
BEHOVET AV ANSTALTS- OCH SERVICEBOENDE I KORSHOLM FRAM TILL ÅR 2025

Kartläggning och åtgärdsförslag



Korsholm, januari 2009

INNEHÅLL

1 INLEDNING	2
1.1 Kartläggningens disposition och utgångspunkter	2
1.2 Utvecklingsbehov för att de nationella målen skall nås.....	2
2 ARBETSGRUPPENS FÖRSLAG	4
2.1 Hälsovårdscentralens sjukhus	5
2.2 Vårdhem.....	4
2.3 Effektiviserat serviceboende.....	5
2.4 Intervallvård och avlastning.....	6
2.5 Åtgärder för att stödja hemmaboendet.....	7
2.6 Tidtabell	7
3 UTGÅNGSPUNKTER FÖR PLANERING AV ÄLDREOMSORG	9
3.1 Kvalitetsrekommendationer för tjänster till äldre	9
3.1.1 Utgångspunkter för planeringen av äldreomsorgen.....	9
3.1.2 De nationella mål för äldreomsorgen som satts upp för år 2012.....	10
3.1.3 Nya koncept för äldreomsorgstjänsterna.....	11
3.2 Förebyggande och rehabiliterande verksamhet i hemmen.....	11
3.2.1 Förebyggande hembesök	11
3.2.2 Rehabilitering i hemmet	12
3.3 Nuvarande service.....	13
3.3.1 Serviceboende och anstaltsvård.....	13
3.3.2 Korttidsvård	13
3.3.3 Hemmaboendet.....	14
3.3.4 65 – 74-åringarnas andel i de olika vårdformerna.....	15
3.3.5 Kösituationen 2008	15
4 BEFOLKNINGEN 2007 OCH PROGNOSEN FRAM TILL 2026	16
5 UTRÄKNINGSMODELLER	17
5.1 Modell 1 – Den nuvarande servicestrukturen projiceras på framtiden	17
5.2 Modell 2 – Endast effektiviserat serviceboende.....	17
5.3 Modell 3 – Platsbehovet räknas ut genom att olika faktorer tas i beaktande.....	18
6 DEFINITIONER	19

KÄLLFÖRTECKNING

BILAGOR

- Bilaga 1: Jämförelse för befolkningsprognoserna
- Bilaga 2: Uträkningsmodell 1 – Den nuvarande servicestrukturen projiceras på framtiden
- Bilaga 3: Uträkningsmodell 2 – Endast effektiviserat serviceboende
- Bilaga 4: Uträkningsmodell 3 – Olika faktorer tas i beaktande
- Bilaga 5: Platsbehov vid hälsovårdscentralens sjukhus
- Bilaga 6: Platsbehov vid Solgårds kortvårdsavdelning
- Bilaga 7: Andel 75 år fyllda i långvarig anstaltsvård, jämförelse mellan kommuner
- Bilaga 8: Nettokostnader för social- och hälsovården, jämförelse mellan kommuner.

1 INLEDNING

I juni 2008 tillsatte kommundirektören en arbetsgrupp för kartläggning av det framtida behovet av anstalts- och serviceboende i Korsholm. Syftet med kartläggningen var att utreda de äldre kommuninvånarnas behov av dygnetruntvård fram till år 2025 med utgångspunkt i att kommunens behov av egna investeringar skall minskas, samtidigt som de nationella kvalitetsrekommendationerna för äldreomsorgstjänster skall beaktas och vårdkedjorna skall optimeras. I uppdraget ingick även att ta ställning till vilken roll privata serviceproducenter och tredje sektorn kan ha i serviceproduktionen samt föreslå platser för privatfinansierat serviceboende.

Arbetsgruppen bestod av avdelningschef Gunilla Bertell, biträdande överläkare Stefan Strang samt Siv Nyberg som sekreterare.

1.1 KARTLÄGGNINGENS DISPOSITION OCH UTGÅNGSPUNKTER

Kartläggningen inleds med arbetsgruppens förslag följt av en sammanfattning av social- och hälsovårdsministeriets kvalitetsrekommendationer från år 2007 (kapitel 3). I kapitel 3 presenteras även den nuvarande servicen. I kapitel 5 ges exempel på olika modeller enligt vilka behovet av anstalts- och serviceboende kan beräknas. Kartläggningen avslutas med begreppsdefinitioner.

Arbetsgruppens uppdrag var att kartlägga behovet av anstalts- och serviceboendeplatser fram till år 2025. Arbetsgruppen anser dock att det är mycket svårt att göra en uppskattning av hur behovet ser ut 2025, delvis med tanke på kommun- och strukturreformen, men också med tanke på att det troligtvis före år 2025 hunnit komma nya kvalitetsrekommendationer som servicen då skall anpassas till. Målsättningen för den nuvarande kvalitetsrekommendationen är att de nationella målen för strukturen på äldreomsorgen skall vara uppnådda till år 2012.

Grundsynen i kvalitetsrekommendationen är att de äldre så länge som möjligt skall kunna bo kvar i egen bostad eller bo i en hemlik miljö. Därför rekommenderas kommunerna att satsa på det effektiverade serviceboendet samt på olika stödåtgärder som främjar hemmaboende och närståendevård. För Korsholms del innebär kvalitetsrekommendationen att en strukturförändring måste göras, d.v.s. att antalet anstaltsplatser i förhållande till de 75 år fyllda bör minskas och antalet platser inom effektiverat serviceboende bör ökas.

I uppdraget ingick endast att kartlägga behovet av dygnetruntvård, men arbetsgruppen anser att servicestrukturen måste ses som en helhet och att det framtida behovet av anstalts- och serviceboendeplatser är direkt beroende av att satsningar görs inom den öppna vården. Därför tas i förslaget servicestrukturen som helhet i beaktande. Arbetsgruppen har även haft kommunens äldrepolitiska strategi för åren 2004 – 2014 i åtanke när förslaget har utformats.

Arbetsgruppen önskar även framhålla att behovet av service till äldre också påverkas av samhällsplaneringen i övrigt (t.ex. tillgång till närservice och kommunikationer). Därför är det viktigt att alla sektorer i sin planering tar hänsyn till de äldre invånarna och deras behov.

1.2 UTVECKLINGSBEHOV FÖR ATT DE NATIONELLA MÅLEN SKALL NÅS

I de nationella målen för äldreomsorgen minskas anstaltsvården till förmån för det effektiverade serviceboendet. Målsättningen för anstaltsvården är en täckningsgrad på 3 % för de 75 år fyllda och rekommendationen är att vården ges i hemlika och trivsamma utrymmen. Målsättningen för det effektiverade serviceboendet är en täckningsgrad på 5 – 6 %. För hemvårdens del är

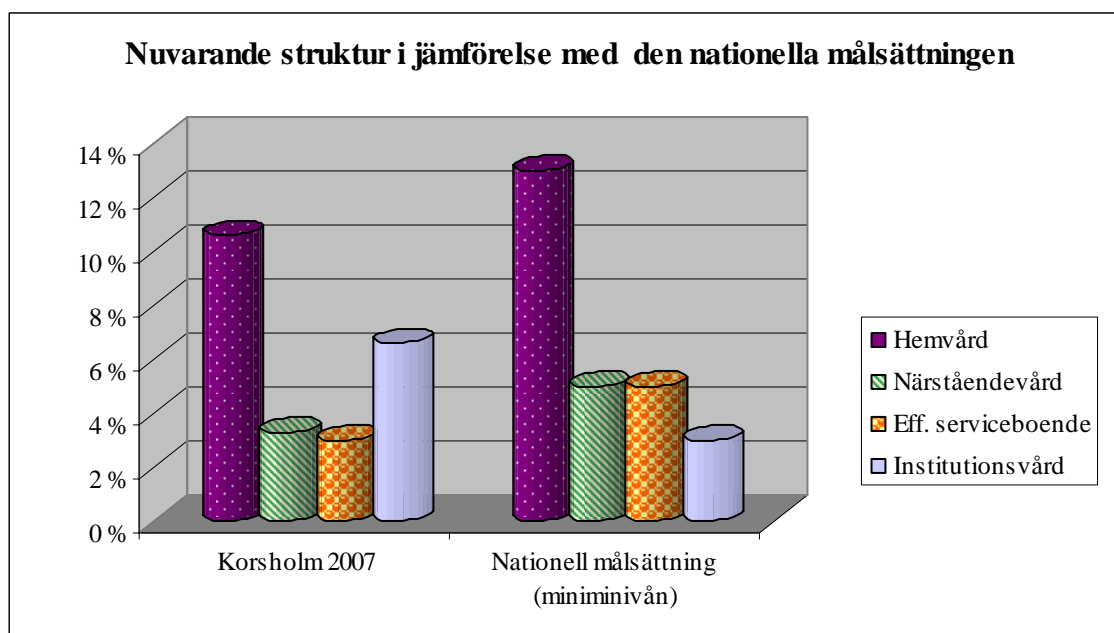
rekommendationen att 13 - 14 % av de 75 år fyllda skall kunna erbjudas hemvård. Som figur 1 och bilaga 7 visar ligger Korsholm över det nationella målet för anstaltsvård och under målen för hemservice, närståendevård och effektiverat serviceboende. För att nå de nationella målen krävs en strukturförändring. Bilaga 8 visar kostnadsfördelningen för social- och hälsovården för Korsholm i jämförelse med andra kommuner.

En sådan strukturförändring möjliggörs endast genom breda satsningar på den öppna vården och på mellanvårdsformerna, så att förutsättningar för att minska anstaltsboendet skapas. Även en attitydförändring vid bedömning av vård- och servicebehov krävs för att anstaltsvården skall kunna minskas. Utgångspunkten vid behovsbedömningen skall vara att utreda vilka insatser som behövs för att klienten tryggt skall kunna bo kvar hemma, så att intagning till anstalt kan undvikas eller fördröjas.

Den öppna vården bör alltså utvecklas så att fler personer kan erbjudas vård, service och/eller stödtjänster från hemservice och hemsjukvård och resurserna bör utökas så att förutsättningar för ett rehabiliterande arbetssätt skapas. En utökad nattpatrullsverksamhet ger fler klienter möjlighet att få dygnetruntvård i det egna hemmet istället för på anstalt.

Att kunna erbjuda de äldre rehabilitering i hemmet samt vid behov även sjukvårdsinsatser är två former av mellanvård som minskar behovet av anstaltsplatser. Klienter i behov av tillfällig sjukvård skall inte behöva flyttas till bäddavdelningar utan sjukvårdsinsatserna skall kunna ges där klienten i fråga befinner sig, antingen i hemmet eller i någon annan boendeform. Detta möjliggörs genom att extrapersonal vid behov kan tas in samt genom att sjukvårdspersonal flexibelt kan flyttas mellan olika enheter.

Med mellanvårdsformer upprätthålls de äldres funktionsförmåga och trygghetskänslan stärks vilket möjliggör ett förlängt hemmaboende. Även motion och verksamheter som ger sysselsättning och som bidrar till upprätthållande av sociala kontakter är viktiga former av service som stödjer hemmaboendet och som bidrar till att minska risken för depression bland äldre. Mellanvårdsformerna i Korsholm är i nuläget bristfälliga.



Figur 1. Strukturjämförelse

2 ARBETSGRUPPENS FÖRSLAG

2.1 HÄLSOVÅRDSCENTRALENS SJUKHUS

I kvalitetsrekommendationerna betonas att vårdavdelningarna vid hälsocentralerna skall koncentrera sig på akutvård och rehabilitering istället för på långvård. Med utgångspunkt i detta föreslår arbetsgruppen att verksamheten vid HVC görs om så att inga långvårdspatienter vårdas på bäddavdelningarna utan att vården inriktas på korta sjukvårdsinsatser för alla åldersgrupper. I samband med att verksamheten vid bäddavdelningarna förändras byts också namnet till hälsovårdscentralens sjukhus.

Vid hälsovårdscentralens sjukhus ges akutvård samt mellanvård för personer som efter sjukdom eller sjukhusvård behöver rehabilitering för att kunna återvända till sitt vanliga boende. Rehabiliteringen vid hälsocentralens sjukhus riktas särskilt till dem som behöver rehabilitering på grund av sjukdom (t.ex. stroke), men även personer med fysiska handikapp skulle kunna få rehabilitering vid hälsovårdscentralens sjukhus. Hälsovårdscentralens sjukhus skall också erbjuda utredningar vid funktionsförsämringar eller vid psykosociala problem, såsom vid demens.

P.g.a. platsbrist på HVC:s avdelningar har klinikfärdiga patienter mer eller mindre konstant vårdats på Vasa Centralsjukhus de senaste åren, trots utökning av vårdplatser för dessa på HVC. Idag hänvisas patienter från HVC:s akutmottagning till VCS, i brist på egna bäddavdelningsplatser, i en omfattning motsvarande ca 2 vårdplatser/månad. Också en del av specialistsjukvårdens patienter, som idag brukar vårdas på VCS, kunde få vård vid HVC i stället för vid centralsjukhuset. Hit hör bl.a. vård av infektioner. Biträdande överläkare Stefan Strang uppskattar att det skulle behövas 4 – 5 tilläggsplatser för att hälsovårdscentralens sjukhus skall kunna ta emot dessa patienter. För att effektivare kunna ”ta hem” patienter borde HVC ta i bruk ett system med uppsökande besök till avdelningar på VCS. Det finns positiva erfarenheter av denna typ av verksamhet på vissa orter i Finland. För att täcka platsbehovet för akutvård och rehabilitering skulle det i dagsläget behövas 26 platser och för terminalvård behövs kontinuerligt 2 platser. Hälsovårdscentralens sjukhus kunde förslagsvis delas in i fyra behovsområden enligt följande:

1. Ett för personer med demenssjukdomar.
2. Ett för personer med infektionssjukdomar.
3. Ett för terminalvård.
4. Ett för övriga patientgrupper.

Det totala platsbehovet för gruppen + 75 år på hälsovårdscentralens sjukhus uträknat från dagens behov och befolkningsprognosen är

2010	33 platser
2014	36 platser
2018	41 platser
2022	49 platser
2026	56 platser

Avdelningarna bör utformas så att kraven för behovsområdena beaktas, dvs. avskildhet mellan de dementa och de fysiskt sjuka, isoleringskraven för de infekterade, enskildhet och anhörigbehov vid terminalvården. Allmänna vårdetiska principer beaktas i övrigt beträffande personlig integritet, dvs gemensamt badrum och WC ersätts av rumsspecifika badrum och rumsstorleken utformas för 1-2 personer.

Se bilaga 5 för mera information om uträkningen.

2.2 VÅRDHEM

Arbetsgruppen föreslår att den nuvarande anstaltsvården (långvården vid HVC och Solgård) ersätts med vårdhemsvård och med ett utökat effektiverat serviceboende. Målet är att 3 % av de 75 år fyllda skall kunna få plats på vårdhem och att 5 – 6 % skall få plats i ett effektiverat serviceboende.

I Finland finns ännu inte någon officiell definition av vårdhem och vårdhemsvård. Arbetsgruppen har därför valt följande definition: Miljön på vårdhemmet skall vara hemlik och trevlig. Klienterna är i första hand personer som inte längre har någon behållning av att bo på effektiverade serviceboenden (t.ex. gravt dementa). Vårdhem kan även vara en lämplig boendeform för personer som har ett mycket stort vårdbehov och som är beroende av flera vårdare för förflyttning. Vårdtyngden motsvarar den på hälsovårdscentralernas långvårdsavdelningar.

Vårdhemsvården är den vårdform som är mest lämpad att köpa av privata serviceproducenter, eftersom klientgruppen och innehållet i vården kan definieras relativt klart. Vårdhemmet bör dock finnas i Smedsby, i nära anslutning till Hälsovårdscentralen, eftersom det ger vårdhemmet god tillgänglighet till hälsovårdscentralens tjänster.

Utgående från befolkningsprognosen ger en täckningsgrad på 3 % ett platsbehov enligt följande

2010	44 platser
2014	48 platser
2018	53 platser
2022	66 platser
2026	76 platser

2.3 EFFEKTIVERAT SERVICEBOENDE

För att möjliggöra minskningen av anstaltsplatser från dagens täckningsgrad på 6,1 % till 3 % för de 75 år fyllda krävs en utökning av det effektiverade serviceboendet. I Korsholm finns i dagsläget 44 platser inom effektiverat serviceboende. I de nationella rekommendationerna för äldreomsorgen rekommenderas en täckningsgrad på 5 – 6 % för de 75 år fyllda. Det ger följande platsbehov för Korsholm

2010	73 – 88 platser
2014	79 – 95 platser
2018	89 – 107 platser
2022	110 – 132 platser
2026	126 – 151 platser

Arbetsgruppen vill här betona vikten av att utökningen av platser inom effektiverat serviceboende görs i närheten av HVC, eftersom det ger tillgång till läkare, laboratorie, röntgen m.m. Närheten till HVC gör även att sjukvård smidigt kan erbjudas i de effektiverade serviceboendena. Att samla flera enheter nära varandra ger också fördelar med tanke på att enheterna vid t.ex. personalbrist kan samarbeta eftersom personalen då smidigt kan placeras där behovet för tillfället är som störst.

Arbetsgruppen bedömer att utökningen av platser inom effektiverat serviceboende på bästa sätt förverkligas genom att Solgård omstruktureras till ett effektiverat serviceboende. På så sätt skulle de effektiverade serviceboendeplatserna ökas till 94 stycken vilket skulle uppfylla rekommendationen till omkring år 2017. För att täcka behovet fram till år 2020 kan också Solhörnan göras om till effektiverat serviceboende, vilket då ger ytterligare 22 platser eller totalt 116 platser. För detta krävs uppskattningsvis en ökning av personalen med 15 personer.

Många av de klienter som idag vistas på Solgård har ungefär samma vårdtyngd som klienterna på de effektiverade serviceboendena. Därför innebär en omändring av Solgård till effektiverat serviceboende inte att klienter tvingas flytta, utan endast att grunderna för hur servicen ordnas förändras. För klienterna medför förändringen i praktiken att de ingår hyresavtal och serviceavtal med kommunen. På så sätt fås en mera individuellt anpassad vård och klienterna ges möjlighet att möblera sina rum vilket bidrar till en mera hemlik miljö.

De effektiverade serviceboendena skall i första hand vara till för personer med demenssjukdomar som inte längre klarar sig i eget boende. Omstruktureringen av Solgård ger dock möjligheter för de olika avdelningarna att profilera sig och inrikta sig på olika typer av klienter. Genom omstruktureringen kan Solgård samlingsutrymmen också bättre komma till användning för olika verksamheter inom öppenvården.

2.4 INTERVALLVÅRD OCH AVLASTNING

Intervallvård och avlastning för närståendevårdare ges även i fortsättningen vid Solgård kortvårdsavdelning. Ett tillräckligt antal platser för intervallvård och avlastning är en förutsättning för ett förlångt hemmaboende och för att närståendevården skall kunna utökas.

Den som får stöd för närståendevård är berättigad till minst tre lediga dagar per sådan månad under vilken vårdarbetet till sin natur är mycket bindande. Under ledigheten skall kommunen ordna vården. (Social- och hälsovårdsministeriet, 25.11.2008). Under perioden 1 januari, 2008 – 30 september, 2008 användes ca 5 av de 10 platserna (1425 vård dygn) av personer som finns i närståendevård. Ca 3,5 platser (971 vård dygn) användes för avlastning, medan de övriga 1,5 platserna i huvudsak användes för rehabilitering och intervallvård. Av de 3,5 platserna som användes för avlastning användes ca 2 platser (motsvarande 571 vård dygn) av personer med demens.

Med ett ökat antal närståendevårdare ökar alltså behovet av avlastningsmöjligheter. Om närståendevården utökas så att 5 – 6 % av de 75 år fyllda finns i närståendevård bör även antalet anstaltsplatser för avlastning utökas. Behovet av anstaltsplatser för avlastning är också beroende av möjligheter till avlastning i hemmet. Särskilt för de närståendevårdare som vårdar personer med demenssjukdomar kan vården med fördel ordnas som avlastning i hemmet eftersom dementa personer mår bäst av att hela tiden få vistas i sin vanliga, invanda miljö.

Följande beräkning visar platsbehovet på anstalt och behovet av avlastning i hemmet om avlastning ges endast dagtid. Beräkningen för avlastning hemma utgår från att närståendevårdens täckningsgrad är 5 % (minimum) och att alla över 75 år i närståendevård får avlastning i hemmet enligt dagens användningsgrad d.v.s. 6,3 timmar/person/månad. (Varje närståendevårdare har dock rätt till 72 timmar avlastning i månaden antingen på anstalt eller i hemmet).

<u>År</u>	<u>Anstalt</u>	<u>Hemma – dagtid</u>
2010	7 platser	5519 timmar/år
2014	8 platser	5972 timmar/år
2018	9 platser	6728 timmar/år
2022	11 platser	8316 timmar/år
2026	13 platser	9526 timmar/år

Utöver dessa platser skall det även finnas platser för intervallvård. Under perioden januari 2008 – september 2008 användes 4,4 platser för intervallvård vid Solgård kortvårdsavdelning (1214

vård dygn) vilket ger en täckningsgrad på 0,3 för de 75 år fyllda. Om samma täckningsgrad för intervallvårdsplatser gäller även i framtiden ser platsbehovet ut enligt följande.

2010	4,4 platser
2014	4,7 platser
2018	5,3 platser
2022	6,6 platser
2026	7,6 platser

Se bilaga 6 för noggrannare information om beräkningarna.

2.5 ÅTGÄRDER FÖR ATT STÖDJA HEMMABOENDET

En utökning och utveckling av hemvårdstjänsterna och öppna vården är en förutsättning för att anstaltsboendet skall kunna minskas. I de nationella rekommendationerna betonas en utveckling av mellanvårdstjänster som stödjer hemmaboende och som möjliggör dygnetruntvård i det egna hemmet. Arbetsgruppen föreslår följande åtgärder för att hemmaboendet i Korsholm skall kunna ökas.

- Möjlighet att erbjuda 13 – 14 % av de 75 år fyllda regelbunden hemservice.
- Tillgång till nattpatrull i alla kommundelar.
- Rehabiliterande verksamhet både i form av vardagsrehabilitering som ges av hemservicepersonalen och i form av akut rehabilitering som ges av rehabiliteringspersonal.
- Ett geriatriskt team (bestående av läkare, fysioterapeuter, ergoterapeut, demensskötare, äldrerådgivare samt socialarbetare) behövs som stöd för hemservicepersonalen i det rehabiliterande arbetet, för akut rehabilitering samt för uppsökande och förebyggande arbete.
- Klienternas näringsbehov, motionsbehov och psykosociala hälsa bör uppmärksammas.
- De äldres deltagande i dagcenter- och sysselsättningsgrupper bör stödjas genom fungerande kommunikationer, som t.ex. färdtjänst och servicebuss.
- Kommunen bör även förbättra möjligheterna för närståendevårdarna att träffas regelbundet t.ex. genom att organisera träffar och erbjuda avlastning för några timmar åt gången.
- Hälsovårdscentralen erbjuder en utvidgad hemsjukvård, vilket innebär att specialistsjukvårdens behov kan minskas om sjukvård även kan erbjudas i hemmen och i serviceboenden.
- Tekniska hjälpmedel som möjliggör ett förlängt hemmaboende bör tas i bruk.

2.6 TIDTABELL

Arbetsgruppen ombads i uppdragsbeskrivningen att utgå från att kommunens behov av egna investeringar skall minskas. Genom förslaget att omvandla Solgård till effektiviserat serviceboende och köpa in vårdhemsplatser som till antalet motsvarar 3 % av de 75-år fyllda uppskattas Korsholm klara sig fram till omkring år 2020 innan nya serviceboendeplatser behöver byggas. Förutsättningen för att Korsholm skall klara sig med täckningsgraden 3 % för anstaltsplatser är dock att satsningar görs inom den öppna vården så att äldre ges möjlighet att tryggt bo kvar hemma och få den service, vård och rehabilitering som de har behov av.

Arbetsgruppen föreslår att strukturförändringen genomförs enligt tabell 1 på nästa sida.

Tabell 1. Tidtabell

ÅRTAL	Hälsovårdscentralens sjukhus	Vårdhem, anstaltsvård	Effektiverat serviceboende	Öppna vården
2009	Planeringen för ombyggnaden av bäddavdelning 1 startar.	Bäddavdelning 2 fortsätter som förr.	Effektiverat serviceboende vid Aspgården, Helmiina och Folkhälsans gruppboende fortsätter med 44 platser.	Kontinuerlig ökning av personal till hemservice och hemsjukvård så att mellanvårdsformerna kan utvecklas, så att ett rehabiliterande arbetssätt kan tillämpas och så att dygnetruntvård i hemmet kan erbjudas i alla distrikt. <ul style="list-style-type: none"> - närvårdare - sjukskötare - rehabiliteringspersonal - nattpatrull - geriatriskt team
2010	Ombyggnaden inleds.		Solgård görs om till effektiverat serviceboende. Nattpersonalen ökas från 2 till 3 (för 50 boende).	
2011	Hälsovårdscentralens sjukhus färdigställs och verksamheten inleds med 40 platser.			
2012		Processen för upphandling och/eller planering av vårdhemsplatser. Sammanlagt behov 2014: 48 platser		
2013				
2014	I samband med att avdelning 2 avvecklas eller görs om till vårdhem skall 10 platser reserveras för avlastnings- och intervallvård.	Vårdhemsverksamheten inleds i egen regi och/eller som köpt service.		
2015 – 2019		.	Solhörnan görs om till effektiverat serviceboende. Personalbehov: ca + 15	
2020 – 2025		Fortsatt planering av vårdhemsverksamheten som skall utökas med minst 25 – 30 platser fram till år 2025. Platsantalet blir dock betydligt större om inte nödvändiga satsningar görs inom den öppna vården.	Ca år 2020 bör nya platser byggas inom det effektiverade serviceboendet. År 2025 behöver kommunen kunna erbjuda ca 150 platser inom effektiverat serviceboende (+ 34 platser).	

3 UTGÅNGSPUNKTERNA FÖR PLANERING AV ÄLDREOMSORG

3.1 KVALITETSREKOMMENDATIONER FÖR TJÄNSTER TILL ÄLDRE

De första kvalitetsrekommendationerna för äldreomsorgstjänster gavs ut av Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands kommunförbund år 2001. År 2007 gavs nya, uppdaterade kvalitetsrekommendationer ut. Dessa bygger på en utvärdering av kvalitetsrekommendationerna från år 2001 samt på riktlinjerna i regeringsprogrammet, de nationella målsättningarna för äldrepolitiken, nya forskningsrön och den pågående kommun- och servicestrukturreformen. Avsikten är att målen för de nya kvalitetsrekommendationerna skall uppnås till år 2012.

3.1.1 Utgångspunkter för planeringen av äldreomsorgen

När kommuner skall räkna ut behovet av tjänster till äldre sätts fokus oftast på gruppen 75 år och äldre. Detta på grund av att både nationella och internationella undersökningar visat på att det är efter 75 år som behovet av service börjar öka. (Andersson, 2007)

Målet med planeringen av äldreomsorgen är att skapa en servicestruktur som främjar välfärd och hälsa, och i kvalitetsrekommendationerna betonas särskilt att *”utgångspunkten för planeringen bör vara att så många äldre som möjligt kan leva ett självständigt, fullödigt och meningsfullt liv i sitt eget hem”* (Social- och hälsovårdsministeriet, 2008)

Social- och hälsovårdsministeriet rekommenderar att dessa punkter tas i beaktande när servicestrukturen skapas.

1. *Servicestrukturen skall utvecklas som en helhet.* Som utgångspunkt bör uppgifter om de äldre kommuninvånarnas levnadsvillkor, sjukfrekvens och funktionsförmåga användas. Dessa uppgifter kan t.ex. vara demenssjukdomar, svag fysisk funktionsförmåga, bristfällig närservice, ensamboende, brist på sociala nätverk samt boende- och närmiljöer där det är svårt att ta sig fram.
2. *Tjänsternas kvalitet och effekter tryggas genom en omfattande bedömning av individens servicebehov.* Klientens fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga samt olika miljöfaktorer bedöms och utvärderas. Bedömningen utförs som mångprofessionellt samarbete samt i samarbete med klienten och de anhöriga. De bedömningsinstrument som används bör väljas ut på basis av visad tillförlitlighet. Kunskap om hur funktionsförmåga bedöms, hur olika metoder används samt hur informationen samlas in, behandlas och tolkas är väsentligt. Bedömningsresultaten som helhet bör användas i planeringen av kommunens eller regionens servicesystem.
3. *Servicesystemet bör utvecklas så att tyngdpunkten ligger på tjänster som möjliggör och stödjer hemmaboendet dygnet runt.* Hemvården skall vara förutseende och reagera snabbt på förändringar i klienternas hälsotillstånd. Rehabilitering i hemmet skall prioriteras bl.a. genom att hemvården stöder och uppmuntrar klienterna till att använda sina resurser i vardagsbestyren.

Målet är att hemvårdsklienterna även skall kunna få service dygnet runt av kvälls- och nattpatruller. För att öka tryggheten för klienter och anhöriga bör en ansvarsperson eller ett ställe som kan kontaktas dygnet runt finnas.

Hem- och närståendevården kan också stödjas genom rehabiliterande dagverksamhet och kortvarig heldygnsvård som upprätthåller klienternas funktionsförmåga och ger de anhöriga möjlighet att ha ledigt.

För klienterna inom hemvården tryggas kvalitativa och effektiva tjänster genom att en eller par ansvariga personer (samordnare) utses för klienterna och genom att konsultationsmöjligheterna förbättras så att personalen har tillgång till tillräcklig sakkunskap inom gerontologiskt vård- och socialarbete samt geriatri.

Om en äldre person önskar service, men inte uppfyller kommunens kriterier för rätten till service eller om sådan service personen önskar inte finns i kommunen skall alternativ service utredas tillsammans med den äldre och de anhöriga. Klienter som använder offentliga tjänster skall ges möjlighet till vägledning och rådgivning om hur de på egen bekostnad kan komplettera sitt serviceurval med de tjänster de önskar.

4. *Dementa klienters behov bör särskilt beaktas* i utvecklingen av servicestrukturen eftersom demenssjukdomar är en av de viktigaste faktorer som ökar servicebehovet hos äldre. Genom tillräckliga och ändamålsenligt inriktade vård- och omsorgstjänster kan också personer med demenssymptom bo hemma längre och institutionsvården kan senareläggas. Tjänster till personer med demenssjukdomar bör vara flexibla och den demenssjuke samt de anhöriga bör ha möjlighet till information, stöd och servicehandledning i sjukdomsprocessens alla skeden.
5. *Långtidsvårdens strukturer bör ses över* med målet att utgående från klienternas önskemål tillhandahålla långvård antingen i hemmen eller i hemlika miljöer i form av effektiverade serviceboenden. Långtidsvård på hälsocentralernas avdelningar utan medicinsk grund bör ersättas med andra alternativ så att hälsocentralernas vårdavdelningar kan användas för snabb och flexibel akutvård och rehabilitering.
6. *Vård och tjänster som främjar funktionsförmågan* och hjälper de äldre att bli återställda bör ingå i all äldreomsorgsservice. Befrämjande för de äldres hälsa är bl.a. en hälsosam kost som lämpar sig för äldre, regelbunden motion och upprätthållande av muskelstyrkan, samt en regelbunden uppföljning av hälsotillståndet.
7. *Konkreta kvantitativa mål bör sättas upp för tjänsternas täckning* och målen bör följas upp med hjälp av ändamålsenliga indikatorer. Tabellen nedan visar de nationella målen för äldreomsorgen.

3.1.2 De nationella mål för äldreomsorgen som satts upp för år 2012

INDIKATORER	MÅL (andel av dem som fyllt 75 år)
Andelen hemmaboende (exklusive de som omfattas av dygnetruntservice)	91 – 92 procent bor hemma
Andel som får regelbunden hemvård	13 – 14 procent får regelbunden hemvård
Andel som får stöd för närståendevård	5 – 6 procent får stöd för närståendevård
Andel som bor i effektiverat serviceboende	5 – 6 procent bor i effektiverat serviceboende
Andel i långvarig institutionsvård (ålderdomshem, hälsocentralssjukhus, vårdhem)	3 procent vårdas på institution.

3.1.3 Nya koncept för äldreomsorgstjänsterna

I kvalitetsrekommendationerna betonas att servicestrukturen bör förnyas och att innehållet i såväl hemvården som dygnetruntvården skall utvecklas. För att påskynda utvecklingsarbetet ordnade Social- och hälsovårdsministeriet under våren 2008 ett arbetsmöte för sakkunniga inom äldreomsorg och åldrande. Målet var att utarbeta ett förslag på ett nytt servicekoncept för äldreomsorgstjänsterna. I det nya servicekonceptet sätts klienten i centrum och klienternas delaktighet i de val som görs angående vården betonas. Begreppen *integrerad vård* och *mellanvård* är centrala i det nya servicekonceptet.

Integrerad vård

Integreringen av vården och servicen sker både på serviceproducentnivå och på klientnivå. På serviceproducentnivå handlar det om att serviceformerna integreras med varandra så att de s.k. gråzonerna mellan olika serviceformer försvinner. För klienterna innebär detta en bättre kvalitet på servicen och för serviceproducenterna ett intensivare samarbete. Integrering av service på klientnivå innebär att vården och servicen till de enskilda klienterna koordineras så att helheten på bästa sätt täcker vårdbehovet och så att klienternas egna resurser stöds.

Utveckling av mellanvårdsformer

Mellanvård kan exempelvis vara rehabiliterande tjänster och korttidsvård. Syftet med dessa vårdformer är att stödja klienternas funktionsförmåga och välbefinnande så att behovet av vård minskar och anstaltsvården senareläggs. Om mellanvårdsformer finns kan klienter också återvända snabbare till sitt vanliga boende efter sjukhusvistelse och sjukhusvistelse utan medicinsk grund kan därmed undvikas.

Servicehandledning

Klienternas servicebehov skall enligt modellen bedömas noggrant och utgående från behoven väljs den service och de tjänster som bäst uppfyller klientens behov. För att klienterna skall kunna välja bland olika serviceproducenter krävs information och jämförelsematerial. Kvalitetsindikatorer för tjänsterna hjälper klienterna välja samt bidrar till att serviceproducenterna utvecklar och förbättrar tjänsterna.

(Social- och hälsovårdsministeriet, 2008).

3.2 FÖREBYGGANDE OCH REHABILITERANDE VERKSAMHET I HEMMEN

”Syftet med Finlands äldrepolitik är att hjälpa de äldre att upprätthålla sin funktionsförmåga och leva ett självständigt liv. Målet är att så många äldre som möjligt skall kunna bo kvar och leva självständigt i sitt hem och i sin invanda boendemiljö. Deras funktionsförmåga upprätthålls och förbättras genom en mångsidig förebyggande och rehabiliterande verksamhet som sätts in i ett tillräckligt tidigt skede. De skall få stöd med att bo kvar hemma genom högklassiga social- och hälsovårdstjänster.” (Social- och hälsovårdsministeriet, 16.4.2008).

3.2.1 Förebyggande hembesök

I kvalitetsrekommendationerna föreslås att förebyggande hembesök riktas till de äldre som inte regelbundet anlitar vård- och omsorgstjänster och särskilt till de personer som hör till riskgrupper. Till riskgrupper räknas personer med svag socioekonomisk ställning, personer som löper risk att marginaliseras, personer som har flera sjukdomar eller som ständigt åker in på sjukhus, personer som är benägna att falla eller råka ut för andra olyckor samt nyblivna änkor/änklingar och ensamma personer. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2008).

I en studie (Cornelius & Wånell, 2005) om internationella och svenska erfarenheter av hälsokontroller och förebyggande hembesök för äldre konstaterar författarna att det tycks finnas två faktorer som inverkar på om hembesöken ger någon effekt eller inte. För det första så räcker det inte med ett besök utan minimum är två – ett där den äldre personens livssituation och hälsa diskuteras och ett uppföljningsbesök där de råd som getts följs upp. Den andra faktorn var hembesökarens professionella kunskap samt lokalkännedom och kännedom om lokala aktiviteter för äldre.

Att någon specifik grupp skulle ha haft särskild nytta av hembesöken kunde inte konstateras. I några studier som undersökts visade resultaten att besök till äldre i "riskzonen" varit särskilt framgångsrika medan andra försök visade att det var friska yngre äldre som hade mest nytta av besöken.

I utvärderingar av hembesök från olika länder har effekterna varierat och åsikterna om huruvida hembesök är lönsamma eller inte har gått isär. Den forskning som hävdar att det inte finns några bevis för att hembesök har effekt bemöts av andra forskare med att hembesök inte kan utvärderas på samma sätt som ett medicinskt behandlingsprogram och att man därför har svårt att finna bevis för att hälsan och ADL-förmågan förbättras av hembesöken. Däremot framhålls i Cornelius och Wånells studie att flera forskningsgrupper påvisat att hembesöken bidrar till en minskad dödlighet och en minskad flyttning till äldreboende.

3.2.2 Rehabilitering i hemmet

Målsättningen med rehabilitering i hemmet är i de flesta fall att förlänga hemmaboendet, att ersätta slutenvårdsplatser, att förbättra övergången mellan slutenvård och öppenvård samt att förhindra återinläggning. (FoU i Väst, 2006). Även i kvalitetsrekommendationerna konstateras att "satsningar på rehabilitering är ett effektivt sätt att förebygga institutionsvård" (Social- och hälsovårdsministeriet, 2008).

Begreppet hemrehabilitering kan dock ha lite olika betydelse beroende på vilken verksamhet som åsyftas. Rehabilitering kan ges i samband med akuta skador och sjukdomar eller när det föreligger en risk för hastig försämring. Här ges insatserna oftast av rehabiliteringspersonal eller av multiprofessionella team där olika yrkeskategorier åker hem till klienten och utför specifik träning i hemmet. (Socialstyrelsen i Sverige, 2007, FoU i Väst, 2006).

Rehabilitering kan också ges som en stödjande och uppehållande insats till klienter som präglas av allt svagare kroppsliga och själsliga funktioner. Den här sortens rehabilitering ges oftast av hemservicepersonalen, men med handledning av rehabiliteringspersonal. Denna typ av vardagsrehabilitering har sin grund i ett rehabiliterande synsätt som i praktiken innebär att hemservicepersonalen stöder den enskilde att själv klara av vardagen och ta till vara sina resurser. (Socialstyrelsen i Sverige, 2007).

En annan typ av funktionsuppehållande rehabilitering bygger på att s.k. elitteam bestående av arbetsterapeut, sjukgymnast och speciellt utbildade undersköterskor tränar vårdtagaren i vardagliga aktiviteter i hemmet. (FoU i Väst, 2006).

I en sammanställning gjord av Socialstyrelsen i Sverige (2007) samlas olika kommuners erfarenheter av hemrehabilitering. De mätbara resultaten visade att klienternas ADL-funktioner förbättrats av hemrehabiliteringen och att behovet av hemtjänsttimmar som ett resultat av detta minskat. I sammanställningen kartlades även de faktorer som krävs för att rehabilitering av äldre i hemmet skall vara framgångsrik. Genom att studera de olika kommunernas rehabiliteringsprojekt kom man fram till att följande faktorer är viktiga.

1. Rehabilitering skall kunna ges både som en insats under en kortare tid och som regelbunden rehabilitering för att upprätthålla funktionsförmågan.
2. Förutsättningen för en lyckad målinriktad rehabilitering i det egna hemmet är ett gott samarbete mellan olika yrkesgrupper (t.ex. sjuksköterskor, fysioterapeuter, sjukgymnaster, biståndsbedömare, hemservicepersonal m.fl.)
3. En rehabplan som regelbundet utvärderas och som innehåller tydliga mål och delmål gör att ansvaret för rehabiliteringen blir tydligt och konkret för alla inblandade.
4. Dokumentation är ett användbart verktyg för den viktiga och nödvändiga informationsöverföringen mellan de olika aktörerna.
5. För en lyckad övergång till ett rehabiliterande arbetssätt är attityder hos personal och chefer viktig. Därför behöver personalen få både handledning och stöd i sitt arbete.
6. För att personalen skall kunna ge klienterna vardagsrehabilitering krävs att man i bedömningen av servicebehovet räknar tillräckligt med tid för rehabiliteringen så att personalen inte upplever att tiden inte räckte till när klienterna själv skall utföra sysslorna.

3.3 NUVARANDE SERVICE

3.3.1 Serviceboende och anstaltsvård

Serviceboendet i Korsholm består av både vanligt serviceboende och effektiverat serviceboende. Inom det vanliga serviceboendet, d.v.s. vid Solhörnan fanns våren 2008 18 personer över 75 år, vilket motsvarar 1,2 % av åldersgruppen. Enligt Social- och hälsovårdsministeriet definition skall ett serviceboende som inte är effektiverat räknas som hemmaboende och därmed ingår de som bor vid Solhörnan i gruppen ”hemmaboende”.

Vid de effektiverade serviceboendena (Aspgården, Helmiina och Folkhälsans gruppboende) fanns 39 personer över 75 år, vilket motsvarar 2,7 % av dem som är 75 år eller äldre. Inom institutionsvården (Solgård och HVC:s långvård) fanns det sammanlagt 87 personer över 75 år vilket är 6 % av åldersgruppen.

3.3.2 Korttidsvård

Korttidsvård ges vid Solgårds kortvårdsavdelning (10 platser) och vid Bäddavdelning I. År 2007 användes ca 29 av 36 platser för korttidsvård. Täckningen av kortvårdsplatser för personer över 75 var vid årsskiftet därmed 2,7 %. Tabellerna 2 och 3 visar för vilka ändamål platserna använts vid HVC respektive vid Solgård.

Tabell 2. Användningen av vårdplatserna vid avdelning 1 vid HVC (36 platser) under år 2007 i procent.

Orsak till vistelse	Alla ålderskategorier
Akut medicinsk vård	29 %
Rehabilitering	34 %
Avlastning	9 %
Terminalvård	5,5 %
Långvård	20 %
Dagvård	2,5 %

Tabell 3. Användningen av vårdplatserna vid Solgård kortvårdsavdelning (10 platser) från 1.1. 2008 – 30.9. 2008 i procent.

Orsak till vistelse	Alla ålderskategorier
Rehabilitering	1,4 %
Avlastning	35,9 %
Avlastning o. rehabilitering	9,6 %
Avlastning o. intervallvård	2,8 %
Intervallvård	30,1 %
Intervallvård o. rehabilitering	15,6 %
Dagvård o. rehabilitering	0,3 %
Anhörigas resa	1,9 %
Väntan på vårdplats	1,0 %
Ingen angiven orsak	1,0 %
Akut från HVC	0,2 %
Post op	0,3 %

Tabell 4 visar antalet befintliga platser vid serviceboenden och anstalter i Korsholm och tabell 5 visar täckningsgraden för anstaltsplatser och serviceboenden för personer över 75 år.

Tabell 4. Antalet platser för äldre vid serviceboenden och anstalter 2007

Vanligt serviceboende	Effektiverat serviceboende	Anstaltsboende
<u>Solhörnan:</u> 22 platser	<u>Aspgården:</u> 10 platser <u>Helmiina:</u> 10 platser <u>Folkhälsans gruppboende:</u> 24 platser	<u>Solgård åldringshem:</u> 50 långvårdsplatser + 10 kortvårdsplatser <u>HVC:s bäddavdelningar:</u> 45 långvårdsplatser + 29 kortvårds-/rehabiliteringspl.

Tabell 5. Anstaltsplatsernas och serviceboendets täckningsgrad 2007 för personer över 75 år.

	Antal platser	Täckningsgrad
Solhörnan	22	1,5 %
Eff. serviceboenden	44 *1	3,0 %
Solgård	50	3,5 %
Kortvård totalt	39 *2	2,7 %
HVC långvård	45	3,1 %

*1 Aspgården, Helmiina och Folkhälsans gruppboende.

*2 Solgård kortvårdsavdelning samt de platser på bäddavdelning 1 som användes för korttidsvård.

3.3.3 Hemmaboendet

Vid den RAVA-mätning som genomfördes våren 2008 i Korsholm fanns totalt 120 personer över 75 år vid effektiverade serviceboenden och anstalter. I procent innebär det att 8,3 % av åldersgruppen 75 år och äldre fanns antingen inom effektiverat serviceboende eller i anstaltsvård och att 91,7 % av åldersgruppen bodde hemma. Av de hemmaboende fick 153 personer över 75 år hemservice och 48 personer ur åldersgruppen fanns inom närståendevården. Det betyder att 10,6 % av dem som är 75 år och äldre fick hemservice och att 3,3 % av dem fanns i närståendevård.

I Korsholm finns 7 pensionärshem utplacerade i Replot, Helsingby, Kvevlax, Solf, Veikars, Jungsund och Petsmo. Vid pensionärshemmen i Replot, Helsingby och Kvevlax finns kök och matsal där hyresgästerna kan få lunch. Lunchen räknas som en stödtjänst inom hemservice. All övrig hjälp som hyresgästerna behöver fås från hemservice eller hemsjukvården. I Smedsby upprätthåller Folkhälsan hyres- och ägobostäder avsedda för äldre personer. Även dessa ingår i den öppna vården eftersom all vård och service ges av hemvårdspersonalen.

3.3.4 65 – 74-åringarnas andel i de olika vårdformerna

Ur åldersgruppen 65 – 74 år fanns 0,6 % antingen vid något effektiviserat serviceboende eller vid Solgård eller Bädnen. Det betyder att 99,4 % av 65 – 74-åringarna bor hemma. Hemservice får 1,1 % av 65 – 74-åringarna och 0,7 % av dem finns i närståendevård. Tabell 6 visar antalet personer i de olika åldersgrupperna inom vårdformerna och tabell 7 visar den procentuella fördelningen för åldersgrupperna 65 – 74 år samt 75 år och äldre i vårdformerna.

Tabell 6. Åldersfördelning inom vårdformerna vid RAVA-mätningen 2008 (i antal).

	Under 65 år	65 – 74 år	Över 75 år	Tot.antal
Hemservice	12	17	153	182 pers.
Närståendevård	25	11	48	84 pers.
Solhörnan	2	2	18	22 pers.
Eff. serviceboenden	2	3	39	44 pers.
Solgård	1	4	45	50 pers.
Kortvård	5	15	22	42 pers. *
Bädnen I	1	2	15	18 pers.
Bädnen II	0	2	36	38 pers.

*På kortvårdsavdelningen gjordes RAVA-mätningen för de klienter som regelbundet vistas på avdelningen och inte endast för de som var där vid en viss tidpunkt.

Tabell 7. Andelen 65 – 74-åringar och andelen över 75-åringar i de olika vårdformerna (i procent av befolkningen i samma ålder).

	65 – 74 år	Över 75 år	Nationellt mål (täckningsgrad för över 75-år fyllda)
Hemservice	1,1 %	10,6 %	13 – 14 %
Närståendevård	0,7 %	3,3 %	5 – 6 %
Solhörnan	0,1 %	1,2 %	Inget nationellt mål
Eff. serviceboenden	0,2 %	2,7 %	5 – 6 %
Solgård	0,3 %	3,1 %	Institutionsvård sammanlagt 3 %
HVC långvård	0,2 %	2,9 %	

3.3.5 Kösituationen 2008

Socialarbetare Ulla Högnäs som koordinerar intagningen till de olika enheterna uppger att det i intagningskön finns ca 5 – 10 personer som borde få plats genast och utöver dem ca 20 personer till i kö som inte har något brådskande behov att få en plats (Personlig kommunikation, augusti 2008).

Heidi Svarvén vid Solgårds kortvårdsavdelning uppger att 7 – 8 personer för tillfället köar till en plats på kortvårdsavdelningen. (Personlig kommunikation, oktober 2008).

4 BEFOLKNINGEN 2007 OCH PROGNOSEN FRAM TILL 2026

Befolkningsprognosen för Korsholm är gjord av Markku Lankinen och den baserar sig på befolkningssiffror från år 2002. Arbetsgruppen har i en jämförelse med statistikcentralens prognos konstaterat att Lankinens prognos kan vara lite i underkant eftersom inflyttningen till kommunen varit större än förväntat, men att förändringarna ändå är så pass små att prognosen kan användas. De största skillnaderna finns i de områdesvisa prognoserna. För Smedsbyområdets del är ökningen av äldre betydligt större än vad prognosen förutspår medan siffrorna för Norra Korsholm, Södra- och Östra Korsholm samt Solf är för höga (se bilaga 1 för prognosjämförelser).

Prognosen visar att åldersgruppen 65 – 74 år ökar under perioden 2007 – 2026 med ca 59,5 % (893 personer) och att åldersgruppen 75 år och äldre under samma period ökar med ca 74,6 % (1077 personer). Räknat i antal personer är ökningen för personer 75 år och äldre som störst i Smedsby där åldersgruppen beräknas mer än fördubblas från 380 till 768 personer. I Norra Korsholm samt i Södra- och Östra Korsholm beräknas ökningen av åldersgruppen 75 år och äldre ligga kring ca 200 personer. Minst är ökningen i Replot-Björköby, där åldersgruppen uppskattas öka endast med 16 personer. (Tabellerna 8 – 10).

Tabell 8. Antal personer inom åldersgrupperna 65 – 74 år samt över 75 år (31.12.2007).

Områden	65 – 74 år	Över 75 år
Replot – Björköby	191 st.	274 st.
Norra Korsholm	218 st.	149 st.
Kvevlax	253 st.	307 st.
Smedsby	492 st.	380 st.
Södra- och Östra Korsholm	164 st.	147 st.
Solf	183 st.	186 st.
ALLA	1501 st	1443 st.

Tabell 9. Prognos för åldersgrupperna 65 – 74 år samt 75+.

	2007	2010	2014	2018	2022	2026
65 – 74 år	1501	1715	2158	2414	2444	2394
75 +	1443	1464	1584	1778	2194	2520

Tabell 10. Områdesvis prognos 2007 – 2026 för åldersgruppen 75+.

	Replot- Björköby	Norra Korsholm	Kvevlax	Smedsby	Sö&Östra Korsholm	Solf	TOTALT
2007	274	149	307	380	147	186	1443
2010	230	197	302	336	188	211	1464
2014	219	216	309	416	204	220	1584
2018	223	246	329	507	233	240	1778
2022	259	307	392	655	291	290	2194
2026	290	356	439	768	338	329	2520
ökn.2007- 2026	+ 16	+ 207	+ 132	+388	+ 191	+ 143	+ 1077

5 UTRÄKNINGSMODELLER

I Stakes rapport *Palveluasuntoja ikäihmisille* (2007) presenterar Sirpa Andersson olika scenarier för hur servicen för befolkningen över 75 år kan ordnas i framtiden och utgående från dessa scenarier ges modeller för hur behovet av serviceboende kan räknas ut.

5.1 MODELL 1 – DEN NUVARANDE SERVICESTRUKTUREN PROJICERAS PÅ FRAMTIDEN

Servicen ordnas som i dagsläget men till en större grupp människor. I scenariot antar man att behovet av service växer med samma procent som gruppen 75 + växer. I scenariot ingår varken förbättringar av servicestrukturen eller ökad täckning av service.

Vid uträkning av platsbehov inom serviceboende utgår man från den andel personer som i dagsläget finns inom vanligt serviceboende och effektiverat serviceboende. Utgående från befolkningsprognoser för gruppen 75 + räknar man sedan ut behovet av platser så att täckningsgraden förblir den samma.

På nationell nivå räknar man med att 2 % av dem som fyllt 75 år finns i vanliga serviceboenden och att 3,4 % av dem finns i effektiverade serviceboenden.

Sirpa Andersson anser dock inte den här beräkningsmodellen vara särskilt tillförlitlig eftersom de personer som nu kommer till vanliga serviceboenden redan vid ankomsten har ett ganska stort vårdbehov, vilket gör att tyngdpunkten redan nu allt mera flyttas från vanliga serviceboenden till effektiverade serviceboenden.

Beräkning för platsbehovet 2007 – 2026 enligt modell 1 finns i bilaga 2.

5.2 MODELL 2 – ENDAST EFFEKTIVERADE SERVICEBOENDEN

I den här modellen ses servicestrukturen i kommunen som en helhet och man räknar med att servicestrukturen måste förändras så att den motsvarar det ökade och ändrade behovet av service. Scenariot byggs upp kring den nationella riktlinjen att hemmaboendet skall stödjas och därigenom utgår man från att hemvårdens täckningsgrad ökar samt att antalet personer som får stöd för närståendevård ökar.

I scenariot avvecklas allt vanligt serviceboende samt hälsovårdscentralernas långvårdsavdelningar och det effektiverade serviceboendet byggs ut så att det motsvarar vårdbehovet. Åldringshemmen görs om till vårdhem och skall i första hand vara till för dementa personer med nedsatt funktionsförmåga.

Scenariots målsättningar för de 75 år fyllda är att

- Täckningen för den regelbundna hemservicen stiger från nuvarande 11,5 % till 14 %.
- Täckningen för stödet till närståendevårdare ökar till 6 %.
- Vanligt serviceboende avvecklas.
- Täckningen för effektiverat serviceboende ökar till 6 %.
- Ålderdomshemmen omvandlas till vårdhem och där ska ca 2 % av de 75 år fyllda vårdas.
- Hälsovårdscentralernas långvårdsavdelningar avvecklas och klienterna flyttas till effektiverade serviceboenden och till ålderdomshem (vårdhem).

För en så här stor förändring krävs förberedelser och politiska linjedragningar, vilket ännu inte gjorts. Alternativet anses därför lite för radikalt och därmed inte speciellt sannolikt. Experter inom området har dock tagit ställning för det här alternativet. (Andersson, 2007)

Beräkning för platsbehovet 2007 – 2026 enligt modell 2 finns i bilaga 3.

5.3 MODELL 3 – PLATSBEHOVET RÄKNAS UT GENOM ATT OLIKA FAKTORER TAS I BEAKTANDE

Det tredje scenariot byggs av Sirpa Andersson upp som en beräkningsmodell för serviceboende. I modellen ges beräkningsformler för de olika faktorer som bör beaktas. Vid uträkning av behovet av serviceboende tas följande faktorer med:

- nedsatt fysisk funktionsförmåga
- låg boendestandard
- psykosociala orsaker
- demens
- minskning av bäddplatser vid HVC
- 65 – 74 –åringarnas behov

I scenariot avvecklas först hälsovårdscentralernas långvårdsavdelningar och omkring år 2025 avslutas ålderdomshemmens verksamhet. Syftet med detta är att öka boendestandarden för personer i långtidsvård och att öka deras självbestämmanderätt.

Beräkning för platsbehovet 2007 – 2026 enligt modell 3 finns i bilaga 4.

Tabell 11. Jämförelse för de olika modellerna samt om beräkningen görs utgående från kvalitetsrekommendationen: Ökning från dagens platsantal samt antal platser 2026.

Boendeform samt nuvarande antal platser	MODELL 1 Dagens struktur projicerad på framtiden	MODELL 2 Endast effektiverat serviceboende	MODELL 3 Beaktande av olika faktorer	Kvalitets- rekommendation för år 2012
Vanligt serviceboende (22 platser)	+ 12 platser = 34 platser	-	+ 29 platser = 51 platser	Ingen rekommendation
Effektiverat serviceboende (44 platser)	+ 31 platser = 75 platser	+ 82 – 107 pl. = 126 – 151 pl.	+ 171 platser = 215 platser	+ 82 – 107 pl. = 126 – 151 pl.
Anstaltsvård (95 platser)	+ 68 platser = 163 platser	- 45 platser = 50 vårdhemspl.	- 95 platser = 0 platser	- 19 platser = 76 platser

6 DEFINITIONER

Hemmaboende

Personer som inte är intagna på långvårdsavdelning, ålderdomshem, effektiverat serviceboende för äldre, handikappinstitution eller i assisterat boende för handikappade räknas som hemmaboende. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2008).

Regelbunden hemvård

I hemvårdsbegreppet ingår *hemservice*, *hemsjukvård* och *stödtjänster*. Hemvård kan ges i den äldres eget hem, i pensionärshem eller i vanligt serviceboende. För att en klient ska anses ha regelbunden hemvård bör det finnas en gällande vård- och serviceplan för hemvård eller också bör klienten få service minst en gång per vecka. Klienter i institutionsvård med gällande vård- och serviceplaner räknas dock inte som hemvårdsklienter. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2008).

Stöd för närståendevård

I stödet till närståendevårdare ingår de tjänster som omsorgstagaren är i behov av samt vårdarvode, ledighet och tjänster till stöd för närståendevårdarens uppdrag. Stödtjänsterna skall definieras i vård- och serviceplanen. Vårdarvodet bestäms utgående från hur bindande och krävande vården är. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2006). Minimiarvodet för år 2008 är 317,22 €/månad. Fr.o.m. 1.1.2009 är minimiarvodet 336,41 €/månad.

Serviceboende

En person i serviceboende omfattas av både boende och nära anslutna vård- och omsorgstjänster. Serviceboenden är öppenvårdsenheter där klienterna betalar separat för boendet (hyresavtal) och för tjänsterna. Serviceboendet delas in i *vanligt serviceboende* och *effektiverat serviceboende*. Dessa skiljer sig från varandra genom att personalen i effektiverade serviceboenden är på plats dygnet runt, medan vanliga serviceboenden endast har personal dagtid. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2008).

Institutionsvård

Begreppet institutionsvård innefattar både *vård på ålderdomshem* och *långvård på hälsocentralernas bäddavdelningar*. Vården på ålderdomshemmen är en serviceform inom socialvården medan långvården på bäddavdelningarna ordnas inom ramen för hälsocentralernas verksamhet. Vården är långvarig då klienten fått ett beslut om långtidsvård eller då klienten fått vård under mer än 90 dygn. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2008).

Korttidsvård

Korttidsvård kan delas in i intervallvård och annan korttidsvård. Syftet med intervallvården är att stödja hemmaboendet och upprätthålla funktionsförmågan. Klienter med intervallvård återkommer regelbundet till kortvårdsavdelningen. Den övriga korttidsvården används bl.a. som avlastning för närståendevårdare, samt för klienter som behöver tillfällig omvårdnad p.g.a. sjukdom, läkemedelsövervakning, oro och nedstämdhet, eftervård och rehabilitering m.m. (Salkari & Lehtoranta, 2006).

Vårdkedja

Vårdkedja är ett organisatoriskt begrepp som betecknar hur olika hälso- och sjukvårdsinstanser kan länkas ihop till en sammanhängande och samordnad helhet för patienten. För att uppnå detta krävs samverkan och samarbete med andra verksamheter i samhället. *Samverkan* betyder att man fastställer rutiner för när och i vilka sammanhang personalen skall samarbeta med varandra. *Samarbete* innebär gemensamma insatser kring enskilda klienter/familjer eller närstående. (Riksföreningen för distriktssköterskor, 2008)

KÄLLFÖRTECKNING

Andersson, Sirpa. (2007). *Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve*. Helsingfors: STAKES.

[Online] Tillgänglig: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R14-2007-VERKKO.pdf>

Cornelius C. & Wånell S. (2005) *Hembesök för hälsans skull. En studie om internationella och svenska erfarenheter av hälsokontroller och förebyggande hembesök för äldre*. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2005:7. [Online] Tillgänglig:

http://www.aldrecentrum.se/upload/Rapporter/Rapporter%202005/2005_7_hembesok.pdf

FoU i Väst. (2006). *Äldres upplevelser av rehabilitering i hemmet*. [Online] Tillgänglig:

http://www.fouivast.com/download/18.55340448112b9e59b8980006616/aldres_upplevelser_av_rehabilitering.pdf

Riksföreningen för distriktssköterskor. (2006). *PUNK-handboken. Primärvårdens Utveckling Nationell Kvalitet*.

[Online] Tillgänglig: <http://www.distriktsskoterska.com/punk/handbok/PUNK10Riktlinjer2006.pdf>

Salkari, S. & Lehtoranta, H. (2006). *Vanhusten laitoshoidon tuotteisuus*. Karhukuntien julkaisuja 3/2006. Pori: Porin seutu Karhukunnat. [Online] Tillgänglig:

http://www.karhukunnat.fi/Apu/2006_3_Vanhusten_laitoshoidon_tuotteistus.pdf

Social- och hälsovårdsministeriet. (2006). *Stödet för närståendevård. Handbok för kommunala beslutsfattare*. Handböcker 2005:31. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

[Online] Tillgänglig:

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/02/hl1140517481857/passthru.pdf>

Social- och hälsovårdsministeriet. (2008). *Ikäntyneiden palveluiden uudet konseptit*. Selvityksiä 2008:47. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet. [Online] Tillgänglig:

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/11/pr1225884583042/passthru.pdf>

Social- och hälsovårdsministeriet. (16.4.2008). *Tjänster för äldre*. Webbsida. [Online] Tillgänglig:

<http://www.stm.fi/Resource.phx/sve/ansva/svord/aldre/index.htm>

Social- och hälsovårdsministeriet. (25.11.2008). *Stöd för närståendevård*. Webbsida. [Online]

Tillgänglig: <http://www.stm.fi/Resource.phx/sve/ansva/svord/aldre/narsta.htm?template=print>

Social- och hälsovårdsministeriet & Finlands kommunförbund. (2008). *Kvalitetsrekommendationer om tjänster för äldre*. Publikationer 2008:4. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

[Online] Tillgänglig:

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/02/ka1211186976733/passthru.pdf>

Socialstyrelsen. (2007). *Rehabilitering för hemmaboende personer*. [Online] Tillgänglig:

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/3ECF69B7-23CD-4384-A4C5-95669B915E08/7945/200712326.pdf>

Jämförelse för befolkningsprognoserna

Markku Lankinens och Statistikcentralens prognos för Korsholm i jämförelse.

	2010	2014	2015	2018	2020	2022	2025	2026
Lankinen	1464	1584		1778		2194		2520
Statistikcentralen	1497		1680		2009		2546	

Antal 75 år fyllda 31.12.2007 var 1443 st.

Lankinens prognos för 75 + i jämförelse med verkliga siffror från år 2006 för de olika delområdena.

	Verklig siffra	Prognos	Förändring
Replot-Björköby	269	249	20
Norra Korsholm	154	182	-28
Kvevlax	303	305	-2
Smedsby	349	274	75
Sö&Ö Korsholm	144	183	-39
Solf	178	207	-29
TOTALT	1397	1400	-3

Uträkningsmodell 1 – Den nuvarande servicestrukturen projiceras på framtiden

Platsbehov 2010 – 2026 för personer över 75 år i Korsholm om den nuvarande servicestrukturen projiceras på framtiden

	2007	2010	2014	2018	2022	2026
Antal 75 +	1443	1464	1584	1778	2194	2520
Hemvård	153 = 10,6 %	155	168	188	233	267
Närståendevård	48 = 3,3 %	48	52	59	72	83
Vanligt serviceboende	18 = 1,2 %	18	19	21	26	30
Effektiverat serviceboende	39 = 2,7 %	39	43	48	59	68
Ålderdomshem	45 = 3,1 %	45	49	55	68	78
HVC långv.	42 = 2,9 %	42	46	52	64	73

Platsbehov 2010 – 2026 för personer 65 – 74 år i Korsholm om den nuvarande servicestrukturen projiceras på framtiden

	2007	2010	2014	2018	2022	2026
Antal 75 +	1501	1715	2158	2414	2444	2394
Hemvård	17 = 1,1 %	19	24	26	27	26
Närståendevård	11 = 0,7 %	12	15	17	17	17
Vanligt serviceboende	2 = 0,1 %	2	2	2	2	2
Effektiverat serviceboende	3 = 0,2 %	3	4	5	5	5
Ålderdomshem	4 = 0,3 %	5	6	7	7	7
HVC långv.	3 = 0,2 %	3	4	5	5	5

Det sammanlagda behovet av serviceboende och anstaltsplatser om dagens struktur behålls

	2007	2010	2014	2018	2022	2026	Ökning totalt
Vanligt serviceboende	22 * ₁	22 Ökn: 0	23 Ökn: 1	25 Ökn: 2	30 Ökn: 5	34 Ökn: 4	+12 pl.
Effektiverat serviceboende	44 * ₂	44 Ökn: 0	49 Ökn: 5	55 Ökn: 6	66 Ökn: 11	75 Ökn: 9	+31 pl.
Ålderdomshem	50	50 Ökn: 0	55 Ökn: 5	62 Ökn: 7	75 Ökn: 13	85 Ökn: 10	+35 pl.
HVC långv.	45	45 Ökn: 0	50 Ökn: 5	57 Ökn: 7	69 Ökn: 12	78 Ökn: 9	+33 pl.

*₁ På två av platserna vid Solhörnan befann sig 2007 personer under 65 år. Dessa platser har därför adderats till slutsumman.

*₂ År 2007 befann sig 2 personer under 65 år inom det effektiverade serviceboendet. Därför har två adderats till slutsumman i uträkningen.

Uträkningsmodell 2 – Endast effektiverade serviceboenden

I den här modellen satsas det på hemmaboende och effektiverat serviceboende på så sätt att 13 – 14 % av de 75 år fyllda skall kunna erbjudas hemvård, 5 – 6 % skall finnas inom närståendevården och 5 – 6 % skall bo i effektiverade serviceboenden. Endast 2 % skall finnas inom institutionsvården, vilket enligt modellen innebär ålderdomshem. Hälsovårdscentralernas långvårdsavdelningar avvecklas helt.

Platsbehov 2010 – 2026 för personer över 75 år i Korsholm enligt modell 2.

	2007*	2010	2014	2018	2022	2026	Förändr. totalt
Antal 75 +	1443	1464	1584	1778	2194	2520	
Hemvård	153	190 – 205	206 – 222	231 – 249	285 – 307	328 – 353	+175 – 200
Närståendevård	48	73 – 88	79 – 95	89 – 107	110 – 132	126 – 151	+25 – 40
Vanligt serviceboende	18 (22 pl.)	-	-	-	-	-	-22
Effektiverat serviceboende	39 (44 pl.)	73 – 88 + 7-22 pl.	79 – 95 + 6-7 pl.	89 – 107 10-12 pl.	110 – 132 21 – 22 pl.	126 – 151 16-25 pl.	+82 – 107
Ålderdomshem	45 (50 pl.)	29	32	36	44	50	0
HVC långv.	42 (45 pl.)	-	-	-	-	-	-45

*Kolumnen 2007 visar antalet personer över 75 år som fanns i de olika vårdformerna. Inom parentes anges det verkliga antalet platser som finns inom vårdformerna.

Modellen medför att hemservicen och hemsjukvården måste få ökade resurser, samt att satsningar på korttidsvård och rehabilitering måste göras så att det ökade antalet närståendevårdare kan få den avlastning de har rätt till och för att de äldre efter t.ex. en sjukhusvistelse skall kunna återvända till sitt vanliga boende.

I praktiken kan modellen genomföras t.ex. genom att den avvecklade långvårdsavdelningen vid HVC görs om till en avdelning för avlastning och rehabilitering, och om även det vanliga serviceboendet avvecklas så kan Solhörnan göras om till effektiverat serviceboende vilket skulle ge Korsholm totalt 66 platser inom det effektiverade serviceboendet. För att komma upp till täckningsgraden 5 % för de 75-år fyllda skulle det före år 2010 behövas 7 platser till inom det effektiverade serviceboendet och fram till år 2014 ytterligare 6 platser till. Totalt behövs enligt den här modellen minst 60 nya platser (utöver de 66) inom det effektiverade serviceboendet fram till år 2026.

Solgård skulle enligt den här modellen göras om till vårdhem och ta emot de personer som idag vårdas vid HVC:s långvårdsavdelning. För att Solgård skall kunna ta emot personer med den vårdtyngden behövs mera personal, läkare samt mera medicinsk utrustning.

Uträkningsmodell 3 – Olika faktorer tas i beaktande

1. DEMENS

Prognosen för demens beräknas utgående från den nationella uppskattningen att av 75 – 84-åringarna har 11 % minst medelsvår demens, och av personer över 85 år har 35 % minst medelsvår demens.

Antal personer 75 + med minst medelsvår demens i Korsholm (nuläge samt prognos).

Årtal	75 – 84 åringar	Över 85 år	11 % resp. 35 % av åldersgr.	Antal med minst medelsv. demens
2007				210 *
2010	1041	423	114,5 + 148,0	263
2014	1105	479	121,5 + 167,6	289
2018	1260	518	138,6 + 181,3	320
2022	1634	560	179,7 + 196,0	376
2026	1861	659	204,7 + 230,6	435

* Verklig siffra.

Vårdbehovet för personer med minst medelsvår demens räknas enligt följande modell: *Hälften* av dem som är 75 + och som har minst medelsvår demens behöver vård utanför hemmet. Av dem behöver 2/3 vårdas inom effektiviserat serviceboende och 1/3 av dem bör vårdas vid ålderdomshem.

Beräkning av vårdbehov för personer med minst medelsvår demens.

Årtal	Antal med minst medelsv. demens	Antal/2 = vårdbehövande	Antal/2/3 = ålderdomshem	Antal/2/3x2 = eff. serviceboende
2007	210	105	35	70
2010	263	131,5	44	88
2014	289	144,5	48	96
2018	320	160	53	107
2022	376	188	63	125
2026	435	217,5	72,5	145

2. FYSISK FUNKTIONSFÖRMÅGA

Av de 75 år fyllda uppskattas 1,8 % ha behov av effektiviserat serviceboende och 1 % vara i behov av vanligt serviceboende på grund av nedsatt fysisk funktionsförmåga.

Antal personer över 75 år i Korsholm i behov av serviceboende p.g.a. nedsatt fysisk funktionsförmåga.

Årtal	Antal 75 +	1,8 % = eff. serviceb.	1 % = vanl. serviceb.
2007	1443	26,0	14,4
2010	1464	26,3	14,6
2014	1584	28,5	15,8
2018	1778	32,0	17,8
2022	2194	39,5	21,9
2026	2520	45,4	25,2

3. MINSKNING AV HÄLSOVÅRDSCENTRALERNAS BÄDDPLATSER

Scenariots utgångspunkt är att långvården vid Hälsovårdscentralerna avvecklas. Det effektiverade serviceboendet tar emot 1/3 av långvårdspatienterna och ålderdomshemmen tar emot 2/3 av långvårdspatienterna.

Uträkning

Långvårdspplatser vid HVC 2007 – 45 st.

1/3 = 15 → effektiverat serviceboende

2/3 = 30 → ålderdomshem

4. LÅG BOENDESTANDARD

En bostad anses bristfällig om den saknar något av följande: vattenledning, avlopp, varmvatten, WC, badrum, central-, eller elvärme. I dagsläget anses 10,1 % av de 75 år fyllda bo i bristfälliga bostäder, men man uppskattar att andelen bristfälliga bostäder minskar med 0,3 procentenheter per år. I beräkningsmodellen görs antagandet att av personer som bor i dessa bostäder är 5 % i behov av vanligt serviceboende. Även det behov av vanligt serviceboende som höghus utan hiss kan orsaka bör tas med i beräkningen.

Behov av vanligt serviceboende p.g.a. bristfälliga bostäder för åldersgruppen 75 +.

Årtal	Antal 75 +	Bristfälliga bostäder i procent	Antal med bristfälliga bostäder	Antal i behov av vanl. serviceboende
2007	1443	9,7	140	7,0
2010	1464	8,9	130	6,5
2014	1584	7,9	125	6,2
2018	1778	7,0	124	6,2
2022	2194	6,2	136	6,8
2026	2520	5,3	134	6,7

5. 65 – 74-ÅRINGARNAS BEHOV AV SERVICEBOENDE

65 – 74-åringarnas behov av serviceboende beräknas utgående från dagens situation. Nationellt finns 0,5 % av åldersgruppen i effektiverat serviceboende, men p.g.a. lokala faktorer kan den här siffran variera. I Korsholm finns 0,2 % av 65 – 74-åringarna i effektiverade serviceboenden. Beräkningen för vårdbehovet utgår från det nationella medeltalet.

Prognos för 65 – 74-åringarnas andel vid effektiverade serviceboenden (av befolkningen in samma ålder).

Årtal	65 – 74 år	0,5 % *
2007	1501	7,5
2010	1715	8,5
2014	2158	11
2018	2414	12
2022	2444	12
2026	2394	12

* Verklig siffra: 3 st. = 0,2 %

6. PSYKOSOCIALA ORSAKER

Psykosociala orsaker kan vara ensamhet, brist på socialt nätverk eller otrygghet. Eftersom endast ensamboende kan mätas konkret bör man i uträkningen av serviceboende beräkna att 2 % av de personer som är över 75 år och är ensamboende är i behov av vanligt serviceboende.

Ensamboende i åldersgruppen 75 år och över i Korsholm 1996 – 2006 i procent av befolkningen i samma ålder (jämförelsetalet för hela landet är 45,7 %).

1996	1998	2000	2002	2004	2006
40,4	37,7	36,5	34,8	37,4	36,3

Källa: SOTKANet

Uppskattning av ensamboendet 2010 – 2026 utgående från statistik från åren 1996 – 2006.

Årtal	Antal 75 +	Ensamboende *	2 % i behov av vanligt serviceboende
2007	1443	534	11
2010	1464	542	11
2014	1584	586	12
2018	1778	658	13
2022	2194	812	16
2026	2520	932	19

* Antalet är uträknat från uppskattningen att 37 % är ensamboende.

7. KOMMUNSPECIFIKA FAKTORER

- *Avstånd till service.* Ju längre avståndet är desto mera ökar behovet av serviceboende.
- *Antal seniorhus och hyresbostäder för äldre.* Dessa kan fungera som alternativ till vanligt serviceboende och bör därför beaktas.
- *Utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga.* Rehabilitering och verksamhet som inriktas på upprätthållande av funktionsförmåga stöder självständigt boende och minskar därmed behovet av serviceboende.
- *Kundernas förväntningar* bör också i mån av möjlighet beaktas i planeringen.

Slutsumman för de olika faktorerna

Platsbehov inom vanligt serviceboende (punkterna 2, 4 och 6)

	2008	2010	2014	2018	2022	2026
Fysisk funktionsförmåga	14,4	14,6	15,8	17,8	21,9	25,2
Låg boendestandard	7,0	6,5	6,2	6,2	6,8	6,7
Psykosociala orsaker	11	11	12	13	16	19
TOTALT	32	32	34	37	45	51

Dagsläge: 22 platser

Platsbehov inom effektiverat serviceboende (punkterna 1, 2, 3 och 5)

	2008	2010	2014	2018	2022	2026
Demens	70	88	96	107	125	145
Fysisk funktionsförmåga	26,0	26,3	28,5	32	39,5	45,4
Minskning av HVC:s bäddpl.	15	15	15	15	15	15
65 – 74-åringarnas behov	7,5	8,5	11	12	12	12
TOTALT	118,5	138	150,5	166	191,5	217

Dagsläge: 44 platser

Även enligt den här beräkningsmodellen avvecklas hälsovårdscentralernas långvårdsavdelningar och så småningom även ålderdomshemmen. Strukturförändringen sker med andra ord i två steg. Först flyttas delar av dem som finns på Solgård till effektiverade serviceboenden så att Solgård kan ta emot två tredjedelar av bäddavdelningens klienter. För att det effektiverade serviceboendet skall kunna ta emot en tredjedelar av bäddavdelningens klienters och de som flyttar ut från Solgård krävs fram till år 2010 en ökning på 94 platser inom det effektiverade serviceboendet. Enligt den här modellen skulle täckningsgraden för det effektiverade serviceboendet (för personer över 75 år) ökas från dagens 3 % till 9,4 % fram till år 2010. För hemmaboendets del innebär det att år 2010 skulle ca 87 % av de 75 år fyllda bo hemma. I dagsläget bor nästan 92 % av de 75 år fyllda i sitt eget hem (Solhörnan ingår här i hemmaboendet).

För att personer med en vårdtyngd motsvarande den som idag finns vid HVC:s långvårdsavdelning skall kunna flyttas till effektiverade serviceboenden krävs det större personaltäthet samt större tillgång till läkare och medicinsk utrustning vid både de effektiverade serviceboendena och Solgård.

Platsbehov vid hälsovårdscentralens sjukhus

För beräkningen av framtida behov av platser vid hälsovårdscentralens sjukhus har vårdstatistik för avdelning 1 vid Korsholms hälsovårdscentral använts. Statistiken från HVC är från tiden 01.01.2007 – 31.12.2007.

Användningen av vårdplatserna vid avdelning 1 vid HVC under år 2007

Orsak till vistelse	Personer under 75 år	Personer över 75 år
Akut medicinsk vård	2 % = 0,7 plats	27 % = 9,7 platser
Rehabilitering	15 % = 5,4 platser	19 % = 6,8 platser
Avlastning	4 % = 1,4 platser	5 % = 1,8 platser
Terminalvård	2,5 % = 1 plats	3 % = 1,1 platser
Långvård	3 % = 1,1 platser	17 % = 6 platser
Dagvård	0 %	2,5 % = 1 plats
TOTALT	26,5 % = 9,6 platser	73,5 % = 26,4 platser

För personer under 75 år utgjorde platser för akut medicinsk vård och för rehabilitering år 2007 6,1 platser av 36 vilket motsvarar en täckningsgrad på 0,4 % om det räknas på åldersgruppen 65 – 74-åringar. För personer över 75 år användes 16,5 platser för akut medicinsk vård och för rehabilitering, vilket ger en täckningsgrad på 1,1 %. Behovet var i verkligheten dock ca 20 % större än det antal platser som fanns, vilket ger behov av en täckningsgrad på 1,8 % för de 75 år fyllda eller 26 platser år 2007.

Behov av platser för akut medicinsk vård eller för rehabilitering vid HVC 2007 – 2026

Årtal	Antal 75 +	Platsbehov
2007	1443	26
2010	1464	26
2014	1584	28,5
2018	1778	32
2022	2194	39,5
2026	2520	45,4

Statistiken visar att det under år 2007 fanns ett kontinuerligt behov av ca 2 terminalvårdsplatser vid avdelning 1. Det betyder att 0,14 % av de 75 år fyllda hade behov av en terminalvårdsplats. Det framtida behovet beräknas utgående från befolkningsprognosen samt utgående från att 0,14 % av åldersgruppen 75 år och äldre är i behov av terminalvårdsplats.

Behovet av terminalvårdsplatser 2007 – 2026

Årtal	Antal 75 +	Platsbehov
2007	1443	2
2010	1464	2
2014	1584	2,2
2018	1778	2,5
2022	2194	3
2026	2520	3,5

Under åren 2005 – 2007 steg antalet klinikfärdiga korsholmsbor vid Centralsjukhuset i Vasa markant p.g.a. brist på lämpliga vårdplatser för fortsatt vård. Samtidigt växte också kön till bäddavdelning 1. Med temporära tilläggsplatser kunde situationen lindras. År 2007 beviljades tilläggsresurser för personal så att antalet långvårdspatienter kunde höjas med 8, från 32 platser till 40 platser på avd 2. Det finns inga säkra beräkningsgrunder för att prognostisera utvecklingen av begreppet klinikfärdiga. Allt beror på hur kommunen kan erbjuda dygnetruntvård i form av effektiverat serviceboende och anstaltsvård.

Följande beräkning kan dock göras utgående från dagsläget

- **2 tilläggsplatser** behövs för att klinikfärdiga (över 65 år) skall kunna vårdas vid HVC istället för vid VCS.
- Antalet över 65 år som skickats från HVC:s jour till VCS eller hem p.g.a. platsbrist på bäddavdelning är 15 – 20 st./mån = **ca 2 – 2,5 platser**.
- Det sammanlagda platsantalet för ovannämnda grupper är m.a.o. **4 – 5 platser**. 4,5 platser motsvarar en täckningsgrad på 0,15 % för de 65 år fyllda (2944 st.) för år 2007. Platsbehovet för vård av dessa grupper vid HVC 2010 – 2026 finns uträknat i tabellen.

Beräkning av platsbehov för 65 år fyllda personer som nu vårdas vid VCS men som kunde vårdas vid HVC om platser fanns.

Årtal	Antal 65 +	Platsbehov motsv. 0,15 %
2010	3179	4,8 platser
2014	3742	5,6 platser
2018	4192	6,3 platser
2022	4638	6,9 platser
2026	4914	7,4 platser

Sammanlagt behov av platser vid hälsovårdscentralens sjukhus 2007 – 2026.

Årtal	Uträkning	Platsbehov
2007	26 + 2 + 4,5	32,5
2010	26 + 2 + 4,8	32,8
2014	28,5 + 2,2 + 5,6	36,3
2018	32 + 2,5 + 6,3	40,8
2022	39,5 + 3 + 6,9	49,4
2026	45,4 + 3,5 + 7,4	56,3

Platsbehov vid Solgårds kortvårdsavdelning

Sjukdomsgrupper vid Solgård kortvårdsavdelning från nov. 2007 – sept. 2008 i antal och procent.

Sjukdom	Personer under 75 år	Personer över 75 år
Demens	3 (4 %)	33 (44 %)
Stroke	6 (8 %)	9 (12 %)
Hjärt-, lung el. blodtryckssjukdom	1 (1,3 %)	9 (12 %)
Cancer	1 (1,3 %)	2 (2,7 %)
Psykisk sjukdom	1 (1,3 %)	2 (2,7 %)
Diabetes	0	2 (2,7 %)
Artros	0	2 (2,7 %)
MS	1 (1,3 %)	0
Utvecklingsstörning	0	1 (1,3 %)
Medfödd hjärnskada	0	1 (1,3 %)
Fraktur	0	1 (1,3 %)

Antal vård dygn för personer i närståendevård vid kortvårdsavdelningen från januari 2008 – september 2008 (274 dagar).

	Personer under 75 år	Personer över 75 år	Totalt
Vård dygn	524 dygn	901 dygn	1425 dygn
2008	1,9 platser	3,3 platser	5,2 platser

5 platser ger en täckningsgrad på 0,3 % för de 75 år fyllda. Tabellen visar antalet platser som behövs för avlastning om täckningsgraden för närståendevården förblir den samma som 2007 samt om täckningsgraden ökas så att den motsvarar 5 % av de 75 år fyllda.

Årtal	75-åringar	Platsbehov, med nuvarande täckningsgr. 3,3 %	Platsbehov med 5 % som täckningsgrad
2010	1464	5	7
2014	1584	5,5	8
2018	1778	6	9
2022	2194	8	11
2026	2520	9	13

År 2007 fanns 48 personer över 75 år i närståendevård. Av dem hade 19 st. avlastning i hemmet, vilket motsvarar 1,3 % av hela åldersgruppen. Antalet avlastningstimmar i hemmet år 2007 för dessa 19 personer var i medeltal 76 timmar per person eller 6,3 timmar/månad.

Tabellen visar antalet timmar som behövs om täckningsgraden ökar till 5 % och användningen förblir samma som år 2007.

Årtal	75-åringar	Antal inom närståendevård med 5 % som täckningsgrad	Behov om avlastningstimmarna är som 2007 (6,3 h/mån/pers.) men alla 75 år fyllda får avlastning i hemmet.
2010	1464	73	5519 h./år
2014	1584	79	5972 h./år
2018	1778	89	6728 h./år
2022	2194	110	8316 h./år
2026	2520	126	9526 h./år

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä, 31.12. 2006

