

RP 4/2020 rd

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre ändras. I propositionen föreslås bestämmelser om ett enhetligt nationellt bedömnings- och uppföljningssystem som ska användas vid utredning och bedömning av äldre personers servicebehov. I propositionen föreslås dessutom bestämmelser om den personaldimensionering som ska iaktas vid verksamhetsenheter för serviceboende med heldygnsvård och långvarig institutionsvård för äldre och om den personal som utför direkt klientarbete och som ska beaktas i dimensioneringen.

Propositionen hänför sig till statens första tilläggsbudgetproposition för 2020 och avses bli behandlad i samband med den.

Lagen avses träda i kraft den 1 augusti 2020. När det gäller personaldimensioneringen möjliggörs under vissa förutsättningar en övergångsperiod.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL.....	1
INNEHÅLL	2
ALLMÅN MOTIVERING	4
1 INLEDNING.....	4
1.1 Utgångspunkter för tillhandahållandet av tjänster för äldre.....	4
1.2 Lägesbild våren 2019.....	4
1.3 Arbetsgrupp för reform av äldreomsorgen.....	6
1.4 Skrivningarna i regeringsprogrammet för Sanna Marins regeringsprogram.....	6
2 NULÄGE	7
2.1 Lagstiftning och praxis.....	7
2.1.1 Bestämmelser i grundlagen	7
2.1.2 Lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre	8
2.1.3 Socialvårdslagen.....	10
2.1.4 Lagstiftning om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården och om produktion av tjänster.....	11
2.1.5 Klientens och patientens rättigheter	13
2.1.6 Lagstiftning om hantering av klientuppgifter.....	13
2.1.7 Kvalitetsrekommendationer	15
2.1.8 Uppföljning av verkställigheten av äldreomsorgslagen och kvalitetsrekommendationerna	19
2.1.9 Tillsynen över social- och hälsovården	20
Tillsynsmetoder	20
Kommunal tillsyn.....	22
Tjänsteproducentens och kommunens egenkontroll	23
2.2 Klienter och personal samt bedömningsmetoder inom äldreomsorgen	24
2.2.1 Klienter och personal inom heldygnsvård och hemvård	24
2.2.2 Metoder för bedömning av servicebehovet, funktionsförmågan och vårdberoendet	26
2.3 Den internationella utvecklingen samt lagstiftningen i utlandet och i EU.....	28
2.3.1 Konventioner om mänskliga rättigheter och andra motsvarande internationella förpliktelser	28
2.3.2 Förenta nationerna.....	29
2.3.3 Europarådet	31
2.3.4 Europeiska unionen	32
2.3.5 Lagstiftningen i Norden och i vissa andra länder.....	32
2.4 Bedömning av nuläget	36
2.4.1 Utredning och bedömning av servicebehovet	36
2.4.2 Tjänsternas kvalitet och personalens tillräcklighet.....	38
2.4.3 Tillsyn.....	40
2.4.4 Vårdkvaliteten enligt klienterna	41
3 MÅLSÄTTNING OCH FÖRESLAGNA ÄNDRINGAR	42
3.1 Målsättningar	42
3.2 Handlingsvägar	42
3.2.1 System för bedömning och uppföljning av servicebehov	42

RP 4/2020 rd

3.2.2	Säkerställande av tillräcklig och kunnig personal	44
3.3	Föreslagna ändringar	46
3.4	Stöd för genomförandet av reformen och uppföljning	46
4	PROPOSITIONENS KONSEKVENSER	48
4.1	Ekonomiska konsekvenser	48
4.1.1	Konsekvenser för kommunernas och statens kostnader	48
4.1.2	Finansieringen av reformen	64
4.1.3	Konsekvenser för sysselsättningen	65
4.1.4	Inverkan på produktiviteten	75
4.1.5	Konsekvenser för företagen	75
4.1.6	Konsekvenser för hushållens ekonomiska ställning	77
4.1.7	Konsekvenser för beskattningen	78
4.2	Konsekvenser för myndigheterna	78
4.2.1	Konsekvenser för kommunerna	78
4.2.2	Konsekvenser för tillsynen	79
4.3	Konsekvenser för miljön	80
4.4	Övriga samhällsliga konsekvenser	80
4.4.1	Konsekvenser för klienterna	80
4.4.2	Konsekvenser för anhöriga	82
4.4.3	Konsekvenser för personalens arbetshälsa	83
4.4.4	Konsekvenser för tillgången till andra tjänster	84
4.4.5	Konsekvenser för jämställdheten mellan könen	85
4.4.6	Konsekvenser för de språkliga rättigheterna	85
4.4.7	Sammanfattning av riskerna	86
4.4.8	Sammanfattning av sätten att öka arbetskraften	87
5	BEREDNINGEN AV PROPOSITIONEN	87
5.1	Beredningsskeden och beredningsmaterial	87
5.2	Remissyttranden och hur de har beaktats	88
6	SAMBAND MED ANDRA PROPOSITIONER	93
	DETALJMOTIVERING	94
1	LAGFÖRSLAG	94
2	IKRAFTTRÄDANDE	104
3	FÖRHÅLLANDE TILL GRUNDLAGEN SAMT LAGSTIFTNINGSDRNING ...	106
3.1	Propositionens innehåll och mål	106
3.2	Viktiga grundläggande fri- och rättigheter med tanke på förslaget	108
3.3	Kommunal självstyrelse	113
3.4	Val av regleringsnivå	113
	LAGFÖRSLAG	114
	Lag om ändring av lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre	114

ALLMÄN MOTIVERING

1 Inledning

1.1 Utgångspunkter för tillhandahållandet av tjänster för äldre

Social- och hälso-tjänster är en central del av förverkligandet av de grundläggande rättigheterna och välbefinnandet för äldre. Genom tjänsterna tryggas de äldres rätt till oundgänglig omsorg och tillräckliga social- och hälso-tjänster samt förverkligas de äldres jämlikhet och delaktighet i samhället.

Förändringen i befolkningens åldersstruktur medför att samhället i stor utsträckning måste anpassa sig till den allt äldre befolkningens behov. Ett så friskt och funktionsdugligt åldrande som möjligt ska främjas genom att den åldrande befolkningen stöds till exempel genom hälsosam kost och sunda motionsvanor samt genom att det skapas tillgänglighetsanpassade och trygga boende- och livsmiljöer. Det behövs också möjligheter att utträta ärenden och ha en meningsfull sysselsättning, såsom livslångt lärande och att upprätthålla sociala relationer samt fungerande trafiklösningar som stöder dessa.

Servicesystemet ska tillhandahålla individuellt skräddarsydda tjänster som baserar sig på en sektorsövergripande bedömning av behovet av stöd och service, och som möjliggör och stöder de äldres egen aktivitet. Tjänsterna ska ges i rätt tid och nära klienterna, om det inte är motiverat att koncentrera tjänsterna på grund av tjänsternas kvalitet och säkerhet.

Äldre personer ska oberoende av ålder och funktionsförmåga kunna leva ett eget gott liv i sina egna samhällen och förverkliga sina egna val. De tjänster som behövs ska i första hand tillhandahållas så att de stöder äldre personers möjligheter att bo kvar hemma så länge det är tryggt och så att äldre kan känna att deras liv är betydelsefullt och värdefullt.

1.2 Lägesbild våren 2019

Till stor del tillhandahålls tjänsterna inom heldygnsvård och heldygnsomsorg för äldre i enlighet med målen och andan i äldreomsorgslagen, den övriga social- och hälsovårdslagstiftningen samt kvalitetsrekommendationen för tjänster för äldre. På basis av tillsynen och klientresponserna finns det dock också missförhållanden i tjänsterna.

De konstaterade missförhållandena blev högaktuella i början av 2019. De brister och missförhållanden som tillsynsmyndigheterna och anhöriga upptäckte inom äldreomsorgen bedömdes äventyra deras rätt till god vård och människovärdigt bemötande. Missförhållanden upptäcktes särskilt i fråga om tillräcklig personaldimensionering i serviceboende med heldygnsomsorg, personalens yrkesskicklighet och kompetens samt ledningen av verksamhetsenheterna. I synnerhet de brister som framkom inom läkemedelsförsörjningen ansågs äventyra klient- och patientsäkerheten.

Tillsynsmyndigheterna för social- och hälsovården, Valvira och regionförvaltningsverken, har redan i några år med anledning av det ökade antalet tillsynsanmälningar och missförhållanden som framkommit i den egna tillsynsverksamheten vidtagit ett betydande antal åtgärder som varit inriktade på heldygnstjänster för äldre. Åren 2017–2019 fortsatte antalet tillståndsansökningar och beviljade tillstånd enligt lagen om privat socialservice att öka. Samtidigt som verksamhets-

enheter inrättades framgick det på basis av observationerna från tillsynen att tjänsteproducenterna de facto inte lyckats rekrytera tillräckligt med personal till sina verksamhetsenheter. Även de offentliga enheterna hade utmaningar med att få personal.

Vid vissa verksamhetsenheter äventyrades klientsäkerheten enligt tillsynsmyndigheternas bedömning så att verksamheten måste avbrytas. Under våren 2019 fattades beslut om avbrytande av verksamheten vid sammanlagt tre verksamhetsenheter. En gemensam faktor för besluten om avbrytande var bland annat att verksamhetsenheterna var nya enheter som nyligen beviljats tillstånd. Trots tillsynsmyndigheternas starka styrning kunde tjänsteproducenten inte genom egenkontroll återställa en välfungerande verksamhet.

På grund av besluten om avbrytande av verksamheten och den offentlighet som följde på dem ökade antalet anmälningar om missförhållanden inom äldreomsorgen betydligt under 2019. Till följd av anmälningarna effektiviserade tillsynsmyndigheterna samt kommunerna och samkommunerna övervakningen av sin äldreomsorg. I vissa situationer var kommunerna tvungna att anvisa de boende vårdplatser vid andra boendeenheter inom sitt område och även tillgripa avtalsvite mot tjänsteproducenten.

Vid inspektioner upptäcktes vid flera verksamhetsenheter ytterligare allvarliga missförhållanden som äventyrar klientsäkerheten. De uppdagade bristerna gällde bland annat personalbrist i förhållande till klienternas behov av tjänster, en snabb omsättning av ansvariga personer och övrig personal, adekvat läkemedelssäkerhet, bristfälliga planer för egenkontroll och genomförande av egenkontroll, uppdatering av klienternas vård- och serviceplaner, bedömning av klienternas funktionsförmåga, vård- och servicebehov, ordnande av hälso- och sjukvårdstjänster och organiseringen av personalens uppgifter. Rent allmänt kan det konstateras att de brister i kvaliteten och innehållet i omsorgen och vården som i tillsynen uppdagats vid vårdhemmen har haft en stark koppling till alltför få kompetenta anställda.

Den diskussion om kvaliteten på vården av äldre och andra personer i utsatt ställning som kraftigt lyfts fram i offentligheten ledde under vintern till att riksdagens opposition ställde en interpellation om äldreomsorgen. I den frågades bland annat om regeringen är beredd att ta in en tillräcklig vårdardimensionering i lagen, öka resurserna för tillsynen över tjänsterna samt även i övrigt trygga kvaliteten på och tillsynen över vården av äldre.

I svaret från statsminister Juha Sipiläs regering fästes uppmärksamhet bl.a. vid att den faktiska personaldimensioneringen enligt kvalitetsrekommendationen för äldreomsorgen är i genomsnitt 0,65, dvs. högre än 0,5 som förutsätts i rekommendationen. Det konstaterades dock att det finns enheter som underskrider rekommendationen såväl inom den offentliga som inom den privata sektorn. Regeringen hänvisade i sitt svar till målen för utvecklandet av äldreomsorgen som helhet och i synnerhet till stärkandet av tryggade möjligheter för äldre att bo kvar hemma. I svaret konstaterades att om dimensioneringskravet blir föreslagna 0,7 vårdare per klient, innebär det cirka 4 200 nya anställda och en ökning av utgifterna för heldygnsoomsorg med cirka 190 miljoner euro. Regeringen ansåg det inte möjligt att i slutet av regeringsperioden gå vidare med att föreskriva om den högre personaldimensionering som krävs i interpellationen.

Till följd av de missförhållanden som framkommit i fråga om kvaliteten på tjänsterna och det ökade behovet av tillsyn var tillsynsmyndigheternas och social- och hälsovårdsministeriets resurser inte tillräckliga för att genomföra den nationella styrningen av aktörerna samt för att övervaka den vård och omsorg som äldre får vid verksamhetsenheterna och den övriga lagenligheten i verksamheten. Resurserna för styrning och övervakning av tjänsterna för äldre och

personer med funktionsnedsättning vid regionförvaltningsverken, Valvira och social- och hälsovårdsministeriet stärktes i tilläggsbudgeten våren 2019 med ett anslag på sammanlagt 720 000 euro, vilket kalkylmässigt motsvarar nio årsverken.

För att trygga de äldres rättigheter beviljade riksdagen våren 2019 ett tilläggsanslag för att stärka de äldres rättigheter. Anslaget har anvisats Människorättscentret vid riksdagens justitieombudsmans kansli för att tre nya arbetstagare ska kunna anställas vid centret. Finansutskottet motiverade beviljandet av tilläggsanslag så att övervakningen och främjandet av tillgodoseendet av de äldres rättigheter måste effektiviseras för att varje äldre person ska få den nödvändiga omsorg och omsorg som tryggas i grundlagen samt tillräckliga social- och hälsotjänster. Riksdagens justitieombudsman har omfattande behörighet och rätt att få information, mångsidiga tillvägagångssätt och effektiva möjligheter att ingripa i lagstridigt eller felaktigt förfarande. I ombudsmannens verksamhet har man redan tidigare strävat efter att betona övervakningen av de äldres rättigheter och bemötande. Genom nya resurser kan justitieombudsmannens egna initiativ och inspektioner ökas för att effektivisera laglighetskontrollen. Det är också möjligt att öka den frivilliga laglighetskontrollen av strukturella frågor som är relevanta för tillgodoseendet av äldres omfattande grundläggande och mänskliga rättigheter.

1.3 Arbetsgrupp för reform av äldreomsorgen

Regeringens ministerarbetsgrupp för främjande av välfärd och hälsa fastställde våren 2019 att reformen av äldreomsorgen ska inledas i en bredbasig arbetsgrupp. Ett centralt mål för reformen var att förbättra äldreomsorgens kvalitet och säkerställa klient- och patientsäkerheten. Efter det att Sipiläs regering avgått tillsatte social- och hälsovårdsministeriets kanslichef i maj 2019 en bredbasig sakkunnigarbetsgrupp för en reform av äldreomsorgen för en mandatperiod fram till december 2019. Arbetsgruppen har som mål att trygga en högkvalitativ, jämlik och kostnadseffektiv äldreomsorg, att stärka tjänsternas kvalitet och en jämlik och behovenlig tillgång till tjänster.

Ett mål är också att styra utarbetandet av ett åldersprogram för långsiktiga åtgärder i anknytning till den åldrande befolkningen, så att åldersrelaterade faktorer beaktas utöver social- och hälso-tjänster. För att skyldigheterna i fråga om kvaliteten på tjänsterna ska stärkas i lagstiftningen ska arbetsgruppen bedöma vad som behöver lyftas upp till lagnivå ur kvalitetsrekommendationen för äldreomsorgen. Utöver skyldigheten att ordna service är målet att stödja genomförandet av tillsynsuppgiften. Arbetsgruppen fick i uppdrag att bereda förslag till ändringar i lagstiftningen jämte konsekvensbedömningar. Arbetsgruppen och de beredningssektioner som tillsatts för den inledde sitt arbete i maj 2019.

1.4 Skrivningarna i regeringsprogrammet för Sanna Marins regeringsprogram

Regeringsprogrammet för statsminister Sanna Marin innehåller under punkten Äldreanpassningen främjas flera skrivningar om förberedelser för befolkningens åldrande och den förändring i samhället som den för med sig. Skrivningarna motsvarar dem som ingick i regeringsprogrammet för statsminister Antti Rinne som utnämndes sommaren 2019. Målet är ett ökat antal friska levnadsår, en bättre funktionsförmåga samt fungerande tjänster i rätt tid och effektivt. Metoder för att målen i regeringsprogrammet ska uppnås är åtgärder som syftar till att stärka välbefinnandet och funktionsförmågan, såsom att utarbeta ett förvaltningsövergripande åldersprogram samt att förbättra tjänsterna bland annat genom att uppdatera lagstiftningen, öka äldreomsorgens kvalitet och effektivitet och inrätta en tjänst som äldreombudsman. Också tryggandet av de språkliga rättigheterna inom all äldreomsorg lyfts fram som en del av det genomgripande beaktande av de språkliga rättigheterna som ingår i regeringsprogrammet. Som ett konkret sätt

att förbättra servicen fastställer regeringsprogrammet en bindande minimidimensionering på 0,7 för omsorgspersonalen i enheter med heldygnsomsorg. I dimensioneringen beaktas alltid i första hand klienternas vårdberoende. Arbetsfördelningen mellan de anställda ska också göras klarare bland annat i fråga om stödtjänster. Enligt regeringsprogrammet ökas antalet anställda gradvis genom ett målinriktat utvecklingsprogram, med vilket vägen till en trovärdig dimensionering som tryggar tillräcklig vård för äldre finansieras.

Statsminister Antti Rinnes regering preciserade sommaren 2019 skrivningen i regeringsprogrammet så att reformen av servicen för äldre personer genomförs i två delar så att reformerna av de enhetliga nationella indikatorer för bedömning och uppföljning av funktionsförmågan samt av personaldimensioneringen som används vid bedömningen av servicebehovet bereds enligt en snabb tidtabell under hösten 2019. Familje- och omsorgsminister Krista Kiuru preciserade i slutet av augusti 2019 uppdraget och sammansättningen i arbetsgruppen för en reform av äldreomsorgen. Utöver sina andra uppgifter ska arbetsgruppen enligt det nya beslutet om tillsättande bedöma en höjning av personaldimensioneringen till minst 0,7 vid enheter med heldygnsomsorg och ett förtydligande av den anknytande arbetsfördelningen. För beredningen av en regeringsproposition om dimensioneringen och anknytande faktorer tillsattes en dimensioneringssektion, som gavs i uppgift att före utgången av september 2019 lägga fram ett förslag till regeringsproposition om personaldimensionering och enhetliga indikatorer för bedömning av funktionsförmågan.

Arbetet i arbetsgruppen för en reform av äldreomsorgen fortsätter våren 2020. De övriga helheter som ingår i arbetsgruppens uppdrag bereds på basis av arbetsgruppens förslag.

Ordnandet av äldreomsorg och de äldres ställning påverkas också av de lagar om produktion av social- och hälsojänster och om klienternas ställning och rättigheter inom social- och hälsovården samt om klientavgifter som är under beredning.

2 Nuläge

2.1 Lagstiftning och praxis

2.1.1 Bestämmelser i grundlagen

Rätten till oundgänglig försörjning och omsorg är direkt med stöd av 19 § 1 mom. i grundlagen tryggad för alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv. Detta är en direkt i grundlagen föreskriven subjektiv rätt till minimiskydd som tillkommer individen i alla livsskeden (GrUB 25/1994 rd). Med oundgänglig försörjning och omsorg avses en sådan inkomstnivå och sådana tjänster som tryggar förutsättningarna för ett människovärdigt liv. Enligt den regeringsproposition som ledde till grundlagsreformen (RP 309/1993 rd) tryggas särskilt rätten till akut sjukvård samt vissa stödåtgärder för omvårdnad av barn, åldringar, handikappade och utvecklingsstörda som grundläggande förutsättningar för ett människovärdigt liv. Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa.

De övriga bestämmelserna i grundlagen anger på vilket sätt skyldigheten att trygga social- och hälsojänster ska fullgöras. Betydelsefulla i detta avseende är t.ex. jämlikheten och diskrimineringsförbudet enligt 6 § i grundlagen, rätten till liv, personlig integritet och trygghet enligt 7 § i grundlagen, skyddet för privatlivet enligt 10 § i grundlagen samt det allmännas skyldighet enligt

14 § 3 mom. att främja individens möjligheter att påverka beslut som gäller honom eller henne själv. En central bestämmelse utifrån tryggheten av kulturella och språkliga rättigheter är 17 § i grundlagen, som innehåller bestämmelser om rätten till eget språk och egen kultur. Enligt 1 mom. är Finlands nationalspråk finska och svenska. Enligt 2 mom. ska vars och ens rätt att hos domstol och andra myndigheter i egen sak använda sitt eget språk, antingen finska eller svenska, samt att få expeditioner på detta språk tryggas genom lag. Det allmänna ska tillgodose landets finskspråkiga och svenskspråkiga befolknings kulturella och samhälleliga behov enligt lika grunder. Enligt 3 mom. har samerna såsom urfolk samt romerna och andra grupper rätt att bevara och utveckla sitt språk och sin kultur. Bestämmelser om samernas rätt att använda samiska hos myndigheterna utfärdas genom lag. Rättigheterna för dem som använder teckenspråk samt dem som på grund av handikapp behöver tolknings- och översättningshjälp tryggas genom lag.

I grundlagens 22 § föreskrivs en skyldighet för det allmänna att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Med det allmänna avses både staten och kommunerna. För att de grundläggande fri- och rättigheterna ska tillgodoses förutsätts det att det allmänna vidtar aktiva åtgärder, dvs. skapar verkliga förutsättningar för detta. Till de viktigaste verktygen hör dels lagstiftning som tryggar och preciserar de grundläggande fri- och rättigheterna, dels avsättande av ekonomiska resurser.

I grundlagens 121 § stärks kommunal självstyrelse. Genomförandet av självstyrelsen innebär att bestämmelser om de uppgifter och skyldigheter som ska åläggas kommunerna ska utfärdas genom lag.

2.1.2 Lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre

Lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012, nedan *äldreomsorgslagen*) trädde i kraft den 1 juli 2013. Lagen kompletterar den allmänna lagstiftningen och speciallagstiftningen inom social- och hälsovården. Syftet med lagen är att stödja den äldre befolkningens välbefinnande och förbättra den äldre befolkningens möjligheter att i kommunen delta i beredningen av beslut som påverkar denna befolkningens levnadsförhållanden och i utvecklandet av den service som den behöver. Syftet med lagen är också att förbättra möjligheterna för äldre personer att få högkvalitativa social- och hälsovårdstjänster och att påverka innehållet i de social- och hälsovårdstjänster som ordnas för dem samt att påverka det sätt som tjänsterna utförs på.

Med den äldre befolkningen avses i äldreomsorgslagen personer som är i en ålder som berättigar till ålderspension. Med äldre person avses en person vars funktionsförmåga är nedsatt på grund av sjukdomar eller skador som har uppkommit, tilltagit eller förvärrats i och med hög ålder, eller på grund av degeneration i anslutning till hög ålder. I lagen definieras också begreppet verksamhetsenhet. Begreppet finns i 4 kap., där det föreskrivs om säkerställande av tjänsternas kvalitet. En verksamhetsenhet kan drivas av en offentlig eller privat tjänsteproducent. Den funktionella helhet som avses i definitionen och som producerar social- och hälsotjänster huvudsakligen för äldre omfattar både tjänster som tillhandahålls i tjänsteproducentens lokaler, såsom boendeservice och institutionsvård, samt tjänster som tillhandahålls i klientens hem, såsom hemvårdstjänster och tjänster inom hemsjukvården.

I lagen åläggs kommunerna att se till att den äldre befolkningens välbefinnande stöds och att tillgången till social- och hälsovårdstjänster som äldre personer behöver tryggas. Kommunen

ska ha tillgång till tillräcklig och mångsidig särskild expertis för stödandet av den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand och för ordnandet av högkvalitativa social- och hälsovårdstjänster som äldre behöver.

Bestämmelser om det språk som servicen ska tillhandahållas på finns i 8 § i äldreomsorgslagen. Bestämmelser om rättigheten att använda finska eller svenska, bli hörd och få handlingar på finska eller på svenska samt rätten till tolkning från och till dessa språk i kontakt med myndigheter finns i språklagen (423/2003). I samiska språklagen (1086/2003) föreskrivs det om samernas rätt att använda sitt eget språk. I teckenspråklagen (359/2015) föreskrivs det om myndighetens skyldighet att främja med avseende på det finskspråkiga och det finlandssvenska teckenspråket. Bestämmelser om Folkpensionsanstaltens skyldighet att ordna tolkningstjänst för hörselskadade, synhörselskadade och talskadade finns i lagen om tolkningstjänst för handikappade personer (133/2010). Lagen om tolkningstjänst tryggar tolkningstjänsten i situationer där en person inte får tillräcklig och för honom eller henne lämplig tolkning med stöd av någon annan lag. Om det är fråga om ett ärende som kan bli anhängigt på initiativ av en myndighet, ska det sörjas för tolkning och översättning på det sätt som föreskrivs i 26 § i förvaltningslagen (434/2003).

I äldreomsorgslagen anges de allmänna principerna för tillgodoseendet av äldre personers servicebehov och principerna för tillhandahållande av långvarig vård och omsorg. Social- och hälsovårdstjänster för äldre personer ska vara högkvalitativa och de ska ges i rätt tid och i tillräcklig omfattning med tanke på dessa personers servicebehov. Tjänsterna ska utföras så att de stöder äldre personers välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga, förmåga att klara sig på egen hand och delaktighet samt förebygger behovet av annan service. Vård och omsorg ges i första hand i den äldre personens hem. Långvarig vård och omsorg kan genomföras som långvarig institutionsvård endast om det finns medicinskt motiverade skäl eller skäl som anknyter till klient- eller patientsäkerheten.

I lagen finns bestämmelser om att den äldre personens servicebehov ska utredas snarast möjligt och mångsidigt och att det för denne ska planeras en helhet av tjänster som motsvarar den äldre personens individuella behov. Man ska rådgöra med den äldre personen om alternativen och personens synpunkter ska antecknas. I brådskande fall ska socialservice ordnas utan dröjsmål och i andra fall senast tre månader efter det att beslutet har fattats.

Äldreomsorgslagen innehåller inga bestämmelser om tjänster som ska ordnas för äldre, med undantag för sådana tjänster för främjande och förebyggande av välbefinnande som avses i 12 §. Social- och hälsovårdstjänsterna för äldre ordnas i första hand och huvudsakligen med stöd av de allmänna lagarna, dvs. socialvårdslagen (1301/2014) och hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

Bestämmelser om säkerställande av tjänsternas kvalitet finns i 4 kap. i äldreomsorgslagen. Bestämmelserna gäller både offentliga och privata tjänsteproducenters verksamhetsenheter. Tjänster som tillhandahålls äldre ska vara högkvalitativa och garantera honom eller henne god vård och omsorg. Centrala delfaktorer i tjänsternas kvalitet är tillräcklig och yrkeskunnig personal, kompetent ledning och ändamålsenliga lokaler. Antalet anställda vid verksamhetsenheten, utbildningen och uppgiftsstrukturen ska motsvara antalet äldre personer som får tjänster vid enheten samt det servicebehov och de tjänster som deras funktionsförmåga förutsätter och tjänster ska, om klienternas behov kräver det, finnas tillgängliga vid alla tider på dygnet. Personalen ska dimensioneras så att högkvalitativa tjänster tryggas för de äldre.

2.1.3 Socialvårdslagen

Socialvårdslagen, som tillämpas som allmän lag i fråga om socialvårdstjänster, trädde i kraft den 1 april 2015. Socialvårdslagen är en viktig allmän lag inom socialvården och i lagen föreskrivs om ärenden som gäller alla som använder tjänsterna, såsom verksamhetsprinciper och förfaranden.

I 4 § i socialvårdslagen anges de omständigheter som det ska tas hänsyn till vid bedömningen av klientens intresse. Enligt paragrafen ska det vid bedömningen av det som ligger i klientens intresse tas hänsyn till klientens och hans eller hennes närståendes välfärd, stärkandet av klientens förmåga att klara sig självständigt och agera på eget initiativ samt nära och fortlöpande människorelationer, rätt och tillräckligt stöd vid rätt tidpunkt i förhållande till behoven samt möjlighet att delta i och påverka sina egna ärenden.

Centrala tjänster som ordnas för äldre med stöd av socialvårdslagen är bl.a. hemvård, hemservice samt rehabiliteringstjänster och boendeservice för äldre. Serviceboende enligt socialvårdslagen ska ordnas för personer som behöver en lämplig bostad samt vård och omsorg. Serviceboende med heldygnsomsorg ordnas för personer som behöver vård och omsorg dygnet runt. Största delen av boendeservice för äldre ordnas enligt den bestämmelsen. Långvarig institutionsvård har minskat i enlighet med målen för en ändring av servicestrukturen. En äldre person kan dock även omfattas av tjänster enligt speciallagstiftning om han eller hon uppfyller kriterierna för erhållandet av dem.

I 4 kap. i socialvårdslagen finns omfattande bestämmelser om tillhandahållande av socialvård. Centrala med tanke på klientens rättigheter och tjänster enligt klientens behov är bestämmelserna i 36, 37 och 38 § om bedömning av servicebehovet, dess innehåll och ordnandet av tjänster i enlighet med bedömningen. Bedömningen av servicebehovet ska kompletteras med en klientplan enligt 39 §.

Centrala när det gäller äldreomsorg är också bestämmelsen om sektorsövergripande samarbete i 41 § i socialvårdslagen och bestämmelsen om en egen kontaktperson i 42 §. För att bedöma servicebehovet, fatta beslut och tillhandahålla socialvård ska den myndighet inom socialvården som ansvarar för åtgärden se till att tillräcklig sakkunskap och kompetens med hänsyn till en persons individuella behov vid behov finns att tillgå också inom andra förvaltningsområden, i synnerhet hälso- och sjukvården. Detta innebär bl.a. situationer där äldre personers behov av stöd kräver mer arbete och tid än normalt, t.ex. på grund av en progressiv minnessjukdom. Om bedömningen av personens behov och uppfyllandet av dem kräver service eller stödåtgärder av socialväsendet eller övriga myndigheter, ska dessa på begäran av den arbetstagare som ansvarar för åtgärden delta i bedömningen av personens servicebehov och i utarbetandet av en klientplan.

I 42 § i socialvårdslagen föreskrivs att en egen kontaktperson ska utses för socialvårdsklienten för den tid klientrelationen pågår. Den egna kontaktpersonen ska vara en sådan yrkesutbildad person som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården men istället för denna kan även en sådan yrkesutbildad person som avses i 2 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) vara den egna kontaktpersonen, när det är motiverat med hänsyn till klientens servicehelhet.

Bestämmelserna om beslutsfattande och verkställighet i 45 § i socialvårdslagen stämmer överens med 18 § i äldreomsorgslagen. Bestämmelsen i 45 § 2 mom. i socialvårdslagen om att ett beslut alltid ska verkställas senast inom tre månader från det att ärendet inletts ska beaktas också i fråga om äldreomsorgen. Tiden kan vara längre än detta om utredningen av ärendet av något särskilt skäl kräver en längre handläggningstid eller om verkställigheten fördröjs av något annat särskilt skäl som hänger samman med klientens behov.

Enligt 49 a § i socialvårdslagen ska kommunen för uppgifter inom verkställigheten av socialvården ha ett tillräckligt antal yrkesutbildade personer inom socialvården samt annan personal som deltar i klientarbetet. Varje kommun ska till sitt förfogande även ha tjänster vilka tillhandahålls av en socialarbetare i tjänsteförhållande som deltar i klientarbetet. Enligt 46 a § får huvudsakligen administrativa ledningsuppgifter inom socialvården eller social- och hälsovården skötas av en socialarbetare eller en person som har en för uppgiften lämplig högre högskoleexamen och kännedom om branschen samt dessutom tillräcklig ledarförmåga.

Enligt 48 § i socialvårdslagen ska en person som ingår i socialvårdens personal eller arbetar med motsvarande uppgifter i ett uppdragsförhållande eller som självständiga yrkesutövare utan dröjsmål underrätta den person som ansvarar för verksamheten om han eller hon vid skötseln av sina uppgifter lägger märke till eller får kännedom om ett missförhållande eller en uppenbar risk för ett missförhållande vid tillhandahållandet av socialvård för klienten. Den person som tar emot anmälan ska anmäla ärendet till den ledande tjänsteinnehavaren inom kommunens socialvård. Enligt observationer vid tillsynen underlåter yrkesutbildade personer att anmäla missförhållanden på grund av rädsla för motåtgärder mot dem.

2.1.4 Lagstiftning om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården och om produktion av tjänster

Syftet med *lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården* (817/2015) är att främja klientsäkerheten och socialvårdsklienters rätt till socialvård av god kvalitet och till gott bemötande genom att förutsätta att yrkesutbildade personer inom socialvården har sådan utbildning som yrkesutövningen förutsätter, tillräcklig yrkeskompetens och sådana färdigheter som yrkesutövningen förutsätter. I lagen föreskrivs det om beviljande av rätt att utöva yrke för de centrala yrkesgrupperna inom socialvården, registrering av rätten att utöva yrke, styrningen av och tillsynen över yrkesutbildade personer, yrkesetiska skyldigheter samt tillsynsmyndigheternas uppgifter och arbetsfördelning. Yrkesutbildade personer inom socialvården är enligt lagen de som har fått rätt att utöva yrke (legitimerad yrkesutbildad person) och de som har rätt att använda en yrkesbeteckning för en yrkesutbildad person inom socialvården (yrkesutbildad person med skyddad yrkesbeteckning).

En legitimerad yrkesutbildad person (socialarbetare, socionom, geronom, rehabiliteringsledare) har rätt att utöva yrket i fråga och använda yrkesbeteckningen i fråga. Enligt statsrådets förordning om yrkesutbildade personer inom socialvården (153/2016) är också sådana hemvårdare och vårdare av utvecklingshämmande som avlagt en examen på skolnivå som föregått närvardarexamen yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning. Också andra personer med tillräcklig utbildning, erfarenhet och yrkesskicklighet kan vara verksamma i uppgifter som hör till en yrkesutbildad person med skyddad yrkesbeteckning.

En yrkesutbildad person inom socialvården är enligt lagen skyldig att upprätthålla och utveckla sin yrkesskicklighet samt att sätta sig in i de bestämmelser och föreskrifter som gäller yrkesutövningen. Arbetsgivaren för en yrkesutbildad person inom socialvården ska göra det möjligt för

RP 4/2020 rd

personen i fråga att i sitt arbete få behövlig handledning och delta i fortbildning som behövs för utvecklandet av yrkesskickligheten.

Enligt 9 § i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården svarar en socialarbetare för den yrkesmässiga ledningen av det sociala arbetet. Enligt 46 a § i socialvårdslagen får andra ledningsuppgifter inom socialvården vilka omfattar styrning av klientarbetet skötas av en person som har en för uppgiften lämplig högskoleexamen, kännedom om branschen och tillräcklig ledarförmåga.

Utöver det som anges ovan kan personer som fått *utbildning som omsorgsassistent* arbeta inom äldreomsorgen. Utbildningen som omsorgsassistent består av en del av de studiehelheter som ingår i närvårdarutbildningen och är inte en självständig examen. Till omsorgsassistentens arbetsuppgifter hör till exempel att hjälpa klienterna att äta, tvätta sig, klä på sig, röra på sig, städa, tvätta kläder och utträta ärenden. Omsorgsassistenterna kan också bidra till att upprätthålla klienternas funktionsförmåga och ge stimulans genom att till exempel vara sällskap vid utevistelse och samtalspartner. Omsorgsassistenterna kan inte utan tilläggsutbildning delta i läkemedelsbehandling eller vara ensamma på arbetsskiftet.

Enligt 4 § i *hälso- och sjukvårdslagen* ska kommunerna anvisa tillräckliga resurser för främjandet av hälsa och välfärd, som utgör grunden för statsandelen för den kommunala basservicen, och för hälso- och sjukvårdstjänster. Kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska förfoga över ett tillräckligt antal yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Ledningen för en verksamhetsenhet ska ha sådan multidisciplinär kompetens som främjar en högkvalitativ och säker vård, samarbetet mellan olika yrkesgrupper och utvecklandet av vård- och verksamhetsmetoder. Personalen ska sammansättningsmässigt och numerärt svara mot behovet av verksamhet som främjar hälsa och välfärd och av hälso- och sjukvårdstjänster hos befolkningen i området. Enligt 57 § ska kommunen och samkommunen ha nödvändig personal för de uppgifter vid en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården där det ingår att utöva offentlig makt.

Enligt *lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården* är yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården den som med stöd av lagen har erhållit rätt att utöva yrke (*legitimerad yrkesutbildad person*) eller tillstånd att utöva yrke (*yrkesutbildad person som beviljats tillstånd*) samt den som med stöd av den lagen har rätt att använda i förordning av statsrådet avsedd yrkesbeteckning för en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården (564/1994) (*yrkesutbildad person med skyddad yrkesbeteckning*). Enligt lagen är en yrkesutbildad person skyldig att upprätthålla och utveckla de kunskaper och färdigheter som utövandet av yrket förutsätter samt att göra sig förtrogen med de bestämmelser och föreskrifter som gäller yrkesutövningen. Arbetsgivare för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ska följa hur dessa personer utvecklas yrkesmässigt och skapa förutsättningar för dem att upprätthålla och utveckla sina kunskaper och färdigheter genom deltagande i behövlig yrkesinriktad fortbildning och andra metoder för yrkesmässig utveckling så att yrkesinsatsen bibehålls på säker och ändamålsenlig nivå. En kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska se till att hälso- och sjukvårdspersonalen, inklusive de anställda hos privata serviceproducenter som kommunen eller samkommunen köper tjänster av, i tillräcklig utsträckning deltar i fortbildning inom hälso- och sjukvård. Den fortbildningen ska utformas med beaktande av längden på den grundutbildning som personalen har, hur krävande arbetet är och uppgifternas innehåll.

Enligt 4 § i *lagen om privat socialservice* (922/2011) ska antalet anställda vid verksamhetsenheten vara tillräckligt med avseende på servicebehovet och antalet klienter. Bestämmelser om yrkesutövning för yrkesutbildade personer inom socialvården finns i lagen om yrkesutbildade

personer inom socialvården. Den övriga personalen ska ha lämplig utbildning inom området. Ledningen av socialservicen styrs av 46 a § i socialvårdslagen och i fråga om äldreomsorgen också av bestämmelsen om ledning i äldreomsorgslagen. Varje verksamhetsenhet ska enligt lagen om privat socialservice ha en ansvarig person som svarar för att de tjänster som genomförs vid verksamhetsenheten uppfyller de krav som ställs på dem.

Enligt lagen om privat socialservice ska varje producent av privat socialservice som fortlöpande producerar socialservice dygnet runt ha fått tillstånd till produktion av servicen innan verksamheten inleds eller ändras väsentligt. Tillståndet beviljas av det regionförvaltningsverk inom vars verksamhetsområde servicen produceras. Om servicen produceras inom fler än ett regionförvaltningsverks verksamhetsområde, beviljas tillståndet av Valvira. Vid produktion av annan socialservice än socialservice dygnet runt ska serviceproducenten göra en skriftlig anmälan. Enligt lagen ska tillsynsmyndigheten utöva tillsyn över den privata socialservicen i första hand genom att tillhandahålla serviceproducenten den styrning och rådgivning som behövs vid serviceproduktionen och genom att i samråd med serviceproducenten följa hur verksamheten utvecklas. I lagen betonas att styrning och rådgivning ska ges som en primär form av förhandskontroll.

Enligt *lagen om privat hälso- och sjukvård* (152/1990) ska en serviceproducent ha en sådan ändamålsenligt utbildad personal som verksamheten förutsätter och en av tillståndsmyndigheten godkänd föreståndare som ansvarar för hälso- och sjukvårdstjänsterna. Den ansvariga föreståndaren ska enligt förordningen om privat hälso- och sjukvård (744/1990) vara en i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården avsedd yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och ska, med beaktande av verksamhetens omfattning och de tjänster som tillhandahålls, ha en för tjänstens framgångsrika handhavande lämplig utbildning och tillräcklig praktisk erfarenhet. På motsvarande sätt som en privat producent av socialservice ska också en privat producent av hälso- och sjukvårdstjänster ha tillstånd av regionförvaltningsverket eller Valvira att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster.

2.1.5 Klientens och patientens rättigheter

I *lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården* (812/2000, nedan klientlagen) och *lagen om patientens ställning och rättigheter* (785/1992, nedan patientlagen), föreskrivs det bland annat om klientens och patientens rätt till god social- och hälsovård och ett gott bemötande vid tillhandahållande av social- och hälsovård. Lagarna tillämpas i regel både på offentlig och privat social- och hälsovård. Likartade grundläggande bestämmelser om klientens och patientens rättigheter och goda bemötande finns i 4 § i klientlagen och i 3 § i patientlagen. Varje klient och patient har rätt till socialvård och hälso- och sjukvård av god kvalitet. Varje klient och patient har rätt till ett gott bemötande utan diskriminering. En klient och en patient ska bemötas så att hans eller hennes människovärde inte kränks. Klientens och patientens övertygelse och integritet ska respekteras. Hans eller hennes individuella behov, modersmål och kulturella bakgrund ska beaktas. Dessa faktorer inverkar också på vilka slags personalgrupper som behövs och vilken dimensionering som är tillräcklig för tjänsterna.

2.1.6 Lagstiftning om hantering av klientuppgifter

I *lagen om klienthandlingar inom socialvården* (254/2015, nedan klienthandlingslagen) föreskrivs det om registrering av klientuppgifter och om de anknytande skyldigheterna inom soci-

alvården. Enligt lagen ska den som deltar i klientarbetet inom socialvården anteckna och registrera klientuppgifter i klienthandlingarna på ett enhetligt sätt. Lagen gäller såväl offentliga som privata aktörer.

Genom lagen förenhetligas uppgiftsinnehållet i klienthandlingarna inom socialvården samt förfarandena för upprättande, förvarande och annan behandling av klienthandlingar. Personalen inom socialvården är skyldig att i handlingar anteckna sådan information som är behövlig och tillräcklig med tanke på stödet till klienten samt ordnandet, planeringen, lämnandet och uppföljningen av socialvården. Inga andra uppgifter om en klient får registreras än sådana som behövs med tanke på serviceuppgiften och anknytande lagstadgade uppgifter Enligt 22 § i klienthandlingslagen ska socialvårdsmyndigheterna i socialvårdens anmälningsregister registrera de anmälningar och framställningar som har gjorts i syfte att utreda en enskild persons servicebehov samt uppgifter om hur dessa har behandlats. Övriga klienthandlingar ska registreras i socialvårdens klientregister. Av varje klienthandling som registreras i ett personregister ska det framgå till vilken serviceuppgift eller vilka serviceuppgifter handlingen ansluter sig.

I lagen föreskrivs dessutom om registrering och lagring av klientuppgifter i särskilda situationer, såsom vid sektorsövergripande samarbete enligt socialvårdslagen. Institutet för hälsa och välfärd meddelar närmare föreskrifter om strukturen på klienthandlingarna inom socialvården och om de uppgifter som ska antecknas i klienthandlingarna. Lagen innehåller också bestämmelser om ansvaret och skyldigheterna för den som ordnar socialservice och för serviceproducenten i fråga om behandlingen av klientuppgifter. Bestämmelser om förvaringstiden för klienthandlingar inom socialvården finns i bilagan till lagen.

Yrkesutbildad personal inom social- och hälsovården har i framtiden rätt att enligt sina åtkomsträttigheter få tillgång till klientuppgifter som registrerats i elektronisk form. Enligt 5 § 1 mom. i *lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården* (159/2007, nedan klientuppgiftslagen) ska åtkomsträttigheterna för yrkesutbildad personal inom social- och hälsovården till klientuppgifter inom socialvården som har registrerats i elektronisk form definieras enligt serviceuppgift och med beaktande av varje persons arbetsuppgifter. Institutet för hälsa och välfärd meddelar föreskrifter om de grunder enligt vilka de som tillhandahåller socialvårdstjänster ska administrera åtkomsträttigheterna till klientuppgifter inom socialvården.

De ändringar som 2019 gjordes i *lagen om Institutet för hälsa och välfärd* (668/2008) i samband med att *lagen om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården* (552/2019, nedan lagen om sekundär användning) stiftades ger Institutet för hälsa och välfärd en omfattande rätt att samla in och behandla personuppgifter för sina lagstadgade uppgifter, inte bara för sina lagstadgade register. Ändringen minskar behovet av att samla in separata registeruppgifter och stöder principen om engångsregistrering, dvs. när uppgifterna har sparats en gång och är tillgängliga för Institutet för hälsa och välfärd kan de utnyttjas i alla Institutet för hälsa och välfärds lagstadgade uppgifter. Dessutom skapar ändringen av lagen om Institutet för hälsa och välfärd en grund för insamling och användning av klientuppgifter på personnivå inom socialvården på samma grunder som patientuppgifter. Detta skapar förutsättningar också för kvalitetsregister inom socialvården och för gemensamma kvalitetsregister inom social- och hälsovården. Dessutom möjliggör den en gemensam granskning av servicekedjorna inom social- och hälsovården, när man också kan samla in uppgifter om öppenvårdstjänster inom socialvården.

Lagen om informationshantering inom den offentliga förvaltningen (906/2019, nedan informationshanteringslagen) träder i kraft den 1 januari 2020. I 19 § finns bestämmelser om omvandling av informationsmaterial till elektroniskt format och materialens tillgänglighet. Om en handling inkommer till en myndighet i annat än elektroniskt format ska den omvandlas till elektroniskt

format, om det i eller med stöd av lag föreskrivs att handlingen ska förvaras varaktigt eller arkiveras. Myndigheten ansvarar för att en till elektroniskt format omvandlad handling tillförlitlighet och integritet säkerställs. Bestämmelsen ska tillämpas två år efter lagens ikraftträdande bl.a. i fråga om handlingar inom socialvården.

Handlingar som utarbetats av en myndighet ska förvaras elektroniskt. Undantag får göras från kravet på omvandling till elektroniskt format och elektronisk förvaring om det är nödvändigt på grund av behandlingskraven för säkerhetsklassificerade handlingar, övriga informationssäkerhetskrav eller av någon annan nödvändig orsak som har samband med handlingens karaktär.

2.1.7 Kvalitetsrekommendationer

Dimensioneringen av personalen inom äldreomsorgen har sedan 2001 styrts genom kvalitetsrekommendationer som utarbetats av social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund. Vid beredningen av äldreomsorgslagen gällde en kvalitetsrekommendation från 2008. I rekommendationen togs som utgångspunkt för personaldimensioneringen att dimensioneringen har lyckats när klienternas vård- och servicebehov har beaktats och ett tillräckligt antal yrkeskunniga personer producerar tjänster som är ändamålsenliga i fråga om kvantitet, kvalitet och verkningsfullhet för klienterna på ett mänskligt och kostnadseffektivt sätt. Enligt kvalitetsrekommendationen ska bland annat följande faktorer beaktas vid planeringen och bedömningen av personaldimensioneringen:

- klienternas behov av hjälp, som utreds med hjälp av en omfattande bedömning av servicebehovet,
- antalet klienter som kräver specialkompetens, till exempel minnessjuka med beteendesyntom och äldrepsykiatriska klienter,
- effekterna av enhetens serviceutbud, till exempel korttidsvård i rehabiliteringssyfte eller dagverksamhet,
- miljöfaktorer, till exempel verksamhetsenhetens storlek, strukturella funktionsduglighet och säkerhet (heldygnsvård) och avstånden inom kommunen (hemvård),
- utbildningsstrukturen hos anställda som deltar i klientarbetet och deras kompetens samt fullt utnyttjande av kompetensen,
- organisering och genomförande av verksamheten, till exempel beaktande av klienternas behov av hjälp när arbetsskiften planeras och möjlighet till gemensam användning av personal,
- hur personalen räcker till i exceptionella situationer, till exempel vid vård i livets slutskede, samt
- nyckeltal som beskriver personalens arbetshälsa, till exempel kort och lång sjukfrånvaro och personalomsättning,
- Kvalitetsrekommendationen från 2008 innehöll dessutom mer detaljerade rekommendationer om personaldimensioneringen vid verksamhetsenheter som tillhandahåller heldygnsvård och heldygnsvård.

I samband med beredningen av äldreomsorgslagen diskuterades också ett alternativ till lag om personaldimensionering. Vid beredningen kom man dock fram till att det inte ska föreskrivas om numeriska dimensioner i lag, utan dimensionerna anges även i fortsättningen i kvalitetsrekommendationen. Kvalitetsrekommendationerna reviderades före ikraftträdandet av äldreomsorgslagen den 1 juli 2013 bland annat så att en vårdardimensionering på minst 0,5 skulle säkerställas för att förbättra kvaliteten på heldygnsvården. I sitt svar till regeringen i anslutning till äldreomsorgslagen i december 2012 (RSv 162/2012) förutsatte riksdagen att *”regeringen 2014 undersöker om personaldimensioneringen realiserats i enlighet med äldreservicelagen, och lämnar riksdagen en proposition om precisering av lagen i det fall att den rekommenderade personalmängden (minst 0,5) inte uppnåtts i heldygnsvård”*. Riksdagen förutsatte dessutom att *”regeringen följer och kontrollerar om syftet med lagen nåtts och vilka effekter lagen haft på den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa och funktionsförmåga och tillgång till social- och hälsovårdstjänster samt på kommunernas kostnader.”*

Den kvalitetsrekommendation för 2017–2019 som social- och hälsovårdsministeriet publicerade tillsammans med Finlands Kommunförbund ersatte den föregående rekommendationen från 2013. Kvalitetsrekommendationens roll stöder och preciserar verkställigheten av äldreomsorgslagen. I kvalitetsrekommendationen beaktades de förändringar som då pågick i styrningen och omvärlden samt målen i regeringsprogrammet och planen för de offentliga finanserna. Regeringen gav sådana anvisningar för beredningen att rekommendationerna för dimensioneringen av personalen ska förenhetligas så att offentliga och privata tjänsteproducenter omfattas av samma krav. Likaså förutsattes det att personal som medverkar i vården och omsorgen av äldre inräknas i personaldimensioneringen på flexibla grunder än tidigare. I kvalitetsrekommendationen fastställdes att minimidimensioneringsnivån för personal i serviceboende med heldygnsomsorg fortfarande ska vara minst 0,50. Vid regeringens ramförhandlingar våren 2017 preciserades utifrån skrivningen i regeringsprogrammet att kvalitetsrekommendationen förväntas ge besparingar på cirka 33,5 miljoner euro i de offentliga finanserna fram till utgången av 2019. För tryggheten av ett bra åldrande och uppbyggnaden av ett socialt och ekonomiskt hållbart servicesystem för äldre byggdes rekommendationen upp kring fem temaområden:

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

Under temat Kvaliteten skapas av utförare finns rekommendationer för personal som arbetar inom äldreomsorgen. I kvalitetsrekommendationen betonas betydelsen av kompetent personal i tillräckligt antal för en trygg och kvalitativ service. I det sammanhanget betonas även betydelsen av tillräcklig geriatrisk kompetens hos personal som arbetar inom social- och hälsovårdstjänster som inte är riktade till äldre, eftersom äldre personer använder många olika social- och hälso-tjänster.

I kvalitetsrekommendationen konstateras att dimensioneringens flexibilitet måste säkerställas vid planeringen av personalantalet, till exempel hur kort- och långtidsfrånvaro bland personalen ska ersättas med vikarier. Flexibiliteten omfattar även att personalen tillfälligt kan flyttas mellan

RP 4/2020 rd

olika verksamhetsställen om förändringar i klienternas servicebehov förutsätter det, exempelvis i samband med terminalvård.

Temaområdet för personalen innehåller fem rekommendationer.

Rekommendation 1.

Personalantalet och kompetensen bedöms och fördelas flexibelt enligt klientstrukturen med beaktande av

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

Rekommendation 2.

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

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

I personaldimensioneringen beaktas personal som deltar i direkt klientarbete: sjukskötare och hälsovårdare, geronomer, fysioterapeuter och ergoterapeuter, närvårdare och primärskötare, socialsektorns handledare och pedagoger, socionomer YH, hemhjälpare/assistenter och hemvårdare, omsorgsassistenter, handledare för stimulerande verksamhet (samt motsvarande yrkesutbildade som deltar i upprätthållandet av klientens sociala funktionsförmåga) och verksamhetsenheternas ansvariga, såsom avdelningsskötare. Ovanstående gäller med följande begränsningar:

- verksamhetsenheternas ansvariga endast för sitt deltagande i direkt klientarbete,
- fysioterapeuter och ergoterapeuter endast för sitt deltagande i direkt klientarbete vid verksamhetsenheten; kan inte vara ensam på skiftet eller ansvara för medicinering,
- vård- och anstaltsbiträden endast för sitt deltagande i direkt klientarbete; kan inte vara ensam på skiftet eller ansvara för medicinering,

RP 4/2020 rd

- handledare för stimulerande verksamhet och motsvarande yrkesutbildade som deltar i upp-rätthållandet av klientens sociala funktionsförmåga endast för sitt deltagande i direkt klient-arbete på verksamhetsenheten; kan inte vara ensamma på skiftet eller ansvara för medicineri-ning,
- läroavtalsutbildade när 2/3 av studierna har genomförts, övriga studerande inom social- och hälsovård (i anställningsförhållande, ej arbetspraktik) när personen har skaffat sig tillräcklig kompetens för uppgiften genom studierna,
- omsorgsassistenterna kan inte vara ensamma på skiftet eller ansvara för medicineri-ning.

Rekommendation 3.

Verksamhetsenheter för hemmaboende och effektiviserat serviceboende ökar personalens direkta klienttid och -arbete genom att förnya arbetssätten.

Rekommendation 4.

Ledningen av personalens arbete medverkar till att

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

Rekommendation 5.

Styrningen, tillsynen och uppföljningen av offentliga och privata serviceproducenters personal-dimensionering sker på samma grunder.

2.1.8 Uppföljning av verkställigheten av äldreomsorgslagen och kvalitetsrekommendationerna

Enligt kvalitetsrekommendationen innebär rekommenderad miniminivå för personaldimensioneringen vid enheter för heldygnsvård den realiserade dimensioneringen, där de frånvarande arbetstagarnas andel ersätts med vikarier. Den realiserade personaldimensioneringen kan till exempel bedömas genom att man tittar på den realiserade arbetstiden (timmar) under minst en vecka omräknat till nyckeltalet personal/klient.

Institutet för hälsa och välfärd har följt verkställigheten av äldreomsorgslagen före och efter lagens ikraftträdande åren 2013, 2014, 2016 och 2018 och samtidigt följt upp genomförandet av kvalitetsrekommendationerna (undersökningen om situationen inom äldreomsorgen). Uppföljningen har genomförts med särskild finansiering. Uppföljningen har särskilt inriktats på personaldimensioneringen. Personaldimensioneringen inom heldygnsvård förbättrades från 2016 till 2018 och allt fler enheter hörde till den högsta dimensioneringsklassen. Antalet enheter med en personaldimensionering som överstiger 0,7 var 22 procent och antalet enheter med en dimensionering som understiger 0,5 var fem procent.

Utgående från Institutet för hälsa och välfärds senaste uppföljning 2018 fanns det sammanlagt 92 enheter som underskred dimensioneringen enligt kvalitetsrekommendationen 2017 (inbegripet serviceboende med heldygnsomsorg, ålderdomshem och långtidsvård vid hälsocentraler). En höjning av personaldimensioneringen till 0,5 skulle ha krävt en ökning på cirka 107 anställda vid dessa enheter.

Vid insamlingen av uppföljningsuppgifter meddelar verksamhetsenheterna planerat antal vakanser enligt yrkesgrupp, antalet klientplatser samt enhetens totala arbetstimmar under uppföljningsveckan. Vid uppföljningen har också samlats in den direkta arbetstiden enligt yrkesgrupp (procentandel av arbetstiden). De totala arbetstimmarna och antalet klienter anges dygnsvis i datainsamlingen.

Institutet för hälsa och välfärd ska beräkna personaldimensioneringen för enheten enligt de faktiska arbetstimmarna och antalet klienter. Vid den riksomfattande uppföljningen 2018 beräknades personaldimensioneringen för 1 617 verksamhetsenheter för serviceboende med heldygnsomsorg, vård på ålderdomshem och långtidsvård vid hälsocentraler. Dimensioneringen har beräknats för de funktionella enheter som har gemensamma lokaler, egen planering av arbetsskiftet och som oftast är underställda en chef. Med hjälp av en sådan enhetsstruktur har uppföljningen genomförts sedan 2013.

De yrkesgrupper som beaktas i dimensioneringen 2018 beskrivs i den nuvarande kvalitetsrekommendationen för 2017–2019. I rekommendationen nämns att chefernas arbetstid beaktas till den del de utför direkt vårdarbete. Även fysioterapeuter och ergoterapeuter, vårdbiträden och anstaltsbiträden, handledare för stimulerande verksamhet, socialsektorns handledare och pedagoger samt geronomer och socionomer beaktas med den andel de deltar i det direkta klientarbetet. Övriga yrkesgrupper beaktas under hela arbetstiden.

Institutet för hälsa och välfärd har vid beräkningen av dimensioneringen använt det kalkylerade antalet veckotimmar 38,25 vid varje uppföljning. Detta antal veckotimmar har också använts vid beräkningen 2018, även om konkurrenskraftsavtalet som trädde i kraft 2017 höjde timantalet till 38,75 timmar per vecka, eftersom avsikten är att konkurrenskraftsavtalet ska vara tidsbundet. Detta antal timmar per vecka har tillämpats på både offentliga och privata tjänsteproducenters enheter och på alla yrkesgrupper. Antalet arbetstimmar för direkt vårdarbete som verksamhetsenheten har uppgett har under uppföljningsveckan adderats och dividerats med det kalkylerade

antalet veckotimmar (38,25). Det kalkylerade antalet anställda inom vårdarbetet som fåtts på detta sätt har dividerats med medeltalet av antalet klienter vid enheten under veckan.

2.1.9 Tillsynen över social- och hälsovården

Den allmänna planeringen, styrningen och tillsynen över den offentliga och den privata social- och hälsovården hör till social- och hälsovårdsministeriet. De högsta laglighetsövervakarna inom social- och hälsovården är riksdagens justitieombudsman och justitiekanslern i statsrådet. Tillsynsmyndigheter för social- och hälsovården är regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira), som styr och övervakar både den privata och den offentliga social- och hälsovården samt yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och socialvården.

Regionförvaltningsverken och Valvira har till uppgift att genom styrning och tillsyn främja tillgodoseendet av rättssäkerhet och tjänsternas kvalitet inom social- och hälsovården. Regionförvaltningsverken främjar regional jämlikhet genom att sköta lagstiftningsmässiga verkställighets-, styrnings- och tillsynsuppgifter inom sina verksamhetsområden. Valvira styr och övervakar socialvården och folkhälsoarbetet i synnerhet när det är fråga om principiellt viktiga eller vittsyftande ärenden, ärenden som gäller flera regionförvaltningsverks verksamhetsområde eller hela landet, ärenden som har samband med andra tillsynsärenden som behandlas vid Valvira, eller ärenden som regionförvaltningsverket är jävigt att behandla.

Tillsynsmyndigheternas tillsyn är laglighetsövervakning och dess primära syfte är att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i lagstiftningen. Laglighetsövervakningen är bland annat inriktad på övervakning av servicens tillgänglighet och av att kommunen fullgör sin skyldighet att ordna service samt på övervakning av att förfarandebestämmelserna i lag iakttas.

Tillsynsmyndigheternas tillsyn är till sin natur sådan att den säkerställer och främjar genomförandet av organisationernas egen tillsyn. Organisationen har det primära ansvaret för att följa och övervaka den verksamhet som den ansvarar för. Genom tillsynen och den anknyttande styrningen tryggas och främjas tjänsternas kvalitet samt klient- och patientsäkerheten.

Social- och hälsovårdsministeriet resultatstyr regionförvaltningsverkens social- och hälsovårdsområde samt Valvira. Valvira styr i egenskap av centralt ämbetsverk som lyder under social- och hälsovårdsministeriet regionförvaltningsverkens verksamhet i syfte att förenhetliga deras verksamhetsprinciper, förfaringssätt och avgörandepraxis.

Tillsynsmetoder

Metoderna för tillsynen över social- och hälsovården kan beskrivas med begreppen förhandstillsyn, tillsyn i efterhand och systematisk tillsyn. Vid anmälnings- och tillståndsförfarande är det fråga om förhandstillsyn. Målen för förhandstillsynen uppnås också av den styrning som i lagstiftningen anges som tillsynsmyndighetens uppgift vid sidan av tillsynen. Förhandstillsyn och styrning genomförs också av kommunikation, resursstyrning, informationsstyrning, styrnings- och inspektionsbesök och rådgivning.

En kompetent social- och hälsovårdspersonal med mångsidig och tillräcklig utbildning och struktur är en central kvalitetsfaktor vid verksamhetsenheter för serviceboende med hel-

dygnsomsorg för äldre. Valvira och regionförvaltningsverken använder ett gemensamt bedömningsinstrument för bedömning av verksamhetsenheternas personalresurser (tabell över bedömning av funktionsförmågan). Tabellen har till uppgift att fungera som ett vägledande och riktgivande instrument när tillstånds- och tillsynsmyndigheterna bedömer i synnerhet hur tillräcklig vård- och omsorgspersonalen är vid verksamhetsenheter för serviceboende med heldygnsomsorg för äldre. Detta instrument är ett hjälpmedel för en helhetsbetonad bedömning av verksamhetsenheterna. Utgångspunkten vid användningen av bedömningsinstrumentet är att mätuppgifterna om funktionsförmågan hos klienter vid verksamhetsenheter för serviceboende med heldygnsomsorg för äldre alltid är vägledande och riktgivande. Bedömningen av personalens antal, dimensionering och tillräcklighet i fråga om strukturen vid verksamhetsenheten grundar sig alltid på en helhetsbedömning från fall till fall. Vid helhetsbedömningen beaktas utöver mätuppgifter som bedömer klienternas funktionsförmåga även andra faktorer som hänför sig till verksamhetsenhetens verksamhet, såsom lokaler, antalet klienter samt lösningar som hänför sig till den dagliga organiseringen av verksamheten. Instrumentet hjälper till att bedöma om storleken och strukturen på vård- och omsorgspersonalen vid verksamhetsenheter är tillräcklig i enlighet med äldreomsorgslagen och lagen om privat socialservice.

I regel bedöms ärenden i samband med tillsynen och tillståndsförvaltningen från fall till fall, men till vissa delar har ofta tillämpade förfaranden utformats genom praxis. Inom tillsyns- och tillståndsförvaltningen har utgångspunkten till exempel varit att närvårdarstudierande kan beaktas i dimensioneringen när de har slutfört två tredjedelar av studierna. En studerande inom social- och hälsovården kan sköta uppgifter som yrkesutbildad person inom social- och hälsovården när två tredjedelar av studierna har slutförts. Formen på den studerandes studier har ingen betydelse här (läroavtal mot normala studier i skolför). På basis av tillsynsakttagelserna räcker kompetensen hos dem som avlagt 40 kompetenspoäng till för uppgifterna som omsorgsassistenter.

Enligt 10 § i lagen om privat socialservice kan tillståndsmyndigheten förena tillståndet med villkor som är nödvändiga för att trygga klientsäkerheten och som gäller mängden tjänster, de anställda, lokalerna, anordningarna och tillbehören samt arbetsmetoderna. Vid Valvira har 0,1 som etablerad tillståndspraxis ansetts vara en tillräcklig dimensionering av stödtjänster och ett minimikrav för att högkvalitativa, klientsäkra och ändamålsenliga tjänster ska kunna säkerställas.

Ett tillstånd som beviljats en privat socialservice- eller hälso- och sjukvårdsproducent kan helt eller delvis återkallas vid väsentlig överträdelse av lag i verksamheten. Till följd av ett felaktigt förfarande eller en försummelse som Valvira eller ett regionförvaltningsverk konstaterat kan de i lindrigare fall ge en anmärkning till den organisation som ordnar eller genomför verksamheten eller till den person som ansvarar för verksamheten eller uppmärksamma den som övervakas på att verksamheten ska ordnas på ändamålsenligt sätt och att god förvaltningssed ska iakttas.

Efterhandskontroll kan inledas med hjälp av information eller misstanke om missförhållanden som myndigheten får kännedom om genom ett klagomål eller en anmälan eller i något annat sammanhang. Tillsynsmyndigheterna övervakar också på eget initiativ genom inspektioner och olika utredningar.

Valvira och regionförvaltningsverken kan förrätta inspektioner i lokaler hos producenter av socialservice samt självständiga yrkesutövare och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården när det finns grundad anledning att förrätta inspektion. Valvira kan dessutom av grundad anledning ålägga ett regionförvaltningsverk att förrätta en inspektion. Om brister eller andra

missförhållanden som äventyrar klient- eller patientsäkerheten upptäcks i ordnandet eller genomförandet av verksamheten eller om verksamheten strider mot lagstiftningen om den, kan Valvira eller regionförvaltningsverket meddela ett föreläggande om hur bristerna ska avhjälpas eller missförhållandena undanröjas. Föreläggandet kan förenas med vite eller med hot om att verksamheten avbryts eller att användningen av en verksamhetsenhet eller en del därav eller av en anordning förbjuds. Om klient- eller patientsäkerheten så kräver, kan det även bestämmas att verksamheten omedelbart ska avbrytas, eller att användningen av en verksamhetsenhet, en del av den eller en anordning omedelbart ska förbjudas.

För den systematiska tillsynen utarbetar regionförvaltningsverken och Valvira utifrån en riskbedömning ett gemensamt tillsynsprogram där föremålen för tillsynen, förfaringssätten, kriterierna och arbetsfördelningen i fråga om genomförandet av tillsynen fastställs. Grunden för riskbedömningen är bl.a. klient- och patientsäkerheten. Målet är att tillsynen ska vara så enhetlig som möjligt på riksnivå.

I samband med behandlingen av klagomål och egentliga tillsynsärenden kan det också göras iakttagelser om sådana missförhållanden eller risker i verksamheten på grund av vilka tillsynsmyndigheten börjar ge mer omfattande, antingen regional eller riksomfattande, styrning i förebyggande syfte.

Kommunal tillsyn

Laglighetsövervakningen inom social- och hälsovården utförs förutom på riksomfattande nivå (social- och hälsovårdsministeriet, Valvira) och regional nivå (regionförvaltningsverken) också på lokal nivå. På lokal nivå är kommunerna den tillsynsmyndighet som ansvarar för tillsynen över social- och hälso-tjänsterna. Kommunen styr och övervakar alla privata tjänsteproducenter inom sitt område och sådana privata tjänsteproducenter i andra kommuner från vilka kommunen köper tjänster. Enligt 4 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) ska kommunen eller samkommunen vid anskaffning av service från en privat serviceproducent försäkra sig om att servicen motsvarar den nivå som krävs av motsvarande kommunala verksamhet. Kommunen har också till uppgift att godkänna producenter av tjänster som produceras med servicesedlar. Kommunen har exklusiv tillsynsskyldighet när kommunen köper tjänster som baserar sig på uppdragsavtal av privatpersoner som tillhandahåller tjänster i sitt eget hem.

Med stöd av lagen om privat socialservice har kommunen i egenskap av tillsynsmyndighet för privat socialservice lagstadgad rätt att få uppgifter av producenterna. Enligt 17 § i den lagen kan tillsynsmyndigheten inspektera en serviceproducents verksamhet samt de verksamhetsenheter och lokaler som används vid ordnandet av verksamheten när det finns grundad anledning att förrätta en inspektion. Utöver Valvira och regionförvaltningsverken kan också en kommun eller samkommun förrätta en inspektion hos en privat verksamhetsenhet. Inspektionen får också förrättas utan förhandsanmälan. Också regionförvaltningsverken och Valvira kan av grundad anledning begära att det kommunala organet inspekterar verksamhetsenheten.

Kommunen har dock inte möjlighet att använda sanktioner enligt lagen trots att brister upptäcks i samband med inspektionen, utan endast Valvira och regionförvaltningsverken kan använda dem. Om kommunen i samband med inspektionen upptäcker brister i en privat serviceproducents verksamhet, ska den anmäla detta till Valvira eller regionförvaltningsverket, som kan använda de sanktioner som anges i lagen.

Ett avtal mellan kommunen och den privata aktören om produktion av tjänster är av central betydelse i förhållandet mellan kommunen och den privata aktören. Eftersom kommunen också ansvarar för den service som produceras genom ett avtal om köpta tjänster som för sin egen, ska avtalet bl.a. innehålla tillräckliga bestämmelser om uppföljning av servicenivån, sanktioner och förfarandet i situationer där verksamheten inte motsvarar de krav som ställs i kommunen och lagstiftningen och servicens kvalitet inte överensstämmer med avtalet. Utöver lagstiftningen ska det alltså avtalas om parternas ansvar och skyldigheter också i avtalet om köpta tjänster, för att kommunen ska ha en faktisk möjlighet att försäkra sig om att de tjänster som anskaffas från en privat aktör motsvarar den nivå som förutsätts av den kommunala verksamheten. Tillsynen över de aktörer som producerar tjänster för kommunens räkning är en del av kommunens egenkontroll.

I lagstiftningen finns inga bestämmelser om kommunens roll i en situation där det upptäcks så allvarliga brister i en privat tjänsteproducentens verksamhet att verksamheten måste avbrytas eller tillståndet återkallas. Om det är fråga om kommunens klienter inom köpta tjänster, kvarstår kommunens skyldighet att ordna deras tjänster, och kommunen ska således utan dröjsmål sörja för tjänsternas kontinuitet. Dessutom gäller i fråga om ordnandet av brådskande service för dem som vistas på kommunens område vad som särskilt föreskrivs om det. Om verksamhet som enbart berör privata klienter överförs på den kommun där verksamhetsenheten är belägen, förutsätter det att kommunen och den privata aktören avtalar om saken.

Varje producent av privat socialservice som producerar annan socialservice än socialservice dygnet runt ska lämna in en skriftlig anmälan om verksamheten till det organ som ansvarar för socialvården i den kommun där tjänsterna produceras. Anmälan ska göras innan verksamheten inleds eller ändras väsentligt. Anmälningspliktiga socialvårdstjänster är bl.a. hemservice för olika klientgrupper och annan boendeservice än boendeservice dygnet runt. När det gäller de tjänster som ska registreras skickar kommunen en anmälan till regionförvaltningsverket som ska föras in i registret över privata tillhandahållare av social- och hälsovårdstjänster (Valveri). Stödtjänster för hemservice registreras inte i Valveri.

Tjänsteproducentens och kommunens egenkontroll

Egenkontrollen kan struktureras på tre nivåer: yrkesutbildade personers personliga egenkontroll, serviceproducenters egenkontroll och egenkontroll i kommuner med organiseringsansvar (kontroll i anslutning till organiseringsansvaret). Syftet med egenkontrollen är att det vid verksamhetsenheterna genomförs en systematisk utvärdering och kontroll av den egna verksamheten för att säkerställa klient- och patientsäkerheten och kvaliteten på tjänsterna. Genom egenkontroll förebyggs missförhållanden och ingrips snabbt i dem. Producenterna och anordnarna har möjlighet att leda, följa upp och utvärdera sin verksamhet i realtid och omedelbart ingripa i uppdragade missförhållanden och riskfaktorer.

Egenkontroll innebär i praktiken samma sak som klientsäkerhetsarbetet inom socialvården (patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvården). Egenkontroll är nödvändig och avgörande för att tjänsterna ska vara ändamålsenliga, högklassiga och trygga. Av detta följer att myndighetstillsynens primära uppgift är att främja och säkerställa egenkontrollen, eftersom den bästa proaktiva effektiviteten i myndighetstillsynen uppnås på detta sätt. Tillsynsmyndigheten ska dock ingripa i verksamhetsenhetens verksamhet så snabbt och effektivt som möjligt, om det framgår att egenkontrollen inte fungerar. En tillsynsmyndighets intervention i efterhand (t.ex. genom en anmälan av missförhållanden eller vid en inspektion) inbegriper alltid handledning eller tillsynspåföljder som syftar till att återställa egenkontrollen.

Enligt 47 § i socialvårdslagen ska en verksamhetsenhet inom socialvården eller en annan aktör som ansvarar för den samlade verksamheten göra upp en plan för egenkontroll för att säkerställa socialvårdens kvalitet, säkerhet och ändamålsenlighet. Planen ska vara offentligt framlagd, förverkligandet av den ska följas upp regelbundet och verksamheten ska utvecklas utifrån respons som regelbundet samlas in från klienterna och verksamhetsenhetens personal. Närmare bestämmelser om innehållet i samt utarbetandet och uppföljningen av planen för egenkontroll kan utfärdas genom social- och hälsovårdsministeriets förordning. Förordningen har tills vidare inte utfärdats.

Enligt 23 § i äldreomsorgslagen ska egenkontroll som grundar sig på en plan ordnas vid alla enheter som tillhandahåller äldreomsorgstjänster. Genomförandet av planen ska följas upp och tjänsterna utvecklas utifrån responsen från klienterna och deras anhöriga och närstående samt personalen vid verksamhetsenheten. I lagen har Valvira getts befogenhet att meddela föreskrifter om egenkontroll. Valvira utfärdade 2014 en föreskrift om planen för egenkontroll för privat socialservice och offentlig äldreomsorg (Valvira 1/2014). Föreskriften gäller all privat socialservice som avses i lagen om privat socialservice och sådan socialservice som en kommun eller ett samarbetsområde producerar för äldre och som avses i 2 § i äldreomsorgslagen. Föreskriften tillämpas inte på offentliga eller privata hälso- och sjukvårdstjänster för vilka det finns särskilda bestämmelser om egenkontroll samt om kvalitetslednings- och patientsäkerhetsplanering.

Enligt 6 § i lagen om privat socialservice ska varje producent för säkerställande av att verksamheten är tillbörlig utarbeta en plan för egenkontroll som omfattar serviceproducentens alla former av socialservice och den samlade service som avses i 5 § 2 mom. i den lagen. Serviceproducenten ska hålla planen för egenkontroll offentligt framlagd och följa hur den förverkligas. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården får meddela föreskrifter om innehållet i planen för egenkontroll och om hur den ska utarbetas och följas upp.

2.2 Klienter och personal samt bedömningsmetoder inom äldreomsorgen

2.2.1 Klienter och personal inom heldygnsvård och hemvård

Enligt Institutet för hälsa och välfärds uppföljning av situationen inom äldreomsorgen fanns det sammanlagt 98 900 klienter inom äldreomsorgen under uppföljningsveckan i maj 2018. Av dem fick 56 procent sin service inom hemvård och 44 procent inom heldygnsvård. Antalet klienter ökade kraftigt inom hemvården. Under fyra års tid ökade antalet klienter inom hemvården med 7500. Under uppföljningsveckan fick 43100 klienter heldygnsvård. Antalet klienter hade minskat med 3100 under de senaste fyra åren. Till följd av servicestrukturomvandlingen har vård på åldringshem ersatts av serviceboende med heldygnsomsorg och långtidsvården vid hälsocentralssjukhusen har minskat.

Heldygnsvård är vård i livets slutskede. Vården riktas i synnerhet till personer med en framskriden minnessjukdom. Av klienterna har 95 procent en minnessjukdom eller minnessymptom. Avsikten är att vården allt oftare ska genomföras så att klienten också kan få palliativ vård och vård i livets slutskede vid sin egen vårdenhet.

Tabell 1. Klienter inom äldreomsorgen 2014, 2016 och 2018

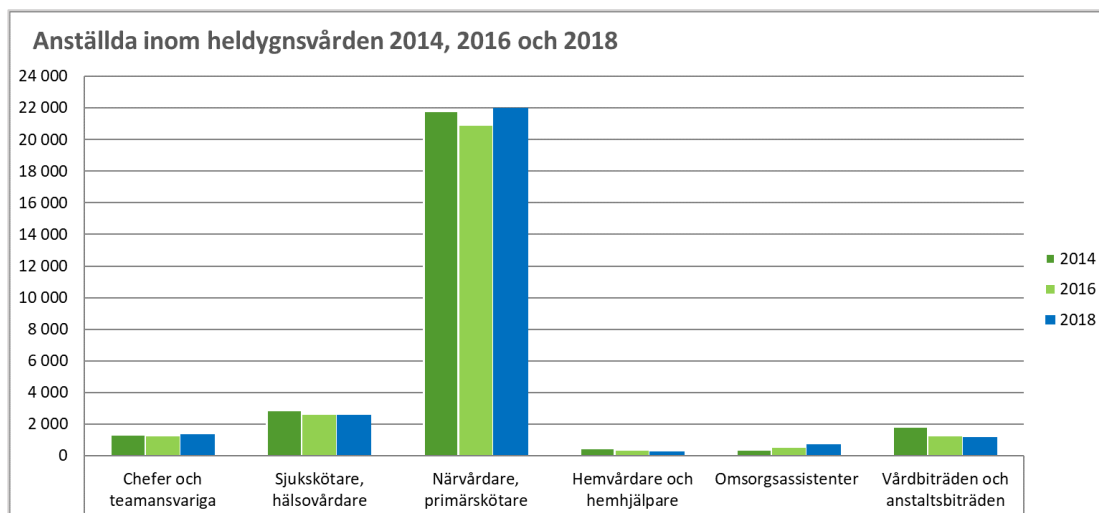
	Dagliga klienter inom hemvården i genomsnitt under uppföljningsveckan **	Klienter i heldygnsvård under uppföljningsveckan *
2014	48300	46200
2016	51300	43600
2018	55800	43100

Fotnot: * kortvariga och långvariga klienter i heldygnsvård sammanlagt
 ** regelbundna och tillfälliga hemvårdsklienter sammanlagt

Två tredjedelar av personalen inom äldreomsorgen arbetar med heldygnsvård. Närvårdare är den största yrkesgruppen. År 2018 arbetade cirka 20 000 personer inom serviceboende med heldygnsomsorg och av dem arbetade 11 000 vid verksamhetsenheter för offentliga serviceanordnare. På ålderdomshem arbetade 2 000 närvårdare, nästan uteslutande inom den offentliga sektorn. År 2016 observerades en liten minskning i antalet närvårdare, men efter det hade antalet på två år stigit med 1 000 vårdare.

Antalet sjukskötare som arbetar inom heldygnsvård är 2 600. Deras antal har hållits på samma nivå sedan 2014. Sjukskötare arbetar dessutom i chefsuppgifter vid verksamhetsenheter. Antalet hemvårdare och hemhjälpare samt vård- och anstaltsbiträden har minskat under perioden 2014–2018. År 2018 arbetade endast 1 450 av dem i heldygnsvård. I synnerhet hemvårdare och hemhjälpare håller på att lämna arbetslivet på grund av pensionering. Utbildning ordnas inte längre med dessa beteckningar. Antalet omsorgsassistenten ökar långsamt, eftersom det finns lite utbildning för uppgiften. Antalet personer som fick heldygnsvård var cirka 700.

Figur 1. Personalstrukturen inom heldygnsvården 2014, 2016 och 2018.



Till den totala personalstyrkan inom äldreomsorgen hör utöver personalen inom heldygnsvård även hemvårdspersonal och personal inom vanligt serviceboende med icke-heldygnsomsorg. Inom hemvården och det vanliga serviceboendet arbetar 12 000 närvårdare och 1 800 sjukskötare samt sammanlagt 850 hemvårdare och hemhjälpare. Antalet övriga personalgrupper är litet. Antalet anställda inom hemvården varierar mer än inom heldygnsvården, och 2016 minskade antalet anställda trots att antalet klienter ökade. Vid den senaste uppföljningen hade trenden svängt och i synnerhet antalet närvårdare ökade. Antalet närvårdare ökade med över 1 800.

2.2.2 Metoder för bedömning av servicebehovet, funktionsförmågan och vårdberoendet

De metoder för bedömning av servicebehovet, funktionsförmågan och vårdbehovet som används mest i Finland är RAI-bedömningssystemet (Resident Assessment Instrument, Morris et al. 1990) RAVA™ (Rajala & Vaissi) och RAFAELA™ (Rajala & Fagerström). I cirka fyra av fem enheter med heldygnsvård bedöms klienternas funktionsförmåga regelbundet med en eller flera indikatorer eller bedömningsmetoder. Vanligen bedöms den kognitiva, fysiska och psykiska funktionsförmågan samt hur klienten klarar sig i vardagen (undersökning om situationen inom äldreomsorgen, 2018, Institutet för hälsa och välfärd).

Med hjälp av indikatorn RAVA™ (utvecklarna Rajala och Vaissi) utreds hur klienten klarar av de dagliga grundläggande funktionerna och resultatet används bl.a. för att bedöma klientens tillgång till en viss tjänst. Användningen av indikatorn vid planering, jämförelse och ledning av vården är begränsad, eftersom den producerar lite information och bedömningen är känslig för manipulation. När vårdberoendet inom äldreomsorgen mäts ska det tas hänsyn till personens helhetssituation. RAVA-indexet innehåller inga uppgifter om tidskrävande behandlingar, såsom sårbehandlingar eller kontrollerad utdelning av läkemedel flera gånger per dygn. Utöver RAVA ska det vid bedömningen av en äldre person åtminstone användas ett kort minnes- och informationsbehandlingstest samt depressionsscreening vid hög ålder. RAVA™-indikatorn baserar sig inte på internationell öppen vetenskaplig testning. RAVA™ har utvärderats i Institutet för hälsa

och välfärds databas TOIMIA enligt följande: ”Vid bedömningen av servicebehovet lämpar sig RAVA™-indikatorn för bedömning av de dagliga grundläggande funktionerna hos äldre personer i dåligt skick (BADL), men inte för bedömning av sådana andra dimensioner av funktionsförmågan som bör bedömas i samband med bedömningen av servicebehovet. Repeterbarheten är eventuellt tillräcklig, men den försämras av risken för manipulering av resultatet. Att licensen är avgiftsbelagd begränsar indikatorns användbarhet.” RAVA™ ägs av Kommunförbundet och utvecklas av FCG.

RAFAELA™-systemet har ursprungligen utvecklats för att mäta det faktiska vårdarbetet i förhållande till resurserna vid sjukhusen (utvecklarna Rajala, Fagerström). Systemet består av två indikatorer, med OPC-indikatorn bedöms patienternas vårdbehov och med PAONCIL-indikatorn bedömer vårdaren det optimala vårdbehovet enligt sin egen erfarenhet. Här kan det uppstå situationer där andra vårdare upplever vårdbelastningen annorlunda, vilket inverkar på mätningens tillförlitlighet. Mätningarna utförs dagligen på avdelningarna och personalbehovet planeras utifrån de uppgifter som erhållits om klassificeringen. RAFAELA™-systemet har utvecklats utifrån vårdvetenskapliga utgångspunkter. Klassificering av vårdberoende med Rafaela ger information om den realiserade vården av patienten och stöder resursfördelningen i vårdarbetet. Användningen av indikatorn medför kostnader. Indikatorn RAFAELA® har inte utvärderats i TOIMIA-nätverket. RAFAELA®-systemet ägs av Finlands Kommunförbund och utvecklas av FCG.

RAI-bedömningssystemet är avsett för utredning av klientens behov av service, vård, omsorg och rehabilitering. Utvärderingsinformationen utgör grunden för den individuella service-, vård- och rehabiliteringsplanen. Användningsändamål för RAI är rådgivning och servicehandledningsenheter för äldre, hemmaboende och serviceboende med heldygnsomsorg, mentalvårds- och funktionshindertjänster samt akutvård. RAI-systemet har utvecklats av den internationella forskarorganisationen interRAI (www.interrai.org).

RAI-bedömningssystemet används nationellt för heldygnsvård av äldre bland annat i Förenta staterna (lagstiftning), i de flesta provinserna i Kanada (lagstiftning), på Island (enligt lag), i Belgien (i en del av landet enligt lag) och i Nya Zeeland (politiskt beslut). Dessutom används RAI-systemet i flera länder för forskning eller testning. Hittills har RAI-instrumenten inte utvärderats i databasen TOIMIA.

I enlighet med det avtal som ingåtts med forskarorganisationen interRAI upprätthåller och ansvarar Institutet för hälsa och välfärd för de RAI-instrument som har anpassats till den finländska miljön. RAI-instrumenten baserar sig på internationell vetenskaplig forskning och utvecklingsarbete. Användningen av RAI-bedömningssystemet förutsätter ett avtal med Institutet för hälsa och välfärd, men både licensen och användningen är avgiftsfri. RAI-användare kan delta i den för närvarande frivilliga, samfinansierade jämförelseutveckling som samordnas av Institutet för hälsa och välfärd. Som en del av jämförelseutvecklingen producerar Institutet för hälsa och välfärd jämförelsedatabaser. Med hjälp av uppgifterna i databaserna kan organisationer jämföra, följa och utveckla sin egen verksamhet och dess kvalitet. Genom RAI-systemet bedömdes 2018 ca 35 procent av klienterna inom hemvården och ca 40 procent av klienterna inom heldygnsvården.

RAI-bedömningssystemet används vid bedömningen av klienternas servicebehov och utifrån bedömningen produceras vårdplaner och larm för vårdbehovet, indikatorer som beskriver servicebehovet och funktionsförmågan samt kliniska kvalitetsindikatorer som beskriver vårdresultatet. För kvaliteten på vården av klienterna produceras indikatorer som beskriver kvalitetsnivån

vid en viss tidpunkt, såsom trycksår, läkemedelsmängder och funktionsduglighetsnivå. Dessutom kan man för de klienter som befinner sig på enheten under minst två mätningar räkna ut också indikatorer för nya problem som uppstår, såsom nya trycksår och nedsatt funktionsförmåga. Denna indikatorinformation som produceras av flera olika RAI-indikatorer möjliggör utveckling och säkerställande av enheternas kvalitet samt uppföljning av resursallokeringen. Personalen har redskap för planering och uppföljning av vården av klienterna och enhetsdirektörerna har tillgång till faktiska uppgifter som producerats utifrån klienternas funktionsförmåga och utifrån vilka verksamheten kan styras.

I RAI-bedömningssystemet ingår också den klassificering av resursbehov (RUG, dvs. Resource Utilization Groups) som har skapats som grund för riktandet av betalningssystemen och resurserna. I klassificeringen delas klienterna enligt sina servicebehov in i olika klasser för vilka det har beräknats den tid som personalen tilldelat klientgruppen i fråga. Avsikten är att det våren 2020 ska göras nya tidsmätningar inom hemvården och heldygnsvården, varvid kostnadsvikterna uppdateras så att de motsvarar nuvarande vårdpraxis och den tid som personalen avsätter för klienterna. Utifrån resultaten av mätningen av personalens tidsanvändning är det möjligt att inrikta personalen enligt klienternas servicebehov, men också att bedöma innehållet i den tillhandahållna servicen. Dessutom kan verksamhetsenheternas personaldimensioneringar bestämmas på tidsbasis enligt klienternas systematiskt uppskattade servicebehov.

För registrering av RAI-bedömningen och användning av informationen behövs en informationssystemapplikation, som i Finland för närvarande produceras och säljs av flera leverantörer av informationssystem. När användningen av RAI utvidgas är det också möjligt att skapa en nationell lagringsgrund där verksamhetsenheterna har möjlighet att registrera och lagra. Det behövs kompetens för att göra RAI-bedömningar och utnyttja informationen. RAI-utbildningen kan genomföras som intern utbildning inom en organisation eller skaffas från någon av de utbildare som finns i Finland.

2.3 Den internationella utvecklingen samt lagstiftningen i utlandet och i EU

2.3.1 Konventioner om mänskliga rättigheter och andra motsvarande internationella förpliktelser

Att äldre ska ha lika rättigheter och möjligheter att tillgodose sina rättigheter hör till de centrala målen för internationella människorättskonventioner. Metoder för att uppnå likabehandling är integrering av aspekten äldres mänskliga rättigheter, tillgänglighet, förbud mot diskriminering samt behövliga tjänster och stödåtgärder. Effekterna av den internationella verksamheten kanaliseras till Finland bl.a. genom direktiv, resolutioner, rekommendationer och olika slags samarbetsprocesser. Viktiga internationella aktörer utifrån den finländska äldrepolitiken och lagstiftningen är Förenta nationerna, Europarådet, Europeiska unionen och de övriga nordiska länderna.

Normerna för de grundläggande fri- och rättigheterna i grundlagen har många likheter med förpliktelser i fråga om de mänskliga rättigheterna som är bindande för Finland. Förutom att de mänskliga rättigheterna har en förpliktande karaktär i lagstiftningen har de en ytterligare betydelse i och med att de styr tolkningen av de grundläggande fri- och rättigheterna i en positiv riktning i det individuella beslutsfattandet. Med tanke på ordnandet av socialvård definierar de internationella mänskliga rättigheterna i synnerhet bemötandet av människor och miniminivån för servicen.

Centrala internationella människorättskonventioner är Förenta nationernas internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FördrS 6/1976, nedan ESK-konventionen), den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter (FördrS 7 och 8/1976, nedan MP-konventionen), konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (FördrS 67 och 68/1986, nedan CEDAW-konventionen), konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 26 och 27/2016, nedan funktionsnedsättningskonventionen) och Europarådets konventioner; konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (FördrS 18 och 19/1990, sådan som den lyder senare ändrad i FördrS 71 och 72/1994, FördrS 85 och 86/1998, FördrS 8 och 9/2005, FördrS 6 och 7/2005 samt FördrS 50 och 51/2010, nedan Europeiska människorättskonventionen) samt reviderade Europeiska sociala stadgan (FördrS 78–80/2002).

2.3.2 Förenta nationerna

ESK-konventionen och MP-konventionen

Enligt artikel 9 i ESK-konventionen erkänner konventionsländerna rätten för var och en till social trygghet, däribland socialförsäkring. Enligt artikel 11 i konventionen erkänner konventionsstaterna rätten för var och en till en tillfredsställande levnadsstandard för sig och sin familj på samma sätt som 19 § 1 mom. i grundlagen innehåller en bestämmelse om oundgänglig omsorg och försörjning. En tillfredsställande levnadsstandard omfattar tillräcklig föda, klädsel och lämplig bostad samt rätt till fortsatt förbättring av livsvillkoren. Enligt artikel 12 erkänner konventionsstaterna rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga psykiska och fysiska hälsa. Artikel 9 i MP-konventionen tryggar rätten för var och en till frihet och personlig säkerhet. Artikel 17 i konventionen tryggar liksom 10 § i grundlagen rätten till skydd av personens privat- och familjeliv, hem och korrespondens.

År 1995 antog FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter den allmänna kommentaren nr 6 om äldres ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (General comment No. 6: Economic, Social and Cultural Rights of Older persons) till ESK-konventionen. Den allmänna kommentaren behandlar artiklarna i ESK-konventionen med tanke på trygghandet av äldres rättigheter. Kommentaren omfattar bland annat artikel 9 om rätten till social trygghet och artikel 11 om tillräcklig social trygghet.

FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter antog 2008 dessutom den allmänna kommentaren nr 19 om rätten till social trygghet i anslutning till ESK-konventionen. I den allmänna kommentaren behandlas äldre som en grupp, och enligt den ska äldre personers sociala trygghet säkerställas bland annat genom pensionssystem och system som inte är baserade på försäkringar.

CEDAW-konventionen

Konventionens syfte är att främja ett jämställt förverkligande av mänskliga rättigheter när det gäller kvinnor. I artikel 11.1e nämns kvinnors lika rätt till social trygghet bland annat vid ålderdom. Konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder, särskilt på det politiska, sociala, ekonomiska och kulturella området, för att säkerställa full utveckling och framsteg för kvinnorna. Finland har ratificerat det fakultativa protokollet till konventionen om avskaffande av all

slags diskriminering av kvinnor (FördrS 20 och 21/2002). År 2010 gav FN:s kommitté för avskaffande av diskriminering av kvinnor (CEDAW-kommittén) rekommendation 27 om skydd av äldre kvinnors mänskliga rättigheter (General Recommendation No. 27 on Older Women and Protection of Their Human Rights). Konventionsstaterna ska motarbeta negativa stereotyper om äldre kvinnor, förebygga våld mot dem, trygga deras möjligheter att delta i det offentliga och politiska livet och tillgodose likabehandling vad gäller lön och pensioner.

CAT- och OPCAT-konventionen

Konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (Convention Against Torture, CAT) trädde för Finlands del i kraft 1989. I konventionen ingår ett anmälningsförfarande enligt artikel 22. Finland ratificerade 2014 det fakultativa protokollet till konventionen (Optional Protocol to the Convention Against Torture, OPCAT). Riksdagens justitieombudsman är tillsynsorgan enligt tilläggsprotokollet i Finland. Den har till uppgift att utföra inspektioner på platser där frihetsberövade personer hålls. Sådana platser kan utöver fängelser, förvarsenheter och barnskyddsanstalter under vissa förutsättningar också vara boendeenheter och anstalter för äldre.

Funktionsnedsättningskonventionen

Finland ratificerade FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD) och dess fakultativa protokoll om besvär förfarandet 2016. I funktionsnedsättningskonventionen nämns konventionsstaternas skyldighet att ordna tjänster som syftar till att minimera och förebygga nya skador, även bland barn och äldre, och säkerställa att personer med funktionsnedsättning, särskilt kvinnor, flickor och äldre personer, får tillgång till program för social trygghet och fattigdomsminskning. Konventionen kan tillämpas på äldre personer under förutsättning att de omfattas av tillämpningsområdet för artikel 1 i konventionen som gäller personer med funktionsnedsättning, dvs. personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra.

Principer för äldre personer

FN:s generalförsamling godkände 1991 FN:s principer för äldre personer (UN Principles for Older Persons). Dokumentet är en av de viktigaste FN-källorna för äldre personer. Principerna är avsedda att komplettera befintliga bindande människorättskonventioner. Principerna för äldre personer har indelats i grupper som behandlar självständigt liv, delaktighet, omsorg, självförverkligande och människovärde.

Deklarationen om ursprungsfolkens rättigheter

FN:s generalförsamling antog 2007, liksom Finland, en förklaring om urfolkens rättigheter. År 2014 godkändes slutdokumentet för FN:s världskonferens för urfolk, som har en central koppling till verkställandet av konventionen. Syftet med deklARATIONEN är att skydda och främja ursprungsbefolkningens rättigheter och att trygga deras självbestämmanderätt. Deklarationen framhåller särskilt urfolkens rätt till respekt för sin kultur, sina traditioner och historia. Enligt artikel 21 och 22 ska särskild uppmärksamhet ägnas åt de rättigheter och de särskilda behov

som de äldre, kvinnorna, de unga, barnen samt de funktionshindrade personerna i urfolken har.

2.3.3 Europarådet

Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna

Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna (konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna), som trädde i kraft i Finland 1990, garanterar alla de rättigheter och friheter som fastställs i konventionen och som hör till de avtalslutande parternas jurisdiktion. I konventionen har åldern ansetts ingå i diskriminering på grund av annan ställning. Artikel 5 i MP-konventionen tryggar rätten för var och en till frihet och personlig säkerhet. Dessutom skyddar artikel 8 i konventionen individens integritet via rätten till privat- och familjeliv.

Den reviderade europeiska sociala stadgan

Den reviderade europeiska sociala stadgan, som trädde i kraft i Finland 2002, tryggar och främjar de sociala rättigheterna i Europa. Konventionen garanterar alla personer som omfattas av en medlemsstats jurisdiktion de rättigheter som anges i konventionen utan diskriminering på grund av ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åsikt, nationellt eller socialt ursprung, hälsa, tillhörighet till en nationell minoritet, börd eller annan ställning. Åldersdiskriminering anses ingå i någon annan ställning. Artikel 23 säkerställer äldre människors rätt till socialt skydd och förpliktat konventionsstaterna att tillförsäkra äldre som bor på institutioner möjlighet att påverka den vård de får. Äldre personer ska tryggas den sociala trygghet, vård, omsorg och möjlighet att delta i samhällets funktioner som fullvärdiga samhällsmedlemmar som de behöver.

CPT-konventionen

Med stöd av artikel 1 i den europeiska konventionen om förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (CPT-konventionen) bildades CPT-kommittén (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment). Kommitténs uppgift är att besöka anstalter och enheter där det finns frihetsberövade människor. Kommittén ska utreda hur dessa människor behandlas och vid behov stärka deras skydd mot tortyr eller annan omänsklig eller förnedrande behandling. Kommittén besöker också vårdhem för äldre och andra enheter inom socialvården.

Rekommendation från Europarådets ministerkommitté till medlemsstaterna om främjande av äldre människors mänskliga rättigheter

Rekommendationen (Recommendation CM/Rec (2014)2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons) från 2014 strävar efter att säkerställa att äldre personers mänskliga rättigheter och grundläggande friheter främjas, skyddas och tryggas samt att främja respekten för äldres människovärde. Enligt den rekommenderas åtgärder som hänför sig till likabehandling, autonomi, deltagande, social trygghet, arbete och rättspraxis samt skydd mot våld och vanvård.

2.3.4 Europeiska unionen

Enligt Europeiska unionens fördrag (Lissabonfördraget), som trädde i kraft 2009, strävar EU efter att bekämpa diskriminering på grund av kön, ras, etniskt ursprung, religion eller övertygelse, funktionshinder, ålder eller sexuell läggning och har befogenhet att vidta nödvändiga åtgärder för att bekämpa sådan diskriminering. I artikel 21 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna nämns ålder bland de förbjudna diskrimineringsgrunderna, och artikel 25 i stadgan behandlar uttryckligen äldres rättigheter. I artikeln erkänns rätten för äldre att leva ett värdigt och oberoende liv och att delta i det sociala och kulturella livet. Dessutom erkänner artikel 34 i stadgan rätten till social trygghet och sociala förmåner vid ålderdom.

2.3.5 Lagstiftningen i Norden och i vissa andra länder

Nordisk konvention om socialt bistånd och sociala tjänster

De nordiska länderna har ingått en nordisk konvention om socialt bistånd och sociala tjänster (FördrS 69/1996). Konventionen tillämpas på sociala tjänster, utkomststöd och de sociala förmåner som inte omfattas av den nordiska konventionen om social trygghet (FördrS 136/2004). Till konventionens personkrets hör nordiska medborgare och andra personer med laglig hemort i ett nordiskt land. Artikel 9 i konventionen innehåller bestämmelser om flyttning till ett annat nordiskt land för personer som behöver långvarig behandling eller heldygnsvård. Avsikten är att konventionen ska revideras i förhållande till EU-rättigheterna och den nationella lagstiftningen i de nordiska länderna.

Sverige

De grundläggande svenska författningarna om ordnande av socialvård är socialtjänstlagen (2001:453) och socialtjänstförordningen (2001:937). Kommunerna ansvarar för ordnandet av alla former av socialservice och bland annat för hemsjukvården. Enligt hälso- och sjukvårdslagen i Sverige är det 20 landsting eller jämförbara områden som har det huvudsakliga ansvaret för att ordna och finansiera hälso- och sjukvården. Kommunerna ordnar inte självständigt läkartjänster för äldre, utan dessa ska avtalas med landstingen. Kommunernas omfattande självstyrelse ger kommunerna möjlighet att bestämma om produktionen och ordnandet av tjänster och sätten för att ordna dem.

I Sverige har man diskuterat personaldimensioneringen vid äldreboenden, och socialstyrelsen lade fram ett förslag om detta som särskilt gällde dimensioneringen nattetid. Bland annat kommunerna och Sveriges Kommunförbund motsatte sig förslaget. Som en lösning för att förbättra kvaliteten på och tillgången till äldreomsorgen stannade man för ett starkt kvalitetsarbete med kommunerna. Uppskattningarna av kostnaderna för dimensioneringen påskyndade denna lösning. Sveriges Kommunförbund utarbetade en rekommendation för kvalitetsarbete. Genomförandet av rekommendationen i kommunerna understöddes genom ett tvåårigt projekt.

Regeringen beslutade 2016 om reglering på förordningsnivå (förordning), enligt vilken kommunerna ska anställa personal för serviceboende med heldygnsomsorg för äldre enligt klienter-

RP 4/2020 rd

nas behov. Det föreskrevs inte om en egentlig dimensionering i förordningen om ändring i socialtjänstförordningen 2016:1. Antalet anställda enligt förordningen baserar sig på klienternas omständigheter samt deras behov av stöd och hjälp.

Inom hemvården och hemservicen finns det inte motsvarande bestämmelser om personalens tillräcklighet som inom serviceboendet. I Sverige har det inte förts någon diskussion om personaldimensioneringen av tjänster som tillhandahålls i hemmet.

Staten har också från och med 2016 anvisat betydande tilläggsresurser för kommunernas tjänster och förbättrande av tjänsternas kvalitet samt för att öka invånarnas allmänna välfärd. Stödet till närståendevården har en viktig roll, och närståendevården stöds genom regeringens utvecklingsprojekt.

År 2019 trädde en ändring av socialtjänstlagen i kraft. Enligt ändringen har det utvecklats en ny slags särskild och trygg boendeform för äldre, biståndsbedömt trygghetsboende. Den är avsedd för äldre som inte behöver serviceboende med heldygnssomsorg, men som behöver lättare hjälp och stöd med låg tröskel samt lindring av ensamhet och otrygghet. Till serviceformen hör gemensamma måltider och andra aktiviteter som främjar socialt umgänge. I Sverige har också beslutsfattandet om beviljande av hemservice förenklats.

I stället för att definiera personaldimensioneringen har man i Sverige börjat bygga upp en förbättring av kvaliteten på tjänsterna för äldre med tanke på personalens välbefinnande, ork och kompetens samt utvecklandet och utnyttjandet av välfärdstekniska, digitala lösningar. Utgångspunkten är att man genom satsningar på dessa faktorer som baserar sig på kvalitet, inte kvantitet, uppnår vård av hög kvalitet som baserar sig på individuella behov.

Norge

I Norge ordnar kommunerna primärvårdstjänsterna samt socialtjänsterna och staten ordnar den specialiserade sjukvården. År 2012 trädde en lag i kraft som stärkte kommunernas ansvar för samordningen av tjänsterna. Den som varaktigt behöver samordnade tjänster har både enligt hälso- och omsorgslagen och lagen om sociala tjänster i arbets- och välfärdsförvaltningen rätt till en individuell plan. Kommunen ska utarbeta en plan, samarbeta med andra serviceanordnare och på så sätt säkerställa en fungerande servicehelhet för individen. Om en person behöver tjänster med stöd av både hälso- och omsorgslagen och lagen om specialiserad sjukvård (specialisthelsetjenesteloven) eller mentalvårdslagen (psykisk helsevernloven), ska kommunen se till att en individuell plan utarbetas och att planeringen samordnas.

I Norge har det inte framförts något betydande krav på personaldimensioneringen inom äldreomsorgen. Åren 2014–2017 var regeringens handlingsprogram för utveckling av det nationella systemet med kvalitetsindikatorer under beredning. Slutsatsen var att det inte är möjligt att hitta en gemensam standard, eftersom de olika verksamhetsenheternas och deras klienters behov varierar.

Danmark

I Danmark ansvarar kommunerna i regel för ordnandet av socialservice inklusive äldreomsorgen. Kommunerna ansvarar också bl.a. för hemsjukvården, främjandet och upprätthållandet av

RP 4/2020 rd

hälsan samt rehabiliteringen, med undantag för krävande rehabilitering. De fem regionala aktörernas (regioner) huvudsakliga uppgift är att ansvara för hälso- och sjukvården.

Med stöd av Danmarks socialvårdslag ordnas tjänster utan åldersgräns. När det gäller äldreomsorgen fastställer nämnderna i de regioner som har organiseringsansvar årligen en viss kvalitetsnorm som gäller säkerställandet av kvaliteten på både de tjänster som tillhandahålls i hemmet och kvaliteten på de tjänster som tillhandahålls av boendeserviceenheterna.

Island

På Island fördelas ansvaret för ordnandet av äldreomsorgen mellan staten och kommunerna. Äldreomsorgen regleras genom speciallagstiftning. Kommunerna ansvarar för de socialvårdstjänster som tillhandahålls i hemmet, staten för institutionsvården och hemsjukvården. Den strategiska tyngdpunkten ligger på att stödja möjligheterna att bo hemma. Tjänsterna för äldre baserar sig på en individuell behovsbedömning. Om det inte är möjligt att bo hemma, är alternativet ålderdomshem, grupphem, servicebostad eller sjukhem.

Tjänsteproducenten ska uppfylla kraven i förordningen (nr. 1148/2008 för att trygga säkerheten och kvaliteten på omsorgen. År 2013 uppdaterades Velfärdsministeriets föreskrifter om minimikrav för äldreomsorgen i fråga om verksamheten hos den aktör som tillhandahåller servicen.

Den individuella behovsbedömningen grundar sig på RAI-bedömningssystemet (Residential Assessment Instrument). Medicindirektoratet (Embætti landlæknis, statens ämbetsverk) ansvarar för bedömningssystemet och meddelar föreskrifter om hur dess 23 kvalitetsindikatorer ska tolkas. Ämbetsverket beslutar också om ramarna för kvalitetskriterierna.

Storbritannien

I Storbritannien ansvarar lokalförvaltningen för ordnandet av äldreomsorgen. Lagen (Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2014: Regulation 18) fastställer inte någon minimidimensionering av personalen, men ålägger tjänsteleverantörerna att rekrytera tillräckligt utbildade, yrkeskunniga och erfarna arbetstagare för att tillgodose klienternas behov av vård. I allmänhet har vårdpersonalen ställt minimikrav (mandated minimums) för att vården ska vara säker och högklassig. Frivilligarbete och finansiering av tjänster som baserar sig på välgörenhet har fortfarande betydelse när tjänsterna ordnas.

Slutsatser

Ansvaret för att ordna socialvård, inklusive äldreomsorgen, och servicesystemen i de övriga nordiska länder som beskrivs i propositionen är delvis av samma typ som i Finland. Ansvaret för att ordna socialservice och i primärvården är huvudsakligen lagt på kommunerna (Sverige, Norge, Danmark). På Island fördelas ansvaret för ordnandet av äldreomsorgen mellan kommunerna och staten. Hälsovårdstjänster inom den specialiserade sjukvården i de nordiska länderna tillhandahålls helt eller delvis av större anordnare på regional eller statlig nivå.

I fråga om de övriga länderna konstateras i propositionen utgångspunkterna för ordnandet av äldreomsorgen i jämförelselandet Storbritannien när det gäller personalens tillräcklighet. I Storbritannien är andelen frivilligarbete och välgörenhet i verkställandet av servicesystemet och

tjänsterna ett drag där landet avviker från de nordiska länderna. Det allmänna målet för lagstiftningen är en tillräcklig och yrkeskunnig personal som motsvarar kundernas behov. Det går överhuvudtaget inte att hitta flera jämförelseländer, eftersom bland annat systemen för socialvård och social trygghet i många europeiska länder skiljer sig från systemen i Finland.

När det gäller kvaliteten på äldreomsorgen och personalens tillräcklighet har det förts politiska och samhälleliga diskussioner särskilt i de nordiska länderna. I Sverige har man utgått från en kvalitetsrekommendation och de metoder för utvecklingsarbete som fogats till den. För att förbättra kvaliteten på tjänsterna och möjliggöra individuella lösningar ligger tyngdpunkten på satsningar på personalens kompetens och ork i arbetet samt utnyttjandet av välfärdstekniska och digitala lösningar. Riktlinjerna för tryggheten av en personal som motsvarar klienternas behov vid serviceboende med heldygnsvård för äldre har reglerats på normnivå (förordning). Man har motsatt sig en egentlig reglering om personaldimensioneringen bland annat på grund av kostnadsökningen. Däremot har det i Sverige vidtagits betydande åtgärder också för att utveckla hemvården och lättare, understödda boendeformer än serviceboende med heldygnsvård.

Även i de övriga nordiska länderna bedöms och tryggas kvaliteten på äldreomsorgen på andra sätt än genom den personaldimensionering som föreskrivs i lagen. De kvalitetskriterier som anordnarna ställer är centrala för verksamheten. På Island finns bestämmelser om kriterierna för tjänsternas kvalitet i en förordning.

Särskilt i fråga om de nordiska servicesystemen och de utgångspunkter och den värdegrund som styr ordnandet av äldreomsorgen kan det konstateras att urvalet av metoder för den offentliga makten, inom socialservicen huvudsakligen kommunen, hittills i stor utsträckning har varit likadant. Island och Finland har speciallagstiftning om äldreomsorg, men största delen av äldreomsorgen i Finland ordnas med stöd av den allmänna lagstiftningen. Målet i alla de nordiska länderna är att äldre personer ska ha ett värdefullt, aktivt och meningsfullt liv och ett välbefinnande som bygger på självbestämmanderätt, egna val och deltagande. I alla länder finns det behov av att utveckla i synnerhet möjligheterna att bo hemma och så kallade alternativa tjänster.

Säkerställandet av tjänsternas kvalitet och tillräcklighet genom en lagstadgad minimidimensionering av personalen leder till att Finland får en något starkare reglering än de jämförelseländer som beskrivs i propositionen. Ett behov av ytterligare styrmedel för att säkerställa kvaliteten på tjänsterna med hjälp av kvalitetsrekommendationen och annan styrning samt tillsyn kvarstår dock också i Finland.

Användningen av ett system för bedömning av servicebehovet i andra länder

RAI-bedömningssystemet används i stor utsträckning i olika länder vid bedömningen av servicebehoven hos äldre och personer med funktionsnedsättning samt vid säkerställandet av kvaliteten på vården och tjänsterna. På webbplatsen för den internationella utvecklingssammanslutningen bakom RAI-systemet, interRAI, <https://www.interrai.org/worldwide.html> finns en karta som visar omfattningen av användningen av bedömningsverktyget. Dessutom informerar interRAI på sin webbplats om de olika kriterier som ligger till grund för användningen av systemet i olika länder.

I många länder bygger användningen av RAI-bedömningsverktygen på statliga förpliktelser på olika nivåer, lagstiftning eller annan nationell styrning. Dessutom används RAI-bedömningsverktyget i många länder för forskning och testning med anknytning till expertarbete och utveckling av tjänster.

Ett lagstadgat interRAI-bedömningssystem används bland annat i en del av Belgien (Flandern) och i 11 provinser i Kanada samt på Island. I Kanada har två provinser för-bundit sig att använda systemet genom ett avtal. I Flandern i Belgien och på Island är skyldigheten att använda RAI lagstadgad och närmare bestämmelser om användningen finns på förordningsnivå. I Nya Zeeland har det ansvariga ministeriet lagt ut boendeser-viceen på entreprenad till privata serviceproducenter och samtidigt förpliktat dem att använda RAI-systemet. Även inom hemvården förutsätts användning av RAI. Användningen av systemet finansieras med offentliga medel. RAI-systemet används i stor utsträckning också i Estland, men inte baserat på lag. Förenta staterna har redan efter den lagstiftning som stiftades 1987 och som kräver användning av RAI gjort sådana ändring-ar i systemet som gör det omöjligt att jämföra användningen av det system som används där med andra länder. Även i övrigt lyckas det endast delvis att jämföra användningen av RAI i olika länder.

Den skyldighet att använda RAI-bedömningssystemet som i denna proposition föreslås i lagstiftningen i Finland ökar antalet länder som använder RAI baserat på lag. Finland har lång erfarenhet av och stark utveckling av användningen av RAI vid Institutet för hälsa och välfärd (THL), som lyder under det ansvariga ministeriet, och av uppföljningen och utnyttjandet av resultaten av användningen. Syftet med den föreslagna omfattande utbildningen i användningen av RAI-instrument och annat stöd för användningen är att maximera nyttan med bedömningssystemet och den information det producerar för att stödja utvecklingen av kundtjänster på både individuell och nationell nivå.

2.4 Bedömning av nuläget

2.4.1 Utredning och bedömning av servicebehovet

Utgångspunkten inom socialvården är att tillhandahållandet av tjänster alltid styrs av klientens individuella servicebehov. Socialvårdslagen innehåller heltäckande och detaljerade bestämmelser om bedömning av servicebehovet och äldreomsorgslagens bestämmelser preciserar dem när servicebehovet för äldre personer utreds. Servicens tillräcklighet bedöms särskilt med stöd av kriterierna i äldreomsorgslagen, socialvårdslagen samt klientlagen inom socialvården och patientlagen utifrån den äldres individuella servicebehov.

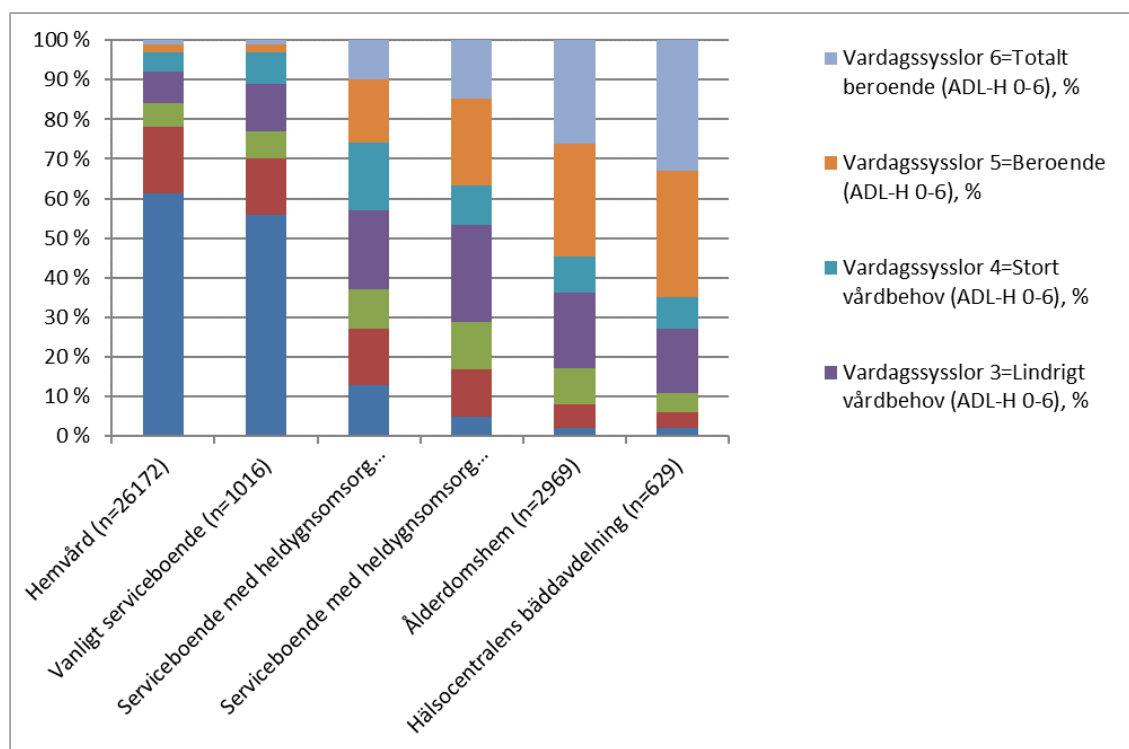
När det gäller utredning och bedömning av servicebehovet är problemet också i vidare bemärkelse att det inte finns någon nationellt vedertagen struktur och form för bedömningen av servicebehovet, utan den genomförs i olika klientsituationer med hjälp av utvärderarens eller organisationens egna verktyg, ibland mycket varierande. Det är således svårt att skapa enhetliga beslutskriterier, vård- och servicevägar eller processtyrningssystem, och det är omöjligt att använda klientuppgifter i den andra fasen av klientens vård- och serviceprocess. Uppgiften försvåras av att det ännu inte finns någon sådan enhetlig struktur för uppgifterna om funktionsförmågan i Kanta-tjänsterna som skulle göra det möjligt att använda uppgifterna i en integrerad vård- och serviceprocess inom både socialvården och hälso- och sjukvården.

Det finns stora skillnader i servicebehoven hos de klienter som omfattas av tjänsterna. Dessa kan endast med hjälp av tillräckligt enhetliga verktyg bedömas på ett jämförbart sätt i olika

enheter och typer av tjänster. Utöver olika bedömningsmetoder är det ofta nödvändigt att komplettera bedömningen av funktionsförmågan och servicebehovet också med andra metoder som lämpar sig för klientens situation.

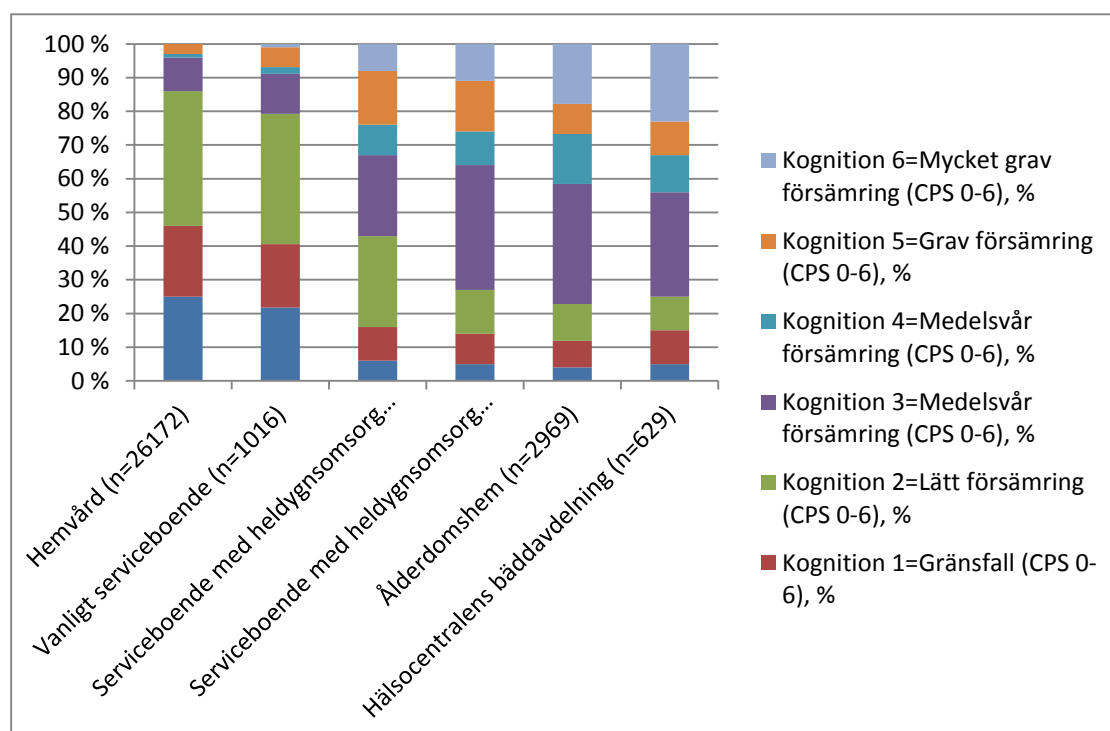
Behov av hjälp med de vardagliga sysslorna är störst hos klienterna inom institutionsvården och minst hos klienterna inom hemvården.

Figur 2. Förmåga att klara av vardagssysslor och hjälpbehov bland äldre klienter inom regelbunden service 2018. Källa: RAI-databasen, Institutet för hälsa och välfärd, 2019.



Minnesstörningar är mycket vanliga hos klienter inom serviceboende med heldygnsomsorg och institutionsvård, men också inom hemvården finns det klienter med svår minnesstörning. Det krävs kompetens för att kunna möta och hjälpa klienter med minnesstörningar, eftersom klienterna också kan uppvisa vandringbeteende och aggressivt beteende och göra motstånd mot vården särskilt allteftersom sjukdomen fortskrider.

Figur 3. Minnesstörningar hos äldre klienter inom regelbunden service 2018. Källa: RAI-databasen, Institutet för hälsa och välfärd, 2019.



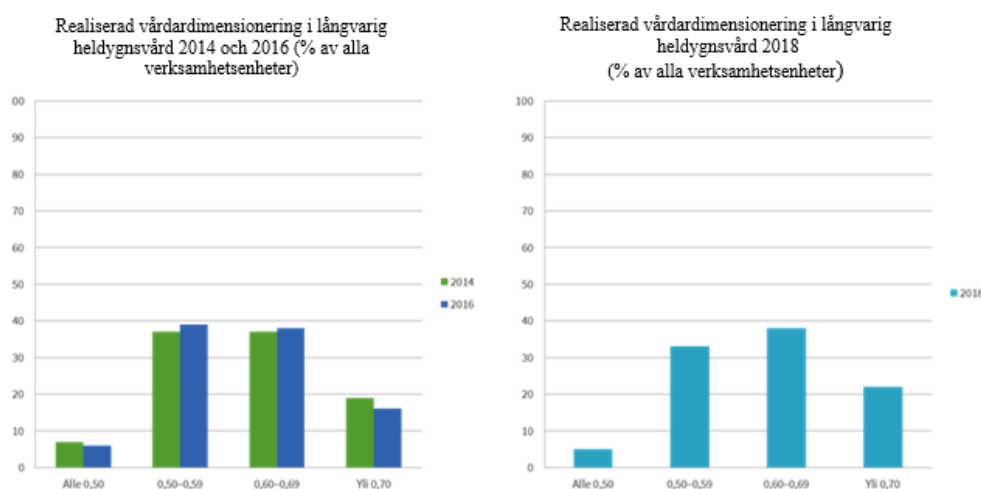
2.4.2 Tjänsternas kvalitet och personalens tillräcklighet

Med hjälp av personaldimensionering har storleken på personalstyrkan i heldygnsvård följts upp i förhållande till antalet klienter. Institutet för hälsa och välfärd beräknar dimensioneringen enligt antalet arbetstimmar under en uppföljningsvecka vid en enhet. Andelen enheter med en personaldimensionering på mindre än 0,5 har minskat i uppföljningen. År 2018 utgjorde de fem procent av alla verksamhetsenheter för långvarig heldygnsvård. På motsvarande sätt har andelen enheter med en dimensionering på mer än 0,7 i uppföljningen stigit från 22 procent av verksamhetsenheterna 2018. Största delen av enheterna är i dimensioneringsklasserna 0,5–0,59 och 0,6–

0,69. Även i dessa grupper har det skett en övergång mot den övre gränsen i dimensioneringsklassen. Beträktat som helhet är förändringarna i dimensioneringen dock små, och någon betydande försämring eller förbättring av dimensionerna kan inte observeras under en uppföljningsperiod på fyra år.

Sättet att beräkna dimensioneringen har definierats i kvalitetsrekommendationen. Åren 2014 och 2016 var beräkningssättet för dimensioneringen enhetligt, men det uppdaterades 2018. Därför är de årliga uppföljningsuppgifterna för dimensioneringen inte helt jämförbara.

Figur 4. Realiserad personaldimensionering 2014, 2016 och 2018.



Problem med personalstrukturen har rapporterats särskilt i fråga om nätter och veckoslut, då det bland annat inte finns tillräckligt många sjukskötare vid enheterna. Inom heldygnsvården arbetar i genomsnitt 429 sjukskötare vardagar, medan endast 231 sjukskötare arbetar under veckosluten. I utredningen våren 2018 fanns det 171 sådana enheter för serviceboende med heldygnsomsorg där det inte rapporterats en enda arbetsinsats med beteckningen sjukskötare under uppföljningsveckan och 414 enheter där det fanns tillgång till färre än en sjukskötares arbetsinsats. Det är dock möjligt att enhetschefen är sjukskötare och att en del av chefens arbetstid avsätts för direkt klientarbete. Detta framgår inte av resultaten av utredningen. Under vardagen arbetade i genomsnitt 342 sjukskötare inom hemvården och under veckosluten endast 42 sjukskötare. Det otillräckliga antalet sjukskötare försvårar till exempel vården i livets slutskede vid enheterna.

Däremot är antalet närvårdare ganska lika under vardagar och veckoslut. Inom hemvården är skillnaden mellan antalet sjukskötare under vardagar och veckoslut proportionellt ännu större.

2.4.3 Tillsyn

I denna proposition bedöms inte hur tillsynen över tjänsterna eller egenkontrollen fungerar och vilka utvecklingsbehov det finns. Denna helhet utreds och utvärderas som en del av det fortsatta arbetet i arbetsgruppen för äldreomsorgen samt senare förslag.

Vid beräkningen av personaldimensioneringen är problemet vad som ska tolkas som s.k. stöd-tjänster, som enligt kvalitetsrekommendationen inte ingår i det direkta klientarbetet (vård- och omsorgsarbete) och således inte heller i beräkningen av den egentliga dimensioneringen. En utmaning är också att bedöma klienternas funktionsförmåga. Utifrån observationer vid tillsynen har tjänsteproducenten vid beräkningen av personaldimensioneringen kunnat stödja sig endast på anvisningar för rekommenderade nivåer (minimidimensionering 0,5) och dimensioneringen har inte höjts så att den motsvarar klienternas servicebehov. Den nuvarande situationen utan tillräckligt förpliktande bestämmelser i lag har bl.a. kunnat leda till att tjänsteproducenten inte heller vid sin egenkontroll har bedömt personaldimensioneringen enligt samma kriterier som tillsynsmyndigheten.

Åren 2017–2019 ökade antalet tillståndsansökningar och beviljade tillstånd enligt lagen om privat socialservice ytterligare. Samtidigt framgick det på basis av observationerna vid tillsynen att tjänsteproducenterna de facto inte lyckats rekrytera tillräckligt med personal till sina verksamhetsenheter. Samma problem uppstod också inom den offentliga sektorn.

Den personalbrist som konstaterats vid tillsynsmyndigheternas inspektioner visade sig så att vårdarna inte hann sköta vården och omsorgen om klienterna i enlighet med klienternas servicebehov. Vårdarna hade regelbundna och många stöduppgifter och andra uppgifter, såsom uppgifter inom kosthållning och tvätt, i synnerhet kvälls- och nattetid samt under veckoslut. Vårdarna hade inte hunnit föra klienterna på toaletten eller över huvud taget hjälpa klienterna upp ur sängen under dagen. De hade inte alltid hunnit ge klienterna tillräckligt med mat. Stimulerande verksamhet förekom endast litet eller inte alls, och vårdarna hade inte hunnit vara ute med klienterna. Dessutom har det brustit i hygien och den allmänna renhållningen vid vissa enheter.

Enligt tillsynsobservationerna hade klienternas servicebehov inte bedömts systematiskt med tillförlitliga metoder för bedömning av funktionsförmågan och vård- och serviceplaner hade inte utarbetats eller uppdaterats. Vårdarna kände inte till innehållet i klienternas vård- och serviceplaner och de individuella behoven hade inte beaktats. Vårdarna kände inte heller klienterna, vikarier anlätades i stor utsträckning och personaldimensioneringen hade överlag bedömts endast utifrån antalet klienter, inte enligt servicebehoven.

I läkemedelsbehandlingen framkom flera missförhållanden som äventyrar clientsäkerheten och som kraftigt korrelerar med bristen och omsättningen på yrkesutbildad personal. Det fanns brister i personalens läkemedelstillstånd och förfaranden för läkemedelstillstånd, det saknades skriftliga läkemedelstillstånd och kompetensen hade inte säkerställts. I flera enheter var förvaringen av läkemedel olämplig, och klienternas dagliga läkemedelsdoser och andra läkemedel, inklusive HCI-läkemedel, förvarades i skåp utan lås.

Likaså upptäcktes brister i säkerställandet av sjukvårdstjänsterna. Personalen vid enheterna bestod inte av tillräckligt många sjukskötare i förhållande till klienternas servicebehov. Tillgången till läkartjänster för olika verksamhetsenheter varierade kraftigt. Vården i livets slutskede hade inte beaktats på behörigt sätt i antalet anställda. Dessutom hade personalens kompetens i vård i

livets slutskede inte alltid säkerställt genom utbildning. Bristerna i läkartjänsterna kan dock bero också på andra orsaker än sådana som beror på tjänsteleverantören, t.ex. kommunens anvisningar eller kommunens avtal om läkartjänster.

Det fanns brister i ledningen av enheterna bland annat så att det saknades en ansvarig person eller så att arbetsinsatsen hade skaffats från en annan enhet. Vid de granskade enheterna hade det ofta skett många byten av ansvarig person på kort tid. De ansvariga personerna hade inte nödvändigtvis kännedom om sitt lagenliga ansvar för enhetens verksamhet och dess ändamålsenlighet. Samtidigt har det framgått att de ansvariga personerna i praktiken inte alltid hade getts möjlighet att sätta sig in i sina uppgifter tillräckligt och att de inte hade fått tillräckligt med stöd från tjänsteproducenten för att kunna sköta sina uppgifter.

Vid inspektionsbesöken gavs motstridig information om arbetsskiftstabellerna. De personer som antecknats på arbetsskiftslistorna arbetade inte nödvändigtvis vid enheten eller arbetsskiftet i sig var annorlunda än de som antecknats på listan. Av arbetsskiftslistorna framgick att antalet anställda till exempel på kvällar och veckoslut hade planerats och genomförts på en lägre nivå än under andra dagar och veckodagarna.

Även om bristen på kompetent och tillräcklig personal är den främsta och största orsaken till problemen, är de inte en uttömmande förklaring till alla de allvarliga problem som upptäckts. För att garantera klientsäkerheten behövs också mer än en tillräcklig kvantitativ dimensionering. Personalens kompetens inom social- och hälsovården behöver stärkas och genomförandet av egenkontrollen ska stödjas genom exaktare lagstiftning. Dessa behov av att utveckla lagstiftningen och verksamhetspraxisen bedöms i samband med det fortsatta arbetet med att revidera äldreomsorgslagen och i samband med revideringen av andra pågående social- och hälsovårdslagar.

Offentliga tjänsteproducenter omfattas inte av den föregripande tillsynen, vilket kan leda till att tjänsterna inte tillhandahålls på ett enhetligt och ur klienternas synvinkel jämlikt sätt. Avsikten är att tillstånds- och tillsynspraxis för heldygnsvård och heldygnsomsorg inom den privata och den offentliga sektorn i fortsättningen ska förenhetligas i enlighet med den lag om produktion av social- och hälsovårdstjänster som är under beredning. Avsikten är att skyldigheterna i anslutning till personaldimensioneringen samt de övriga krav som ställs på tjänsteproduktionen, inklusive förutsättningarna för inledande av tjänsteproduktionen, i fortsättningen ska bestämmas enhetligt för båda sektorerna.

2.4.4 Vårdkvaliteten enligt klienterna

Institutet för hälsa och välfärd har undersökt klienternas erfarenheter av vårdens kvalitet inom hemvård och heldygnsvård (ASLA-undersökningen). Ur klientens synvinkel består vårdkvaliteten av bland annat följande faktorer: hur mycket klienten är ensam, hurdana erfarenheterna är av människorelationer, säkerhet, bekvämlighet, mat och delaktighet, det dagliga beslutsfattandet, om vården svarar mot klientens behov och om klientens dag är aktiv.

De lindrigt minnessjuka äldre personer i heldygnsvård som deltog i undersökningen upplevde sig ensamma mer sällan än de som fick hemvård. 22 procent av dem som deltog i undersökningen kände egentlig ensamhet. Vid tilltagande minnessymtom ökade den ensamhet som klienterna upplevde, särskilt inom hemvården.

Klienter med lindriga minnessjukdomar upplevde att vården var trygg inom både hemvård och heldygnsvård, men när minnessymtomen försvårades ökade upplevelsen av otrygghet. Klienterna litade på att få hjälp, de ansåg att hjälpen kom lika snabbt inom hemvården som inom heldygnsvården.

Med tanke på självbestämmanderätten är det viktigt att också alla klienter kan delta i planeringen av sin egen vård. Klienter med lindrig minnessjukdom inom hemvården medverkade oftare i planeringen av vården än klienter inom heldygnsvård (60 mot 80 procent). Trots detta minskade klientens deltagande i planeringen av vården också inom hemvården vid tilltagande minnessymtom.

Klientens trygghetskänsla ökar om vården ges av bekanta vårdare. Enligt undersökningen belastade omsättningen av vårdpersonal särskilt klienterna inom hemvården.

3 Målsättning och föreslagna ändringar

3.1 Målsättningar

Propositionens huvudsakliga syfte är att tillgodose äldre personers grundlagsenliga rätt till oundgänglig omsorg och tillräckliga social- och hälsovårdstjänster. Målet är att för klienterna inom heldygnsvård och heldygnsomsorg för äldre trygga högkvalitativa tjänster som möjliggör ett värdigt och meningsfullt liv. Syftet är också att förbättra klient- och patientsäkerheten genom att säkerställa att verksamhetsenheterna har tillräckligt med personal som ansvarar för vården och omsorgen för att uppgifterna ska kunna skötas omsorgsfullt.

Syftet med propositionen är att förbättra kunskapsunderlaget om äldreomsorgen. Detta möjliggör bättre planering, uppföljning, utvärdering och utveckling av vården samt uppföljning av arbetets resultat på verksamhetsenhetsnivå, regional och nationell nivå. Genom att ta i bruk ett gemensamt bedömnings- och planeringsinstrument som används i hela landet möjliggörs en enhetlig och övergripande bedömning av servicebehoven och fås jämförbar information om äldre personers servicebehov och tjänster. Samtidigt stärks likabehandlingen av klienterna inom tjänsterna.

Ett annat mål är att stärka och öka uppföljningen av personaldimensioneringen och kvaliteten på tjänsterna för att få jämförbar information till stöd för tillsynen om personalstrukturen och personaldimensioneringen inom långvarig heldygnsvård samt om deras förhållande till vårdkvaliteten.

Syftet med propositionen är också att effektivisera verktygen för genomförandet av tillsynen. De skyldigheter som i lag åläggs aktörerna i fråga om minimidimensioneringen av personalen och användningen av ett enhetligt bedömnings- och uppföljningssystem underlättar, förtydligar och förenhetligar övervakningen av heldygntjänster för äldre personer.

3.2 Handlingsvägar

3.2.1 System för bedömning och uppföljning av servicebehov

De olika verktyg för bedömning av servicebehov och funktionsförmåga som används i Finland beskrivs och bedöms ovan i kapitlet om metoder för bedömning av servicebehovet, funktionsförmågan och vårdberoendet. Vid bedömningen av hur de bästa resultaten när det gäller att

tillgodose äldre personers behov ska kunna uppnås måste flera faktorer beaktas. Äldre personer som omfattas av servicen har ofta flera sjukdomar och behöver mycket hjälp och stöd. Planeringen av servicehelheterna underlättas av att det finns en heltäckande bild av äldre personers servicebehov, funktionsförmåga och hälsotillstånd. När social- och hälsovårdspersonalen har tillgång till aktuell och jämförbar information om klienten samt förståelse för informationens betydelse för tillhandahållandet av klientens tjänster, kan kvaliteten på tjänsterna och vården förbättras. För att internationell jämförbarhet och praxis i andra länder ska kunna utnyttjas är det viktigt att de system som utvecklats och används i Finland också stöder sig på internationella erfarenheter.

Alla system för bedömning av servicebehovet förutsätter copyright-rätt och avtal med den aktör som administrerar indikatorerna, utbildning av personalen, datainsamlingssystem och ledningens stöd. Alla alternativ medför också kostnader för den som ordnar tjänsterna.

Med hjälp av RAVATM-indikatorn utreds hur äldre personer klarar av de dagliga bas-funktionerna, men vid planering, jämförelse och ledning av vården är användningen av indikatorn begränsad, eftersom den ger lite information och bedömningen är känslig för manipulation. RAVA-indexet mäter inte alls hur äldre personer klarar av krävande dag-liga funktioner, och brister i förmågan att klara av instrumentella funktioner kommer sämre fram i mätningen än i verkligheten för personer som inte har problem med de dag-liga basfunktionerna. Indexet mäter endast mycket snävt kognitiv och psykisk funktionsförmåga.

RAFAELATM-systemet består av två indikatorer, med OPC-indikatorn bedöms patienternas vårdbehov och med PAONCIL-indikatorn bedömer en vårdare det optimala vårdbehovet enligt sin egen erfarenhet. Systemet ger information om den faktiska vården av patienten och stöder resursfördelningen i vårdarbetet. OPC-indikatorn är planerad för bäddavdelningsverksamheten inom den specialiserade sjukvården och mätningarna görs dagligen på avdelningen. Det är ett system för vårdbehovet inom hälso- och sjukvården som används för att optimera användningen av de resurser som behövs för vårdarbetet och bedöma vårdarbetets kvalitet och innehåll.

Med hjälp av RAI-bedömningssystemet utreds klientens behov av service, vård, omsorg och rehabilitering. RAI-bedömningssystemet används vid bedömningen av klienternas servicebehov och utifrån bedömningen produceras vårdplaner och larm för vårdbehovet, indikatorer som beskriver servicebehovet och funktionsförmågan samt kliniska kvalitetsindikatorer som beskriver vårdresultatet. För kvaliteten på vården av klienterna produceras indikatorer som beskriver kvalitetsnivån vid en viss tidpunkt, såsom trycksår, läkemedelsmängder och funktionsduglighetsnivå. RAI-bedömningssystemet täcker alla delområden av funktionsförmågan och svarar i huvudsak på de utmaningar som det praktiska genomförandet av äldreomsorgslagen innebär, särskilt principerna för tillhandahållandet av långvarig vård och omsorg.

I rekommendationerna från sakkunniga inom nätverket TOIMIA ställs kriterier för de indikatorer och klassificeringar som ska väljas. Även i dem förutsätts, på motsvarande sätt som i äldreomsorgslagen, att en äldre persons funktionsförmåga bedöms mångsidigt och med tillförlitliga bedömningsinstrument i samband med att servicebehoven utreds.

I RAI-bedömningen går man igenom sådant som i vilket fall som helst bör utredas vid en god bedömning och uppföljning av vård- och servicebehovet. Det kan också vara snabbare att göra en bedömning med hjälp av ett enda instrument jämfört med att samla in uppgifter från olika källor och göra bedömningen med olika instrument (t.ex. separata enskilda indikatorer för bedömningen av olika delområden av funktionsförmågan).

Det finns vetenskapliga belegg för fördelarna med RAI-bedömningssystemet, mycket erfarenhet av användningen under 20 år och jämförbarhet över olika servicesystem såväl i Finland som internationellt. I Finland används bedömningssystemet RAI redan i ganska stor utsträckning inom heldygnsvård, hemvård och vid flera rådgivnings- och servicehandledningsenheter för äldre. I databasen TOIMIA bedöms att RAVATM-indikatorn lämpar sig för bedömning av de dagliga basfunktionerna hos äldre personer i dåligt skick (BADL), men inte för bedömning av sådana andra dimensioner av funktionsförmågan som bör bedömas i samband med bedömningen av servicebehovet. Repeterbarheten bedöms eventuellt vara tillräcklig, men den försämrars av risken för manipulation av resultatet. Det finns inga bedömningar av RAFAELA®-indikatorns användbarhet. Av de verktyg för bedömning av servicebehovet som för närvarande används är det endast RAI-systemet som möter kraven i äldreomsorgslagen och TOIMIA-databasen på en bra metod för bedömning av service-behovet.

3.2.2 Säkerställande av tillräcklig och kunnig personal

I Finland fanns det redan innan äldreomsorgslagen stiftades rekommendationer för personaldimensioneringen av tjänster för äldre. Den första kvalitetsrekommendationen trädde i kraft 2001. När äldreomsorgslagen stiftades bedömdes också den personaldimensionering som föreskrivs i lagen, men då togs dimensioneringen dock inte upp på lagnivå. Denna process beskrivs ovan i kapitlet om nuläget och kvalitetsrekommendationerna.

Institutet för hälsa och välfärd har regelbundet följt upp personalens tillräcklighet under äldreomsorgslagens giltighetstid. Såsom det konstateras ovan i det kapitel som beskriver uppföljningen av verkställigheten av äldreomsorgen och kvalitetsrekommendationen, har den genomsnittliga personaldimensioneringen inom heldygnsvård förbättrats under de senaste åren. Rekommendationen har också skapat en grund för en enhetlig personalutveckling i hela landet. Samtidigt har dock antalet anmälningar om missförhållanden och tillsynsmyndigheternas granskningsobservationer av problem i heldygntjänster dock ökat. Av missförhållandena framgick i synnerhet att det inte finns tillräckligt med kompetent personal, att läkemedelsbehandlingen är bristfällig och att stödtjänsterna är otillräckliga. Rekommendationen har inte varit tillräcklig för att säkerställa en tillräcklig personal vid alla verksamhetsenheter och har inte tryggt jämlikheten mellan klienterna.

Ett starkare sätt att trygga tjänsternas kvalitet och en tillräcklig personal än enbart rekommendationen kunde ha varit att avsevärt stärka tillsynen och resurserna för tillsynen vid sidan av kvalitetsrekommendationen. I praktiken skulle det dock inte ha varit ända-målsenligt att öka tillsynspersonalen så mycket att denna metod skulle ha haft motsvarande effekter som lagstiftning om personaldimensionering. År 2019 stärktes tillsynsresurserna med nio årsverken, vilket föranledde kostnader på 720 000 euro.

De ovan beskrivna missförhållandena ledde till ett behov att genom lagstiftning säkerställa en kompetent och tillräcklig personal i heldygntjänster för äldre. Regeringsprogrammet ledde till ett förslag till lagstiftning om personaldimensionering för tjänster inom heldygnsvård och heldygnsomsorg för äldre personer. I regeringsprogrammet antecknades att minimidimensioneringen är 0,7. För att säkerställa en tillräcklig och kompetent personal var det dessutom nödvändigt att förtydliga arbetsfördelningen i fråga om stödtjänster.

Fördelen med reglering på lagnivå är att förpliktelse, jämlikheten och stärkandet av verksamhetsenheter eget ansvar är starkare än i andra styrmedel. Det är å andra sidan klart att genomförandet av lagen också förutsätter tillräcklig tillsyn och uppföljning.

När det föreskrivs om trygghet av en tillräcklig personal är alternativet dimensionering av personalen på basis av det faktiska antalet anställda och antalet klienter, dimensionering som bestäms utifrån klienternas servicebehov eller dimensionering som utöver dessa beaktar teknikens och hjälpmedlens inverkan på behovet av personaldimensionering.

I regeringsprogrammet skrevs det in att det ska säkerställas att det finns tillräckligt med personal inom heldygnsvården så att minimidimensioneringen fastställs till 0,7 arbets-tagare per klient. Fördelarna med en dimensionering som baserar sig på antalet anställda och klienter är att den är lätt att mäta och övervaka jämfört med dimensionering som baserar sig på klienternas individuella behov. Det sistnämnda sättet är arbetskrävande, kräver god kompetens i bedömning av servicebehovet och är svårt att övervaka. En lagstadgad minimidimensionering bidrar också till att bland annat, utöver ett gott ledarskap, trygga personalens ork och kommer sannolikt att minska sjukfrånvaron och personal-omsättningen, vilket skulle minska kostnaderna. Dessa fördelar med modellen bedömdes vara större än de eventuella nackdelarna, såsom effektivitetsförlusterna i modellen på grund av variationer i klienternas servicebehov, eller riskerna i samband med utvecklingen av servicesystemet enligt beskrivningen i konsekvensbedömningen i kapitel 4.4.7.

Nedan ges en uppskattning av hur nivån på minimidimensioneringen av personalen (0,5–0,7) bestämmer de tilläggsbehov av personal och merkostnader som detta medför. Behovet av mer personal uppgår till sammanlagt 146–5 362 årsverken. Tilläggskostnaderna är 6,5–238,6 miljoner euro. En minimidimensionering på 0,5 procent skulle ha inneburit en ökning av personalen vid cirka fem procent av verksamhetsenheterna. En höjning av dimensioneringen till 0,6 skulle ha inneburit en ökning av personalen vid nästan 40 procent av verksamhetsenheterna. En minimidimensionering på 0,7 ökar antalet anställda vid nästan fyra av fem verksamhetsenheter.

Tabell 2. Minimidimensionering

	Nivån på minimidimensioneringen		
	0,5	0,6	0,7
Behövlig tilläggspersonal, årsv.	120	1 259	4 417
Behov av vikarier, årsv.	26	269	945
Kostnader, mn€	6,5	68,0	238,6

När det gäller indirekt arbete inom serviceboende med heldygnsvård och långvarig institutionsvård (t.ex. städning, tvätt, fastighetsskötsel, matlagning och uppvärmning) var alternativet att utesluta indirekt arbete från det arbete som ska beaktas vid minimidimensioneringen eller att delvis inkludera det i personaldimensioneringen. I propositionen föreslås det att indirekt arbete slopas i dimensioneringen, även om det i viss mån kan minska flexibiliteten i arbetet, göra organiseringen av stödtjänsterna trögare och skapa problem med gränsdragning. Fördelen är dock att andelen direkt klientarbete ökar och att de anställda har möjlighet att koncentrera sig på arbete som motsvarar hans eller hennes kompetens.

Teknisk utveckling i frågor som gäller läkemedelsbehandlingens säkerhet (t.ex. maskinell dosdispensering av läkemedel), elektronisk registrering samt olika aktiva och passiva larmsystem (t.ex. trygghetsarmband, rörelsesensorer och passerkontroll) är nödvändig och nyttig. En väl-

planerad användning av teknik kan också minska behovet av personal, minska personalens arbetsbelastning och möjliggöra ett meningsfullt arbete och en meningsfull arbetsfördelning samt stödja klienternas funktionsförmåga och förbättra klient-säkerheten. När det gäller en tillräcklig personal finns det dock fortfarande inte tillräckliga bevis på fördelarna med tekniken, särskilt inom heldygnsvård. I synnerhet när ny teknik tas i bruk kan kostnaderna bli höga och felinvesteringar är möjliga. På lång sikt kan ett framgångsrikt utnyttjande av teknik också minska kostnaderna.

3.3 Föreslagna ändringar

I propositionen föreslås det att det till äldreomsorgslagen fogas en bestämmelse om ett nationellt enhetligt uppföljnings- och bedömningsystem som ska användas vid utredning och bedömning av servicebehovet. RAI-systemet kan bedömas vara det bedömningsinstrument som bäst stöder en enhetlig bedömning av servicebehoven och utvecklandet av tjänsternas kvalitet.

I propositionen föreslås det att äldreomsorgslagens bestämmelse om personalen ändras. Till bestämmelsen fogas en skyldighet att ha en personaldimensionering på minst 0,7 anställda per klient vid verksamhetsenheter för serviceboende med heldygnsomsorg och verksamhetsenheter för långvarig institutionsvård för äldre. I dimensioneringen beaktas den personal som utför direkt klientarbete. Det indirekta arbetet (stödtkjänster) beaktas inte i dimensioneringen och en särskild resurs ska reserveras för stödtkjänsterna.

En bestämmelse om en personaldimensionering på 0,7 anställda per klient träder i kraft fullt ut efter övergångsperioden för att kommunerna och samkommunerna samt tjänsteproducenterna ska ha möjlighet att bereda sig på en betydande ökning av personalbehovet och kostnaderna. Kommunerna ska betalas statsandel för den utvidgade uppgiften.

Personaldimensioneringen under övergångsperioden vid enheter för heldygnsvård och heldygnsomsorg får underskrida 0,7 förutsatt att verksamhetsenheten får visa att nivån på den vård och omsorg som tillhandahålls motsvarar antalet äldre som får service där och det servicebehov som deras funktionsförmåga förutsätter samt tryggar högkvalitativa tjänster för dem. Även då bör personaldimensioneringen dock vara minst 0,5 anställda per klient. Detta stärker på lagnivå den nuvarande kvalitetsrekommendationen och den minimidimensionering som tillståndsmyndigheterna förutsätter.

Propositionen är en del av det åldersprogram som ingår i regeringsprogrammet för statsminister Sanna Marins regering.

3.4 Stöd för genomförandet av reformen och uppföljning

I beslutet om tillsättande av en arbetsgrupp för att reformera servicen för äldre har arbetsgruppen getts i uppdrag att lägga fram ett förslag till genomförande av de föreslagna åtgärderna.

Som en del av arbetsgruppens arbete reformeras kvalitetsrekommendationen för tjänster för äldre. De rekommendationer som ges i rekommendationen stöder genomförandet av arbetsgruppens förslag också i fråga om genomförandet av personaldimensioneringen för heldygnsvård. Avsikten är till exempel att åtgärder som gäller förbättrande av sektorns attraktivitet, tillgodo-seende av behoven av flexibilitet i arbetskraften och utnyttjande av teknik ska inkluderas i den aktuella kvalitetsrekommendationen för äldre och delvis också i det åldersprogram som ingår i regeringsprogrammet. Som en del av arbetsgruppens arbete utarbetas också en plan för åldersprogrammets innehåll och genomförandet av programmet.

I samarbete med arbets- och näringsministeriet och undervisnings- och kulturministeriet förutses utbildningsbehov och möjligheter att dra nytta av olika utbildningsvägar. Undervisnings- och kulturministeriet och social- och hälsovårdsministeriet fastställer tillsammans en nationellt enhetlig kompetens och en enhetlig omfattning för utbildningen av omsorgsassistenterna. Uppgifterna för dem som fått utbildning som omsorgsassistenterna ska också integreras i personalstrukturen.

Under beredningen har det föreslagits att uppföljningen av genomförandet av dimensioneringsreformen ska genomföras som en del av Institutet för hälsa och välfärds undersökning om situationen inom äldreomsorgen. Genom undersökningen har genomförandet av äldreomsorgslagen följts sedan 2013. Uppföljningen har omfattat både verksamhetsenheter för heldygnsvård och för hemvård. Utvecklingen av personaldimensioneringen, verksamhetspraxis och ledning inom äldreomsorgen har följts upp genom en enkät som genomförts i samarbete med tillsynsmyndigheterna och uppföljningsuppgifterna har sänts till tillsynsmyndigheterna som stöd för tillsynen. Undersökningen har genomförts med särskild finansiering vartannat år.

De omfattande problem som uppdagades inom äldreomsorgen våren 2019 har visat att uppföljning vartannat år inte räcker. Institutet för hälsa och välfärd har föreslagit att uppföljningen av hur minimidimensioneringen av personalen genomförs i fortsättningen ska ske intensivare än för närvarande. Uppföljningen görs till en början kvartalsvis och efter övergångsperioden, när datasystemen utvecklas, månatligen. Uppföljningen bör också omfattas av permanent finansiering. Verksamhetsenheter för äldreomsorg åläggs att även i fortsättningen för uppföljningen av personaldimensioneringen samla in uppgifter som en del av enhetens egenkontroll och lämna uppgifterna till Institutet för hälsa och välfärd som, på samma grunder i hela landet, beräknar enheternas faktiska personaldimensionering. Institutet för hälsa och välfärd ska på samma sätt som för närvarande regelbundet ställa de uppgifter om genomförandet av personaldimensioneringen som institutet fått från verksamhetsenheter till tillsynsmyndigheternas förfogande. På så vis har tillsynsmyndigheten en faktisk möjlighet att följa upp personalutvecklingen vid verksamhetsenheter och på förhand upptäcka sådana krisdrabbade enheter som tillsynsbesöken bör inriktas på.

I samband med att lagen om sekundär användning stiftades gjordes ändringar i lagen om Institutet för hälsa och välfärd som trädde i kraft den 1 maj 2019. Samtidigt upphävdes lagen om statistikväsendet vid forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården och lagen om riksomfattande personregister för hälsovården, vilka tidigare innehållit bestämmelser om institutets statistikmyndighets- och registeruppgifter. Bestämmelserna om Institutet för hälsa och välfärds statistikmyndighetsuppgifter och register överfördes till lagen om Institutet för hälsa och välfärd. Genom dessa uppgifter möjliggörs skötseln av Institutet för hälsa och välfärds nya uppgifter.

Institutet för hälsa och välfärds lagstadgade uppgift är att upprätthålla datafiler samt föra register inom området och sörja för kunskapsunderlaget inom sitt uppgiftsområde och för nyttiggörandet av det. Institutet för hälsa och välfärd har dessutom till uppgift att vara en sådan statistikmyndighet inom branschen som avses i statistiklagen (280/2004). Institutet för hälsa och välfärd kan samla in datamaterial (bland annat forsknings- och registermaterial) och statistik över dem kan härledas trots att de inte i första hand har samlats in för statistiska ändamål. Dessutom kan Institutet för hälsa och välfärd samla in uppgifter för statistiska ändamål. När Institutet för hälsa och välfärd i egenskap av myndighet sköter sina lagstadgade uppgifter behöver institutet inte dataanvändningstillstånd från Tillståndsmyndigheten för social- och hälsovårdsuppgifter, som avses i lagen om sekundär användning.

Arbetsgruppen för en reform av äldreomsorgen lägger fram sitt förslag till uppföljning som en del av det andra paketet för en ändring av äldreomsorgslagen.

4 Propositionens konsekvenser

4.1 Ekonomiska konsekvenser

4.1.1 Konsekvenser för kommunernas och statens kostnader

Kostnader som föranleds av personalökningen

I lagförslaget föreslås att det fastställs en minimidimensionering för serviceboende med heldygnsomsorg och institutionsvård för äldre (i fortsättningen kallas dessa enheter enheter med heldygnsomsorg för äldre). Dimensioneringen ska vara minst 0,5 när lagen träder i kraft och minst 0,7 efter övergångsperioden.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) samlade senast in uppgifter från enheter med heldygnsomsorg för äldre i maj 2018. På basis av materialet kan enheternas personaldimensionering beräknas.

Datainsamlingen genomfördes vecka 20 år 2018 och i den deltog 1 617 verksamhetsenheter för långtidsvård. Verksamhetsenheterna anmälde planerad personal enligt befattning och de utförda arbetstimmarna enligt yrkeskategori till Institutet för hälsa och välfärd. Enligt de faktiska arbetstimmarna har Institutet för hälsa och välfärd beräknat den faktiska personaldimensioneringen för verksamhetsenheterna på det sätt som beskrivs i kvalitetsrekommendationen och på ett enhetligt sätt för alla verksamhetsenheter.

Dimensioneringarna för enheterna kan ha ändrats efter maj 2018. Tillgången på personal har försämrats, varför de faktiska dimensioneringarna kan ha minskat. De minsta dimensionerna har dock korrigerats i och med de missförhållanden som uppdagades våren 2019 och den offentliga debatt som följde på dem samt de anknytande tillsynsåtgärderna.

En tillförlitlig bedömning av behovet av extra personal förutsätter heltäckande och enhetligt insamlade uppföljningsuppgifter. Institutet för hälsa och välfärds material är den mest täckande och färskaste informationen. Till exempel för bedömningen av kostnadseffekterna finns det inte något annat kunskapsunderlag om dimensioneringen av enheter med heldygnsomsorg för äldre.

Enligt det beräkningssättet som nu används (finns beskrivet i kvalitetsrekommendationen) fanns det 92 enheter med en dimensionering på mindre än 0,5 och vid dem skulle behövas 120 fler anställda för att dimensioneringen vid enheterna skulle stiga till 0,5. Vid enheter med en dimensionering på mindre än 0,7 bör anställas sammanlagt 4 417 fler arbetstagare som beaktas i dimensioneringen. Tilläggsbehovet har beräknats per verksamhetsenhet så att den tilläggspersonal som behövs för varje enhet med en dimensionering under 0,5/0,7 har beräknats. Behovet av ytterligare personal har avrundats till följande halva eller jämna tal förutsatt att arbetstagare med minst 50 procents arbetstid anställs. Vid bedömningen av behovet av en personalökning ska också beaktas behovet av vikarier. Åtminstone en del av det ökade vikariebehovet finns i den nuvarande vikariereserven, men det ökade behovet av vikarier bör också beaktas vid bedömningen av utbildningsbehoven.

RP 4/2020 rd

Kostnaderna för den ytterligare personal som behövs har beräknats utifrån antagandet att 88 procent av dem är närvårdare och 12 procent sjukskötare. Det behövs en mångsidig kompetens vid enheterna, dvs. också andra yrkesgrupper ska anställas vid dem, men kostnadsförslaget kan göras utifrån lönerna för närvårdare och sjukskötare, eftersom de övriga yrkesgrupperna utgör en ganska liten andel och det inte är någon stor skillnad i lönerna. Till lönerna för 2018¹ fogades bikostnader (23 %) och semesterpenningar (5 %) samt avtalshöjningar (2,18 %) för att de skulle kunna höjas till 2019 års nivå. Dessutom reserverades ett tillägg på 22 procent för kostnaderna för vikarier som ska anställas på grund av frånvaro. Beloppen höjdes till 2020 års nivå med prisindexet för basservice (2,4 %). Beräknat på detta sätt ökar höjningen av dimensioneringen till 0,5 kostnaderna med 6,5 miljoner euro och höjningen av dimensioneringen till 0,7 med sammanlagt 238,6 miljoner euro. I dessa siffror ingår alltså de kostnader som behövs för att anställa vikarier. Den tilläggskostnad som reserverats för vikarier motsvarar över 900 årsverken i fråga om höjningen av dimensioneringen till 0,7.

¹ De yrkesspecifika lönerna inom kommunsektorn från hösten 2018 har erhållits från Statistikcentralens lönestatistik för kommunsektorn och lönerna inom den privata sektorn från Hyvinvointiala HALI ry. I fråga om den kommunala sektorn gäller de sådana tjänster som föreslås bli dimensionerade.

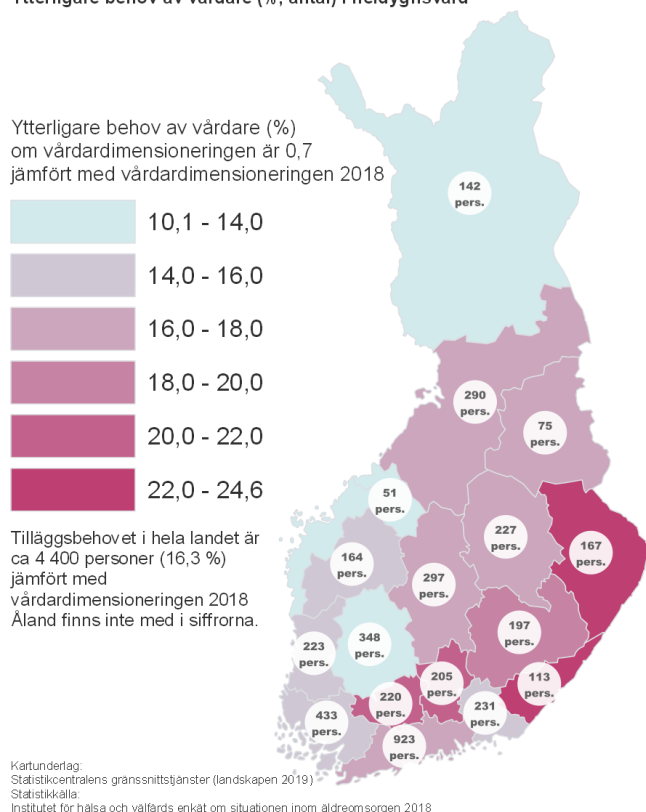
RP 4/2020 rd

Tabell 3. Behov av ytterligare personal (årsverke) enligt landskap (utan vikariebehov)

Landskap	dimensionering 0,5	dimensionering 0,7	% av den nuvarande personalen
Södra Karelen	3,5	113	23,4
Södra Österbotten	1,5	164	14,4
Södra Savolax	1	196,5	18,8
Kajanaland	6	75	17,9
Egentliga Tavastland	2	219,5	21,1
Mellersta Österbotten	0,5	51	12,5
Mellersta Finland	19,5	296,5	17,6
Kymmenedalen	9	230,5	15,2
Lappland	2,5	141,5	13,1
Birkaland	7	347,5	12,0
Österbotten	5	115,5	10,1
Norra Karelen	3	166,5	24,6
Norra Österbotten	6,5	290	16,3
Norra Savolax	3,5	227	16,3
Päijänne-Tavastland	1,5	204,5	20,6
Satakunta	8,5	222,5	14,1
Nyland	27,5	923	16,2
Egentliga Finland	12	433	15,0
Hela landet	120	4417	16,3

Karta 1. Behov av ytterligare personal enligt landskap (utan vikariebehov) jämfört med det nuvarande antalet anställda vid enheter med heldygnsomsorg för äldre

Vårdardimensioneringen 2018
jämfört med en vårdardimensionering på 0,7
Ytterligare behov av vårdare (% , antal) i heldygnsvård



I Institutet för hälsa och välfärds material undersöktes också hur stort underskottet är i enskilda kommuner. För två kommuner framstår situationen som en utmaning redan i fråga om en dimensionering på 0,5, eftersom de saknade över 10 årsverken. Med en dimensionering på 0,7 var behovet av en personalökning över 10 årsverken i flera kommuner. I vissa kommuner är behovet av extra personal rätt stort i förhållande till det nuvarande totala antalet anställda. Mätresultatet baserar sig däremot på en veckas tvärsnitt och anger inga slumpmässiga variationer under året. Dessutom är dimensioneringsinformationen från våren 2018, vilket innebär att situationen i enskilda kommuner redan nu kan vara annorlunda.

I lagförslaget föreslås också några ändringar jämfört med rekommendationerna i den gällande kvalitetsrekommendationen. Den kostnadsmässigt mest betydande ändringen av sättet att beräkna dimensioneringen är slopandet av indirekt arbete i dimensioneringen för vissa yrkesgrup-

per. I den kalkyl som avses i kvalitetsrekommendationen har närvårdare, sjukskötare, hemvårdare och omsorgsassistenterna till 100 procent räknats in i dimensioneringen. Det indirekta^[1] arbetet i dessa yrkesgrupper motsvarar 876 årsverken. Av detta är omsorgsassistenternas andel 147 årsverken. Även i fortsättningen kan dock även indirekt arbete ingå i omsorgsassistenternas arbetsbeskrivning. För deras del ändras inte det totala antalet årsverken, men i dimensioneringen beaktas i fortsättningen endast andelen direkt arbete.

En annan ändring som medför kostnadseffekter är att anstaltsbiträden slopats i dimensioneringen. I Institutet för hälsa och välfärds material hade de beaktats i dimensioneringen 110^[2]. Inte heller för deras del ändras det totala antalet årsverken, men deras arbete beaktas i fortsättningen helt och hållet i det stödtjänstarbete som står utanför dimensioneringen.

I uppföljningsmaterialet för 2018 inverkar båda ändringarna på antalet årsverken enligt följande:

Det direkta klientarbetet ökar med 619

- Det antal tjänster som produceras av närvårdare, sjukskötare och hemvårdare ökar med 729
- Det antal som produceras av personalen inom stödtjänster minskar med 257

Det indirekta stödtjänstarbetet minskar med 619

- Det antal som produceras av närvårdare, sjukskötare och hemvårdare (729) stryks
- Det antal som produceras av stödtjänstpersonalen ökar med 257

Kostnadsberäkningen utgår från antagandet att antalet personer som arbetar med stödtjänster ökas med 619 årsverken, men att antalet närvårdare, sjukskötare och hemvårdare inte minskas. Således ökar närvårdarnas, sjukskötarnas och hemvårdarnas arbetsinsats för det direkta klientarbetet med 619 årsverken.

[1] Med undantag av sjuksköterskor används den information som Institutet för hälsa och välfärd får om andelen indirekt arbete enligt yrkesgrupp:

- sjukskötare 9 % (kan till största delen vara administrativt arbete, så vid beräkningen används samma som för närvårdare, dvs. 3 %)
- närvårdare 3 %
- hemvårdare och hemhjälpare 15 %
- omsorgsassistenterna 21 %

[2] I Institutet för hälsa och välfärds enkät har vårdbiträden och anstaltsbiträden slagits ihop. Enligt Statistikcentralens lönestatistik för kommunsektorn utgör andelen anstaltsbiträden inom näringsgrenarna Boende med sjuksköterskevård för äldre och Boende med särskild service för äldre 20 procent av dessa yrkesgruppers sammanlagda storlek.

Merkostnader uppstår således av en ökning av stödtjänstpersonalen med 619 årsverken. Med den genomsnittliga årslönen för ett anstaltsbiträde uppgår kostnaderna för detta till 23,2 miljoner euro. Kostnaderna inbegriper en ökning av vikariekostnaderna med 10 procent, annars har lönekostnaderna beräknats enligt samma formel som höjningen av dimensioneringen.

Med undantag för att anstaltsbiträdena strukits är de yrkesgrupper som ingår i dimensioneringen i lagförslaget huvudsakligen desamma som i kvalitetsrekommendationen och uppföljningen av Institutet för hälsa och välfärds dimensionering. Det är möjligt att till exempel omsorgsassistenterna i fortsättningen används i större utsträckning än för närvarande, men de kostnadsbesparingar som detta medför är inte direkta konsekvenser av detta lagförslag. Dimensioneringen av läroavtalsstuderande ändras, vilket gör det lättare att använda dem i sådant arbete som beaktas i dimensioneringen. Detta bedöms dock inte ha några betydande ekonomiska konsekvenser.

Formeln för beräkning av dimensioneringen anses vara densamma som den tidigare har varit på basis av kvalitetsrekommendationen och som Institutet för hälsa och välfärd alltså har använt vid uppföljningen av dimensioneringen. I Institutet för hälsa och välfärds enkät har uppföljningstiden varit en vecka. Under beredningen har det föreslagits en beräkningsperiod på tre veckor bland annat för att en längre period stämmer bättre överens med planeringen av arbetsskiften. Detta bedöms inte ha några betydande konsekvenser för dimensioneringen och således inte heller för kostnaderna.

Övriga kostnadseffekter för kommunerna och staten

Införande av ett enhetligt system för bedömning av servicebehovet

I lagförslaget föreslås det att servicebehovet i fortsättningen ska bedömas med hjälp av ett enhetligt riksomfattande system för de klienter för vilka det i samband med utredningen av servicebehovet (klienthandledning) konstateras att klienten är i behov av regelbunden service. Således görs en RAI-bedömning av klienter vid enheter för heldygnsvård och heldygnsomsorg samt inom regelbunden hemvård (inkl. vanligt serviceboende), närståendevård och familjevård.

Bedömningen av servicebehovet ska göras redan med stöd av den nu gällande lagstiftningen. Merkostnader föranleds av att alla tjänsteproducenter måste övergå till samma enhetliga system för bedömning av servicebehovet, dvs. RAI-systemet. Följande bör därför utvärderas:

- arbetstid som behövs för att göra klienternas RAI-bedömningar
- utbildningskostnader för kommuner och privata tjänsteproducenter
- kostnader för informationssystem för kommuner och privata tjänsteproducenter

Institutet för hälsa och välfärds kostnader, bland annat RAI-utbildningar.

Arbetstid som används för bedömningen

Det har uppskattats att det tar 30–40 minuter för en vårdare som känner klienten att göra en RAI-bedömning. Rekommendationen är att bedömningen görs två gånger per år eller när klientens situation förändras. I synnerhet i början kan bedömningen ta längre tid, vilket innebär att bedömningen kan uppskattas ta mellan en timme och fem timmar/klient/år. Den omsorgsfulla bedömning som redan krävts enligt lag har med vilken metod som helst tagit nästan lika länge, så ibruktagandet av RAI kan inte bedömas väsentligt öka den arbetsinsats som behövs för bedömningen. I RAI-bedömningen går man igenom sådant som i vilket fall som helst bör utredas

vid en god bedömning och uppföljning av vård- och servicebehovet. Det kan också vara snabbare att göra en bedömning med hjälp av ett enda verktyg jämfört med att uppgifter samlas in från olika källor och bedöms med hjälp av olika verktyg (t.ex. separata enskilda indikatorer för bedömning av olika delområden av funktionsförmågan). En del kommuner och tjänsteproducenter har redan tidigare valt RAI som bedömningsmetod. Enligt Institutet för hälsa och välfärds databas Sotkanet finns det sammanlagt cirka 120 000 klienter inom äldreomsorgen, så en timmes ökning av bedömningsarbetet per klient motsvarar 74 årsverken i hela landet. Såsom det konstaterats tidigare frigör slopandet av indirekt arbete i dimensioneringen och ersättandet av det genom en ökning av stödtjänstpersonalen den arbetstid som står till förfogande för direkt arbete för närvårdare, sjukskötare och hemvårdare med sammanlagt 619 årsverken. Bedömning av servicebehovet är en del av det direkta klientarbetet.

Utbildningskostnader för kommuner och privata tjänsteproducenter
Införandet av RAI-bedömningsystemet förutsätter att personalen utbildas under övergångsperioden, vilket medför kostnader för utbildningsanordnaren (Institutet för hälsa och välfärd) och verksamhetsenheterna (vikarie- och resekostnader). Det RAI-system som föreslås i propositionen används redan nu av 1300 verksamhetsenheter (cirka 40 procent av klienterna vid enheter med heldygnsomsorg för äldre och 35 procent av klienterna inom hemvård för äldre) inom äldreomsorgen. Om systemet blir riksomfattande kommer det att finnas cirka 1 500 nya RAI-användarenheter. Ibrukttagandet av systemet förutsätter utbildning i både innehåll och programvara. De verksamhetsenheter som redan använder RAI ska dessutom få utbildning i ibruktataget av nya uppdaterade RAI-instrument.

Institutet för hälsa och välfärd erbjuder både nätverksutbildning och specialsakkunnigträning för RAI. Syftet med dessa utbildningar är att säkerställa ett mångsidigt kunnande vid verksamhetsenheterna:

- bedömningskompetens och användning av bedömningsinformation vid planeringen av klientens vård och tjänster
- utnyttjande av RAI-data och RAI-jämförelsedata vid uppföljning, planering och utveckling av verksamheten
- användning av RAI för kunskapsbaserad ledning.

De vikarie- och resekostnader som föranleds verksamhetsenheterna av ibruktagningsutbildningen har uppskattats enligt den arbetstid som använts för utbildningen och de genomsnittliga resekostnaderna². Om enheten redan använder RAI ska den få en två timmars utbildning i innehållet i de nya instrumenten, i vilken i genomsnitt fyra bedömare och en RAI-ansvarig deltar beroende på enhetens storlek. Om enheten är en ny RAI-användare, ges den ansvariga personen en tre dagars utbildning. Beroende på enhetens storlek ges dessutom i genomsnitt 2,5 bedömare och ansvariga personer en två timmars ibruktagningsutbildning och en två timmars utbildning i programvaran. Alla vårdare gör inte bedömningar, så alla utbildas inte genast. I sin helhet orsakar verksamhetsenheterna under övergångsperioden vikarie- och resekostnader på sammanlagt 5,5 miljoner euro under ibruktagningsutbildningen.

² För utbildningstiden har det alltid beräknats minst en vikarie för hela dagen (den timlön som använts vid beräkningen är 27 €/och dagslönen 203 €/arbetsdag inklusive bikostnader). I de utbildningar som ordnas någon annanstans har också kostnaderna för dagpenning, resor och inkvartering räknats in.

I fortsättningen förutsätter den nationella användningen av RAI att användning av RAI-systemet, kunskaper i RAI-bedömning och i utnyttjande av RAI-data ingår i utbildningsprogrammen på både andra stadiet och i yrkeshögskolorna som en del av grundstudierna och/eller yrkesinriktade studier för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården samt i det utbud av tillägs-, kompletterings- och specialiseringsutbildning som dessa erbjuder. Till de yrkesinriktade grundstudierna hör redan nu studier för bedömning av servicebehoven och funktionsförøgån. För att RAI ska kunna knytas till dessa studieinnehåll krävs i initialskedet en del ändringar i studieprogrammets temainnehåll, men dessa föranleder dock inte några betydande merkostnader för läroanstalten, eftersom det redan finns färdigt utbildningsmaterial om informationsinnehållet. Dessutom behöver de läroanstalter som ordnar RAI-utbildning tillgång till ett program där RAI-bedömningen registreras för att man i utbildningen ska kunna öva sig på att göra RAI-bedömningar. Om Institutet för hälsa och välfärd fortsätter att beviljas nationella RAI-licenser, kan utbildningsorganisationerna beviljas egna licenser genom vilka de får tillgång till RAI-blanketterna och handböckerna. Det finns en existerande modell för sådana avtal och de har ingåtts med några organisationer. Avtalet kan vara avgiftsfritt.

Kostnader för informationssystem för kommuner och privata tjänsteproducenter
RAI-bedömningen kan integreras i klientinformationssystemen på ett kontrollerat och kostnadseffektivt sätt som en del av en mer omfattande utveckling av klientinformationssystemen. Institutet för hälsa och välfärd kommer med stöd av lagen om klienthandlingar inom socialvården att meddela föreskrifter om strukturerna för klienthandlingar inom socialvården (bl.a. i fråga om uppgifter om funktionsförmåga), varvid RAI-uppgifterna kan införlivas i en enhetlig helhet av klientuppgifter i samband med att Kanta-tjänsterna tas ibruk inom social- och hälsovården. För detta ska reserveras finansiering som en del av finansieringen av Kanta-tjänsterna. Kostnaderna för ibruktagandet av Kanta-tjänsterna är dock inte kostnader i detta lagförslag, eftersom det också i övrigt ska planeras en andel i Kanta-tjänsterna som hänför sig till bedömningen av servicebehovet.

Innan de patient- och klientdatasystem som är i bruk innehåller ett RAI-bedömningssystem kan kommunerna skaffa en färdig separat programvara som köps genom konkurrensutsättning (för närvarande finns det 2–3 informationssystemleverantörer). Upphandlingen kan också genomföras i form av ett upphandlingssamarbete. Kostnader för ibruktagandet har uppskattats också för tidigare år, för att genomförandet av RAI-bedömningar ska utvidgas innan övergångsperioden går ut. Detta beräknas kräva 4 miljoner euro per år. Uppskattningen baserar sig på uppgifter från vissa aktörer som redan nu använder RAI-systemet om de årliga användaravgifter som betalats till leverantörerna av RAI-systemet och deras nuvarande användningsomfattning, som inbegriper både regelbunden hemvård, heldygnsvård och klienthandledning. Med stöd av dessa uppgifter har den uppskattade kostnaden för användningen av ett riksomfattande RAI-bedömningssystem beräknats.

Innan Kanta-tjänsterna tas i bruk kan kommunerna, om de så önskar, integrera sitt separata RAI-system i socialvårdens klientinformationssystem, men författningarna förutsätter inte det.

Kostnaderna för Institutet för hälsa och välfärd
Den finansiering som behövs vid Institutet för hälsa och välfärd uppgår till 1,5 miljoner euro under övergångsperioden, vilket inbegriper omställningsutbildning för verksamhetsenheter, stöd för ibruktagandet och fastställande av en riksomfattande klassificering av vårdbehovet. För närvarande är finansieringen av Institutet för hälsa och välfärds permanenta RAI-verksamhet 500 000 euro per år.

Övriga konsekvenser

Enligt propositionen kommer anordnaren att ansvara för tillhandahållandet av RAI-bedömningssystemet och via statsandelar ersättas för kostnaderna för ibruktagningsutbildningar både i informationssystem och under övergångsperioden så, att kostnads kalkylen täcker samtliga tjänsteproducenter. Många av de kommuner som använder RAI har redan tidigare avtalat om användningen av RAI med producenterna av köpta tjänster och servicesedlar, och serviceanordnarna kan utnyttja till exempel dessa verksamhetssätt. I avtal som ingås med privata tjänsteproducenter har det till exempel kunnat göras en överenskommelse om att kommunen svarar för kostnaderna för RAI-bedömningssystemet och ibruktagandet av systemet, om producenten tar systemet via kommunen. Kommunen och producenten kan också, om de så önskar, avtala om kostnaderna för vikariearrangemang för ibruktagningsutbildningar under övergångsperioden.

Även om ibruktagandet av ett enhetligt bedömningssystem kostar, förbättrar det planeringen och uppföljningen av tjänsterna på nationell och regional nivå samt vid verksamhetsenheterna. Det underlättar utarbetandet av klienternas serviceplaner, vilket gör det möjligt att bättre bemöta klienternas behov. RAI-bedömningssystemet bedömer utöver de olika delområdena av funktionsförmågan även hälsotillståndet samt tillgången till service och hjälp. Med hjälp av bedömning och uppföljning av servicebehoven och funktionsförmågan går det att proaktivt identifiera risker i klientens hälsotillstånd och funktionsförmåga. Genom att reagera på dessa risker kan klientens funktionsförmåga stärkas också i vardagsfunktionerna. RAI-bedömningssystemet producerar förutom individuell information även information om klientstruktur och kvalitet vilket gör det möjligt att utveckla verksamheten och följa upp arbetets resultat. Dessutom hjälper en öppen redovisning av resultaten också äldre och anhöriga att bedöma vårdens kvalitet.

Förslaget till en riksomfattande enhetlig bedömning av servicebehovet är avsett att trygga en dimensionering över 0,7 vid sådana enheter med heldygnsomsorg för äldre där klienternas vårdbehov kräver det. Ibruktagandet av en enhetlig bedömning kan visa att fler enheter än för närvarande (nu 22 %) bör ha en dimensionering på mer än 0,7. Resursbehovet hos de mest krävande klienterna påverkas också av lokalernas funktionsduglighet, de hjälpmedel som används och till exempel av specialkompetensen inom rehabilitering. När uppgifterna om klienternas funktionsförmåga i Institutet för hälsa och välfärds RAI-material jämfördes enhetsvis, verkar det dock som om enheterna med en dimensionering över 0,7 inte bör vara så många fler än för närvarande. Detta bedöms således inte medföra några merkostnader. Under de kommande åren kommer klienternas servicebehov att förändras, men det ökade behov av en dimensionering på över 0,7 som beror på förändringen i klientstrukturen är inte en konsekvens av detta lagförslag.

RAI-bedömningssystemet är inte en kommersiell produkt. Det är ett enhetligt system för kundbedömning som utvecklats i det internationella forskarsamarbetet. Om RAI används nationellt eller om användningen av RAI inte medför kommersiella fördelar, är användningen avgiftsfri. Institutet för hälsa och välfärds RAI-licens är således avgiftsfri. Informationssystemleverantörerna har egna avtal med interRAI. De bedriver kommersiell verksamhet, vilket innebär att de betalar royalty till interRAI i enlighet med sina avtal.

Införandet av en skyldighet att använda RAI-bedömningssystemet kommer således att öka de licensavgifter som interRAI-forskarsamfundet får i Finland. Införandet av användningsskyldighet medför således indirekt en fördel för forskarsamfundet. Därför finns det skäl att granska frågan också med tanke på EU:s regler om statligt stöd. Bestämmelserna om statligt stöd tillämpas endast på s.k. ekonomisk verksamhet. Enligt kommissionens meddelande om statligt stöd till forskning och utveckling betraktas inte licensiering som ekonomisk verksamhet när det gäller licensiering som bedrivs av en forskningsorganisation eller forskningsinfrastruktur och

vinsterna från licensieringen återinvesteras i forskningsorganisationens eller forskningsinfrastrukturens forskningsverksamhet (meddelande från kommissionen, ramar för statligt stöd till forskning, utveckling och innovation, 2014/c 198/01, punkt 19 b). interRai är ett internationellt forskarsamfund och använder sina licensintäkter för sitt eget forskningsarbete. interRAI eftersträvar inte vinst i sin verksamhet. Således kan det anses att licensieringsverksamheten i anslutning till interRAIs indikatorer inte är ekonomisk verksamhet och att fastställandet av skyldigheten att använda RAI-indikatorer inte är förenat med stöd som strider mot EU: s regler om statligt stöd.

Ökning av antalet utbildningsplatser

Vid heldygnsenheter för äldre behövs kompetens av många olika slag, men på grund av att dimensioneringen höjs måste antalet utbildningar ökas i fråga om närvårdare, sjukskötare och omsorgsassistenten.

Undervisnings- och kulturministeriet har bedömt att det på grund av lagförslaget behövs en tidsbegränsad tilläggsansats på 148 miljoner euro på närvårdarutbildningen åren 2020–2024 (beräknat enligt priset per studerandeår i 2020 års budget). Behovet av tilläggsanslag på 148 miljoner euro har uppskattats möjliggöra utbildning av 5 000 närvårdare till reserven. Nya studerande antas huvudsakligen under de tre första åren, kalkylmässigt cirka 1 700 per år. Finansieringen omfattar olika former av anordnande av yrkesutbildning (till exempel läroavtalsutbildning). Dessutom utbildas även i fortsättningen ett behövligt antal personer i uppgifter som omsorgsassistent inom ramen för de befintliga resurserna för yrkesutbildning. För närvarande har de som har placerats i uppgifter som omsorgsassistent oftast avlagt en examensdel av grundexamen inom social- och hälsovården (till exempel 25 kompetenspoäng) och dessutom en eller flera examensdelar av andra grundexamina (till exempel 30 kompetenspoäng).

Antalet sjukskötare bör utökas med cirka 530 sjukskötare till följd av den ändrade personaldimensioneringen. När en avlagd yrkeshögskoleexamen inom social- och hälsovården, sjukskötarexamen (YH) beaktas, kan det bedömas att utbildningen av sjukskötare förutsätter att antalet nybörjare ökar med sammanlagt nya 700 studerande. Undervisnings- och kulturministeriet beviljade sommaren 2019 yrkeshögskolorna särskild finansiering med stöd av vilken 178 fler sjuksköterskestuderande än under de senaste åren 2020 inleder utbildning som leder till en yrkeshögskoleexamen inom social- och hälsovården, sjukskötare (YH). Genomförandet av personaldimensioneringen för sjukskötare kan uppskattas förutsätta ytterligare 526 nybörjarplatser åren 2020–2023. Kostnadskalkylen för utökningen av utbildningen är 14,7 miljoner euro.

Tillsynsresurser

Enhetliga definitioner minskar i någon mån tillsynsarbetet. Däremot ökar förväntningarna på tillsynen. Utmaningarna i fråga om tillgången på personal kan också återspeglas i ökade tillsynsuppgifter inom hemvården. Dessutom ökar sannolikt behovet av handledning och rådgivning. Konsekvenserna beror på lång sikt till många delar på hurtiga funktionella förändringar den nya regleringen i sina olika faser medför i serviceverksamheten. Konsekvenserna beror vidare på de val som görs i styrningen och ledningen av tillsynen samt på eventuell ny reglering som ändrar tillsynsförfarandena.

På grund av detta lagförslag finns det inte omedelbart några betydande behov av att öka resurserna, eftersom resurserna för tillsynen utökades våren 2019. Tillsynsresursernas tillräcklighet bedöms dock ännu under reformens övergångsperiod, när hela reformen av äldreomsorgen och utvecklandet av tillsynen som en del av den framskrider.

RP 4/2020 rd

Konsekvenserna för tillsynsmyndigheternas arbete och tillsynens innehåll beskrivs i sin helhet i kapitlet Konsekvenser för tillsynen.

Sammanfattning av de ekonomiska konsekvenserna och personalökningen

Tabell 4. Sammandrag av de ekonomiska konsekvenserna

Fasta priser (2020)						
Finansierings-sätt	Kostnader	2020 5 mån. (i kraft 1.8)	2021	2022	2023 0,7 i kraft 1.4.	2024
Statsandel	Höjning av dimensioneringen	2,7	6,5	6,5	178,9	238,6
Statsandel	Ändringar i sättet att beräkna dimensioneringen	9,7	23,2	23,2	23,2	23,2
Statsandel	RAI-utbildningskostnader för kommuner och privata tjänsteproducenter sammanlagt	1,3	1,3	1,3	1,6	0
Statsandel	RAI-informationssystemskostnader för kommuner och privata tjänsteproducenter sammanlagt	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
	Statsandel Sammanlagt	17,7	35,0	35,0	207,7	265,8
	Institutet för hälsa och välfärds tidsbundna kostnader	0,8	0,3	0,2	0,2	0
	Institutet för hälsa och välfärds permanenta kostnader	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
	Totalsumma	19,0	35,8	35,7	208,4	266,3

Tabell 5. Övriga kostnader

<p>Kostnader för ökad utbildning inom UKM: s förvaltningsområde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UKM har uppskattat att det behövs en tidsbegränsad tilläggsatsning på 148 miljoner euro på närvårdarnas utbildning för åren 2020–2024. - Undervisnings- och kulturministeriet har redan beviljat yrkeshögskolorna särskild finansiering för att öka antalet nybörjarplatser för examen som sjukskötare (YH) 2020 jämfört med nivån under de senaste åren. Genomförandet av personaldimensioneringen bedöms förutsätta en ytterligare utvidgning av utbildningen. Kostnadskalkylen för en utvidgning är 14,7 miljoner euro. 	<p>Reserveras för finansiering av UKM:s förvaltningsområde</p>
<p>Tillsyn: det finns inga omedelbara behov av att öka resurserna.</p>	

Tabell 6. Sammanfattning av ytterligare personalbehov³

	När lagen träder i kraft	Efter övergångsperioden
Ökning av vårdpersonalen på grund av en höjning av dimensioneringen	120	4 417
Behov av vikarier (22 %, årsverken)	26	945
Ökning av stödtjänstpersonalen på grund av en ändring i dimensioneringen	619	samma fortsätter (619)

³ Tabellen innehåller det tillägg som krävs på grund av denna reform. Det behövs mer personal också på grund av att befolkningen åldras. I avsnittet Konsekvenser för sysselsättningen beskrivs det totala behovet av personal under det kommande årtiondet.

RP 4/2020 rd

Taulukko 7. Kommunernas och privata tjänsteproducenters andel av tilläggspersonalen och kostnaderna

	När lagen träder i kraft		Efter övergångsperioden	
	Kommuner och samkommuner	Privata tjänsteproducenter	Kommuner och samkommuner	Privata tjänsteproducenter
Ökning av vårdpersonalen på grund av höjd dimensionering	60	60	2 297	2120
Behov av vikarier (årsverken)	13	13	491	454
Ökning av stödtjänstpersonalen (årsv.) på grund av ändring i beräkningen av dimensioneringen	309,5	309,5	309,5	309,5
Totala dimensioneringskostnader (årliga kostnader)	14,9	14,9	135,7	126,1
Totala tillfälliga och permanenta kostnader för ibrukttagandet av RAI	2,7	2,7	2,0	2,0

Konsekvenser för samhällsekonomin och den offentliga ekonomin

Kommunerna får en kalkylerad statsandel för finansieringen av basservicen som baserar sig på kommuninvånarnas servicebehov och omständigheter. I kommunernas statsandelssystem är statsandelarna allmänna, vilket innebär att kommunerna i sista hand själva beslutar om den närmare inriktningen av dem, dock med beaktande av de specialvillkor som lagstiftningen för serviceuppgiften i fråga ställer.

Enligt lagen om statsandel för kommunal basservice (1704/2009) ersätts kommunerna till 100 procent för merkostnaderna för nya och utvidgade uppgifter så att den tilläggsfinansiering som behövs läggs till statsandelarna för kommunal basservice. De ovan beskrivna kostnadseffekterna är de direkta konsekvenserna av detta lagförslag för kostnaderna för de tjänster som kommunerna ordnar, och statsandelen ökas alltså till 100 procent på basis av dem.

Statsandelssystemet beaktar bl.a. befolkningsutvecklingen och sjukfrekvensen (dvs. den ökning av antalet klienter som följer av dem) samt förändringar i pris- och lönenivån under de kommande åren. De kostnader som uppskattats i detta lagförslag presenteras enligt penningvärdet 2020, och de höjs årligen i statsandelssystemet. Vid den årliga justeringen av kostnadsfördelningen korrigeras de kalkylerade kostnaderna så att de motsvarar de faktiska kostnaderna.

Enligt den rambedömning som finansministeriets ekonomiavdelning gjort förblir utvecklingsutsikterna för den kommunala ekonomin oroväckande svaga under ramperioden 2020–2023.

Frågor som påverkar kostnadsutvecklingen

Inom äldreomsorgen sker under de närmaste åren utöver den lagändring som föreslås i denna proposition även andra ändringar som inverkar på personalbehoven, kostnaderna och utvecklingen av dimensioneringsbehovet. Dessa påverkas bland annat av befolkningens åldrande samt av förändringar i klienternas servicebehov och sätten att ordna äldreomsorgen.

Utöver denna reform behövs det mer personal både på grund av det ökade antalet klienter och på grund av pensioneringar bland sjukskötarna. Denna utveckling leder till en allt hårdare konkurrens mellan arbetstagarna, både mellan olika regioner och mellan producenterna. Det är omöjligt att uppskatta hur mycket detta skulle påverka lönekonkurrensen. Det råder redan nu brist på personal överallt i Finland, men till exempel lönerna inom den privata sektorn har förblivit lägre än de kommunala lönerna. Det är i de flesta fall emellertid osannolikt att t.ex. avtal om köpta tjänster skulle kunna leda till en att andra lönehöjningar än avtalsbaserade överförs till priserna (i avtalen har det skrivits in hur ofta priserna justeras). Lokalt kan det dock uppstå situationer där en aktör i praktiken ensidigt kan fastställa sina priser. Kommunerna har möjlighet att öka sin egen produktion, om de har lokaler som lämpar sig för tjänsteproduktion.

Samtidigt har kommunerna och tjänsteproducenterna också andra sätt att anpassa sin verksamhet. Dyrare heldygntjänster leder sannolikt till att servicestrukturen blir mångsidigare och att andelen heldygntjänster minskar. Till exempel en ökning av olika former av boendetjänster eller en utveckling av hemvårdstjänsterna minskar behovet av heldygntjänster och även av ytterligare personal, eftersom tekniken och olika organiseringsätt kan utnyttjas i dem. Personalkostnaderna kan också dämpas genom att produktionen av tjänster som kräver specialkompe-

tens samordnas bättre, t.ex. sjukvårdsuppgifter i anslutning till vård i livets slutskede. Specialkompetensen inom vården i livets slutskede kan tryggas bl.a. genom att hemsjukhusverksamheten utvecklas. Således stiger kostnaderna för äldreomsorgen inte nödvändigtvis så mycket som de stiger med den nuvarande servicestrukturen. Utöver lönerna har kommuner och företag också andra sätt att locka arbetskraft, t.ex. flexibla arbetstider.

Tillgången till personal underlättas delvis av att kompetensbehoven i arbetslivet nuförtiden kan tillgodoses flexibelt och snabbt via utbildningssystemet. Till exempel till studier för grundexamen inom social- och hälsovården, närvårdutbildning, kan ansökningen ske flexibelt via kontinuerlig ansökan. Unga som gått ut den grundläggande utbildningen söker sig dock till utbildning huvudsakligen genom den riksomfattande gemensamma ansökan. Med examensutbildning avses inom yrkesutbildningen sådan utbildning som behövs för förvärvande av yrkesskicklighet och vars syfte är avläggande av en yrkesinriktad examen eller en eller flera delar av en yrkesinriktad examen. Närvårdare som avlagt grundexamen inom social- och hälsovården är en yrkesutbildad person med skyddad yrkesbeteckning inom social- och hälsovården. Lämpliga examensdelar eller en del av dem som avlagts för grundexamen inom social- och hälsovården ger kompetens för behoven i omsorgsarbetet i arbetslivet, t.ex. för att sköta uppgifter som omsorgsassistent i äldreomsorgen. Utbildningsanordnaren kan ordna sådan examensutbildning som avses i lagen om yrkesutbildning (531/2017) även i samband med praktiska arbetsuppgifter på en arbetsplats. Läroavtalsutbildning är i huvudsak utbildning som ordnas på en arbetsplats i samband med praktiska arbetsuppgifter och som vid behov kompletteras med förvärvande av kunskaper i andra inlärningsmiljöer. Läroavtalsutbildningen baserar sig på ett anställningsförhållande. I utbildning som grundar sig på ett utbildningsavtal skaffar den studerande kunskaper på arbetsplatsen i samband med praktiska arbetsuppgifter. I utbildning som grundar sig på ett utbildningsavtal är den studerande inte anställd.

Sjukskötare är ett reglerat yrke. I Finland förutsätter legitimeringen av sjukskötare att en yrkeshögskoleexamen inom social- och hälsovården, en sjukskötare (YH), avläggs. Dessutom kan legitimering fås på basis av utbildning som avlagts utomlands.

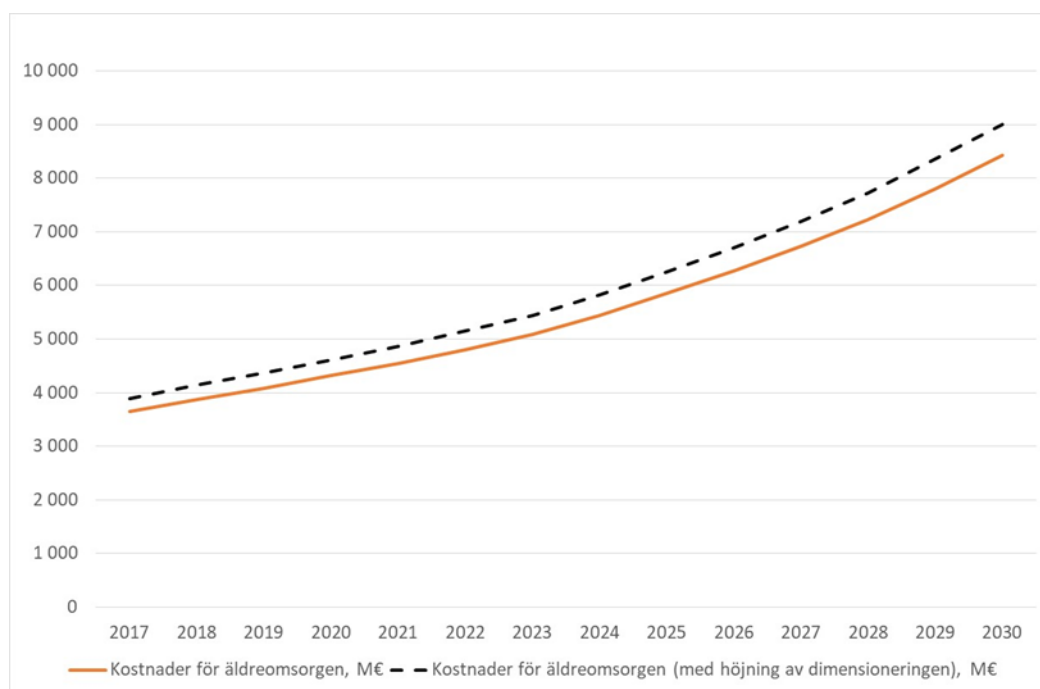
Om den planerade strukturreformen av social- och hälso-tjänsterna genomförs före utgången av övergångsperioden för en dimensionering på 0,7, ska de merkostnader som behövs för dimensioneringen placeras i det nya finansieringssystemet för tjänsterna. Om reformen av social- och hälso-tjänsterna genomförs, inverkar den också på ordnandet av äldreomsorgen. Syftet med reformen är att öka likabehandlingen av alla som bor i Finland genom att förenhetliga kriterierna för beviljande av tjänster och sätten att ordna tjänsterna.

Den uppskattade kostnadsutvecklingen under de följande 10 åren med den nuvarande servicestrukturen

Av Institutet för hälsa och välfärds kalkyl över de sociala utgifterna på lång sikt fås en uppskattning av den framtida utvecklingen av de totala kostnaderna för social- och hälso-tjänsterna och kostnaderna för omsorgstjänster för äldre. Kalkylen beaktar förändringen i åldersstrukturen. När det gäller utvecklingen av reallöner och inflation följs samma antaganden som i finansministeriets hållbarhetskalkyl.

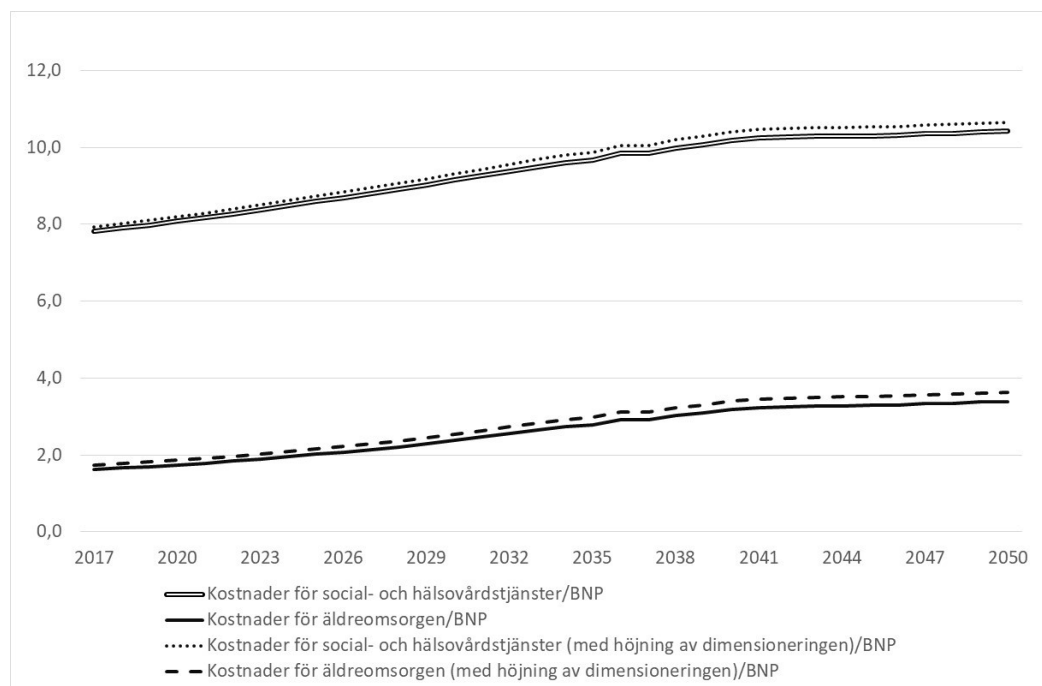
I figuren nedan presenteras den uppskattade utvecklingen av kostnaderna för omsorgstjänster för äldre både utan kostnaderna för en höjning av dimensioneringen och med kostnaderna. Kostnaderna för omsorgstjänster för äldre stiger klart under de följande tio åren.

Figur 5. Kostnader för långtidsvård för äldre 2017–2030, miljoner euro



När kostnaderna för tjänsterna ställs i relation till den förväntade utvecklingen av bruttonationalprodukten, ser man trycket på de offentliga finanserna till följd av den ändrade dimensioneringen. Bruttonationalprodukten kan anses beskriva den offentliga ekonomins finansieringsbas på lång sikt. Av diagrammet framgår att utvecklingen av antalet äldre har en klart större effekt än förändringen i dimensioneringen.

Figur 6. Totala kostnader för social- och hälsovårdstjänster och kostnader för äldreomsorgen, i förhållande till BNP 2017–2050



4.1.2 Finansieringen av reformen

Propositionen hänför sig till den första tilläggsbudgetpropositionen för 2020. I planen för de offentliga finanserna 2020–2023 har det reserverats 5 miljoner euro för 2020, 30 miljoner euro för 2021 och 40 miljoner euro för 2022. I regeringsprogrammet har det reserverats en permanent finansiering på 70 miljoner euro från och med 2023.

För 2020 behövs det ett tillägg på 12,7 miljoner euro för kommunernas statsandelar. För 2023 behövs 137,7 miljoner euro och för 2024 behövs permanent finansiering på 195,8 miljoner euro utöver de 70 miljoner euro som redan beviljats.

För Institutet för hälsa och välfärds omkostnader behövs dessutom både ett tidsbegränsat tillägg för övergångsperioden (sammanlagt 1,5 miljoner euro) och en årlig permanent finansiering på 0,5 miljoner euro från och med 2020.

I protokollanteckningarna om regeringens budget- och ramförhandlingar den 17 september 2019 konstateras:

Regeringen förbinder sig att förbättra tjänsterna för äldre betydligt under denna regeringsperiod genom att i lag föreskriva om en minimidimensionering av personal (0,7) inom serviceboende med heldygnsomsorg.

I genomförandet av dimensioneringen beaktas vårdberoendet, och personalens arbetsfördelning tydliggörs i fråga om stödtjänsterna. En expertgrupp som bereder en uppdatering av äldreomsorgslagen lämnar före utgången av september sitt förslag om hur det mål som ställs i regeringsprogrammet ska kunna nås. Efter remissbehandling och behandling i rådet för bedömning av lagstiftningen lämnas en regeringsproposition till riksdagen under höstsessionen. Regeringen har förbundit sig att genomföra skrivningen i regeringsprogrammet om en bindande personaldimensionering (0,7) inom serviceboende med heldygnsomsorg för äldre och reserverar ekonomiska resurser för detta i planen för de offentliga finanserna och i budgeten.

Genomförandet av personaldimensioneringen förutsätter en ökning av antalet utbildningsplatser och undervisnings- och kulturministeriet har bedömt att det behövs tilläggsfinansiering. Beslut om tilläggsfinansiering för utbildning fattas i samband med beredningen av planen för de offentliga finanserna 2021–2024.

4.1.3 Konsekvenser för sysselsättningen

Utveckling av personalbehovet fram till 2030

År 2018 fanns det sammanlagt cirka 50 000 vårdare vid enheter med heldygnsomsorg för äldre, inom hemvården och vanligt serviceboende. Befolkningens åldrande och höjningen av personaldimensioneringen ökar den personalstyrka som behövs. Det uppskattade personalbehovet 2030 är 80 000 vårdare. Behovet av en personalökning på cirka 30 000 vårdare kommer att vara svårt att förverkliga enbart genom att öka mängden utbildning.

Prognosen beskriver situationen med den nuvarande servicestrukturen. Det är dock möjligt att servicestrukturen lättas upp och att lösningar av blandform för serviceboende utan någon bindande personaldimensionering i fortsättningen kommer att gynnas i större utsträckning än för närvarande. Detta minskar trycket på att öka heldygnsvården.

Enligt Kevas prognos kommer 37 procent av alla närvårdare i kommunerna och 30 procent av sjukskötarna att gå i pension före 2030. Enligt Pensionsskyddscentralens prognos pensionerar sig 32 procent av närvårdarna och 33 procent av sjukskötarna inom den privata sektorn före 2030. Uppgifter fås inte enligt bransch, men beräknat med samma andelar kommer nästan 15 000 närvårdare och sjukskötare att gå i pension i den nuvarande personalen inom äldreomsorgen före 2030.

I och med att befolkningen i arbetsför ålder minskar behövs det en större del sysselsatta inom äldreomsorgen än tidigare.

RP 4/2020 rd

Tabell 8. Antalet anställda 2018 samt prognosen för 2025 och 2030

	Heldygnsenheter			Hemvård och vanligt serviceboende (inklusive blandenheter med både serviceboende med heldygnsomsorg och hemvård)			Sammanlagt		
	2018	2025	2030	2018	2025	2030	2018	2025	2030
Personalstyrkans utveckling utan en höjning av dimensioneringen till 0,7									
Närvårdare	22 000	26 400	31 400	15 500	18 600	22 100	37 500	44 900	53 500
Sjukskötare	2 600	3 100	3 700	2 200	2 600	3 200	4 800	5 800	6 900
Sammanlagt	29 600	35 600	42 300	21 500	25 700	30 600	51 100	61 300	73 000
Behov av ytterligare personal på grund av en höjning av dimensioneringen till 0,7									
Närvårdare	3 300	3 900	4 700						
Sjukskötare	390	470	560						
Sammanlagt	4 400	5 300	6 300						
Personalstyrkans utveckling, med beaktande av båda									
Närvårdare	25 300	30 300	36 100	15 500	18 600	22 100	40 800	48 900	58 200
Sjukskötare	3 000	3 600	4 300	2 200	2 600	3 200	5 200	6 300	7 500
Sammanlagt	34 000	40 900	48 600	21 500	25 700	30 600	55 600	66 600	79 300

Personaluppgifterna för 2018 baserar sig på uppgifter som Institutet för hälsa och välfärd samlat in direkt från enheter med heldygnsomsorg samt från enheter med vanligt serviceboende och hemvård. Utifrån dem har det gjorts en uppskattning som baserar sig på befolkningsprognosen för 2025 och 2030. I bedömningen har det inte gjorts något antagande om förändringar i servicestrukturen, sjukfrekvensen eller produktiviteten.

Tabell 9. Pensionsavgång åren 2019–2025 och 2026–2030, enligt personalen 2018

	Heldygnsenheter för äldre, hemvård och vanligt serviceboende sammanlagt		
	2018–2025, antal	2026–2030, antal	sammanlagt 2018–2030, antal
Offentliga sektorn			
Närvårdare	5 500	3 800	9 200
Sjukskötare	570	400	1 000
Privata sektorn			
Närvårdare	2 400	1 600	4 100
Sjukskötare	270	200	470
Sammanlagt			
Närvårdare	7 900	5 400	13 300
Sjukskötare	800	600	1 500

Konsekvenser för antalet anställda inom hemvården

Största delen av de klienter som behöver tjänster omfattas av hemvård. Antalet klienter inom hemvården har ökat med 4 000 klienter under en uppföljningstid på två år, och antalet väntas öka ännu snabbare under de kommande åren. Inom hemvården finns det ingen rekommendation eller bestämmelser om personaldimensionering, så ökningen av antalet anställda i de tjänster som tillhandahålls i hemmet måste följas upp regelbundet för att den ska motsvara ökningen av antalet klienter. Det finns en risk för att en del av personalen inom hemvården åtminstone på kort sikt övergår till tjänster inom heldygnsomsorgen och detta orsakar personalbrist inom hemvården. I kommunenkäten 2018 bedömde cirka hälften (46 %) av dem som ansvarar för äldreomsorgen att det inte finns tillräckligt med hemvårdstjänster i deras region. Däremot kommer situationen inom hemvården ännu att granskas i samband med reformen av äldreomsorgen och det är möjligt att det också där kommer förpliktelser som tryggar en tillräcklig personal. Dessutom inverkar ändringen i servicestrukturen på personalsituationen i fråga om olika tjänster.

Tillgången på arbetskraft

Personal som fås genom utbildning

Antalet personer som avlagt yrkeshögskoleexamen inom social- och hälsovården, sjukskötare (YH) har stigit med över 1 000 på 2010-talet och antalet personer som avlagt examen 2018 var cirka 3 500. En del av dem som avlagt sjukskötarexamen avlägger ytterligare högre yrkeshögskoleexamen. År 2018 utexaminerades fler geronomer som specialiserat sig på äldreomsorg än under tidigare år, dvs. 159.

Tabell 10. Yrkeshögskoleexamina inom social- och hälsovården med examensbenämningarna sjukskötare (YH) och geronom (YH) samt högre yrkeshögskoleexamina inom social- och hälsovården med examensbenämningarna sjukskötare (högre YH) och geronom (högre YH) 2010–2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sjukskötare (YH)	2 355	2 514	2 685	2 766	2 865	3 000	3 066	3 450	3 507
Sjukskötare (högre YH)	201	237	219	285	276	303	345	375	414
Geronom (YH)	30	72	78	81	96	105	126	99	159
Geronom (högre YH)	2	2	2	6	2	6	6	6	12

Antalet studerande som inlett grundexamen inom social- och hälsovården (närvårdare) har stigit något på 2010-talet och uppgår nu till ca 14 000. Det sammanlagda antalet avlagda närvårdarexamina har stigit från 7 600 till nästan 11 000. Antalet personer som genomgått kompetensom-

RP 4/2020 rd

rådet för äldreomsorg har förblivit ungefär oförändrat, dvs. nästan 1 500. Även kompetensområdet för sjukvård och omsorg lämpar sig väl för äldreomsorg. Antalet personer som avlagt examen inom området har stigit till cirka 3 300.

Tabell 11. Närvårdarutbildning 2010–2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nya studerande	12 798	12 801	13 074	13 455	14 139	14 307	14 025	14 028
Avlagda examina								
Närvårdare sammanlagt	7 602	8 841	9 093	9 111	10 032	9 921	10 371	10 869
Kompetensområdet för sjukvård och omsorg	2 277	2 394	2 880	2 832	3 273	3 156	3 495	3 291
Kompetensområdet för äldreomsorg	1 458	1 908	1 368	1 302	1 362	1 263	1 314	1 485

Utbildningsstyrelsen genomför en nationell kvantitativ prognostisering av arbetskrafts- och utbildningsbehoven på lång sikt och en kvalitativ prognostisering av kompetensbehoven. I prognostiseringen av kompetens- och utbildningsbehoven utnyttjas prognostiseringsforumet för kompetens, som är ett sakkunnigorgan för prognostisering som organiseras och samordnas av undervisnings- och kulturministeriet och Utbildningsstyrelsen. Prognostiseringsforumet för kompetens består av en styrgrupp och nio prognostiseringsgrupper som representerar olika branscher. En av dem är prognostiseringsgruppen för social-, hälso- och välfärdssektorn. Prognostiseringsforumet för kompetens bedömer som en del av sitt prognostiseringsarbete utvecklingen av antalet sysselsatta inom branscherna och förändringen i uppgiftsstrukturen. Den senaste bedömningen gäller utvecklingen fram till 2035.

Bestämmelser om samarbete för prognostisering av arbetskrafts- och utbildningsbehov finns i lagarna om utveckling av regionerna och närings-, trafik- och miljöcentralerna samt i lagstiftningen om hälso- och sjukvården. Enligt lagen om utveckling och förvaltning av strukturfondsverksamheten (7/2014) svarar landskapsförbundet för samordningen av den regionala prognostiseringen av utbildningsbehoven på lång och medellång sikt och för beredningen av de regionala utbildningsmålen (17 §). Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde tillsammans med landskapsförbunden samordna efterfrågan på arbetskraft och utbildningsutbudet (42 §) och sjukvårdsdistriktens primärvårdsenheter ska sörja för kartläggningen av personalbehovet. I statsrådets förordning om planer för ordnande av hälso- och sjukvård och om avtal om ordnande av specialiserad sjukvård (337/2011) föreskrivs det om samarbetet mellan kommunerna som ska överenskommas i planen för ordnande av hälso- och sjukvård för att trygga tillgången på personal inom primärvården (9 §). I ett avtal om ordnande av specialiserad sjukvård ska det dessutom överenskommas om hur man i samkommunerna för sjukvårdsdistrikten inom ett specialupptagningsområde på lång sikt bedömer och följer behovet av arbetskraft och hur sjukvårdsdistrikten kommer överens när det gäller att trygga tillgången på personal inom den specialiserade sjukvården (14 §).

Deltidsarbetets omfattning

Enligt Statistikcentralens statistik över Lönestrukturen 2017 var 17 procent av arbetstagarna inom näringsgrenarna Boende med sjuksköterskevård för äldre och Boende med särskild service för äldre deltidsanställda 2017. Inom kommunsektorn var andelen 14 procent och inom den privata sektorn 20 procent. Den genomsnittliga deltidsprocenten var 66 procent inom kommunsektorn och 56 procent inom den privata sektorn. Enligt Statistikcentralens arbetskraftsundersökning var andelen ofrivilliga deltidsarbeten inom hälso- och socialservicen (Q) cirka 20 procent av deltidsarbetena 2018. Andelen är mindre än inom många andra branscher, men har ökat något under de senaste åren.

Personer som arbetar inom andra branscher

Det behövs ett brett spektrum av kompetens vid enheter med heldygnsomsorg för äldre, men regleringen av dimensioneringen förutsätter mest en ökning av antalet närvårdare och sjukskötare och i ganska snabb takt. Av denna orsak har det bland annat utretts hur många personer med lämplig utbildning som arbetar med något annat än vad de är utbildade till.

Bland de personer i lönearbete vars senaste avlagda examen är en vårdexamen arbetade 4–5 procent med något annat än vad de utbildat sig till. Deras antal varierar beroende på statistik mellan 6 800 och 9 700. Skillnaden beror på att det totala antalet anställda varierar i olika statistiker. I Statistikcentralens sysselsättningsstatistik för 2016 ingick sammanlagt 190 237 personer som avlagt vårdexamen, medan det i Statistikcentralens statistik över lönestrukturer 2017 fanns sammanlagt 162 533 personer som avlagt vårdexamen.

Tabell 12. Personer som arbetar med något annat än de utbildat sig till och vars senaste examen är en vårdexamen

	Statistik över lönestrukturer 2017		Sysselsättningsstatistik 2016	
	Personer som arbetar i andra uppgifter	Personer som avlagt vårdexamen sammanlagt	Personer som arbetar i andra uppgifter	Personer som avlagt vårdexamen sammanlagt
Sammanlagt	6 780 (4,2 %)	162 533	9 724 (5,1 %)	190 237
Kommuner	792 (0,7 %)	116 637	1 446 (1,1 %)	134 637
Privat	5 658 (12,7%)	44 701	7 867 (14,6 %)	53 765
Staten	330 (27,6 %)	1 195	411 (22,4 %)	1 835

Största delen av dem som arbetade med annat arbetade inom den privata sektorn. Det fanns stora variationer mellan olika yrken. Vanligast var det att arbeta som försäljare och med att städa kontor (enligt sysselsättningsstatistiken sammanlagt nästan 1 900). Näst vanligast var det att arbeta som försäljningsrepresentanter, läkemedelsrepresentanter och allmänna sekreterare (enligt sysselsättningsstatistiken sammanlagt cirka 1 200).

Något över hälften av dem som arbetade inom andra branscher var 30–49 år och drygt en fjärdedel hade fyllt 50 år.

Beskrivning av urvalet:

- För att åstadkomma ett så korrekt resultat som möjligt gjordes urvalet både i Statistikcentralens statistik över lönestrukturer för 2017 och i sysselsättningsstatistiken för 2016. Dessa var de senaste tillgängliga åren, för vilka branschspecifika uppgifter om personalen erhöles från alla arbetsgivarsektorer. Ingetdera materialet omfattar företagare. Siffrorna i sysselsättningsstatistiken omfattar också företag med färre än fem anställda. Dessa företag ingår inte i statistiken över lönestrukturer för den privata sektorns del.

- I båda materialen plockades ut personer vars senaste examen är närvårdare, primärvårdare, hjälpskötare, hemvårdare, sjukskötare (YH och högre YH), sjukskötare/specialsjukskötare (examensbenämning före YH) eller hälsovårdare.

- Personalen indelades enligt om de arbetar inom social- och hälsovården eller inom andra branscher. I den första fasen av urvalet specificerades de som arbetar inom social- och hälsovårdsbranscherna (86 Hälso- och sjukvård, 87 Vård och omsorg med boende, 88 Öppna sociala insatser och 84 122 Administration av hälsovård och socialskydd) och inom andra branscher. Antalet anställda inom social- och hälsovårdsbranscher var 148 448 (i lönestrukturstatistiken) och 169 105 (i sysselsättningsstatistiken). I den andra fasen gjordes en genomgång av de personer som arbetar inom andra branscher (14 086 i lönestrukturstatistiken och 21 132 i sysselsättningsstatistiken) enligt yrkeskategori för att kunna utesluta de uppgifter där en person som fått utbildning inom vårdbranschen arbetar i en annan bransch, men i arbete som motsvarar utbildningen.

- Ur statistiken över lönestrukturer inkluderades sådan personal som fått lön, dvs. de som har oavlönad tjänste- eller arbetsledighet är inte med. I sysselsättningsstatistiken ingår de som har oavlönad tjänste- eller arbetsledighet och som har ett anställningsförhållande/en arbetspensionsförsäkring i kraft vid utgången av året och som har fått lön under statistikåret. Detta är det tydligaste skälet till att antalen i dessa två statistiker skiljer sig åt.

- De resultat som nu fått är mindre än de uppgifter för 2014 som Institutet för hälsa och välfärd tidigare publicerat på basis av sysselsättningsstatistiken. Enligt deras urval arbetade då 22 100 närvårdare och 5 800 sjukskötare inom andra branscher, när inte heller de som arbetat inom utbildning och offentlig förvaltning beaktas. Skillnaden beror till största delen på att deras urval grundades enbart på branschen och inte på en noggrannare granskning av yrkeskategori. Enligt den analys som nu gjorts arbetade över hälften i båda materialen inom andra branscher än social- och hälsovården i ett yrke där de har nytta av sin utbildning.

Statistik över arbetslösa sjukskötare och närvårdare

Under 2018 var cirka 46 000 personer som fått närvårdarutbildning och cirka 12 000 som fått sjukskötarutbildning arbetssökande vid arbets- och näringsbyråerna. Under 2018 hade i genomsnitt 11 200 närvårdare och 2 700 sjukskötare fått utbildning som arbetslösa arbetssökande. Antalet arbetssökande är större än så, eftersom arbetssökande vid arbets- och näringsbyrån kan vara till exempel deltidsanställda och personer som står utanför arbetskraften.

Av de arbetssökande som fått utbildning för närvårdare hör 70 procent och av dem som fått utbildning för sjukskötare 77 procent till åldersgruppen 25–54 år. Bland dem finns relativt sett färre unga personer under 25 år och personer som fyllt 55 år än bland arbetssökande i genomsnitt.

Bland arbetssökande som fått närvårdarutbildning finns en större andel personer med funktionsnedsättning och långtidssjuka än bland arbetssökande i genomsnitt (12 % mot 9 %). Andelen personer med funktionsnedsättning och långtidssjuka som fått sjukskötarutbildning är sju procent, dvs. mindre än genomsnittet för alla arbetssökande.

RP 4/2020 rd

Andelen långtidsarbetslösa av alla arbetssökande är mindre bland dem som fått närvårdar- och sjukskötarutbildning än bland arbetssökandena i genomsnitt (10–11 procent mot 18 procent).

Den geografiska matchningen mellan arbetssökande och lediga arbetsplatser är ett ganska stort problem i närvårdaryrket och sjuksköтарыrket. Av de arbetssökande som fått närvårdarutbildning finns 19 procent och av dem som fått sjukskötarutbildning 22 procent i Nyland, medan 32 procent och 34 procent av arbetsplatserna inom branschen finns i Nyland. Däremot finns 11 procent av de arbetssökande som fått närvårdarutbildning och 10 procent av de arbetssökande som fått sjukskötarutbildning och endast fem procent av de lediga jobben inom vardera yrket i Norra Österbotten.

Av de arbetssökande som fått utbildning som närvårdare uppgav 81 procent att de sökt arbete som ”Vård- och omsorgspersonal”, som motsvarar närvårdaryrket. Av de arbetssökande som fått sjukskötarutbildning uppgav 80 procent att de sökt arbete som ”Hälso- och sjukvårdsexperten”, som motsvarar sjuksköтарыrket. Med andra ord söker cirka var femte arbetssökande som fått utbildning som närvårdare eller sjukskötare något annat arbete än ett som motsvarar deras utbildning.

Utländsk arbetskraft

Utövande av ett yrke inom social- eller hälsovården i Finland med en examen som avlagts utomlands förutsätter rätt att vara verksam som legitimerad yrkesutbildad person inom social- och hälsovården, rätt att använda en skyddad yrkesbeteckning eller ett begränsat tillstånd att utöva yrke. Legitimerade yrken inom hälso- och sjukvården är läkare, tandläkare, provisor, psykolog, talterapeut, näringsterapeut, farmaceut, sjukskötare, barnmorska, hälsovårdare, fysioterapeut, laboratorieskötare, röntgenskötare, munhygienist, ergoterapeut, optiker och tandtekniker. Den största gruppen av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning är närvårdare. Andra är bland annat hjälpmedelstekniker, fotterapeut och utbildad massör. Legitimerade yrkesutbildade personer inom socialvården är socialarbetare, socionomer, geronomer och rehabiliteringsledare. Yrkesutbildade personer inom socialvården med skyddad yrkesbeteckning är närvårdare, hemvårdare och vårdare av utvecklingshämmande. Valvira är den myndighet som beviljar yrkesrättigheter och tillsynen utövas förutom av Valvira även av regionförvaltningsverken.

Förfarandena inom hälso- och sjukvården varierar beroende på om sökanden har fått utbildning i ett EU- eller ett EES-land eller utanför EU eller EES. En examen som avlagts inom EU eller EES erkänns vanligen som sådan av Valvira eller efter begäran om tilläggsutredningar, om det är fråga om en examen som läkare, tandläkare, barnmorska, sjukskötare eller provisor. Förfarandena baserar sig på yrkeskvalifikationsdirektivet.

I fråga om yrken inom hälso- och sjukvården förutsätter erkännandet av examina som avlagts någon annanstans än i en EU- eller EES-stat att sökanden genomgår tilläggsstudier och/eller förhör för att klarlägga yrkeskickligheten samt dessutom har tillräckliga språkkunskaper. Med tillräckliga språkkunskaper avses nivå 3 i den allmänna språkexamen.

När utbildningen inom hälso- och sjukvården har slutförts i en annan EU- eller EES-stat fattas separata beslut om erkännande av yrkeskvalifikationer och rätt att utöva yrke, om sökanden visar behövliga språkkunskaper först efter det att yrkeskvalifikationerna har erkänts.

Med stöd av en examen som avlagts utanför EU/EES-området föranleds kostnaderna för beviljande av legitimering eller skydd av yrkesbeteckning också av tilläggs- och språkstudier. Den tid som går åt till att få beslut beror på inom vilken tid sökanden hinner slutföra behövliga kompletterande studier och förvärva tillräckliga språkkunskaper.

När det gäller utbildningarna inom socialvården skiljer sig processen inte åt om examen har avlagts i eller utanför en EU- eller EES-stat.

Med tanke på rekryteringen från utlandet innebär legitimeringsförfarandet att man inte direkt kan få det uppehållstillstånd som behövs för att vara verksam i ett yrke som kräver legitimering. En person som vill söka sig till Finland från ett land utanför EU eller EES för att arbeta i dessa yrken ska skaffa uppehållstillstånd på någon annan grund (t.ex. för att arbeta i något annat yrke) och därefter börja avlägga de kompletterande studier och språkstudier som krävs.

En person som avlagt examen utomlands får arbeta i närvårdaruppgifter, eftersom närvårdaren är en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning. Inom äldreomsorgen finns dessutom den skyddade yrkesbeteckningen hemvårdare inom socialvården. Då kan arbetsgivaren bedöma om personens utbildning, erfarenhet och yrkesskicklighet räcker till för uppgiften i fråga. Arbetstagaren har dock inte rätt att använda den skyddade beteckningen.

Att anställa från utlandet är således inte ett särskilt snabbt sätt att tillgodose arbetskraftsbehoven inom hälso- och sjukvården och socialvården – och inte heller särskilt omfattande – eftersom de förestående kompletterings- och språkstudierna samt kostnaderna för dem torde få många sökande att söka sig någon annanstans än till Finland. Det kommer också att råda konkurrens om tillgången på arbetskraft inom den internationella hälso- och sjukvården och Finland är som litet språkområde inte nödvändigtvis ett särskilt lockande destinationsland för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och socialvården med utländsk bakgrund, med undantag för ester.

Sjukskötare med utländsk bakgrund placerar sig klart oftare i äldreomsorgen än infödda finländare, men de arbetar ofta också i uppgifter som inte motsvarar deras utbildning, såsom närvårdare. Vårdare med utländsk bakgrund upplever färre belastningsfaktorer i sitt arbete än infödda finländare, vilket kan bero på att man försöker underlätta deras anpassning genom att ge dem färre ansvarsfulla eller utmanande arbetsuppgifter (Aalto m.fl., 2013, Aalto m.fl., 2019). Risken kan dock vara att infödda finländska arbetstagare belastas, om det finns många arbetstagare med utländsk bakgrund vid arbetsenheten (Aalto m.fl., 2014). Särskild uppmärksamhet bör fästas vid resurstilldelningen för introduktionen av arbetstagare med utländsk bakgrund så att den inte blir en extra belastningsfaktor i arbetsgemenskapen. Ledarskapets roll är viktig, eftersom ledningspraxis som upplevs som rättvis kan främja hela arbetsenhetens anpassning till en kulturell mångfald i arbetsmiljön (Aalto m.fl., 2014).

Rekryteringsproblem

Enligt den yrkesbarometer som baserar sig på expertsynpunkter från arbets- och näringsbyråerna och arbets- och näringsförvaltningens statistik (genomförd hösten 2019) råder det brist på närvårdare inom nästan alla närings-, trafik- och miljöcentralers områden i Finland. Bristen är kraftig i Lappland, Kajanalands, Norra Savolax, Södra Savolax, Tavastland, Södra Österbotten

RP 4/2020 rd

och Sydöstra Finland. Inom endast en närings-, trafik- och miljöcentral område är arbetsmarknaden för närvårdare enligt yrkesbarometern i balans. Enligt yrkesbarometern finns det inte ett enda område där det skulle råda överutbud på närvårdare.

Enligt yrkesbarometern råder det också brist på sjukskötare och hälsovårdare i nästan hela Finland. Endast i Satakunta och Egentliga Finland är arbetsmarknaden för sjukskötare och hälsovårdare i balans enligt yrkesbarometern, på annat håll råder det brist. Bristen är kraftig i Lappland, Kajanaland, Norra Karelen, Mellersta Finland, Norra Savolax, Österbotten, Södra Österbotten och Sydöstra Finland. Det finns inte heller något överutbud av sjukskötare och hälsovårdare inom ett enda område i Finland.

Rekryteringsproblemen har ökat inom social- och hälsovården. Av de verksamhetsställen inom branschen som hade sökt arbetstagare upplevde 35 procent rekryteringsproblem 2016. År 2017 var andelen 40 procent och 2018 redan 47 procent. Rekryteringsproblemen är vanligare inom social- och hälsovården än inom andra branscher. Inom alla branscher uppgav i genomsnitt 41 procent av de verksamhetsställen som rekryterat att de upplevt rekryteringsproblem 2018.

Relativt sett flest rekryteringsproblem upplevdes på verksamhetsställena inom social- och hälsovården i Kajanaland (77 %) och Södra Savolax (68 %). Även bristen på arbetskraft, dvs. att sådan arbetskraft som eftersökts inte kunde fås, var relativt sett vanligast i Kajanaland (36 % av verksamhetsställena).

Tabell 13. Rekryteringsproblem inom social- och hälsovården landskapsvis 2018

Närings-, trafik- och miljöcentral	rekryteringsproblem	arbetskraftsbrist
Nyland	49 %	23 %
Egentliga Finland	50 %	17 %
Satakunta	46 %	22 %
Tavastland	55 %	29 %
Birkaland	42 %	20 %
Sydöstra Finland	38 %	23 %
Södra Savolax	68 %	18 %
Norra Savolax	59 %	28 %
Norra Karelen	64 %	27 %
Mellersta Finland	41 %	20 %
Södra Österbotten	46 %	17 %
Österbotten	41 %	14 %
Norra Österbotten	38 %	16 %
Kajanaland	77 %	36 %
Lappland	35 %	15 %
Sammanlagt	47 %	21 %

År 2017 var det cirka 14 000 anställningar och 2018 cirka 22 000 anställningar vid verksamhetsställen inom social- och hälsovården som inte uppstod på grund av bristen på arbetskraft.

Det finns problem med tillgången på vårdare överallt i Finland. Relativt sett störst är rekryteringsproblemen i Kajanaland och Södra Savolax, men antalet nya vårdare som behövs är störst i Nyland, där också befolkningen och den äldre befolkningen är störst. Tillgänglighetsproblemet kan alltså inte lösas med hjälp av regional rörlighet. De som avlagt yrkeshögskoleexamen inom social- och hälsovården, sjukskötare (YH), sysselsätts efter utexamineringen oftast i det landskap där de avlagt examen. Dessutom söker sig de utexaminerade från varje yrkeshögskola i viss mån också till arbetsmarknaden i Nyland.

Andra pågående reformer som påverkar tillgången på personal

Behovet av sjukskötare ökar under de närmaste åren åtminstone till följd av den planerade åtstramningen av vårdgarantin och utvecklandet av vården i livets slutskede. Det tilläggsbehov som vårdgarantireformen kräver gäller dock i regel annan personal inom social- och hälsovården än sjukskötare. När det gäller sjukskötare riktar sig dessutom den ökande efterfrågan till personal vars utbildning och arbetserfarenhet ligger utanför den egentliga äldreomsorgen.

Den tilläggskompetens som behövs för att utveckla vården i livets slutskede kommer sannolikt att fås till heldygntjänster för äldre huvudsakligen genom detta lagförslag. Ökningen av vård i livets slutskede inom heldygnsvården ökar sjukvårdsåtgärderna och behovet av kompetens inom läkemedelsbehandling. Dessa kan bemötas antingen genom att sjuksköternas andel av personalen vid verksamhetsenheterna höjs eller genom att kompetent personal på motsvarande sätt koncentreras till hemsjukhusverksamheten eller till ambulerande, specialiserade team som kan betjäna klienterna i olika tjänster. Det finns också behov av annan specialpersonal, i synnerhet kompetenta läkare, samt kompetens för smärtlindring och tillhörande medicinering. En arbetsgrupp för terminalvård som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet kan föreslå att antalet sjukskötare utökas till andra tjänster, bl.a. till hemsjukhusen.

Närvårdarnas framtida tillgänglighet påverkas av den redan tidigare genomförda ändringen av lagen om småbarnspedagogik (540/2018), som minskar antalet barnskötare. I och med den nya lagen om småbarnspedagogik minskar barnskötarnas andel av den dimensionerade personalen från två tredjedelar till en tredjedel före 2030. I fortsättningen kommer det alltså inte längre att finnas lika många närvårdare som utbildas inom småbarnspedagogiken.

Den planerade reformen av lagstiftningen om funktionshindersservicen bedöms inte ha några konsekvenser för behovet av närvårdare och sjukskötare.

Innehållet i den planerade omstruktureringen av social- och hälsotjänsterna är ännu inte exakt känt. Om den för med sig större anordnare och produktionsområden kommer den sannolikt att möjliggöra en bättre helhetsplanering av personalen. Det å sin sida förbättrar sannolikt tillgången på personal och ger t.ex. de anställda större valmöjligheter att hitta en uppgift som lämpar sig för dem. Tidigare undersökningar om t.ex. samarbetsområden har visat att större områden gör det möjligt att koncentrera kompetensen, rekryteringen och anskaffningen av vikarier (Heinämäki 2010.).

4.1.4 Inverkan på produktiviteten

Lagförslaget kommer sannolikt att påverka produktiviteten i fråga om äldreomsorg både positivt och negativt.

Reformen har indirekta konsekvenser för den totala kvaliteten, som i stor utsträckning kommer via konsekvenserna för personalen. Det är möjligt att ta in specialkompetens i personalen, vilket märks som ett ändamålsenligare serviceinnehåll och färre klientflyttningar. Dessutom kan till exempel personalens sjukfrånvaro och omsättning minska, pensioneringar senareläggas och stabiliteten förbättras samt sektorns attraktionskraft öka i allmänhet. Enligt Arbetshälsoinstitutets Kommun10-undersökning hade närvårdarna 2018 i genomsnitt 25 sjukfrånvarodagar per år och sjukskötarna 19 sjukfrånvarodagar per år, vilket är mer än personalen i genomsnitt. Det finns forskningsbevis för sambandet mellan personaldimensioneringen och personalens arbetshälsa och därigenom också sjukfrånvaro, vilket beskrivs närmare i avsnittet Konsekvenser för personalens arbetshälsa. En minskad sjukfrånvaro minskar behovet av vikarier, vilket underlättar tillgången på personal och minskar kostnaderna. Efter en höjning av dimensioneringen skulle det finnas cirka 34 000 vårdare i heldygnsvård för äldre. En minskning av de genomsnittliga sjukfrånvarodagarna redan med en dag minskar således behovet av vikarier med 100–200 årsverken.

Ett mångsidigt system för bedömning av servicebehovet som tas i bruk på riksnivå möjliggör en kunskapsbaserad utveckling av verksamheten och uppföljning av arbetets resultat.

Med tanke på produktiviteten är det skadligt att utnyttjandet av tekniken inte kan beaktas vid dimensioneringen. Teknikens inverkan på produktiviteten beror på att tekniken möjliggör utveckling av verksamhetssätten. Fastställandet av en fast personaldimensionering befäster förhållandet mellan vårdare och klienter så att en viss vårdnivå kan produceras med hjälp av den teknik som för närvarande används. Det är dock möjligt att det i framtiden utvecklas innovationer som klart minskar behovet av människoarbete. Att fastställa en fast personaldimensionering försämrar dock incitamenten för sådan innovationsverksamhet. Eftersom vårdenheterna i vilket fall som helst måste anställa ett visst antal vårdare, försämrar incitamenten för dem att utveckla sin verksamhet och skaffa sig innovationer som ger god vård med mindre mänskligt arbete.

Ökningen av arbetsproduktiviteten har en central betydelse när det gäller att lösa hållbarhetsunderskottet. Äldreomsorgen är en enhetlig helhet, vilket innebär att när det fastställs en fast personaldimensionering för heldygnsvård, överförs trycket på att öka arbetsproduktiviteten nästan helt och hållet på hemvården. Med tanke på äldreomsorgen som helhet finns det två alternativ för att höja produktiviteten, antingen höjs produktiviteten inom hemvården mer än vad som tidigare beräknats eller minskas den andel av heldygnsvård som tillhandahålls i äldreomsorgen som helhet.

4.1.5 Konsekvenser för företagen

År 2018 fanns det sammanlagt cirka 18 000 företag inom social- och hälsovården. Inom socialvården fanns det sammanlagt cirka 3 150 företag. Tre fjärdedelar av företagen inom socialvården sysselsatte färre än 10 personer. En del av social- och hälsovårdsföretagen har organisationsbakgrund.

En del av de företag som producerar äldreomsorgstjänster har ett annat huvudsakligt verksamhetsområde, och därför beskrivs äldreomsorgstjänster bäst av antalet verksamhetsställen. Enligt Statistikcentralens företagsstatistik fanns det 2017 sammanlagt 719 verksamhetsställen inom näringsgrenarna Boende med sjuksköterskevård för äldre – och Boende med särskild service för äldre. Inom näringsgrenen Hemservice för äldre och funktionshindrade personer fanns det 1 069 verksamhetsställen.

Räknat enligt antalet anställda var den privata andelen cirka 40 procent inom heldygnsomsorg och sammanlagt cirka en fjärdedel inom hemvården och det vanliga serviceboendet.

En höjning av dimensioneringen ökar kostnaderna för de företag som för närvarande inte har det antal anställda som lagförslaget förutsätter. Såsom det beskrivs i avsnittet om de ekonomiska konsekvenserna behövs det när lagen träder i kraft (1.8.2020) ett tillägg på 120 arbetstagare som beaktas i dimensioneringen och 619 stödtjänstarbetare. Cirka hälften av dessa behövs för privata verksamhetsenheter. Senast i slutet av övergångsperioden (1.4.2023) saknades 48 procent av den ökning på 4 417 personer som behövs för en dimensionering på 0,7 vid privata verksamhetsenheter.

Således uppgår företagets andel av de merkostnader som föranleds av den ökning av personalen som behövs i och med lagförslaget från och med lagens ikraftträdande till sammanlagt ca 15 miljoner euro och efter övergångsperioden till ca 126 miljoner euro per år. I bruktagandet av RAI-bedömningssystemet orsakar kommuner och privata tjänsteproducenter både kostnader för vikarier och resor som föranleds av utbildningar och kostnader för informationssystem. Företagets andel av dem är 2,7 miljoner euro. I avsnittet med de ekonomiska konsekvenserna finns det en sammanfattande tabell över kommunernas och de privata tjänsteproducenternas andelar av tilläggspersonalen och kostnaderna.

Två tredjedelar av den ytterligare personal som på grund av en minimidimensionering på 0,7 behövs vid företagets verksamhetsenheter (ca 1 300) saknas i stora företag, dvs. företag med över 10 verksamhetsenheter. Största delen av de företag som driver över 10 verksamhetsenheter är verksamma på flera orter. Av de företag som driver färre än 10 verksamhetsenheter har vissa endast en verksamhetsenhet, vissa flera.

Nästan alla äldreomsorgstjänster som produceras av privata aktörer säljs till kommunerna, som i form av statsandelar ersätts för både sina egna och företagets merkostnader. För företagen torde merkostnaderna oftast kunna täckas när avtalen med kommunerna uppdateras under övergångsperioden. Avtalsvillkoren och avtalens längd varierar dock mycket, vilket innebär att också uppdateringstakten varierar. En utmaning i sig är hur behovet att höja kostnaderna för 2020 kan beaktas i uppdateringarna av avtalen. Det finns också en risk för att avtal som sträcker sig över övergångsperioden måste förhandlas fram eller konkurrensutsättas på nytt före utgången av övergångsperioden.

Vid behandlingen av tillstånd under övergångsperioden iakttas vid bedömningen av personalens tillräcklighet äldreomsorgslagen och lagen om privat socialservice. Exempelvis kan en minimidimensionering på 0,7 inte krävas före den 1 april 2023, om villkoren i de nämnda lagarna uppfylls.

Heldygnsvården för äldre personer är till sin natur sådan att företagets praktiska verksamhet huvudsakligen sker i ett lokalt sammanhang. Utöver företagets konkurrensläge påverkas förny-

RP 4/2020 rd

elsen av avtalen och resultaten av konkurrensutsättningar också av enskilda kommuners lösningar när det gäller att utveckla servicestrukturen i en mer mångsidig riktning och köpa tjänster.

Företagen har redan nu rekryteringssvårigheter, och en höjning av dimensioneringen förvärrar situationen ytterligare.

År 2017 fanns det cirka 12 500 företagare inom social- och hälso-tjänsterna. Av dem var cirka 35,3 procent 55–64 år. Antalet 65–74-åringar var 1,2 procent. Andelen företagare i pensionsåldern av företagarna inom social- och hälso-tjänster har ökat; 2013 var de 0,98 procent av alla företagare inom branschen. Däremot har andelen unga företagare minskat jämfört med 2013. Jämfört med alla företagare är andelen äldre företagare bland företagarna inom social- och hälso-tjänster större än hos företagare i allmänhet och antalet unga företagare relativt sett mindre. Relativt sett flest 55–64-åriga social- och hälsovårdsföretagare som närmar sig pensionsåldern finns på Åland, i Kymmenedalen, Mellersta Österbotten och Lappland. De proportionella andelarna företagare i pensionsåldern är störst i Södra Savolax och Egentliga Tavastland.

Den större andelen äldre företagare torde delvis förklaras av de kompetenskrav, utbildnings- och erfarenhetskrav som hänför sig till branschen. I och med att en stor del av företagarna håller på att åldras finns det en risk för att ett stort antal företag kommer att försvinna inom branschen inom en kort tid. Enligt SMF-företagsbarometern hade 64 procent av social- och hälso-tjänstföretagen inte planerat något ägarbyte alls hösten 2018. Denna andel var större än inom jämförelsebranscherna. År 2018 startade 1 382 företag inom social- och hälsovården. Antalet företag som upphörde var 718. Konkurs inleddes i 63 social- och hälsovårdsföretag med sammanlagt 543 anställda.

En höjning av dimensioneringen ökar de krav som en ny företagare måste uppfylla för att kunna inleda företagsverksamhet inom social- och hälso-tjänster. Särskilt för små företag kan det vara utmanande att till exempel ta RAI-bedömningssystemet i bruk. Det underlättas visserligen av att det är meningen att utbildningar i samband med ibruktagandet av RAI-systemet ska ordnas centraliserat och av att anordnaren enligt lagförslaget ansvarar för tillhandahållandet av systemet. De ökade kraven försämrar dock små aktörers möjligheter att komma in på marknaden.

Den ovan beskrivna pensioneringen av företagare och de utmanande krav som ställs på små företag kan leda till att små företag minskar. Minskningens konsekvenser för marknaden i branschen beror på om deras verksamhet säljs till exempel till andra företag. Om fastighets-, omsorgs- och stödtjänster i fortsättningen separeras allt mer från varandra, blir det lättare för nya aktörer att komma in på marknaden och att avlägsna sig. Dessutom kan det förekomma en specialisering av tjänsterna och ett mångsidigare utbud av tjänster.

Eftersom utnyttjandet av teknik inte kan beaktas i dimensioneringen, minskar kommunernas och privata tjänsteproducenters benägenhet att skaffa och ta i bruk nya innovationer. Detta försämrar utvecklingsutsikterna för välfärdsteknikföretagen.

4.1.6 Konsekvenser för hushållens ekonomiska ställning

Reformen har inga direkta konsekvenser för hushållens ekonomiska ställning.

Höjningen av minimidimensioneringen av personalen ökar produktionskostnaderna för heldygntjänster, vilket kan öka trycket på serviceanordnaren (kommunerna) att höja klientavgifterna i en situation där avgifterna inte regleras separat (så är fallet bland annat i serviceboende). I den planerade reformen av lagstiftningen om klientavgifter kan detta beaktas. Om klientavgiftsreformen träder i kraft före utgången av övergångsperioden, realiserar inte den ovan beskrivna risken för en höjning av klientavgifterna.

Av samma orsak finns det dock en risk för att klienternas betalningsandel av servicesedlarna stiger. Klienten har dock alltid möjlighet att vägra ta emot en servicesedel.

De icke-ekonomiska konsekvenserna för hushållen beskrivs i de andra avsnitten.

4.1.7 Konsekvenser för beskattningen

Lagförslaget har mycket små konsekvenser för förvärvsinkomstbeskattningen och samfundsbeskattningen.

4.2 Konsekvenser för myndigheterna

4.2.1 Konsekvenser för kommunerna

Kommunernas och samkommunernas tjänsteupphandlingskontrakt ska i och med lagförslaget förnyas vid enheter med heldygnsomsorg för äldre. Kontrakten torde huvudsakligen kunna förnyas i enlighet med den normala serviceupphandlingscykeln, eftersom största delen av kommunernas avtal om köpta tjänster är 2–3 år långa. Ändringarna kan därför uppdateras under övergångsperioden.

Kommunerna har också ingått längre avtal än så. Uppdateringen av avtalen och besluten om servicesedlar medför extra administrativt arbete och kostnader, om konkurrensutsättningen måste inledas före de tidsfrister som anges i avtalen.

Dessutom ska kontinuiteten i klientvården beaktas. Vid upphandling av social- och hälso-tjänster som gäller långvariga vård- och klientförhållanden ska den upphandlande enheten enligt lagen om offentlig upphandling och koncession (1397/2016, nedan upphandlingslagen) bestämma kontraktens längd och de andra kontraktsvillkoren så att kontrakten inte har oskäligen eller oändamålsenliga följder för tjänsteanvändarna. Också i 14 § i äldreomsorgslagen förutsätts att vårdarrangemangen för en äldre person ska vara bestående (om det inte är befogat att ända på dem på grund av klientens önskemål eller servicebehov). Klienterna blir således kvar hos de gamla tjänsteproducenterna, vilket gör prissättningssituationen utmanande.

Om höjningen av kraven leder till att de stora aktörernas ställning på marknaden stärks, försvårar det små kommuners ställning i konkurrensutsättningssituationer bland annat på grund av att antalet anbudsgivare minskar och kraven på konkurrensutsättningskompetens ökar.

Serviceanordnaren kan bli tvungen att i brådskande ordning ordna servicen för klienterna i en situation där tjänsteproducenten inte kan ordna den personal som lagen förutsätter. Eftersom det också behövs lokaler för heldygnsomsorg är det en utmaning för de kommuner som inte har tillräckligt med egna lokaler till sitt förfogande. Makars rätt att vara på samma vårdplats kan

RP 4/2020 rd

leda till placeringsbeslut som är utmanande med tanke på servicebehovet, om deras servicebehov är mycket olika.

I heldygnstjänster utgjorde kommunernas och samkommunernas egen personal 60 %. Inom hemvården och det vanliga serviceboendet var den egna personalens andel 75 %.

Såsom det beskrivs i avsnittet om de ekonomiska konsekvenserna behövs det när lagen träder i kraft (1.8.2020) en personalökning på 120 arbetstagare som beaktas i dimensioneringen och 619 stödtjänstarbetare. Av dessa behövs cirka hälften vid kommunernas och samkommunernas verksamhetsenheter. Senast i slutet av övergångsperioden (1.4.2023) saknas 52 procent av den ökning på 4 417 personer som behövs för en dimensionering på 0,7 vid privata verksamhetsenheter kommuner och samkommuner. I avsnittet med de ekonomiska konsekvenserna finns det en sammanfattande tabell över kommunernas och de privata tjänsteproducenternas andelar av tilläggspersonalen och kostnaderna.

Reformen har inga väsentliga konsekvenser för lokalerna.

Kommunerna har redan nu rekryteringssvårigheter, och en höjning av dimensioneringen försvårar situationen ytterligare.

4.2.2 Konsekvenser för tillsynen

Tillsynen utövas av Valvira, regionförvaltningsverken och kommunerna.

Den minimidimensionering som föreslås i lagförslaget kommer att underlätta, förtydliga och förenhetliga tillsynen över heldygnsvård för äldre. Att minimidimensioneringen skrivs in i lag ökar dock utmaningarna för tillsynsmyndigheten och kommunerna att utöva tillsynen så att tillsynen i anknytning till underskridande av dimensioneringen är konsekvent och har snabb verkan.

Tillsynen kommer att vara särskilt utmanande under övergångsperioden. Propositionen kommer dock sannolikt att under övergångsperioden och i synnerhet 2 023 öka de konkreta tillsynsuppgifterna (reaktiv tillsyn) i form av tillsynsärenden och klagomål som inleds. Dessutom kommer de planmässiga och systematiska dimensioneringstillsynsuppgifter som baserar sig på kunskapsunderlaget samt det anknytande interna och externa behovet av styrning att öka på riksnivå. I och med propositionen är det sannolikt att de utredningsprocesser som hänför sig till tillsynen i det inledande skedet också blir tyngre, så att en stor del av de ärenden som behandlas inte längre utreds genom lättare förfaranden, utan tillsynen kommer också att förutsätta administrativt tyngre utredningsprocesser.

Samtidigt stiger förväntningarna på tillsynen. Medborgarnas medvetenhet om sina egna och anhörigas rättigheter kommer att öka, vilket innebär ett tryck på tillsynsmyndigheterna och kommunerna. De föreslagna ändringarna kan också öka behovet av rådgivning och handledning som tillsynsmyndigheterna ger tjänsteproducenterna t.ex. till den del personaldimensioneringen beräknas på det sätt som avses i lagen.

Utmaningarna i fråga om tillgången på personal kan också återspeglas i ökade tillsynsuppgifter inom hemvården. Genomförandet av den alltmer komplexa tillsynen över tjänster som tillhandahålls i hemmet kommer att vara en utmaning, eftersom de tjänster som tillhandahålls klienterna i hemmet inte kan övervakas med traditionella inspektionsmetoder.

Kommunernas och privata tjänsteproducenters eget ansvar för sin verksamhet kommer att öka i och med att tillsynsmyndighetens arbetsmängd ökar. Det har redan nu varit en utmaning att genomföra egenkontroll i enheternas vardag och i den faktiska verksamheten. Detta kommer att förutsätta att egenkontrollen utvecklas.

I takt med att reformen av servicen för äldre framskrider kommer man att utveckla den riksomfattande uppföljningen av dimensioneringen så att den regelbundet och så kostnadseffektivt som möjligt producerar och publicerar enhetlig information om dimensioneringen. Detta underlättar både tillsynen över tillsynsmyndigheterna och egenkontrollen.

Konsekvenserna beror på lång sikt till många delar på hurdana funktionella förändringar den nya regleringen i olika faser medför i serviceverksamheten. Dessa ändringar gäller också den ställning och betydelse som egenkontrollen får som en effektivare del av säkerställandet av att kraven uppfylls. Konsekvenserna beror vidare på de val som görs i styrningen och ledningen av tillsynen samt på eventuell ny reglering som ändrar tillsynsförfarandena. Dessa frågor granskas under övergångsperioden för reformen, när hela reformen av äldreomsorgen och utvecklandet av tillsynen som en del av reformen framskrider.

4.3 Konsekvenser för miljön

Reformen har inga miljökonsekvenser.

4.4 Övriga samhällsliga konsekvenser

4.4.1 Konsekvenser för klienterna

Äldre personer för vilka det ordnas serviceboende med heldygnsomsorg eller institutionsvård är i allmänhet i behov av omfattande vård och stöd. Klienterna vid enheter med heldygnsomsorg är huvudsakligen personer med en framskriden minnessjukdom eller med flera sjukdomar. Deras vård kräver specialkompetens och en höjning av personaldimensioneringen gör det möjligt att i större utsträckning än tidigare använda specialkompetens vid verksamhetsenheterna. Det är emellertid inte alltid ändamålsenligt att anställa en egen expert vid en enhet. Specialkompetens kan koncentreras regionalt och kan då vid behov användas av flera enheter.

Som helhet betraktat sjunker livskvaliteten för långtidsvårdsklienterna i livets slutskede. Minnesstörningar orsakar ofta en känsla av otrygghet och osäkerhet hos klienterna. Detta kan leda till olika riskfyllda situationer som man kan undvika och bättre reagera på om personaldimensioneringen är tillräcklig. Samtidigt kan också avancerade tekniska lösningar öka säkerheten.

Det finns dock forskningsbelägg också för att livskvaliteten för en del av klienterna höjs när de övergår till långtidsvård. Det har fått positiva effekter när det gäller att lindra ensamheten för äldre och öka deras möjligheter att delta och trygghetskänslan.

Vårdarbetets kvalitet mäts vanligen genom en bedömning av dokumentationen av arbetet. Vid tillsynen har man hittat kvalitetsproblem i långtidsvård som bedömts på detta sätt. I de riksomfattande kvalitetsbedömningarna betonas vanligen organisationsperspektivet och för närvarande saknas i Finland en riksomfattande enkät om kundtillfredsställelse inom äldreomsorgen. Till exempel i Sverige görs årligen en enkät bland äldre med frågor om vad de tycker om äldreomsorgen både inom hemtjänst och särskilt boende.

I undersökningar har det konstaterats att personalens tillräcklighet, personalstruktur, ork och yrkesskicklighet är viktiga för kvaliteten på vårdarbetet och omsorgen (Muurinen 2003; Räikkönen, Perälä & Kahanpää 2007; Topo m.fl., 2007; Trinkoff m.fl., 2011). Personaldimensioneringen har i internationell litteratur konstaterats ha samband bland annat med dödligheten under sjukhusvård (Driscoll m.fl., 2018) samt brister i vårdarbetet (Griffiths 2018).

I en finländsk undersökning om institutionsvård av äldre fanns det ett samband mellan teknisk effektivitet som baserar sig på en lägre dimensionering och kvalitetsvariabler som beskriver i synnerhet passiverande och icke-rehabiliterande vårdarbete (Laine 2005). Räsänen (2011) hittade inget samband mellan personaldimensioneringen och livskvaliteten hos klienter inom helldygnsomsorg, men undersökningen baserar sig på ett litet material av enheter (n = 33) och dessutom är livskvalitet begreppsmässigt en annan sak än vårdkvalitet.

Enligt enkätundersökningen NORDCARE från 2005 (Kröger & Vuorensyrjä 2008, 250–266) var de finländska vårdarbetarna inom institutionsvården mer utbildade jämfört med de övriga nordiska länderna: varannan hade minst två års utbildning. Upprätthållandet av en god utbildningsnivå är också i fortsättningen en faktor som upprätthåller kvaliteten. Höjningen av personaldimensioneringen och slopandet av indirekta uppgifter i dimensioneringen minskar belastningen på vårdpersonalen, vilket i undersökningar har konstaterats förbättra vårdens kvalitet. Sambandet mellan kvalitet och belastning har konstaterats i en undersökning bl.a. av Schnelle m.fl., 2004, Finlayson m.fl., 2007. Det har observerats att bland annat långa arbetsskift kunde leda till felbedömningar i vården. Långa arbetsskift utförs i synnerhet när det är svårt att få vikarier.

Dimensioneringens konsekvenser för vårdens kvalitet förverkligas delvis genom dimensioneringens konsekvenser för personalen, eftersom brådskas och arbetsbelastning (Pekkarinen 2007), utmattning hos personalen (Salyers m.fl., 2017) och omsättning (Trinkoff 2013) också är faktorer som påverkar vårdens kvalitet. Därför har inte bara dimensioneringen utan också ledningen och organiseringen av arbetet betydelse. I den finländska undersökningen var kvaliteten på vården vid vårdenheterna bättre, när ledningen upplevdes rättvis och arbetstagarna hade möjlighet att påverka utförandet av sitt eget arbete (Pekkarinen 2007).

Vid bedömningen av lagens konsekvenser för tillgodoseendet av en äldre persons grundläggande fri- och rättigheter är aspekterna rätten till oundgänglig omsorg som behövs för ett människovärdigt liv (19 § 1 mom. i grundlagen) samt det allmännas skyldighet att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa (19 § 3 mom. i grundlagen). De situationer som avses i dessa bestämmelser gäller ofta just äldre när de inte själva förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv.

Personaldimensioneringen torde påverka i synnerhet den individuella vård som klienten får, när man vid verksamhetsenheterna kan stärka ett kundorienterat arbetssätt i och med att personalen ökar. Då kan klientens egna önskemål när det gäller hur vården och den egna vardagen ordnas beaktas bättre än för närvarande, vilket för sin del tryggar självbestämmanderätten och många centrala grundläggande fri- och rättigheter, såsom rätten till liv och personlig frihet, integritet och trygghet samt skyddet för privatlivet. Det kan således bedömas att tillräcklig och högklassig personal, dvs. i synnerhet bestämmelserna om minimidimensioneringen av personalen, har positiva effekter med tanke på flera grundläggande fri- och rättigheter.

I och med lagförslaget får klienter i fortsättningen bättre sådana tjänster som de behöver. När en riksomfattande enhetlig bedömning av servicebehovet tas i bruk, kan bland annat rehabiliteringsmöjligheter och specialbehov bedömas och identifieras på ett mer omfattande sätt än för närvarande.

Den lagstadgade dimensioneringen av minimiantalet anställda och en enhetlig nationell bedömning av servicebehovet kan främja både den regionala jämlikheten och jämlikheten mellan personer som bor i olika enheter. En enhetlig bedömning av servicebehovet är viktig med tanke på jämlikheten också därför att möjligheterna att lyfta fram brister i jämlikheten annars är begränsade i synnerhet för klienter som lider av en framskriden minnessjukdom eller som har flera sjukdomar. Exakt information om klientstrukturen effektiviserar tillsynen över och uppföljningen av servicen, och åtgärder som förbättrar verksamheten kan snabbt inriktas på krisdrabbade verksamhetsenheter. Detta förbättrar klientsäkerheten.

Utöver likabehandling tryggar en nationellt enhetlig bedömning av servicebehovet det allmännas skyldighet enligt grundlagen att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Serviceboende och institutionsvård ska utöver vård och omsorg också innefatta verksamhet som upprätthåller och främjar funktionsförmågan samt möjligheter till social växelverkan och delaktighet som främjar ett meningsfullt liv. Detta perspektiv kan beaktas bättre än tidigare till följd av en noggrannare uppföljning, planering och åtskillnad mellan direkt och indirekt arbete i samband med dimensioneringen.

Sammantaget förbättrar en noggrannare reglering av bedömningen av servicebehovet och kraven på personaldimensioneringen klientens rättssäkerhet och jämlikhet jämfört med den nuvarande styrmodellen som starkt baserar sig på rekommendationerna.

En klarare arbetsfördelning vid verksamhetsenheterna garanterar bättre än i nuläget att personalens arbetstid inriktas på sådana uppgifter som de har kompetens för med tanke på sin utbildning. Detta bidrar också till att öka klientsäkerheten. En av riskerna med en noggrann åtskillnad mellan indirekt och direkt arbete kan emellertid vara att indelningen leder till att den institutionsbaserade kulturen och medikaliseringen ökar, vilket strider mot de centrala målen i lagförslaget. Att bestämmelserna i lagförslaget i sin helhet genomförs på rätt sätt på det praktiska fältet minimerar dock denna risk.

Samtidigt kan det i fortsättningen vara svårare för klienterna att få tillgång till heldygnsvård, om den på grund av ändrade servicestrukturer finns tillgänglig för en mindre del av dem som behöver äldreomsorg än tidigare. I stället kan det dock också utvecklas nya serviceformer, i synnerhet blandformer av boende och service. Detta kan leda till att tjänsteutbudet blir mångsidigare, vilket gör det möjligt att bättre än tidigare tillgodose de individuella behoven hos personer som behöver tjänster. Samtidigt kan en höjning av dimensioneringen gynna stora och centraliserade enheter i stora bostadscentra, eftersom den personaldimensionering som krävs bättre kan garanteras vid dem med tanke på kostnadseffektiviteten. Detta minskar i sin tur tjänsternas mångfald. Ökade produktionskostnader kan också leda till ökade klientflyttningar mellan enheter med en dimensionering över och under 0,7 enligt hur klienternas funktionsförmåga varierar.

4.4.2 Konsekvenser för anhöriga

I heldygnsvård har de anhöriga emotionell omsorg om sina närstående. När det i allt större utsträckning har upptäckts brister i tjänsterna, ökar oron för kvaliteten på den vård som den egna

närstående får. En höjning av personaldimensioneringen minskar de anhörigas oro, men tar inte bort den. I Institutet för hälsa och välfärds ASLA-undersökning konstaterades att de anhöriga är mer kritiska i sina bedömningar av vårdens kvalitet än de klienter som ännu kunde besvara frågorna själva.

Närmare bestämmelser genom lag om bedömning av behovet av vård och tjänster och om de krav som ställs på dimensioneringen av personalen förbättrar klientens rättssäkerhet och jämlikhet jämfört med den nuvarande styrmodellen som är starkt baserad på rekommendationerna. Denna inverkan berör direkt också klientens anhöriga och närstående personer, och ökar därmed deras tro på att tjänsten tillhandahålls på rätt sätt och att servicen håller god kvalitet.

Allmänna minnessjukdomar orsakar förändringar i den sjukas personlighet och beteende. Om personalen har mer tid kan de närstående få stöd och handledning för att kunna möta denna förändring.

De anhörigas delaktighet i planeringen och genomförandet av vården förbättras. En anhörig till en minnessjuk är vanligen tvungen att fatta beslut om vården för den närstående personens räkning. När vårdpersonalen har mer tid att interagera med de anhöriga minskar oklarheterna och det är lättare att fatta vårdbeslut i samarbete med yrkesutbildade. Indelningen av arbetsuppgifterna i direkt och indirekt arbete torde också ur den anhörigas synvinkel klargöra hur och av vem klientens vård och omsorg genomförs och vem man ska kontakta i frågor som gäller det.

4.4.3 Konsekvenser för personalens arbetshälsa

I den internationella forskningslitteraturen har dimensioneringen haft samband med vårdpersonalens välbefinnande. Shin m.fl. (2018) granskade i en färsk översiktsartikel i huvudsak de undersökningar som gjorts om personaldimensioneringen i sjukhusmiljö och konstaterade att det finns samband mellan en bristfällig dimensionering och utbrändhet bland vårdarna, dålig arbetstillfredsställelse, olycksfall i arbetet och en benägenhet bland vårdarna att byta arbetsplats. Den brådska och arbetsbelastning som beror på bristfällig dimensionering förefaller vara av central betydelse. I en nordisk jämförelse var personalens tillräcklighet sämst i Finland och upplevelsen av brådska inom äldreomsorgen har ökat (Kröger m.fl., 2018). Personaldimensioneringen har också varit en faktor som klart förklarar upplevelsen av brådska särskilt inom institutionsvård av äldre (Sinervo m.fl., 2010). I den sistnämnda finländska undersökningen granskades också sambandet mellan dimensioneringen och brådskan och vårdpersonalens välbefinnande. I upplevelsen av brådska ingår utöver dimensioneringen även andra faktorer, såsom organiseringen av arbetet och ledningspraxis, men när dessa faktorer betydelse hade beaktats var det uttryckligen brådska på grund av dimensioneringen som hade ett starkt samband med personalens välbefinnande, hälsa, upplevelse av stress och sömnproblem (Elovainio m.fl., 2015). Brådska i arbetet, övertidsarbete och långa arbetsskift har också samband med ökad frånvaro från arbetet (Kottwitz 2018, Ropponen 2018), vilket ytterligare som en ond cirkel kan öka den belastning som enheten upplever på grund av att personalen är för liten.

Således kommer ökningen av personalen sannolikt att leda till en minskad brådska och arbetsbelastning, vilket leder till att även sjukfrånvaron och branschbyten minskar. Detta kan också göra äldreomsorgen attraktivare som arbetsplats och som inriktningalternativ för studerande.

Brådskas och dimensionering är dock inte de enda faktorer som påverkar personalens välbefinnande. Även när dimensioneringen ökas bör beaktas andra faktorer som påverkar välbefinnandet i arbetet och benägenheten att stanna kvar i arbetet, såsom ledningspraxis och tillvägagångssätten på arbetsplatsen (Vehko m.fl. 2018).

Vid sidan av resurstilldelningen för heldygnsomsorg är det viktigt att se till att också andra serviceformer får resurser, i synnerhet som tyngdpunkten inom äldreomsorgen och vården samtidigt håller på att förskjutas i riktning mot förebyggande tjänster som tillhandahålls i hemmet. Enligt en färsk finländsk undersökning var belastningen på personalen stor särskilt inom hemvården jämfört med andra serviceformer. Inom hemvården upplevde endast 40 procent att de kan utföra sitt arbete väl. På hälsocentralernas bäddavdelningar och i serviceboende med heldygnsomsorg var det något över hälften som upplevde detsamma. Inom hemvården är också upplevelsen av brådskas och belastningen på grund av informationssystem och ensamarbete störst (Vehko 2017).

4.4.4 Konsekvenser för tillgången till andra tjänster

Lagförslaget konsekvenser för hemvårdstjänsterna återspeglas genom tillgången på personal. Tillgången på hemvårdstjänster kan försämrats om tillgången på hemvårdspersonal försvåras. Konsekvenserna för servicestrukturen återspeglas genom förändringar i de relativa kostnaderna för tjänsterna. Kostnadsökningen inom heldygnsvården ökar sannolikt mängden förmånligare s.k. boendetjänster av blandform. Om servicestrukturen utvecklas i riktning mot öppenvårdstjänster är det viktigt att hemvården räcker till.

Det faktum att servicestrukturen förändras kan också ha positiva effekter. Om det utvecklas mångsidiga serviceformer, i synnerhet blandformer av boende och service, och klienterna således indelas i flera serviceformer än för närvarande, framhävs klienternas individuella behov i allt högre grad som utgångspunkt för tjänsterna och valet av dem. Detta stöder stärkandet av självbestämmanderätten i servicen för äldre, vilket för sin del tryggar många centrala grundläggande fri- och rättigheter, såsom rätten till liv och personlig frihet, integritet samt skyddet för privatlivet.

Ökningen av mångsidiga servicekoncept kan ha betydelse också med tanke på jämlikheten. För närvarande kan olika områden ha olika möjligheter att hitta lösningar för boende av blandform, men om de ökar i allt fler områden skulle äldre ha en jämlikare ställning än tidigare sinsemellan. Detta stärker å sin sida rätten till jämlikhet enligt 6 § i grundlagen.

Konsekvenserna för hälsotjänsterna beror på hemvårdstjänsternas tillräcklighet. Om tillgången på hemvårdstjänster är otillräcklig ökar antalet jourbesök och annan användning av hälso- och sjukvårdstjänster. Samtidigt kan behovet av jour öka också om det inte finns tillräckligt med läkartjänster eller sjukvård att tillgå vid enheter med heldygnsomsorg.

De föreslagna ändringarna kan eventuellt inverka på tillgången på personal inom andra tjänster av samma typ som grundar sig på vård och omsorg, såsom funktionshinder-, mentalvårds- och missbrukartjänster, samt eventuellt också i större utsträckning på tillgången på personal inom andra social- och hälsovårdstjänster.

4.4.5 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

Majoriteten av yrkesverksamma närvårdare och sjukskötare är kvinnor. Exempelvis enligt Statistikcentralens lönestatistik för kommunsektorn bestod 97 procent av de sjukskötare och 94 procent av de närvårdare som arbetade vid kommunernas vårdinrättningar och serviceboende för äldre av kvinnor. Likaså är majoriteten av dem som sökt sig till utbildning kvinnor (till exempel 84 procent av dem som deltog i närvårdarutbildning 2017 var kvinnor). Reformens sysselsättande effekt gäller alltså mer kvinnor än män. Likaså berör konsekvenserna för personalen i högre grad kvinnor.

Största delen av klienterna inom tjänsterna för äldre är kvinnor, vilket innebär att lagförslagets förslag till bestämmelser jämte konsekvenser åtminstone indirekt mer berör kvinnor än män eftersom kvinnor i genomsnitt lever längre än män. Ju äldre åldersgrupp det är fråga om, desto större andel av de personer som berörs av bestämmelserna är kvinnor. En noggrannare planering av personalresurserna kan ge bättre möjligheter än tidigare att beakta könsrelaterade omständigheter, t.ex. könssensitiva situationer som en del av vården och omsorgen, inom äldreomsorgen både för den klient som får servicen och för den part som ger vården och omsorgen.

4.4.6 Konsekvenser för de språkliga rättigheterna

Lagförslaget har i princip inga betydande konsekvenser för tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna i fråga om nationalspråken, eftersom det inte ändrar rätten för dem som använder tjänsterna att få tjänster på sitt eget språk. De språkliga rättigheterna beskrivs i beskrivningen av nuläget.

En av utgångspunkterna i socialvårdslagstiftningen för sådan reglering som stöder en persons deltagande och delaktighet är att dessa rättigheter ska stödjas på det sätt som personens livssituation förutsätter. Detta anses också inbegripa beaktandet av den språkliga och kulturella bakgrunden. Detta har betydelse bland annat när det gäller att stödja delaktighet och deltagande för svenskspråkiga, samer och teckenspråkiga. Med tillräckliga personalresurser av hög kvalitet är det mer sannolikt att de nämnda grundläggande fri- och rättigheterna kan uppmärksammas och tryggas.

Redan nu finns det utmaningar med att rekrytera svenskspråkig arbetskraft, vilket behovet av en snabb ökning av personalen ytterligare kan förvärra. I regeringens berättelse om tillämpningen av språklagstiftningen 2017 (språkberättelse) behandlas äldreomsorgen på allmän nivå. I berättelsen konstateras de områdesspecifika vitsord för tjänster på det egna språket som svenskspråkiga som utgör en minoritet i kommunen har gett på skalan 4–10. För äldreomsorgen gavs vitsordet 8,1 i Österbotten, 6,8 i Egentliga Finland och 7,6 i Nyland. I språkberättelsen konstateras att en betydande orsak till att de svenskspråkiga språkliga rättigheterna tillgodoses dåligt är svårigheterna att rekrytera språkkunnig personal. Den väsentliga effekten av de nu föreslagna bestämmelserna torde vara en kraftig ökning av antalet anställda, vilket också kan göra det möjligt att uppnå en mångsidigare personal än tidigare. Detta kan förbättra servicen för kunder från olika kulturer och språkområden, såsom dem som talar båda nationalspråken, teckenspråkiga, samiskspråkiga och romer. Lagstiftningen torde dock i praktiken ha liten inverkan på den faktiska tillgången till tjänster på dessa språk, eftersom problemet är bristen på yrkesutbildade personer som behärskar språken i fråga.

RAI-systemet finns tillgängligt på svenska.

4.4.7 Sammanfattning av riskerna

<p>Tillgång till personal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tillgången på personal är en särskild utmaning om ytterligare personal rekryteras först i slutet av övergångsperioden.
<p>Åtminstone på kort sikt kan personalsituationen i andra tjänster, i synnerhet hemvården, försämrats.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtidigt granskas även situationen inom hemvården i samband med reformen av äldreomsorgen och det är möjligt att det också för hemvården föreskrivs skyldigheter att trygga en tillräcklig personal.
<p>Det kan uppstå deloptimering eller enheter som inte omfattas av lagen, vilket (försvarar tillsynen över dimensioneringen och kan leda till att klienterna flyttar mer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Däremot är det ofta ändamålsenligt att utveckla servicestrukturen t.ex. med blandformer av boende, effektiviserad hemvård eller utökning av blandedheter, och utvecklingen av nya verksamhetssätt får inte förhindras.
<p>Tillgången till tjänster dygnet runt kan försämrats.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibrukttagandet av RAI möjliggör emellertid både en god uppföljning och en planering av tjänsterna så att de bättre motsvarar klienternas behov
<p>Risken för situationer där försök att kringgå bestämmelserna görs genom skenbara ändringar, erfarenheter av s.k. ”byten av skyltar” redan i tidigare reformer</p>
<p>Kan göra en del av servicestrukturen trög och på så sätt förhindra utvecklingen av god praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtidigt kan ökningen av personalen leda till en minskning av sjukfrånvaro, pensioneringar, personalomsättning och byte av bransch. • Om också kvalitet och verkningsfullhet räknas in i produktiviteten, finns det bättre möjligheter att producera dem.
<p>Risker i samband med övergångsperiodens längd</p> <ul style="list-style-type: none"> • Övergångsperioden ska vara av rätt längd med tanke på genomförandet (särskilt med tanke på tillgången på personal och uppdateringen av avtalen)
<p>Är det möjligt att det i något skede tas ut en licensavgift för RAI-klassificeringar, dvs. bedömningssystemets innehåll, eller att interRAI inte låter publicera kravspecifikationer (publicering av dem är en förutsättning för att fler informationssystemleverantörer ska komma med)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finlands representant (Institutet för hälsa och välfärd) ingår ett avtal med det internationella forskarsamfundet interRAI. I avtalet enas parterna om att RAI-bedömningssystemet med frågor och indikatorer får användas fritt. Ett villkor är att frågorna inte ändras i fråga om innehåll eller tolkningar för att den internationella jämförbarheten ska bevaras, men nya frågor kan läggas till. Detta avtal omfattar varken licenser eller kostnader. Enligt uppgifter från Institutet för hälsa och välfärd finns det inte licensavgifter i något land som använder interRAI-systemet, endast royalty har tagits ut för kommersiell användning. Om licensavgiften införs i Finland förutsätter det att en motsvarande avgift införs i alla länder där RAI är ett nationellt system (det finns flera sådana länder).
<ul style="list-style-type: none"> • Leveranstidtabell och priser för separat RAI-programvara <ul style="list-style-type: none"> ○ Om en mycket stor del av kommunerna skaffar programvaran först i slutet av övergångsperioden, kan programvaruleveranserna fördröjas och priserna stiga.

4.4.8 Sammanfattning av sätten att öka arbetskraften

Det snabbaste sättet att påverka tillgången på arbetskraft är följande:

- Förlängning av tiden i arbetslivet och minskning av sjukfrånvaron genom att förbättra välbefinnande i arbetet och ledningen
- Pensionärers, deltidsanställdas och partiellt arbetsföras arbetsinsats utnyttjas till exempel genom en flexiblare arbetstidsplanering
- Genomgång av situationen för arbetslösa, beaktande av branscher med brist på arbetskraft i utbudet av arbets- och näringsstjänster och planering av återgång till arbetet i samarbete med arbetsplatserna

Med några års fördröjning kan tillgången på arbetskraft förbättras med hjälp av följande metoder:

- Öka utbildningen (öka antalet nybörjarplatser för närvårdare och sjukskötare med beaktande av en utveckling av urvalsförfarandet, förbättra genomströmningen till exempel genom bättre stödåtgärder, underlätta studievägar för omsorgsassistenterna och läroavtalsutbildning och standardisera utbildningen för omsorgsassistenterna)
- Stöd och underlättande av återgång till branschen
- Utnyttjande av teknik och hjälpmedel i synnerhet i de mest krävande och fysiskt tyngsta arbetena
- Ökning av sektorns attraktionskraft påverkar både benägenheten att stanna kvar i arbetet och att genomgå utbildning
- Utveckling av ledarskapet och organiseringen av arbetet (t.ex. arbete i arbetspar) samt översyn av välbefinnandet i arbetet
- Utveckling av karriärmöjligheterna

5 Beredningen av propositionen

5.1 Beredningsskeden och beredningsmaterial

En arbetsgrupp för en reform av äldreomsorgen tillsattes den 8 maj 2019 för en mandatperiod fram till utgången av 2019. Arbetsgruppen har som mål att trygga högklassiga, jämlika och kostnadseffektiva tjänster för äldre samt att stärka tjänsternas kvalitet och tillgången på tjänsterna på ett ändamålsenligt och jämlikt sätt samt att styra utarbetandet av ett förvaltningsövergripande åldersprogram för åtgärder i anslutning till befolkningens åldrande på lång sikt. Arbetsgruppen har till uppgift att bedöma vad som behöver lyftas upp till lagnivå ur kvalitetsrekommendationen för tjänster för äldre samt att genom sina förslag stödja genomförandet av tillsynsuppgiften.

Arbetsgruppen ska bereda förslag till behövliga ändringar i lagstiftningen jämte konsekvensbedömningar samt också lägga fram ett förslag till genomförande av de föreslagna åtgärderna. Arbetsgruppen har också till uppgift att lägga fram ett förslag till kvalitetsrekommendation för åren 2020–2023 samt att styra beredningen av åldersprogrammet.

Familje- och omsorgsminister Krista Kiuru preciserade arbetsgruppens uppgifter och sammansättning genom ett nytt tillsättningsbeslut i slutet av augusti 2019. Utöver sina andra uppgifter gavs arbetsgruppen i uppdrag att bedöma en höjning av personaldimensioneringen till minst 0,7 i enheter med heldygnsomsorg och att klargöra den anknytande arbetsfördelningen. För beredningen av en regeringsproposition som gäller denna helhet tillsattes en dimensioneringssektion som före utgången av september 2019 fick i uppdrag att bereda ett förslag till en regeringsproposition om personaldimensionering och enhetliga indikatorer som ska användas vid bedömningen av funktionsförmågan.

Sektionerna för konsekvensbedömning och personal i arbetsgruppen för reformen av tjänsterna för äldre ordnade ett diskussionsmöte den 5 september 2019. Målet var att de skulle få så mångsidig information som möjligt från olika sakkunniga för att kunna bedöma personalens tillräcklighet och personalbehoven inom äldreomsorgen. Teman för samrådet var en kvantitativ utveckling av utbildningen, andra aspekter som anknyter till den kvantitativa utvecklingen samt kompetensbehovens utveckling. Vid diskussionsmötet hördes synpunkter från nationella experter (UKM, Utbildningsstyrelsen, Keva, Institutet för hälsa och välfärd, TTL, ANM, SHM) samt om servicesystemet från de ansvariga inom äldreomsorgen (Rovaniemi, Salo). Det gjordes en sammanställning över förslagen från diskussionsmötet och kunskapsunderlaget i sammanställningen har utnyttjats med de experter som ska höras i de olika sektionernas beredning och fortsatta arbete.

Dimensioneringssektionen ordnade ett diskussionsmöte den 23 september 2019. Vid mötet presenterades sektionens preliminära förslag och 23 anföranden hördes. De som hördes hade kallats på basis av dimensioneringssektionens förslag. Antalet deltagare var sammanlagt cirka 40. De som hördes hade på förhand fått temafrågor om personalstrukturen, vilket arbete som ska räknas in i dimensioneringen samt andra omständigheter som hänför sig till dimensioneringen, såsom beräkningstiden, bedömningen av servicebehoven och funktionsförmågan och de metoder som används vid bedömningen samt ordnandet av stödtjänster och tidpunkten för ikraftträdandet av reformerna. Dessutom hördes anföranden om tillgången på personal, inkluderandet av personer i läroavtalsutbildning i dimensioneringen samt underlättandet av arbetsrelaterad invandring.

Dimensioneringssektionen sammanträdde sju gånger. Sektionens förslag blev klart den 2 oktober 2019. Utkastet till regeringsproposition presenterades vid en presskonferens vid social- och hälsovårdsministeriet den 3 oktober 2019, varefter social- och hälsovårdsministeriet sände det på remiss. Det slutliga förslaget från dimensioneringssektionen behandlades inte i den huvudsakliga arbetsgruppen före remissbehandlingen.

5.2 Remissyttranden och hur de har beaktats

Det kom in sammanlagt 93 yttranden om utkastet till propositionen. Av remissinstanserna företrädde 30 kommuner och samkommuner, 26 organisationer, 16 statliga myndigheter, 7 tjänsteproducenter och 14 andra remissinstanser.

Största delen av remissinstanserna förhöll sig positivt till reformens centrala mål att trygga kvaliteten på äldreomsorgen och förbättra klient- och patientsäkerheten genom att säkerställa tillräcklig personal som ansvarar för heldygnsvård och heldygnsomsorg.

Största delen av remissinstanserna ansåg att införandet av nationella bedömnings- och uppföljningsindikatorer vid utredandet av äldre personers servicebehov, funktionsförmåga och vårdberoende är värt att understödja. Nästan två tredjedelar av remissinstanserna ansåg att RAI är det bästa alternativet till ett enhetligt system. Samtidigt betonade många remissinstanser att ibruktandet av RAI måste vara väl planerat och samordnat. Användningen av RAI kräver god kompetens av personalen, vilket framhäver vikten av kontinuerlig tillgång till utbildning i användningen av indikatorerna. I yttrandena föreslogs det också att skyldigheten att använda indikatorerna ska begränsas till äldre personer som behöver regelbunden service.

I en del av remissyttrandena kritiserades det också att användningen av RAI görs obligatorisk. Kostnaderna för användningen av RAI och för anskaffning och underhåll av systemet samt tillgången på personalresurser oroade kommunerna, privata tjänsteproducenter och en del organisationer. Också frågan om statligt stöd inom EU togs upp i utlåtandena.

Remissinstanserna ansåg att den lagstadgade minimipersonaldimensioneringen för serviceboende med heldygnsomsorg och långvarig institutionsvård förbättrar den regionala jämlikheten och jämlikheten mellan klienterna. Endast i ett fåtal utlåtanden uttrycktes ett direkt motstånd mot införandet av en bindande dimensionering på 0,7. Däremot det i många utlåtanden att enbart en numerisk minimidimensionering inte garanterar tjänster av hög kvalitet och att särskilt ledningen och chefsarbetet har en central roll när det gäller att trygga dessa tjänster. Remissinstanserna fäste också uppmärksamhet vid att en bindande personaldimensionering kan försämra andra tjänster och minska incitamenten att utnyttja tekniken i vård- och omsorgsarbete. En del av remissinstanserna bedömde att bestämmelser om en minimidimensionering höjer tröskeln för möjligheterna till serviceboende med heldygnsomsorg på grund av de ökade kostnaderna. I nästan alla utlåtanden uttrycktes oro över den ökning av personalen som en höjning av personaldimensioneringen förutsätter, tillgången på yrkesutbildad personal samt den ökning av kommunernas kostnader som en ökning av personalen medför och över att kommunernas resurser räcker till för att verkställa lagreformen. Många remissinstanser var särskilt oroade över propositionsutkastets konsekvenser för hemvårdspersonalens tillräcklighet och ork samt tillgången till hemvård.

Största delen av remissinstanserna ansåg att de personalgrupper som föreslås bli beaktade i personaldimensioneringen motsvarar klienternas behov och behoven i verksamheten. Enligt remissinstanserna är det ytterst viktigt att klargöra vilka som i fortsättningen ska beaktas i dimensioneringen. Några remissinstanser föreslog att den personal som beaktas i det direkta arbetet definieras närmare i lag eller förordning i stället för i motiveringen till lagen.

Största delen av remissinstanserna ansåg det motiverat att skilja de indirekta stödtjänsterna från det direkta klientarbetet. Flera remissinstanser ansåg att de direkta och indirekta uppgifterna i allmänhet kan definieras tydligt. Samtidigt konstaterades det i många utlåtanden att det inte alltid är entydigt och ändamålsenligt att dra gränsen mellan det direkta klientarbetet och de indirekta stödtjänsterna. I yttrandena påpekades att en alltför snäv klassificering i olika uppgifter äventyrar tillgodoseendet av klienternas behov på ett kundorienterat och övergripande sätt. Det kan också försvåra ett smidigt samarbete vid verksamhetsenheterna.

I nästan alla utlåtanden önskades ett förtydligande av sättet att beräkna personaldimensioneringen. Några remissinstanser ansåg att det krävs en noggrannare översyn och reglering av de grundläggande fri- och rättigheterna för att Institutet för hälsa och välfärd ska kunna åläggas uppgiften att fastställa beräkningsformeln för dimensioneringen. Flera remissinstanser bedömer att det beräknings- och uppföljningssystem som föreslås i utkastet till proposition i betydande grad ökar det administrativa arbetet och därmed kostnaderna för offentliga och privata tjänsteproducenter och Institutet för hälsa och välfärd.

Nästan alla remissinstanser ansåg att en övergångsperiod fram till den 1 april 2023 enligt den föreslagna lagen behövs för genomförandet av minimidimensioneringen. En central oro var tillgången på kunnig personal under övergångsperioden. Många konstaterade också att övergångsperioden är problematisk med tanke på finansieringen av reformen och jämlikheten mellan klienterna och tjänsteproducenterna. I en del utlåtanden krävdes att statsandelar på grund av de nya uppgifterna betalas till kommunerna redan under övergångsperioden. Tjänsteproducenterna och tillsynsmyndigheterna var oroade över övergångsperiodens konsekvenser för avtalen och tillståndsövervakningen. Bestämmelsen om övergångstid ansågs i flera utlåtanden vara oklar och mångtydig. En femtedel av remissinstanserna föreslog en tidsmässigt graderad definition av övergångstiden. Många remissinstanser önskade att propositionen preciseras särskilt i fråga om hur en tillräcklig dimensionering bedöms under övergångsperioden i fråga om en dimensionering under 0,7.

När det gäller bedömningen av kostnadseffekterna ansågs propositionen kräva fortsatt beredning i synnerhet i fråga om konsekvenserna för den kommunala och den offentliga ekonomin samt konsekvenserna för företagen. Remissinstanserna föreslog att konsekvensbedömningen kompletteras också med tanke på de grundläggande fri- och rättigheterna.

Fortsatt beredning

Vid den fortsatta beredningen har bestämmelsen om användningen av RAI-bedömningssystemet preciserats så att RAI ska användas i tjänster som regelbundet tillhandahålls äldre personer. Dessutom har motiveringen preciserats i fråga om tidpunkten för genomförandet av en RAI-bedömning och översyn av bedömningen.

Det eventuella sambandet mellan RAI-bedömningssystemet och EU:s system för statligt stöd beskrivs tydligare i kapitlet om konsekvensbedömning. Vid bedömningen har det konstaterats att det internationella forskarsamfundet interRAI, som utvecklat RAI, använder sina licensintäkter för sitt eget forskningsarbete och eftersträvar inte vinst i sin verksamhet. Således kan det anses att licensieringsverksamheten i anslutning till interRAIs bedömningsinstrument inte är ekonomisk verksamhet och att fastställandet av skyldigheten att använda RAI-bedömningsinstrumentet inte är förenat med stöd som strider mot EU:s regler om statligt stöd.

Med avvikelse från det utkast till proposition som varit på remiss föreslås det att bestämmelser om de centrala faktorer som ska beaktas i personaldimensioneringen ska utfärdas på lagnivå. Det föreslås att det till lagen fogas definitioner på direkt klientarbete och indirekt arbete. Likaså föreslås det i lagen en bestämmelse där det fastställs vilka personer som deltar i direkt klientarbete samt förutsättningarna för när studerande kan beaktas som anställda som utför direkt arbete. I bestämmelsen i fråga föreslås dessutom bestämmelser om omständigheter som ska beaktas i sammansättningen av en ändamålsenlig och tillräcklig personal under ett arbetsskift vid verksamhetsenheten. Det föreslås också att bestämmelsen om personaldimensionering preciserats. De författningstekniska anmärkningar som laggranskningen framfört har beaktats.

Genom de ovan beskrivna ändringarna ändras inte det innehåll i delfaktorerna i personaldimensioneringen som huvudsakligen ingick i motiveringen i det utkast till proposition som varit ute på remiss eller fastställandet av den föreslagna personaldimensioneringen, utan de aktuella lagstiftningstekniska ändringarna görs på basis av det behöriga kravet på bestämmelser genom lag.

Vid den fortsatta beredningen har man förtydligat och fogat till propositionen en lagstiftningsgrund om Institutet för hälsa och välfärds roll som insamlare och behandlare av olika datainnehåll inom social- och hälsovården. Genom denna behörighet, som följer av lagen om sekundär användning och lagen om Institutet för hälsa och välfärd, är Institutet för hälsa och välfärds roll bland annat vid uppföljningen av hur personaldimensioneringen genomförs enligt bedömning i den fortsatta beredningen rätt långt reglerad redan nu. Eftersom avsikten dessutom är att det i den andra fasen av reformen av äldreomsorgslagen ska föreskrivas om uppföljningen av hur personaldimensioneringen för heldygnsvård och heldygnsomsorg genomförs och om uppföljningen av hemvårdens tillräcklighet utifrån de förslag som arbetsgruppen för en reform av äldreomsorgen lagt fram, har man vid den fortsatta beredningen i fråga om denna proposition frångått att särskilt föreskriva om Institutet för hälsa och välfärds bemyndigande att beräkna personaldimensioneringen. Bestämmelsen om den faktiska personaldimensioneringen har dock preciserats genom att längden på uppföljningsperioden för genomförandet av dimensioneringen har lagts till.

I fråga om uppföljningen och den beräkningsformel som används i den bedöms det eventuella regleringsbehovet som en helhet i reformens andra fas.

Det föreslås att bestämmelsen om övergångsperiod tas in i lagens ikraftträdandebestämmelse i enlighet med etablerad lagstiftningspraxis. Det föreslås att ordalydelsen i bestämmelsen preciseras i fråga om de förutsättningar under vilka personaldimensioneringen under övergångsperioden kan vara mindre än 0,7. Också motiveringen till bestämmelsen, i synnerhet övergångsperiodens konsekvenser för tillstånden och avtalen mellan kommunerna och tjänsteproducenten, har preciserats.

Dessutom har propositionens allmänna motivering vid den fortsatta beredningen kompletterats bl.a. i fråga om de språkliga rättigheterna, lagstiftningen om hantering av klientuppgifter, den kommunala tillsynen och betydelsen av socialvårdslagens bestämmelser. Till propositionen har fogats ett kapitel om internationella människorättskonventioner och andra internationella förpliktelser, EU-lagstiftningen och lagstiftningen i de nordiska länderna. Också i detaljmotiveringen har det gjorts preciseringar och kompletteringar som beror på remissvaren.

I kapitlet om ekonomiska konsekvenser har det lagts till en bedömning av konsekvenserna för den kommunala ekonomin och den offentliga ekonomin. Till kapitlet har bland annat fogats långsiktiga scenarier för kostnadsutvecklingen med och utan dimensionering. Texten om de ekonomiska och andra konsekvenserna av ibruktandet av RAI har också kompletterats och en bedömning av konsekvenserna för de grundläggande fri- och rättigheterna har lagts till. På basis av utlåtandena har också texterna om konsekvenserna för företag, kommuner och tillsynen kompletterats.

Under hösten 2019 behandlade arbetsgruppen för en reform av äldreomsorgen utkastet till proposition och de ändringar som gjorts i det vid sina möten den 29 oktober, den 25 november och den 17 december. I arbetsgruppen diskuterades särskilt övergångsperiodens konsekvenser för dimensioneringar och tillstånds- och tillsynsförfaranden. Propositionen kompletterades utifrån diskussionerna. Också omständigheter som gäller finansieringen av reformen och tillgången på personal väckte diskussion. Finansministeriets företrädare anmälde avvikande mening om regeringens utkast till proposition den 17 december 2019. Det huvudsakliga innehållet i den avvikande meningen var att de anslag som reserverats i budgeten och planen för de offentliga finanserna inte är förenliga och tillräckliga för att de föreslagna åtgärderna ska kunna genomföras. Propositionen har inte ändrats i någon betydande grad under den fortsatta beredningen för att motsvara den budget som regeringen föreslagit för 2020 eller den plan för de offentliga finanserna som regeringen godkänt för 2020–2023.

Vid arbetsgruppens möte den 20 januari 2020 presenterades ett utkast till regeringsproposition som hade kompletterats utifrån utlåtandet från rådet för bedömning av lagstiftningen. Arbetsgruppen informerades också om att propositionen går vidare till delegationen för kommunal ekonomi och kommunalförvaltning. Vid mötet anmälde Kommunförbundets företrädare avvikande mening om utkastet till proposition.

I den avvikande meningen betonades som delfaktorer som tryggar en god kvalitet på tjänsterna för äldre förutom personalens kompetens och antal även bland annat ledarskap, lokaler och en lyckad egenkontroll samt betonades vikten av att utveckla helheten av tjänster för äldre. I den avvikande meningen påtalades dessutom ökningen av den äldre befolkningen och den därav följande ökande efterfrågan på tjänster, minskningen av den arbetskraft som kommer in på arbetsmarknaden och tillgången på personal samt behovet att utveckla även andra tjänster för den

äldre befolkningen. På grund av ovan nämnda omständighet-er kan den föreslagna personaldimensioneringen på 0,7 arbetstagare inte anses motiverad på grund av den avvikande meningen.

Utlåtande av rådet för bedömning av lagstiftningen

Rådet för bedömning av lagstiftningen har avgett utlåtande om propositionen den 30 december 2019. Rådet konstaterar att det är fråga om en samhälleligt och politiskt betydelsefull reform. Utlåtandet var i sin helhet positivt. Enligt rådet för bedömning av lagstiftningen har propositionen skrivits på ett mycket begripligt och tydligt sätt och ger en bra uppfattning om reformen och dess utgångspunkter, om nuläget och de aktuella problemen samt om målsättning och de viktigaste förslagen. Enligt rådet är det bra att propositionen också innehåller numerisk information och grafiska framställningar.

Rådet för bedömning av lagstiftningen anser att bedömningen av propositionens konsekvenser är rätt täckande och mångsidig i synnerhet när det gäller konsekvenserna för de offentliga finanserna. Enligt utlåtandet har de beskrivits på ett exceptionellt täckande och mångsidigt sätt. Enligt rådet är det också bra att det i propositionsförslaget också på ett ovanligt öppet sätt lyfts fram de osäkerhetsfaktorer och utmaningar som är förenade med uppnåendet av målen och reformens konsekvenser. Med tanke på konsekvensbedömningen anser rådet det dock i viss mån problematiskt att det ännu inte i reformens första fas är möjligt att bedöma konsekvenserna av totalreformen av lagstiftningen, vilket gör det svårare att bilda sig en uppfattning om reformen som helhet. Rådet konstaterar att de totala konsekvenserna bör utvärderas i nästa fas av reformen.

Rådet lyfter i sitt utlåtande fram fyra helheter som de största bristerna och utvecklings-objekten i utkastet till proposition. Rådet anser att avsnittet om internationell jämförelse i propositionen är rätt tunt och anser att det i propositionen åtminstone bör beskrivas vilka slutsatser som ska dras av andra länders system ur Finlands synvinkel. För det andra anser rådet att det i regeringspropositionen finns skäl att jämföra olika genomförandemått och i synnerhet hur man med hjälp av olika alternativ kan tillgodose den rätt till oundgänglig omsorg och tillräckliga social- och hälsovårdstjänster som reformen syftar till och vilka konsekvenser de olika alternativen har. Enligt rådet är inte ens en stark politisk målsättning en anledning att låta bli att jämföra alternativen i regeringens proposition. Som tredje och fjärde punkt framför rådet anmärkningar om innehållet i konsekvenserna för företag och myndigheter. Rådet önskar att det till propositionen fogas de ekonomiska konsekvenserna för företag av olika storlek eller åtminstone konsekvensernas omfattning. Konsekvenserna för myndigheterna anses vara ganska allmänt beskrivna och bör bedömas mer ingående. Rådet rekommenderar att propositionen kompletteras i överensstämmelse med rådets utlåtande innan den lämnas till riksdagen.

Rådet anser att remissvaren och beaktandet av dem har beskrivits väl och mångsidigt och att responsen verkar ha tagits på allvar. Rådet anser också att det separata avsnitt om stöd och uppföljning av genomförandet som ingår i propositionen är bra och informativt.

Rådet konstaterar i sitt utlåtande bedömningarna av propositionens samhälleliga konsekvenser. En bedömning av konsekvenserna för klienterna har gjorts, inklusive konsekvenserna för de grundläggande fri- och rättigheterna. Trots en viss abstraktion och all-mängiltighet kan bedömningen enligt utlåtandet anses vara tillräcklig för att beskriva förändringen i klienternas liv, eftersom det är fråga om ett fenomen som det skulle vara mycket svårt och oändamålsenligt att beskriva t.ex. med kvantitativa mätare. Dessutom har man i kapitlet i fråga bedömt konsekvenserna för anhöriga, arbetshälsan, jämställdheten mellan könen samt de språkliga rättigheterna och tillgången till andra tjänster.

RP 4/2020 rd

Rådet anser att de samhällliga konsekvenserna presenteras på ett bra och tillräckligt mångsidigt sätt. Sammantaget beskrivs flera dimensioner av de samhällliga konsekvenserna noggrant med en kvalitativ bedömning av de sannolika konsekvenserna. Rådet anser att den sammanfattande tabell över riskerna som ingår i utkastet till proposition är informativ.

De iakttagelser som rådet har framfört har beaktats i propositionen. Slutsatser har dragits om jämförelsen av lagstiftningen i andra länder i propositionen. Kapitlet om genomförandalternativ har kompletterats med avseende på både systemet för bedömning av servicebehovet och säkerställandet av tjänsternas kvalitet och en tillräcklig personal. Dessutom har kapitlen om konsekvenserna för företag och myndigheter kompletterats.

6 Samband med andra propositioner

Propositionen hänför sig till propositionen med förslag till den första tilläggsbudgeten för 2020 och avses bli behandlad i samband med den.

DETALJMOTIVERING

1 Lagförslag

3 §. Definitioner. Det föreslås att det till bestämmelsen fogas definitioner på direkt klientarbete och indirekt arbete. Definitionerna ska tillämpas vid verksamhetsenheter för serviceboende med heldygnsvård enligt 21 § och institutionsvård enligt 22 § i socialvårdslagen samt för långvarig institutionsvård som tillhandahålls med stöd av hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt den *nya 4 punkten* som föreslås i paragrafen avses med direkt klientarbete vård och omsorg som ges vid en verksamhetsenhet samt uppgifter som främjar och upprätthåller en äldre persons funktionsförmåga och rehabilitering. Dessutom är det också direkt klientarbete att registrera uppgifter om klienten, bedöma servicebehovet samt utarbeta och uppdatera vård- och serviceplanen.

Direkt klientarbete består av sådant stöd för det dagliga livet som motsvarar klientens grundläggande behov. Direkt klientarbete är uppgifter som ingår i vård, omsorg och rehabilitering, inklusive uppgifter som direkt möjliggör dessa samt uppgifter som främjar och upprätthåller funktionsförmåga och rehabilitering. I det ingår att hjälpa klienten med aktiviteter i det dagliga livet, såsom att hjälpa klienten att äta, tvätta sig, klä på sig, röra sig och besöka toaletten. Även daglig registrering, bedömning av servicebehovet samt utarbetande och uppdatering av vård- och serviceplanen ingår i direkt klientarbete.

Det direkta klientarbetet omfattar i stor utsträckning stödjande av klientens välfärd. Detta innebär bland annat att man sörjer för trivseln i klientens boendemiljö, stöder rörligheten, utomhusaktiviteter och de sociala relationerna samt upprätthåller den sociala funktionsförmågan och välbefinnandet, inklusive samarbetet med anhöriga och närstående samt intressebevakaren. Till dessa uppgifter hör bland annat också att servera mat och värma upp enskilda måltider för att bemöta enskilda klienters individuella behov och att snygga upp i oförutsedda situationer och på annat sätt sörja för trivseln i klientens livsmiljö, samt aktiviteter utanför enheten.

Enligt den *nya 5 punkten* som föreslås i paragrafen avses med indirekt arbete uppgifter som möjliggör vård och omsorg för äldre personer, såsom städning av rum och gemensamma utrymmen, tvätt och fastighetsskötsel och matlagning och uppvärmning av mat samt chefsarbete och administrativt arbete för enhetens föreståndare och ansvariga person.

Indirekt arbete är enligt bestämmelsen daglig, veckovis och månadsvis städning av klienternas rum och gemensamma utrymmen i enheten, tvätt och fastighetsskötsel samt matlagning och omfattande uppvärmning av maten, till exempel när kvällsskiftet ansvarar för uppvärmningen av mat för alla boende på enheten. Då ska i regel stödtjänstpersonalen ansvara för uppgiften eller, om uppgiften i regel hör till vårdpersonalens arbete, ska uppgiften fastställas i uppgiftsbeskrivningen och inte beaktas vid dimensioneringen. Även det chefsarbete och administrativa arbete som utförs av enhetens föreståndare och ansvariga person är indirekt arbete, precis som nu.

För de indirekta arbetet ska tjänsteproducenten reservera en tillräcklig separat resurs antingen genom att anlita egen arbetskraft eller genom att upphandla den som köpt tjänst. På detta sätt styrs kompetensen hos och tiden för den personal som beaktas i personaldimensioneringen till klientarbetet och andra uppgifter som har ett väsentligt och nära samband med det, vilket säkerställer klient- och patientsäkerheten. På grund av enheternas olika klientstruktur, lokaler och andra omständigheter ska det kategoriska dimensioneringskravet för stödtjänstarbetet inte tas in

i lagstiftningen. Stödtjänsterna ska kunna genomföras på olika sätt, till exempel som köpta tjänster och också genom att utnyttja olika tekniska lösningar. Verksamhetsenheten ansvarar för att det finns behörig kompetens också inom stödtjänsterna.

3 a §. *Personer som deltar i det direkta klientarbetet i serviceboende med heldygnsomsorg och långvarig institutionsvård* Till lagen föreslås bli fogat *en ny 3 a §* med en definition av den personal som deltar i det direkta klientarbetet vid verksamhetsenheter för serviceboende med heldygnsomsorg och långvarig institutionsvård samt av förutsättningarna för deltagande i det direkta klientarbetet bland annat när det gäller studerande och deltagande i läkemedelsbehandling.

I det direkta klientarbetet vid ovan nämnda verksamhetsenheter deltar enligt *1 mom.* sjukskötare och hälsovårdare, närvårdare och primärskötare, geronomer, hemvårdare, socialsektorns handledare och pedagoger, personer som avlagt socionomexamen (YH), personer som avlagt lämplig yrkes- eller specialyrkesexamen samt personer som avlagt lämplig examen på institutnivå, fysioterapeuter och ergoterapeuter, rehabiliteringsledare, hemhjälpare, vårdbiträden och omsorgsassistenter, handledare för stimulerande verksamhet och andra motsvarande anställda som deltar i upprätthållandet av klientens sociala funktionsförmåga samt verksamhetsenheternas föreståndare och ansvariga personer.

I *2 mom.* föreskrivs om de förutsättningar under vilka studerande kan beaktas som arbetstagare som deltar i det direkta klientarbetet. Studerande får oberoende av utbildningsform delta i det direkta klientarbetet om de står i arbetsavtalsförhållande till verksamhetsenheten och genom studier har förvärvat tillräcklig kompetens i förhållande till examensgrunderna, den kompetens som lagstiftningen om yrkesutbildade personer förutsätter samt kompetensbehoven på arbetsplatsen.

Bestämmelser om yrkesexamina, grunder för dimensioneringen av examina och omfattningen av examina, dimensioneringsgrunder för examensdelar och uppbyggnaden av examina finns i lagen om yrkesutbildning (531/2017) och i statsrådets förordning om yrkesutbildning (673/2017). För en studerande som inleder yrkesutbildning utarbetas en personlig utvecklingsplan för kunnandet. Det finns ingen viss ordning för avläggandet av examensdelar, med undantag för vissa bestämmelser om examensgrunder, och därför berättar inte heller kompetenspoängen direkt vad den studerande kan utan att det bedöms i vilka examensdelar kompetensen har förvärvats. Inom yrkesutbildningen är utbildningstiden inte längre ett kriterium, utan utbildningen baserar sig på en personlig plan. Studiernas innehåll kan anses vara ett mer betydande bevis på kompetensen inom branschen i fråga än studiernas längd. Kunnandet kan visas i proven genast när det kunnande som anges i examensgrunderna har uppnåtts i examensdelarna. Det är alltid i sista hand arbetsgivaren som bedömer om studerande har tillräcklig kompetens.

Enligt *3 mom.* kan arbetsskiftets personal inte bestå enbart av i *1 mom.* avsedda fysioterapeuter och ergoterapeuter, rehabiliteringsledare, hemhjälpare, vårdbiträden och arbetstagare som utbildat sig till omsorgsassistenter, handledare för stimulerande verksamhet eller andra motsvarande anställda som deltar i upprätthållandet av klientens sociala funktionsförmåga eller av studerande som avses i *2 mom.* Arbetsgivarens allmänna skyldighet är att se till att det vid verksamhetsenheten alltid finns ett tillräckligt antal yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården i förhållande till klienternas behov och antal under varje arbetsskift.

I *4 mom.* föreskrivs om förutsättningarna för deltagande i uppgifter inom läkemedelsbehandling och genomförande av läkemedelsbehandling. Enligt bestämmelsen får en anställd vid verksam-

hetsenheten inte utan utbildning i läkemedelsbehandling delta i uppgifter inom läkemedelsbehandling och genomförande av läkemedelsbehandling. Dessa uppgifter förutsätter alltid behörig utbildning och kompetens i läkemedelsbehandling. Vid planeringen av personalstrukturen och personaldimensioneringen vid en verksamhetsenhet ska det säkerställas att en säker läkemedelsbehandling ges under alla tider på dygnet i enlighet med enhetens plan för läkemedelsbehandling och med iakttagande av handboken för säker läkemedelsbehandling. Institutet för hälsa och välfärd har 2016 uppdaterat den handbok för säker läkemedelsbehandling som social- och hälsovårdsministeriet publicerade 2005. SHM har gett Fimea i uppdrag att uppdatera handledningen före den 31 december 2015.

Vid verksamhetsenheter inom social- och hälsovården är det i allmänhet yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som ser till att läkemedelsbehandlingen ges på behörigt sätt (t.ex. sjukskötare, hälsovårdare, närvårdare) när patienten inte själv kan sköta sin egen läkemedelsbehandling eller behöver hjälp med den. Vid verksamhetsenheter där läkemedelsbehandling ges dagligen ska arbetsgivaren se till att det under varje arbetsskift finns tillräckligt med yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som kan ge läkemedelsbehandling. Såsom det konstateras i 3 mom. är det arbetsgivarens allmänna skyldighet att se till att de anställdas kompetens motsvarar kraven i arbetet och att arbetsfördelningen mellan personalgrupperna vid verksamhetsenheten motsvarar klienternas och verksamhetens behov under alla tider på dygnet.

När tillsynsmyndigheten beviljar tillstånd enligt lagen om privat socialservice bedömer den om personalstrukturen vid verksamhetsenheten i sin helhet motsvarar klienternas servicebehov. Vid förhandstillsynen förutsätts det exempelvis att det vid verksamhetsenheten finns ett tillräckligt antal sjukskötare i förhållande till enhetens storlek och klienternas behov. Exempelvis situationer med vård i livets slutskede och den arbetsinsats av sjukskötare som behövs i sådana ska beaktas till denna del. Enheten ska således alltid ha tillgång till en sjukskötares arbetsinsats i enlighet med klienternas behov.

15 §. Utredning av servicebehovet Äldreomsorgslagen kompletterar bestämmelserna i socialvårdslagen när det gäller tillhandahållandet av äldreomsorg. Bestämmelsen i 13 § i äldreomsorgslagen om allmänna principer för att tillgodose servicebehovet innehåller en sammanfattning av de principer som ska beaktas när äldreomsorg tillhandahålls. Tjänsterna ska utföras så att de stöder äldre personers välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga, förmåga att klara sig på egen hand och delaktighet. I syfte att förebygga behovet av annan service ska särskild vikt läggas vid tjänster som främjar äldre personers rehabilitering och vid tjänster i hemmet.

I 14 § föreskrivs det om principer för långvarig vård och omsorg. Kommunen ska tillhandahålla en långvarig vård och omsorg som stöder ett värdigt liv i första hand med hjälp av öppenvårdstjänster inom social- och hälsovården som ges i den äldres hem och andra öppenvårdstjänster inom social- och hälsovården. Tjänsterna ska till sitt innehåll och belopp anpassas så att de motsvarar den äldres aktuella servicebehov. Vård och omsorg kan genomföras som långvarig institutionsvård endast på de grunder som anges i denna lag. Bestämmelserna förpliktar kommunerna att ordna högkvalitativa social- och hälsovårdstjänster för äldre personer i rätt tid och i tillräcklig omfattning med tanke på dessa personers servicebehov.

De ovan beskrivna förpliktelserna preciseras bland annat i 15 § 1 mom., där det föreskrivs om en helhetsbetonad utredning av äldres servicebehov. En heltäckande och mångsidig utredning och bedömning av servicebehoven förutsätter sektorsövergripande personal och är viktig för att säkerställa att äldre personer får högkvalitativa och effektiva tjänster som motsvarar deras behov. Bestämmelser om säkerställande av kvaliteten på tjänsterna för äldre finns i 4 kap. i lagen om kvaliteten på tjänsterna, personal, ledning, lokaler och egenkontroll.

I 15 § i den gällande lagen ingår bestämmelser som kompletterar 36, 37 och 38 § i socialvårdslagen som gäller bedömning av servicebehovet och som gäller utredning av en äldre persons servicebehov, omständigheter som påverkar inledandet av utredningen samt hur en äldre persons funktionsförmåga ska bedömas i samband med att servicebehovet utreds. Enligt 1 mom. ska en övergripande utredning av en äldre persons behov av social- och hälsovård och av annan service som stöder hans eller hennes välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand göras i samarbete med personen själv och vid behov med hans eller hennes anhöriga eller närstående eller med en intressebevakare som har förordnats för honom eller henne. För utredningen svarar en sådan yrkesutbildad person inom socialvården eller inom hälso- och sjukvården som är ändamålsenlig med tanke på den äldre personens behov och som har omfattande sakkunskap. Den anställda som svarar för utredningen ska samarbeta med andra experter som avses i 10 § i äldreomsorgslagen.

Utredningen av servicebehovet ska inledas snarast möjligt och slutföras utan ogrundat dröjsmål. I 2 mom. räknas upp de situationer där utredningen ska inledas. Av dem hänvisar punkterna 1–4 huvudsakligen till situationer där en äldre person ännu inte får regelbunden kommunal socialservice. Punkt 5 hänvisar mer till en person som redan får regelbunden service och till skyldigheten att utreda servicebehovet i det fall att omständigheterna förändras avsevärt för en sådan person.

I 36 § 2 mom. i socialvårdslagen finns närmare bestämmelser om när bedömningen av servicebehovet ska inledas inom den tid som anges i lagen. Beroende på hur brådskande fallet är kan den äldre personens situation dock förutsätta att utredningen inleds omedelbart eller inom några dagar.

I 3 mom. föreskrivs det om utredningens innehåll. Servicebehoven bestäms enligt den äldre personens funktionsförmåga. Därför ska en äldre persons funktionsförmåga bedömas på ett mångsidigt sätt och med tillförlitliga bedömningsinstrument samt med iakttagande av yrkesetiska principer. Målet är också att bedömningen ska göras på så enhetliga grunder som möjligt på nationell nivå. När äldreomsorgslagen stiftades var avsikten att de befintliga indikatorerna och instrumenten för bedömning av funktionsförmågan ska vidareutvecklas i samarbete med bland annat Finlands Kommunförbund och Institutet för hälsa och välfärd.

Vid bedömningen av funktionsförmågan ska särskild uppmärksamhet fästas vid den äldre personens befintliga resurser och vid vilka funktioner i det dagliga livet han eller hon klarar av självständigt och med vad han eller hon behöver utomstående hjälp. En mångsidig bedömning omfattar förutom personens fysiska funktionsförmåga även utredning och bedömning av personens kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmåga. Vid bedömningen ska dessutom den äldre personens livsmiljö beaktas bland annat när det gäller tillgänglighet, tryggheten i boendet och tillgången till närservice. Vid bedömningen av servicebehovet som helhet ska det beaktas att äldre har rätt att få social- och hälsovårdstjänster enligt sitt behov oberoende av serviceform. Således har t.ex. en klient som övergår till serviceboende med heldygnsomsorg fortfarande rätt till andra socialvårdstjänster enligt sitt behov. På motsvarande sätt ska hälso- och sjukvårdsbehoven, bland annat tillgången till läkar- och andra sakkunnigtjänster, tillgodoses också inom serviceboendet med heldygnsomsorg.

I den lag som föreslås fogas det till 15 § i äldreomsorgslagen *ett nytt 4 mom.* genom vilket de gällande bestämmelserna om utredningen och bedömningen av äldres servicebehov preciseras. Enligt momentet ska den som ordnar tjänsterna vara skyldig att använda ett enhetligt bedömnings- och uppföljningssystem för tjänster som tillhandahålls regelbundet. Detta system är RAI-

bedömningssystemet som är avsett för bedömning av klienters servicebehov och funktionsförmåga samt upprättande av vård-, rehabiliterings- och serviceplaner. Med hjälp av nyckeltalen i RAI-bedömningssystemet kan även servicens kvalitet bedömas. RAI-systemet följer principerna för en geriatrisk och gerontologisk helhetsbedömning samt flerdimensionell utredning av servicebehoven.

Enligt rekommendationerna i databasen TOIMIA och principerna för användningen av RAI-bedömningssystemet ska en helhetsbedömning av en person som får regelbunden service alltid göras när vården eller servicen inleds. Därefter ska bedömningen förnyas minst halvårsvis. Om det sker väsentliga förändringar i en persons situation ska det dock alltid göras en ny bedömning, även om det är mindre än ett halvt år sedan den föregående bedömningen gjordes. Utöver de helhetsbedömningar som hänför sig till den regelbundna servicen kan det vid behov göras partiella bedömningar som gäller ett visst problemområde, men som dock inte ersätter helhetsbedömningen. För att en RAI-bedömning ska kunna göras på behörigt sätt förutsätts att den yrkesutbildade person som gör bedömningen har kännedom om klienten och klientens funktionsförmåga under bedömningsperioden, har genomgått en utbildning som ger förtrogenhet med användningen av RAI-bedömningen samt iakttar den bedömningspraxis som överenskommit inom enheten.

Vid sidan av RAI kan man vid behov fortsättningsvis även använda andra bedömningsmetoder för att säkerställa klientens intresse och kvaliteten på tjänsterna samt klientsäkerheten. Bedömningen av klientens funktionsförmåga och servicebehov behöver ofta kompletteras med bland annat observationer, intervjuer och andra eventuella metoder som lämpar sig för kundens situation.

Genom den föreslagna skyldigheten att använda ett enhetligt nationellt bedömnings- och uppföljningsinstrument preciseras de nu gällande bestämmelserna i socialvårdslagen och äldreomsorgslagen om centrala utgångspunkter för ordnande och tillhandahållande av service. Enligt lagen ska en äldres servicebehov utredas på ett övergripande sätt och servicen ordnas i enlighet med det individuella servicebehov som den äldres funktionsförmåga förutsätter. Även när RAI-bedömningssystemet används ska servicebehovet och funktionsförmågan bedömas av en yrkesutbildad person som avses i 15 § 1 mom. i äldreomsorgslagen. När en äldre person redan omfattas av servicen vid en verksamhetsenhet görs bedömningen i allmänhet av den äldres egenvårdare eller av den arbetstagare som känner klienten bäst. Bestämmelsen ska tillämpas på alla regelbundna tjänster som tillhandahålls äldre. En RAI-bedömning görs också första gången när behovet av vård och tjänster bedöms, när det utifrån en ändamålsenlig bedömning kan antas att klienten har ett regelbundet behov av tjänster. För äldre personer som omfattas av regelbunden (långvarig) service görs bedömningen halvårsvis eller tidigare, om klientens förändrade situation kräver det.

Oberoende av vilka metoder för bedömning av servicebehovet som används ska planen för den äldres tjänster och tjänsterna som helhet ses över utan ogrundat dröjsmål på det sätt som föreskrivs i 39 § 3 mom. i socialvårdslagen och i 16 § 3 mom. i äldreomsorgslagen, som gäller serviceplanen. Rättigheterna enligt 19 § i grundlagen och klientens rätt till klientsäkerhet samt högklassig och god vård förutsätter alltid i sista hand en individuell bedömning av klientens servicebehov.

Serviceanordnaren ska säkerställa att alla tjänsteproducenter har tillgång till RAI-bedömningssystemet och det informationssystem som RAI kräver samt tillgång till tillräcklig utbildning i systemet. Tjänsteproducenten kan också själv skaffa ett informationssystem som stöder de föreslagna indikatorerna för bedömning och uppföljning av funktionsförmågan.

20 §. Personal. Allt genomförande av socialvården styrs av de centrala principerna enligt 30 § i socialvårdslagen. Enligt bestämmelsen har varje klient rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering från den som lämnar socialvård. Klienten ska bemötas så att hans eller hennes övertygelse och integritet respekteras och människovärde inte kränks. När beslut och avgöranden som gäller socialvården fattas och socialvården tillhandahålls ska i första hand klientens intresse beaktas. Enligt 19 § i äldreomsorgslagen ska de tjänster som tillhandahålls en äldre person vara högkvalitativa och garantera honom eller henne god vård och omsorg. De viktigaste faktorerna för att uppnå målen med bestämmelsen är tillräcklig och yrkeskunnig personal, kompetent ledning samt ändamålsenliga lokaler.

En verksamhetsenhet ska enligt 20 § i den gällande lagen ha en personal som till antal, utbildning och uppgiftsstruktur motsvarar antalet äldre personer som tillhandahålls service av verksamhetsenheten och det servicebehov deras funktionsförmåga medför, och som garanterar dem en högkvalitativ service. Om funktionsförmågan hos en äldre person som vårdas i verksamhetsenhetens lokaler har försämrats så mycket att han eller hon behöver omsorg oavsett tid på dygnet, ska det finnas tillräcklig personal på verksamhetsenheten alla tider på dygnet. Syftet med bestämmelsen är att säkerställa att lagens mål för högklassiga tjänster som motsvarar äldre personers servicebehov kan uppfyllas. Enligt regeringens proposition med förslag till äldreomsorgslag (RP 160/2012 rd) är tillräckligt många yrkesutbildade anställda en absolut förutsättning för högkvalitativa tjänster. Klienterna inom serviceboende med heldygnsoomsorg och institutionsvård har ofta flera sjukdomar, och betydelsen av bland annat lämplig läkemedelsbehandling framhävs som en del av tjänsternas kvalitet samt klient- och patientsäkerheten.

Servicens kvalitet tryggas också av 21 §, enligt vilken en verksamhetsenhet ska ha en föreståndare som ansvarar för att principerna i 13, 14 och 19 § iakttas i klientarbetet och att servicen även uppfyller övriga krav som ställs på den. Bestämmelsen motsvarar till sitt innehåll 5 § 3 mom. i lagen om privat socialservice som gäller den ansvariga person som ska finnas vid verksamhetsenheten. Dessutom ska bestämmelserna i 46 a § i socialvårdslagen och 9 § i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården om den utbildning och den kompetens som krävs i den yrkesmässiga ledningen av det sociala arbetet och i andra ledningsuppgifter inom socialvården vilka omfattar styrning av klientarbetet beaktas.

I lagförslaget föreslås att det till paragrafen fogas *ett nytt 2 mom.* där det föreskrivs om den minimidimensionering av personalen som ska tillämpas i serviceboende med heldygnsoomsorg och långvarig institutionsvård för äldre. I ovan nämnda tjänster omfattas äldre av heldygnsvård och heldygnsoomsorg. Bestämmelser om innehållet i de tjänster som nämns i bestämmelsen finns i socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen. Äldreomsorg får enligt 14 § 1 mom. i äldreomsorgslagen tillhandahållas som långvarig institutionsvård endast om det finns medicinska grunder eller grunder som hänför sig till patientsäkerheten.

Den faktiska personaldimensioneringen vid en verksamhetsenhet för serviceboende med heldygnsoomsorg och en verksamhetsenhet för långvarig institutionsvård för äldre ska enligt det föreslagna 2 mom. vara minst 0,7 anställda per klient. Eftersom syftet med lagreformen som gäller personaldimensionering är att ta hänsyn till den varierande klient-strukturen vid varje enhet vid bedömningen av lämplig personaldimensionering, avser verksamhetsenhet i detta sammanhang en enhet med gemensamma lokaler, egen arbetsplanering och som är underställd en och samma chef. Med verksamhetsenhet avses enligt 3 § 3 punkten i äldreomsorgslagen en funktionell helhet som har en offentlig eller privat tjänsteleverantör som huvudman och inom vilken huvudsakligen äldre personer tillhandahålls social- eller hälsotjänster i tjänsteleverantörens lokaler eller hemma hos den äldre. Definitionen i motiveringen till bestämmelsen i

fråga (RP 160/2012 rd) behövs, eftersom bestämmelserna i 4 kap. ska tillämpas på verksamhetsenheter som tillhandahåller social- och hälsojourer huvudsakligen för äldre personer. Genom den nu föreslagna bestämmelsen preciseras begreppet verksamhetsenhet i fråga om en sådan funktionell helhet där minimidimensioneringen av personalen ska genomföras.

Bestämmelser om den faktiska personaldimensioneringen finns i det nya 3 mom. som fogas till paragrafen. Med faktisk personaldimensionering enligt bestämmelsen avses den faktiska arbetsinsats som utförs av de i 3 a § avsedda närvarande anställda som utför direkt klientarbete vid verksamhetsenheten i förhållande till antalet klienter vid verksamhetsenheten under en uppföljningsperiod på tre veckor. Uppföljningsperioden ska vara tre veckor i stället för en vecka som hittills använts vid uppföljningen av situationen inom äldreomsorgen, och vid beräkningen av dimensioneringen används det kalkylerade antalet veckotimmar på 38,25 timmar. Detta är detsamma som det antal timmar per vecka som användes vid uppföljningen 2018. Detta timantal ska användas i alla personalgrupper vid verksamhetsenheter inom både den offentliga och den privata sektorn. En uppföljningsperiod på tre veckor är tillräckligt lång för att verifiera den faktiska personaldimensioneringen. Det skulle också förebygga risken för manipulation av uppgifter i vissa situationer under den uppföljningsperiod på en vecka som nu används. En uppföljningsperiod på tre veckor för dimensioneringen motsvarar i regel också längden på en arbetsskiftslista enligt 7 § i arbetstidslagen (872/2019). Denna ska användas i Institutet för hälsa och välfärds uppföljning och verksamhetsenheterna ska kunna använda den också i sin arbetsskiftsplanering, eftersom dimensioneringen ska genomföras på lika villkor också under andra uppföljningsveckor än under Institutet för hälsa och välfärds uppföljningsveckor.

Verksamhetsenheterna ska underrätta Institutet för hälsa och välfärd om antalet planerade arbetstagare för sin verksamhet, den planerade andelen direkt klientarbete i arbets-tagargrupperna och det planerade antalet klientplatser samt enhetens faktiska totala arbetstimmar och faktiska klientplatser under en uppföljningsperiod på tre veckor. Uppgifterna ska alltid samlas in dygnsvis, varvid också tillsynsmyndigheterna har tillgång till dem.

De befogenheter som Institutet för hälsa och välfärd har enligt lagstiftningen (lagen om Institutet för hälsa och välfärd, lagen om sekundär användning) att få, samla in, fastställa innehållet i de uppgifter som samlas in samt behandla uppgifter gör det möjligt att samla in och behandla uppgifter om personaldimensioneringen. För att genomförandet av en enhetlig personaldimensionering som motsvarar målsättningen med lagstiftningen ska kunna utvärderas ska Institutet för hälsa och välfärd innan lagstiftningen träder i kraft utarbeta närmare anvisningar för verksamhetsenheterna.

För tydlighetens skull föreskrivs det i paragrafen att indirekt arbete inte ska beaktas i personaldimensioneringen. Liksom för närvarande ska arbetsgivaren alltid se till att verksamhetsenheten har tillräcklig och yrkeskunnig personal i förhållande till klienternas behov och antal såsom 20 § 1 mom. förutsätter.

I propositionen används termen personaldimensionering, som beskriver betydelsen av en mångsidig och multiprofessionell personalstruktur i tjänsterna i fråga vid genomförandet av en meningsfull, trygg, betydelsefull och värdefull vardag för äldre personer och således också vid dimensioneringen av personalen. I personaldimensioneringen beaktas endast arbetsinsatsen av de personer som deltar i det direkta klientarbetet, dvs. det direkta klientarbetet. Indirekt arbete ska inte beaktas i personaldimensioneringen och för detta ska i regel reserveras en särskild resurs. Direkt klientarbete och indirekt arbete, i den mening som avses i bestämmelserna om serviceboende med heldygnsvård och långvarig institutionsvård, definieras i de 4 och 5 punkter som fogas till lagens 3 §.

RP 4/2020 rd

I personaldimensioneringen beaktas i enlighet med den gällande kvalitetsrekommendationen för tjänster för äldre 2017–2019 deltagande i direkt klientarbete med vissa preciseringar. De arbetstagare som deltar i det direkta klientarbetet preciseras i den föreslagna nya 3 a § liksom också under vilka förutsättningar vissa personalgrupper ska beaktas i dimensioneringen.

Ändringarna i den personal som ska beaktas vid uppföljningen av dimensioneringen gäller sjukskötare och hälsovårdare, närvårdare och primärskötare, hemvårdare och hem-hjälpare och omsorgsassistenterna samt personal som har någon annan examen på institutnivå inom social- och hälsovården eller en yrkes- eller specialexamen. Deras arbetstid beaktas numera helt och hållet i uppföljningen av personaldimensioneringen utan att de-ras eventuella indirekta arbete utesluts från dimensioneringen. I fortsättningen ska de arbetstagare som nämns i 3 a § 1 mom. beaktas i personaldimensioneringen med andelen direkt klientarbete. I situationer där nämnda arbetstages arbete innefattar indirekt arbete ska det i fortsättningen inte beaktas vid dimensioneringen. Om det vid verksamhetsenheten dock i regel inkluderas även indirekt arbete i arbetet för de i 3 a § avsedda arbetstagarerna fastställs dess andel i uppgiftsbeskrivningen och till denna del beaktas arbetstiden inte i personaldimensioneringen.

Vid enheter för serviceboende och institutionsvård arbetar också terapipersonal, fysioterapeuter och ergoterapeuter, som kan arbeta vid flera verksamhetsställen eller olika enheter. Då inkluderas de i personaldimensioneringen med en andel som motsvarar deras arbetsinsats, till exempel när en heltidsanställd arbetar 20 procent av sin arbetstid vid en verksamhetsenhet. I dimensioneringen beaktas det direkta klientarbetet bland enhetens klienter, även om det utförs t.ex. av en anställd vid kommunens rehabiliterings- eller utskrivningsteam eller av en tjänsteproducent som anskaffats som köpt tjänst.

Genom att i lagen definiera direkt klientarbete och indirekt arbete (stödtjänster) och genom att skilja dem från varandra säkerställs tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att tillgodose klienternas omedelbara behov, såsom att genomföra läkemedelsförsörjningen på ett högklassigt sätt och att sörja för en ändamålsenlig kost för klienterna samt för ett stimulerande liv som stöder social delaktighet och välbefinnande vid verksamhetsenheten. Samtidigt tryggas tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för genomförande av indirekta stödtjänster så, att till exempel hygienivån och kostens kvalitet motsvarar klienternas behov.

Trots att det direkta och indirekta arbetet skiljs åt är målet att arbetet vid verksamhetsenheterna sköts flexibelt och klientorienterat. Genomförandet av personaldimensioneringen förutsätter att hela enhetens arbetsprocesser samt arbetsfördelningen förutses och planeras på ett sätt som säkerställer såväl dimensioneringen som tillräckliga indirekta stödtjänster dygnet runt. Till exempel genom att utveckla arbetssätten kan det säkerställas att en så stor del som möjligt av personalens arbetstid inriktas på direkt klientarbete. Syftet med personaldimensioneringen är inte att hindra en ändamålsenlig arbetsfördelning per enhet och utvecklandet av den inom ramen för yrkesrättigheterna, utan att styra riktandet av kompetensen på ett sätt som tryggar klientsäkerheten. För att säkerställa en klientorienterad och säker verksamhet ska klienternas brådskande behov tillgodoses oavsett om uppgiften enligt huvudregeln räknas till direkt eller indirekt arbete. Indelningen i direkt klientarbete och indirekt arbete ska inte tillämpas mekaniskt så att den försvårar enhetens verksamhet och ingriper inte i arbetsgivarens rätt till arbetsledning enligt arbetsavtalslagen (55/2001).

Indelningen i direkt klientarbete och indirekt arbete bör utgöra grunden för den närmare utbildnings- och kompetensbaserade arbetsfördelning som behövs vid varje verksamhetsenhet och som ska säkerställa klient- och patientsäkerheten vid alla arbetsskift under olika tider på dygnet.

Utgångspunkten för en sådan arbetsfördelning bör vara att klienternas behov tillgodoses på ett övergripande sätt. Arbetsfördelningen bör också granskas som en del av egenkontrollen.

Enligt RAI-baserade riktgivande siffror från Institutet för hälsa och välfärd hösten 2018 hade 74 procent av klienterna inom serviceboende med heldygnsomsorg för äldre (n=22 942) en demensdiagnos. Enligt en CPS-indikator som mäter en persons kognition hade 5 procent av de boende normal kognition, 24 procent hade lindrig kognitionsstörning och 35 procent medelsvår kognitionsstörning. Hos 36 procent av de boende var kognitionsstörningen svårare än medelsvår. Kognitiva funktioner är psykiska funktioner i samband med mottagning, behandling, bevarande och användning av information. I fråga om de dagliga basfunktionerna hade 6 procent av de bedömda klienterna klassificerats som normala och 24 procent hade ett lindrigt behov av hjälp. Av de uppskattade klienterna hade 24 procent av klienterna ett medelsvårt hjälpbehov, dvs. behov av minst en persons hjälp med de dagliga sysslorna. Klienter som behövde mer hjälp än så, dvs. behövde hjälp av en eller två personer, utgjorde 46 procent. I praktiken behövde dessa personer hjälp av en eller två personer med de dagliga sysslorna, såsom ätande, rörlighet och toalettbesök.

Mot bakgrunden av ovan nämnda uppgifter kan en stor del av klienterna på många sätt delta i de normala aktiviteter i vardagen som det bör finnas tillgång till vid en verksamhetsenhet. I serviceboende bor de boende i sina egna hem på basis av ett hyresförhållande och livet ska även vid en enhet för serviceboende med heldygnsomsorg vara hemtrevligt och stödja personens egna val och aktiviteter. Servicen ska i enlighet med 21 § i socialvårdslagen omfatta verksamhet som upprätthåller och främjar funktionsförmågan samt verksamhet som främjar socialt umgänge. Detta förutsätter sektorsövergripande personal för att den utöver vård också ska kunna svara på de ovan beskrivna behoven. I strukturen på den personal som beaktas i dimensioneringen är det viktigt att se till att det finns tillräckligt med yrkesutbildade personer inom socialvården, eftersom personalen utöver vården också ska stödja och främja den sociala välfärden, tryggheten och delaktigheten. Detta är också en väsentlig del av klientsäkerheten som helhet.

Tillsynsmyndigheterna bedömer de privata tjänsteproducenternas tillräckliga personaldimensionering i sitt tillståndsförfarande. Enligt 4 § 2 mom. i lagen om privat socialservice ska antalet anställda vara tillräckligt med tanke på servicebehovet och antalet klienter. Enligt 10 § 2 mom. kan tillståndet förenas med villkor som är nödvändiga för att trygga klientsäkerheten och som gäller mängden tjänster, de anställda, lokalerna, anordningarna och tillbehören samt arbetsmetoderna.

Personaldimensioneringen ska alltid genomföras enligt klienternas behov i enlighet med den servicenivå som förutsätts i 20 § 1 mom. Institutet för hälsa och välfärd ska bedöma och följa hur dimensioneringen genomförs på motsvarande sätt som institutet har bedömt hur minimidimensioneringen enligt den nuvarande kvalitetsrekommendationen har genomförts. Avsikten är att behovet av bestämmelser om uppföljningen av hur personaldimensioneringen genomförs ska bedömas i den andra fasen av reformen av äldreomsorgslagen. Institutet för hälsa och välfärd genomför den uppföljning som görs före ikraftträdandet av bestämmelsen om personaldimensionering som en separat uppföljning 2020.

Behovet av helhetsservice och klientstrukturen vid en verksamhetsenhet kan i vissa situationer förutsätta en personaldimensionering som överskrider 0,7. Så kan vara fallet till exempel i situationer där en stor del av enhetens klienter samtidigt har krävande servicebehov. Då bedöms situationen med beaktande av servicebehoven i hela enheten. Vid enheter som är avsedda för krävande klienter med svåra beteendesymptom kan dimensioneringsbehovet permanent vara

högre än 0,7. Sådana enheter är få till antalet. När Valviras och regionförvaltningsverkens bedömningsinstrument har utvecklats i tabellform har utnyttjats den information som ges av olika indikatorer för funktionsförmågan och som står i proportion till omfattningen och dimensioneringen av vård- och omsorgspersonalen vid verksamhetsenheterna. Enligt tabellen kan största delen av servicebehoven hos de klienter som vårdas vid enheter med heldygnsvård tillgodoses med en personaldimensionering på 0,7.

Behovet av en personaldimensionering som är högre än 0,7 kan i fortsättningen bedömas med hjälp av RUG-klassificeringen i RAI-systemet. Klientstrukturen bedöms då som en helhet där klienterna delas in i tre grupper: klienter med litet vårdbehov, klienter med normalt vårdbehov och klienter med stort vårdbehov. Om det vid en enhet finns fler klienter med stort vårdbehov än klienter med lätt vårdbehov, granskas skillnaden mellan dessa. Om skillnaden är över 10 procentenheter, behövs det en dimensionering över 0,7 i enheten. Om t.ex. 25 procent av klienterna har litet vårdbehov och 30 procent av klienterna har stort vårdbehov, är skillnaden mellan klienterna 5 procentenheter. Då behövs det inte en personaldimensionering på mer än 0,7 vid enheten. Behövlig tilläggsdimensionering bedöms utifrån den utredning och bedömning av klienternas servicebehov som görs i enlighet med socialvårdslagen och 15 § i äldreomsorgslagen.

Klientgruppernas vårdberoende fastställs också i nuläget utifrån RUG-klassificeringen. Klienter med stort vårdbehov hör till klasserna ”multiprofessionell rehabilitering”, ”mycket krävande vård” och ”krävande vård”. År 2018 utgjorde klienter med stort vårdbehov 10 procent av alla klienter. På motsvarande sätt har en del av klienterna ett mindre vårdbehov än genomsnittet. Klienter med lätt vårdbehov klarar väl av de dagliga sysslorna i klasserna ”försämrad kognitiv funktion”, ”beteendestörningar” eller ”nedsatt fysisk funktionsförmåga”. Dessa klienter som behövde lätt hjälp utgjorde 25 procent av alla klienter 2018. Resten av klienterna omfattas av normal vård. År 2018 var de 65 procent av alla klienter. Med stöd av en uppskattning enligt klientstrukturen 2018 skulle cirka 10 procent av alla enheter med heldygnsvård ha behövt en större dimensionering än 0,7 på basis av klientstrukturen. Avsikten är att RUG-klassificeringen ska revideras så att den bättre motsvarar klienternas behov av vård och service.

Enligt den nuvarande kvalitetsrekommendationen ska möjligheterna med robotisering och andra tekniska lösningar utnyttjas bredare än i dag för att öka klienternas välfärd och trygghet samt omfördela eller ersätta personalens arbetstid. På så vis kan förhållandet mellan klienternas funktionsförmåga, servicebehov och vårdberoende samt personaldimensioneringen påverkas. Den tekniska utvecklingen har bland annat gällt läkemedelsbehandlings säkerhet (t.ex. maskinell dosdispensering av läkemedel), elektronisk registrering samt olika aktiva och passiva larmsystem (t.ex. säkerhetsutrustning, rörelsesensorer och passerkontroll). Det finns dock ännu inte forskningsdata om teknikens fördelar vid personaldimensionering. Denna utveckling och därmed utnyttjandet av tekniken ska i fortsättningen beaktas i vidareutvecklingen av definitionen av personaldimensionering.

Genom personaldimensioneringen ska tjänsterna för äldre personer tryggas i enlighet med 21 § 4 och 5 mom. samt 22 § 2 mom. i socialvårdslagen. I socialvårdslagens bestämmelse om boendeservice och institutionsvård definieras innehållet i dessa tjänster. Enligt socialvårdslagens 21 § 3 mom. som gäller boendeservice ska serviceboende ordnas för personer som behöver en lämplig bostad samt vård och omsorg. Serviceboende med heldygnsomsorg ordnas för personer som behöver vård och omsorg dygnet runt. Enligt paragrafens 4 mom. omfattar servicen vård och omsorg enligt klientens behov, verksamhet som upprätthåller och främjar funktionsförmågan, måltids-, klädvårds-, bad- och städservice samt tjänster som främjar delaktighet och socialt umgänge. Inom serviceboende med heldygnsomsorg ordnas tjänster enligt klientens behov dygnet runt. När boendeservice tillhandahålls ska det enligt 5 mom. ses till att personens

privatliv och rätt till medbestämmande respekteras och att hon eller han får behovslena rehabiliterings- och hälso- och sjukvårdstjänster. Det sistnämnda innefattar bland annat lämplig läkemedelsbehandling.

Med service på en institution inom socialvården avses enligt 22 § i socialvårdslagen ordnande av vård och rehabiliterande verksamhet vid en verksamhetsenhet som ger fortlöpande vård inom socialvården. Service på en institution kan ordnas kortvarigt eller fortlöpande, dagtid, nattetid eller dygnet runt. Långvarig vård och omsorg får tillhandahållas på institution bara om det med hänsyn till personens hälsa eller säkerhet är motiverat, eller om det finns en annan i lag särskilt föreskriven grund för det. När service på en institution tillhandahålls ska det ordnas sådan rehabilitering, vård och omsorg som behövs med tanke på klientens individuella behov. Klientens livsmiljö ska dessutom om möjligt ordnas så att den är trygg, hemlik och stimulerande samt möjliggör ett privatliv och främjar rehabilitering, initiativkraft och funktionsförmåga.

Äldre personer för vilka det ordnas serviceboende med heldygnsomsorg eller institutionsvård är i allmänhet i behov av omfattande vård och stöd. I många situationer har ordnandet av vård och omsorg via serviceboende eller institutionsvård samband med den rätt till oundgänglig omsorg som tryggas i 19 § 1 mom. i grundlagen. Den rätt som tryggas i grundlagen utgår från att individen inte själv kan skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv. I rättslitteraturen och de högsta laglighetsövervakarnas avgörandepaxis kan uttrycket ”den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv” på goda grunder tolkas så att det avser något mer än endast tryggande av de nödvändiga förutsättningarna för biologisk existens. Det som vid respektive tid betraktas som ett människovärdigt liv varierar enligt kulturella värderingar och vānor. Det är i allt högre grad viktigt att kunna identifiera ovan nämnda omständigheter till exempel i vården och omsorgen om äldre invandrare. Det är också nödvändigt att kunna identifiera särskilda behov som hänför sig till exempel till etnisk bakgrund och/eller funktionsnedsättning samt olika anknytande behov av stöd och särskilt stöd. Även klienter som talar olika språk och använder alternativa kommunikationsmedel ska identifieras i servicebehoven och i utvecklingen av personalens kompetens.

Serviceboende samt institutionsvård ska utöver vård och omsorg också innefatta möjligheter att delta i verksamhet som upprätthåller och främjar funktionsförmågan samt i social växelverkan och delaktighet som stöder ett meningsfullt liv och social välfärd för klienten.

Det nuvarande 20 § 2 mom. blir 4 mom.

2 Ikraftträdande

Lagen föreslås träda i kraft den 1 augusti 2020.

Det system för bedömning av servicebehovet och funktionsförmågan som avses i 15 § 4 mom. ska tas i bruk senast den 1 april 2023. En övergångsperiod från lagens ikraftträdande fram till den 1 april 2023 gör det möjligt att vidta de åtgärder som ibrukttagandet av RAI-bedömningssystemet förutsätter och för kommunerna och tjänsteproducenterna att förbereda sig för ibrukttagandet av RAI.

Personaldimensioneringen före den 1 april 2023 vid de verksamhetsenheter som avses i 20 § 2 mom. får underskrida en dimensionering på 0,7 per klient förutsatt att verksamhetsenheten kan visa att den vård och omsorg som ges där motsvarar antalet äldre personer vid enheten och det servicebehov som deras funktionsförmåga förutsätter samt tryggar högklassiga tjänster för dem

RP 4/2020 rd

på det sätt som föreskrivs i 20 § 1 mom. Även då bör personaldimensioneringen dock vara minst 0,5 anställda per klient.

Verksamhetsenheten ska i första hand med hjälp av egenkontroll, precis som för närvarande, säkerställa personalens antal, kompetens och struktur såsom det förutsatts i 20 § 1 mom. Med hjälp av egenkontrollen är det möjligt att utveckla och följa upp tjänsternas kvalitet i verksamhetsenheternas dagliga klientarbete. Detta sker bland annat så att verksamhetsenheternas ledning, chefer och personal kontinuerligt utvärderar sin egen verksamhet, hör klienter och anhöriga i frågor som gäller kvalitet och klientsäkerhet samt beaktar klientresponser när verksamheten utvecklas. Då kan de missförhållanden som förekommer i klientens tjänster och de situationer som är osäkra med tanke på hur servicen lyckas och som medför risk identifieras, förebyggas och åtgärdas snabbt som en del av den riskhantering som genomförs.

Tillsynsmyndigheterna ska vid behov i sitt tillsyns- och tillståndsförfarande bedöma kvaliteten på verksamheten och personaldimensioneringens tillräcklighet enligt vad som avses i bestämmelsen. I tillstånden tillämpas den allmänna bestämmelsen i lagen om privat socialservice samt de preciserande specialbestämmelserna om personalens tillräcklighet i äldreomsorgslagen. Utgångspunkten för bedömningen är således, liksom i den gällande lagstiftningen, att en sådan övervägd dimensionering som tjänsternas innehåll, servicebehovet och kundmängden förutsätter i enskilda fall tillämpas även under den föreslagna övergångsperioden. Under övergångsperioden bedöms personalens tillräcklighet alltså med motsvarande innehåll och förfarande som för närvarande, dock med den begränsningen att dimensioneringen alltid ska vara minst 0,5 anställda per klient. Det är på samma sätt som för närvarande tillsynsobjektet, dvs. verksamhetsenheten, som ska visa att verksamheten till alla delar uppfyller kraven i lagstiftningen. Enligt 10 § i lagen om privat socialservice kan tillståndet förenas med villkor som är nödvändiga för att trygga klientsäkerheten och som gäller mängden tjänster, de anställda, lokalerna, anordningarna och tillbehören samt arbetsmetoderna. Enligt tillståndsmyndighetens bedömning kan tillståndet således i enskilda fall förenas med villkor som också kan gälla ett tillräckligt antal anställda.

Med den reglering som nu föreslås avses en lagstadgad minimidimensionering som inte åsätter eventuella tillståndsvillkor där det med stöd av lag ställs krav på en högre dimensionering på basis av en bedömning av servicebehovet och antalet klienter vid en enhet. Sådana tillstånd ska med de villkor som eventuellt ställs i dem gälla som sådana också under den övergångsperiod som föreslås i lagen och tillståndshavarna eller tillståndsmyndigheterna behöver således inte enbart på basis av övergångsbestämmelserna se över innehållet i gamla tillstånd på nytt. Tillstånd som är i kraft under övergångsperioden ska alltså inte automatiskt granskas på nytt med stöd av övergångsbestämmelsen. Personaldimensioneringens tillräcklighet bedöms på det sätt och med det innehåll som beskrivs ovan som en del av de normala tillstånds- och tillsynsprocesserna. Även vid bedömningen av nya tillstånd iakttas undantaget för en dimensionering under 0,7 enligt den övergångsbestämmelse som föreslagits som specialbestämmelse så att det individuella dimensioneringskravet bestäms på samma sätt som för närvarande och är minst 0,5. Den som ansöker om tillstånd har alltid skyldighet att visa att de förutsättningar för verksamheten som anges i lag uppfylls. Då bedöms den högre dimensionering som eventuellt behövs i tillståndsvillkoren i enlighet med den ovan beskrivna lagstiftningen också med beaktande av övergångsbestämmelsen samt övriga förutsättningar som ska beaktas i verksamheten.

Den grund för undantag som övergångsbestämmelsen möjliggör och som gäller en personaldimensionering under 0,7 och överlag bestämmelserna om personalens tillräcklighet ska tillämpas enhetligt på offentliga och privata aktörer. Detta innebär att tillsynsmyndigheterna inte inom

tillståndsförvaltningen kan förutsätta en personaldimensionering på 0,7 av privata aktörer, om den i motsvarande situationer tillåter en dimensionering på 0,5 för offentlig verksamhet.

När minimidimensioneringen på 0,7 anställda per klient träder i kraft den 1 april 2023, åsidosätter den de lägre tillståndsvillkor som eventuellt finns i de då gällande tillstånden. Inte heller då leder ändringen automatiskt till en ny översyn av alla tillstånd, utan övervakningen av hur dimensioneringen genomförs utförs som en del av de normala tillstånds- och tillsynsprocesserna. Det är naturligtvis ändamålsenligt att tillståndsvillkoren uppdateras i samband med behandlingen av eventuella ändringsärenden och att tillståndshavarna informeras om betydelsen av reglering på lagnivå.

I fråga om avtal som ingåtts med tjänsteproducenter har kommunerna liksom för närvarande full frihet att under övergångsperioden utöver minimidimensioneringen 0,5 kräva en högre dimensionering, om kommunen så önskar, med beaktande av kostnaderna för servicen. De tjänster som anskaffas ska motsvara kommunens egen nivå, vilket också för sin del bestämmer innehållet i avtalen.

Vid bedömningen av en verksamhetsenhets tillräckliga personaldimensionering ska det beaktas att vård och omsorg enligt 20 § 1 mom. också under övergångsperioden och därefter kan förut-sätta en högre dimensionering än 0,7 anställda per klient.

När det gäller personaldimensioneringen 0,7 stöder övergångsperioden på ett kontrollerat sätt beredskapen för behovet av rekrytering av den tilläggspersonal som en höjning av dimensioneringen medför samt gör det möjligt för kommunerna och tjänsteproducenterna att redan under övergångsperioden få den personal som behövs samt ersättning för kostnaderna.

3 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

3.1 Propositionens innehåll och mål

Genom lagförslaget ändras äldreomsorgslagen genom att det till lagen fogas bestämmelser om ett enhetligt uppföljnings- och bedömningssystem som ska användas vid utredning och bedömning av äldre personers servicebehov och funktionsförmåga samt om den personaldimensionering som ska iaktas i serviceboende med heldygnsomsorg och institutionsvård för äldre personer. I anslutning till förslaget om personaldimensionering kompletteras dessutom definitionsparagrafen i lagen och fogas till lagen en bestämmelse om den personal som ska beaktas i personaldimensioneringen. Bedömnings- och uppföljningssystemet för servicebehov och funktionsförmåga har ett nära samband med bestämmelsen om minimidimensionering av personalen.

Syftet med den föreslagna lagen är att trygga äldre personers rätt till nödvändig omsorg och tillräckliga och högklassiga social- och hälso-tjänster inom heldygnsvård och heldygnsomsorg. Syftet är att stärka äldre personers rätt till tjänster som gör det möjligt för dem att leva ett värdigt och meningsfullt liv också när de behöver mycket vård och omsorg. Detta genomförs genom propositionen så att det utfärdas förpliktande bestämmelser om den personaldimensionering som krävs för heldygnsvård och heldygnsomsorg för äldre. Syftet är att förbättra klient- och patientsäkerheten genom att säkerställa tillräckligt med personal som ansvarar för vården och omsorgen.

Syftet med propositionen är också att förbättra kunskapsunderlaget för äldreomsorgen i syfte att utveckla en bättre planering, uppföljning, bedömning och utveckling av vården samt för att följa upp arbetets resultat. Ett gemensamt bedömnings- och planeringsinstrument som används

i hela landet gör det möjligt att göra en enhetlig och övergripande bedömning av servicebehoven samt att få jämförbar information om äldre personers servicebehov och tjänster. Samtidigt stärks likabehandlingen av klienterna i tjänsterna.

De skyldigheter som i lagen åläggs aktörerna i fråga om minimidimensioneringen av personalen och de preciserande bestämmelserna samt bestämmelserna om användningen av ett enhetligt bedömnings- och uppföljningssystem underlättar, förtydligar och förenhetligar tillsynen över tjänsterna inom heldygnsvård och heldygnsvård för äldre personer.

I förslaget föreskrivs nya skyldigheter för kommunen. Genom den bestämmelse som föreslås i 15 § i äldreomsorgslagen förpliktas kommunerna att vid utredningen av äldre personers servicebehov ta i bruk ett enhetligt bedömnings- och uppföljningssystem, som är det RAI-bedömnings-system som utvecklats och administreras av Institutet för hälsa och välfärd. Förslaget till en riksomfattande enhetlig bedömning av vårdbehovet är avsett att trygga dimensioneringen över 0,7 vid sådana enheter med heldygnsvård av äldre personer där klienternas servicebehov kräver det. Skyldigheten gäller också privata serviceproducenter från vilka kommunen köper äldreomsorgstjänster. Enligt 4 § 3 mom. i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården ska servicen motsvara den nivå som krävs av motsvarande kommunala verksamhet. Vid en verksamhetsenhet som producerar tjänster bedöms klientens servicebehov och funktionsförmåga samt förändringar i dem som en del av genomförandet av vården och omsorgen. Bestämmelserna i 4 kap. i äldreomsorgslagen gäller både offentliga och privata tjänsteproducenter, bland annat i fråga om kvaliteten på tjänsterna, personal, ledning och lokaler.

Enligt förslaget ska det till äldreomsorgslagen fogas definitioner av de centrala begreppen vid definitionen av personaldimensioneringen, direkt klientarbete och indirekt arbete samt en bestämmelse om den personal som deltar i direkt klientarbete och om förutsättningarna för det. Till 20 § om personalen fogas bestämmelser om den faktiska minimidimensioneringen av personalen vid verksamhetsenheter för serviceboende med heldygnsvård och långvarig institutionsvård för äldre personer samt om den personal i direkt klientarbete som ska beaktas vid dimensioneringen. Bestämmelsen preciserar 20 § 1 mom. i omsorgslagen, enligt vilket en verksamhetsenhet ska ha en personal som till antal, utbildning och uppgiftsstruktur motsvarar antalet äldre personer som tillhandahålls service av verksamhetsenheten och det servicebehov deras funktionsförmåga medför, och som garanterar dem en högkvalitativ service. Bestämmelsen om personaldimensionering ska tillämpas fullt ut efter övergångsperioden för att kommunerna ska kunna reserveras tillräckliga ekonomiska resurser för uppgiften och det ska kunna söras för tillgången på behövlig betydande extra personal. Samtidigt blir den nuvarande rekommendationen om en minimidimensionering på 0,5 arbetstagare per klient i kvalitetsrekommendationen för tjänster för äldre obligatorisk från lagens ikraftträdande till utgången av övergångsperioden.

3.1.1 Internationella människorättskonventioner

Viktiga människorättskonventioner med tanke på förslaget är den reviderade europeiska sociala stadgan och Europeiska unionens grundfördrag inklusive stadgan om de grundläggande rättigheterna. Enligt artikel 23 i den reviderade europeiska sociala stadgan ska äldre garanteras den sociala trygghet, vård, omsorg och möjlighet att delta i samhällets olika funktioner som fullvärdiga samhällsmedlemmar som de behöver. Dessutom förpliktar artikeln konventionsstaterna att tillförsäkra äldre som bor på institutioner möjlighet att påverka sin vård. I artikel 25 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna erkänner unionen äldre personers rätt till ett värdigt och självständigt liv och rätt att delta i samhällslivet.

FN:s internationella konvention om medborgerliga och politiska rättigheter och den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter garanterar alla de mänskliga rättigheter som ingår i dem för alla utan diskriminering på grund av ras, färg, kön, språk, religion, politisk eller annan åsikt, nationellt eller socialt ursprung, egendom, börd eller någon annan omständighet. Även om åldern inte nämns som en diskrimineringsgrund i avtalen, anses åldern i allmänhet ingå i dessa ”andra omständigheter”.

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och dess fakultativa protokoll, som gäller klagomålsförfarandet, kan tillämpas på åtminstone en del av de äldre. Tillämpningen av konventionen förutsätter också i fråga om äldre att de omfattas av tillämpningsområdet för artikel 1 i konventionen, dvs. att de har varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra. Finland har också ratificerat det fakultativa protokollet till FN:s konvention mot tortyr. Det nationella tillsynsorgan som förutsätts enligt det fakultativa protokollet ska utföra inspektioner på platser där frihetsberövade personer hålls. Sådana platser kan utöver fängelser, förvarsenheter, barnskyddsanstalter under vissa förutsättningar också vara boendeenheter och anstalter för äldre. Riksdagens justitieombudsman är tillsynsorgan i Finland.

3.2 Viktiga grundläggande fri- och rättigheter med tanke på förslaget

3.2.1 Allmänt

Den föreslagna regleringen har flera beröringspunkter med Finlands grundlag. Genom de föreslagna ändringarna tillgodoses den i 6 § i grundlagen reglerade jämlikheten, den i 19 § 1 mom. reglerade rätten till oundgänglig omsorg, den i 19 § 3 mom. föreskrivna skyldigheten för det allmänna att främja befolkningens hälsa och att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster och den i 22 § föreskrivna skyldigheten för det allmänna att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Lagförslaget hänför sig också till bestämmelserna i 7 § i grundlagen om rätten till personlig frihet och integritet samt till skyddet för privatlivet enligt 10 § i grundlagen. I förslaget har beaktats rätten till ett eget språk och en egen kultur som tryggas i 17 § i grundlagen. De nämnda bestämmelserna är betydelsefulla när det bedöms med hurdana tjänster en äldre persons grundläggande fri- och rättigheter som avses i de ovannämnda bestämmelserna kan tryggas.

De bestämmelser som ingår i lagförslagen har betydelse med tanke på lagstiftningsordningen också i förhållande till den kommunala självstyrelsen, som det föreskrivs om i 121 § i grundlagen och skyldigheten att utfärda bestämmelser genom lag i 80 § i grundlagen. Enligt 121 § 2 mom. i grundlagen ska bestämmelser om uppgifter som åläggs kommunerna utfärdas genom lag. Till den kommunala självstyrelsen hör bland annat kommunens rätt att besluta om sin ekonomi. När det gäller social- och hälsovården har självstyrelsen ansetts innefatta också en omfattande rätt att besluta om sättet att tillhandahålla tjänsterna. Enligt 80 § 1 mom. i grundlagen ska det genom lag dock utfärdas bestämmelser om grunderna för individens rättigheter och skyldigheter samt om frågor som enligt grundlagen i övrigt hör till området för lag.

3.2.2 Jämlikhet

Paragraf 6 § i grundlagen innehåller både ett krav på juridisk jämlikhet och en tanke om faktisk jämlikhet (GrUB 25/1994 rd, s. 7). Enligt den allmänna jämlikhetsklausulen i 6 § i grundlagen

RP 4/2020 rd

är alla lika inför lagen. Enligt diskrimineringsförbudet i 2 mom. i samma paragraf får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.

Den allmänna jämlikhetsbestämmelsen uttrycker huvudprincipen för jämlikhet och jämställdhet. Principen omfattar ett förbud mot godtycke och ett krav på enahanda bemötande i likadana fall. (RP 309/1993 rd, s.46). Den allmänna jämlikhetsklausulen riktas också till lagstiftaren. Vissa personer eller persongrupper får inte genom lag godtyckligt ges en gynnsammare eller ogynnsammare ställning än andra personer eller persongrupper. Klausulen kräver ändå inte att alla människor i alla avseenden ska behandlas lika, om inte förhållandena är likadana. Jämlikhetsaspekter spelar en viss roll såväl när medborgarna ges fördelar eller rättigheter genom lag som när de påförs skyldigheter. Samtidigt är det typiskt för lagstiftningen att den på grund av ett visst godtagbart samhälleligt intresse behandlar människor olika, bland annat för att främja faktisk jämställdhet (RP 309/1993 rd, s. 42–43, GrUU 38/2006 rd, s. 2). Grundlagsutskottet har på ett etablerat sätt konstaterat att jämlikhetsprincipen inte sätter några stränga gränser för lagstiftarens prövning när man strävar efter att anpassa regleringen efter kraven i samhällsutvecklingen vid en viss tidpunkt (bl.a. GrUU 11/2012 rd, s. 2, GrUU 2/2011 rd, s. 2). Det centrala är huruvida åtskillnaderna i fråga kan motiveras på ett godtagbart sätt med avseende på systemet med de grundläggande fri- och rättigheterna (bl.a. GrUU 46/2006 rd, s. 2, GrUU 16/2006 rd, s. 2). Grundlagsutskottet har ur grundlagens jämlikhetsbestämmelse i olika sammanhang härlett ett krav på att skillnaderna inte får vara godtyckliga och att de inte får bli oskäligen (t.ex. GrUU 11/2012 rd, s. 2, GrUU 37/2010 rd, s. 3) Den centrala utgångspunkten i lagförslaget är att lika-behandling ska tillämpas vid bedömningen av äldre personers servicebehov och funktionsförmåga för att säkerställa tjänster som motsvarar den individuella funktionsförmågan och motsvarar den äldre personens behov. Förslaget till ett enhetligt bedömningsinstrument som ska användas vid bedömningen hänför sig också till säkerställandet av att äldre personer kan tryggas rätt till oundgänglig omsorg och tillräckliga social- och hälsovårdstjänster samt tryggheten av andra ovan nämnda grundläggande fri- och rättigheter genom att det genom en lagstadgad minimidimensionering av personalen säkerställs tillräcklig personal och kompetens inom heldygnsvård och heldygnsomsorg.

Den föreslagna regleringen om minimidimensioneringen av personalen ska bedömas med tanke på den jämlikhet som tryggas i 6 § i grundlagen i förhållande till äldre personer som anlitar andra tjänster, i synnerhet hemvårdstjänster, och i förhållande till andra klienter inom social- och hälsovården med motsvarande behov av långvarig hjälp och långsiktigt stöd, såsom personer med funktionsnedsättning, till den del de bedöms vara i samma ställning som de äldre personer som omfattas av den föreslagna regleringen. Föremål för bedömningen är om det finns en sådan godtagbar grund för den föreslagna regleringen som förutsätts i 6 § 2 mom. i grundlagen. Det väsentliga är huruvida någon får särbehandlas på ett sätt som är godtagbart med avseende på de grundläggande fri- och rättigheterna (RP 309/1993 rd, GrUU 14/2006 rd, GrUU 25/2006 rd).

I förhållande till bestämmelserna om en tillräcklig personal inom hemvården har det bedömts vara mest brådskande med en lagstadgad dimensionering av tillräcklig personal inom heldygnsvården för äldre personer. En central orsak till detta har varit de betydande och otaliga missförhållanden och brister som äventyrat klient- och patientsäkerheten, särskilt i serviceboende med heldygnsomsorg. Hemvårdspersonalens tillräcklighet och behovet av en starkare författningsgrund bedöms i den pågående fortsatta beredningen av reformen av äldreomsorgslagen. Syftet med propositionen är inte att ge serviceboende med heldygnsomsorg en särställning i utbudet av äldreomsorgstjänster i förhållande till hemvård eller andra sätt att ordna service. Kommunen

beslutar alltid hur tjänsterna ska ordnas på basis av en utredning och bedömning av servicebehoven och en klientplan som utarbetats utifrån den. Det väsentliga i förhållande till bestämmelsen om jämlikhet i grundlagen är också till denna del grundlagsutskottets ovan beskrivna etablerade ståndpunkt att den allmänna jämlikhetsprincipen inte ger upphov till strikta gränser för lagstiftarens prövning när det gäller att eftersträva den reglering som den aktuella samhällsutvecklingen kräver (bl.a. (GrUU 11/2012 rd, s. 2, GrUU 2/2011 rd, s. 2). Till denna del är det också viktigt att de övriga servicehelheterna, såsom hemvård, oberoende av de lösningar som nu ska tillämpas uppfyller bland annat de krav som följer av 19, 7 och 10 § i grundlagen.

Vid bedömningen av den föreslagna regleringens jämlikhet i förhållande till andra grupper som behöver motsvarande heldygnservice, såsom personer med funktionsnedsättning, ska flera omständigheter beaktas. Servicehelheten för äldre personer är väsentligt annorlunda jämfört med personer med funktionsnedsättning. Helheten av service för personer med funktionsnedsättning består vanligen av flera olika tjänster och stödåtgärder också i fråga om tjänster i grupp. I förhållande till äldre personer tryggar den nuvarande speciallagstiftningen om service för personer med funktionsnedsättning som subjektiv rättighet för personer med svår funktionsnedsättning bland annat dagverksamhet, färdtjänst och i minst 30 timmar personlig assistans i månaden. Serviceboende med heldygnsomsorg för äldre personer inriktas i praktiken huvudsakligen på elementen av vård och omsorg vid verksamhetsenheten. För att servicen också ska omfatta element som stöder den sociala funktionsförmågan och välbefinnandet, behövs tillräcklig personal för det direkta klientarbetet. Personer med funktionsnedsättning utgör också en mer heterogen grupp än äldre personer. Ett centralt mål i funktionshinderservicen är att stärka personens egna val bland annat i fråga om boende och att också personer med funktionsnedsättning som behöver krävande och sektorsövergripande stöd bor självständigt med hjälp av service.

Personaldimensioneringarna inom boendeservicen för personer med svår funktionsnedsättning traditionellt har dock varit högre än 0,7, varför motsvarande reglering i fråga om personer med funktionsnedsättning kan vara onödig och i vissa fall försämra den nuvarande situationen. Med stöd av vad som anförs ovan är det i fråga om olika servicehelheter för personer med funktionsnedsättning och deras klienter i princip inte fråga om sådana liknande fall i fråga om vilka de föreslagna bestämmelserna om personaldimensioneringen av tjänster inom heldygnsvård och heldygnsomsorg för äldre personer kan betraktas som problematisk särbehandling med tanke på den allmänna jämlikhetsprincipen.

Vid bedömningen av regleringens överensstämmelse med grundlagen ska dessutom beaktas den omfattande ekonomiska satsning som nu genom propositionen inriktas på tjänster inom heldygnsvård och heldygnsomsorg för äldre personer i syfte att förbättra kvaliteten på äldreomsorgen och därigenom de grundläggande fri- och rättigheterna för äldre. Eftersom alla de reformer som behövs med tanke på den ekonomiska hållbarheten och tillgången på personal inte kan genomföras samtidigt, är det motiverat att i den första fasen inrikta reformerna på de klientgrupper och tjänster vars situation är mest kritisk.

Den föreslagna regleringen strider enligt regeringens uppfattning inte mot jämlikhetsbestämmelsen i grundlagen.

3.2.3 Rätt till social trygghet

Regleringen har i fråga om de grundläggande fri- och rättigheterna närmast anknytning till 19 § 1 och 3 mom. i grundlagen. Enligt 1 mom. har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet

som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Med oundgänglig omsorg avses i bestämmelsen enligt förarbetena bland annat tjänster som tryggar förutsättningarna för ett människovärdigt liv, och i det ingår stödåtgärder som hör till äldreomsorgen (RP 309/1993 rd, s. 69/II). Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Genom bestämmelsen i grundlagen fastställs inte hur dessa tjänster ska ordnas, utan genom bestämmelsen åläggs det allmänna att trygga tillgången till tjänsterna (RP 309/1993 rd, s. 71/I, se även t.ex. GrUU 20/2004 rd, s. 2/II).

Sättet att ordna tjänster och tillgången till tjänster påverkas indirekt också av andra grundläggande fri- och rättigheter, såsom jämlikhet och förbud mot diskriminering eller rätten till liv samt personlig integritet och trygghet. Vid bedömningen av om tjänsterna är tillräckliga kan utgångspunkten enligt den ovan nämnda regeringspropositionen vara en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället (RP 309/1993 rd, s. 71/II, se även t.ex. GrUU 20/2004 rd, s. 2/II och GrUU 30/2013 rd, s. 3/I). Klausulen om närmare bestämmelser som ska genomföras genom lag lämnar lagstiftaren spelrum i regleringen av rättigheterna och visar att det exakta innehållet i en grundläggande fri- eller rättighet bestäms utifrån hela komplexet av bestämmelser om grundläggande fri- och rättigheter och vanlig lagstiftning (GrUB 25/1994 rd, s. 5–6).

Genom de bestämmelser som ingår i förslaget stärks äldre personers rättigheter enligt 19 § 1 och 3 mom. i grundlagen.

3.2.4 Rätten till liv, personlig frihet och integritet

Enligt 7 § 1 mom. i grundlagen har alla rätt till liv och till personlig frihet, integritet och trygghet. Det allmänna ska själv avstå från att kränka dessa rättigheter, men det ska också skapa förhållanden där dessa grundläggande fri- och rättigheter åtnjuter skydd mot enskilda kränkningar.

Individens rätt till liv är den viktigaste av de grundläggande fri- och rättigheterna. I vissa situationer omfattar bestämmelsen också en särskild skyldighet att ge skydd och är speciellt nära förknippad med den rätt till oundgänglig försörjning och omsorg som tillförsäkras genom 19 § 1 mom. Den personliga friheten har karaktären av en allmän grundläggande fri- och rättighet som skyddar inte bara människans fysiska frihet utan också hennes viljas frihet och självbestämmanderätt. Rätten till personlig integritet ger skydd mot kroppsvisitationer och medicinska eller motsvarande åtgärder som vidtas med tvång.

Rätten till personlig integritet har ett nära samband med det skydd för privatlivet som gäller enligt 10 § i grundlagen. Förutom skydd för fysisk integritet omfattar skyddet för personlig integritet också större ingrepp i individens psykiska integritet också när ingripandet inte kan betraktas som en sådan behandling som kränker människovärdet som förbjuds i samma paragraf. Enligt motiveringen i regeringens proposition om de grundläggande fri- och rättigheterna (RP 309/1993 rd) innebär den personliga integritetens status som en grundläggande fri- och rättighet att tröskeln för ingripande är hög. Begränsningarna ska grunda sig på lag och uppfylla de krav på godtagbarhet och nödvändighet som preciseras i tolkningspraxis. Grundlagsutskottet har i sin praxis ansett att självbestämmanderätten anknyter till flera grundrättigheter, särskilt till bestämmelserna om personlig frihet och integritet i 7 § i grundlagen och till bestämmelserna om skydd för privatlivet i 10 § i grundlagen. I det grundlagsskyddade privatlivet ingår bland

RP 4/2020 rd

annat individens rätt att bestämma över sig själv och sin kropp (se t.ex. GrUU 15/2015 rd, s. 3 och GrUU 12/2016 rd, s. 2, GrUU 10/2012 rd, s. 2/II och GrUU 24/2010 rd, s. 3/I).

Det i ovillkorlig form skrivna förbud mot behandling som kränker människovärdet som ingår i 7 § 2 mom. i grundlagen gäller både fysisk och psykisk behandling. Förbudet är avsett att omfatta alla former av grym, inhuman eller skymfande bestraffning eller annan behandling.

Av de föreslagna bestämmelserna tillgodoser i synnerhet de föreslagna 20 § 2 och 3 mom. samt den övergångsbestämmelse om personaldimensionering som föreslås i lagen rätten till liv samt till personlig frihet, integritet och trygghet. Personalens tillräcklighet är också kopplad till en heltäckande och korrekt bedömning av servicebehovet och därigenom till högkvalitativa tjänster där även den äldre personens personliga säkerhet och integritet samt självbestämmanderätt beaktas.

3.2.5 Skydd för privatlivet

I 10 § i grundlagen föreskrivs det om skydd för privatlivet. Enligt paragrafen är vars och ens privatliv, heder och hemfrid tryggade. Enligt motiveringen till regeringens proposition om reformen av de grundläggande fri- och rättigheterna är utgångspunkten för skyddet för privatliv enligt 10 § 1 mom. att individen har rätt att leva sitt eget liv utan godtycklig eller ogrundad inblandning av myndigheter eller andra utomstående. I privatlivet ingår bland annat individens rätt att fritt knyta och upprätthålla kontakter till andra människor och miljön samt att själv bestämma om sig själv och sin kropp. I alla situationer går det inte att helt och hållet göra en åtskillnad mellan privatliv, heder och hemfrid. Enligt motiveringen kan privatlivet som begrepp förstås som ett samlande begrepp för en persons privata krets.

Tillräckliga personalresurser skyddar de beskrivna rättigheterna mot handlingar som äventyrar eller kränker rättigheterna. Lagförslaget hänför sig också till förverkligandet av skyddet för privatlivet i fråga om långvarig vård och omsorg för äldre personer.

3.2.6 Skyldighet för det allmänna att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses

Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Förslaget innebär att denna förpliktelse uppfylls, eftersom dess centrala utgångspunkt och syfte är att trygga nödvändig omsorg och tillräckliga social- och hälso-tjänster för äldre samt främja att jämlikheten förverkligas i fråga om tillgången till tjänster i enlighet med servicebehovet. Det allmänna, dvs. staten, anvisar kommunerna betydande ekonomiska satsningar för att trygga de grundläggande och mänskliga rättigheterna för äldre. Genom förslaget tryggas i synnerhet det som i 6 § i grundlagen föreskrivs om jämlikhet, det som i 7 § föreskrivs om rätten till liv, personlig frihet, integritet och trygghet, det som i 10 § föreskrivs om skydd för privatlivet och det som i 19 § föreskrivs om rätt till social trygghet.

Förslagen anknyter till 80 § i grundlagen, enligt vilken bestämmelser om grunderna för individens rättigheter och skyldigheter ska utfärdas genom lag.

3.3 Kommunal självstyrelse

I lagen föreskrivs om betydande nya och mera omfattande uppgifter för kommunerna. Enligt 121 § 2 mom. i grundlagen utfärdas bestämmelser om dessa genom lag. Till kommuninvånarnas självstyrelse hör att kommunen själv ska kunna besluta om uppgifter som den åtagit sig med stöd av självstyrelsen samt att kommunen i övrigt kan tilldelas uppgifter endast genom lag. Det väsentliga är att kommunerna inte kan tilldelas nya uppgifter genom författningar på lägre nivå än lag (RP 1/1998 rd, s. 176/I). Grundlagsutskottet har i sin etablerade praxis betonat att när man lagstiftar om uppgifter för kommunerna, måste man samtidigt se till att kommunerna har faktiska möjligheter att klara av dem (t.ex. GrUU 12/2011 rd, s. 2 och de utlåtanden som nämns där). I motiveringen till regeringspropositionen behandlas rätt noggrant propositionens ekonomiska konsekvenser och hur kommunerna ersätts för dem. Eftersom det i fråga om regleringen av personaldimensioneringen är fråga om en ny uppgift för kommunerna, ersätts de helt och hållet för kostnaderna.

3.4 Val av regleringsnivå

I fråga om propositionen bör grundlagens krav på regleringsnivån för de föreslagna bestämmelserna om personaldimensionering samt dess exakthet och avgränsning granskas. Grundlagsutskottet har bedömt frågan om bestämmelser om personaldimensionering i sitt utlåtande om den gällande lagen (GrUU 36/2012 rd). Det ansåg då att bestämmelser om personaldimensionering antingen ska utfärdas genom lag eller bemyndigandet att utfärda förordning formuleras så att kravet på exakthet uppfylls och så att bemyndigandet i väsentlig grad begränsar prövningrätten för den som utfärdar förordning. Denna bedömning lade grundlagsutskottet dels till propositionsutkastets betydande konsekvenser för den kommunala självstyrelsen, som tryggas i 121 § i grundlagen, och dels till den skyldighet som i 19 § 3 mom. i grundlagen åläggs det allmänna att tillförsäkra var och en tillräckliga social- och hälsojänster genom bestämmelser på lagnivå. En översyn av bestämmelserna till denna del var enligt utskottets bedömning en faktor som påverkade lagstiftningsordningen.

Till denna del kan det anses vara av betydelse att det i denna proposition föreslås bestämmelser på lagnivå om de viktigaste grundläggande förutsättningarna för personaldimensionering: minimiantalet anställda som utför direkt klientarbete (0,7), anställda i direkt klientarbete som ska beaktas i personaldimensioneringen och vilka anställda och på vilka grunder de beaktas i personaldimensioneringen. I fråga om denna reglering motsvarar propositionen grundlagsutskottets krav i sitt tidigare utlåtande och också kraven på utfärdande av bestämmelser genom lag enligt 80 § 1 mom. i grundlagen. Bestämmelserna om personaldimensionering har i sin helhet betydelse med tanke på individens rättigheter och skyldigheter, och därför är det motiverat att det genom lag utfärdas bestämmelser om dem.

Enligt regeringens uppfattning kan lagförslaget behandlas i vanlig lagstiftningsordning. Enligt regeringen kränker propositionen inte den kommunala självstyrelsen så att den begränsar kommuninvånarnas rätt att besluta om kommunens ekonomi och om ordnandet av social- och hälsojänster. Regeringen anser det dock vara ändamålsenligt att begära grundlagsutskottets utlåtande, eftersom det i propositionen finns aspekter som är av betydelse när det gäller att tillgodose de grundläggande fri- och rättigheterna.

Med stöd av vad som anförts ovan föreläggs riksdagen följande lagförslag:

Lag

om ändring av lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012) 3 § 3 punkten samt
fogas till 3 § nya 4 och 5 punkter, till lagen en ny 3 a §, till 15 §, sådan den lyder delvis ändrad i lagarna 1323/2014 och 294/2016, ett nytt 4 mom. samt till 20 § nya 2 och 3 mom., varvid det nuvarande 2 mom. blir 4 mom., som följer:

3 §

Definitioner

I denna lag avses med

-
- 3) *verksamhetsenhet* en funktionell helhet som har en offentlig eller privat tjänsteleverantör som huvudman och inom vilken huvudsakligen äldre personer tillhandahålls social- eller hälsovårdstjänster som utförs i tjänsteleverantörens lokaler eller i de äldre personernas egna hem,
 - 4) *direkt klientarbete* vård och omsorg samt uppgifter som främjar och upprätthåller klienters funktionsförmåga och rehabilitering, registrering av klientuppgifter, bedömning av servicebehovet samt utarbetande och uppdatering av vård- och serviceplaner,
 - 5) *indirekt arbete* städning av rum och gemensamma utrymmen, tvätt och fastighetsskötsel, matlagning och uppvärmning av mat, chefsarbete och administrativt arbete för enhetens förestandare och ansvariga person samt andra motsvarande uppgifter som möjliggör vård och omsorg.

3 a §

Personer som deltar i det direkta klientarbetet i serviceboende med heldygnsomsorg och långvarig institutionsvård

Anställda som deltar i det direkta klientarbetet i serviceboende med heldygnsomsorg och långvarig institutionsvård för äldre personer är

- 1) sjukskötare och hälsovårdare,
- 2) närvårdare och primärskötare,
- 3) geronomer,
- 4) hemvårdare,

- 5) socialsektorns handledare och pedagoger,
- 6) personer som avlagt socionomexamen (YH),
- 7) personer som avlagt lämplig yrkes- eller specialyrkesexamen,
- 8) personer som avlagt lämplig examen på institutnivå,
- 9) fysioterapeuter och ergoterapeuter,
- 10) rehabiliteringsledare,
- 11) hemhjälpare, vårdbiträden och omsorgsassistenterna,
- 12) handledare för stimulerande verksamhet och andra motsvarande anställda som deltar i upprätthållandet av klientens sociala funktionsförmåga,
- 13) verksamhetsenheternas föreståndare och ansvariga personer.

I det direkta klientarbetet deltar också studerande som står i arbetsavtalsförhållande till en verksamhetsenhet, oberoende av utbildningsform, om de genom studier har förvärvat tillräcklig kompetens i förhållande till examensgrunderna, den kompetens som lagstiftningen om yrkesutbildade personer förutsätter samt kompetensbehoven på arbetsplatsen.

Arbetskiftets personal får inte bestå enbart av de anställda som avses i 1 mom. 9–12 punkten eller av studerande som avses i 2 mom. Arbetsgivaren ska se till att det vid verksamhetsenheten i förhållande till klienternas behov och antal finns ett tillräckligt antal yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården under varje arbetsskift.

En anställd vid verksamhetsenheten får inte utan utbildning i läkemedelsbehandling delta i uppgifter inom läkemedelsbehandling eller genomföra läkemedelsbehandling.

15 §

Utredning av servicebehovet

I fråga om tjänster som tillhandahålls regelbundet ska bedömningssystemet RAI användas som nationellt bedömnings- och uppföljningsinstrument vid utredning och bedömning av äldre personers servicebehov, funktionsförmåga och vårdberoende.

20 §

Personal

Den faktiska personaldimensioneringen vid en sådan verksamhetsenhet för serviceboende med heldygnsomsorg och en sådan verksamhetsenhet för långvarig institutionsvård som har gemensamma lokaler och egen arbetsskiftsplanering och som är underställd en och samma chef ska vara minst 0,7 anställda per klient.

Med faktisk personaldimensionering avses den arbetsinsats som utförs av de i 3 a § avsedda närvarande anställda som utför direkt klientarbete vid verksamhetsenheten, i förhållande till antalet klienter vid verksamhetsenheten under en uppföljningsperiod på tre veckor. Indirekt arbete beaktas inte i personaldimensioneringen.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Användningen av det bedömningssystem som avses i 15 § 4 mom. ska inledas senast den 1 april 2023.

Den faktiska personaldimensioneringen före den 1 april 2023 vid de verksamhetsenheter som avses i 20 § 2 mom. får vara mindre än 0,7 per klient, om verksamhetsenheten kan visa att den vård och omsorg som ges där motsvarar antalet äldre personer vid enheten och det servicebehov

RP 4/2020 rd

deras funktionsförmåga medför samt garanterar dem en högkvalitativ service. Personaldimensioneringen ska dock vara minst 0,5 anställda per klient.

Helsingfors den 6 februari 2020

Statsminister

Sanna Marin

Familje- och omsorgsminister Krista Kiuru