

Slutrapport

från arbetsgruppen med uppdrag att utreda

äldreomsorgen

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Äldreomsorgen år 2020 - en sammanfattning	4
Uppdraget	5
Arbetsuppgifter	5
Arbetsgrupp och politisk referensgrupp	5
Begränsningar	6
Begrepp	6
Arbetsgruppens arbete	7
Mötestillfällen	7
Arbetsmetodik	7
Lagstiftningen	8
Grundlagens grundläggande fri- och rättigheter	8
Ålands lagstiftningsbehörighet	9
Lagstadgad socialservice	9
Allmän sociallagstiftning	9
Klientavgifter	10
Behörighetsvillkor	11
Lagstadgad hälso- och sjukvård	11
Lagförslag	12
Förebyggande hembesök	12
Samverkan mellan kommun och ÅHS	13
Närståendevård	13
Intagning till respektive utskrivning från sjukvården	14
Lagstiftning om de äldres rättigheter	14
Förändrade villkor för vård och omsorg av äldre	15
De äldres förväntningar	15
Ekonomiska förutsättningar	15
Medicinsk och teknologisk utveckling	16
Hjälpmedel	16
Övergripande målsättningar	17
Internationell målsättning	17
”Ett gott samhälle för människor i alla åldrar”	17
90 % - målet	19
Ansvarsfördelning mellan ÅHS respektive kommunerna	21
Människan i centrum	21
Avgifter inom äldreomsorgen	21
Förebyggande åtgärder	22
Hemtjänst och hemsjukvård	24
Definitioner	24
Ökade resurser	24
Sammanhållen hemvård	25
Ensamboende kvinnor	26
Äldre människors bostäder och boendemiljöer	27
Utgångspunkter	27
Förändringar inom bostadsproduktionen	27
Offentliga miljöer	28
Landskapregeringens ansvar	28
Färdtjänst	28

Kommunalt serviceboende	29
Definition	29
Förhållandena på Åland	29
Avsaknad av platser på serviceboende	30
Kommunala åldringshem	31
Definition	31
Förhållandet mellan GÅ och åldringshemmen	32
Kommunalförbundet för De Gamlas Hem	32
Avsaknad av institutionsplatser	32
Gullåsen (GÅ)	33
GÅ:s utveckling	33
Framtida verksamhet	34
Vårdplatsbehovet	34
Kvalitet i vården och omsorgen om de äldre	35
Kvalitetsrekommendation om vård och tjänster för äldre i Finland	35
Brukarundersökning	36
Kontinuitet	36
RAVA	36
Yrkeskunskap och vårdfilosofi	36
Etik inom äldreomsorgen	37
Definition av begreppet värdegrund	37
Det goda exemplet	37
Värdegrund i äldreomsorgen	37
Personal, utbildning och rekrytering	39
Personalförsörjning	39
Ansvarsfullt personalansvar	39
Utbildning till frivilliga	40
Personal	40
Utbildning	40
Närvårdare	40
Sjukskötare	41
Ekonomiska förutsättningar för äldreomsorgen	43
Nuvarande kostnadsansvar	43
Förslag till ny kostnadsfördelning	44
Fördelning av verksamhetsansvar	44
Fördelning av kostnadsansvar	44
Övergångsregler	45
Kostnader för närståendevård	45
Övriga frågor	46
Socialjour	46
Förändrat innehåll i begreppet hemkommun	46
Äldre personer med utvecklingsstörning	46
Äldre personer med missbruksproblem	47
Psykisk ohälsa hos äldre	47
Statistik över äldreomsorgen	49
Begrepp som används inom äldre vården på Åland	52
Källor och litteratur	56

Äldreomsorgen år 2020 - en sammanfattning

Om arbetsgruppens förslag genomförs kan äldreomsorgen se ut enligt följande år 2020.

Äldreomsorgen i landskapet fungerar mycket väl. De äldre får den vård och omsorg som de behöver, och som kommunerna och landskapet utlovar. Det har lyckats genom att de politiska prioriteringarna inom äldreomsorgen sker öppet och genom att förväntningar på olika parter inom äldreomsorgen är tydliga. Det finns en tydlig ansvarsfördelning mellan kommuner och Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS), där parterna konkret beskriver vilka tjänster man erbjuder och gränserna för dessa tjänster. En annan viktig omständighet är ett gemensamt avgiftssystem för vård och omsorg av de äldre.

Genom en välutvecklad sammanhållen hemvård, där personal inom kommunal hemtjänst nära samarbetar med ÅHS:s personal inom hemsjukvården, kan mer än 90 % av människor som fyllt 75 år ha möjlighet att bo i eget hem. Systemet understöds av ett ändamålsenligt och generöst stöd för närståendevårdare. En grundläggande förutsättning för att vi har nått det s.k. 90 %-målet är att ÅHS och kommunerna prioriterar förebyggande åtgärder inom äldreomsorgen, och särskilt lagstadgade förebyggande hembesök. Alla nyproducerade eller renoverade bostäder är anpassade för att människor skall kunna bo kvar i dem hela livet, samtidigt som de tillgodoser de äldres behov av trygghet. Landskapet har även en välfungerande socialjour inom äldreomsorgen.

För de äldre människor som inte längre kan eller vill bo i eget hem, erbjuder kommunerna platser vid serviceboende, med eller utan service dygnet runt. De människor som behöver större vårdinsatser bor på de kommunala åldringshemmen. Gullåsen (GÅ) vid Ålands Centralsjukhus (ÅCS) är en renodlad geriatrisk avdelning där äldre människor tas emot för utredning om lämplig vårdnivå, rehabilitering samt viss begränsad långtidssjukvård.

Den grundläggande filosofin inom äldreomsorgen är att äldres intressen och behov ställs i centrum för vård och omsorg. Personalen arbetar därför kontinuerligt med frågor om etik och värdegrund. Som politiska mål för äldreomsorgen fungerar etiska regler och värdegrunder, vid sidan av ekonomiska mål. Systemet har sin grund i en lagstiftning med grundläggande regler av etisk natur, enligt vilken den äldre människans intressen tillvaratas.

Kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen fungerar väl. Utbildningssystemet har anpassats till de behov av personal och kompetens som arbetsgivarna behöver. För att upprätthålla mycket god kvalitet i verksamheten prioriteras god utbildning och kompetens vid rekrytering. Arbetsgivaren har vidare genomfört aktiva åtgärder för att främja en god hälsa bland personalen. Äldreomsorgen har därför numera en stor attraktionskraft som arbetsgivare. Genom samhällets insatser kan även grundläggande utbildning eller information om äldreomsorgen systematiskt erbjudas närstående och den frivilliga sektorn.

Kostnadsansvaret för äldreomsorgen fördelas mellan parterna på så sätt att kommunerna ansvarar för hemtjänsten, för verksamheten vid de kommunala serviceboenden samt för institutionerna, medan landskapet och ÅHS svarar för kostnaderna för hemsjukvård och för sjukhusvård. Parterna har lyckas undvika betydande kostnadsökningar för den "institutionella vården" genom att förse hemtjänsten och hemsjukvården med ökade ekonomiska och personella resurser, samt genom att kommunerna har utvidgat möjligheten inom närståendevården och samverkan med tredje sektorn.

Uppdraget

Arbetsuppgifter

Enligt landskapsregeringens uppdrag av den 3 maj 2005 skall arbetsgruppen ha följande utgångspunkter i sitt arbete:

Organisation

Är nuvarande huvudmannaskap respektive ansvarsfördelning mellan kommunerna och Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) ändamålsenlig?
Hur skall verksamheten organiseras för att åstadkomma bästa möjliga samverkan mellan kommunernas socialvård och ÅHS:s verksamhet?

Innehållet i äldreomsorgen

Hur skall äldreomsorgen ordnas för att säkerställa hög kvalitet i vården samtidigt som de äldre garanteras trygghet och inflytande?

Ekonomiska förutsättningar

Hur skall kostnaderna för äldreomsorgen i framtiden fördelas mellan kommunerna och landskapet?
Utarbeta riktlinjer för enhetliga och rättvisa klientavgifter.

Arbetsgruppen skall vidare utreda följande

- beskriva hur äldreomsorgen i kommunerna och inom ÅHS ser ut i dag och hur den bör se ut år 2020
- definiera olika begrepp inom verksamheten
- analysera konsekvenser av nuvarande ansvarsgränser mellan kommuner och ÅHS, och vid behov föreslå förändringar
- analysera olikformigheter i omsorgen ur ett genusperspektiv
- utreda möjligheter att utöka anhörigstödet
- utvärdera vilka rättigheter de äldre och deras anhöriga har, samt lyfta fram eventuella brister i dagens omsorg
- undersöka vilka åtgärder som bör vidtas för att trygga personalförsörjningen
- överväga och i förekommande fall föreslå förändringar i landskapsandelssystemet
- föreslår eventuella förändringar av lagstiftningen

Arbetsgruppen skall avlämna en slutrapport senast den 28.4.2006 och en mellanrapport senast den 31.1.2006. Genom beslut 25.4.2006 förlängde landskapsregeringen utredningstiden till 15.6.2006.

Arbetsgrupp och politisk referensgrupp

Arbetsgruppen har följande sammansättning:

- Arne Selander, ordförande
- Christina Sjöblom (skärgården, Föglö)
- Benita Muukkonen (Mariehamns stad)
- Karl K Fagerlund (ÅHS, Gullåsen)
- Birgitta Hermans (ÅHS, primärvården)
- Solveig Jansson (k.f. De Gamlas Hem)
- Birger Ch Sandell

- Synnöve Jordas, sekreterare
- Eivor Nikander, sekreterare

Enligt uppdraget skall arbetsgruppens arbete förankras i en politisk referensgrupp med följande sammansättning:

- Landskapsregeringsledamot Harriet Lindeman, ordförande
- Talman Barbro Sundback
- Lagtingsledamot Ragnar Erlandsson

Begränsningar

Arbetsgruppen önskar inledningsvis framhålla att gruppen har tvingats begränsa arbetets omfattningen på grund av bristande arbetsresurser. I avsaknad av en särskild utredare för uppdraget, har arbetet huvudsakligen utförts vid sidan av arbetsgruppens medlemmars övriga arbetsuppgifter och till stor del på fritiden. Dessa förhållanden har påverkat arbetsgruppens möjligheter att fördjupa sig i flera frågeställningar. Flera förslag i rapporten förutsätter därför fortsatt utredning innan åtgärder kan genomföras.

Arbetsgruppen konstaterar vidare att det i dag saknas tillgängliga undersökningar och fakta om genusförhållanden inom den åländska äldreomsorgen, varför en analys av olikformigheter i äldreomsorgen ur ett genusperspektiv inte är möjlig. Uppdraget kan därför till denna del inte uppfyllas. Arbetsgruppen avser att landskapsregeringen undersöker vilka möjligheter det finns att framöver få tillgång till lämplig information på området. Trots denna begränsning redovisar arbetsgruppen nedan uppgifter uppdelade per kön, om hushåll i landskapet som består av en person där personen har fyllt 75 år (se nedan under avsnittet hemtjänst och hemsjukvård).

Begrepp

Termer och begrepp som används i rapporten förklaras i en särskild förteckning.

Arbetsgruppens arbete

Mötestillfällen

Arbetsgruppen har hållit 26 möten. Fem möten har varit gemensamma för arbetsgruppen och den politiska referensgruppen. Vid mötestillfällena har följande teman behandlats:

1. 1.6.2005 Inledande möte med politisk referensgrupp
2. 6.6.2005 Gullåsens framtid
3. 17.6.2005 Gullåsens framtid, fortsättning
4. 16.8.2005 Gullåsens framtid, avslutande diskussion
5. 29.8.2005 Äldrevårdsinstitutionernas framtida verksamhetsförutsättningar
6. 6.9.2005 Äldrevården inom övrig sjukvård
7. 27.9.2005 Möte med politisk referensgrupp
8. 11.10.2005 Hemsjukvården och hemvården
9. 18.10.2005 Avstämning och förberedande arbete för mellanrapport
10. 4.11.2005 Värdegrund inom äldreomsorgen
11. 17.11.2005 Arbete med mellanrapport
12. 22.11.2005 De äldres boende
13. 28.11.2005 Ekonomiska frågor
14. 9.12.2005 Personal, utbildning och rekrytering
15. 15.12.2005 Arbete med mellanrapport
16. 13.1.2006 Möte med politisk referensgrupp
17. 17.1.2006 Planering av det fortsatta arbetet
18. 30.1.2006 Läkarresurser
19. 17.2.2006 Helena Backman, Folkhälsan Raseborg Ab
20. 23.2.2006 Utvärdering och fortsatt planering
21. 2.3.2006 Socialstyrelsens lägesrapport "Vård och omsorg om äldre"
22. 14.3.2006 Viveca Arrhenius, social- och hälsovårdsministeriet
23. 30.3.2006 Arbete med slutrapport
24. 4.4.2006 Avstämning med politisk referensgrupp
25. 15.5.2006 Arbete med slutrapport
26. 30.5.2006 Avstämning med politisk referensgrupp

Arbetsmetodik

Arbetsgruppen har inledningsvis inriktat arbetet på att samla information om och beskriva förhållandena inom den åländska äldreomsorgen, och utifrån en sådan kartläggning definiera förekommande problem inom omsorgen. Målet för arbetet är att med utgångspunkt i uppdraget föreslå lösningar på dessa problem samt att föreslå målsättningar för en utveckling av verksamheten inom äldreomsorgen ur ett långsiktigt perspektiv.

Lagstiftningen

Arbetsgruppens förslag:

- Socialvårdslagstiftningen ändras i syfte att tillåta flexibla organisatoriska lösningar inom äldreomsorgen
- ÅHS-lagen ändras för att möjliggöra samarbete med kommunerna
- Närståendevård och rätt till förebyggande hembesök regleras i lag
- Regler för avgifter inom äldreomsorgen utreds och preciseras
- Behovet av eventuell lagstiftning om de äldre rättigheter bör utredas närmare

Grundlagens grundläggande fri- och rättigheter

I grundlagens andra kapitel (6-21 §§) uppräknas de grundläggande fri- och rättigheterna som tillförsäkras var och en. Enligt 22 § grundlagen skall det allmänna, dvs. bl.a. Ålands lagting, Ålands landskapsregering samt kommunerna, se till att dessa fri- och rättigheter tillgodoses. Den enskilde medborgaren kan alltid direkt åberopa dessa rättigheter i förhållande till myndigheter, samtidigt som myndigheterna är skyldiga att självmant beakta dem i all sin verksamhet och vid beslutsfattande. Vid tillämpning av lagar och andra normer skall myndigheterna alltid tolka reglerna på ett sådant sätt att de stöder och betonar syftet med de grundläggande fri- och rättigheterna.

Inom verksamhetsområdet vård och omsorg kan särskilt följande fri- och rättigheter framhållas:

7 § Rätten till liv, personlig frihet och integritet

Alla har rätt till liv och till personlig frihet, integritet och trygghet.

Ingen får dömas till döden eller torteras eller utsättas för någon annan behandling som kränker människovärdet.

Den personliga integriteten får inte kränkas och ingen får berövas sin frihet godtyckligt eller utan laglig grund. Straff som innefattar frihetsberövande får dömas ut endast av domstol. Lagligheten av andra frihetsberövanden skall kunna underkastas domstolsprövning. Rättigheterna för den som har berövats sin frihet skall tryggas genom lag.

10 § Skydd för privatlivet

Vars och ens privatliv, heder och hemfrid är tryggade. Närmare bestämmelser om skydd för personuppgifter utfärdas genom lag.

Brev- och telefonhemligheten samt hemligheten i fråga om andra förtroliga meddelanden är okränkbara.

Genom lag kan bestämmas om åtgärder som ingriper i hemfriden och som är nödvändiga för att de grundläggande fri- och rättigheterna skall kunna tryggas eller för att brott skall kunna utredas. Genom lag kan också bestämmas om sådana begränsningar i meddelandehemligheten som är nödvändiga vid utredning av brott som äventyrar individens eller samhällets säkerhet eller hemfriden, vid rättegång och säkerhetskontroll samt under frihetsberövande.

19 § Rätt till social trygghet

Alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv har rätt till oundgänglig försörjning och omsorg.

Genom lag skall var och en garanteras rätt att få sin grundläggande försörjning tryggad vid arbetslöshet, sjukdom, arbetsoförmåga och under ålderdomen samt vid barnafödelse och förlust av en försörjare.

Det allmänna skall, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Det allmänna skall också stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt.

Det allmänna skall främja vars och ens rätt till bostad och möjligheter att själv ordna sitt boende.

De fri- och rättigheter inom social-, hälso- och sjukvårdsområdena som garanteras de enskilda genom grundlagens bestämmelser, är ofta beroende av en i lag eller annan författning angiven prövning. Detta innebär att förmånens storlek eller servicens natur avgörs vid prövning av behörig myndighet. Man kan därför inte säga att någon har en ovillkorlig och subjektiv rätt till den aktuella förmånen eller servicen. Myndigheterna har i dessa fall till uppgift att fördela de resurser som finns anslagna för ändamålet utifrån de villkor som uppställs i social- och hälsovårdslagstiftningen eller administrativa beslut och regler. En sådan prövning är ofta behovsrelaterad, och kan i vissa fall vara beroende av t.ex. särskilda prioriteringssystem. Den allmänna principen är dock att behovet av tjänsterna alltid skall bedömas individuellt. De förtroendevalda och andra beslutsfattare bär ett stort ansvar för att nivån och kvaliteten på tjänsterna säkert tillgodoser behovet hos de enskilda.

Ålands lagstiftningsbehörighet

Behörighetsfördelningen mellan landskapet Åland och riket regleras i självstyrelselagen för Åland. Av 18 § 12-13 punkten i lagen framgår att landskapet har lagstiftningsbehörighet i fråga om hälso- och sjukvård respektive socialvård. Undantag görs enligt 27 § 24, 29 och 30 punkten för bl.a. administrativa ingrepp i den personliga friheten, smittsamma sjukdomar hos människor samt behörighetsfrågor inom hälso- och sjukvården.

Lagstadgad socialservice

Allmän sociallagstiftning

Enligt landskapslagen (1995/101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård (nedan kallad LL om socialvård) skall följande i riket gällande lagar tillämpas även på Åland, dock med vissa i lagen angivna begränsningar:

socialvårdslagen

lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården

lagen om tillsyn över privat socialservice

Lagstiftningen kompletteras i förekommande fall av förordningar enligt landskapsförordningen (1995/103) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård enligt följande:

socialvårdsförordningen

förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården

förordningen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården

De ovan nämnda lagarna och förordningarna utgör allmän normgivning inom socialvårdens område. Lagar kompletteras i vissa avseende med speciallagar med syfte att skydda vissa grupper ställning, t.ex. personer med utvecklingsstörning. Det finns inte några separata lagar

och bestämmelser för äldreomsorgen, utan dessa tjänster anordnas som en del av de allmänna socialvårdstjänsterna.

Socialvårdslagen tillsammans med LL om socialvård fastställer i 3 § socialvårdslagen att landskapsregeringen ansvarar för den allmänna planeringen, ledningen och övervakningen av äldreomsorgen, medan 14 och 17 §§ anger kommunens skyldighet att sörja för allmän socialservice, t.ex. socialarbete, hemservice, institutionsvård och stöd för närståendevård. Brådskande lagstadgade socialvårdstjänster skall ordnas den tid på dygnet då de behövs (socialjour). Innebörden av begreppen preciseras närmare i lagens 18-27 §§.

Enligt 39 § socialvårdslagen skall socialvård i första hand lämnas i form av verksamhet som möjliggör självständigt boende och som för vederbörande skapar ekonomiska och andra förutsättningar att på egen hand klara de dagliga funktionerna. Detta innebär att en kommun bör tillgodose den äldre människans behov av omsorg på sådant sätt att kommunens omvårdnadsinsats inte medför ett större ingrepp i personens liv än vad som är nödvändigt. Kommunens åtgärder skall sålunda stå i rimligt proportion till den äldres behov. Härav följer att kommunen i första hand bör tillhandahålla omsorg i den äldres egen bostad. Om sådana insatser inte garanterar den äldres säkerhet eller i övrigt är otillräckliga, bör omsorg erbjudas vid serviceboende. Institutionsboende bör komma ifråga endast om övriga former av omsorg inte är tillräckliga eller särskilda skäl därtill i övrigt föreligger.

Den 1 mars 2006 kompletterades socialvårdslagen genom en bestämmelse i 40a § innehållande en rättighet för personer som har fyllt 80 år samt personer som erhåller särskilt vårdbidrag från FPA, att hos kommunen få en bedömning av servicebehovet inom sju vardagar i icke brådskande fall. Målsättningen med den nya bestämmelsen är att garantera att äldre människor får ur grundlagens perspektiv nödvändig omsorg, att synliggöra servicebehovet och skapa en effektivare planering i kommunerna samt att bilda en enhetlig praxis i kommunerna.

Klientavgifter

Lagen om klientavgifter jämte förordning, som enligt vad som ovan anförts gäller i landskapet inom äldreomsorgen, reglerar bl.a. de avgifter som tas ut inom äldreomsorgen. Avgifterna i lagstiftningen är maximiavgifter som inte kan överskridas genom kommunens beslut. Kommunen kan således endast bestämma att de lagstiftade avgifterna tas ut av klienten/patienten till maximibelopp, till ett lägre belopp alternativt att de till vissa delar inte tas ut alls.

Klientavgiften för *kortvarig institutionsvård* vid GÅ (periodplatser) uppgår till högst 27 euro per vård dygn för vård och uppehälle. Regler om högkostnadsskydd respektive låginkomstskydd beaktas vid bestämmandet av avgiftens storlek.

Om en patient/klient beräknas behöva institutionsvård för längre tid än tre månader eller om vården har pågått tre månader och patientens/klientens funktionsförmåga anses försvagad på sådant sätt att vården fortsätter, föreligger *långvarig institutionsvård*. Huvudregeln är att klientavgiften bestäms utgående från de personliga inkomsterna, och uppgår till högst 80 procent av klientens nettoinkomster per månad. Klienten garanteras dock minst 80 euro per månad för personligt bruk. Oklarhet råder om vilka kostnader och åtgärder avgiften täcker. Arbetsgruppen föreslår att frågeställningen klarläggs i en särskild utredning.

Klientens hemkommun ersätter landskapet för de kostnader som landskapet förorsakas genom vården vid GÅ, till den del de inte täcks med avgifter eller annan ersättning från klienten. Dygnsavgiften för en långvårdspatient motsvarar 135 % av den genomsnittliga kostnaden för vård och omsorg vid TH och DGH per plats oavsett orsaken till vistelsen. Avgiften upp bärs sålunda oavsett om patienten anses vara färdigbehandlad och därmed borde skrivas ut från GÅ för fortsatt vård och omsorg inom kommunen, eller om patientens vård vid GÅ är påkallad av medicinska skäl. Detta system upplevs av kommunerna som föråldrat och icke ändamålsenligt.

Behörighetsvillkor

Behörighetsvillkoren för personal inom socialvården i kommunerna regleras för landskapets del i förordning (FFS 804/1992) om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården. I riket höjdes behörighetskraven genom en ny lag (FFS 272/2005) om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården. Enligt tidigare regler - fortfarande gällande på Åland - krävdes lämplig högre högskoleexamen eller socialvårdsexamen för uppgiften som socialarbetare, medan nuvarande regler kräver högre högskoleexamen.

Lagstadgad hälso- och sjukvård

Landskapslagen om hälso- och sjukvården (ÅFS 60/1993) eller "ÅHS-lagen" stadgar om landskapet Ålands ansvar för att befolkningen erhåller hälso- och sjukvård. Den är grunden för den offentliga hälso- och sjukvården i landskapet, som konkretiseras i Ålands hälso- och sjukvård. Lagen är en s.k. ramlag, som inte beskriver verksamheternas detaljinnehåll. Det gör däremot, åtminstone delvis, den i ÅHS lagens 3 § stipulerade hälso- och sjukvårdsplanen som årligen fastställs av landskapsregeringen. På motsvarande sätt fastställs avgiftsstadgan (ÅHS lagens 12 §) som bestämmer taxan för de olika enheternas prestationer. Det är aktuellt med en ny lag om avgifter som grund för stadgan. Ålands hälso- och sjukvårds reglemente, som fastställs av ÅHS styrelse reglerar organisationens interna arbete.

Landskapslagen om tillämpning i landskapet Åland av lagen om patientens ställning och rättigheter (ÅFS 61/1993) eller "patientlagen" är en s.k. blankettlag som preciserar patientens rätt till undersökning, vård och sakligt bemötande inom hälso- och sjukvården och som partiellt reglerar patient- och klientombudsmannens verksamhet. Lagen omfattar både offentlig och privat hälso- och sjukvård.

Lagen och förordningen om yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården (FFS 559/1994och 564/1994) stadgar om de behörighetskrav, skyldigheter och rättigheter som gäller de yrkesutbildade personerna inom sektorn. Vilka som omfattas av begreppet "yrkesutbildad" framgår av förordningen.

Lagen och förordningen om privat hälso- och sjukvård (FFS 152/1990 och FFS 7/2006) reglerar all privat hälso- och sjukvård, dess olika former och övervakning. Den privata sektorn är för närvarande relativt liten i landskapet, men är i närregionerna under kraftig utveckling.

Republikens presidents förordning om vissa förvaltningsuppgifter inom hälso- och sjukvården i landskapet Åland (FFS 803/2005) ger Ålands landskapsregering mandat att med stöd av i landskapet gällande rikslagstiftning handha vissa uppgifter inom hälso- och sjukvården som i riket tillkommer länsstyrelserna. I praktiken innebär det tillsyn över den yrkesutbildade personalen samt tillståndsgivning och tillsyn rörande privata serviceproducenter inom sektorn.

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård (FFS 99/2001) är given med stöd av ”patientlagen” 12 § 2 mom. och gäller i landskapet. Förordningen tillämpas på upprättandet och förvaringen av handlingar och andra dokument som hänför sig till undersökningar och vård av patienten. Den berör både i patientlagen avsedda verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård och i lagen avsedda yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården när de ger ovan avsedd hälso- och sjukvård, oberoende av hos vem de är anställda eller om de är självständiga yrkesutövare.

Sjukförsäkringslagen (FFS 1224/2004) reglerar medborgarnas rätt till bl.a. ersättning för resor till och från hälso- och sjukvård, för läkemedel och för privat sjukvård. Den är i praktiken mest aktuell för pensionstagare i eget boende eller öppenvård då det gäller ersättningar för läkemedel.

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för fastställandet av vad som är öppenvård och institutionsvård enligt 2 kap. 4 § sjukförsäkringslagen (FFS 1343/2004) gäller också på Åland. I tillämpningsparagrafen sägs ”Grunderna för bestämmande av öppenvård och institutionsvård i enlighet med denna förordning gäller kommuner samt samkommuner (kommunalförbund) då dessa ordnar social- och hälsovårdstjänster eller då de ändrar tjänsternas karaktär. Grunderna gäller dessutom folkpensionsanstalten då den avgör en försäkrad persons rätt till sådana förmåner enligt sjukförsäkringslagen, i vilka beviljandet av förmånen eller den beviljade förmånens belopp förutsätter gränsdragning mellan den öppna vården och institutionsvården samt mellan den privata och offentliga institutionsvården.”

Folkpensionslagen (FFS 347/1956) reglerar medborgarnas rätt till folkpension respektive vårdbidrag för pensionstagare. Både Sjukförsäkrings- och Folkpensionslagen reglerar i praktiken kostnadsfördelningen mellan stat (FPA) och kommun.

Lagförslag

Förebyggande hembesök

Arbetsgruppen föreslår att rätten till förebyggande hembesök efter dansk modell fastställs i lag. Lagen skall ålägga kommuner att i samverkan med ÅHS erbjuda alla personer som bor i eget boende, möjligheten att motta besök av företrädare för kommunen och/eller ÅHS under det år de fyller 75 år. Syftet med förslaget är att höja prioriteringen av förebyggande och hälsofrämjande insatser. Genom hembesöken kan åldringens behov av hjälp kartläggas, behovet av ändringsarbeten i bostaden bedömas, samtidigt som kommunen får tillfälle att informera om den service som kommunen tillhandahåller. Hembesöket skall hjälpa den äldre människan att klara sig själv i sitt eget boende, och på så sätt hjälpa den äldre att använda sina egna resurser på ett bättre sätt och att därmed bevara sin funktionsförmåga så länge som möjligt. Tillfälle ges även att informera om de äldres möjligheter att öka det sociala nätverket.

När besöken genomförs skall personalen vara uppmärksam på den äldres individuella behov, och särskilt utreda eventuella risksituationer. Behov av besök kan uppstå vid särskilda tillfällen, såsom vid nära anhörigs död, allvarlig sjukdom eller vid utskrivning från sjukhus.

Det skall alltid vara den äldre som avgör om han eller hon önskar ett besök och i så fall vad som skall avhandlas under besöket. Innehållet i samtalet vid besöken skall koncentreras till hur den äldre skall klara sitt boende, och kan handla om vardagsproblem som trivsel, sociala nätverk, boendet, ekonomi, hälsotillstånd och funktionsförmåga. Det är viktigt att

hembesöken följs upp om eventuella problem inte kan lösas omedelbart eller om insatser måste ske under en längre tid.

De förebyggande hembesöken skall ses som ett komplement till övriga insatser och åtgärder som kommunen svarar för. Ytterligare information under avsnittet om förebyggande åtgärder nedan.

Samverkan mellan kommun och ÅHS

LL om hälso- och sjukvården bör ändras på så sätt att den möjliggör en samverkan mellan kommuner och ÅHS i syfte att bilda ett gemensamt serviceteam som svarar mot äldre människors och eventuellt andra klientgruppers behov. Något tillstånd för samverkan behövs inte från landskapsregeringen. Behovet av en samverkan bedöms vara störst inom hemvården, där en direkt samverkan mellan kommunens hemtjänst och ÅHS:s hemsjukvård är önskvärd. En samverkan mellan kommuner och ÅHS bör skapa en bättre kontinuitet och kvalitet i hembesöken hos de äldre. Vidare bör ett sådant system medföra effektivitetsvinster både ur ett ekonomiskt perspektiv men även ur ett verksamhetsperspektiv. Kommunens och ÅHS:s insatser i den äldres hem skall uppfattas som en helhet. En samverkan bör även omfatta åtgärder inom specialistsjukvården. Även respektive myndighets avgiftssystem bör samordnas så att det framstår som en enhet gentemot den äldre.

Under lagens beredningsskede bör särskilt ansvarsfrågorna belysas. Det är nödvändigt att klarlägga vem som bär ansvaret för olika åtgärder inom den sammanhållna hemvården, det medicinska ansvaret och vilka instanser som fattar de olika besluten. Även den äldre människans rättsskydd och möjlighet att få beslut prövade i domstol måste beaktas. Vidare bör frågor om upprättande, förvaring och hemlighållande av journalhandlingar klarläggas.

Närståendevård

Efter regeringens proposition RP 131/2005 rd (FFS 937/2005) antog riksdagen ett förslag till ny lagstiftning om stöd för närståendevård, som trädde i kraft i riket 1.1.2006. Den nya lagen om stöd till närståendevård jämte förordning om stöd för närståendevård ersätter de gällande bestämmelserna i socialvårdslagen som reglerar stöd för närståendevård. Den nya lagen innehåller bl.a. bestämmelser om förutsättningar för beviljande av stöd, ledighet för närståendevårdare, vårdarvode, avtalsförhållanden med närståendevårdare och om innehållet i en vård- och serviceplan.

Syftet med den nya lagstiftningen i riket är att stärka närståendevården som ett led i kommunernas servicesystem inom äldreomsorgen, samt att öka likabehandlingen av kommuninvånarna beträffande erhållandet av tjänster. Målet är att stödet för närståendevård skall täcka 8 % av antalet personer över 75 år och att det utökas för personer under 75 år så att ca 52.000 personer omfattas av det kommunala stödet för närståendevård år 2012. Regeringens beräkningar bygger på att alternativen till närståendevård för personer som fyllt 65 år är att cirka 1/3 av personerna i annat fall skulle behöva institutionsvård och 2/3 av dem skulle behöva vård dygnet runt på nivån för *effektiverat serviceboende*. En utbyggnad av systemet med närståendevård kommer att medföra betydande inbesparingar ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, samtidigt som de som vårdas kan förlänga boendet i eget hem med anhörigas hjälp.

För Ålands del innebär förändringen att regler om närståendevård saknas från årsskiftet, med undantag för en reglering i 17 § socialvårdslagen enligt vilken kommunerna bl.a. skall sörja för ordnande av stöd för närståendevård. Detaljregler på området saknas således.

Arbetsgruppen anser att landskapsregeringen snarast bör utarbeta lagstiftning med motsvarande innehåll som lag (FFS 937/2005) om stöd för närståendevård. Eventuellt kan nivån på vårdarvodet justeras i förhållande till de i riket gällande nivåerna.

Intagning till respektive utskrivning från sjukvården

ÅHS-lagen innehåller inte några bestämmelser om intagning till och utskrivning från sjukvården eller om överflyttning till annan vårdinstitution. I rikslagstiftningen, både i 17 § folkhälsolagen (FFS 66/ 72) och i 33 § lagen om specialiserad sjukvård (FFS 1062/89)finns detta reglerat. Med tanke på strävan till ett förbättrat samarbete mellan vårdnivåerna och - sektorerna och en mer rationell resursanvändning är det motiverat att också hos oss reglera detta mandat i en författning. På vilken nivå ett dylikt stadgande skall läggas, i lag, förordning eller reglemente, bör utredas ytterligare.

Lagstiftning om de äldres rättigheter

Enligt arbetsgruppen är det angeläget att de äldres rättigheter tillgodoses och noga respekteras inom vården och omsorgen. Nuvarande lagstiftning - socialvårdslagen, lagstiftningen om patient- och klienträttigheter samt lagstiftningen för hälso- och sjukvården - ger enligt arbetsgruppens bedömning de äldre ett relativt gott skydd. Några utredningar som påvisar konkreta brister inom vården och omsorgen, och som kan härledas till otillräcklig lagstiftning finns inte.

För att ytterligare undersöka skyddet för de äldres rättigheter föreslår arbetsgruppen att landskapsregeringen inom ramen för tillsynsverksamheten och eventuellt inom övrigt utredningsarbete undersöker och analyserar behovet att tydligare och eventuellt en utvidgad lagstiftning som tillvaratar de äldres rättigheter.

Förändrade villkor för vård och omsorg av äldre

Arbetsgruppens förslag:

- Politiska prioriteringar inom äldreomsorgen måste ske i samband med kommande budgetbeslut
- De närståendes delaktighet i vård och omsorg av äldre måste vara tydliga
- Övriga aktörers roll inom äldreomsorgen måste beskrivas tydligt

Medelåldern i det åländska samhället ökar och andelen äldre människor (65 år och äldre) kommer under en lång tid att öka både i absoluta tal och som andel av befolkningen. Statistik om befolkning efter kön och ålder per 31.12.2004 samt en befolkningsprognos enligt ålder för åren 2005-2040, presenteras i bilaga 1 och 2.

God kvalitet inom äldreomsorgen kan definieras på så sätt att befolkningens krav och förväntningar på omsorgen sammanfaller med dess omfattning och innehåll. För att uppnå detta måste samhället tydligt precisera och prioritera insatserna inom omsorgen.

Landskapets och kommunernas uppdrag inom äldreomsorgen styrs i huvudsak av:

- befolkningens förväntningar
- framtida ekonomiska förutsättningar
- medicinsk och teknologisk utveckling

De äldres förväntningar

Landskapets och kommunernas åtaganden måste preciseras så att de sammanfaller med de äldres förväntningar. Befolkningens tilltro till vård och omsorg stärks genom god information och hög tillgänglighet. Det är vidare viktigt att tydligt beskriva de äldres, deras närståendes och övriga aktörers, t.ex. "den tredje sektorns", roller som parter i äldreomsorgen.

Även privata aktörers möjligheter att agera inom äldreomsorgens verksamhetsområde bör belysas. Möjlighet att i praktiken genomföra socialvårdslagens system om användande av servicesedlar bör undersökas. Genom detta system ges serviceanvändaren en servicesedel, enligt vilken kommunen förbinder sig att, upp till det värde som fastställs för sedel, betala de tjänster som serviceanvändaren köper av en privat serviceproducent som kommunen godkännt.

I sammanhanget bör även möjligheten till skatteavdrag för hushållstjänster beaktas. Fr.o.m. 2005 kan hushållsavdraget beviljas även för omsorgs- och vårdarbete i vilket patienterna eller klienterna är föräldrar, adoptivföräldrar eller fosterföräldrar till den skattskyldige, den skattskyldiges make eller maka eller den skattskyldiges bortgångne make eller bortgångna maka eller av dessa personers släktingar i rätt uppstigande led. Rätten till avdrag gäller även vårdarbete av de ovannämnda släktingarnas makar. Omsorgs- och vårdarbetet skall dessutom vara sådant som i normalfall utförs i hemmet såsom t.ex. vård av barn, sjuka, handikappade och åldringar i deras hem. Arbetet kan bestå av att t.ex. mata, klä på och hjälpa att vara ute samt av övriga personliga sysslor.

Ekonomiska förutsättningar

Om kommunernas och landskapets ekonomiska resurser inte är tillräckliga för att tillmötesgå de krav som de äldre och deras anhöriga ställer på kommunernas och ÅHS:s insatser inom

vård och omsorg för äldre människor, måste kommunerna och landskapet tydligt beskriva vilka insatser man prioriterar. Det är även viktigt att beskriva vilka åtgärder och insatser man inte kan tillhandahålla. Bristande ekonomiska förutsättningar i förhållande till samhällets förväntningar, måste således förebyggas genom tydliga prioriteringar. Beslut om prioriteringar måste ske öppet och vara förankrade politiskt. Om kommunernas och ÅHS:s insatser inom vård och omsorg inte diskuteras öppet, riskerar man att otillräckliga resurser leder till kortsiktiga och icke genomtänkta beslut.

Medicinsk och teknologisk utveckling

Den medicinska och teknologiska utvecklingen kommer fortsättningsvis att stödja förutsättningarna för bättre vård och omsorg i hemmet. Därigenom ges nya möjligheter för kvalitetsförbättringar och bättre utnyttjande av resurser. Ny teknik och nya hjälpmedel ger de äldre större möjligheter att styra sina levnadsbetingelser och ger ökade möjligheter till självbestämmande och delaktighet samtidigt som bra teknikstöd förenklar rutiner och administration för personalen och kan leda till minskad stress och bättre arbetsförhållanden. Rollatorer och trygghetstelefoner är exempel på hjälpmedel som har stor betydelse för äldre personers oberoende och livskvalitet. Effektivt IT-stöd ger bättre möjligheter att följa upp säkerheten och kvaliteten i vården och omsorgen och ger ökade möjligheter för personalen att anpassa insatserna till den enskildes behov. Risk föreligger dock att klyftan ökar mellan de äldres behov och möjligheter å ena sidan och minskande ekonomiska resurser å andra sidan. Sannolikt ökar även samhällets krav på anhöriga och närstående till de äldre.

Hjälpmedel

Tillgång till olika hjälpmedel är nödvändig för att äldre människor med funktionsnedsättningar och sjukdomar skall ha möjlighet att bo kvar hemma. Hjälpmedel behövs för att underlätta eller möjliggöra många av de vardagliga aktiviteterna. Även närstående och personal är beroende av hjälpmedel för att kunna utföra sin roll inom vården och omsorgen. Arbetsgruppen anser att landskapsregeringen bör undersöka om ytterligare insatser bör vidtas i syfte att förbättra tillgången på hjälpmedel.

Social- och hälsovårdsministeriet har utarbetat en handbok (nr 2005:26) för seniorer angående hjälpmedel som underlättar vardagen.

En stödtjänst där efterfrågan ökat markant under de senaste åren är trygghetstelefonen. Med den kan man automatiskt kopplas till alarmcentralen genom att trycka på en knapp som man antingen har på handleden eller i ett band runt halsen. Alarmoperatören och abonnenten kan tala med varandra utan att abonnenten är vid telefonen. Alarmcentralen har uppgifter om var personen bor, speciella sjukdomar mm. Om akuta sjukvårdstjänster behövs skickas ambulans till klienten, annars kontaktas hemtjänst eller anhöriga. En trygghetstelefon kan vara en avgörande stödtjänst för att äldre personer som bor ensamma skall kunna bo kvar hemma. Enligt uppgifter från alarmcentralen hade drygt 180 personer på Åland trygghetstelefon i maj 2006.

Övergripande målsättningar

Arbetsgruppens förslag:

- Cirka 90 % av människor fyllda 75 år skall ha möjlighet att bo i eget hem år 2020
- Ansvarfördelning mellan kommunerna och ÅHS måste vara tydlig
- De äldres intressen och behov ställs i centrum för vård och omsorg
- ÅHS och kommunerna rekommenderas beskriva vilka tjänster man kan erbjuda och gränserna för dessa tjänster
- Gemensamma regler för avgiftssystem för vård och omsorg utarbetas
- Förebyggande åtgärder prioriteras, exempelvis i form av kontinuerliga förebyggande hembesök

Internationell målsättning

WHO:s regionalkommittés för Europa anger i en reviderad plan från år 1998 ”hälsa för alla” vissa målsättningar för hälsoarbetet. I planen ingår bl.a. ett särskilt mål jämte två delmål som tar fasta på äldres hälsa:

Mål 5. Äldras med hälsa

Till år 2020 skall människor över 65 år ha fortsatta möjligheter att kunna njuta av god hälsa och delta aktivt i samhällslivet.

5.1. För 65-åringar bör den förväntade återstående medellivslängden, liksom förväntad återstående livstid utan funktionshinder, öka med minst 20 procent.

5.2. Andelen 80-åringar som har tillräckligt god hälsa för att bo i en hemmiljö som tillåter och ger dem möjlighet att behålla sitt oberoende, sin självkänsla och sin plats i samhället, bör öka med minst 50 procent.

Under år 2005 inleddes en debatt inom EU om olika problem som uppkommer som följd av befolkningens åldrande. Frågorna har stor betydelse för medlemsländernas välbefinnande, levnadsstandard och förhållandena mellan generationerna. Kommissionen avser att under år 2006 lägga fram förslag på hur unionen kan bidra till en lösning av problemet med den åldrande befolkningen. Förslagen kommer sannolikt att påverka landskapsregeringens arbete med strukturer och innehåll i äldreomsorgen, och även ge viktiga verktyg för förändringar inom ramen för samhällets syn på åldrandet och äldre människors ställning.

”Ett gott samhälle för människor i alla åldrar”

Enligt statsrådets framtidsredogörelse om befolkningsutvecklingen, befolkningspolitiken och förberedelserna inför förändringarna i åldersstrukturen¹, kommer i framtiden betydande förändringar i befolkningsstrukturen att ske i vårt land. Stigande medellålder medför att olika åldersgruppers relativa storlek förändras och att antalet barn och personer i arbetsför ålder minskar samtidigt som antalet äldre ökar. Inom några år kommer det för första gången i Finlands historia att finnas fler 65 år fyllda personer än unga personer under 20 år. Förberedelserna inför förändringen i åldersstrukturen har blivit en av de mest prioriterade frågorna inom EU-samarbetet. Det påpekas att förberedelserna skall vara rättvisa med tanke på alla generationer och båda könen.

¹ Statsrådets kanslis publikationsserie. Ett gott samhälle för människor i alla åldrar. 28/2004

I framtidsredogörelsen understryks att man inte i tillräcklig utsträckning har tagit upp de positiva sidorna av förändringen i åldersstrukturen. I framtiden kommer det att bland de äldre finnas allt fler friska, aktiva, välutbildade personer och flera med god ekonomi. De äldre skall ses som en resurs och den stigande medelåldern som en möjlighet. Det blir därför viktigt att stödja och stärka användandet av den resurs de äldre utgör och ge dem möjligheter att använda den både till nytta för sig själva och samhället. Åldern får inte heller bli ett hinder för att delta i olika aktiviteter. I synnerhet kultur- och idrottstjänster har stor betydelse för människors fysiska och psykiska välbefinnande.

Det hälsofrämjande arbetet är viktigt och bör stödjas i alla skeden av livet. Genom att förebygga sjukdomar och olyckor och främja hälsa och funktionsförmåga kan medborgarnas behov av vård och omsorg minskas betydligt.

En grupp som kommer att behöva mera resurser i framtiden är det växande antalet personer med demens. Behovet av institutionsvård kan senareläggas genom att närståendevården utvecklas. Det är troligt att det kommer att behövas mera serviceboende dygnet runt och institutionsboende i framtiden för denna grupp, men detta behöver inte medföra nya bygginvesteringar utan verksamhetsmodellerna kan ändras så att de blir mera rehabiliteringsinriktade och hemlika.

Man framhåller i framtidsredogörelsen att mera resurser bör riktas till hemvård av äldre och att verksamhetssätten inom hemtjänsten och hemvården bör effektiviseras. Eftersom servicebehovet kommer att öka är det viktigt att initiera sådana strukturella reformer i anslutning till produktionen av tjänsterna som främjar kostnadseffektiviteten. Annan vård än institutionsvård skall accentueras inom servicestrukturen. Utbudet av hemtjänster och hemvård är för närvarande otillräckligt och har under de senaste årtiondet i första hand riktats till dem som behöver rikligt med hjälp.

Den ökande livslängden och det ökande antalet äldre gör att det blir allt viktigare att stödja ett självständigt liv, förebygga sjukdomar och öka medvetenheten om hälsofrågor. Livsmiljön för människorna bör omformas så att det blir möjligt att leva ett självständigt och meningsfullt liv också som äldre. Bostäder och livsmiljö bör planeras och byggas så att människorna kan leva och röra sig så lätt och tryggt som möjligt utan hinder. Möjligheterna att klara sig på egen hand underlättas av välfungerande trafikförbindelser, hissar och andra åtgärder i boendemiljön. Man påpekar att alla kommuner på fullt allvar bör inlemma frågan om bostäder och boendemiljöer fria från hinder i sina lokala strategier.

Genom regeringens beslut att utvidga hushållsavdraget i beskattningen att gälla arbete som utförs i en bostad som används av den skattskyldige eller den skattskyldiges makes eller makas föräldrar eller far- och morföräldrar öppnas flera möjligheter för olika aktörer. Äldre behöver ofta hjälp med enkla dagliga sysslor, såsom att städa, laga mat och handla.

Människors välbefinnande befrämjas av kultur och motion. I kommunernas välfärdspolitik och äldrestrategier bör man ta upp möjligheterna för äldre att motionera på eget initiativ och delta i handledd hälsotion.

Tjänsterna och praxisen i arbetet bör utvecklas ur ett klientperspektiv t.ex. genom serviceplaner, bedömning av servicebehov och värnande om att servicekedjorna inom hälso- och sjukvården fungerar, samt genom att stärka ett rehabiliteringsinriktat grepp inom vård och omsorg.

Genom att ta i bruk ny teknik, t.ex. hjälpmedel, kommunikations- och trygghetsanordningar samt anordningar för att kontrollera miljön, främjas äldres och handikappades möjligheter att klara sig självständigt. Även personalen bör dra nytta av ny teknologi som stöder produktionen av mera högklassig och kostnadseffektiv vård som bättre svarar mot klientens behov.

90 % - målet

Målsättningen att mer än 90 procent av åldringar som fyllt 75 år skall ha möjlighet att bo i eget hem sammanfaller med motsvarande målsättning för landet som helhet. Enligt Stakes statistik över social- och hälsovården i Finland bodde sammanlagt 89,9 % av åldringar fyllda 75 år i egen bostad år 2004. Siffran för åländska förhållanden är några procentenheter lägre. Ur detta perspektiv utgör målsättningen i dagens läge egentligen ingen utmaning. Målsättningen bör dock ses i belysningen av att medelåldern för den åländska befolkningen kommer att öka i betydande omfattning inom de kommande 15 åren. För att samhället skall kunna hantera den stora ökningen av antalet äldre människor, utan att ytterligare öka antalet vårdplatser för äldre inom ÅHS eller äldreboende i kommunal regi, måste målsättningen även uppfyllas på längre sikt.

Beräknat behov av antal platser på institution och serviceboende på Åland 2005-2040 utgående från social- och hälsovårdsministeriets målsättning och enligt befolkningsprognosen			
År	Antal 75+	Behov av platser på institution, 5-7 %	Behov av platser på serviceboende, 3-5 %
2005	2 191	110-153	66-110
2010	2 166	108-152	65-108
2015	2 313	116-162	69-116
2020	2 788	139-195	84-139
2025	3 488	174-244	105-174
2030	4 063	203-284	122-203
2035	4 397	220-308	132-220
2040	4 676	234-327	140-234

I dag är antalet platser på institution ca 242 stycken, vilket motsvarar 10,8 % av befolkningen över 75 år. Platserna på serviceboende uppgår till 243 stycken, vilket motsvarar 10,8 %. Platser inom specialistsjukvården (Grelsby psykiatriska avd.) är 12 st., motsvarande 0,5 %.

Totalt antal platser på serviceboende och institution är 485 st., motsvarande 21,6 % av befolkningen över 75 år. Totalt antal platser på serviceboende, institution och specialistsjukvård är 497 st., motsvarande 22,1 % av befolkningen över 75 år.

Andelen klienter 65 år och över som får vård och omsorg vid institution och boendeservice på Åland är i dag ca 11 % av åldersgruppen, jämfört med Finland där andelen är 6,8 % och Sverige 7,8 %. Av dem bor 5,1 % i serviceboende för äldre jämfört med 3 % för hela landet år 2004.

Antal platser vid serviceboenden i de åländska kommunerna 2006			
Kommun	Antal platser	Antal personer 75+ (31.12.2004)	Platser i procent av befolkningen 75+
Brändö	13	74	17,6
Eckerö	8	105	7,6
Finström	21	186	11,3
Föglö	12	83	14,5
Geta	6	57	10,5
Hammarland	15	114	13,2
Jomala	-	201	
Kumlinge	13	51	25,5
Kökar	7	33	21,2
Lemland	22	91	24,2
Lumparland	6	17	35,3
Mariehamn	81	933	8,7
Saltvik	-	155	
Sottunga	-	24	
Sund	17	82	20,7
Vårdö	13	43	30,2
Folkhälsans demensboende	9		
<i>Hela Åland</i>	<i>243</i>	<i>2 249</i>	<i>10,8</i>

I Jomala finns inget serviceboende, men 16 pensionärslägenheter i Rönngården, där hemvården ger service på överenskomna tider.

Saltviks kommun har 28 platser vid åldringshemmet Sunnanberg, vilket motsvarar 18 % av invånarna 75+. Inget serviceboende finns i kommunen.

I uppgifterna för Mariehamn ingår Edlagården och Johannahemmet, som är pensionärsbostäder med egen omsorgspersonal.

Arbetsgruppen konstaterar följande. Om man beaktar social- och hälsovårdsministeriets målsättning, där det sägs att 90 % skall kunna bo hemma och tar i beaktande nuvarande antal platser, skulle behovet vara fyllt fram till år 2040. Man måste dock observera att Åland har högre andel äldre över 85 år än övriga landet och består av många små kommuner och har speciella geografiska förhållanden, vilket kan antas kräva flera platser på institution och serviceboende. Speciellt i skärgårdskommunerna kan det vara problem att erbjuda hemtjänst och hemsjukvård i samma utsträckning som på fasta Åland, något som påverkar behovet av plats på serviceboende och institution. Vården och omsorgen av de äldre på Åland har således andra verksamhetsbetingelser i jämförelse med ett storstadsområde. Det ingår även i bedömningen att de äldre inte är en homogen grupp, utan att de har varierande behov. Många är friska och habila, även i hög ålder, medan andra kan behöva omvårdnad i stor omfattning i lägre ålder. Dessa faktorer måste beaktas i de avgörande besluten för äldreomsorgen.

För att 90 %-målet skall kunna uppfyllas år 2020 måste resurserna inom kommunernas hemservice och ÅHS:s hemsjukvård utökas i stor omfattning. Antalet anställda måste öka och verksamheten bör i större utsträckning präglas av dygnet runt-insatser. Samtidigt måste samhällets insatser vara flexibla på så sätt att hänsyn kan tas till enskilda behov och till de geografiska förutsättningarna.

Ansvarsfördelning mellan ÅHS respektive kommunerna

Den huvudsakliga ansvarsfördelningen mellan ÅHS och kommunerna kan i generella termer beskrivas så att kommunerna ansvarar för grundservicen för de äldres boende i eget hem samt inom serviceboendet. Kommunerna ansvarar vidare för vården och omsorgen vid DGH, TBH och SB, inklusive ansvaret för den medicinska personalen. ÅHS ansvarar för sjukvårdsinsatser oavsett boendeform, exklusive institutionsvård, och för sjukhusvård. Härav följer att ÅHS och den aktuella kommunen har ett gemensamt ansvar för åtgärder och insatser hos den äldre människan i dennes eget hem. För att ansvaret skall fungera måste samarbete mellan de olika aktörerna fungera inom hemtjänsten och hemsjukvården. Ett sådant samarbete kan ske genom ett teamarbete, se vidare nedan. Myndigheterna har således ett gemensamt ansvar för upprättande av vård- och serviceplan i det enskilda fallet.

Större förändringar i kommunernas verksamhet som även medför krav på förändringar i ÅHS:s verksamhet, förutsätter en god dialog mellan de olika myndigheterna i ett tidigt skede av de förestående förändringarna. Särskilt då förändringarna ställer stora krav på utökade insatser och resurser, måste kommunikationen starta i god tid.

Arbetsgruppen har diskuterat och analyserat det gällande systemet men också skissat på alternativa organisatoriska lösningar. Några uppenbara fördelar vidlåder inte något av alternativen. Arbetsgruppen anser att nuvarande organisation har många fördelar, och att de problem som i dag föreligger kan minimeras genom att samarbetet mellan de parter som ansvarar för vård och omsorg utvecklas och förbättras.

Människan i centrum

Utgångspunkten för att nå god kvalitet inom äldreomsorgen, är att den äldre människan ställs i centrum för insatser inom vård och omsorg. Genuint klient- eller patientorienterade arbetsmetoder stärker den äldre människans självständighet och möjligheter att tillvarata sina egna intressen. Den äldres egna krafter och resurser är den primära energikällan inom äldreomsorgen. Samhällets beslut och insatser måste därför grundas på ett engagemang i de äldres livssituation och behov. Insatserna skall inriktas på att stödja den äldres psykiska och fysiska funktioner. Dessa intressen kan uppnås genom att verksamheten inom äldreomsorgen kvalitetssäkras. Som ovan konstaterats utgör de äldre människorna en värdefull tillgång, varför goda förutsättningar bör skapas för att ge dem möjlighet att i större utsträckning hjälpa och bistå andra äldre människor.

Arbetsgruppen anser att det närståendes ställning i vården och omsorgen förtjänar en större uppmärksamhet. Insatser i olika situationer är ett oerhört viktigt och många gånger nödvändigt komplement till de professionella människorna inom verksamheten. Kommunerna och ÅHS måste utveckla former för hur de anhörigas insatser bäst kan tas till vara inom äldreomsorgen.

Avgifter inom äldreomsorgen

Samhällets avgifter för åtgärder och insatser inom äldreomsorgen måste bilda en sammanhållen helhet gentemot den enskilda människan. Avgiftens storlek bestäms utifrån insatsernas omfattning och innehåll, samtidigt som individens sociala och ekonomiska situation beaktas. Fördelningen av avgiften mellan landskapet och respektive kommun skall vara en administrativ angelägenhet som inte direkt berör den enskilda människan. Samhällets kostnad för vård och omsorg skall till den del som den debiteras direkt till de enskilda åldringarna, sålunda framstå som en sammanhållen avgift.

Äldre som har ett stort omsorgsbehov har idag skilda avgifter för hemtjänst och hemsjukvård. Enligt förordningen (FFS 912/1992) om klientavgifter inom social- och hälsovården, skall klienten betala en månadsavgift inom hemtjänsten ifall att han/hon har minst ett besök i veckan. Enligt § 3 skall det göras en vård- och serviceplan tillsammans med klienten som skall innefatta såväl hemtjänst som hemsjukvård. Enligt propositionen till lagen (FFS 734/1992) om klientavgifter avser lagstiftaren att klienten skall ha en avgift även i det fall att huvudmannskapet för vård och omsorg är delat. Det är en praktisk fråga som kan lösas på olika sätt. Hemsjukvårdsavgifter på Åland är inte i lag reglerade utan fastställs årligen i ÅHS:s avgiftsstadga. I vård- och serviceplanen noteras hur många besök som görs av hemtjänsten respektive hemsjukvården hos klienten. Se ovan under lagförslag.

Förebyggande åtgärder

Förebyggande arbete innebär att man på förhand försöker påverka sådana faktorer som kan ha en negativ effekt på den äldres funktionsförmåga, livskvalitet och levnadsförhållanden. Genom preventiva insatser kan man skjuta upp funktionsnedsättningar och beroendet av insatser inom vård och omsorg, samtidigt som insatserna förbättrar äldre människors välbefinnande och livskvalitet. Man kan därför på goda grunder hävda att ett förebyggande arbete kan minska samhällets omfattning av och kostnaderna för vård och omsorg.

Förebyggande arbete inom äldreomsorgen kan bestå i grundförbättringar i bostäder i syfte att minska skaderisker och därmed skapa en trygg hemmiljö. Man bör allmänt i större utsträckning beakta de äldres livsbetingelser vid all samhällsplanering. Vidare är information om hälsa, kost och livsstil, förebyggande åtgärder som har stor effekt. Vetenskapliga undersökningar har visat att ett tillräckligt mått av fysisk aktivitet förenat med bra matvanor, samt social gemenskap med en känsla av delaktighet och meningsfullhet, innebär ett gott åldrande. Även välriktade rehabiliteringsinsatser efter sjukdomsfall eller medicinska ingrepp är av stor positiv betydelse för åldrandet.

Under de senaste åren har så kallade förebyggande hembesök fått en allt större betydelse. Såsom ovan nämnts under avsnittet om lagstiftning innebär hembesöken, som är förhandsplanerande och utförs av vårdpersonal inom ÅHS tillsammans med hemtjänsten i respektive kommun, att man efter frivillig överenskommelse besöker den äldre i dennes hem i syfte att informera om den service som finns att tillgå och annat av intresse för att kunna förlänga tiden den äldre skall kunna bo i eget hem. Vid besöket bedömer personalen den äldres funktionsförmåga, boendeförhållanden och servicebehov. De förebyggande hembesöken kan upprepas vid behov t.ex. årligen.

Fallskador bland äldre är ett stort problem. I Sverige omkom över 1000 äldre personer till följd av ett fall år 2000 och 40 700 skadades så allvarligt att de lades in på sjukhus för vård i minst ett dygn. Kostnaderna för fallolyckorna bland äldre i Sverige uppgick år 2000 till nästan 4,8 miljarder kronor och man räknar med att de kommer att öka kraftigt de närmaste årtiondena.

Man uppger att två tredjedelar av de äldre skadas inomhus och betonar vikten av att minimera riskerna både i hemmet och särskilt boende. Vid förebyggande hembesök kan man diskutera och reducera riskmomenten i bostaden. De skadeförebyggande åtgärderna i hemmen är ofta enkla och riskerna kan lätt elimineras t ex. genom att lägga in halkfria mattor, ta undan lösa sladdar och sätta in god belysning. Sjukdomstillstånd och biverkningar av mediciner är ofta bidragande orsaker till fall och det är viktigt att gå igenom de äldres läkemedelsordinationer.

Höftskydd för äldre i riskzonen för att råka ut för en höftfraktur kan lindra konsekvenserna av en fallolycka.

Hemtjänst och hemsjukvård

Arbetsgruppens förslag:

- För att "90 %-målet" skall uppnås måste resurserna inom hemtjänsten och hemsjukvården öka i betydande omfattning
- För att personal inom hemtjänst och hemsjukvård skall uppfattas som en enhet av åldringen måste personalen arbeta i team
- Arbete i sammanhållen hemvård genomförs
- Förebyggande hembesök erbjuds alla personer det år de fyller 75 år

Definitioner

Med *hemservice* (= hemtjänst) inom äldreomsorgen avses enligt 20 § socialvårdslagen fullgörande av eller bistånd vid fullgörandet av uppgifter eller funktioner som hör till boende, personlig skötsel och omvårdnad, samt därtill hörande annan normal och invand livsföring. Enligt 9 § socialvårdsförordningen ordnas hemservice i form av

1. hjälp i hemmet med arbete, personlig omvårdnad och stöd, vilken ges av hemvårdare eller hemhjälpare till enskilda eller familjer;
2. stödservice, såsom måltids-, klädvårds-, bad-, städ-, transport- eller följeslagarservice och tjänster som främjar socialt umgänge

Med *hemsjukvård* avses hälso- och sjukvård inom öppen vård som innebär personligt möte mellan patient och vårdgivare, och som genom ÅHS:s åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas. Hemsjukvården är således en vårdform som innebär att patient är inskriven för mottagande av hälso- och sjukvård utanför ÅHS:s lokaler. Hemsjukvårdsbesök ska ingå i en vårdplan för hemsjukvård.

Hemtjänst och hemsjukvård bildar tillsammans en *sammanhållen hemvård*.

Ökade resurser

Den viktigaste målsättningen för äldreomsorgen på lång sikt är att fler äldre människor skall ges möjlighet att bo i sin bostad så länge det är möjligt. Sammanhållen hemvård skall, genom att under största delen av dygnet svara för vård och omsorg i klientens eget hem, ge de äldre människorna trygghet att förlänga tiden för kvarboendet i eget hem. Avsikten är att samhället genom sammanhållen hemvård skall skraddarsy ett eget servicepaket som svarar mot den äldres individuella behov. För att hemtjänstens och hemsjukvårdens resurser skall vara tillräckliga i takt med att antalet äldre människor ökar, måste ÅHS och kommunerna öka sina resurser på området. En utveckling av verksamheten måste föregås av noggranna diskussioner mellan de olika beslutsfattarna; kommunerna, ÅHS och landskapsregeringen.

Genom att utveckla hemtjänsten och hemsjukvården, kan trycket på kommunernas serviceboende och åldringshem minska. Genom att bygga ut vården och omsorgen i hemmen, kan de ökade krav som uppkommer som en följd av en åldrande befolkning mötas på ett sätt genom vilket man undviker en utbyggnad av antalet platser inom institutionerna.

Sammanhållen hemvård

I riket pågår sedan 1.1.2005 ett försök med omorganisering av tjänster för äldre – hemvård som ett kärnområde. Tillfälliga ändringar av socialvårdslagen (FFS 710/1982) och folkhälsoagen (FFS 66/1972) gör det möjligt för kommunerna att organisera vissa uppgifter inom socialvården och folkhälsoarbetet på ett sätt som avviker från den gällande lagstiftningen. Försöket, som är avsett att avslutas 31.12.2008, gäller kommuner där en sammanslagning av social- och hälsovårdsnämnden hittills inte ansetts vara ändamålsenlig eller där en sammanslagning förhindrats av att folkhälsoarbetet skötts av en samkommun. Socialvårdens hemtjänst och hälsovårdens hemsjukvård sammanslås till ett nytt uppgiftsområde, dvs. hemvård och under försöket kan social- och hälsovårdstjänster för äldre, men även funktionshindrade och långtidssjuka om det är motiverat med hänsyn till helheten, skötas av ett kommunalt kollegialt organ såsom socialnämnden, hälsovårdsnämnden eller en ny nämnd som bildas för skötsel av vissa social- och hälsovårdstjänster för äldre.²

För socialvårdstjänsterna tillämpas socialvårdslagstiftningen när det gäller skyldigheten att ordna tjänster, klientens ställning mm. och på hälsovårdstjänsterna bestämmelserna om skyldighet att ordna folkhälsoarbete, patientens ställning mm. Verksamhetsenheterna inom hemvården kan sammanställa klient- och patientuppgifter till ett register som är tillgängligt för alla anställda inom hemvården. När det gäller utlämnande av och upprättande av uppgifter inom hemvården gäller bestämmelserna om antingen hälso- och sjukvård eller socialvård, beroende på vilka uppgifter det är fråga om.

I Sverige har vissa landsting och kommuner en liknande organisation inom vården och omsorgen av äldre som på Åland. Landstinget har ansvar för hemsjukvården och kommunen har ansvar för hemtjänsten. En av skillnaderna är att den landstingsanställda legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen kan delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter till kommunens undersköterskor och biträden. Det delade ansvaret för hemsjukvård skapar tvister och revirstrider om vad som ingår i kommunens respektive landstingets ansvar. Kommunerna hävdar att de inte har ansvar för och kompetens att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter inom ordinärt boende (hemsjukvård) medan landstingen anser att enklare sjukvårdsuppgifter bör ingå i kommunens ansvar. Det är angeläget att klargöra vem som har ansvaret eftersom det är stor risk för felmedicinering och bristande tillsyn om den medicinska kompetensen brister. Man konstaterar att den otydliga ansvarfördelningen skapar konflikter mellan kommuner och landsting och medför att den enskilde inte får sina behov av vård och omsorg tillgodosedda. En av svårigheterna är att olika budgetar i skilda organisationer försvårar helhetssynen på vård och omsorg utifrån individuella behov.³

Samhällets insatser inom äldreomsorgen måste uppfattas som en helhet av mottagaren, oavsett av att det är olika huvudmän för hemtjänsten respektive hemsjukvården. För att detta skall fungera i praktiken måste personal inom hemvård och hemsjukvård arbeta i team. Teamet skall gemensamt fastställa vårdform, -nivå och -plan individuellt anpassad till klienten/patienten, och i samråd med klienten och anhöriga. Varje team kan bestå av lämplig personal från ÅHS och respektive kommun, varvid sjukskötare, hälsovårdare, primärskötare, närvårdare, hemvårdare och/eller hemhjälpare kan ingå i teamet. Teamet skall arbeta i nära kontakt med GÅ:s eller annan primärvårdsläkare, som ansvarar för den medicinska vården.

² Social- och hälsovårdsministeriet. Kommuninfo 14/2004

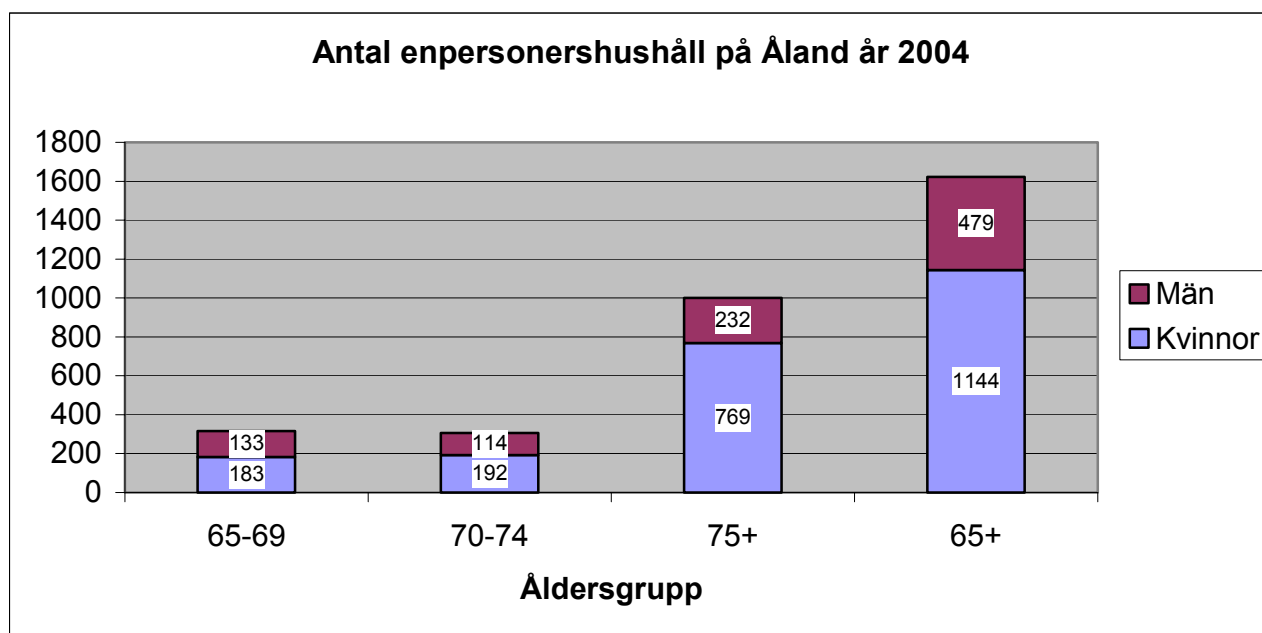
³ Statens offentliga utredningar SOU 2004:68 Sammanhållen hemvård. Slutbetänkandet av Äldrevårdsutredningen, Stockholm 2004

En omorganisering av tjänsterna för äldre enligt den modell som använts i riket är mera komplicerad på Åland än i riket. En orsak är att kommunerna ansvarar för socialvården, medan Ålands landskapsregering genom ÅHS ansvarar för hälso- och sjukvården, vilket innebär att det både ur organisatoriskt och ekonomiskt hänseende är fråga om två huvudmän. Arbetsgruppen anser, såsom beskrivits ovan under avsnittet om lagförslag, att lagstiftningen bör ändras i syfte att möjliggöra ett samarbete mellan ÅHS och kommunerna. I samband därmed bör man beskriva hur en sådan verksamhet kan se ut i praktiken samt hur journalhantering, sekretess- och ansvarsfrågor hanteras. I detta arbete ingår även att utarbeta förslag på rutiner för medicindelning och andra praktiska åtgärder inom vården. Slutligen kan det även bli nödvändigt att lämna förslag på utbildnings- eller fortbildningsinsatser i sammanhanget.

Ensamboende kvinnor

Äldreomsorgens största målgrupp är ensamboende kvinnor om man tar hänsyn till ålder, kön och boendeform. Enligt Socialstyrelsen i Sverige⁴ ökar antalet ensamboende kvinnor relativt kraftigt med stigande ålder fram till åttioårsåldern medan antalet ensamboende män och sammanboende oberoende av kön minskar. Orsaken till detta är att kvinnor har högre medelålder än män och i regel är yngre än de män de är gifta med. Män delar oftast hushåll med en kvinna som ställer upp med insatser medan äldre kvinnor oftast är ensamboende och får söka hjälp från barn eller den offentliga vården och omsorgen. En stor del av äldreomsorgsinsatserna går alltså till denna grupp samtidigt som deras ekonomiska utrymme är begränsat då de hör till den generation där kvinnan inte var yrkesverksam i särskilt hög grad vilket leder till att många har låga pensioner.

Uppgifter om de åländska pensionärshushållen visar att situationen är liknande på Åland. 2004 fanns det drygt 1000 enpersonershushåll bland befolkningen över 75 år och av dem bestod 77 procent av kvinnor.



⁴ Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2005

Äldre människors bostäder och boendemiljöer

Arbetsgruppens förslag:

- All nyproduktion av bostäder måste ske med utgångspunkt i att människor skall kunna bo kvar hela livet, vilket bör beaktas i den nya plan- och bygglagen
- Nya former av t.ex. kollektiva bostäder som tillvaratar de äldres behov av trygghet måste skapas
- Vid renovering av gamla bostäder skall kravet på att människor skall kunna bo kvar hela livet beaktas
- Landskapsregeringen bör genomföra konkreta informationsåtgärder gentemot kommuner och privata byggföretag om det ökade behovet av bostäder för äldre människor och vilka krav man bör tillgodose i bostadsproduktionen
- Landskapsregeringen inför rätt att erhålla bidrag för installation av hiss i flervåningshus

Utgångspunkter

Stakes publikation ”Äldreomsorgen 2002” innehåller uppgifter redovisade landskapsvis från år 2001 om bostädernas utrustningsstandard bland personer som har fyllt 65 år. Därav framgår att cirka 11,5 procent av personer i denna åldersgrupp bosatta på Åland har ytterst bristfälligt utrustade bostäder. Därmed avses att bostäderna saknar något av vattenledning, avlopp varmvatten eller WC. För övriga delar av landet ligger värdena mellan 3,8 respektive 14,1 procent.

En förklaring till resultaten i denna undersökning kan vara att många bostäder på landsbygden och i skärgården har förhållandevis hög ålder och ofta ett eftersatt renoverings- och moderniseringsbehov.

Förändringar inom bostadsproduktionen

Traditionellt har bostadsproduktionen från tid till annan haft tydlig och specialiserad inriktning för visst ändamål. Byggandet har anpassats till den efterfrågan som funnits för tillfället. Detta har ofta medfört att bostädernas utformning har tvingat de boende att byta bostad allteftersom levnadsbetingelserna ändras. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv bör det vara mer ändamålsenligt att försöka uppnå en större flexibilitet i de enskilda bostäderna, men även i det åländska bostadsbeståndet som helhet. Fler bostäder bör vid nyproduktion utformas så att de samtidigt kan nyttjas av ungdomar och barnfamiljer, men även äldre och funktionshindrade människor. Man skall kunna bo kvar i sin bostad även om funktionsförmågan begränsas och man blir beroende av hjälpmedel.

Det bör vidare påpekas att det ofta är enkelt att dimensionera bostäder för rullstolar, medan det är mer problematiskt att anpassa dem för annan rörelsebegränsning, eller för personer som är syn- eller hörselsvaga. För att tillmötesgå dessa krav krävs ny kompetens och erfarenheten från t.ex. byggandet på andra platser. Erfarenheter från kollektiva bostäder efter dansk modell kan bredda kunskapen. Även ett samarbete mellan bostadsplanerare och personal från hemservice och hemsjukvård kan ge nya erfarenheter. Ljushörselbehovet inne i bostaden och överblickbarheten i lägenheten är viktiga frågor.

Arbetsgruppen erfar att de flesta ålänningar önskar äga sin bostad. Den äldre människan efterfrågar ofta ett boende där en privat sfär kan kombineras med vissa för flera boende gemensamma funktioner. Syftet är att kunna förena möjligheten till enskildhet med gemenskap, och att därmed undvika eller minska risken för isolering och ensamhet. Man kan exempelvis satsa på inbjudande entréer i bostadshusen, kanske i kombination med café- och samlingsutrymmen. Bostäderna skall uppfattas som ett stödjande yttre element för ett meningsfullt och socialt liv.

Offentliga miljöer

Arbetsgruppen vill även framhålla att det fortsättningsvis går att förbättra de offentliga miljöerna, såsom gator, torg och byggnader, så att tillgängligheten för rörelsehindrade och särskilt äldre människor ytterligare förbättras. Nyligen gjordes t.ex. en praktisk undersökning om rullstolsburnas tillgänglighet till lagtingsbyggnaden. Utredningen visade att det fortfarande finns flera fysiska begränsningar i tillgängligheten i de offentliga rummen.

Landskapsregeringens ansvar

Enligt arbetsgruppen ansvarar landskapsregeringen för att tillräckliga åtgärder vidtas för att stimulera ny- och ombyggnad av bostäder anpassade efter äldre människors behov. En utgångspunkt i den nya plan- och bygglagen bör vara att människor skall kunna bo kvar i sina bostäder hela livet. Enligt Stakes ovan nämnda undersökning har Åland ett eftersatt renoveringsbehov beträffande bostäder för eget boende, särskilt på landsbygden och i skärgården. Främst betonas behovet av en anpassning av bostäder till den äldre människans särskilda behov. Landskapsregeringen ansvarar därför för att stimulansmedel skapas för att situationen förbättras.

Landskapsregeringen bör även införa investeringsbidrag i syfte att öka antalet installationer av hiss i flervåningsbyggnader. Dagens system med räntestöd är inte tillräckligt. Det är inte acceptabelt att en gammal människa inte längre kan bo kvar i sin bostad enbart av den anledningen att byggnaden saknar hiss. Sådana situationer är naturligtvis tragiska för individen, men medför även onödiga kostnader för samhället.

Färdtjänst

Kommunerna skall enligt 9 § socialvårdsförordningen inom ramen för hemtjänsten (hemservicen) ordna olika stödtjänster såsom transport- och följeslagarservice och tjänster som främjar socialt umgänge. En av flera sådana stödtjänster är färdtjänst. Ett beslut från kommunen att bevilja färdtjänst kan föregås av en individuell behovsprövning, då även den äldres inkomstförhållanden kan beaktas.

Utöver möjligheten att erhålla färdtjänst enligt socialvårdsförordningen, kan även personer med svårare rörelsehinder och liknade handikapp ha rätt till färdtjänst med stöd av handikappservicelagen.

Arbetsgruppen anser att landskapsregeringen bör kartlägga i vilken utsträckning kommunerna använder möjligheten att bevilja färdtjänst. Rätten att erhålla färdtjänst för äldre kan många gånger vara avgörande för den äldre människans möjligheter att upprätthålla sitt sociala kontaktnät. Om det skulle visa sig att färdtjänst endast nyttjas sparsamt, bör landskapsregeringen överväga en förändring av regelsystemet i syfte att utöka de äldres rätt till dessa tjänster.

Kommunalt serviceboende

Arbetsgruppens förslag:

- Kommunerna ansvarar för tillräcklig tillgång till platser vid serviceboende och effektiverat serviceboende

Definition

Det finns ingen entydig definition av det som normalt kallas kommunalt serviceboende. I 22 § socialvårdslagen talas om boendeservice, med vilket man avser service- och stödboende. 10 § socialvårdsförordningen definierar boendeservice så att verksamheten ordnas i servicebostäder och i bostäder som har reserverats för stödboende, där vederbörandes självständiga boende eller övergång till självständigt boende stöds genom socialarbete och annan social service.

Vårdformen kommunalt serviceboende har uppstått i gränsmarkerna mellan omsorg i hemmet och i kommunalt åldringshem. Det kan röra sig om s.k. normalt serviceboende med stödtjänster, vilket innebär att klienten får det stöd och hjälp, samt de tjänster som hon/han behöver för att kunna bo för sig själv i en bostad som hyrs av kommunen. En mer omfattande boendeform är effektiverat serviceboende, vilken inbegriper boende med tillgång till personal dygnet runt. Den äldre får i ett sådant boende all den vård och hjälp hon behöver dygnet runt. Den äldres individuella behov definieras i en vård- och serviceplan.

Gränsdragningen mellan ett effektiverat serviceboende och kommunalt åldringshem kan idag uppfattas som otydlig. Traditionellt är omsorgen och vården direkt kopplad till de platser som finns vid DGH, TH och SB. Gränsen i praktiken och ur ett vårdtyngdsperspektiv är dock betydligt otydligare. Ändå är gränsdragningen mellan de båda boendeformerna avgörande för ersättning från FPA. Avgörande faktorer för bedömningen om anstaltsvård föreligger är om kommunen har fattat ett beslut om inskrivning på anstalten samt om kommunen uppbär avgifter för vården enligt tredje kapitlet förordning om klientavgifter inom social- och hälsovården. En enhetlig vårdtyngdsmätning genom s.k. RAVA-index utgör även ett verkningsfullt verktyg vid gränsdragningen.

Förhållandena på Åland

Nästan samtliga landsbygds- och skärgårdskommuner på Åland har idag tillgång till effektiverat serviceboende, där de boende har tillsyn dygnet runt. Vårdtyngden i dessa serviceboende har under de senaste tio åren ökat dramatiskt. De boendes medelålder är omkring 85 år. Då de boende vanligen har en eller flera diagnoser i kombination med hög ålder, ställs det stora krav på personal. Boendet i effektiverat serviceboende ställer även stora krav på tillgången till personal från ÅHS:s hemsjukvård.

Personalen vid kommunernas serviceboende sköter också hemtjänsten hos åldringar som bor ute i kommunerna i egna hem. Kompetensen hos hemtjänstpersonalen bör vara närvårdare. Läkare besöker skärgårdskommunerna två dagar per månad, då de boende kan boka tid för konsultation och vård. I övrigt sköts läkarvården per telefon. För att vården i kommunernas serviceboenden skall vara ändamålsenlig behövs, förutom tjänster med närvårdarkompetens, även personal med sjukskötarkompetens. Hemsjukvården kan kvälls- och nattetid endast ge

service till äldre på hela fasta Åland för hemsjukvård som har planerats i förväg. Resurser för akut hemsjukvård saknas. För att kunna erbjuda även dygnet runt akut hemsjukvård behövs ytterligare sjukskötare anställas. Förebyggande hembesök sker hos åldringar fyllda 75 år. Vid dessa besök ger man bl.a. råd och tips om hur man kan förebygga olycksfall, underlätta boende i eget hem samt att kommun kan stå för hemtjänst dygnet runt i syfte att fördröja flyttningen från eget hem.

Avsaknad av platser på serviceboende

Några kommuner erbjuder inom sin äldreomsorg, utöver vanliga hyreslägenheter för äldre, endast platser inom ramen för institutionsboende. Dessa kommuner har således inte några platser vid serviceboenden. Arbetsgruppen ifrågasätter om kommunerna uppfyller de krav som lagstiftningen ställer på kommunen, beträffande skyldigheten att ordna boende för den äldres behov av omsorg på sådant sätt att kommunens omvårdnadsinsats inte medför ett större ingrepp i personens liv än vad som är nödvändigt. Om kommunen erbjuder antingen normala hyresbostäder för äldre eller institutionsplatser, kan man ifrågasätta om kommunens åtgärder i alla lägen står i rimligt proportion till den äldres behov.

Kommunala åldringshem

Arbetsgruppens förslag:

- De flesta långvårdspatienter som i dag vårdas vid GÅ överförs till de kommunala åldringshemmen
- De kommunala åldringshemmen anpassas för att sköta mer vårdkrävande äldre kvinnor och män
- Läkarresurser samordnas med GÅ som huvudman
- Ökade personalresurser liksom höjd kompetens fordras vid de kommunala åldringshemmen

Definition

I socialvårdslagen används genomgående begreppet anstaltsvård för det som i praktiken kallas för kommunala åldringshem. Arbetsgruppen anser att det är lämpligare att använda begreppet institutionsvård eller institutionsboende i stället för anstaltsvård, varför de förstnämnda begreppen har använts i denna framställning.

Med institutionsvård avses enligt 24 § socialvårdslagen anordnande av vård, uppehälle och rehabiliterande verksamhet i sådan verksamhetsenhet inom socialvården som lämnar fortlöpande vård. Institutionsvård ges den som är i behov av hjälp, vård eller annan omvårdnad som inte kan ordnas eller som det inte är ändamålsenligt att ordna i hennes/hans eget hem genom utnyttjande av någon annan socialservice.

Av 11 § socialvårdsförordningen framgår att vid institutionsvård skall ges sådan behövlig rehabilitering, vård och omsorg som är nödvändig med tanke på klientens ålder och tillstånd. Klientens livsmiljö skall dessutom såvitt möjligt ordnas så att den är trygg, hemlik och stimulerande samt tillika möjliggör ett privatliv och främjar klientens rehabilitering, initiativkraft och handlingsförmåga. Anstaltsvård ordnas i åldringshem, och kan ordnas i form av kortvarig eller fortgående dag- eller nattvård eller dygnet-runt-vård. I anstalterna kan dessutom ordnas verksamhet som stöder självständigt boende samt rehabilitering.

I praktiken innebär reglerna att anstaltsvård beviljas av kommunen när befintliga öppenvårdsinsatser från social- respektive hälso- och sjukvården i personens hem inte längre anses tillräckliga för att garantera god vårdkvalitet och personen behöver omsorg och vård dygnet runt. Anstaltsvård beviljas även en person som p.g.a. medicinska skäl behöver vård som inte kan ges i hemmet. Den ifrågasvarande kommunen fattar ett beslut om inskrivning på anstalten och uppbär avgifter för vården enligt tredje kapitlet förordning om klientavgifter inom social- och hälsovården.

Följande åldringshem som kommunernas socialförvaltning tillhandahåller, finns i landskapet:

- K.f. De Gamlas Hem, Jomala (DGH)
- Trobergshemmet; Mariehamn (TBH)
- Sunnanberg; Saltvik (SB)

Förhållandet mellan GÅ och åldringshemmen

När GÅ utvecklas till ett geriatriskt sjukhus, måste de egentliga långvårdspatienterna (kroniker) till största delen överföras till DGH, TBH och SB. Denna förändring kommer att innebära att vårdtyngden vid åldringshemmen ökar. För att det skall kunna förverkligas måste personalresurserna, främst läkare och sjukskötare, förstärkas vid åldringshemmen. Läkarresurserna vid DGH, TBH och SB bör samordnas med GÅ. ÅHS kvarstår som huvudman för läkarna. Det kan vidare vara nödvändigt att vidta fysiska förändringar och anpassningar av lokalerna i DGH, TBH och SB till de nya förhållandena.

Kommunalförbundet för De Gamlas Hem

Grundavtalet för DGH förutsätter medlemskap och ägande av platsandel för tillgång till vårdplats. Andelarna kan enligt avtalet överlätas till annan medlemskommun. Kommunalförbundet kan även sälja tjänster till kommuner som inte är medlemmar i förbundet.

Kommunalförbundets grundavtal och administrativa rutinerna fungerar enligt arbetsgruppens uppfattning inte på så sätt att kommunalförbundets platser utnyttjas på ett effektivt sätt. Tidvis står ett stort antal platser outnyttjade, trots att kommuner samtidigt efterfrågar platser. Kommunalförbundets grundavtal och rutiner i övrigt beträffande fördelning av platser, kan inte anses tillgodose de krav som verksamheten ställer. Dessa förhållanden medför bl.a. omotiverat höga driftskostnader samt svårigheter att anpassa bemanningen till verksamhetens behov.

Arbetsgruppen anser att DGH bör fungera som en integrerad del av äldreomsorgen på Åland, och därmed kunna ställa platser till förfogande till behövande kommuner oavsett medlemskap i kommunalförbundet och kommunens "ägande" av platser. Arbetsgruppen föreslår därför att medlemskommunerna i kommunalförbundet DGH bör vidta åtgärder för att bättre anpassa gällande grundavtal till verksamhetens förutsättningar.

Avsaknad av institutionsplatser

Arbetsgruppen konstaterar att vissa kommuner, särskilt skärgårdskommuner, överlåter sina platser i DGH och skapar en situation där kommunen står utan institutionsplatser. Dessa kommuner, som aktivt har skapat en situation där de endast har platser vid serviceboende att tillgå, synes utgå från att man inte behöver institutionsplatser. Ambitionen är att de äldre skall bo vid serviceboende, trots att en mätning av vårdtyngden tydligt indikerar behov av institutionsvård.

Arbetsgruppen önskar framhålla uppfattningen att samtliga kommuner måste förvissa sig om tillgången till både platser vid serviceboende, och på institution. I annat fall föreligger risk för att ÅHS:s insatser inom hemsjukvården jämte inom kommunernas serviceboende inte kommer att vara tillräckliga. Utvecklingen ställer även betydligt högre krav på kommunens personal vad gäller sjukvårdskunskaper. Slutligen kan utvecklingen leda till en konflikt med FPA:s regler om bidrag mm. där gränsdragningen mellan serviceboende och institution är avgörande.

Gullåsen (GÅ)

Arbetsgruppens förslag:

- GÅ utvecklas till en geriatrisk klinik inom ÅHS med inriktning på utredning, behandling, rehabilitering av äldre samt utslussning till fortsatt lämplig vårdnivå. Den mer omvårdnadspräglade kronikerfunktionen överförs till största delen till åldringshemmen (DGH, TH, SB). Efter senaste organisationen modell fungerar GÅ redan som en självständig basenhet (klinik) med fortsatt viss samverkan med primärvården i lärar- och jourverksamhet.
- GÅ behöver ökade läkarresurser för ändrad verksamhetsområde - minst 1 läkartjänst (geriatrisk) till bör inrättas. Läkarna vid GÅ bör svara för behövliga läkarinsatser vid de kommunala åldringshemmen.
- Ett centralt intagningsförfarande i samverkan mellan GÅ och kommunerna för samtliga platser vid de kommunala åldringshemmen införs. Grundprincipen bör vara att patienten erbjuds den vårdform som patientens tillstånd kräver, att vården skall ges vid rätt tidpunkt och att onödiga förflyttningar och väntetider undviks.
- Grundförutsättningen för en utveckling av GÅ till en geriatrisk klinik är att de egentliga långvårdspatienterna (kronikerna) kan överföras till de kommunala åldringshemmen. Denna process blir säkerligen svår och tidskrävande. Ytterligare resurser (läkare, sjukskötare etc.) måste tillföras åldringshemmen. En stegvis anpassning under flera års tid blir nödvändig.

GÅ:s utveckling

I enlighet med folkhälsolagen som trädde i kraft på Åland 1973 (i riket 1972) skulle s.k. bäddavdelningar (sjukhus) inrättas vid hälsocentralerna. GÅ utbyggdes i två etapper: 60 vårdplatser år 1979 samt ytterligare 38 vårdplatser år 1985. År 2005 är antalet vårdplatser 96. Enligt den åländska folkhälsolagstiftningen skulle endast långvårdspatienter (kroniker) vårdas på GÅ. För all akut somatisk sjukvård skulle ÅCS svara. Patienter som överfördes från akutsjukvården till GÅ skulle i princip vara färdigt utredda och behandlade. Den medicinska verksamheten på GÅ inriktas mest på uppföljning av insatt behandling och förebyggande av funktionsnedsättningar. Omvårdnadsbehovet dominerade tidsmässigt insatserna inom långvården.

En betydande utveckling har skett inom äldreomsorgen i landskapet de senaste 10 åren med tillkomst speciellt av olika typer av serviceboenden - centra i så gott som alla kommuner. De flesta serviceboendeenheterna har satsat på dygnet runt vård. Gränserna mellan serviceboende och ålderdomshem blir alltmer "suddiga". Utvecklingen har lett till att trycket från kommunerna på långvårdspatser på GÅ lättat.

Däremot har det inom specialistsjukvården under de senaste åren skett en betydande omstrukturering med minskning av antalet vårdplatser samt förkortning av vårdtiden. En allmän skärpning av kriterierna för slutna specialistsjukvård gäller. Detta har medfört utskrivning av äldre patienter med kvarvarande behov av medicineringsinsatser, rehabilitering etc. För att bättre kunna anpassa sig till det förändrade behovet är det ändamålsenligt att GÅ organisatoriskt förändras till ett mera renodlat geriatrisk sjukhus.

Framtida verksamhet

Enligt arbetsgruppens förslag kan GÅ organisatoriskt omfatta följande verksamheter:

1. Geriatrisk intagningsavdelning
(uppskattningsvis 8-12 vårdplatser)
Utredning och behandling av patienter med geriatrisk problematik, samt bedömning av vårdnivå. Möjlighet för viss akut intagning i samarbete med akutpoloklinik vid ÅCS.
2. Geriatrisk rehabiliteringsavdelning
(uppskattningsvis ca 30 vårdplatser)
Redan idag utgör rehabilitering en väsentlig del av verksamheten på GÅ. Geriatrisk rehabilitering blir i framtiden en huvuduppgift för GÅ. Verksamheten sker i nära samarbete med rehabiliteringsavdelningen vid ÅCS.
3. Demensavdelning
(uppskattningsvis ca 20 vårdplatser).
Utredning och vård av demenspatienter. Verksamheten omfattar permanent vård av patienter med svåra beteendestörningar. Minnesmottagning för öppenvårdspatienter.
4. Palliativ vårdavdelning
(uppskattningsvis 10-12 vårdplatser).
Avdelningen kan svara för hela behovet inom organisationen. I dag vårdas i genomsnitt 4-5 palliativa cancerpatienter på skilda avdelningar på GÅ. För en väl fungerande palliativ vård krävs en avdelning avsedd för verksamheten.
5. Långtidsjukvårdsavdelning
Under en övergångsperiod ansvarar avdelningen för långvårdspatienter. På sikt kan avdelningen ansvara för tunga patientkategorier i slutskede av sjukdom som MS, Parkinson, Chorea Huntington-patienter etc.

Vårdplatsbehovet

Enligt den av Social- och hälsovårdsministeriet anförda rekommendationer för utvecklandet av servicestrukturen inom äldreården bör myndigheterna tillhandahålla vårdplatser på åldringshem/ HC- bäddavdelningar motsvarande 5-7 % av befolkningen 75 år eller äldre. Servicebostäder bör finnas motsvarande 3-5 %. Normen innebär för Åland att 111-155 platser på åldringshem/HC behövs. Den sammanlagda bäddkapaciteten för närvarande på de kommunala åldringshemmen svarar för det högre normkravet. Den faktiska situationen är att landskapet med GÅ inräknat ligger långt över normen (11 %, 75 år eller äldre) . Dessutom har vi kapacitet för serviceboende, som även den långt överstiger normen. Huruvida de anförda normerna är helt realistiska för Åland är idag svårt att överblicka. En kraftigt utbyggnad inom vård och omsorg i hemmen är självfallet en grundförutsättning för en omstrukturering till ökat hemmaboende. Geografiska förhållanden, kommunikationer, sociala respektive psykologiska faktorer etc. påverkar behoven hos oss. Omvandlingsprocessen kommer säkerligen att ta lång tid varför GÅ under en övergångsperiod måste ta på sig en betydande buffertfunktion mellan den geriatriska vården och åldringsvården.

Kvalitet i vården och omsorgen om de äldre

Arbetsgruppens förslag:

- Landskapet och kommunerna bör utarbeta kvantitativa och funktionella mål utgående från de äldres behov. Tillräckliga resurser skall avsättas för att målen skall kunna uppfyllas.
- En brukarundersökning med fokus på hur de äldre och de anhöriga själva upplever kvaliteten i vård och omsorg bör genomföras. (ÅSUB)
- Mätning av vårdbehovet med RAVA-indexet bör kontinuerligt göras för att säkerställa att vård och omsorg ges på rätt nivå.
- En uttalad värdegrund som utgångspunkt för det dagliga arbetet skall finnas inom all vård och omsorg om äldre.
- Personaldimensioneringen bör minst uppfylla kriterierna i social- och hälsovårdsministeriets kvalitetsrekommendationer
- Personalen skall vara yrkeskunnig och tillräckliga resurser skall reserveras för fortbildning.
- Tillsyn är viktig för att tillförsäkra att vården och omsorgen om äldre är effektiv, målinriktad och har god kvalitet. Tillsynen skall också granska att lagar efterlevs

Kvalitetsrekommendation om vård och tjänster för äldre i Finland

I kvalitetsrekommendationerna om vård och tjänster för äldre, som utgavs av Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands kommunförbund år 2001⁵, sägs att målet för äldre vården är att så många äldre som möjligt skall kunna bo kvar och leva självständigt i sitt eget hem och i sin invanda boendemiljö och sociala omgivning. För att målet skall kunna förverkligas skall de få stöd genom snabbt tillgänglig och yrkeskunnig social- och hälsovårdsservice. Vården som ges skall vara adekvat och präglas av respekt för klienten. I rekommendationen sägs också att varje kommun skall ha en uppdaterad strategi för sin äldrepolitik, där man bl.a. skall fastslå målen för hur kommunen avser att främja kommuninvånarnas hälsa, välbefinnande och självständiga livsföring. Måluppfyllelsen skall systematiskt följas upp och om servicenivån och personaldimensioneringen inte uppnås måste detta motiveras.

Förutsättningar för utveckling av servicestrukturen:

Målet med servicen är att alla äldre skall få stöd när det gäller god livskvalitet, självbestämmanderätt och möjligheter att klara sig på egen hand oavsett deras funktionsförmåga.

Landskapet och kommunerna lägger upp kvantitativa och funktionella mål med utgångspunkt i de äldres behov, och tillräckliga resurser avsätts för att servicemålen skall kunna uppfyllas. Servicen bygger på etiska värderingar och utgår från de äldres behov, är evidensbaserad och baserar sig på rekommendationerna om gängse vårdpraxis samt fungerar friktionsfritt i samarbete med olika serviceproducenter, de anhöriga och de närstående.

I uppföljningen av målen tillämpar landskapet och kommunerna ett uppföljningssystem med kvalitetsindikatorer för varje typ av tjänst. Systemet är avsett att användas av varje verksamhet.

⁵ Social- och hälsovårdsministeriet, Finlands kommunförbund. Kvalitetsrekommendationer om vård och tjänster för äldre, 2001

Brukarundersökning

I Sverige har man genomfört ett antal så kallade brukarundersökningar inom äldreomsorgen för att få svar på hur de äldre och de anhöriga själva upplever kvaliteten i kommunernas vård och omsorg.⁶ De omdömen som ges av äldre och anhöriga är generellt positiva, men alla kvalitetsaspekter infrias inte alltid. Personalens bemötande och förhållningssätt får goda vitsord även om det framhålls att man saknar möjlighet att påverka insatserna. De äldre och de anhöriga rapporterar att de överlag får hjälp vid de tidpunkter de önskar samt att personalen håller tiderna. En återkommande kritik som framförs är att det är för många olika personer som ger hjälpen, vilket gör det svårt att skapa personliga relationer med personalen. Man kan tolka svaren som att det finns problem att finna utrymme för både vårdande uppgifter och sociala relationer.

Kontinuitet

Även på Åland har det riktats kritik mot att för många olika personer är involverade i vården och omsorgen om äldre. I Mariehamns stad visade en kontinuitetsundersökning att äldre kunde ha besök av 20-30 olika personer under några veckors tid, även om det fanns en egenskötare. I små kommuner med ett fåtal anställda inom hemtjänsten och hemsjukvården finns inte motsvarande problem.

RAVA

RAVA-indexet används för att fastställa hjälpbehovet hos äldre, och kan ses som en kvalitetsindikator för att patienten/klienten får vård och omsorg på rätt nivå. Med begränsade resurser är detta avgörande för helheten. RAVA-indexet visar i huvudsak individens fysiska hjälpbehov och när man gör bedömning av vård- och omsorgsbehovet måste alltid de psykiska och sociala behoven (t.ex. otrygghet) beaktas. RAVA-systemet är billigt och lätt att använda men ger endast riktlinjer för hjälpbehovet. I framtiden blir det troligen nödvändigt att övergå till mera kvalificerade system för att kunna säkra kvaliteten och patientsäkerheten i äldrevården och för att kunna fördela resurserna på ett ändamålsenligt sätt.

Yrkeskunskap och vårdfilosofi

För att ge äldre välfungerande tjänster av hög kvalitet förutsätts en yrkeskunnig personal. En viktig faktor i anslutning till det är de anställdas uppfattning om äldre människor och hur de bemöter dem. En förutsättning för att kunna upprätthålla och utveckla yrkesskickligheten och utnyttja resultat från den senaste forskningen är att tillräckliga resurser finns för utbildning av personalen.

Enligt Viveca Arrhenius vid Social- och hälsovårdsministeriet baserar sig kvalitet på tillräcklig utbildning och tillräcklig personal. Vid ministeriet begär man in uppgifter om bemanning och vårdfilosofi inom äldrevården.

⁶ Socialstyrelsen 2006. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2005

Etik inom äldreomsorgen

Arbetsgruppens förslag:

- Personalen inom äldreomsorgen bör kontinuerligt arbeta med frågor om etik och värdegrund i sin verksamhet
- Etiska regler och värdegrunder bör, vid sidan av ekonomiska och effektivitetsmål, utgöra målinstrument inom äldreomsorgen
- Lagstiftningen bör eventuellt kompletteras med grundläggande regler av etisk natur

Definition av begreppet värdegrund

Grunderna för våra värderingar kommer till uttryck i vårt sätt att förhålla oss till och i hur vi bemöter andra människor. En god värdegrund för äldreomsorgen är tillika en garanti för god kvalitet i verksamheten. Syftet med värdegrund är att hävda människans värde och väl.

Enligt teologie doktorn och etikern Dieter Hoffman kan värdegrund definieras som summan av alla värderingar, den människosyn och de värden som kommer till uttryck i bemötandet, omvårdnadshandlingarna, kontakten, tilltalet, i sättet att mata, tvätta och bistå, i samtalet, gestaltningen av dagen och natten, verbal och icke-verbal kontakt, i sättet att välja sina ord, i spänningen mellan närhet och distans, bemötandet av anhöriga, samtalet om framtiden och döden, i bemötandet av den demenssjuke och den som på grund av sin stroke inte kan kommunicera och mycket, mycket mer.

Det goda exemplet

Värdegrunden för verksamheten vid TBH i Mariehamns stad kan lyftas fram som det goda exemplet:

"Värden på Trobergshemmet utgår från en humanistisk människosyn. Vi beaktar att alla människor är unika och har lika värde, är aktivt skapande och tar ansvar för sina handlingar. Vi respekterar självbestämmande och integritet. Vården skall kännetecknas av inlevelse och engagemang, trygghet och delaktighet. Vi möter människan i slutet av livet, det vi kallar ålderdomen. I olika grad har människan lyckats integrera sitt liv, kroppsligt, själsligt och andligt. Ofta innebär åldrandet förluster och sårbarhet vad gäller hälsan. Oavsett vilka dessa förluster är eller vilka förmågor som finns kvar, förblir människans egenvärde konstant. Detta egenvärde skall utgöra grunden i vårt bemötande av den äldre människan. Rätten till ett för människan värdigt liv skall finnas livet ur."

Värdegrund i äldreomsorgen

Det är nödvändigt att personalen inom äldreomsorgen har en gemensam värdegrund, oavsett om det rör hemvård, serviceboende, institutionsvård eller sjukvård. En god värdegrund borgar för en kvalitet i vården, d.v.s. en slags vårdgaranti. Att arbeta med värdegrunder i vården innebär en ständig process i vilken hänsyn tas till förändringar i verksamheten såsom bl.a. nya klienter/patienter och anställda.

Arbetet med värdegrund bör skapa en etisk plattform, där alla i vård- och omsorgsprocessen inblandade aktörer inom äldreomsorgen blir delaktiga i den värdegrund som omvårdnadshandlingarna bottnar i. Värdegrunden bör vid sidan av ekonomisk målstyrning bli ett gemensamt målinstrument för äldreomsorgen.

Arbetsgruppen avser att i det fortsatta arbetet överväga om det finns skäl att i lag eller annat regelverk fastställa värdegrunder för äldreomsorgen. Den svenska hälso- och sjukvårdslagen innehåller exempel på en sådan reglering;

"Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Detta innebär att den särskilt

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen."

I Stakes handbok i kvalitet för äldreomsorg⁷ anges att den etiska grundvalen för all äldreomsorg är att bemöta den äldre med respekt. Den kan konkretiseras så här:

- Arbetet utgår från klientens egna resurser och tar sikte på att ge henne/honom möjligheter att förverkliga sig själv.
- Klientens individuella särdrag och erfarenheter beaktas och detta görs till en del av arbetsprocessen
- Varje människa respekteras som en unik individ, vars individuella livssituation beaktas
- Varje människas självbestämmanderätt och autonomi respekteras
- Varje människas personliga integritet och rätt till ett privatliv garanteras
- Funktionsförmågan maximeras med hjälp av förebyggande arbete och rehabilitering
- Klientens initiativkraft och självkänsla stöds genom en aktiverande attityd och genom att framhäva de starka sidorna
- Varje människas sexualitet och behov att uttrycka den respekteras
- Klientens kulturella, rasliga, religiösa och politiska bakgrund beaktas och respekteras
- Omgivningen görs trivsamt, stimulerande, trygg och hemlik
- Alla människor bemöts med respekt och värdighet i alla situationer

⁷ Stakes. 2002. God vård och omsorg om äldre. Handbok i kvalitet. Helsingfors

Personal, utbildning och rekrytering

Arbetsgruppens förslag:

- Landskapsregeringen bör genomföra noggrann utredning om behovet av personal och kompetens inom äldreomsorgen på lång sikt
- Utbildning och kompetens skall prioriteras vid rekrytering
- Aktiva åtgärder krävs från arbetsgivare för att främja en god hälsa inom personalen
- Grundläggande utbildning eller information om äldreomsorgen bör systematiskt erbjudas närstående och den frivilliga sektorn

Personalförsörjning

En stor uppgift för ÅHS och kommunerna i framtiden blir att rekrytera personal till äldreomsorgen i tillräcklig omfattning. Orsaken är att andelen förvärvsarbetande i förhållande till andelen äldre blir allt mindre, och att konkurrensen om arbetskraften ökar. Vidare ökar kraven på en högre standard i en redan trängd ekonomi. Eftersom de gamla blir allt äldre och sjukdomsbilden sannolikt blir mer komplex, kommer det att bli särskilt svårt att rekrytera personal med tillräcklig kompetens för uppgifterna. Det är även viktigt att gott ledarskap finns att tillgå för att motivera personalen till goda arbetsprestationer under krävande omständigheter i verksamheten.

För att kunna möta dessa svårigheter bör de ansvariga myndigheterna som ett led i en långsiktig rekrytering utreda vilket behov man har av personal och kompetens inom äldreomsorgen. Det är viktigt att i det sammanhanget beakta de förändringar av verksamheten som planeras och vilka effekter det får på personalförsörjningen. Det kan även vara angeläget att arbeta för att höja status på tjänster inom äldreomsorgen, och att förbättra möjlighet till ytterligare specialisering. Även i övrigt bör eventuella förslag på förändringar inom utbildningsväsendet konkretiseras och framföras till behöriga instanser.

Ansvarsfullt personalansvar

De ekonomiska kraven på effektivitet inom äldreomsorgen i förhållande till ambitionen att sörja för ett tillräckligt djup och en god kvalitet i verksamheten kan medföra att personalen utsätts för hälsorisker. Personalen löper risk att drabbas av en ökad känsla av otillräcklighet med risk för att utsättas för sjukdom på grund av stressen från ökade krav från klienter, patienter och anhöriga, samtidigt som särskilda krav föranleds av arbete i team och ökade krav på kompetens.

Åtgärder för att skapa bättre arbetsvillkor och bättre arbetsmiljö för personalen har en grundläggande betydelse för kompetensförsörjningen. Detta gäller dels för att äldreomsorgen skall få en attraktionskraft som gör att fler söker sig till det, dels för att befintlig personal skall orka och vilja arbeta fram till pensioneringen. Arbetsgivaren måste t.ex. ansvarsfullt arbeta för ett systematiskt arbetsmiljöarbete. Det innebär att arbetsgivaren undersöker, genomför och följer upp verksamheten på ett sådant sätt att ohälsa och olycksfall i arbetet förebyggs uppnås. Arbetet kan även tydligare styras så att resurser och mål inom verksamheten överensstämmer, i syfte att minska stress bland personalen.

Utbildning till frivilliga

De närståendes och frivilligas insatser inom äldreomsorgen kommer sannolikt att öka i framtiden. För att den frivilliga delen av äldreomsorgen skall fungera tillfredsställande med viss grundläggande kompetens, bör samhället systematiskt erbjuda närstående och den frivilliga sektorn viss utbildning och information om äldreomsorgen. Detta kan förslagsvis ske genom den öppna högskolans eller medborgarinstitutets regi.

Personal

Den viktigaste faktorn för kvalitet och trygghet i äldreomsorgen är en kunnig och engagerad personal. Åldringsvården har blivit ett allt mer krävande arbete både inom hem- och institutionsvård, och de som vårdar äldre människor skall fylla behörighetskraven inom social- och hälsovården. Det långsiktiga målet är att personalen inom äldreomsorgen har grundutbildning inom social- och hälsovård. Rekryteringsbehoven kommer att vara stora och det är viktigt att höja omvårdnadsyrkenas status, och att kunna erbjuda goda anställningsförhållanden och utvecklingsmöjligheter. Jämfört med andra sektorer ligger sjukfrånvaron och arbetsskadorna på en hög nivå inom äldreomsorgen.^{8 9 10}

Utbildning

Den största yrkesgruppen inom kommunens äldrevård i dag utgörs av närvårdare, som ersätter de tidigare grundexamina på skolenivå, hemvårdare och primärvårdare. Den medicinska och teknologiska utvecklingen, samt strävan till allt kortare vårdtider på sjukhus har medfört att hemsjukvårdens uppgifter blivit mera krävande än tidigare och målsättningen är att ombilda befintliga närvårdartjänster inom hemsjukvården till sjuksköterskätjänster.

Närvårdare

Vid Ålands vårdinstitut ges grundutbildning inom social- och hälsovård på gymnasialstadiet med examen som närvårdare. Utbildningen omfattar 120 studieveckor, varav 40 studieveckor är yrkesinriktade studier differentierade enligt studieprogram. Som övergripande mål för inriktade studier inom äldreomsorg anges i läroplanen att de studerande skall skapa ett helhetsperspektiv på åldrandet samt öka sin beredskap inför framtidens utmaningar inom äldreomsorgen. Enligt utbildningsstyrelsens föreskrifter¹¹ skall de som avlagt utbildningsprogrammet för äldreomsorg utifrån ett rehabiliterande arbetssätt kunna vårda, stödja och hjälpa åldringar i rehabiliteringen i hemmen, inom hemvården, på anstalter och inom organisationer samt i boendeenheter för äldre.

År 2002 gjorde yrkesutbildningsbyrån en utredning över tillgång, efterfrågan och utbildningsbehov av närvårdare på Åland fram till år 2015¹². Enligt den var tillgången till närvårdare inom äldreomsorgen 232 st. år 2001 och behovet år 2015 beräknades vara 292 st. För målgruppen barn och unga beräknades behovet sjunka från 160 till 131. I övriga grupper (sjukvård och omsorg, mun- och tandvård, handikappomsorg, mentalhälsoarbete samt information och kundbetjäning) beräknades behovet av personal inte öka fram till år 2015. Totala antalet närvårdare år 2001 var 640 st. och behovet år 2015 uppskattades till 669 st. Det årliga utbildningsbehovet beräknades vara 37 personer. År 2005 togs 48 studerande in till

⁸ Regeringens proposition 2005/06:115

⁹ Hela kommunen för de äldres sak. Rapport 265. 2002.

¹⁰ Vård och omsorg om äldre, Socialstyrelsen 2005

¹¹ Utbildningsstyrelsen. Föreskrift 7/011/2001

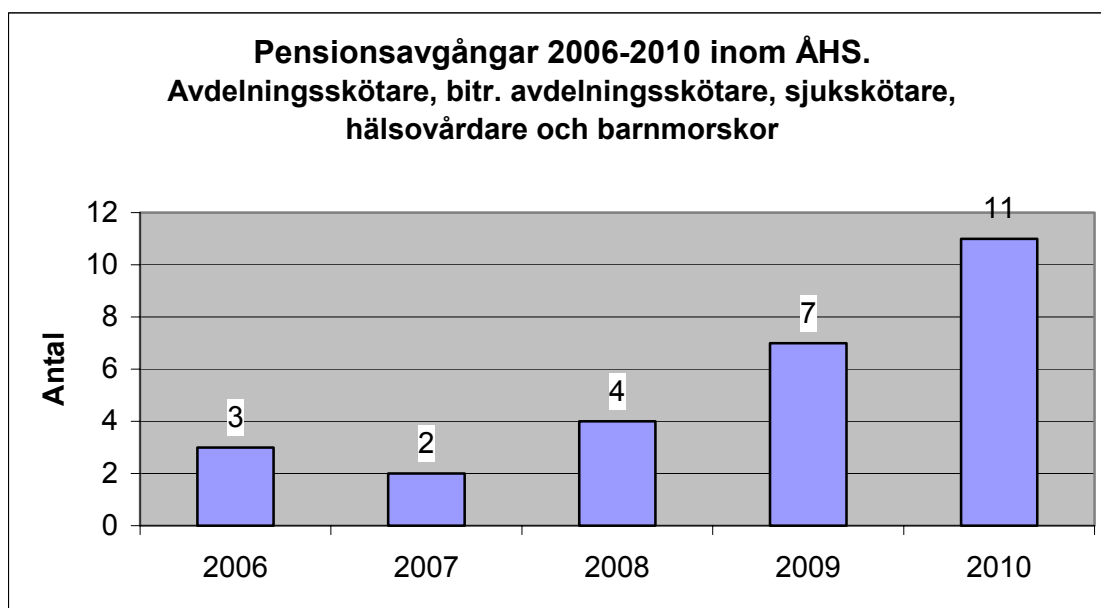
¹² Närvårdare på Åland – tillgång, efterfrågan och utbildningsbehov fram till 2015

närvårdarutbildningen vid Ålands vårdinstitut och lika många började studera till närvårdare år 2006.

Sjukskötare

Högskolan på Åland utbildar sjukskötare YH inom utbildningsprogrammet för vård, som omfattar 210 ECTS (140 studieveckor). De huvudsakliga målsättningarna för utbildningsprogrammet är att utbilda sjukskötare med kursstart var tredje termin med för närvarande 22 studerande i varje kurs och att utbildningsprogrammet skall svara mot arbetslivets behov av fortbildning inom specifika områden. I genomsnitt utexamineras årligen således 14-15 sjukskötare enligt dagens intagningskvot.

Enligt en enkät som gjordes inom ÅHS år 2000 skulle pensionsavgångarna när det gäller sjukskötare/hälsovårdare/barnmorskor för åren 2006-2010 vara ca 26-28. Pensionsavgångarna för närvårdargruppen (där ingår även barn-, tand-, och mentalskötare) beräknas under samma tidsperiod till 16-18. Från år 2005 är pensionssystemet flexibelt och pensionsåldern 63-68 år, samtidigt som antalet deltidspensionärer ökar, vilket gör att det är svårare att beräkna antalet pensionsavgångar per år. För närvarande finns det inom ÅHS 31 deltidspensionärer och 14 delinvalidpensionärer, något som ökar behovet av utbildad personal. Man kan anta att få inom vårddycket kommer att arbeta utöver sin individuella pensionstid.



I ÅSUB:s rapport 2006:2 om det framtida behovet av utbildning på Åland¹³ har man, utgående från 'basscenariot' som liknar den utveckling som vi bevittnat de senaste åren, bedömt att efterfrågan på arbetskraft inom vårdarbete med högst gymnasial utbildning kommer att avta, medan efterfrågan på vårdpersonal med högre utbildning kommer att öka något.

Vid öppna högskolan på Åland planeras en fortbildning för hälsovård och det sociala området, "Vård av den äldre människan", 60 studiepoäng med början hösten 2006. Utbildningen riktar sig till både sjukskötare och närvårdare samt övriga med intresse för vården och omsorgen av äldre. Studierna består av kurser som kan läsas fristående eller som ett studiepaket.

¹³ ÅSUB 2006. Det framtida behovet av utbildning på Åland.

Utbildningen syftar till att ge vårdpersonal fortbildning i och expertkunskaper för att verka i en yrkesfunktion med ansvar för den professionella vården av äldre. Målet är att skapa förutsättningar för en äldreomsorg som möter de framtida utmaningarna och vårdbehoven.

Ekonomiska förutsättningar för äldreomsorgen

Arbetsgruppens förslag:

- Övergångsregler för åren 2007-2009 innebär att kommunerna ersätter landskapet för vårdkostnader vid GÅ som motsvara den genomsnittliga kostnaden för vård vid TH och DGH utan förhöjning
- Nya regler för kostnadsfördelning mellan landskapet och kommunerna införs från år 2010
- Kommunerna svarar för kostnader för hemtjänst, för verksamheten vid kommunala serviceboenden samt för institutioner (TH, DGH och SB)
- Landskapet och ÅHS svarar för kostnader för hemsjukvård och för sjukhusvård inklusive vård vid GÅ
- Kommunerna ersätter landskapet för de faktiska kostnaderna för klinikfärdiga patienter vid GÅ
- Hemtjänsten och hemsjukvården behöver ökade ekonomiska och personella resurser
- Kostnaderna ökar initialt med anledning av ny lagstiftning om närståendevård och förebyggande hembesök

Nuvarande kostnadsansvar

Fördelningen av ansvaret för kostnaderna för primärvårdsplatser inom äldreomsorgen mellan landskapet och kommunerna regleras i 13 § landskapslagen om hälso- och sjukvård. Därav framgår följande:

Kommunerna är skyldiga att ersätta landskapet för de kostnader som landskapet förorsakas genom vården vid ÅHS:s primärvårdsplatser, förutom kostnaderna för den palliativa cancervården. Ersättningen skall erläggas som en fast avgift per vårddygn. Avgiftens storlek fastställs årligen på förhand som den genomsnittliga kostnaden för vård vid TH och DGH, med en förhöjning om 35 procent. Vid beräkningen av den genomsnittliga kostnaden används senast fastställda bokslut för nämnda inrättningar. Avgiften, till den del den inte täcks med avgifter och andra ersättningar som betalas av patienten, erläggs av patientens hemkommun.

I 1 mom angiven avgift skall respektive hemkommun även erlägga för de patienter som utan medicinska skäl är kvar inom specialistsjukvården längre än en vecka efter det att ÅHS har informerat kommunen om att patienten kommer att skrivas ut. Informationen skall lämnas skriftligen på en av landskapsregeringen fastställd blankett.

Kommunens ersättningsskyldighet enligt 1 och 2 mom. gäller endast för kostnader som utgör driftskostnader.

Nuvarande system innebär att en kommun betalar en dygnsavgift som motsvarande 135 % av den genomsnittliga kostnaden för vården vid TH och DGH per bäddplats för en långvårdspatient oavsett orsaken till sjukhusvistelsen. Avgiften uppbärs sålunda oavsett om patienten anses vara färdigbehandlad och därmed borde skrivas ut från GÅ för fortsatt vård och omsorg inom kommunen, eller om patientens vård vid GÅ är påkallad av medicinska skäl. Detta system upplevs av kommunerna som föråldrad och icke ändamålsenlig.

Avgiften per vårddygn vid GÅ, motsvarande den genomsnittliga kostnaden för vård vid TH och DGH med en förhöjning om 35 procent, uppgår för år 2006 till 169,14 euro. Den faktiska kostnaden per vårddygn inklusive administrativa kostnader uppgår till uppskattningsvis 230

euro. Avgiften erläggs av patientens hemkommun med avräkning för den avgift eller ersättning som patienten betalar.

Kostnader per vård dygn år 2005, brutto	
Omsorgshemmet Nygård, Föglö	95 €
Trobergshemmet, Mariehamn	143 €
De Gamlas Hem	144,38€
Gullåsen	196 € år 2003. Beräknad bruttokostnad 2006 ca 230 €.

Förslag till ny kostnadsfördelning

Fördelning av verksamhetsansvar

Arbetsgruppen anser att fördelningen av verksamhetsansvaret mellan ÅHS och kommunerna huvudsakligen kan beskrivas så att kommunerna ansvarar för grundservicen för de äldres boende i eget hem samt boende i servicehus respektive på institution, medan ÅHS ansvarar för sjukvårdsinsatser oavsett boendeform samt för sjukhusvård. Härav följer att ÅHS och den aktuella kommunen har ett gemensamt ansvar för åtgärder och insatser hos den äldre människan i dennes eget hem.

Eftersom de människor som bor i serviceboende eller på institution blir allt äldre och får delvis en annan sjukdomsbild, ankommer det i praktiken på kommunerna att i viss utsträckning även bedriva sjukvård.

Fördelning av kostnadsansvar

Enligt arbetsgruppen bör kostnaderna för äldreomsorgen fördelas med utgångspunkt i fördelningen av verksamhetsansvaret mellan de båda huvudmännen. Detta medför att *kommunernas kostnadsansvar* omfattar:

- hemtjänst i eget hem,
- serviceboende och
- boende på kommunalt åldringshem (TH, DGH och SB)

Samtidigt som antalet äldre människor ökar i andel av befolkningen och reellt antal personer, kommer även kommunernas kostnader för hemtjänst och närståendevård att öka. Dessutom kommer en uppgradering av kommunernas åldringshem samt i vissa fall även serviceboendet att generera ökade kostnader.

Arbetsgruppen har ovan (avsnittet om GÅ) föreslagit att läkarna vid GÅ skall svara för läkarinsatserna vid kommunernas serviceboenden och institutioner. Ett sådant åtagande förutsätter enligt arbetsgruppen att en tredje läkartjänst inrättas vid GÅ. ÅHS:s kostnader för denna läkartjänst skall enligt arbetsgruppen bestridas av avgifter och ersättning som GÅ uppstår från kommunerna för läkarinsatserna.

Landskapets och ÅHS:s kostnadsansvar skulle enligt ovan nämnda gränsdragning omfatta:

- kostnaderna för sjukvårdsinsatser oavsett boendeform och
- sjukhusvård

ÅHS övertar hela kostnadsansvaret för vården vid GÅ, med undantag för klinikfärdiga (färdigbehandlade) patienter som enligt sakkunnig bedömning bör överflyttas till antingen kommunalt serviceboende eller åldringshem. Om en kommun inte kan ta emot en patient vid utskrivning, åligger det kommunen att ersätta ÅHS för de faktiska kostnaderna för den fortsatta vistelsen vid GÅ, i dag motsvarande cirka 230 euro per vård dygn. Utgående från dagens verksamhet motsvarar ett övertagande av kostnadsansvaret av GÅ för landskapet ca 4 miljoner euro årligen.

Övergångsregler

En övergång till ett system enligt vilket kostnadsansvaret huvudsakligen följer verksamhetsansvaret förutsätter en viss övergångstid. Kommunerna behöver tid för att "upprusta" åldringshemmen, samtidigt som landskapet och ÅHS måste omstrukturera verksamheten vid GÅ samt vidta eventuella åtgärder för justering av transfereringarna mellan landskapet och kommunerna i övrigt. Arbetsgruppen föreslår en övergångstid om tre år, dvs under åren 2007-2009. Under denna övergångstid skall kommunerna fortsättningsvis ersätta landskapet för kostnaderna för patienter som vårdas vid GÅ, undantagna palliativa patienter, dock så att ersättningen skall motsvara den genomsnittliga kostnaden för vård vid TBH och DGH utan förhöjning. Eftersom beräkningen av en genomsnittlig kostnad för vården vid TBH och DGH bygger på uppgifter från tidigare bokslut, framstår en kompensation för en kostnadsökning som skälig.

Kostnader för närståendevård

Arbetsgruppen föreslår att en ny lagstiftning om närståendevård stiftas enligt närmare uppgifter i avsnittet övriga frågor. Den nya lagen bör på lång sikt inte medföra ökade kostnader för kommunerna.

Övriga frågor

Arbetsgruppens förslag:

- En landskapsomfattande socialjour inkluderande äldreomsorg måste utredas under år 2006, så att verksamheten kan starta 1.1.2007
- Ändringar inom lagstiftningen om hemkommun bevakas

Socialjour

Akuta situationer inom äldreomsorgen hanteras normalt inom ramen för hemtjänst eller hemsjukvården. Även akut hälso- och sjukvård kan komma i fråga. Äldre människors eller deras närståendes behov av åtgärder som inte faller inom nämnd verksamhet, riskerar att inte erhålla akut service från samhället.

Kommunerna bör, i enlighet med landskapsregeringens målsättningar i socialvårdsplanen för landskapet, under år 2006 utreda förutsättningarna för en socialjourverksamhet som omfattar hela landskapet. I utredningen bör även eventuella behov inom äldreomsorgen beaktas. Utredningen bör genomföras så att en socialjour kan fungera 1.1.2007.

Förändrat innehåll i begreppet hemkommun

En arbetsgrupp inom inrikesministeriet har utarbetat ett betänkande angående begreppet hemkommun inom äldreomsorgen. Enligt arbetsgruppens förslag skulle den person som får vård eller omsorg på en institution, i en servicebostad eller familjevård få rätt att byta hemkommun. Motivet till förslaget är att nuvarande regler som innebär att en persons inskrivning och flyttning till en institution e.dyl. inte föranleder byte av hemkommun, inte är förenlig med grundlagens bestämmelser om rörelsefrihet. Förslaget till ändring av reglerna om hemkommun förutsätter enligt arbetsgruppen samtidigt att ett system som löser kostnadsfördelningen mellan kommunerna som berörs av flyttningen samt vissa justeringar i lagstiftningen om social- och hälsovården.

Landskapsregeringen måste följa ministeriets fortsatta arbete med ändring av reglerna om hemkommun, och att bevaka vilka eventuella konsekvenser detta kan få för ÅHS och kommunerna.

Äldre personer med utvecklingsstörning

I dag finns inget särskilt gruppboende för äldre personer med utvecklingsstörning, men det ingår i omsorgsförbundets målsättning att ett sådant utreds och planeras under år 2006 och förverkligas under år 2007. En del äldre personer med utvecklingsstörning vårdas i dag i hemkommunens serviceboende, något som ibland fungerar bra men inte alltid är den mest lyckade lösningen. Den 31.12.2004 bodde 7 personer i åldersgruppen 50-54 år, 4 personer i åldersgruppen 55-59 år och 1 person i åldersgruppen 65-69 år i specialomsorgens grupp- och lägenhetsboende.

Ålands Omsorgsförbund har utarbetat en policy vid givande av service till äldre personer med utvecklingsstörning, av vilken framgår att äldre personer med utvecklingsstörning inte är homogen grupp och att individuella lösningar behövs, utgående från den enskildes behov.

Gruppboenden där den äldre människan bor är att betrakta som personens hem. Där skall personalen tillhandahålla den service som den äldre behöver. Även hemsjukvården besöker den äldre vid behov. Om personen är i behov av mycket medicinsk omvårdnad är gruppboenden inte längre lämplig. Detta är jämförbart med övriga äldre i samhället.

När personen börjar åldras och inte längre orkar med att vara hela dagar på daglig verksamhet skall individuella lösningar göras, så som kortare dagar för att så småningom helt upphöra med daglig verksamhet. Alternativ till gruppboenden kan vara hemkommunens serviceboende. Detta kan även gälla för personer som bor inom lägenhetsservicen. Ett gott samarbete med förbundets medlemskommuner är en förutsättning för att det skall kunna förverkligas.

Skapande av ett gruppboende (servicehus) för äldre talar emot det ovan sagda men kan för vissa personer vara den bästa lösningen då inga andra alternativ finns. Ideologin om integrering och normalisering kan och får inte medföra att vissa äldre personer med utvecklingsstörning tillhandahålls en dålig åldersvård. Kunskap om åldrandet och utvecklingsstörning är därför viktig. Den biologiska åldern är inte avgörande för insatsernas omfattning, utan i stället personens uppvisade ålderssymtom.

Äldre personer med missbruksproblem

Sedan Andreashemmet upphörde med sin verksamhet finns inte något omsorgshem för missbrukare på Åland. Även äldre personer med missbrukarproblem vårdades på Andreashemmet. I dag finns endast speciella bostäder till missbrukares förfogande. Missbrukarvården övervakar dessa bostäder, men något kontinuerligt tillsyn förekommer inte. Äldre missbrukare kan i många fall integreras i den normala äldreomsorgen, men i en del fall finns problematik som har med missbruket att göra. Dessa fall är synnerligen svårplacerade och hamnar ofta på "fel" vårdnivå. Inrättande av speciella gruppboenden för äldre missbrukare vore därför angeläget. Dyliga gruppboenden kunde ske i samarbete med flera kommuner och missbrukarvården.

Psykisk ohälsa hos äldre

Psykisk ohälsa är vanligt hos äldre. Bl.a. depression, ångestsyndrom eller olika former av psykotiska tillstånd förekommer i Sverige hos ca 15 % av dem som uppnått 75 års ålder. Depression är den enskilt oftast förekommande psykiatriska diagnosen. Somatiska sjukdomar och demens ökar risken för depression liksom också stressande livshändelser. Förluster av olika slag, ett svagt socialt nätverk, sömnstörningar, funktionshinder och tidigare depression är vanligt förekommande riskfaktorer. Kvinnor rapporterar psykiska besvär i högre grad än män. Ungefär var fjärde äldre beräknas behöva någon form av vård för sina psykiska problem. I många fall är den psykiska ohälsan ett problem bland flera kroppsliga sjukdomar och riskerar att inte uppmärksammas. Äldres symptombilder skiljer sig från yngres och det behövs särskild kunskap för att uppmärksamma äldres problem så att behandlingsbara tillstånd med positiv prognos särskiljs från demensutveckling.

Det behövs allmänt en utökad kunskap om äldres psykiska ohälsa inom vården och omsorgen. Ansvar för kompetensutvecklingen inom ÅHS i detta avseende ligger hos den psykiatriska specialiteten. Psykiatrin borde dels tilldelas dels avdela resurser för en ökad öppen mottagnings- verksamhet för med inriktning på äldres psykiska ohälsa, inkluderande konsultationer och handledning till ÅHS övriga enheter.

Vården av ”problemåldringar”, som på grund av sin demens är störande, aggressiva och tenderar att avvika kräver kan i regel vårdas på Gullåsen. Däremot kräver de som har en frontallobsdemens, vars mest framträdande symptom det s.k. ropandet som inte kan lindras med medicinering, en särskild enhet. Detta bör beaktas vid den kommande nybyggnationen och vid fördelning av personalresurser.

Vid Stiftelsen Hemmet i Lemland finns 8 platser för vård och omsorg om personer som är psykiskt och socialt utslagna. Verksamheten riktar sig till personer som fyllt 16 år, och även om merparten av klienterna är medelålders ges vård och omsorg även till äldre personer.

Statistik över äldreomsorgen

Andel som bor hemma av åldrarna 75 år och över i Finland, %		
2000	2003	2004
89,8	89,7	89,7

Anstaltsvård och boendeservice i Finland 2004	
Åldringshem	
% av 65 år och över	2,3
% av 75 år och över	4,5
Hälsovårdscentraler, bäddavdelning	
% av 65 år och över	1,3
% av 75 år och över	2,5
Serviceboende för äldre	
% av 65 år och över	3,0

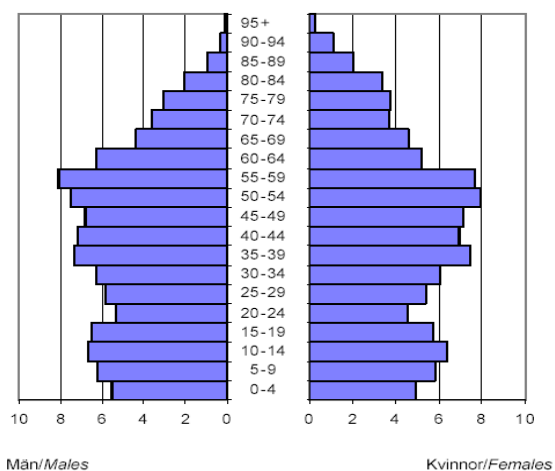
Hemservice i Finland 2004	
Åldringshushåll som fått hemvårdshjälp under året. (hemservice och hemsjukvård)	81 212
% av 65 år och över	9,8
65 år och äldre stödserviceklienter/år (bl.a. måltidsservice, städservice, trygghetslarm, färdtjänst)	108 263
% av 65 år och över	13,0
65 år och äldre klienter som får stöd för närståendevård	18 645
% av 65 år och över	2,2

Service för äldre i Norden 2003					
Klienter, % av 65 år och över	Finland	Sverige	Norge	Danmark	Island
Anstaltsvård och boendeservice	6,8	7,8	11,9	8,2	8,9
Hemservice	10,3	8,3	14,6	21,6	21,0

Källa: Stakes 2006. Nososko.

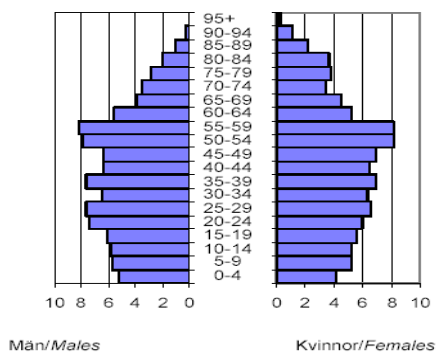
Bilaga 1

Befolkning efter kön och ålder 31.12.2004, %
Population by sex and age 31.12.2004, %

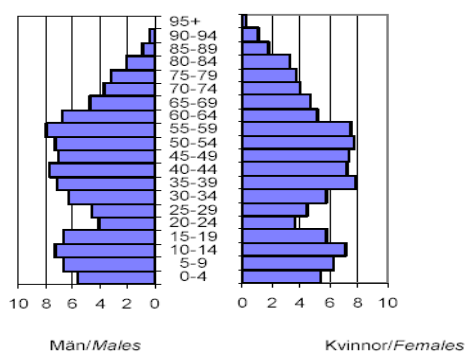


Befolkning efter kön och ålder 31.12.2004, %
Population by sex and age 31.12.2004, %

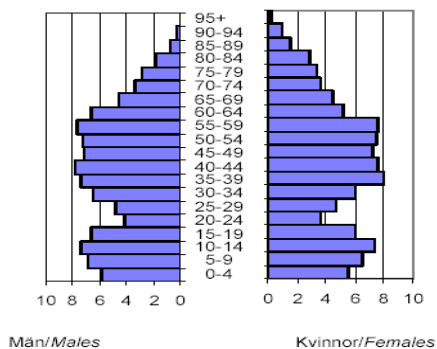
Mariehamn



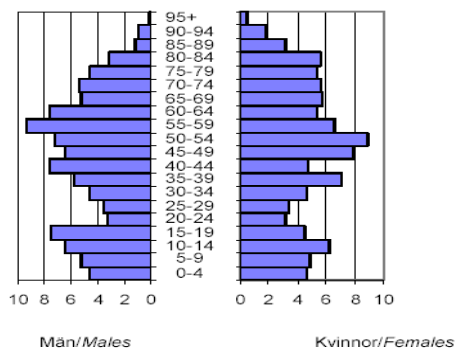
Landskommunerna



Landsbygden



Skärgården



2.28. Befolkningsprognos enligt ålder 2005-2040

Population projection by age 2005-2040

Ålder/Age	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Inklusive flyttningsrörelsen/Including migration :								
Antal								
0-14	4 621	4 380	4 241	4 178	4 168	4 149	4 098	4 012
15-64	17 413	17 621	17 279	16 909	16 632	16 270	15 898	15 732
65-	4 474	4 910	5 767	6 602	7 253	7 859	8 336	8 490
Totalt	26 508	26 911	27 287	27 689	28 053	28 278	28 332	28 234
Procent/Per cent								
0-14	17,4	16,3	15,5	15,1	14,9	14,7	14,5	14,2
15-64	65,7	65,5	63,3	61,1	59,3	57,5	56,1	55,7
65-	16,9	18,2	21,1	23,8	25,9	27,8	29,4	30,1
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Exklusive flyttningsrörelsen/Excluding migration :								
Antal								
0-14	4 537	4 090	3 840	3 835	3 938	3 977	3 822	3 558
15-64	17 336	17 270	16 652	15 931	15 305	14 682	14 173	13 953
65-	4 430	4 807	5 573	6 283	6 784	7 156	7 376	7 256
Totalt	26 303	26 167	26 065	26 049	26 027	25 815	25 371	24 767
Procent/Per cent								
0-14	17,2	15,6	14,7	14,7	15,1	15,4	15,1	14,4
15-64	65,9	66,0	63,9	61,2	58,8	56,9	55,9	56,3
65-	16,8	18,4	21,4	24,1	26,1	27,7	29,1	29,3
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Källa/Source : Statistikcentralen/Statistics Finland

2.29. Befolkningsprognos enligt kommun 2005-2040

Population projection by municipality 2005-2040

Kommun	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Brändö	505	484	465	452	445	434	420	400
Eckerö	888	870	858	856	855	848	832	810
Finström	2 365	2 347	2 341	2 352	2 365	2 357	2 322	2 270
Föglö	598	577	562	553	544	535	526	512
Geta	453	439	427	423	420	410	399	391
Hammarland	1 364	1 357	1 354	1 356	1 355	1 341	1 315	1 281
Jomala	3 455	3 466	3 479	3 509	3 539	3 534	3 483	3 400
Kumlinge	379	361	346	334	322	310	296	283
Kökar	287	273	262	255	251	246	238	229
Lemland	1 669	1 674	1 683	1 701	1 720	1 727	1 714	1 677
Lumparland	383	381	375	372	369	367	354	342
Saltvik	1 735	1 706	1 680	1 662	1 657	1 642	1 610	1 558
Sottunga	131	122	116	113	114	113	109	107
Sund	1 036	1 021	1 006	997	995	982	958	929
Vårdö	410	396	384	374	365	355	343	328
Mariehamn	10 645	10 693	10 727	10 740	10 711	10 614	10 452	10 250
Landskomm.	15 658	15 474	15 338	15 309	15 316	15 201	14 919	14 517
-Landsbygden	13 348	13 261	13 203	13 228	13 275	13 208	12 987	12 658
-Skärgården	2 310	2 213	2 135	2 081	2 041	1 993	1 932	1 859
Åland	26 303	26 167	26 065	26 049	26 027	25 815	25 371	24 767

Fotnot/Note : Beräkningen innefattar inte flyttningsrörelse/Migration not included

Källa/Source : Statistikcentralen/Statistics Finland

Begrepp som används inom äldre vården på Åland

ADL: Aktiviteter i det Dagliga Livet, används för att bedöma en persons funktionsförmåga och behov av hjälp med olika aktiviteter.
Bostadsbidrag för pensionstagare: Kan sökas av den som har låga inkomster, som har fyllt 65 år eller uppstår pension före 65 års ålder och är fast bosatt i Finland. Söks via FPA.
Dagvård: Verksamhet för äldre som bor kvar i hemmet och är i behov av träning, samvaro eller andra aktiviteter. För personer som är i behov av fysisk träning och stimulans samt för personer med demens.
Demens: Ett samlingsnamn för olika symtom förorsakade av förändringar i hjärnan. Förutom minnesstörning innebär det även försämring av andra kognitiva förmågor såsom tänkande, förståelse, språk, uppfattning, orientering, insikt, omdöme och planeringsförmåga. Vanligast är Alzheimers sjukd., vaskulär demens samt Lewy-body demens.
Färdtjänst: Kommunen ordnar färdtjänst för handikappade personer om personen inte p.g.a. sitt handikapp kan använda offentliga kollektivtrafikmedel. Fås för arbete, studier, utträttande av ärenden samt deltagande i samhällslig verksamhet och rekreation. Transporten sköts i huvudsak med taxi, men det finns även andra former av gruppransport.
Förebyggande hembesök: Görs av anställd inom social- och eller hälsovården i den äldres hem i syfte att informera om tillgänglig service, bedöma funktionsförmåga, boendeförhållanden och servicebehov hos den äldre. Görs på Åland till 75 år och äldre som inte får regelbunden hemvård.
Geriatrisk: Läran om åldrandets sjukdomar.
Gerontologi: Läran om åldrandet.
Gruppboende el. grupphem: En gemensam bostad för äldre personer som har behov av en hög omsorgsnivå.
Hembesök av läkare: Besök av läkare i patientens hem, i första hand primärvårdens läkare men kan även göras av specialistsjukvårdens läkare.
Hemsjukvård: Sjukvård i eget hem under hälsocentralens regelbundna övervakning. I Sverige definieras hemsjukvård som: Hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden
Hemtjänst: Hjälp i personlig omvårdnad och vardagliga sysslor: matlagning, städning, personlig hygien samt främjande av sociala kontakter. I riket motsvaras det av hemservice. I Sverige innebär hemtjänst: Bistånd i form av service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad eller motsvarande.
Hemvård: Hemtjänst och hemsjukvård I riket innebär hemvård: Hemservice (ibl. hemtjänst) och hemsjukvård I Sverige innebär hemvård: Vård och omsorg när den ges i den enskildes bostad eller motsvarande. Hemsjukvård, hemtjänst, dagverksamhet och korttidsplats.
Hushållsavdrag: Avdrag i beskattningen för arbete som utförs i en bostad som gäller den skattskyldige eller den skattskyldiges makes eller makas föräldrar eller far- och morföräldrar.

<p>Institutionsvård inom hälsovården: Vård på primärvårdens bäddavdelning (Gullåsen) Vård inom allmänmedicinskt specialområde, somatisk specialistsjukvård, psykiatrisk specialistsjukvård I riket avses med anstaltsvård inom hälsovården vård på hälsocentralens bäddavdelning eller vård inom allmänmedicinskt specialområde, somatisk specialistsjukvård eller psykiatrisk specialistsjukvård.</p>
<p>Institutionsvård inom socialvården (Åldringshem): Anstaltsvård för äldre som socialförvaltningen tillhandahåller. I Sverige innefattas åldringshem i begreppet särskilt boende.</p>
<p>Kvarboendeprincipen: Möjlighet att bo kvar i eget hem och få vård där. Omfattar även serviceboende och åldringshem.</p>
<p>Minnesmottagning: Personal med specialutbildning gör utredningar, informerar och behandlar personer med minnesproblem</p>
<p>Nattvård: Är framför allt en form av stöd till anhöriga. Används för avlösning av anhöriga så man inte kan vara ensam nattetid.</p>
<p>Närståendevård: Vård och omsorg som utförs av närstående. Även andra personer än anhöriga kan fungera som närstående. I Sverige innebär anhörigomsorg: Vård och omsorg som utförs av närstående. Obs. att termen anhörig och närstående inte används konsekvent i lagtexterna.</p>
<p>Omvårdnad: Insatser som görs inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen för en person som p.g.a. sitt hälsotillstånd inte själv klarar av att planera och/eller genomföra handlingar som behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov.</p>
<p>Omsorg: Stöd och hjälp åt människor med praktiska sysslor som de inte kan klara själva, i syfte att förbättra deras livssituation.</p>
<p>Palliativ vård: Aktiv helhetsvård för patienter med obotlig, symtomgivande sjukdom med begränsad förväntad överlevnad. Huvuduppgiften är att lindra smärta och ge stöd på psykologiskt, socialt och existentiellt plan.</p>
<p>Personal inom vård och omsorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hälsovårdare eller sjukskötare ansvarar för hälso- och sjukvården inom äldreomsorgen. • Socionom kan arbeta som föreståndare eller ledare inom omsorg. • Närvårdare har 3-årig utbildning inom social- och hälsovårdsbranschen på gymnasial nivå. Arbetar både inom vård och omsorg • Primärskötare eller motsvarande har vårdutbildning på skolnivå. Arbetar både inom vård och omsorg. • Hemvårdare har utbildning på skolnivå. Arbetar inom omsorg.
<p>Prevention/förebyggande hälso- och sjukvård: Åtgärder som syftar till att bevara god hälsa och förhindra att sjukdomar uppkommer.</p>
<p>Primärvårdsansluten hemsjukvård: Hemsjukvård som utgår från primärvården.</p>
<p>RAVA-index: En mätare på äldre personers handlingsförmåga och behov av hjälp. Hjälpbehovet utvärderas bl.a. genom frågor om motorik, påklädning, ätande, hygien och minne.</p>
<p>Rehabilitering: Planerade åtgärder för att vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter skada/sjukdom allsidigt främja att den enskilde återvinner bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande.</p>

<p>Serviceboende: Inbegriper alltid såväl boende som med boende fast anknutna tjänster, ex. hemvårdshjälp, hygienstjänst m.m. Indelas i vanligt serviceboende, där personal inte finns dygnet runt, samt effektiverat serviceboende med heldygnsvård. Är av Folkpensionsanstalten klassificerade som öppenvårdstjänster.</p> <p>I Sverige innebär särskilt boende: Individuellt behovsprövat boende som ges med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, t.ex. serviceboende, servicehus, gruppboende, sjukhem, ålderdomshem. Motsatsen till särskilt boende är ordinärt boende.</p>
<p>Service-/vårdplan: En plan som gjorts över genomförandet av en service-/vårdprocess eller en del av den. Utarbetas tillsammans med klienten och grundar sig på servicebehov och tillgängliga resurser.</p>
<p>Sjukhusansluten hemsjukvård: Sjukvård i hemmet som utgår från specialistsjukvården</p>
<p>Stödtjänster: Bidrar till att äldre klarar sig att bo kvar längre i sina hem. Beviljas enligt behovsprövning. Ex. Måltidsservice, städservice, trygghetslarm, färdtjänst.</p>
<p>Stöd för närståendevård: Ersättning för vård och tjänster som beviljas för att trygga den vård och omsorg som sker hemma hos en äldre, handikappad eller sjuk person. Kommunen och närståendevårdaren sluter ett avtal om stödet. Stödet ser olika ut i olika kommuner.</p>
<p>Terminalvård: Har samma betydelse som vård i livets slutskede, men avser vården som ges den sista tiden före livets slut.</p>
<p>Trygghetstelefon: Genom att trycka på en alarmknapp (runt handleden eller halsen) kopplas man automatiskt till alarmcentralen, där man har uppgifter om var personen bor, speciella sjukdomar mm. Det är möjligt att kommunicera utan att abonnenten behöver vara i närheten av telefonen.</p>
<p>Underbehandling i livets slutskede innebär att en del av patientens smärta och lidande försummas.</p>
<p>Vårdbidrag för pensionstagare: Utbetalas av FPA till sjuka och handikappade pensionstagare som bor hemma och behöver särskild vård och service eller har särskilda kostnader till följd av sjukdom eller handikapp. Inkomst och förmögenhet påverkar inte vårdbidraget, som är skattefritt inkomst.</p>
<p>Vård i livets slutskede: Aktiv vård av en patient som närmar sig döden, samt stöd för patientens anhöriga. Det innebär vård och omsorg i sjukdomens sista fas och under dödsprocessen.</p>
<p>Vårdtyngdsklassificering: Innebär en mätning av patientens individuella vårdbehov samt de vårdhandlingar som vårdpersonalen utfört för att tillfredsställa och tillgodose dessa behov under en bestämd tidsperiod.</p> <p>Sverige: Omvårdnadsklassificering är en metod för att gruppera patienter efter tillgodosett direktomvårdningsbehov, t.ex. lätt, medel, tungt och intensivt omvårdningsbehov. Till grupperingen kopplas en mätning av den tid som åtgår för att tillgodose omvårdningsbehovet.</p>
<p>Vård- och serviceplan: Ett ömsesidigt omsorgsavtal som uppgörs på basen av ansökan om äldreomsorg. Tar i beaktande sökandens egna resurser, individuella behov av omsorg och egna önskemål. Sökanden har rätt att aktivt medverka i utformandet av vård- och serviceplanen.</p>
<p>Värdegrund: Människosyn och värden som kommer till uttryck i bl.a. bemötandet och omvårdnadshandlingarna.</p>
<p>Växelvård: Innebär att tillfälligt vistas på serviceboende/åldringshem under t.ex. en vecka. Vistelsen återkommer regelbundet enligt överenskommelse. Främst en möjlighet för närståendevårdare att få avlösning.</p>
<p>Åldringshem: Anstaltsvård för äldre som socialförvaltningen tillhandahåller</p>
<p>I Sverige innefattas åldringshem i begreppet särskilt boende</p>
<p>Äldreomsorg: Insatser för äldre människor, både individuellt behovsprövade och allmänt inriktade. Serviceboende, hemtjänst och dagverksamhet är exempel på individuellt behovsprövade insatser.</p>

Äldrepolitik: Samhällspolitik som beaktar den åldrande befolkningens ställning och behov. Målsättningen är att trygga ett gott välbefinnande och hög livskvalitet för de äldre.

Äldre äldre: 80 år och äldre

Yngre äldre: 65-79 år

Överbehandling (i livets slutskede) innebär att man vidtar åtgärder som förlänger patientens lidande men som endast marginellt påverkar livslängden. Överbehandling höjer inte patientens livskvalitet.

Källor och litteratur

Dahlén, Emma, 2002. *Närvårdare på Åland – tillgång, efterfrågan och utbildningsbehov fram till 2015*. Ålands landskapsstyrelse, yrkesutbildningsbyrån.

ETENE, 2003. *Vård i livets slutskede* – Promemoria utgiven av riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE). Helsingfors.

Hoffman, Dieter, 2003. *En gemensam VÄRDEGRUND – nyckeln till en bra äldreomsorg*. Fortbildningsförlaget. Solna.

Holmqvist, Britta, 2004. *Utmaningar inom äldreomsorgen i Åboland*. Välfärdsprojektet i Åboland, handlingsplan 2004.

Mariehamns stad, 2000. *Trobergshemmet, Mariehamns stads hem för gamla*. Broschyr.

Mariehamns stad, 2002. *Äldreomsorgsprogram 2002*.

Socialdepartementet, 2003. *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga*. Ds 2003:47. Regeringskansliet. Stockholm.

Socialdepartementet, 2005. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*. Regeringens proposition 2006/6:115. Stockholm.

Social- och hälsovårdsministeriet, 2001. *Kvalitetsrekommendationer och vård och tjänster för äldre*. Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2001:5. Helsingfors.

Social- och hälsovårdsministeriet, 2004. *Mål och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2004-2007*. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2003:21. Helsingfors.

Social- och hälsovårdsministeriet, 2004. *Försök med omorganisering av tjänster för äldre – hemvård som ett kärnområde*. Kommuninfo 14/2004. Helsingfors.

Social- och hälsovårdsministeriet, 2005. *Lagstadgade tjänster inom social- och hälsovården*. Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer 2005:7. Helsingfors.

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

Social- och hälsovårdsministeriet, 2006. *Social och hälsovårdsberättelse 2006*. Helsingfors.

Socialstyrelsen, 2005. *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm.

Socialstyrelsen, 2006. *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2005*. Stockholm.

Stakes, 2003. *Äldreomsorgen 2002*. Socialskydd 2003:1 Helsingfors.

Stakes, 2006. *Fakta om social- och hälsovården i Finland 2006*. Helsingfors.

Statens offentliga utredningar, 2004. *Sammanhållen hemvård*. Slutbetänkande av Äldrevårdsutredningen. SOU 2004:68 Stockholm.

Statsrådets kansli, 2004. *Ett gott samhälle för människor i alla åldrar. Statsrådets framtidsredogörelse om befolkningsutvecklingen, befolkningspolitiken och förberedelserna inför förändringarna i åldersstrukturen*. Statsrådets kanslis publikationsserie 28/2004. Helsingfors.

Sveriges Kommuner och Landsting, 2005. *Aktuellt om äldreomsorgen 2005*. Stockholm.

Sveriges Kommuner och Landsting, 2005. *Ett gemensamt ansvar. Strategier för utveckling av framtidens äldrevård*. Stockholm.

Sveriges Kommuner och Landsting, 2006. *Ett aktivt liv som senior*. Stockholm.

Vaaramaa, M., Luomahaara, J., Peiponen, A., Voutilainen, P., 2002. *Hela kommunen för de äldres sak. Perspektiv på utveckling av de äldres självständiga livsföring samt av vård och tjänster*. Rapport 265, Stakes. Helsingfors.

World Health Organization. 1998. *Health 21 – health for all in the 21st century*. An introduction.

Voutilainen, P., Vaaramaa, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H. (red.), 2002. *God vård och omsorg för äldre. Handbok i kvalitet*. Handbok 53. Stakes. Helsingfors.

Ålands hälso- och sjukvård, 2005. *Förebyggande hembesök till äldre inom ÅHS*. PM.

Ålands landskapsregering, 2005. *Äldrevården på Åland*. Åländsk utredningsserie 2005:4.

Ålands vårdinstitut, 2002. *Utbildningsprogrammet äldreomsorg*. Läroplan.

ÅSUB, 2005. *Statistisk årsbok för Åland*. Mariehamn.

ÅSUB, 2006. *Det framtida behovet av utbildning på Åland*. ÅSUB Rapport 2006:2. Mariehamn.