

Protokoll fört vid enskild föredragning

Social- och miljöavdelningen
Socialvårdsbyrån, S2

Beslutande	Föredragande	Justerat
Minister	Specialsakkunnig	Omedelbart
Annette Holmberg-Jansson	Ann-Christine Österbacka	

Ärende/Dnr/Exp.	Beslut
-----------------	--------

Nr 82

Rapport given av arbetsgruppen
för framtagande av medicinska
kriterier för långvarig
institutionsvård av äldre.

ÅLR 2020/987

112 S2

Ålands landskapsregering beslöt att för tiden 7.2.2020 till 31.5.2020 utse en arbetsgrupp med uppdrag att utreda behovet av medicinska kriterier för långvarig institutionsvård av äldre och vid behov avge förslag till sådana. Arbetsgruppens mandatperiod förlängs för tiden 1.6.2020 till 30.9.2020 på grund av att arbetsgruppens medlemmar har varit upptagna i och med den pågående coronavirusepidemin.

Arbetsgruppens sammansättning:

Andersson Christian, ÅHS, överläkare; specialist i geriatrik

Karlsson Pernilla, Mariefhamns stad, äldreomsorgschef

Knip Maria, Saltviks kommun, äldreomsorgschef

Lindström Ylva, ÅLR, byråchef hälso- och sjukvårdsbyrån, *ordförande*

Viktorsson Heidi, Oasen boende- och vårdcenter, vik. överskötare

Woivalin Tora, ÅHS, primärvårdens klinikchef

Österbacka Ann-Christine, ÅLR, specialsakkunnig socialvårdsbyrån,
sekreterare

Äldrelag (2020:9) för Åland träder i kraft 1.1.2021. I lagförslaget till äldrelagen konstateras att de medicinska kriterierna för bedömningen om en äldre persons servicebehov bör ges i institutionsvård kommer att behöva utredas framöver. En sådan utredning har färdigställts och kartlagt att det finns behov av att ge närmare anvisning för Ålands hälso- och sjukvård och kommunerna om tillämpningen av 17 § 1 mom. i äldrelagen.

Landskapsregeringen beslöt anteckna den färdigställda rapporten till kännedom i enlighet med **bilaga 1, S220E34**.

Landskapsregeringen konstaterar att arbetsgruppen för medicinska kriterier för långvarig institutionsvård av äldre har utfört sitt uppdrag i enlighet med landskapsregeringens beslut. Arbetsgruppen avslutas härmed.

Nr 83

Antagande av medicinska kriterier för långvarig institutionsvård av äldre.

ÅLR 2020/987

113 S2

Arbetsgruppen har i rapporten ”*Medicinska kriterier för långvarig institutionsvård för äldre*” tagit fram fem medicinska kriterier för långvarig institutionsvård av äldre. Kriterierna baserar sig på § 17 mom. 1 i äldrelagen där en placering i långvarig institutionsvård endast kan ske av medicinskt motiverade skäl eller då klient- eller patientsäkerheten förutsätter det.

Landskapsregeringen beslöt anta medicinska kriterier för långvarig institutionsvård av äldre i enlighet med **bilaga 2, S220E34**.

De medicinska kriterierna antas att gälla fr.o.m. 1.1.2021.



Medicinska kriterier för långvarig institutionsvård för äldre

Ålands landskapsregering
Social- och miljöavdelningen
Socialvårdsbyrån 2020

Försättsbild "Gullviva", fotograf: LR

Innehållsförteckning

1. Bakgrund till arbetsgruppens uppdrag.....	3
2. Inledning	4
3. Institutionsvård.....	5
3.1. Bakgrund och nuläge på Åland	6
3.2. Personalstruktur och kompetens	7
3.3. Medicinteknisk utrustning och hjälpmedel.....	8
4. Demografisk bakgrund.....	9
4.1. Åldrande befolkning förutsätter en välplanerad äldreomsorg.....	12
5. Bedömning av behovet för långvarig institutionsvård för äldre.....	13
5.1. Bedömning av klientens servicebehov.....	13
5.2. Instrument för bedömning av servicebehov	14
5.3. Helhetsbedömning	16
6. Medicinska kriterier för långvarig institutionsvård för äldre.....	17
7. Sammanfattning och slutsatser	18

Figur- och tabellförteckning

Figur 1 <i>Befolkningsprognos, ÅSUB</i>	10
Figur 2 <i>Service mål enligt landskapsregeringens kvalitetsrekommendation</i>	10
Figur 3 <i>*I kategorin "övrig befolkning" avses alla personer 75 år och äldre som bor självständigt hemma eller på serviceboende/-lägenheter med eller utan stöd av kommunens hemservicejänster.....</i>	11
Figur 4 <i>*I kategorin "övrig befolkning" avses alla personer 75 år och äldre som bor självständigt hemma eller på serviceboende/-lägenheter med eller utan stöd av kommunens hemservicejänster.....</i>	11
Figur 5 <i>*I kategorin "övrig befolkning" avses alla personer 75 år och äldre som bor självständigt hemma eller på serviceboende/-lägenheter med eller utan stöd av kommunens hemservicejänster.....</i>	11

Tabell 1 Beskrivning av struktur och tjänster på institutionerna

Tabell 2 Landskapsregeringens kvalitetsrekommendation

1. Bakgrund till arbetsgruppens uppdrag

Arbetsgruppens uppdrag är att utreda behovet av medicinska kriterier för långvarig institutionsvård av äldre och vid behov avge förslag till sådana. Äldrelag (2020:9) för Åland träder i kraft 1.1 2021. I lagförslaget till äldrelagen konstateras att de medicinska kriterierna för bedömningen om en äldre persons servicebehov bör ges i institutionsvård kommer att behöva utredas framöver. En sådan utredning kan klarlägga om det finns ett behov av närmare anvisningar för Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) och kommunerna om tillämpningen av 17 § i äldrelagen.

I och med detta har landskapsregeringen fattat beslut om att tillsätta en arbetsgrupp med uppdrag att ta fram medicinska kriterier för långvarig institutionsvård för äldre. Med långvarig institutionsvård avses vård som pågår över tre månader. Med en äldre person avses en person som har fyllt 65 år. I 3 § äldrelagen definieras begreppet äldre person. Åldersgränsen har valts med beaktande av åldersgränsen i landskapslagen (2020:13) om socialvårdens förvaltning och tillsyn på Åland samt de åldersintervall som finns i 4 § landskapslag (2017:120) om landskapsandelar.

Beträffande samarbetet mellan den kommunala socialvården och Ålands hälso- och sjukvård ska samverkansavtal ingås mellan den kommunala socialvården och Ålands hälso- och sjukvård enligt socialvårdslagens 69 § i landskapslag (2020:12) och 19 a § i landskapslag (2020/14) om ändring av landskapslagen om hälso- och sjukvård. Samverkansavtal ska ingås om bland annat institutionsvård och boendeservice. I samverkansavtalet ska parterna komma överens om gemensamma mål för de samordnade tjänsterna, ansvarsfördelningen och övergripande rutiner för samarbetet samt övriga åtgärder för att säkerställa funktionella servicehelheter för klienterna.

Arbetsgruppens medlemmar:

Christian Andersson, medicinsk chef vid rehabiliterings- och geriatrikliniken, ÅHS

Tora Woivalin, klinikchef för primärvården, ÅHS

Heidi Viktorsson, vårdkoordinator, Oasen boende- och vårdcenter

Maria Knip, äldreomsorgschef, Saltvik

Pernilla Karlsson, äldreomsorgschef, Mariehamn

Ylva Lindström byråchef, landskapsregeringen, *ordförande*

Ann-Christine Österbacka specialsakkunnig, landskapsregeringen, *sekreterare*

2. Inledning

Målet att minst 90 %¹ av de som är 75 år och äldre ska ha möjlighet att bo kvar hemma bygger dels på en samhällsekonomisk analys av följderna av den demografiska utvecklingen och hur de utmaningar som följs av denna bör mötas, samt dels på erfarenheten av att de flesta äldre vill bo kvar i sitt ordinarie boende så länge detta är möjligt. Vid planering av insatser beträffande äldres boende är det alltså detta som bör vara utgångspunkten. De äldres önskan att bo hemma och kostnadsökningen inom äldreomsorgen framställer tjänster i hemmet som ett allt viktigare sätt att ordna vården av äldre. Även äldres boendeförhållanden har i regel förbättrats så pass att boendet inte längre är en anledning till flytt, utan servicen kan tas till klienten. Utmaningar gällande den åldrande befolkningen handlar om, förutom kostnadsökning, även en större förändring av samhällets attityder till åldrandet och de äldre samt av värderingar. Ett åldersvänligt samhälle erbjuder möjligheter till ett gott liv för de äldre, och de äldre ses inte som en stor massa utan som värdefulla individer med egna behov.

Institutionsvården är den vårdform som ger omsorg och vård till multisjuka klienter vars behov inte kan tillgodoses inom öppenvården. Trenden i Finland och hela Norden har varit att institutionsvårdens platser minskats och ofta ersatts med effektiviserat serviceboende, och därmed har gränserna suddats ut mellan öppenvård och institutionsvård. Denna strukturförändring innebär också att de tjänster som ges i hemmet och på olika boenden inom öppenvården kräver specialkunskaper av personalen. Genom att satsa på personalens kompetens inom öppenvården görs det möjligt att förskjuta framåt en möjlig vård på institution som är en dyr vårdform för samhället.

Nuläget på Åland är att äldre erhåller vård på institution även om de inte är i behov av denna vårdform. Det finns tre institutioner på Åland, varav Mariehamn stad och Saltvik kommun har egna institutioner och Oasens kommunalförbund erbjuder platser till medlemskommunerna. Utbudet av tjänster inom kommunala socialservicen som är ämnad för äldre varierar mellan kommunerna. Användning av institutionsplatser påverkas också av andra faktorer, inte bara av klienternas servicebehov och sjukdomar. Andra faktorer kan vara antalet tomma platser inom institutionsvården, servicestrukturer och hur öppenvårdstjänsterna är ordnade i kommunen. För att kunna dämpa behovet av institutionsvård behövs det en utveckling av hela servicestrukturen för den äldre befolkningen, med betoning på öppenvårdstjänster. Samverkansavtal som Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) och den kommunala socialvården ska ingå, gällande bland annat institutionsvård och boendeservice, ska göra det möjligt att säkerställa funktionella servicehelheter för klienterna.

Arbetsgruppens uppgift är att ta fram medicinska kriterier för långvarig institutionsvård för äldre. Kriterierna behövs för att stävja en ökning av institutionsvården, men även för att de äldre ska få tjänster och service som motsvarar deras behov, dvs rätt service på rätt nivå. Kriterierna för långvarig institutionsvård ska även stöda så att vårdbedömningen och

1

<https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/guidedocument/kvalitetsrekommendation-tjanster-for-aldre.pdf>

principerna för intagning till institution sker på lika villkor oberoende av var på Åland man bor. Tillämpningen av de medicinska kriterierna förutsätter att den äldres servicebehov är grundligt utrett av ett multiprofessionellt team. De medicinska kriterierna ska vara ett redskap för de som fattar beslut om institutionsplats, men även för beslutsfattare vid planering av äldreomsorgen i kommunen. En välfungerande äldreomsorg kan vara kostnadseffektiv.

Arbetsgruppen utsågs 7.2 2020 av Ålands landskapsregering (ÅLR 2020/987 54 S2). Mandatperioden för arbetsgruppen var fram till 31.5 2020, men på grund av Coronavirusepidemin beslöt Ålands landskapsregering 19.5 2020 (ÅLR 2020/987 77 S2) att arbetsgruppens mandatperiod förlängs för tiden 1.6.2020 till 30.9.2020 eftersom arbetsgruppens medlemmar har varit mycket upptagna i och med den pågående coronavirusepidemin. Arbetsgruppen har sammanträtt fem gånger.

3. Institutionsvård

Definitionen av institutionsvård i socialvårdslagens 22 § sammanhänger med definitionen i 2 kap. 4 § sjukförsäkringslagen (FFS 2004/1224), vilken utgör Finlands behörighet. Folkpensionsanstalten (FPA) avgör huruvida ett boende kan betraktas som institution. Av Social- och hälsovårdsministeriets förordning (1806/2009) och dess bilaga framgår grunderna för öppenvård och institutionsvård².

Institutionsvårdens servicenivå kan kort definieras av att klienten har ett omfattande behov av heldygns omvårdnad och/eller sjukvård, som inte kan ges i hemmet eller vid ett effektiviserat serviceboende, men inte heller specialsjukvård. Klienten har oftast flera sjukdomar som förutsätter krävande vård. Servicen på en institution ordnas enligt klientens individuella behov och servicen på institutionen kan vara kortvarig eller fortgående; dagtid, nattetid eller dygnet runt. Långvarig vård och omsorg får tillhandahållas på institution **endast** om det med hänsyn till personens hälsa eller säkerhet är motiverat, eller om det finns en annan i lag särskilt föreskriven grund för det. Med långvarig institutionsvård avses över tre månader lång period på institution.

Service på en institution kan omfatta rehabiliterande verksamhet som förbättrar eller upprätthåller funktionsförmågan eller motverkar dess försämring, men rehabiliterande arbetsmetoder ska också beaktas i det vardagliga arbetet. Målet för rehabiliteringen är att optimera funktionsförmågan och livskvaliteten. Omsorg kan omfatta t.ex. stöd vid påklädning, skötseln av den personliga hygien samt måltider. Dessutom ska personen tryggas möjlighet till social växelverkan och delaktighet genom t.ex. möjlighet att tillbringa tid med närstående personer. Klientens livsmiljö ska dessutom om möjligt ordnas så att den är trygg, hemlik och stimulerande samt möjliggör ett privatliv och främjar rehabilitering, initiativkraft och funktionsförmåga.

² https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/page/11_om_socialvard_2020-12_tillampningsguide_260820.pdf

Klienten ska kunna delta i aktiviteter inomhus och utomhus enligt individuell funktionsförmåga. Klienterna ska även erbjudas behövliga tjänster samt service som stöder rörligheten. Kommunen står för de kostnader som uppstår på institutionen och en klientavgift uppbärs enligt klientavgiftslagen. För klienter inom institutionsvården innebär detta att de går miste om vissa bidrag från Folkpensionsanstalten såsom t ex ersättning för läkemedel, service som stöder rörligheten (färdtjänst).

Den omfattande vård och omsorg som ges på institutionen kan i vissa situationer leda till att klientens hälsotillstånd förbättras märkbart och därmed gynnas klienten inte av en fortsatt institutionsvård och därmed måste servicebehovet utredas på nytt för att klienten ska få lämpliga tjänster. Institutionsvården bör ha starkt rehabiliterande inriktning. Äldreomsorgens institutionsvård kan vanligtvis vårda klienten ända till livets slutskede, förutsatt att avancerad palliativ vård inte behövs.

3.1. Bakgrund och nuläge på Åland

Här beskrivs i korthet hur utvecklingen skett från institutionsvård till öppenvårdens olika boendeservice i kommunerna. Folkhälsolagen som trädde i kraft 1973 ledde till att man påbörjar utvecklingen av bäddavdelningar i Finland. Först i slutet av 1970-talet byggdes Gullåsen ut för att svara på detta behov och till en början fanns 60 vårdplatser. Under 1985 utvidgades Gullåsen med ytterligare 38 vårdplatser. Tanken var att endast långvårdspatienter vårdas på Gullåsen och för all akut somatisk sjukvård skulle Ålands centralsjukhus (ÅCS) svara.

År 1994 sammanslogs ÅCS, Ålands folkhälsoförbund och Ålands vårdförbund och Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) bildades. Äldreomsorgen fördelades så att kommunerna ansvarade för hemservice och serviceboenden samt för institutionsvård, medan landskapet och ÅHS ansvarade för hemsjukvård och för sjukhusvård. I samband med denna strukturomvandling prioriterades hemservicen och hemsjukvården med ökade ekonomiska medel och personalresurser.

Målsättningen har varit att stävja kostnadsökningen inom institutionsvården. År 2011 började man avveckla långvårdss verksamheten vid Gullåsen. 2015 bytte namnet från Gullåsen till Rehab- och geriatrikliniken och 2017 avvecklades demensvården vid Rehabiliterings- och geriatrikliniken samtidigt som beslut fattades om att fusionera Rehab- och geriatrikliniken med Medicinkliniken.

Samtidigt som Gullåsens platser minskar utökas öppenvårdens boendeservice i kommunerna. Under de senaste tio åren har utvecklingen inom äldreomsorgen alltmer gått från institutionsvård till öppenvård med olika boendeformer för den äldre befolkningen.

Dock är trycket högt för att skapa nya boendeenheter för äldre. För att minska trycket borde större satsningar på tjänster som ges i hemmet utvecklas. Hemservice- och sjukvård borde kunna erbjudas även under nattetid, veckoslut och helger för att minska behovet av nya boendeplatser. Även utbudet av stödtjänster varierar mellan kommunerna och behov av att

utöka utbudet finns för att de äldre ska kunna bo längre i sina hem. Välfärdsteknik erbjuder också många möjligheter och utnyttjas i dagsläge mycket begränsat i kommunerna.

Kommande förändringar som berör hela åländska befolkningen är kommunernas socialtjänst (KST). Stora delar av socialvården överförs till KST och kvar i kommunerna blir bland annat äldreomsorgen.

Tabell 1 beskriver institutionernas struktur och tjänster. Trobergshemmet i Mariehamn och Sunnanberg i Saltvik är kommunala institutioner medan Oasen boende- och vårdcenter är ett kommunalförbund, med följande medlemskommuner: Brändö, Eckerö, Finström, Geta, Hammarland, Jomala, Kumlinge, Kökar, Lemland, Lumparland, Sottunga, Sund, Vårdö.

Institution Struktur	Trobergshemmet, Mariehamn	Oasen boende- och vårdcenter	Sunnanberg, Saltvik
Antal platser	52 platser (varav 12 för demensvård)	57 platser (varav 25 för demensvård)	27 platser
Personal- dimensionering	0,8 (institution) 0,9 (demensenhet)	0,88 (institution) 0,92 (demensenhet)	0,78 (institution)
Personalstruktur	Sjukskötare (dygnet runt), närvårdare För äldreomsorgen Fysioterapeuter Ergoterapeut	Sjukskötare (dygnet runt), närvårdare, fysioterapeuter, sysselsättnings- terapeuter	Sjukskötare (ej nattetid), Närvårdare, sysselsättnings- handledare
Läkarresurser	2 gånger per vecka	2 gånger per vecka	En gång varannan vecka, telefonrund en gång varannan vecka
Köpta tjänster	Tandvård, fotvård, frisör	Tandvård, fotvård, frisör	Tandvård, fotvård, frisör, fysioterapi

Tabell 1 Beskrivning av struktur och tjänster på institutionerna.

3.2. Personalstruktur och kompetens

Vårdansvaret vid en institution är ofta krävande och klienterna har stort behov av sjukvårdsinsatser. Vård- och omsorgspersonalen inom institutionsvården bör ha fördjupade kunskaper inom läkemedelshantering, nutrition och vård vid livets slutskede. Viktigt är att personalen erhåller möjligheter att fördjupa sina kunskaper och bredda sin kompetens.

Personalstrukturen bör bestå av närvårdare och sjukskötare. Sjukskötarens roll är synnerligen viktig eftersom klienterna vid institutionen har flera sjukdomar som förutsätter krävande, ofta återkommande och oförutsedd medicinsk vård. Därmed bör institutionen ha tillgång till sjukskötartjänster dygnet runt. Minimikravet i "*Riktlinjerna för god vård och omsorg vid demenssjukdom*"³ är att sjukskötartjänsterna är säkrade dygnet runt. För att kunna garantera god vård och att institutionen kan utföra sjukvårdsåtgärder, bör institutionen säkras med tillgängliga sjukskötartjänster dygnet runt. Detta är viktigt för att kunna ge en god vård på institutionen så att klienterna inte slussas från institutionen till akuten för smärre sjukvårdsåtgärder. Institutionerna ska även ha tillgång till vårdutrustning som är svår att förflytta, svår att ordna eller som kräver specialkunskaper. Ur ett förebyggande perspektiv är sjukskötartjänsterna viktiga för att identifiera hälsoproblem i ett tidigt skede hos klienterna.

Beträffande de läkartjänster som i enlighet med 37 § 5 mom. i landskapslagen (2011/114) om hälso- och sjukvård tillhandahålls av Ålands hälso- och sjukvård vid de offentliga institutionerna i landskapet Åland ska den kommunala socialvården och Ålands hälso- och sjukvård samarbeta så att Ålands hälso- och sjukvårdstjänster och övrig rehabilitering, vård och omsorg vid institutionen bildar en funktionell helhet för klienten. Läkartjänsterna vid institutionerna bör till sin omfattning ha tillräcklig volym och frekvens så att läkaren har en god kännedom om klienternas allmäntillstånd, deras sjukdomar och medicinering samt även kännedom om verksamhetens innehåll på institutionerna. Läkartjänsterna vid institutionerna är idag resurserade för enbart klientarbete och läkaren har således inte möjlighet att vara delaktig i det medicinska utvecklingsarbetet på institutionen.

3.3. Medicinteknisk utrustning och hjälpmedel

Medicintekniska produkter omfattar en mängd olika produkter, från enkla förbrukningsartiklar som katetrar och sterila förbrukningsartiklar till komplicerade högteknologiska utrustningar som tex datortomografer. De omfattar också hjälpmedel och medicinska behandlingshjälpmedel (till exempel inhalatorer och ventilatorer). Medicinteknisk utrustning innefattar produkter/apparatur som används för diagnos och behandling av sjukdom eller rehabilitering efter sjukdom eller skada.

Utgående från att klienterna inom institutionsvården för äldre har ett stort behov av omfattande och krävande vårdåtgärder på grund av flera samtidiga sjukdomar och långtidssjukdomar bör institutionerna ha tillgång till medicinteknisk utrustning. Institutionerna ska även kunna ha tillgång till vårdutrustning som är svår att förflytta, svår att ordna eller som kräver specialkunskaper.

3

<https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/guidedocument/riktlinjer-for-omsorg-och-var-d-vid-demenssjukdom.pdf>

Att införskaffa medicinteknisk utrustning och hjälpmedel till institutionerna medför dyra investeringar. Det är problematiskt med att investera i medicinteknisk utrustning och hjälpmedel för att utrustning föråldras samt att man bör tänka på att utrustningen behöver underhåll och skötsel för att kunna användas på ett tryggt och säkert sätt. Det finns även utmaningar i att definiera hurdan medicinteknisk utrustning som bör finnas på institutioner eftersom behovet och efterfrågan varierar kraftigt. På lång sikt medför de nya medicinska kriterierna för långvarig institutionsvård för äldre, att klientelet på institutionerna kommer att leda till ökad vårdtyngd och att flera olika vårdåtgärder ökar på institutionerna. Detta resulterar i ett ökat behov av medicinteknisk utrustning och hjälpmedel.

4. Demografisk bakgrund

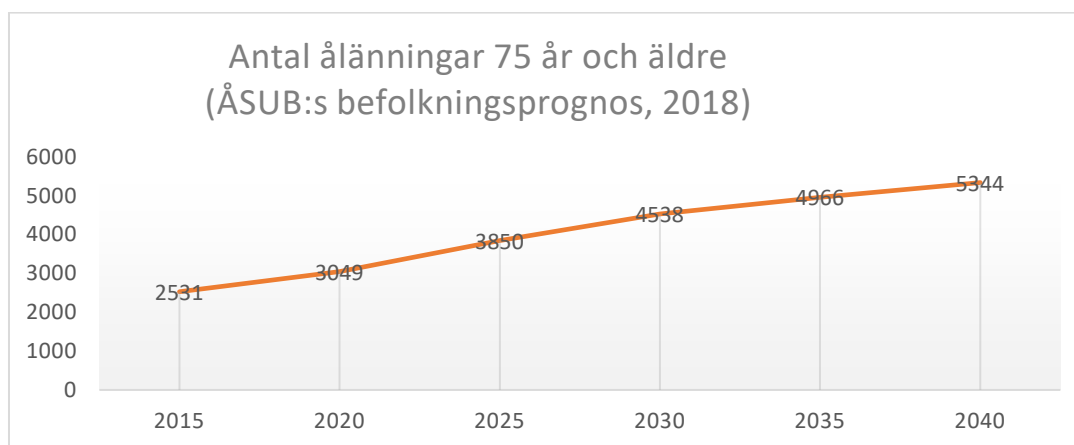
I takt med befolkningens stigande medelålder blir det en utmaning att möta behoven inom äldreomsorgen. De stora utmaningarna är det ökande antalet äldre och rekrytering av personal till äldreomsorgen. Samtidigt ska äldreomsorgen kunna bemöta både friska och välmående äldre personer samt de med långvariga och kroniska sjukdomar.

Ökningen av de äldre börjar stiga kraftigare i och med att flera stora årskullar har uppnått pensionsålder. På Åland fyllde 400 personer 65 år (2019) och året före var det nästan 450. Fram till 2000-talets första år rörde sig antalet kring 200–250 personer årligen. Hittills har det främst varit de yngre pensionärerna i åldersgruppen 65–74 år som har blivit flera, men 2019 stod för första gången de som har fyllt 75 för den största ökningen. Från år 2000 har Ålands befolkning ökat med 4 100 personer. Den övervägande delen av tillväxten har skett i den äldre delen av befolkningen. De som har fyllt 75 år har ökat med närmare 800 och 65–74-åringarna med nästan 1 800. Andelen av befolkningen som är 65 år eller äldre har ökat lika mycket på Åland som i Finland, såväl 2019 som under de senaste fem åren. Åland har en något större del av befolkningen som är 65 år eller äldre än i Finland. Andelen är på Åland 22,7 procent mot 22,3 procent för Finland. I Sverige har andelen stigit betydligt långsammare och är nu 20 procent.

I Mariehamn ökade de som har fyllt 65 med nästan 100 personer under 2019 samtidigt som invånarna under 65 blev 160 färre. Därigenom ökade andelen 65 år fyllda med nästan en procentenhet till drygt 24 procent. På landsbygden blev pensionärerna 60 flera och ökade sin andel av befolkningen bara obetydligt, till drygt 20 procent, eftersom invånarna under 65 ökade med över 110 personer. I skärgården blev de 65 år fyllda ett tiotal flera och utgör nu 34 procent av invånarna. De som är under 65 minskade med 25 personer. Av de 325 personer som har fyllt 90 är över två tredjedelar kvinnor. Generellt finns det en majoritet av kvinnor i de äldre åldersgrupperna ⁴.

⁴ <https://www.asub.ax/sv/statistik/befolkningens-aldersstruktur-31122019>

Figur 1 beskriver befolkningsprognosen för 75 år och äldre fram till år 2040. Befolkningen i denna ålderskategori har ett växande behov av social- och hälsovårdstjänster.⁵



Figur 1 Befolkningsprognos, ÅSUB

Landskapsregeringen har genom "Kvalitetsrekommendation tjänster för äldre" antagit en rekommendation att minst 90 % av de som är 75 år och äldre ska ha möjlighet att bo kvar hemma. Motsvarande har social- och hälsovårdsministeriet i Finland antagit en kvalitetsrekommendation där 91–92% av 75 år fyllda och äldre ska ges möjlighet att bo i sitt eget hem⁶. Rekommendationen definierar även målsättningar för effektiviserat serviceboende (ESB) och institutionsvård. Syftet med rekommendationerna är att påverka utvecklingen av tjänsterna för äldre. Det innebär att kommunernas servicestruktur i allt högre grad bör inriktas på öppenvårdens tjänster och utveckla utbudet av stödtjänster så det motsvarar behoven som äldre har för att kunna bo hemma.

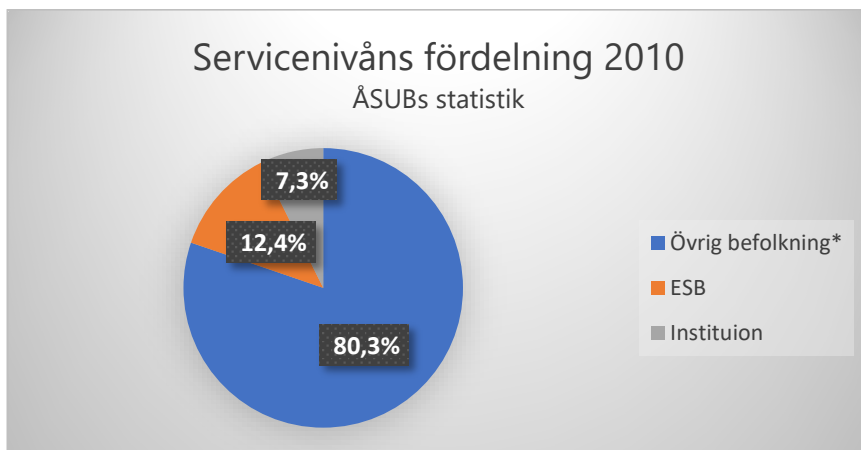


Figur 2 Servicemål enligt landskapsregeringens kvalitetsrekommendation

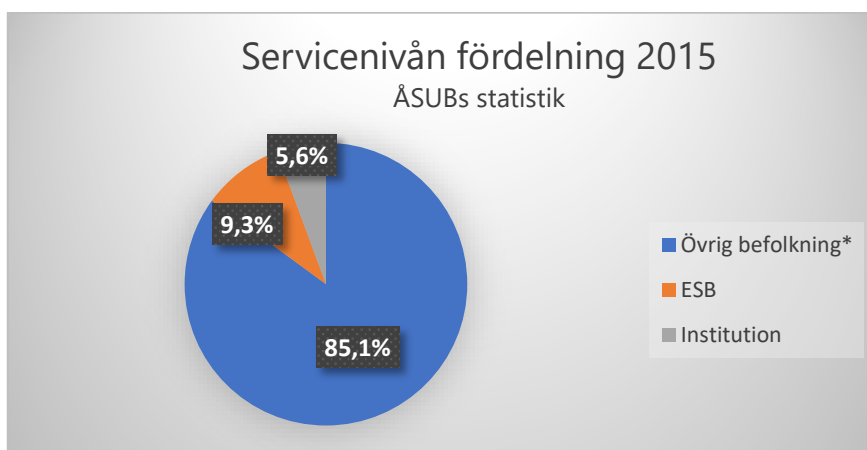
⁵ <https://www.asub.ax/sv/statistik/befolkning-befolkningens-storlek-och-struktur>

⁶ http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69935/URN_ISBN_978-952-00-3420-7.pdf

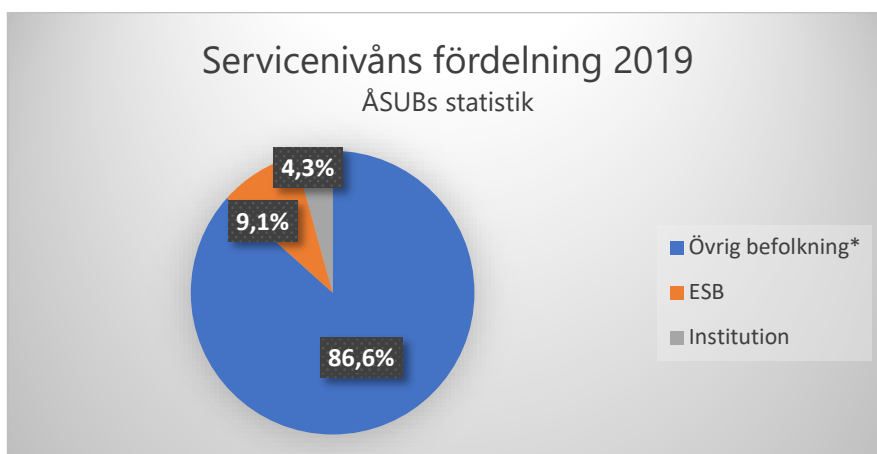
Figurerna 3-5 beskriver hur servicenivån står i förhållande till landskapsregeringens kvalitetsrekommendation.



Figur 3 *I kategorin "övrig befolkning" avses alla personer 75 år och äldre som bor självständigt hemma eller på serviceboende/-lägenheter med eller utan stöd av kommunens hemservicejänster



Figur 4 *I kategorin "övrig befolkning" avses alla personer 75 år och äldre som bor självständigt hemma eller på serviceboende/-lägenheter med eller utan stöd av kommunens hemservicejänster



Figur 5 *I kategorin "övrig befolkning" avses alla personer 75 år och äldre som bor självständigt hemma eller på serviceboende/-lägenheter med eller utan stöd av kommunens hemservicejänster

Figur 3 beskriver hur servicenivån fördelades mellan hemmaboende, effektiverat serviceboende och institutionsvård år 2010, dvs före man började avveckla Gullåsens långvårdsverksamhet. Avvecklingen hade önskad effekt och kommunerna utvecklade öppenvårdens boendeservice och därmed börjar man närma sig landskapets rekommendation om att minst 90% ska ha möjlighet att bo hemma, se figurerna 3–5. Utvecklingen av äldreomsorgens tjänster och service går mot rätt håll, men den positiva utvecklingen har bromsats upp. Enligt statistiken i figurerna 4–5 har nivån för effektiviserat serviceboende hållit samma nivå sedan 2015. Institutionsvården har minskat aningen de senaste fem åren. Orsaken till en hög nyttjandegrad av effektiverat serviceboende kan vara en utvecklad hemservice som inte till exempel erbjuder tjänster under veckoslut. Kommunernas ekonomi, geografiska läge (skärgårdskommunerna), servicestrukturer och tillgång till personal inom socialvården är bidragande orsaker till att kommunerna har varierande möjligheter att erbjuda mångsidiga tjänster för äldre.

4.1. Åldrande befolkning förutsätter en välplanerad äldreomsorg

Många äldre vill bo självständigt i hemlika och trygga miljöer, men samtidigt finns det ett behov bland de äldre att ha nära tillgång till olika tjänster och service som ökar känsla av trygghet och som möjliggör social samvaro. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv kan inte institutionsvårdens nyttjandegrad fortsätta i den utsträckning som den har gjort här på Åland. Institutionsvården är den dyraste vårdformen och med begränsade ekonomiska resurser bör alla kommuner tänka mera långsiktigt, kreativt och över kommungränserna för att skapa hållbara lösningar inom äldreomsorgen.

I landskapsregeringens antagna *"Kvalitetsrekommendation tjänster för äldre"*⁷ beskrivs hur den ökande äldre befolkningen ställer större krav på kommunerna och deras politiska beslutsfattare och ledning att beakta de demografiska förändringarna i all verksamhet. Det övergripande målet är att de tjänster som produceras för äldre, framförallt inom vård och omsorg, men även inom övriga samhällssektorer, ska vara hållbara också på längre sikt och också under de förhållanden där antalet äldre är betydligt högre än i dag, och att de här tjänsterna utgår från den äldre och den äldres behov. Förverkligande av en äldreomsorg som bygger på att minst 90 % av alla 75 år och äldre ska ha möjlighet att bo kvar i hemliknande miljöer utgör grunden för att förverkliga detta. Fokus ska i högre grad än tidigare ligga på såväl förebyggande och tidiga insatser som aktiverande och rehabiliterande insatser.

För att kunna uppnå landskapsregeringens rekommendation behövs kriterier för den långvariga institutionsvården. Eftersom institutionsvården är den tyngsta vårdformen är det inte meningsfullt att placera äldre på institution bara för att någon känner sig ensam eller bor

7

<https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/guidedocument/kvalitetsrekommendation-tjanster-for-aldre.pdf>

avses från all service eller oro för att funktionsförmågan kommer att försämrats och att hjälp eventuellt kommer att behövas. En äldre person ska inte behöva placeras på institution enbart för att kommunens servicestruktur inom äldreomsorgen inte är tillräckligt utvecklad. Om färre klienter finns inom institutionsvården lösgör det resurser som kunde utnyttjas inom öppenvården.

De institutionsplatser som finns bör ha tillräcklig medicinsk och sjukvårdsrelaterad kompetens för att kunna definieras som institutioner. För att kunna dämpa behovet av institutionsvård måste äldreomsorgens tjänster utvecklas så att det uppfyller de äldres behov. Öppenvårdens tjänster bör utvecklas för att tillföra mera tjänster till klientens hem inklusive ökade möjligheter till välfärdsteknik. För att lyckas med detta behövs en tydlig strategi i kommunerna. Idag bor en stor del äldre i bostäder med alla bekvämligheter, vilket möjliggör att boendet inte längre är en anledning till att flytta, utan servicen kan tas till klienten.

Medicinska kriterierna för långvarig institutionsvård för äldre är ett arbetsinstrument för kommunerna, KST och ÅHS för att kunna säkerställa att:

- Klientens servicebehov utreds på ett kvalitativt och professionellt sätt
- Klienten erhåller service på rätt nivå
- Vårdbedömning sker på lika villkor på hela Åland
- Kostnadsutvecklingen inom äldreomsorgen dämpas på lång sikt

5. Bedömning av behovet för långvarig institutionsvård för äldre

5.1. Bedömning av klientens servicebehov

Äldrelagen och socialvårdslagen betonar den förebyggande servicen, handledningen och rådgivningen samt upprätthållandet av funktionsförmågan hos äldre och behovet av ett nytt arbetsgrepp och serviceutbud, där man i stället för att fokusera på ingrepp och åtgärder bedömer individernas behov på ett helhetsmässigt sätt och tillgodoser behoven i enlighet med denna bedömning. Utgångspunkten inom socialvården är att tillhandahållandet av tjänster alltid styrs av klientens individuella servicebehov. Socialvårdslagen innehåller heltäckande och detaljerade bestämmelser om bedömning av servicebehovet och äldrelagens bestämmelser preciserar dem när servicebehovet för äldre personer utreds. Servicens tillräcklighet bedöms särskilt med stöd av äldrelagen och socialvårdslagen utifrån den äldres individuella servicebehov. Viktigt är att lyssna på klienten, vilket behov av hjälp och stöd klienten upplever sig ha. De servicebehov som den äldre själv framför bör

antecknas. Bedömning av servicebehovet görs av en eller flera professionella, med hjälp av olika mätinstrument. Utgångspunkten är att bibehålla eller stärka den äldres funktionsförmåga, initiativkraft och självständighet.

Kommunen och ÅHS ska, innan vård och omsorg ges som långvarig institutionsvård, utreda möjligheterna att tillgodose en äldre persons servicebehov med hjälp av öppenvårdstjänster inom social- och hälsovården som ges i den äldre personens hem. En bedömning av behovet av långvarig institutionsvård förutsätter i allmänhet att en multiprofessionell bedömningsgrupp gör en gemensam bedömning.

Enligt äldrelagen kan beslut om långvarig institutionsvård endast fattas då det finns medicinskt motiverade skäl eller då klient- eller patientsäkerheten förutsätter det, då kan kommunen tillgodose den äldres servicebehov med långvarig institutionsvård. Ett beslut om att ge vård och omsorg som långvarig institutionsvård ska motiveras. Klienten bör ha ett så stort vårdbehov som gör att det inte är motiverat att ordna vården tryggt på annat sätt än på en institution inom äldreomsorgen.

En läkare ska utreda det medicinska behovet av långvarig institutionsvård. I lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (FFS 559/1994) föreskrivs det att legitimerade läkare beslutar om medicinska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vården och behandlingen. En bedömning av behovet av långvarig institutionsvård förutsätter i allmänhet att en multiprofessionell bedömningsgrupp gör en gemensam beredning. Om det konstateras att den äldres behov är sådana att det finns motiverade skäl att tillhandahålla långvarig vård och omsorg inom en institution så är det kommunens ansvar att tillgodose de behov som konstateras i utredningen.

Kommunen är skyldig att tillhandahålla institutionsvård och Ålands hälso- och sjukvård ska tillhandahålla läkartjänster vid socialvårdens institutioner i landskapet⁸.

5.2. Instrument för bedömning av servicebehov

Bedömningsinstrumentet RAI (Resident Assessment Instrument)

RAI-bedömningsinstrumentet är ett standardiserat instrument som används för att bedöma klientens servicebehov samt att göra vård-, rehabiliterings- och serviceplaner. En bedömning av klientens servicebehov som görs med ett RAI-instrument är systematisk och mångsidig. RAI-bedömningsprocessen genomförs tillsammans med klienten. Nyttan med ett gemensamt mätinstrument är att bedömningar sker på samma villkor och därmed får vi en jämligare bedömningsgrund. RAI-bedömningsinstrumentet kan även stöda ledande tjänstemän och beslutsfattare att utveckla äldreomsorgen.

⁸ Äldrelag (2020:9) för Åland, tillämpningsguide

En utredning av servicebehovet ligger till grund för ansökan om institutionsplats. För att säkerställa en objektiv utredning används bedömningsinstrumentet RAI, som är ett hjälpmedel för att kartlägga klientens situation. RAI omfattar ett stort antal frågor, på detta sätt får man en mångsidig bild av klientens funktionsförmåga.

RAI-instrumentet omfattar klientens:

- förmåga att klara av vardagen
- psykiska och kognitiva tillstånd
- sociala välbefinnande
- hälsotillstånd
- kost
- smärta

Arbetsgruppen lyfter upp RAI-bedömningsinstrument i det här dokumentet eftersom det är ett instrument som används av de åländska kommunerna inom äldreomsorgens alla nivåer. Lika arbetsinstrument och -verktyg är bra att använda. RAI är en del av helhetsbedömningen och instrumentet i sig är enbart riktgivande och en omfattande helhetsbedömning bör alltid göras. Även andra bedömningsinstrument kan användas som kompletterar utredningen. Med hjälp av informationen från bedömningen kan man upptäcka brister i personens resurser och funktionsförmåga samt identifiera behovet av vård och service. Enligt principerna för RAI-bedömning ska man för personer som får regelbunden service göra en fullständig bedömning av personens behov när vården inleds och därefter var sjätte månad. En ny RAI-bedömning ska dock alltid göras om personens hälsotillstånd förändras väsentligt.

I jämförelse med den finländska äldreomsorgslagen (2012/980)⁹ kan nämnas att en bestämmelse har fogats som träder i kraft 1.10 2020, om att ett nationellt enhetligt uppföljnings- och bedömningssystem ska användas vid utredning och bedömning av servicebehovet. Det instrumentet är RAI. Syftet är att förenhetliga bedömning av servicebehovet samt att nationellt få jämförbara statistiska uppgifter. Institutet för hälsa och välfärd ska förse kommunerna avgiftsfritt med RAI-bedömningsinstrument samt garantera att det finns både på finska och svenska.

⁹ <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980>

5.3. Helhetsbedömning

En bra bedömning av äldres servicebehov utförs genom multiprofessionellt teamarbete tillsammans med den äldre själv och andra närstående. För att få en tillräcklig bild av den äldres funktionsförmåga bör metoderna beakta de fysiska, kognitiva, psykiska och sociala aspekterna. I detta ingår faktorer i boende- och livsmiljön som inverkar på funktionsförmågan. Som stöd för bedömningen av funktionsförmågan bör man använda sig av mätinstrument som gör att servicebedömningen sker på lika villkor. Olika mätinstrument är förstås riktgivande och utgör inte det enda verktyget för bedömning av äldres servicebehov.

Innan vård och omsorg ges som långvarig institutionsvård ska kommunen och ÅHS utreda möjligheterna att tillgodose äldres servicebehov med hjälp av öppenvårdstjänster inom social- och hälsovården som ges i den äldres hem och hemlik. Syftet med äldrelagen är att säkerställa att besluten om långvarig institutionsvård är väl övervägda och att alla andra alternativ inom öppenvården har kartlagts. Äldrelagen understryker att långvarig institutionsvård endast ska ges när det har utretts att servicebehovet inte kan tillgodoses med öppenvårdstjänster på grund av medicinska skäl eller med hänvisning till klient- eller patientsäkerhet. När det gäller att göra en helhetsbedömning för att kunna besluta om långvarig institutionsvård kan en checklista vara användbar.

Frågor att reflektera över innan beslut tas om långvarig institutionsvård:

- **Har alla för klienten relevanta tjänster inom öppenvården erbjudits och utvärderats?**
- Är vårdbehovet omfattande och kräver dygnet-runt tillsyn?
- Är den medicinska vården så omfattande att den inte kan ges på effektiverat serviceboende?
- Behövs vårdutrustning som är svår att förflytta, svår att ordna eller som kräver specialkunnande?
- Behöver klienten i huvudsak hjälp av två vårdare vid förflyttning och vård?
- Är klienten i behov av omfattande sjukvård?
- Har klienten avsevärt försämrade funktionsförmåga?

Ett JA-svar på de flesta frågorna är riktgivande för långvarig institutionsvård

6. Medicinska kriterier för långvarig institutionsvård för äldre

Arbetsgruppen föreslår följande medicinska kriterier för långvarig institutionsvård för äldre. Kriterierna baserar sig på äldrelagen där en placering i långvarig institutionsvård endast kan ske av medicinskt motiverade skäl eller då klient- eller patientsäkerheten förutsätter det. Arbetsgruppen har tagit fram fem kriterier för när långvarig institutionsvård kan vara rätt vårdnivå för en klient. Arbetsgruppen vill även lyfta fram situationer som ensamt i sig inte utgör en grund för långvarig institutionsvård. Före beslut om långvarig institutionsvård ska man alltid utreda om öppenvårdens tjänster utnyttjats i tillräcklig grad samt se till att klientens medicinska tillstånd har blivit tillräckligt utrett.

Medicinska kriterier för långvarig institutionsvård

Rekommenderar att minst 2 - 3 kriterier bör uppfyllas för att kunna ge en vårdrekommendation för långvarig institutionsvård.

1. Sjukdomstillstånd som förutsätter krävande, ofta återkommande och oförutsedd medicinsk vård.
2. Mycket omfattande vårdbehov. Klienten behöver mycket omfattande hjälp i sina dagliga funktioner och/eller är sängliggande en stor del av dygnet.
3. Sannolik risk för omfattande försämring av funktionsförmåga och hälsotillstånd inom den närmaste tiden.
4. Klientens eller andra människors hälsa eller säkerhet äventyras allvarligt i hemmet eller på en lägre vårdnivå.
5. Vård och/eller vårdutrustning som är svår att förflytta, svårt att ordna i hemmet eller som kräver specialkunskaper.

Följande situationer utgör INTE ensamma en grund för långvarig institutionsvård:

- hög ålder
- demenssjukdom
- psykisk sjukdom
- avstånd
- ensamhet eller känsla av otrygghet
- behov av hjälpmedel/sjukhusteknologi
- terminalvård

7. Sammanfattning och slutsatser

Arbetsgruppens förslag till medicinska kriterier för långvarig institutionsvård medför utmaningar för de institutioner som nu finns på Åland. Institutionerna har i dag olika förutsättningar att ge omsorg och vård till klienterna. Arbetsgruppen anser att klienter som har en institutionsplats inte ska behöva slussas mellan systemen bara för att det inte finns tillräckligt specialkunnande inom institutionsvården. Eftersom institutionsvården är den tyngsta vårdformen bör även krävande sjukvårdsåtgärder kunna hanteras på alla institutioner under alla tidpunkter av dygnet. Det förutsätter att det finns sjukskötare under dygnets alla timmar på institutionen. Sjukskötarens roll är också viktig för att förebygga och åtgärda kommande och akuta hälsoproblem.

För att säkra klienterna god medicinsk vård ska läkartjänsterna vid institutionerna vara så regelbundna att läkaren har en god kännedom om klienternas allmäntillstånd, deras sjukdomar och medicinering. Arbetsgruppen ser att läkarens roll vid institutionerna borde stärkas. I nuläge är läkarresurserna fördelade så att tyngdpunkten ligger på klientarbete och läkaren har således inte möjlighet att vara delaktig i det medicinska utvecklingsarbetet på institutionen. Ökade läkarresurser kan motiveras med att klienterna på institutionerna har allt fler sjukdomar och pågående behandlingar och därmed blir det medicinska ledarskapet allt viktigare.

Arbetsgruppen har också funderat på vilka sjukvårdsåtgärder eller vilken utrustning av medicinteknisk utrustning och hjälpmedel institutionen bör ha och kommit fram till att det är svårt att precisera den exakta nivån på sjukvårdsåtgärder och utrustning, men det finns ett behov av att precisera institutionsvårdens innehåll och omfattning. Den anvisningen kunde förslagsvis dra gränser för vilka sjukvårdsåtgärder som kan göras på institutionsnivå utan att klientsäkerheten äventyras, alternativt definieras detta i samverkansavtalet. För att ta fram en dylik anvisning behövs bred medicinsk kunskap.

I det samverkansavtal som ska ingås mellan ÅHS och den kommunala socialvården bör parterna samarbeta kring vilken nivå som är ändamålsenligt på institutionerna och vilka tjänster som ÅHS kan bidra med. Det vore ändamålsenligt om institutionerna kunde hyra en del medicinteknisk utrustning och hjälpmedel, speciellt sådan utrustning och hjälpmedel som inte behövs regelbundet. Om en part försåg institutionerna med behövlig utrustning och hjälpmedel kunde man garantera att institutionerna klarade av att ge klienterna den behövliga vård som är kliniskt omfattande och förutsätter dygnet runt vård. Samtidigt fick man då fördelen att utrustningen är underhållen, kalibrerad och omskött på ett professionellt sätt.

I samverkansavtalet ska parterna komma överens om gemensamma mål för de samordnade tjänsterna, ansvarsfördelningen och övergripande rutiner för samarbetet och övriga åtgärder för att säkerställa funktionella servicehelheter för klienterna. När samverkansavtal ingås bör man alltså tänka på omfattningen av de samordnade tjänsterna, ansvarsfördelningen och andra övergripande rutiner för samarbete. Behovet av att ordna institutionsvård är starkt bundet till det övriga servicesystemet för äldre. Arbetsgruppen ser det som mest ändamålsenligt att ÅHS och kommunerna tillsammans planerar innehållet och omfattningen i

samverkansavtalet på så sätt att äldreomsorgens utmaningar kan mötas och resurserna styras så att servicehelheterna möter de äldres behov. Samverkansavtalet ger möjlighet att säkerställa att alla institutioner ger likvärdiga tjänster.

När nya servicestrukturer och verksamheter utvecklas vill arbetsgruppen lyfta upp följande utvecklingsområden som vore viktiga att beakta för att säkerställa och möjliggöra ett tryggt boende i hemmet för de äldre:

- Tidiga insatser i form av förebyggande service
- Förebygga äldres känsla av ensamhet
- Utveckla tjänster som ges i hemmet
 - Utveckla hemsjukhusverksamhet
 - Hemrehabilitering
 - Tillräckliga läkarresurser för hemsjukvården och serviceboende
 - Utveckling och ibruktagande av välfärdsteknik
 - Terminalvård
- Centraliserad verksamhet för medicinteknisk utrustning och hjälpmedel
- Utveckla nya boendeformer tex familjevård för äldre

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det viktigaste i utvecklingen av servicehelheten är att de äldre uppfattas som jämlika samhällsmedlemmar och att man lyssnar på dem. Offentliga tjänster bör skapas som bättre tillgodoser de äldres individuella behov och stöder de äldres möjligheter att bo hemma på ett mångsidigt sätt, vilket även den nya socialvårdslagen och äldrelagen betonar starkt. Rehabiliteringen behöver få större betydelse inom hela servicestrukturen. För att kunna minska och till och med frångå den dyra institutionsvården måste öppenvårdens tjänster, användningen av välfärdsteknik, nya serviceformer och andra boendialternativ än traditionella servicebostäder utvecklas så att det uppfyller de äldres behov.

Medicinska kriterier för långvarig institutionsvård för äldre

Medicinska kriterier för långvarig institutionsvård

Rekommenderar att minst 2 - 3 kriterier bör uppfyllas för att kunna ge en vårdrekommendation för långvarig institutionsvård.

1. Sjukdomstillstånd som förutsätter krävande, ofta återkommande och oförutsedd medicinsk vård.
2. Mycket omfattande vårdbehov. Klienten behöver mycket omfattande hjälp i sina dagliga funktioner och/eller är sängliggande en stor del av dygnet.
3. Sannolik risk för omfattande försämring av funktionsförmåga och hälsotillstånd inom den närmaste tiden.
4. Klientens eller andra människors hälsa eller säkerhet äventyras allvarligt i hemmet eller på en lägre vårdnivå.
5. Vård och/eller vårdutrustning som är svår att förflytta, svårt att ordna i hemmet eller som kräver specialkunskaper.

Följande situationer utgör INTE ensamma en grund för långvarig institutionsvård:

- hög ålder
- demenssjukdom
- psykisk sjukdom
- avstånd
- ensamhet eller känsla av otrygghet
- behov av hjälpmedel/sjukhusteknologi
- terminalvård

Hänvisning: Äldrelag (2020/9) 17 § 1 mom.

Källa: Rapporten "Medicinska kriterier för långvarig institutionsvård av äldre" 11/2020