

KVALITETSREKOMMENDATION TJÄNSTER FÖR ÄLDRE

Innehållsförteckning

1. Inledning	4
2. Kvalitetsrekommendationens innehåll och uppbyggnad.....	6
Kvalitetsrekommendationen beaktar	6
Äldrepolitisk strategi och äldreomsorgsplan	6
Kommuninvånarnas möjlighet att påverka utvecklingen av äldreomsorgen.....	7
3. Strukturella faktorer	9
Brukarperspektiv.....	9
Organisations/verksamhetsperspektiv.....	9
Ledning	9
Samhälls- och lokalsamhällsperspektiv	9
Organisation och verksamhet.....	10
Mål	10
Kvalitetsindikatorer.....	11
<i>Källor, närmare information, goda exempel</i>	<i>13</i>
4. Tjänsterna och deras innehåll	15
Bedömning av servicebehov	15
Information, handledning och rådgivning.....	15
God kvalitet.....	15
Jämställdhet.....	16
Mål	16
Kvalitetsindikatorer.....	16
Dokumentation.....	16
Skriftligt beslut.....	16
Vård- och serviceplanen	17
Avvikelse rapportering.....	18
Bemötande, etik och värderingar	18
Mål	18
Kvalitetsindikatorer.....	19

Förebyggande, aktiverande och rehabiliterande insatser	19
Mat, kostbehandling och fysisk aktivitet	19
Mål	20
Kvalitetsindikatorer.....	20
Att tänka på.....	21
Äldre i ordinarie boende	21
Äldre i dygnet-runtvård.....	21
Följder av en försvagad näringsstatus:.....	22
Rätt kost	22
Måltidsordning och nattfasta.....	22
Rekommenderad måltidsordning	23
God Aptit	23
Delaktighet.....	23
Sinnesupplevelser	23
Tugg- och sväljsvårigheter.....	24
Måltidsmiljön och hjälpmedel	24
Etiska överväganden	24
Experthjälp.....	24
Fysisk aktivitet.....	25
Mål	25
Kvalitetsindikatorer.....	25
Kvalitet i träningen - Riktade tjänster.....	26
Kunskap, information och återkoppling	26
Tillgänglighet.....	26
Samarbete.....	26
Utevistelser	27
Mål	27
Kvalitetsindikatorer.....	28
Innehåll i dagen.....	28
Mål	29
Kvalitetsindikatorer.....	29
Äldres boende	29
Ordinarie boende.....	30
Mål	30
Kvalitetsindikatorer.....	30
Serviceboende/effektiverat serviceboende/institutionsboende	30
Mål	30
Kvalitetsindikatorer.....	31
Förebyggande hembesök	31

Mål	32
Kvalitetsindikatorer.....	32
<i>Källor, närmare information, goda exempel</i>	33
5. Uppföljning och utvärdering.....	43
Mål	43
Kvalitetsindikatorer.....	43
Landskapsregeringens tillsyn.....	44
<i>Källor, närmare information, goda exempel</i>	45
Begrepp som används i rekommendationen	46
Bilaga: Befolkningsutvecklingen.....	48
Vilka är i störst behov av vård och omsorg?.....	48
Tabell 1: Befolkning efter ålder 31.12.2008 och 31.12.2009	48
Tabell 2: Beräknat antal personer med demens	49
Mild demens.....	49
Medelsvår demens	49
Svår demens	50
Tabell 3: Äldre i procent av befolkningen, Åland.....	50
Tabell 4: Äldre i procent av befolkningen, regionvis	50
Läs mer.....	51

1. Inledning

I takt med att andelen äldre av Ålands befolkning blir allt större ökar också kraven på kommunerna och deras politiska beslutsfattare och ledning att beakta de demografiska förändringarna i all verksamhet och att skapa en socialt, ekonomiskt och miljömässigt hållbar plattform för de tjänster äldre har behov av.

Med kvalitetsrekommendationen önskar landskapsregeringen bidra till utvecklingen av tjänster för äldre. Syftet är att rekommendationerna skall fungera som ändamålsenliga arbetsredskap i kommunerna. För att uppnå detta syfte innehåller rekommendationerna konkreta mål för kvalitetsutvecklingen.

Det övergripande målet är att de tjänster som produceras för äldre, framförallt inom vård och omsorg, men även inom övriga samhällssektorer, skall 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 skall bo kvar i ordinarie boende utgör grunden för att förverkliga detta. Det innebär att kommunernas servicestruktur i högre grad än nu måste inriktas på hemservice och stödtjänster som äldre behöver. Fokus skall i högre grad än tidigare ligga på såväl förebyggande, aktiverande som rehabiliterande insatser.

Målet med de förebyggande, aktiverande och rehabiliterande insatserna är att bibehålla och stärka de äldres funktionsförmåga, initiativkraft och självständighet.

Gruppen äldre indelas ibland i **yngre äldre**: åldersgruppen 65-79 år och **äldre äldre**: åldersgruppen 80+. En annan indelning som ofta används inom äldreforskningen är **tredje och fjärde åldern**. Med tredje åldern avses den tid då man lämnat arbetslivet men ännu inte är beroende av andras hjälp. Tredje åldern präglas av självständighet och frihet att förverkliga individuella mål. Typiskt för den fjärde åldern är bräcklighet och ett behov att i allt högre grad få hjälp och stöd av andra för att klara det dagliga livet när hälsan försämras och ålderskrämpor försämrar funktionsförmågan.

Kvalitetsrekommendation, tjänster för äldre, med sin betoning av vikten av såväl förebyggande, aktiverande som rehabiliterande åtgärder, riktar sig till hela detta åldersspann.

Föreliggande kvalitetsrekommendation har utarbetats i samarbete med kommunerna. Redan under år 2010 har landskapsregeringen för avsikt att bredda rekommendationen genom att ta in mål och kvalitetsindikatorer beträffande äldres vård- och servicekedjor. Till detta arbete kommer såväl Ålands hälso- och sjukvård som kommunerna att inbjudas att delta.

2. Kvalitetsrekommendationens innehåll och uppbyggnad

I kvalitetsrekommendationen slås fast att kommunerna bör ha en äldreomsorgsstrategi och ett styrdokument för utvecklande av tjänster för äldre. Styrdokumentet kan vara en äldreomsorgsplan eller motsvarande dokument. Övriga som producerar tjänster för äldre bör beakta de kvalitativa och funktionella målen i sina respektive styrdokument.

Kvalitetsrekommendationen beaktar

- Strukturella faktorer – dvs. faktorer som utgör förutsättningar för verksamheten såsom personaldimensionering och –struktur, ledarskap och ansvar
- Processfaktorer; Servicen, dvs. tjänsterna och deras innehåll
- Resultatfaktorer; Uppföljning, utvärdering

Perspektiv

De strukturella faktorerna, processfaktorerna och resultatfaktorerna kan bedömas ur;

Klientperspektiv – hur väl motsvarar tjänsterna klienternas förväntningar och behov.

Personalperspektiv – de anställdas uppfattning om tjänsternas kvalitet och förutsättningarna för kvalitativ vård och omsorg.

Uppdragsgivar-/organisationsperspektiv – uppfyller verksamheten de mål som ställs på innehåll i tjänsterna, är de kostnadseffektiva och lagenliga.

Dokumentets uppbyggnad

För att underlätta kommunens egen kvalitetskontroll och landskapsregeringens tillsyn är dokumentet uppgjort i form en mapp. Mappsystelet innebär att kommunen på ett enkelt sätt kan föra in sina egna styrdokument, förteckningar över åtgärder och beslut i anslutning till ett visst avsnitt osv.

Äldrepolitisk strategi och äldreomsorgsplan

Alla kommuner bör ha en aktuell äldreomsorgsplan som godkänts av fullmäktige och i vilken kommunens äldrepolitiska strategi slagits fast. Planen bör uppdateras årligen och planetiden vara högst 5 år. Beaktandet av den äldre befolkningens behov i all verksamhet kräver att olika förvaltningar medverkar i arbetet och att servicetagare, anhöriga och olika intressegrupper hörs.

Grunden för det strategiska arbetet utgörs av en tillräckligt omfattande analys av dagsläget beträffande befolkningen, tillgängliga tjänster och befolkningens hälsa och välbefinnande. Förändringar i befolkningens

sammansättning, såsom ålder, etnicitet och språk kan avläsas med hjälp av statistiska uppgifter från ÅSUB och framtidsprognoser.

Äldreomsorgsplanen får genomslagskraft i den utsträckning den motsvarar de äldres olika behov och resurser.

Äldreomsorgsstrategin bör innehålla en vision som beskriver ”den goda framtiden”, mål för de olika verksamheter äldre berörs av, och mått med vilka man kan beskriva var man står i förhållande till de uppsatta målen.

En hållbar äldrepolitik innebär att fortlöpande i planering och beslutsfattande beakta och ta hänsyn till eventuella effekter på äldres hälsa och välbefinnande. Genom att stöda deltagande och engagemang och öppet redovisa olika alternativa lösningar och motiveringarna för de beslut som fattas bidrar man till en levande debatt och beslut som är förankrade.

Äldreomsorgsplanen innehåller riktlinjer för servicestrukturen och produktionen av tjänsterna. Kommunen kan välja vilka tjänster som produceras i egen regi, i samarbete med andra kommuner och vilka tjänster som köps av offentliga eller privata serviceproducenter. Ytterligare ett alternativ är att ge servicetagarna servicesedlar som de kan använda för att köpa tjänster av privata serviceproducenter som godkänts av kommunen.

Organisationer, föreningar, församlingar och frivilliga liksom anhöriga utgör en stor resurs och ett gott samarbete med dessa bidrar till att stärka äldres delaktighet och möjligheter till ett aktivt liv.

Kommuninvånarnas möjlighet att påverka utvecklingen av äldreomsorgen

Enligt kommunallag för landskapet Åland (1997:73) skall kommunmedlemmarna och de som utnyttjar kommunens tjänster ges möjlighet att delta i och påverka kommunens verksamhet.

Genom att garantera brukarna av äldreomsorgstjänster möjlighet att påverka dessa tjänster tillvaratar man den resurs som de äldre utgör och skapar bättre förutsättningar för tjänster som motsvarar invånarnas behov.

Enligt kommunallagen kan kommunen främja möjligheten att delta och påverka genom att informera om kommunens angelägenheter, ordna diskussionsmöten och ge invånarna vägledning då de tar egna initiativ.

Kommunen skall informera om ärenden som är anhängiga i kommunen, planer som gäller sådana ärenden, behandlingen av ärendena, hur de avgjorts och deras effekter. Det här kan genomföras på flera olika sätt. Ett

mångsidigt användande av tillgängliga media (tv, radio, tidningar, Internet) och att ordna tillfällen för direkta möten med kommuninvånarna är exempel på sätt att öka inflytandet och delaktigheten i beslutsprocesserna. Genom att bli bättre på att beakta de äldres olika resurser och sträva efter att de äldre deltar aktivt i samhällsutvecklingen, bidrar man till att skapa en bra ålderdom.

Brukarnas/klienternas möjlighet att påverka sin vardag genom att delta i och påverka utvecklingen av kvaliteten på olika tjänster måste tryggas. Genom att klienten deltar i att utforma mål för tjänsterna, hur tjänsterna skall utföras och i att bedöma utfallet, skapar man förutsättningar för att utveckla kvalitativa tjänster.

Tjänsterna bör regelbundet följas upp. En viktig del av uppföljningen är att brukarna har möjlighet att ge respons på verksamheten och resultaten används för att fortsätta utveckla tjänsterna.

Kommuninvånarna och speciellt brukarna bör få information om:

- vilken äldrepolitisk strategi kommunen har valt, hur den uppfylls och på vilket sätt kvaliteten på tjänsterna utvecklas
- vilka tjänster äldre erbjuds och hur äldre kan vara verksamma i kommunen
- när har äldre och/eller deras anhöriga rätt till en tjänst och kriterierna för att bevilja tjänsten
- hur en äldre person skall gå till väga för att få sitt servicebehov bedömt
- vad tjänsterna kostar, dvs. klientavgifterna och grunderna för dem och vad som ingår i avgiften
- hur de äldre kommunmedlemmarnas levnadsvillkor och tjänsternas kvantitet och kvalitet har utvecklats

3. Strukturella faktorer

De strukturella faktorerna är ett sätt att beskriva med hjälp av vad man uppnår god kvalitet i verksamheten.

Brukarperspektiv

En heltäckande bedömning av servicebehovet innebär en kartläggning av den äldres resurser såsom hem, boende- och livsmiljö, ekonomi, samt hälsa och funktionsförmåga, psykiska, andliga och socialkulturella resurser.

Vård- och serviceplanen är det grunddokument som används för att dokumentera denna kartläggning. Vård- och serviceplanen behandlas närmare under avsnittet ”Tjänsterna och deras innehåll.”

Organisations/verksamhetsperspektiv

Rätt dimensionerad personal med rätt kompetens, en bra arbetsmiljö och ändamålsenliga arbetsredskap är grundelement i framgångsrik verksamhet.

Ledning

Ansvaret för ett framgångsrikt genomförande av organisationens uppdrag och verksamhetens kvalitet åligger cheferna. Uppdraget kräver att ledningsstrukturen med antal chefer och deras ledarskapskompetens är korrekt.

Samhälls- och lokalsamhällsperspektiv

Grunden för att kunna leva upp till kraven på god kvalitet är att acceptera och arbeta utgående från att ansvaret för de äldre och de tjänster de har behov av är hela samhällets. Det krävs ett gott samarbete över förvaltningsgränser inom och mellan kommuner och samarbete mellan olika producenter och mellan producenter och intresseorganisationer. I denna rekommendation fokuseras framförallt på tillgänglighet och delaktighet som de två faktorer man på hela samhällsnivån och framförallt på lokal nivå bör uppmärksamma och utgå ifrån när man planerar tjänster för äldre. Samhälls- och lokalsamhällsperspektivet återfinns bl.a. i äldreomsorgsstrategin och äldreomsorgsplanen.

Organisation och verksamhet

Utvecklingen mot flera äldre i samhället leder till ett ökat behov inom vård och omsorg av såväl flera anställda som behov av kontinuerlig fortbildning. För att kunna erbjuda och genomföra förebyggande och rehabiliterande åtgärder i tillräcklig utsträckning krävs det också att man har tillgång till köptjänster/personal som behärskar dessa områden, såsom fysioterapeuter, ergoterapeuter och kostrådgivare. Det kommer att vara en stor utmaning för kommunerna/ÅHS att fylla sitt behov av kvalificerad arbetskraft framöver, inte enbart pga. ett ökat antal äldre utan också för att kvaliteten blir lidande om personalbemanningen inte är rätt.

Arbetsmiljön för de som arbetar inom äldreomsorgen sammanfaller i hög utsträckning med boendemiljön för de äldre som använder äldreomsorgens tjänster. Såväl ur personalens som ur de boendes synvinkel är det därför viktigt att boendemiljön uppfyller vissa grundkrav. Boende- och vårdmiljöer behandlas närmare i avsnittet "Tjänsterna och deras innehåll."

Mål

- En personalstrategi uppgörs där behoven av personal och deras kompetens inom äldreomsorgen på kort och längre sikt redogörs, metoder för rekrytering och bibehållande av personal slås fast (kompetensförsörjningsplan).
- Personalen dimensioneras utgående från klienternas fysiska, kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmåga och vårdberoende.
- I dimensioneringen beaktas de kvalitets- och effektivitetskrav som ställs på verksamheten.
- Alla som är anställda inom äldreservicen har yrkesutbildning inom socialvården och/eller hälsovården och gerontologisk sakkunskap som förvärvats genom grund- och vidareutbildning och/eller fortbildning.
- De som leder verksamheten är yrkeskunniga, har ledarskapskompetens och är rätt dimensionerade i förhållande till verksamhetens omfattning och antalet anställda.
- Personalens arbetshälsa och arbetarskydd tryggas.

Kvalitetsindikatorer

1. Behovet av flexibilitet i verksamheten har tillgodosetts genom att beakta vikariebehovet vid dimensionering och genom möjlighet för personal att tillfälligt flytta mellan enheter enligt vård- och servicebehov.
2. Brukarnas behov av vård och service sett till omfattning, kvalitet och till de effekter vården och servicen har, är tillgodosedda.
3. En kartläggning av personalens kunnande, inte enbart av den formella behörigheten, ger förutsättningar för ett bättre nyttjande av resurserna och visar behoven av vidareutbildning/fortbildning.
4. Personalen ska ges stöd, handledning och fortbildning.
5. De som leder verksamheten ges kontinuerligt stöd, handledning och fortbildning.
6. Vid planering och genomförande av verksamheten beaktas vikten av rätt arbetsmetoder och ändamålsenliga arbetsverktyg.

Vid personaldimensioneringen utgår man från anställda som deltar i den direkta vården, såsom närvårdare, primärvårdare, hemvårdare och hemhjälpare, socialhandledare och socialpedagoger, sjukskötare, hälsovårdare, geronomer och de närmaste cheferna, till exempel avdelningsskötare. Om det vid enheten ändå finns annan personal som deltar i den direkta vården av klienterna, till exempel vård- och anstaltsbiträden som inte har grundläggande yrkesutbildning inom socialvården och/eller hälso- och sjukvården, tas de med i personaldimensioneringen endast till den del deras arbete omfattar klienternas grundläggande behov, till exempel hjälp vid tvättning, måltider och toalettbesök. Även terapipersonal, fysioterapeuter och ergoterapeuter eller motsvarande tas med i personaldimensioneringen till den del som motsvarar deras arbetsinsats på ifrågavarande enhet eller avdelning.

För hemservice, exklusive dygnet-runtvård finns ännu ingen rekommendation om personaldimensioneringen. Dimensioneringen bör dock vara sådan att målet, att minst 90 % av personer 75 år och äldre kan bo kvar i sitt ordinarie boende, uppfylls.

Beträffande heldygnsvården konstateras i den nationella kvalitetsrekommendationen följande:

”Det ska finnas minst 0,5–0,6 vårdanställda per klient och dygn inom heldygnsvården.

Det större antalet (0,6) är att rekommendera om klienterna har svåra somatiska symptom eller beteendestörningar eller om vårdmiljöns storlek och/eller strukturella ramar medför att det behövs mer personal. En bra personaldimensionering i heldygnsvård är 0,7–0,8. När klienter som behöver medicinsk behandling vårdas på hälsocentralernas vårdavdelningar ska antalet vårdanställda vara minst 0,6–0,7 och gärna 0,8 per klient. Det gäller ändå att komma ihåg att utgångspunkten för dimensioneringen alltid är klienterna och deras behov oberoende av den enhet där de vårdas.”

Landskapsregeringen rekommenderar att man för att garantera en god vård och omsorg utgår från en personaldimensionering på 0,7 – 0,8 i heldygnsvård, förutom vid *Gullåsen, där klienter intas för medicinsk behandling och där dimensioneringen 0,8 per klient/patient* rekommenderas. Dimensioneringen bygger på att den som behöver vård /omsorg får detta på rätt nivå och att dimensioneringen är flexibel och anpassningsbar till olika situationer. En klientorienterad vård och omsorg kan komma att kräva en ökning av personaldimensioneringen.

Källor, närmare information, goda exempel

Utveckling av äldreomsorgen

Slutrapport från arbetsgruppen med uppdrag att utreda äldreomsorgen, Ålands Landskapsregering, 2006

Arbetsgruppen beskrev förhållandena inom den åländska äldreomsorgen, och föreslog målsättningar för en utveckling av verksamheten inom äldreomsorgen ur ett långsiktigt perspektiv.

Behörighet

Förordning om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården (FFS 804/1992) gäller i landskapet med stöd av ÅFS landskapsförordning (1995:103) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård

Kompetensutveckling

Socialvårdslagen (FFS 710/1982 (tillämplig på Åland genom landskapslag 1995:101 om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård 1 § mom. 1 p. 1)

Stadgande om kontinuerlig kompetensutveckling finns i 53 §:

"Kommunen skall sörja för att socialvårdspersonalen beroende på grundutbildningens längd, hur krävande arbetet är och befattningsbeskrivningen i tillräcklig utsträckning deltar i den kompletterande utbildning som ordnas för den. Social- och hälsovårdsministeriet kan vid behov genom förordning meddela närmare bestämmelser om den kompletterande utbildningens innehåll, art och omfattning samt om ordnande, uppföljning och utvärdering av utbildningen."

I regeringspropositionen framgår närmare vad man avser med kompletterande utbildning:

"Med kompletterande utbildning i tillräcklig utsträckning avses som **utgångsläge en mängd som är i överensstämmelse med statsrådets principbeslut och i genomsnitt är 3-10 dagar per år och person.** Även till denna del motsvarar tolkningen den tolkning som antagits i den proposition av regeringen som lett till stiftandet av lagar om skyldigheter att sörja för fortbildning inom hälsovården. Den föreslagna bestämmelsen gäller alla personer som arbetar med uppgifter inom kommunens socialvård, men kompletterande utbildning i tillräcklig utsträckning definieras individuellt med beaktande av hur lång grundutbildningen är, hur krävande arbetet är och befattningsbeskrivningen.

Målet för den kompletterande utbildningen är att upprätthålla och öka socialvårdspersonalens yrkesskicklighet och kompetens. Avsikten är att den kompletterande utbildningen skall vara kort- eller långvarig utbildning som stödjer yrket och är systematisk samt motsvarar socialvårdens behov och växlande krav. Den bör ansluta till förnyandet av verksamhetsformer och servicesystem samt till social- och hälsovårdens riksomfattande, regionala och lokala utvecklingsstrategier.

För att den kompletterande utbildningen skall uppfylla de mål som uppställts för den skall den grunda sig på analys av personalens utbildningsbehov. Därför är det viktigt att kommunerna noggrannare än nu försöker bedöma personalens kompetens och utvecklingsbehov. Analys av utbildningsbehoven ger också en god grund för uppföljning av den kompletterande utbildningen och utvärdering av effekterna. För att den kompletterande utbildningen skall ha förutsättningar att vara verkningsfull skall den även vara kvalitativ.

Det kommer an på kommunerna att avgöra hur den kompletterande utbildningen ordnas och genomförs. Avsikten är att den kompletterande utbildningen kan genomföras både som individuell utbildning och som utbildning för yrkesgrupper eller arbetsplatser, och även ordnas som ett samarbete inom ett område eller en region. Den sociala sektorns kompetenscentrum, liksom de framväxande regionala utvecklingsenheterna, som är verksamhetsenheter för kommuner, ekonomiska regioner eller organisationer, kan i framtiden stödja kommunerna även vid regional planering och utveckling av den kompletterande utbildningen.”

Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre; Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:4

Arbetarskydd

Arbetarskyddslag (FFS 738/2002)

4. Tjänsterna och deras innehåll

Kommunernas servicestruktur och samarbetet med hälso- och sjukvården skall göra det möjligt för minst 90 % av personer 75 år och äldre att bo kvar i ordinarie boende.

Förebyggande och rehabiliterande insatser i syfte att bibehålla och stärka de äldres funktionsförmåga, initiativkraft och självständighet kommer att ha stor betydelse för genomförandet av hållbara tjänster för äldre.

Bedömning av servicebehov

Socialvårdslagen (40 a §) förpliktar kommunen att i brådskande fall bedöma behovet av socialservice utan dröjsmål.

I andra än i brådskande fall har de som fyllt 75 år och de som får det högsta vårdbidraget från FPA rätt att få sitt behov av social service bedömt senast den sjunde dagen efter att kontakt tagits till den ansvariga kommunala myndigheten

Information, handledning och rådgivning

Kommunens skyldighet att informera om socialvården och socialskyddet samt att ge handledning och rådgivning om gällande förmåner finns inskrivet i socialvårdslagen. Kommunen är också skyldig att arbeta för att förbättra de sociala förhållandena och avhjälpa sociala missförhållanden.

God kvalitet

Ett av de mest utmärkande kännetecknet för hållbara tjänster är god kvalitet. Med god kvalitet avses här tjänster som:

- utgår från brukaren
- baserar sig på en heltäckande bedömning av brukarens situation och servicebehovet
- fokuserar på målet att stärka de äldres funktionsförmåga, initiativkraft och självständighet
- dokumenteras på ett korrekt sätt
- utvärderas regelbundet
- genomförs i samarbete med brukarna dvs. de äldre, deras anhöriga och olika tjänsteproducenter
- baserar sig på och som utvecklas i enlighet med befintliga, aktuella forskningsresultat och information om god praxis och benchmarking¹
- är kostnadseffektiva och lagenliga

¹ Benchmarking är en metod för att systematiskt lära av goda förebilder. Syftet är att få insikt och kunskap som omsätts till effektiva förbättringar i den egna verksamheten

De rekommendationer som ges beträffande tjänsterna och deras innehåll kommer att kompletteras under år 2010 med mål för samarbetet mellan socialvård och hälso- och sjukvård och beskrivning och mål avseende vård- och servicekedjorna.

Jämställdhet

I landskapsregeringens mål och ramprogram för jämställdhetsarbetet på Åland 2008-2011 konstateras att jämställdhet handlar om grundläggande värderingar som respekt, livskvalitet, demokrati och mänskliga rättigheter.

Statistik är ett verktyg att synliggöra kvinnors och mäns behov, förutsättningar och livsvillkor. Jämställdhetsstatistik betyder att all individbaserad statistik skall vara insamlad, analyserad och presenterad indelad efter kön. Kön skall alltid vara övergripande och genomgående indelningsgrund.

Mål

- Stärka kunskapen om mäns och kvinnors olika behov.
- Mäns och kvinnors möjligheter att få adekvat vård, stöd, service och omsorg, skillnader i resursutnyttjande och praxis synliggörs.

Kvalitetsindikatorer

1. Könsskillnader i behovsbedömningen kartläggs.
2. Statistik beträffande vård, stöd, service och omsorg, skillnader i resursutnyttjande och praxis uppgörs per kön.

Dokumentation

Skriftligt beslut

Tjänster som beviljas inom socialvården grundar sig på beslut av en kommunal myndighet. Oberoende av om ansökan framförts muntligt eller skriftligt och oberoende av om service beviljas i enlighet med ansökan eller inte, ska beslut om service alltid vara skriftligt. Det skriftliga beslutet är en förutsättning för klientens möjlighet att söka ändring i beslutet.

Förvaltningslag (2008:9) för landskapet Åland är även i övrigt vägledande för vad som krävs av en god förvaltning i mötet med enskilda.

Vård- och serviceplanen

Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården stadgar om att en service-, vård-, rehabiliterings- eller motsvarande plan skall göras om det inte är fråga om tillfällig rådgivning och handledning eller om det inte i övrigt är uppenbart onödigt att utarbeta en plan. Även socialvårdsförordningen konstaterar att en vårdplan vid behov görs upp, för och i samråd med klienten och i förordningen om klientavgifter förutsätts att en service- och vårdplan görs upp i samråd med den som använder service i hemmet.

Vård- och serviceplanen är det grunddokument genom vilket man planerar för, förverkligar och följer upp tjänster för äldre. Utgångspunkten är klientens egen uppfattning om sin situation och sina behov.

En *heltäckande bedömning av servicebehovet* innebär en kartläggning av den äldres resurser såsom hem, boende- och livsmiljö, ekonomi, samt hälsa och funktionsförmåga, psykiska, andliga och socialkulturella resurser.

De servicebehov som den äldre själv framför skall antecknas. Bedömning av servicebehovet görs av en eller flera professionella, med hjälp av mätmetoder som utvecklats för ändamålet (såsom RAVA-mätaren för funktionsförmåga och programmet RAVATAR) med utgångspunkten att bibehålla eller stärka den äldres funktionsförmåga, initiativkraft och självständighet. För att de förebyggande och rehabiliterande åtgärderna skall få genomslagskraft bör ett tillräckligt multiprofessionellt team medverka i bedömningen. En ergoterapeut kanske krävs för att bedöma hinder/hot i hemmet och boendemiljön medan kommunens tekniska sektor kan bidra med kunskap om lösningar och kostnaderna för dessa osv. Den äldre ska ges information om olika alternativa lösningar och om det serviceutbud som finns inom olika områden. De anhöriga är en viktig samarbetspartner som bör beaktas och tas med i planering, utförande och utvärdering av tjänsterna.

Planen ska innehålla *konkreta mål* för arbetet med klienten. Mål uppställs såväl för de insatser som sätts in, som för den utveckling eller bibehållande av klientens hälsa, funktionsförmåga, initiativkraft och självständighet som eftersträvas (utvecklingsmål, mål för aktivering).

I vård- och serviceplanen beaktas också helheten av de avgifter som tas ut, så att avgiftsuttaget inte är oskäligt med tanke på klientens försörjning.

Vård- och serviceplanen skall kontinuerligt *uppdateras* så att den motsvarar den aktuella situationen, dock *minst en gång per sex månader*.

Avvikelseberättelse

För utveckling av tjänsternas kvalitet är det viktigt att avvikelser dokumenteras och statistikförs. Detta gäller såväl avvikelser från uppsatta mål i vård- och serviceplanen som dokumentation av olyckor, misstag och fel som begås i vården och omsorgen. Dokumentationen skall uttryckligen användas som underlag för att utveckla verksamheten.

Bemötande, etik och värderingar

Det sätt vi betraktar olika grupper i samhället är avgörande för den politik som förs, de åtgärder som vidtas och de tjänster som skapas. Ett gemensamt grundläggande, etiskt förhållningssätt till den allt större gruppen äldre i samhället ger styr signaler till de aktörer som är ansvariga för tjänster för äldre.

Bemötande handlar om ett samspel mellan människor och den inställning som människor har till varandra och hur det kommer till uttryck i tal, handlingar, gester, ansiktsuttryck, tonfall etc.

Människosyn och bemötande har en avgörande betydelse för kvaliteten på de tjänster som riktar sig till äldre.

Goda, mångsidiga kommunikationskunskaper och -färdigheter är av betydelse inte enbart i samspelet med de äldre, utan även i kontakten med anhöriga och i samarbetet med kolleger och samarbetspartners.

Etik handlar om vad som är rätt och fel, gott och ont. Ibland kan sådana värden stå i motsättning till varandra. Det kan till exempel handla om att göra avväganden mellan individens rätt att bestämma över sig själv och risken för någons hälsa.

Mål

Den äldre skall,

- oberoende av funktionsförmåga, bemötas som en aktiv part, vars delaktighet i beslut som berör henne eller honom själv skall efterfrågas och uppmuntras. Ledord är integritet, respekt, lyhördhet och inlevelseförmåga samt helhetstänkande.

Personer som arbetar med vård och omsorg om äldre har

- ökat medvetande om vikten av att kontinuerligt arbeta med frågor kring bemötande, etik och värderingar
- beredskap att möta utmaningar som ställer stora krav på bemötande, etik och värderingar

Kvalitetsindikatorer

1. I äldreomsorgsplanen beskrivs hur man arbetar med frågor kring bemötande, etik och värderingar.
2. Varje verksamhet har en egen värdegrund som man arbetar utgående från.

Förebyggande, aktiverande och rehabiliterande insatser

Nedan lyfts några av de faktorer fram som är särskilt viktiga för att bibehålla och stärka de äldres funktionsförmåga, initiativkraft och självständighet.

Mat, kostbehandling och fysisk aktivitet

Fysiologiska förändringar som hör ihop med åldrandet och sjukdomar leder till minskad fysisk aktivitet, till att den basala ämnesomsättningen (det vill säga den energi som går åt bara för att hålla oss vid liv) sjunker och till att aptiten ofta försämras hos äldre. En följd av det här är att energibehovet blir mindre. Den största andelen av det minskade energibehovet har sin grund i minskad fysisk aktivitet. Behovet av de flesta näringsämnen såsom protein, vitaminer och mineralämnen blir inte mindre, vilket innebär att det är viktigt att kvaliteten på maten är god. God kosthållning kan förhindra sjukdomar eller medverka till att sjukdomar bryter ut senare, påverka sjukdomsförloppet positivt och upprätthålla funktionsförmågan. En tillräcklig buffert av näringsämnen innebär en snabbare återhämtning vid sjukdom. En god fysisk och psykisk hälsa och funktionsförmåga å sin sida ökar möjligheterna att bevara en god näringsstatus.

De mål och rekommendationer som ges utgår från den nordiska näringsrekommendationen och från de nya näringsrekommendationer för äldre som utgetts av Statens näringsdelegation år 2010. Båda betonar vikten av att integrera nutrition och fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet bidrar till att upprätthålla muskelstyrkan och öka energiåtgången och ger därmed bättre aptit.

Målgrupp: Äldre, anhöriga, personer som arbetar med äldre inom social- hälso- och sjukvård såsom hemservice, hemsjukvård, olika former av boenden och på institutioner samt de som arbetar med måltidsservice för äldre.

Mål

- Stärka kunskapen om kost och kostens betydelse för hälsan hos äldre.
- Personer som arbetar med vård och omsorg om äldre kan identifiera en försämrad näringsstatus och genomföra kostbehandling som en del av god vård för äldre.
- Personer som arbetar med vård och omsorg om äldre känner till övriga faktorer som bidrar till eller utgör hinder för god aptit och bra måltidssituationer och vidtar vid behov åtgärder för att rätta till situationen.

Kvalitetsindikatorer

1. De näringsmässiga behoven varierar i olika skeden av åldrandet.

Näringsstatusen, kosten och näringsintaget hör nära samman med den äldres hälsotillstånd och funktionsförmåga. Specialsituationer, som sjukdomar och rehabilitering, beaktas i matservicen och vid genomförande av kostbehandling.

2. De äldres kostintag utvärderas regelbundet.

Näringsstatusen utvärderas genom att följa med vikten och framförallt viktförändringar och genom metoder som utvecklats för detta ändamålet. Vid behov uppskattas den intagna mängden mat med metoder för detta.

3. Med hjälp av kostbehandling garanterar man ett tillräckligt intag av energi, protein, näringsämnen, fibrer och vätska.

Kostbehandlingen är en del av god vård och omsorg. Intensifierad kostbehandling genomförs när näringstillståndet är försvagat, man ser en viktnedgång eller när mängden mat som intas är liten.

4. D-vitamintillskott hos över 60-åringar säkerställs.

För att trygga D-vitaminintaget hos personer över 60 år rekommenderas ett D-vitamintillskott om 20 mikrogram (800 IU) i dygnet året runt.

5. De äldres möjlighet till utevistelser, till att upprätthålla sin muskelstyrka och till motion tryggas. Motion bidrar till att upprätthålla en god livskvalitet, psykisk hälsa och välbefinnande.

Energiförbrukningen ökar och möjligheten till en tillräcklig mängd näringsämnen säkras (se vidare under Fysisk träning).

Att tänka på

För att rekommendationerna skulle uppnå största möjliga effekt är det viktigt att uppmärksamma alla äldre, inte bara de som bor på serviceboende eller på institution eller som är i sjukhusvård, utan även hemmaboende äldre som inte lider av någon sjukdom eller har funktionsnedsättningar.

Äldre i ordinarie boende

För att nå ut med information till äldre som bor kvar i sitt eget hem och till deras anhöriga är rekommendationen att man använder flera olika tillvägagångssätt. Information om kost och motion borde åtminstone ingå i de förebyggande hembesökena och information finnas på kommunens hemsida. Det är att rekommendera att kommunen även tillhandahåller skriftlig information om kost och motion.

Föreläsningar om kost och matlagningskurser för äldre och anhöriga är exempel på hur man kan öka kunskapen om hur man bibehåller eller stärker hälsan med hjälp av rätt kost. Särskilt viktigt är stöd och uppmuntran till äldre närståendevårdare, som förutom matlagning till sig själv kan ha ansvar för t.ex. en multisjuk äldres kosthållning.

Hos äldre som bor hemma och som har flera sjukdomar och/eller funktionsnedsättningar är det viktigt att identifiera viktförändringar och ofrivillig viktnedgång och att förhindra dem. Även i de fall där den äldre har matservice dagligen är det viktigt att påminna om att ha tillräckligt med mat hemma för dygnets övriga måltider och att vid behov ordna butiksservice. Vid matservice är det viktigt att iaktta de föreskrifter som finns om transport av mat (godkänt emballage, hygien, temperatur) samt att maten såväl till mängd, kvalitet som estetik uppfyller det som sägs i denna rekommendation.

Äldre i dygnet-runtvård

Undersökningar visar att speciellt de äldre som är beroende av andra riskerar felnäring. På sjukhus och institutioner är man inte alltid tillräckligt uppmärksam på den här vårdfaktorns betydelse för tillfrisknande och rehabilitering. Till exempel patienter med lårbensbrott som vårdas på sjukhus har ett dagligt energiintag som är klart under förbrukningen. När man undersökte finländska kvinnor som bodde på en demensavdelning, var även deras genomsnittliga energiintag för litet (bara lite över 1200 kcal/dygn).

Det är därför viktigt att stärka vård- och omsorgspersonalens kunskaper om kostbehandlingens vikt för en god vård och om nyttan av och möjligheterna med kostbehandling. Såväl socialvården med klienter i dygnet-runtvård som Ålands hälso- och sjukvård har ett ansvar för att arbeta med frågor kring klienternas/patienternas kost och kostbehandling utgående från gällande rekommendationer.

Följder av en försvagad näringsstatus:

- sjukligheten ökar
- motståndskraften försämras
- inflammationsspiral
- påskyndad muskelförlust och trötthet
- funktionsbegränsningar och försvagning av funktionsförmågan
- försvagad kroppsbehärskning, fall och benbrott
- försvagad användning av andningsmuskulaturen, svårigheter att andas och att hosta
- försvagad värmereglering, vilket medför att man fryser mera
- apati, depression och att man negligerar sig själv
- ökad användning av hälsovårdstjänster

Rätt kost

Den fettfria vävnadens andel i kroppen och speciellt muskelmassans andel minskar när man åldras, framförallt som en följd av att man rör mindre på sig. I samband med sjukdomar blir muskelförlusten ofta snabbare men mängden protein minskar också som en följd av dålig aptit. När energiintaget är lågt, är det bra att den äldre får minst 1 gram protein per kilo kroppsvikt och dygn från sin kost. Det finns också bevis på nyttan av ett större proteinintag när det gäller äldre (1,5 gram per kilo kroppsvikt). Äldre och sköra människor får ofta också i sig mindre energi, C- och D-vitaminer, folsyra, kalcium, zink och fibrer än behovet. Dethär kan bero på litet eller ensidigt kostintag. När man äter lite, kan också mängden vätska man får i sig vara liten. Kroniska sjukdomar och medicinering kan orsaka ett ökat behov av näringsämnen, påverka ämnesomsättningen, hur näringsämnen tas upp eller deras omsättning i kroppen.

Hänsyn bör tas till den äldres vanor och preferenser men det är samtidigt viktigt att saltintaget skulle vara måttligt och att man använder mjuka fetter. Om man vid sjukdom inte kan tillfredsställa behovet av energi, protein och näringsämnen bör intensifierad kostbehandling sättas in. Personalen bör känna till specifika kostbehov vid olika sjukdomar och speciella ätbesvär som kan förekomma i samband med dessa.

Måltidsordning och nattfasta

Förutom att maten bör vara av god kvalitet bör den fördelas rätt över dagen. För äldre är det viktigt att äta många gånger per dag eftersom de flesta inte orkar äta så mycket i gången. När man planerar måltidsordningen bör målen vara att respektera den äldres egen rytm och att trygga att energiintaget motsvarar förbrukningen. **Nattfastan får inte överstiga 11 timmar.**

I praktiken är behovet av flexibilitet störst när det gäller frukosten. Många äldre vaknar tidigt och har behov av energipåfyllning genast, andra sover länge. En flexibilitet i när frukosten serveras innebär att lunchtiden bör senareläggas något och att de som vaknat tidigt erbjuds ett mellanmål under förmiddagen. För att nattfastan inte skall bli för lång är det viktigt att servera ett kvällsmål. Till de äldre som vaknar på natten och är oroliga bör man kunna servera ett nattmål.

Rekommenderad måltidsordning

<i>Måltid</i>	<i>Tider</i>	<i>Energifördelning (procent)</i>
Frukost	07.00 – 10.30	15-20
(Mellanmål	9.30 – 10.30	5-10)
Lunch	11.00 – 13.00	20-25
Mellanmål/ eftermiddagskaffe	14.00 – 15.00	10-15
Middag	17.00 – 19.00	20-25
Kvällsmål (Nattmål vid behov)	19.00 – 21.00	10-15

- **OBS! Nattfastan får inte överstiga 11 timmar**

God Aptit

Förutom bristen på motion finns det flera andra faktorer som påverkar matlusten. Det är viktigt att i vården och omsorgen ha en helhetsbild av de faktorer som kan utgöra ett hinder för eller stärka matlusten hos den äldre.

Delaktighet

Genom att på olika sätt stimulera äldres delaktighet i planeringen av matsedeln bidrar man till att den äldre känner sig sedd och lyssnad på. Man kan fånga upp de behov och önskemål som finns t.ex. genom att bilda ett matråd där äldre ingår, genom att aktivt fråga efter favoriträtter, traditioner osv.

Sinnesupplevelser

Luktsinnet är viktigt för upplevelse av hur någonting smakar. Dofter man känner igen och förknippar med något gott har betydelse för hur vi upplever att maten smakar.

Många äldre har nedsatt **syn**. Det är därför viktigt att belysningen vid matplatsen är rätt. Skarpa kontraster gör det också lättare att uppfatta föremålen på bordet och den mat som serveras.

Känselsinnet uppfattar matens konsistens och temperatur. Att använda en kupa för att hålla maten varm är ett bra hjälpmedel t.ex. i samband med matning.

Sjukdomar, men också vitaminbrister, kan vara en orsak till att smak- och luktupplevelserna förvrängs eller försvagas.

Förutom att läkemedel kan förändra smakupplevelsen är en vanlig biverkan muntorrhet. Muntorrhet sätter kraftigt ner förmågan att känna smak.

Tugg- och sväljsvårigheter

Munhälsan hos äldre bör uppmärksammas oberoende av om de äldre bor hemma eller på ett boende. Förutom sjukdomar är lösa tänder eller tänder som gör ont, tandproteser som sitter illa och sår eller sveda i munnen vanligt förekommande orsaker till tugg- och sväljsvårigheter.

Med åldrandet sker också fysiologiska förändringar såsom minskad och förändrad saliv och en sänkt slemproduktion i matstrupen. Det är viktigt att måltiden får ta den tid som behövs och att man tar hänsyn till de olika behov som finns beträffande matens konsistens och sammansättning.

Måltidsmiljön och hjälpmedel

Måltiderna har för många en stor psykosocial betydelse. De är ett tillfälle att umgås och känna gemenskap med andra. För andra kan det vara viktigt att få äta vid eget bord eller i sitt eget rum – det är t.ex. vanligt med skamkänslor efter en stroke som medfört svårigheter att ”äta snyggt.”

Ju mera behov av hjälp den äldre har, t.ex. matning, desto viktigare blir de olika faktorer som påverkar måltidssituationen.

En lugn miljö med personal som sitter med vid bordet eller äter tillsammans med de äldre och att tillräckligt med tid reserverats är grundförutsättningar för en bra måltidsmiljö.

Eftersom äldre ofta behöver lång tid att äta är det viktigt att kunna hålla maten varm t.ex. genom att inte servera all mat på en gång, genom att använda värmetallrikar och vid behov kupor. Specialhjälpmedel bör användas vid behov.

Etiska överväganden

Matens betydelse för människan är långt mera än bara näring för kroppen. Ju bättre man känner till de psykologiska, sociala, kulturella och andliga aspekterna på maten och måltider desto större möjlighet har man att förstå och respektera enskilda preferenser och aversioner beträffande maten och matens betydelse för att få vara den man är.

Experthjälp

Vid behov bör det finnas möjlighet att anlita experter, t.ex. dietist eller näringsterapeut vid utformning av kostbehandling och talterapeut eller motsvarande vid tugg- och sväljsvårigheter.

Fysisk aktivitet

Mångsidig fysisk träning som upprätthåller muskelstyrkan motverkar en försvagning av funktionsförmågan och förlänger därmed möjligheten till självständigt boende hemma. Äldre bör ha möjligheter till daglig motion som stöder muskelstyrka och balans, de bör få handledning i rätt träning efter behov och i den fysiska planeringen av områden och lokaler bör man beakta äldres möjligheter till träning.

Målgrupp: Äldre, anhöriga, politiskt ansvariga och ansvariga för fysisk planering inom olika förvaltningsgrenar, personer som arbetar med äldre inom social- hälso- och sjukvård såsom hemservice, hemsjukvård, olika former av boenden och på institutioner samt de som arbetar med olika former av träning för äldre.

Mål

- Stärka kunskapen om fysisk träning och dess betydelse för hälsan hos äldre
- Äldres behov av trygga, tillgängliga miljöer för utövande av vardagsmotion beaktas i kommun/stadsplanering
- Äldre har möjlighet och uppmuntras till träning under sakkunnig handledning
- Inom socialvårdens boenden och institutioner samt inom hälso- och sjukvårdens långtidsvård finns utrymmen och utrustning för såväl konditions- som styrketräning

Kvalitetsindikatorer

1. De samhällsekonomiska effekterna av fysisk träning och effekterna för den enskildas hälsa och välfärd är vägledande för beslut som fattas på samhällsnivå och av den enskilda
2. Äldres möjlighet att röra sig tryggt i sin närmiljö är tillgodosedd och tillgängligheten till befintliga träningslokaler är god
3. Samarbete med olika aktörer gör det lättare att erbjuda fler och mera mångsidiga träningsmöjligheter. Träningen skall vara trygg, utveckla eller upprätthålla
4. Funktionsförmågan/förmågorna, uppmuntra till självständighet, upprätthålla initiativförmåga och mod
5. Utrymmen för träning vid boenden och institutioner skall vara tillgängliga för kontinuerlig träning och korridorer eller andra utrymmen som leder dit skall vara fria från hinder. Utrustningen skall vara tillräckligt mångsidig, säker och i gott skick.

Kvalitet i träningen - Riktade tjänster

Kunskap, information och återkoppling

Bristande kunskap om äldres möjligheter att träna och om fördelarna med träning för äldre leder bl.a. till att äldre passiviseras och till onödigt lidande t.ex. på grund av muskelsvaghet. Rätt träning ger stora hälsovinster för den enskilde och sparar samhällets resurser. De äldre och deras anhöriga bör på ett tillräckligt aktivt sätt informeras om möjligheterna till motion och träning. Man bör också efterfråga de äldres egna önskemål och ta dem i beaktande när man planerar olika åtgärder. Deltagarna skall ges möjlighet till regelbunden respons på de aktiviteter som genomförs. Tillsammans med en kontinuerlig utvärdering av hälsotillståndet hos deltagarna utgör de grunden för en fortsatt utveckling av den fysiska träningen för äldre.

Anställda inom social- hälso- och sjukvård bör vid behov ges möjlighet till fortbildning för att kunna stöda de äldre i deras träning. Tillräckliga resurser för fysioterapi – eller motsvarande tjänster bör finnas vid boenden och institutioner.

Tillgänglighet

Många äldre har nedsatt rörelseförmåga, vilket bör beaktas när man planerar var träningen skall erbjudas. Förutom institutioner, servicehus och dagcentra har många kommuner idrottsanläggningar som bör kunna nyttjas även av äldre. Om ledsagare och transportservice kan erbjudas ökar både möjligheterna och intresset att delta.

Det är viktigt att även beakta tillgängligheten till och från träningsutrymmet (parkeringsplats, lätttrafikleder, sandning vid halka osv.) och att omklädningsrum och toaletter kan användas också av de som använder rollator eller rullstol.

Även tidpunkten för när träning erbjuds har betydelse. Många äldre rör sig helst inte ute när det är mörkt, t.ex. på grund av synnedsättning. Det övergripande ansvaret för genomförande av åtgärderna ligger på ledningen inom social- respektive hälso- och sjukvården.

Samarbete

Planering och genomförande av träning för äldre kräver samarbete mellan olika delar av förvaltningen. Samplanering mellan olika arrangörer ger bättre förutsättningar för en mångsidig träning och en större kostnadseffektivitet.

Ett effektiviserat samarbete mellan socialvården och hälso- och sjukvården är viktigt för att öka möjligheten till trygg träning för alla äldre. Genom att använda recept för fysisk aktivitet stimulerar man patienten till träning och i samarbete med socialvården ökar möjligheterna att hitta rätt träningsform.

För att utveckla och bibehålla kvaliteten på dethär området och för att utveckla en allsidig träning för de äldre behövs samarbete med och regelbundna insatser från fysioterapeut eller motsvarande. I vissa fall t.ex. beträffande institutionerna, kan det finnas behov av heltidsanställningar, i andra fall kan man komma långt med att samarbeta med andra kommuner om köptjänster och genom att ge den egna personalen möjlighet till handledning och utbildning för att utveckla sin kunskap.

Utevistelser

En av de kvalitetsbrister som såväl de äldre själva, deras anhöriga som personal som arbetar inom vård och omsorg pekat på under senare tid är brist på möjlighet till utevistelser. Eftersom att röra sig utomhus ingår naturligt i livsföringen för de flesta människor innebär detta att en del av det liv man är van att leva faller bort. Naturligtvis finns det situationer när en äldre, även med hjälp, inte önskar eller kan vistas ute men oftare förefaller hindren vara ett på förhand fastslaget tänkande kring äldre människor och deras behov och vad detta innebär i bl.a. personalbemanning.

Beroende på den äldres egna önskemål och eventuella fysiska eller andra begränsningar kan utevistelsen bestå av möjligheten att sitta ute i en trädgård, att ha möjligheter till aktiviteter ute som t.ex. trädgårdsarbete eller sällskapsspel, promenader med eller utan hjälp osv. Förutom den hälsoeffekt man får genom fysisk aktivitet är utevistelser ett sätt att få nya sinnesupplevelser och utvidga den sfär där man känner trygghet.

Målgrupp: Äldre, anhöriga, politiskt ansvariga, personer som arbetar med äldre inom social-, hälso- och sjukvård såsom hemservice, hemsjukvård, olika former av boenden och på institutioner.

Mål

- Stärka kunskapen om utevistelser och dess betydelse för hälsan hos äldre.
- Stärka kunskapen om utemiljöns betydelse för äldres möjligheter att vistas ute.
- Äldre har möjlighet och uppmuntras till regelbunden utevistelse.

Kvalitetsindikatorer

1. Målgruppen har uppdaterad kunskap om utevistelsernas betydelse för hälsan och personalen har möjlighet till fortbildning vid behov.
2. Målgruppen har uppdaterad kunskap om utemiljöns betydelse för äldres möjligheter att vistas ute och personalen har möjlighet till fortbildning vid behov.
3. Äldres möjlighet att röra sig tryggt i sin närmiljö är tillgodosedd.
4. Äldre vid boenden och institutioner som har behov av ledsagare har möjlighet till utevistelse minst varannan dag.

Förutom de olika hälsoeffekter som följer av fysiska aktiviteter och som redan berörts under ”Fysisk träning”, ligger utevistelsernas betydelse även i att de

- bidrar till att bevara den äldres egen identitet
- de motverkar känslor av att vara fången i bostaden
- de ger olika former av naturupplevelser och
- en möjlighet att känna de olika årstiderna och olika väder.

Hindren för de äldre att röra sig ute kan ligga på det psykologiska planet – framförallt om man upplever miljön som otrygg drar man sig för att gå ut. Fysiska hinder kan vara t.ex. ojämna vägar, gropar, höga kanter, halka eller brist på promenadvägar. Även brister i organisationen, såsom bristande resurser eller rutiner kan utgöra hinder för de som behöver hjälp att komma ut. När man funderar på tillgänglighet för äldre att vistas ute behöver man beakta alla dessa aspekter.

Innehåll i dagen

Äldre är ingen homogen grupp. Tvärtom omfattar gruppen äldre flera generationer och individer med mycket olika bakgrund och olika preferenser avseende vad som uppfattas som en meningsfull tillvaro. Det här bör avspeglas i mångfaldiga möjligheter för äldre att berika sin dag med olika aktiviteter. Det är viktigt att äldre ges möjlighet att både själva medverka till och utöva olika aktiviteter, förutom de som nämnts under fysisk träning och utevistelser, och möjlighet att delta som åskådare vid olika evenemang vid det egna boendet eller på annat håll.

Mål

- De äldre i kommunen ges möjligheter till fortbildning.
- De äldre i kommunen ges möjligheter att delta i kultur- och andra aktiviteter som deltagare eller åskådare.
- Kommunen samarbetar med frivilligorganisationer, intresseföreningar osv. för att kunna erbjuda äldre en meningsfull tillvaro.

Kvalitetsindikatorer

1. Äldres intresse för fortbildning och kursverksamhet efterfrågas och planering och genomförande sker utgående från det intresse som finns.
2. De äldre har möjlighet att delta i kultur- och andra aktiviteter som deltagare eller åskådare oberoende av om de bor i ordinarie boende, i serviceboende eller motsvarande eller på institution.
3. Vid planering och genomförande tas hänsyn till den äldres funktionsförmåga och hälsa.
4. Aktiviteterna planeras på längre sikt, gärna som årsplanering, för att ge äldre en god möjlighet att välja och ha kontroll över sin dagliga tillvaro.

Många äldre känner sig ensamma och isolerade. De aktiviteter som ordnas fyller alltså också en social funktion. Genom möjlighet att fortsätta utöva sina specialintressen känner sig den äldre också sedd och bekräftad och får kontakt med andra likasinnade.

Äldres boende

Målet att minst 90 % av 75 år och äldre skall ha möjlighet att bo kvar hemma bygger dels på en samhällsekonomisk analys av följderna av den demografiska utvecklingen och hur de utmaningar som följer av denna bör mötas, men också på erfarenheten 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.

I räddningslagen beskrivs kommunens skyldighet att förebygga olyckshändelser och olycksfall bl.a. genom att vid samhällsplanering beakta olika säkerhetsaspekter. Plan- och bygglagen innehåller bl.a. bestämmelser om att en detaljplan ska upprättas och hållas aktuell i takt med kommunens utveckling. Kommunen ska dessutom se till det skapas en trivsam, trygg och sund livsmiljö som även är tillgänglig för personer med funktionshinder

Ordinarie boende

Mål

- Det är tryggt och säkert för äldre att bo kvar i sitt ordinarie boende.

Kvalitetsindikatorer

1. De kommunala sektorerna (vård och omsorg, boende, tekniska sektorn och räddningsväsendet) samarbetar kring att utreda behoven av reparationer och ändringar i bostäderna hos de klienter som omfattas av hemservice, stöd för närståendevård och förebyggande hembesök.
2. Anställda inom de kommunala sektorerna har uppdaterad kunskap om hjälpmedel och olika former av s.k. smart teknik (såsom trygghets- och säkerhetsteknik samt it-baserad teknik) och kan informera de äldre och anhöriga om de här möjligheterna.
3. Klienterna/anhöriga informeras om möjligheterna att söka stöd/bidrag för ändamålet.

Serviceboende/effektiverat serviceboende/institutionsboende

Mål

- Boendet är tryggt och säkert för de äldre.
- Boendet är ändamålsenligt och trivsamt.
- Boendemiljön befrämjar den äldres funktionsförmåga, hälsa och självständighet och uppmuntrar till social samvaro.

Kvalitetsindikatorer

1. Personalen har kunskap om olika riskfaktorer i boendemiljön och samarbetar med övriga kommunala sektorer för att förebygga olyckshändelser och olycksfall.
2. Boendet är säkert och tryggt också för personer med olika funktionsnedsättningar.
3. De boende har eget rum med anslutet hygienutrymme, vid serviceboende även kokmöjligheter.
4. Make och maka eller sambos skall ha möjlighet till gemensamt boende, liksom övriga boende som föredrar detta framför eget rum.
5. Den boende har rätt till egna möbler m.m. föremål som är viktiga i det egna hemmet. Vid t.ex. behov av hjälp vid uppstigning/sänggående bör dock hänsyn tas till personalens behov av ergonomiskt riktiga hjälpmedel.
6. De gemensamma utrymmena skall vara ändamålsenliga och göra det möjligt att förverkliga målen i den här rekommendationen (t.ex. fysisk träning).
7. Utemiljön är trygg och utan hinder.

Förebyggande hembesök

Sedan april 2007 ingår ”Förebyggande hembesök” i ÅHS ordinarie verksamhet med en ergoterapeut som ansvarar för förverkligandet. Idag erbjuds alla åländska seniorer förebyggande hembesök – i landsortskommunerna vid en ålder av 75 år och i Mariehamn vid en ålder av 77 år. Besöken görs i samarbete med kommunernas socialvårdspersonal.

Inriktningen vid de förebyggande hembesöken bör vara en aktiv klientorienterad hållning som stärker och uppmuntrar mottagaren att fatta beslut som främjar den egna hälsan och välbefinnandet.

Mål

- Den äldre och anhöriga får information, råd och stöd som stärker den äldres självständighet, hälsa och välbefinnande.
- Äldre som tillhör riskgrupper identifieras.
- Informationstillfället följs upp av såväl ÅHS som socialvården.

Kvalitetsindikatorer

1. Information ges om viktiga åtgärder för att bevara funktionsförmågan och förebygga ohälsa, såsom kost och motion.
2. Kommunens företrädare beskriver den service som finns och vilka aktiviteter den äldre kan delta i.
3. Hjälpmedel för olika situationer, och var de finns att tillgå eller köpa, presenteras.
4. Vikten av trygghet i bostaden och boendemiljön, bl.a. för att undvika fall och fallskador, poängteras.
5. Kommunens företrädare är uppmärksam på och kan avläsa eventuell förekomst av våld i hemmet, missbruksbeteende, mentala problem och minnesstörningar.
6. Information om samhälleliga stöd och bidrag för äldre ges. En genomgång av den äldres ekonomi görs om den äldre själv önskar.
7. En uppföljning, i första hand genom telefonsamtal, görs efter behov, dock senast inom ett år, för att kontrollera om åtgärder man diskuterat/kommit överens om vidtagits, för att uppmuntra till aktivitet och för att vid behov ge tilläggsinformation.
8. Resultaten redovisas i en sådan form att en statistisk bearbetning och årlig utvärdering, som underlag för fortsatta insatser, möjliggörs.

Källor, närmare information, goda exempel

Dokumentation

Förvaltningslag (2008:9) för landskapet Åland

Landskapslag (2007:88) om behandling av personuppgifter inom landskaps- och kommunalförvaltningen

Landskapslag (1977:72) om allmänna handlingars offentlighet

Enligt landskapslag (2007:89) om Datainspektionen skall denna myndighet informera om gällande regler samt ge anvisningar och råd om behandlingen av personuppgifter

Vård- och serviceplaner

Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (FFS 812/2000)

Socialvårdsförordningen (FFS 607/1983)

Förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården (FFS 912/1992)

Förordningen om stöd för närståendevård (FFS 318/1993)

Lag om tillsyn över privat socialservice (FFS 603/1996)

STAKES, handbok 2005:59, Vård- och serviceplaner inom äldreomsorgen.

En handbok för personal inom social- och hälsovården samt serviceansvariga (Päivärinta, Eeva; Haverinen, Riitta)

- handboken är en grundlig genomgång av olika aspekter på vård- och serviceplanen och hur den rätt använd fungerar både som ett stöd för klienten, personalen och ledningen

- handboken innehåller flera tips om hur olika kommuner arbetat för att ta fram vård- och serviceplaner som utgår från klienten och som är tillräckligt grundliga och breda för att motsvara kraven.

Social- och hälsovårdsministeriet har gett ut information om bedömning av äldre personers funktionsförmåga som ett led i bedömningen av servicebehovet inom socialvården. Informationen innehåller bl.a. uppgifter om faktorer som inverkar på servicebehovet, faktorer som bör beaktas, bedömningsmetoder och god praxis.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfo/kuntainfo/view/1258673#fi>

Bemötande etik och värderingar

Finlands grundlag

Förenata nationernas deklaration om de äldres rättigheter, se nedan

Statliga utredningar/rapporter:

SOU 2003:91, bilagedel A ”*Etik för politik – med äldrepolitik som exempel*”

SOU 2008:51, ”*Värdigt liv i äldreomsorgen*”

ETENE

– den riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården ger ut olika skrifter om etiska frågeställningar t.ex. *Vårdetik på ålderns höst*, publikation 21, 2008

Organisationer/föreningar:

Föreningen BraVå har utgett skriften ”*Kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg av äldre*” och ger följande beskrivning över vad värdigt bemötande innebär:

- Att den äldres integritet och självbestämmande respekteras av vårdpersonalen.
- Att den äldres unika livsberättelse och livshistoria är en utgångspunkt för vården.
- Att verksamheten utgår från en gemensam värdegrund där alla människors lika värde och lika rätt poängteras.
- Att vårdpersonalen, utifrån den gemensamma värdegrunden, i en vårdideologi beskriver hur målen för verksamheten ska uppfyllas.
- Att vårdpersonalen har tagit ställning till hur olika livsåskådningar bland de äldre ska respekteras.
- Att vårdpersonalen har kommit överens om hur övergrepp mot och emellan de äldre kan förebyggas och har formulerat detta i en handlingsplan.

www.bravard.nu

Skriften innehåller gott om lästips för den som ytterligare vill fördjupa sig

Övrigt:

Forskningscirkeln – *Etik inom äldreomsorgen*

är en del av projektet Sociorama Kronoberg. Sociorama Kronoberg är ett kunskapsutvecklingsprojekt inom socialtjänsten i Kronobergs län, där syftet är växelverkan mellan verksamhet, utbildning och forskning.
http://194.47.65.210/ivosaforskn/socialt/sociorama/projekt/cirklar/etik_aldreoms.pdf

Kommuner och landsting:

Vännäs kommun

”Webbaserad utbildning ökar tillgängligheten och skapar utrymme för reflektion”

Vännäs kommun har sedan 1999 arbetat med frågor rörande etik, bemötande och förhållningssätt när man kommunicerar med stöd av it. De har varit delaktiga i två EU-projekt varav det senaste Remedy har syftet att lyfta etikfrågor inom vård och omsorg. Arbetet har resulterat i det it-baserade utbildningsprogrammet Remedy ethics, ett träningsprogram med fokus på hur man kommunicerar med stöd av it inom vård och omsorg.

<http://www.remedy-ethics.se/>

På www.suntliv.nu behandlas olika aspekter av arbetsmiljö och hälsa för kommuner och landsting. Här hittar du både artikeln "Att skapa en gemensam värdegrund" av Claes Trollestad och en checklista baserad på den.

Tips och idéer

Alla bör medverka i etikarbetet

För att väcka intresset och motivationen hos medarbetarna för etikarbetet bör ledningen själva uppfatta och kunna föra vidare att detta är en seriös del i utvecklingen av både verksamheten och personalen.

Förutsättningen för att arbeta praktiskt med etik är

- att det finns realistiskt med tid och att arbetet sker kontinuerligt som en del av verksamheten
- att det finns ett begripligt syfte med etikarbetet med en konkret koppling till hela verksamheten
- en aktiv ledning som både tillstyrker och deltar i etikarbetet

För att involvera och engagera så många som möjligt av medarbetarna och lyckas med det praktiska etikarbetet behövs en strategi.

Förslag

1. Analysera dagsläget

Beskriv läget som det ser ut i dag. Om vi vill skapa något nytt måste vi först ha en realistisk bild av var vi står idag. Gör arbetet tillsammans. Ge alla en chans att komma till tals.

Frågor att ställa sig är:

Vilka värderingar och beteenden dominerar i hela eller i delar av organisationen?

Vad utmärker vårt sätt att till exempel bemöta våra klienter, att hantera konflikter, att samarbeta och vilja utvecklas?

Den bästa kunskapen om hur det är och fungerar i verksamheten har de som arbetar där. Därför är medarbetarna en stor resurs i dethär processarbetet och deltagandet i sig leder till att man blir delaktig och tar ansvar för etikarbetet även i fortsättningen.

Beskriv både det som är positivt och det som är negativt. Börja gärna med det som är positivt, det ni är stolta över. Använd det som är positivt, det ni är stolta över, det som är utvecklingsbart, som en grund för det fortsatta arbetet.

2. Beskriv värderingarna konkret

Beskriv gemensamt de grundläggande värderingar och normer som ni vill utveckla för/i verksamheten. Var konkret och beskriv vad begreppen betyder i praktiken. Dethär är viktigt för att försäkra sig om att man verkligen menar samma sak och för att bli ännu tydligare för utomstående.

3. Bestäm vilka initiativ som skall tas

Här handlar det om alla initiativ och åtgärder som måste till för att man skall kunna gå från hur det är i dag till hur man vill att det ska vara framöver. Det är helt avgörande för resultatet att man blir så konkret som möjligt vad gäller både stora och små åtgärder. Det kan vara förslag på vad organisationen i sin helhet ska göra eller vad man tycker att chefen borde åtgärda. Men lika angeläget är att fundera ut – och högt formulera inför den närmsta gruppen – vad man själv ska ta för initiativ. Väldigt lite blir gjort om vi bara förväntar oss att andra ska agera.

4. Följ upp och utvärdera

För att en förändring verkligen skall ske måste man ha en kontinuerlig uppföljning och utvärdering. Man bör på förhand slå fast hur ofta man vill se över arbetet och hur det ska gå till.

Frågor: Hur har det gått? Vilka initiativ har vi tagit? Vilka åtgärder? Vad har initiativen och åtgärderna resulterat i? Har kvaliteten ökat? Mår organisationen/medarbetarna bättre? Har vi uppnått en positiv förändring i klienternas syn på oss och verksamheten? Hur fortsätter vi?

5. Fortsättning följer

Etik är något man alltid jobbar med och som om och om igen måste integreras i den löpande verksamheten. Etik ska vara en naturlig del i arbetet med verksamhetsplanen, i utvecklingssamtalen, i rekryterings- och introduktionsarbetet, i kvalitetsarbetet. Det är då begreppet blir meningsfullt och till nytta för alla i verksamheten.

Kom ihåg: I ett bra etikarbete -stannar man inte bara vid att identifiera och förändra beteenden. Försök också att medvetandegöra och påverka de föreställningar – värderingar, normer, syn på uppdraget, människosyn – som finns bakom och styr det konkreta handlandet. Det är ett spännande och helt nödvändigt arbete om man vill nå resultat. Naturligtvis är det inte helt okomplicerat, men i ett öppet och tydligt samtal om varför vi gör som vi gör, växer helt enkelt denna medvetenhet fram.

En förutsättning för sådana samtal är att de leds av en person som själv kan vara öppen och tydlig, och som är intresserad av sina medarbetare som människor.

Mat, kostbehandling

Nordisk näringsrekommendation; Nordic Nutrition Recommendations 2004, NORD 2004:13

Statens näringsdelegation ger i början av år 2010 ut *näringsrekommendationer för äldre,*

www.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta

Mat och kostbehandling för äldre. Problem och möjligheter.

Livsmedelsverket 2001

- innehåller bl.a. beskrivning av åldrande och näringsbehov, hjälpmedel, kost vid olika sjukdomar, mat och etik

Varför vill Asta inte äta? Måltidssituationen i demensvården
av Gun Aremyr
www.liber.se

Lust till mat på äldre da'r. Genombrottsprojektet Mat och hälsa för äldre, 2006
[http://www4.goteborg.se/prod/sk/redaktionen/dalis.nsf/vyFilArkiv/Mat_halsa_aldre.pdf/\\$file/Mat_halsa_aldre.pdf](http://www4.goteborg.se/prod/sk/redaktionen/dalis.nsf/vyFilArkiv/Mat_halsa_aldre.pdf/$file/Mat_halsa_aldre.pdf)

Bra tips om drycker, söngfösare och näringsdrycker m.m.:

Nutritionshandbok för Tynnereds korttidsplatser och äldreboenden – Göteborgs stad Tynnered
[http://www5.goteborg.se/prod/Intraservice/Namndhandlingar/SamrumPortal.nsf/BF623702C429FD4DC12574A9002E510D/\\$File/NutritionspolicyTY.pdf?OpenElement](http://www5.goteborg.se/prod/Intraservice/Namndhandlingar/SamrumPortal.nsf/BF623702C429FD4DC12574A9002E510D/$File/NutritionspolicyTY.pdf?OpenElement)

Recept, förslag på kvällsmål m.m.:

Rätt för dig – Maten som ger dig extra kraft
<http://www.hylte.se/admin2/files/20080619084905.pdf>

Screening för undernäring: MNA-formulär, samt MNA-guide
<http://www.nestlenutrition.se/healthcare/se/materials/Sidor/other.aspx>

Metodbok för hemtjänstpersonal – ett stöd i det dagliga arbetet med maten
<http://www.borlange.se/upload/35210/AssociatedFiles/Metodbok%20f%C3%B6r%20hemtj%C3%A4nstpersonal.pdf>

Kvalitetskrav för kost och nutrition, ny kokbok för äldre från Malmö stads dietister
<http://www.malmo.se/dietister>

Följande *broschyrer* finns att beställa från Svenska *dysfagiförbundet*:
Att leva med ät- och sväljsvårigheter. Patienter med dysfagi berättar.
Ät- och sväljsvårigheter, dysfagi
Från tallrik till magsäck Vem gör vad?
Att sätta i vrångstrupen
www.dysfagi.com

Fysisk träning

Hälsopolitiskt program för Åland 2010 – 2020

Syftet är att främja befolkningens hälsa genom att via tillgängliga fakta föreslå och motivera insatser och åtgärder som på ett eller annat sätt berör alla samhällssektorer.

Äldres hälsa, en utmaning för Europa; Statens Folkhälsoinstitut 2007:2

- innehåller uppgifter om de positiva effekterna av fysisk träning men behandlar även en mångfald andra aspekter på äldre och hälsa

Kvalitetsrekommendation om handledd hälsomotion för äldre personer; SHM:s handböcker 2004:6

Om utvecklingslinjerna för motion och kost som främjar hälsa; SHM:s broschyrer 2008:10

Recept för fysisk aktivitet;

Receptet för fysisk aktivitet är ett samarbetsprojekt mellan Reumaförbundet, programmet ”I form för livet”, Läkarförbundet, Hjärtförbundet och UKK-institutet.

Det svenskspråkiga materialet har sammanställts i samarbete med Folkhälsan.

Målet är att öka fysisk aktivitet bland de patienter som besöker hälsocentralläkaren och detta gäller speciellt dem som har en lägre fysisk aktivitetsnivå än vad som i dag rekommenderas.

- receptblanketten för fysisk aktivitet är ett stöd för läkarna att informera patienterna om vikten av fysisk aktivitet
- handboken och utbildningen för läkarna säkrar saklig användning av receptblanketten
- stödmaterialet riktat till läkarna gällande hälsoeffekter av fysisk aktivitet och de mest centrala principerna för rådgivning stöder läkarna i deras rådgivningsverksamhet
- samarbetet mellan de instanser i samhället som informerar om och producerar tjänster för fysiska aktiviteter bör intensifieras.

Recept + handbok finns att hämta på www.liikkumisresepti.net

Utevistelser

Statens Folkhälsoinstitut 2003:60: *Utemiljöns betydelse för äldre och funktionshindrade*. Kunskapssammanställning. Anna Bengtsson
www.fhi.se

Ottosson & Grahn (1998) *Utemiljöns betydelse för äldre med stort vårdbehov – fallstudien ”med ögon känsliga för grönt”*

Westerberg (2000) *En beskrivning av tre äldres erfarenheter och upplevelser av en specialdesignad trädgård inom äldreomsorgen*. Institutionen för klinisk neurovetenskap, arbetsterapi och äldrevårdsforskning. Karolinska institutet.

Innehåll i dagen

Socialt innehåll i dagen för äldre; <http://www.fouvalfard.org/?id=1167>

Upplevelser av ensamhet är en av de faktorer som påverkar den äldres känsla av trivsel eller otrivsel. Den kan vara den faktor som utlöser en känsla av att man inte kan bo kvar hemma längre. Deltagande i dagverksamhet, träffpunkter och andra öppna verksamheter är ett viktigt sätt för äldre personer att kunna upprätthålla och förbättra sin funktionsförmåga och ge innehåll i vardagen.

Nestor FoU-center har tillsammans med kommunerna Haninge, Södertälje, Tyresö och Värmdö drivit ett projekt kring det sociala innehållet. Projektet riktades till enhetschefer på särskilda boenden och korttidsboenden inom äldreomsorgen. Syftet var att ge enhetscheferna metodstöd i förändringsarbete. Med detta stöd skulle de genomföra strukturerade förändringsarbeten på sina respektive enheter, för att utveckla det sociala innehållet för de äldre. Projektet pågick under 2007/2008.

Boende

Räddningslag för Åland(2006:106)

Plan- och bygglag (2008:102) för landskapet Åland

FÖRENTA NATIONERNAS DEKLARATION OM DE ÄLDRES RÄTTIGHETER

År 1991 antog Förenta Nationernas 46 generalförsamling en resolution som innehåller en deklARATION om Förenta Nationernas principer för äldre personer.

För att öka livet i de år som livet ökats med, har Förenta Nationernas generalförsamling den 16 december 1991 antagit följande aderton principer för äldre personer (resolution nr 46/91):

SJÄLVSTÄNDIGHET

- Äldre människor bör, genom inkomster, familjens och samhällets stöd samt genom egen aktivitet, ha tillräcklig tillgång till mat, vatten, husrum, kläder och hälsovård.
- Äldre människor bör ha möjligheter till arbete eller annan inkomstbringande verksamhet.
- Äldre människor bör ha möjligheter att delta i beslutsfattandet beträffande när och i vilken takt de vill utträda ur arbetslivet.
- Äldre människor bör ha möjligheter att delta i ändamålsenliga skolningsprogram.
- Äldre människor bör ha möjligheter att bo i en omgivning som är trygg och anpassad efter personliga önskemål och en förändrad funktionsförmåga.
- Äldre människor bör ha möjligheter att bo hemma så länge som möjligt.

DELTAGANDE

- Äldre människor bör fortsätta att vara en del av samhället, att delta aktivt i formandet och förverkligandet av den verksamhet som har en direkt inverkan på deras välfärd, samt dela med sig av sin kunskap och sina erfarenheter med den yngre generationen.
- Äldre människor bör kunna finna och utveckla möjligheter att tjäna sitt samhälle och fungera som frivilliga i uppgifter som är ändamålsenliga med tanke på de äldres intressen och förmåga.
- Äldre människor bör ha möjligheter att skapa rörelser och föreningar för äldre människor.

VÅRD OCH OMSORG

- Äldre människor bör åtnjuta familjens och samhällets omsorg och skydd i enlighet med samhällets kulturella värdesättningar.
- Äldre människor bör ha tillgång till hälsovård som hjälper dem att bibehålla eller återfå den bästa möjliga fysiska, psykiska och emotionella välfärd och som motverkar eller fördröjer utbrytandet av sjukdomar.
- Äldre människor bör ha tillgång till social och juridisk service för främjandet av deras självständighet, trygghet och omsorg.
- Äldre människor bör ha möjlighet att åtnjuta ändamålsenlig anstaltsvård som ger trygghet, rehabiliterande vård samt social och själslig stimulans i en mänsklig och trygg miljö.
- Äldre människor bör åtnjuta mänskliga rättigheter och grundläggande förmåner varhelst de är bosatta i skydds-, service- eller vårdhem. Här inräknas rätten till människovärde och övertygelse, respekt för deras behov och privatliv samt respekt för deras rätt att bestämma över sin vård och livskvalitet.

SJÄLVFÖRVERKLIGANDE

- Äldre människor bör ha möjlighet att utnyttja tillfällen att utveckla sin förmåga så långt det är möjligt.
- Äldre människor bör ha möjlighet att ta del av samhällets resurser för skolning, bildning, själavård och fritidsintressen

VÄRDIGHET

- Äldre människor bör ha möjlighet till ett värdigt och tryggt liv utan att bli utnyttjade eller illa behandlade, vare sig fysiskt eller psykiskt.
- Äldre människor bör bli rättvist behandlade oavsett ålder, kön, ras eller etnisk bakgrund, handikapp eller annan omständighet, och de bör visas aktning oavsett vilken ekonomisk nytta de producerar.

5. Uppföljning och utvärdering

För att nå målet att tjänster för äldre skall utgå från de som brukar tjänsterna och deras behov, och för att även i övrigt nå kvalitetsmålen, bör uppföljning och utvärdering innefatta möjligheter för brukarna att ge respons på verksamheten. Även i övrigt bör uppföljningen och utvärderingen göras för såväl kvalitativa som kvantitativa mål.

Mål

Uppföljning och utvärdering görs beträffande

- Servicestrukturen i förhållande till rekommendationen.
- Brukartillfredsställelse.
- Personal, personalkompetens och –försörjning.
- Ekonomi och effektivitet.

Kvalitetsindikatorer

1. Andelen boende i ordinärt boende, serviceboende, effektiverat serviceboende samt på institution.
2. Antal klienter/hushåll som får hemservice och stödtjänster.
3. Antal besök/timmar inom hemservicen.
4. Enkäter eller motsvarande metoder för mätning av kundtillfredsställelse tas i bruk.
5. Nyckeltal såsom personaldimensionering, andel yrkesutbildad personal, arbetsfrånvaro, personalomsättning m.m. tas i bruk.
6. Totala driftskostnader för hemservice.
7. Totala driftskostnader för serviceboende.
8. Totala driftskostnader för effektiverat serviceboende.
9. Totala driftskostnader för institutionsboende.

Uppföljningen och utvärderingen har som syfte att stöda den fortsatta utvecklingen och kvalitetshöjningen beträffande tjänster för äldre.

Landskapsregeringens tillsyn

Landskapsregeringen utför tillsyn inom äldreomsorgsområdet. Med hjälp av den tillsynsblankett som utarbetats i samband med rekommendationen samlar man vart fjärde år in uppgifter in om bl.a. ledning och personal, äldreomsorgens struktur, aktuella projekt och avgifter. Även annan tillsyn, i enlighet med aktuella styrdokument och enligt behov, utförs.

Befolkningsutvecklingen

Bilagt detta avsnitt finns även uppgifter om befolkning efter ålder och befolkningsprognoser. Även prognoser för antalet personer med medelsvår eller svår demens ingår.

Källor, närmare information, goda exempel

Plan för socialvården 2009 – 2013,
Landskapsregeringen, socialvårdsbyrån
Tillsynsplan för socialvårdsbyrån,
Landskapsregeringen, socialvårdsbyrån 2009

Begrepp som används i rekommendationen

Ordinarie boende

Boende i en bostad som räknas till det vanliga bostadsbeståndet, t.ex. egnahemshus, radhus, hyres- eller ägolägenhet. Kallas även kvarboende och boende i eget hem.

Serviceboende och effektiverat serviceboende

Enligt 17 § socialvårdslagen skall kommunen ordna boendeservice. I 22 § definieras boendeservice som anordnande av service- och stödboende.

I socialvårdsförordningens² 10 § beskrivs syftet med boendeservice på följande sätt: ”Boendeservice ordnas i servicebostäder och i bostäder som har reserverats för stödboende, där vederbörandes självständiga boende eller övergång till självständigt boende stöds genom socialarbete och annan social service.”

I ett serviceboende hyr den äldre sin bostad och har tillgång till olika stödtjänster samt lokaler som är i de boendes gemensamma bruk.

De flesta kommuner har omvandlat serviceboendet till effektiverat, dvs. med tillgång till personal dygnet runt.

Enligt lag om service och stöd på grund av handikapp³ 8 § 2 mom. skall kommunen ordna serviceboende för en gravt handikappad som på grund av sitt handikapp eller sin sjukdom nödvändigt behöver en sådan service för att klara de funktioner som hör till normal livsföring. Om den handikappade är i behov av fortgående anstaltsvård, har kommunen ingen särskild skyldighet att ordna serviceboende.

Utgångspunkten är att lag om service och stöd på grund av handikapp⁴ inte tillämpas på hjälpbehov som främst beror på sjukdomar och funktionshinder som har samband med personens normala åldrande.

I Förordning om service och stöd på grund av handikapp⁵ 10 § definieras serviceboende närmare:

² Socialvårdsförordningen (FFS 607/1983), vilken tillämpas i enlighet med landskapsförordning (1995:103) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård

³ FFS 380/1987

⁴ Lagtinget har vid plenum den 24 mars 2010 godkänt regeringsframställning 5/2009-2010 enligt vilken lagen om service och stöd på grund av handikapp, vilken för närvarande gäller i landskapet i den lydelse den hade den 31 december 1992, ersätts av en blankettlag om tillämpningen av samma rikslag i sin nuvarande lydelse. Genom att uppdatera lagstiftningen på det sätt som föreslås i framställningen främjas de handikappades förutsättningar att leva och vara verksamma som jämbördiga medlemmar av samhället samtidigt som olägenheter och hinder som handikappet medför förebyggs och undanröjs. Service och stöd ska erbjudas en handikappad i enlighet med de föreslagna reglerna, om han eller hon enligt annan lagstiftning inte får sådan service eller sådana förmåner som är tillräckliga och lämpliga för honom eller henne. Förhoppningen är att lagen skall kunna träda i kraft under år 2010.

Till serviceboende hör bostad samt sådana tjänster i anslutning till boendet som är nödvändiga för invånaren i det dagliga livet. Sådana tjänster som avses i de 1 mom. kan bestå av hjälp med funktioner som hänför sig till boendet, såsom möjligheter att förflytta sig, påklädning, personlig hygien, mathushållning och städning av bostaden samt de tjänster som behövs för främjande av invånarens hälsa, rehabilitering och trivsel.

I 11 § beskrivs vem som avses som gravt handikappad när det gäller att ordna serviceboende, dvs., den som på grund av sitt handikapp eller sin sjukdom fortlöpande, under olika tider av dygnet eller annars i särskilt stor utsträckning behöver en annan persons hjälp för att klara av sina dagliga sysslor och som inte är i behov av anstaltsvård.

Institutionsvård inom socialvården (åldringshem)

I landskapsregeringens äldreomsorgsrapport från år 2006 föreslås att man istället för socialvårdslagens begrepp anstaltsvård skulle använda institutionsvård när kommunala åldringshem avses.

Enligt socialvårdslagens 24 § avses med anstaltsvård anordnande av vård, uppehälle och rehabiliterande verksamhet i sådan verksamhetsenhet inom socialvården som lämnar fortlöpande vård. Anstaltsvård ges den som är i behov av hjälp, vård eller annan omvårdnad som inte kan ordnas eller som det inte är ändamålsenligt att ordna i hans eget hem genom utnyttjande av någon annan socialservice.

Begreppet anstaltsvård har ytterligare specificerats i socialvårdsförordningens 11 §. Enligt denna skall vid anstaltsvård ges sådan behövlig rehabilitering, vård och omsorg som är nödvändig med tanke på klientens ålder och tillstånd. Klientens livsmiljö skall dessutom såvitt möjligt ordnas så att den är trygg, hemlik och stimulerande samt tillika möjliggör ett privatliv och främjar klientens rehabilitering, initiativkraft och handlingsförmåga. Anstaltsvård kan ordnas i form av kortvarig eller fortgående dag- eller nattvard eller dygnet-runt-vård. I anstalterna kan dessutom ordnas verksamhet som stöder självständigt boende samt rehabilitering. Anstaltsvård ordnas enligt författningen bl.a. i åldringshem.

⁵ FFS 759/1987

Befolkningsutvecklingen

Vilka är i störst behov av vård och omsorg?

En av de grupper som behöver mest vård och omsorg förväntas vara personer med demens. Man räknar med att medelsvår eller svår demens förekommer hos ca. 4 procent av befolkningen i åldern 65 – 74 år, hos ca. 10 procent av dem som är 75 – 84 år och hos ca. 35 procent av dem som har fyllt 85 år.

Tabell 1: **Befolkning efter ålder 31.12.2008 och 31.12.2009**

Ålder	2008		2009		Förändring 2008-2009	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Totalt	27 456	100,0	27 734	100,0	278	1,0
0-6	2 056	7,5	2 079	7,5	23	1,1
7-15	2 926	10,7	2 879	10,4	-47	-1,6
16-29	4 231	15,4	4 333	15,6	102	2,4
30-49	7 441	27,1	7 432	26,8	-9	-0,1
50-64	6 023	21,9	6 078	21,9	55	0,9
65-74	2 505	9,1	2 625	9,5	120	4,8
75-84	1 592	5,8	1 600	5,8	8	0,5
85+	682	2,5	708	2,6	26	3,8
0-17	5 686	20,7	5 677	20,5	-9	-0,2
18-64	16 991	61,9	17 124	61,7	133	0,8
65+	4 779	17,4	4 933	17,8	154	3,2

Källa: ÅSUB, Befolkningsregistercentralen

Befolkning 31.12.2009

65 – 74-åringar: 2 625 personer (9,5 % av befolkningen). Antalet personer med medelsvår eller svår demens i denna grupp uppgår statistiskt sett alltså till 105 (4 %).

75 – 84-åringar: 1 600 personer (5,8 % av befolkningen). Beräknat antal personer med medelsvår eller svår demens i denna grupp uppgår till 160 (10 %).

85 år och äldre: 708 personer (2,6 % av befolkningen). Beräknat antal personer med medelsvår eller svår demens i denna grupp uppgår till 248 (35 %).

Tabell 2: Beräknat antal personer med demens

Befolkning	2009 – enl. statistik (varav beräknat antal personer med medelsvår eller svår demens)	2015 – enl. prognos (varav beräknat antal personer med medelsvår eller svår demens)	2020 – enl. prognos (varav beräknat antal personer med medelsvår eller svår demens)
Hela Åland	27 734	29 547	31 104
Varav i åldersklass			
65 - 74	2 625 (105)	3 591 (144)	4 028 (161)
75 - 84	1 600 (160)	1 840 (184)	2 344 (234)
85 +	708 (248)	774 (271)	875 (306)
TOTALT	4933 (513)	6205 (599)	7247 (701)
65-åringar och äldre i procent av befolkningen	17,8 %	21 %	23,3 %

Svenskt demenscentrum beskriver sjukdomens faser på följande sätt:

Mild demens

I denna fas har minnesproblemen blivit tydliga funktionshinder. Inbokade möten och namn på nära anhöriga kan glömmas bort. Vissa samtal kan vara svåra att följa med i. Orden kommer heller inte lika automatiskt som tidigare, den sjuke kan få svårt att formulera sig.

Även förmågan att orientera sig kan märkbart ha försämrats. Plötsligt kan det vara svårt att hitta hem från bussen eller från kvartersbutiken.

För närstående har nu symtomen blivit tydliga. De kan höra samma fråga upprepas gång på gång. Den sjuke är ofta ännu medveten om sina problem och försöker hitta strategier för att hantera den. Oro och skamkänslor kan leda till att socialt umgänge och svåra situationer undviks. Irritation kan uppstå över att inte klara av tidigare enkla uppgifter.

Medelsvår demens

Symtomen vid medelsvår demens blir fler och starkare. Minnesproblemen tilltar. Språket påverkas så att det ofta blir svårt att kommunicera. Bristande tidsuppfattning och förmåga att koncentrera sig gör vardagen mer komplicerad. Många vänder upp och ned på dygnet och kan börjar vandra på nätterna. Klä på sig, tvätta sig och andra sysslor kan vara omöjliga att göra på egen hand.

Sjukdomsinsikten kan börja avta. Den sjuke blir inte sällan oföretagsam och inbunden. Andra kan börja vandra och få svårt att komma till ro. Även olika psykiatriska tillstånd blir i denna fas ofta vanligare, t ex förvirring (konfusion), hallucinationer och vanföreställningar.

I den medelsvåra fasen brukar regelbundna insatser från samhällets vård och omsorg bli nödvändiga. Många behöver flytta till ett gruppboende eller annan särskild boendeform.

Svår demens

I denna fas är stora delar av hjärnan skadad. Tidigare symtom förvärras ytterligare. Det är ofta svårt med orientering till plats, rum och tid. Talet försvinner ofta helt eller inskränker sig endast till enstaka ord som ofta upprepas gång på gång.

Vid svår demens börjar även det rent fysiska påverkas. Det blir allt besvärligare att klä på sig, sköta hygien och att äta. Ofta försvinner gångförmågan helt i denna fas. Den sista tiden i livet är den sjuke oftast helt beroende av vård och omsorg. Många med demenssjukdom avlider till slut av lunginflammation, hjärtsvikt eller av någon annan sekundär sjukdom.

Tabell 3: Äldre i procent av befolkningen, Åland

P r o g n o s			
Hela Åland	2009	2015	2020
Befolkning; varav	27 734	29 547	31 104
yngre äldre 65–79 år	3 488	4 663	5 460
% av befolkningen	12,6	15,7	17,6
äldre äldre 80 +	1 445	1 535	1 787
% av befolkningen	5,2	5,2	5,7

Tabell 4: Äldre i procent av befolkningen, regionvis

	Antal yngre äldre 65 – 79 år			Antal äldre äldre 80 +		
	% av befolkningen			% av befolkningen		
	% av 16 – 64 åringar			% av 16 – 64 åringar		
	P r o g n o s					
	2009	2015	2020	2009	2015	2020
Fasta Åland	1744	2 258	2 579	633	693	836
	12,2	14,7	15,9	4,4	4,5	5,2
	<i>19,2</i>	<i>24,1</i>	<i>26,9</i>	<i>7,0</i>	<i>7,4</i>	<i>8,7</i>
Mariehamn	1356	1 914	2 299	623	641	742
	12,2	16,1	18,5	5,6	5,4	6,0
	<i>18,3</i>	<i>25,5</i>	<i>30,7</i>	<i>8,4</i>	<i>8,5</i>	<i>9,9</i>
Skärgården	388	491	582	189	201	209
	17,2	20,6	23,4	8,4	8,4	8,4
	<i>28,6</i>	<i>36,1</i>	<i>42,9</i>	<i>13,9</i>	<i>14,8</i>	<i>15,4</i>

Läs mer

www.demenscentrum.se

innehåller fakta om demenssjukdomar, information till anhöriga och tips och idéer till den som jobbar med demenssjuka

Demenssjukdomar. Riktlinjer för demensutredning – ett kompendium. För att säkerställa en bra insats vid demensutredning ur patientens och anhörigas perspektiv. Demensföreningen på Åland r.f. 2003 (omfattar Alzheimers Disease Internationals värdegrund 21 september 1994 och Kalmardokumentet 1999, förnyat 2004). Demensföreningen på Åland har också en hemsida:

www.handicampen.ax/demens