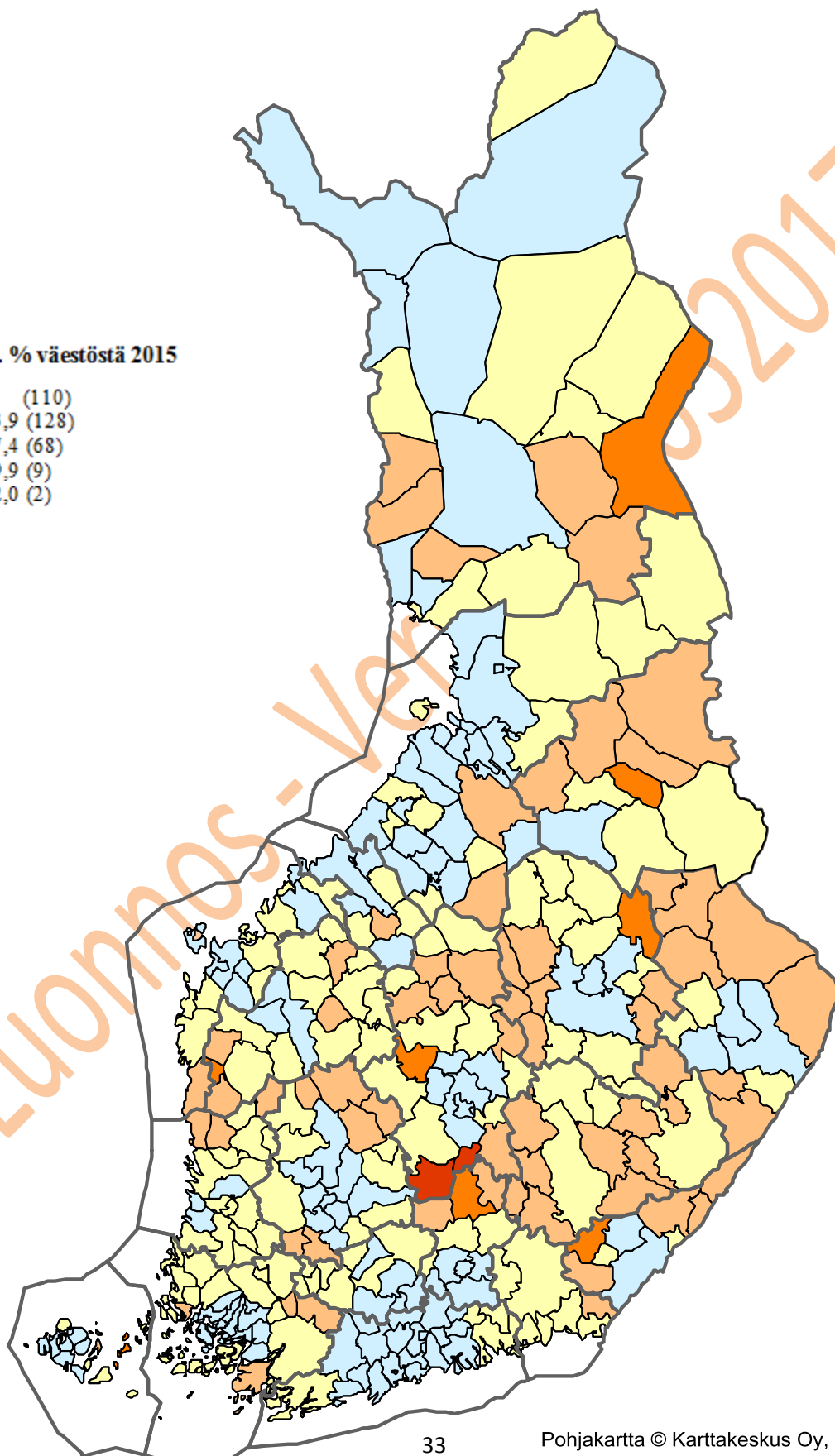
Källa: Henkilöstömitoitus ympäri vuorokaudisessa hoidossa. I boken: SHM och Kommunförbundet.

Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra äldre och förbättra servicen SHM:s publikationer 2013:11. ss. 49, 50.

Befolkningsprognos 2015 variabler Område, År, Kön och Ålder

75 v. täytt. % väestöstä 2015

- 2,9–9,9 (110)
- 10,0–13,9 (128)
- 14,0–17,4 (68)
- 17,5–19,9 (9)
- 20,0–32,0 (2)



Befolkningsprognos 2030 variabler Område, År, Kön och Ålder

75 v. täytt. % väestöstä 2030

- 2,9–9,9 (5)
- 10,0–13,9 (60)
- 14,0–17,4 (77)
- 17,5–19,9 (62)
- 20,0–32,0 (113)

