

Förverkligandet av ett demenscenter i Mariehamn

KOMMITTÉRAPPORT 06.10.2021



MARIEHAMNS
STAD



1. Innehåll

1	Sammanfattning och förslag till beslut.....	3
2	Kommitténs uppdrag och sammansättning.....	4
3	Platsbehov	5
3.1	Läget idag inom äldreomsorgen i Mariehamn	5
3.2	Statistik och prognoser.....	5
3.3	ÅHS.....	5
3.4	Mariehamns förvaltning.....	5
3.5	Behovsbeskrivning.....	6
3.6	Förslaget	7
4	Demenscentrets funktioner	8
4.1	Boendeplatser.....	8
4.2	Utemiljö.....	8
4.3	Avlastning och korttidsboende.....	8
4.4	Dagverksamhet	8
4.5	Hemservicepersonal.....	8
4.6	Dagverksamhet	8
4.7	Matsal.....	9
4.8	Kök.....	9
4.9	Övriga möjligheter	9
5	Demenscentrets lokalisering och utformning.....	10
5.1	Tomtalternativ	10
5.2	En demensby i mindre skala.....	10
5.3	Inre och yttre miljöer	11
5.4	Skisser.....	11
5.5	Kommitténs val av tomter	14
6	Demenscentrets byggkostnader.....	15
6.1	Kostnader Mariepark	15
6.2	Kostnader Apalängen.....	15
7	Mariehamns äldreomsorg och ett nytt demenscenter	16
7.1	Omstruktureringen av äldreomsorgen.....	16
7.2	Demenscentrets betydelse för äldreomsorgen.....	16
7.3	De demenssjukas hälso- och sjukvård	17
7.4	Framtida prognoser och behov.....	17
8	Avgränsningar	18

8.1	Stadens äldreomsorg	18
8.2	Hälso- och sjukvård inom äldreomsorgen.....	18
8.3	Kommunernas socialtjänst och demenssjuka under 65 år.....	19
8.4	Kunskap, utbildning och förebyggande arbete	19
9	Förverkligande	20
9.1	Marstad AB	20
9.2	I stadens regi.....	20
9.3	Andra alternativ.....	20
10	Verksamhet och drift.....	21
10.1	Demenscentret	21
10.2	Troberghemmet (TBH) och Odalgården (Odal)	21
10.3	Driftskostnadskalkylerna.....	21
10.4	Demenscentrets driftskostnader.....	22
10.5	Äldreomsorgens resultat kalkyl	23
11	Samarbeten.....	24
11.1	Landskapet.....	24
11.2	KST.....	24
11.3	Andra kommuner.....	24
11.4	Folkhälsan.....	25
11.5	Andra privata aktörer	25
12	Noter.....	26
12.1	Höranden	26
12.2	Studiebesök	26
12.3	Dokument och referenser.....	26

1 Sammanfattning och förslag till beslut

Den av stadsstyrelsen i oktober 2020 tillsatta kommittén har efter en förlängning av mandatperioden avslutat sitt arbete den 6 oktober 2021. Kommittén har arbetat med utgångspunkt från den tidigare kommittérapporten "Kartläggning och åtgärdsplan för demensvården" publicerad 20.12.2019. Rapporten presenterade en kraftfull åtgärdsplan i 35 punkter som i många delar fortfarande är aktuella att ta i beaktande.

Efter att ha hållit 17 kommittémöten och 11 höranden har denna slutrapport utarbetats.

Kommittén har tagit fram en plan för förverkligandet av ett demenscenter i Mariehamn. Följande punkter har slagits fast under arbetets gång och resulterat i motsvarande beslutsförslag.

- Ett demenscenter är mycket mer än ett boende. Det bör finnas utrymme för ett flertal stödande verksamheter riktat till både de boende och till de som bor på annan plats.
Kommittén föreslår att ett demenscenter byggs för att erbjuda boendeplatser samt följande stödfunktioner:
 - Utrymmen för dagverksamhet riktat till boende och andra
 - Utrymmen för hemvårdspersonal med inriktning på demenssjuka
 - Utrymmen som kan hyras ut till tredje sektorn med inriktning på demensvård
 - Gemensamt storkök och tillhörande matsal
 - Utrymmen för avlastning för klienter och närståendevårdare
 - Personalutrymmen
- Behovet av boendeplatser i Mariehamn för demenssjuka konstateras för närvarande vara minst 60 platser. Inom en period av 10 till 15 år kommer behovet snarare vara runt 100 platser.
Kommittén föreslår att ett nybyggt demenscenter ska kunna erbjuda boende för 60 klienter.
- Ett demenscenter i Mariehamn enligt kommitténs förslag kräver relativt stor tomt. Kommittén har arbetat med två alternativa tomter, Marieparksområdet och Apalängen.
Kommittén föreslår att det nya demenscentret byggs på Marieparksområdet eller Apalängen.
- Förverkligandet av ett demenscenter kan ske i stadens egen regi eller genom att låta ett bostadsbolag bygga, förvalta och hyra ut.
Kommittén föreslår att demenscentret byggs av Mariehamns helägda fastighetsbolag Marstad Ab.

Kommittén för Förverkligandet av ett demenscenter i Mariehamn:

Jonny Andersen
Ordförande

Barbro Sundback
Vice ordförande

Conny Nylund

Roger Jansson

Anne Lindholm

2 Kommitténs uppdrag och sammansättning

Den så kallade Lindemankommittén utarbetade under 2019 en rapport, "Kartläggning och åtgärdsplan för demensvården" publicerad 20.12.2019.

Under 2020 behandlar socialnämnden rapporten under ett flertal tillfällen. 26.08.2020 beslutar socialnämnden att ge stadsstyrelsen färdkostnaden för en planeringskommitté tillsätts med det något kryptiska uppdraget att fortsätta utreda förutsättningarna för att planera fler boendeplatser för demensvård.

Stadsstyrelsen tar 22.10.2020 beslutet:

Stadsstyrelsen tillsätter en kommitté för att ta fram en plan för förverkligandet av ett demenscenter i Mariehamn. Uppdraget innefattar klargörande av kostnader, platsbehov, eventuella samarbeten, gränsdragningar för verksamheten och andra för uppdraget viktiga åtgärder. Stadsstyrelsen understryker vikten av att kommittén arbetar efter att investeringen ska ge förutsättningar för lägre driftskostnader.

Stadsstyrelsen beslutar vidare att kommittén ska bestå av sex medlemmar till vilka utses Jonny Andersen, ordförande, Barbro Sundback, Roger Jansson, Conny Nylund, Pernilla Karlsson, sekreterare och Anne Lindholm.

Stadsstyrelsen tar 22.11.2020 beslutet:

Stadsstyrelsen beslutar utse Barbro Sundback till vice ordförande samt ge kommittén mandat att verka till den 30 juni 2021.

Stadsstyrelsen tar 06.05.2021 beslutet:

Stadsstyrelsen beslutar befria Pernilla Karlsson från uppdraget som medlem tillika sekreterare i rubricerad kommitté och utser äldreomsorgschefen att träda in i hennes ställe.

Vidare beslutar stadsstyrelsen att bevilja kommittén mandat att verka fram till och med den 30 september 2021.

Ann-Christine Österbacka deltog i egenskap av vikarierande äldreomsorgschef under sammanträden 6-11, 28-04-2021-30.06.2021.

Evelina Grandell-Rosenlund deltog i egenskap av äldreomsorgschef under sammanträde 12, 02.09.2021 och valde att avstå deltagande under sammanträden 13-16, 08.09.2021-06.10.2021

Pernilla Karlsson var sekreterare under sammanträden 1-4, 20.01.2021-17.03.2021.

Yvonne Mattson var sekreterare under sammanträden 5-10, 07.04.2021-16.06.2021

Jonny Andersen var sekreterare under sammanträden 11-16, 29.06.2021-06.10.2021

3 Platsbehov

Demenssjukdom ökar på grund av att vi lever längre och fler blir utredda och får en diagnos idag.

Att få en demensdiagnos är inte lika med att man behöver ett boende. För en person med minnessjukdom kan anpassning till nya människor och en ny miljö vara utmanande och därför behöver onödiga förflyttningar undvikas så länge som anhöriga orkar. I det nationella programmet 2012-2020 är målsättningen att en människa med minnessjukdomar ska kunna bo kvar på en och samma plats till livets slut medan tjänsterna ska vara rörliga.

3.1 Läget idag inom äldreomsorgen i Mariehamn

- Närståendevårdare till ca 15 personer med minnessjukdomar, mörkertalet är stort
- Dagverksamheten till ca 9 personer med minnessjukdomar
- Hemservicen till ca 13 klienter med minnessjukdomar
- 12 institutionsplatser på avdelningen Marhällan, Trobergshemmet
- 14 ESB-platser på avdelningen Nyhamn, Trobergshemmet
- 8 ESB-platser på avdelningen Silverängen, Odalgården
- På grund av platsbrist placeras demenssjuka även på andra avdelningar inom stadens äldreboende samt köp av boendeplatser av andra kommuner och Folkhälsan
- Förvaltningen har inte uppgifter på antalet klienter inom äldreomsorgen som erhållit diagnosen demenssjukdom.
- Enligt förvaltningen finns i dagsläget (september 2021) 20-25 personer i kö.
- Det finns mörkertal på alla områden men det största finns i hemmen där anhöriga tar ansvar för den demenssjuka.

3.2 Statistik och prognoser

Det finns en stor utmaning i att finna ett tydligt underlag för att kunna beräkna platsbehovet. Ingen aktör har ett helhetsgrepp om dagsläget och prognoser. Kommittén har också stött på många förutfattade meningar om hur behovet ser ut. Klart är att många både inom staden och på annat håll har ofta en oklar bild av läget och behoven.

3.3 ÅHS

Inom ÅHS Minnesmottagning har en kartläggning gjorts som visar att det på Åland mellan 2014-2018 varje år fanns ca 330 enskilda patienter i ÅHS register med en diagnos på någon demenssjukdom

Åhs erbjuder närståendevårdare samtalsstöd i samband med t.ex. tidsbokning

3.4 Mariehamns förvaltning

Mariehamns äldreomsorgsförvaltning har sammanställt material från Åsub och Social och hälsovårdsministeriet. (se tabeller nedan)

Förvaltningen har också efter kontakter med ÅHS/ geriatriken noterat att under åren 2015-2018 fanns det årligen 330-335 personer som erhållit demensdiagnos som registrerats i vårdjournalen på Åland.

Mariehamn Befolkningsprognos 65+ (Åsub 18.1.2021)

Åldersgrupp	2020	2025	2030	2035	2040
65-69	783	688	734	776	741
70-74	774	758	676	725	768
75-79	550	715	710	642	694
80-84	359	475	629	637	587
85-89	229	266	362	489	509
90+	124	148	181	248	346
Totalt:	2819	3050	3292	3517	3645

Mariehamn Beräknat antal personer med medelsvår till svår demenssjukdom (Social- och hälsovårdsministeriet,2012)

Åldersgrupp	Prevalens	2020	2025	2030	2035	2040
65-74	4 %	65	61	59	63	63
75-84	11 %	97	127	143	137	137
85+	35 %	124	145	190	258	299
Total:		286	333	393	458	500

3.5 Behovsbeskrivning

De faktorer som ökar behoven av dygnetruntvård är hög ålder, att vara ensamboende, hur välfungerande socialt skydds nät man har, en svag ekonomisk situation eller vilken form av demens man har. Det finns idag ca 100 olika demenssjukdomar.

Rekommendationen från läkare är att så många som möjligt av de med demenssymtom skall utredas och gärna så snart som möjligt eftersom det finns möjlighet till en viss form att "bromsmedicin" som kan fungera för vissa. Demenssymtom, kognitiv svikt kan uppstå vid bland annat Parkinsons sjukdom, stroke, långvarigt missbruk, olika hjärnskador, MS sjukdom. Kognitivsvikt kan även ibland för vissa vara ett tecken på stress, vitaminbrist, depression, urinvägsinfektion.

I staden har vi en betydande inflyttning av pensionärer vilka en del förr eller senare behöver ett äldreboende i någon form.

Har man en medelsvår eller svår demens kan man i de flesta fall behöva kommunens tjänster så som; närståendevård, dagverksamhet och hemservice. Har man svår demens behöver man boende inom äldreomsorgen. Enligt forskningen har den demenssjuka det bäst i det egna hemmet så länge som den formen av boende fungerar.

3.6 Förslaget

Behovet av boendeplatser i Mariehamn för demenssjuka konstateras för närvarande vara minst 60 platser. Kommittén bedömer att det inom en period av 10 till 15 år kommer att behövas upp till 100 boendeplatser.

Kommittén föreslår att nybyggt demenscenter ska kunna erbjuda boende för 60 klienter.

4 Demenscentrets funktioner

Ett demenscenter är mer än bara ett boende. Centret skall samla många funktioner och tjänster på samma plats. Genom att koncentrera funktioner, kunskaper och erfarenhet så skapas ett mervärde. I detta kapitel beskriver kommittén de funktioner som ska finnas i ett demenscenter i Mariehamn.

4.1 Boendeplatser

Hur ett bra boende kan se ut finns beskrivet i vissa avsnitt under kapitel 5. Kortfattat är miljön både inne och ute mycket viktig och måste planeras i detalj. Avdelningar bör inte vara större än plats för 8-10 boende och helst placerade i bottenplan. Alla lägenheter är anpassade för personer med funktionsnedsättningar och planerade för välfärdsteknik som tekniska och digitala hjälpmedel. Lägenheterna är alla utrustade med handikaptoaletter.

En viktig diskussion är fördelningen mellan ESB (effektiviserat serviceboende) och institutionsplatser. En demenssjuk kan i början bo och klara sig bra med en ESB-plats. När ålder och sjukdom så kräver kan det istället behövas en institutionsplats. Kan den boende då bo kvar är det mycket värt i form av bibehållen trygghet.

4.2 Utemiljö

I direkt anslutning till respektive boendeavdelning ska finnas en ingärdad gemensam, välplanerad och varierad gård om minst 200 kvm.

4.3 Avlastning och korttidsboende

En av centrets boendeavdelningar ska vara ämnat för att erbjuda utrymmen för avlastning och korttidsboende. Avdelningen behövs för närståendevårdare och klienter. Korttidsboende kan behövas för ensamboende demenssjuka.

4.4 Dagverksamhet

Dagverksamhet är mycket viktig och riktar sig till både de boende och de som ännu bor hemma. Varje dag i veckan erbjuds aktiviteter av skilda slag. Utrymmet ska erbjuda plats för "rörelse, aktivitet och sinnen".

4.5 Hemservicepersonal

Lokaler för hemservicepersonal, ca 20 personer, ska ingå.

4.6 Dagverksamhet

Personalutrymmen krävs för upp till 60 + 20 personer varav de flesta i skiftesarbete. Omklädningsrum, toaletter, tvätt, dusch, kansli, vilorum, kafferum, kök.

4.7 Matsal

Matsal för bespisning av över 100 personer varav samtidigt ca 60 personer. Bör fungera för bespisning av också utomstående personer och som samlings- och föreläsningssal.

4.8 Kök

Ett fullvärdigt storkök för tillagning krävs.

4.9 Övriga möjligheter

Det kan finnas stora fördelar med att erbjuda utrymmen att hyra riktat till tredje sektorn eller företag. Verksamheter med inriktning på demenssjuka kan dra fördelar av att finnas på plats i demenscentret. Det kan vara kansliutrymmen eller kanske olika typer av behandlingsutrymmen med verksamhet riktat särskilt till demenssjuka.

5 Demenscentrets lokalisering och utformning

I staden finns inte många tomter som kan inrymma ett demenscenter i avsedd storlek. Flera tomter har tidigare diskuterats men kommittén kan bara se två möjliga alternativ som återstår. En bidragande faktor är att kommittén ser att ett demenscenter kräver stora grönytor för att kunna bidra med en för klienterna mycket viktig utemiljö. Skissritningar, visualiseringar och byggkostnadskalkyl togs fram av arkitektfirma A1k partners och de är viktiga delar i beslutsunderlaget.

5.1 Tomtalternativ

Den tidigare Lindemankommittén föreslog i sin slutrapport att ett demenscenter byggs på Marieparksområdet. I samband med den tidigare kommitténs arbete diskuterades även ett flertal andra alternativa tomter eller byggnader. Alla dessa och även några nya förslag har funnit med i den nuvarande kommitténs arbete.

De alternativ som kommittén tittat på:

- Mariepark
 - Stadsplaneändring behövs, nuvarande stadsplan för fritidshus/ semesterstugor
 - Tomten i stadens ägo, utarrenderad.
 - Befintlig byggnad om 1050 m²
 - Kommunalteknik finns
 - Stor tomt
- Apalängen
 - Färdig stadsplan
 - Kommunalteknik förberedd
 - Stor tomt
- Lotsgatan
 - A-tomt
 - För liten
- Servicestationerna på Strandgatan
 - Arrendetiden går ut 2025 och 2026
 - Stadsplaneändring behövs

5.2 En demensby i mindre skala

I främst Danmark och Holland har demensboenden byggts utifrån tanken att skapa det som kommit att kallas en demensby. Dessa demensboenden är så mycket mer än bara ett boende. Det är ett litet samhälle med verksamheter för boende men också närstående och andra som vill ta del av vad demensbyn erbjuder. Byn i sammanhanget betyder att man har små verksamheter som efterliknar den tidigare vardagen i form av butiker, kiosker, frisör eller liknande.

Att känna igen sig och finna företeelser som man levt med i hela sitt liv är givande och känns tryggt för de boende.

5.3 Inre och yttre miljöer

Välplanerade lokaler underlättar både organisering av arbete och aktiviteter för klienterna. Möjlighet till användning av välfärdsteknik underlättar och möjliggör trygghetskänslan för klienter och personal.

Personalen ska ha en bra överblick över verksamheten. Därför är det viktigt att boendet:

- Består av små enheter, max 8-10 lägenheter/enhet
- Har ett allrum inklusive kök i mitten, för att erbjuda de äldre delaktighet i matlagning och bakning samt social gemenskap
- Bra logistik med korta transporter inom boendet

Boendet ska ha en hemtrevlig miljö, mycket dagsljus och bra belysning. Färgsättning och inredningsdetaljer ska helst utgå från de demenssjukas behov. Mjuka färger i stora ytor och kontrastfärger i detaljer är att föredra men man ska undvika mönstrade ytor.

Vandringsbeteende är vanligt förekommande på ett demensboende. Detta ska man inte begränsa i omvårdnadssituationen, däremot kan man påverka det med inredningen. Tavlor med vardagsmotiv, fönster, blommor och dylikt är ett utomordentligt sätt att avbryta beteendet. Huskropparnas placering och orientering är också avgörande för att skapa en miljö som inte leder till återvändsgränder eller stängda ytor.

Frihetskänslan är viktig, man ska inte begränsa demenssjuka från att röra sig vare sig ute eller inne. Därför är det viktigt att planera de gemensamma ytorna utifrån klienternas behov och säkerhetsaspekten.

En trygg utomhusmiljö är viktig, där området är begränsat t ex med växter eller annat som distraherar och förhindrar klienterna att avvika.

5.4 Skisser

Efter ett upphandlingsförfarande kontrakterades arkitektfirma A1k partners för att göra översiktliga skisser samt översiktliga kostnadsberäkningar. Skisserna skulle illustrera ett demenscenter med plats för 60 boende samt för de olika övriga funktionerna som inryms i ett demenscenter.

Här nedan visas skissvyer över Mariepark och Apalängen som visar på hur ett demenscenter kan gestaltas på respektive tomt. Bägge alternativen visas med byggnader för 60 boende men också för en framtida utbyggnad för 100 boende. Noteras bör att detta inte är förslag på ett slutgiltigt utseende. Vyerna ska ses som ett prov på om tomterna rymmer den byggnadsyta som krävs.

Förutom de i rapporten framlagda skissvyerna finns även ett relativt ingående skissmaterial som visar på hur byggnadernas olika funktioner kan se ut i detalj. Dessa ska främst ses ett stöd för att se att alla tilltänkta lägenheter och centrets övriga funktioner rymms i förslaget.



Marieparks-alternativet för 60 boende



Marieparks-alternativet för 100 boende



Apalängen-alternativet för 60 boende



Apalängen-alternativet för 100 boende

5.5 Kommitténs val av tomter

Utgående från vad som presenterats under detta kapitel har kommittén försökt ta fram ett slutligt förslag på tomt för byggandet av ett demenscenter. De två aktuella tomterna har var för sig både fördelar och nackdelar. Sammantaget ser dock kommittén inte att något av alternativen framstår som det enda möjliga.

Kommittén föreslår under kapitel 7 att förverkligandet av bygget ska ges i uppdrag åt Marstad Ab. Ett beslut bör i så fall beredas av Marstad AB i samarbete med staden och beslutet om lokalisering tas av fullmäktige.

Kommittén föreslår att det nya demenscentret byggs på Marieparksområdet eller Apalängen.

6 Demenscentrets byggkostnader

Den upphandlade arkitektbyrån a1k partners tog förutom skissritningarna enligt beställning fram en översiktlig kalkyl över byggkostnaderna för de bägge alternativen. Dessa redovisas här i sammandragen form.

I Marieparksalternativet används befintlig byggnad för vissa funktioner. Av byggnadens totala yta om 1 050 m² används 600 m²

6.1 Kostnader Mariepark

Nybyggnation (vy = våningsyta)	3 500 m ² vy
Befintlig byggnads använda yta	<u>600 m² vy</u>
Summa:	<u>4 100 m²</u>

Ekonomisk kalkyl:

Nybyggnation (ca 3 000 euro/m ²)	10 500 000 euro
Befintlig byggnad; anpassning och inlösen (för använd del)	1 000 000 euro
Byggherre-, gårdsanläggnings- och oförutsedda kostnader	<u>1 200 000 euro</u>

Summa ca 12,7 miljoner euro

Tillkommer i äldreomsorgens investeringsbudget maximalt en halv miljon euro för lösa inventarier o.a. inredning.

Icke utnyttjad yta på 450 m² i befintlig byggnad renoveras och hyrs ut på marknaden till lämpliga ändamål. Hyresinkomsterna för detta täcker investeringskostnaden.

6.2 Kostnader Apalängen

Nybyggnation	<u>4 100 m² vy</u>
--------------	--------------------------------------

Ekonomisk kalkyl:

Nybyggnation (ca 3 000 euro/m ²)	12 300 000 euro
Byggherre-, gårdsanläggnings- och oförutsedda kostnader samt anslutningsavgifter	<u>1 300 000 euro</u>

Summa ca 13,6 miljoner euro

Tillkommer i äldreomsorgens investeringsbudget maximalt en halv miljon euro för lösa inventarier o.a. inredning.

7 Mariehamns äldreomsorg och ett nytt demenscenter

I "Lindemankommitténs" betänkande från 20.12.2019 framhålls nödvändigheten av att det byggs ett demenscenter i Mariehamn. Behovet av boendeplatser är betydligt större än de 34 platser staden kan erbjuda. Andelen demenssjuka i staden är svår att uppskatta. Enligt statistiska bedömningar skulle det röra sig om ca 270 personer med svår eller medelsvår demenssjukdom. Stadens äldreomsorgspersonal uppskattar antalet svåra och medelsvåra demenssjuka till 200.

Den här kommitténs förslag är att det byggs ett demenscenter med 60 boendeplatser, möjlighet till avlastning, dagverksamhet, annan social verksamhet samt personalutrymmen för demenscentrets personal samt personal inom hemservicen som är specialiserade på demenssjuka som bor hemma.

7.1 Omstruktureringen av äldreomsorgen

Förverkligandet av ett demenscenter innebär att stadens äldreomsorg får en ny struktur. De demenssjuka får utrymmen, personal och verksamheter som är specialdesignade för de demenssjukas och deras anhörigas behov.

En konsekvens av detta är att 34 platser succesivt kommer att frigöras i stadens äldreboende. Trobergshemmet och Odalgården kan renodlas för äldre som primärt har andra behov än de äldre som lider av demenssjukdomar. Blandade avdelningar som nu finns i stadens äldreboende bör undvikas när demenscentret står klart.

En grannliga uppgift är att flytta äldre demenssjuka från Trobergshemmet eller Odalgården till demenscentrets boende. Stadens erfarenheter av att flytta demenssjuka från Mariegård och Lindan till Trobergshemmet bör inte upprepas. Att plötsligt byta miljö är en mycket ansträngande upplevelse för de flesta demenssjuka. I varje enskilt fall måste en särskild bedömning göras om den enskilda klientens förutsättningar att klara av en flytt. De anhörigas samtycke bör inhämtas i varje enskilt fall.

7.2 Demenscentrets betydelse för äldreomsorgen

I och med förverkligandet av demenscentret kommer den sociala omsorgen och vården av de äldre i Mariehamn att kvalitativt förbättras. Specialiseringen av personal och verksamheter som anpassas till de demenssjukas behov gör att det förebyggande arbetet och övriga insatser för de demenssjuka och deras anhöriga blir mera ändamålsenliga och effektiva. I blandade grupper försvåras arbetet och risken är att klienternas divergerande behov gör att ingen riktigt får sina behov tillgodosedda på ett optimalt sätt.

Centret skall vara en öppen miljö där restaurangen är en central mötesplats för de boende, deras anhöriga och besökare. Dagverksamheten ska inkludera de boende, klienter som bor hemma och eventuellt andra intresserade förutsatt att det finns lediga platser. Särskilda aktiviteter ska erbjudas de anhöriga till personer med demenssjukdomar. Att vara anhörig till en demenssjuk är i många fall mycket tungt och i vissa fall traumatiserande. De anhöriga måste därför erbjudas särskilt stöd och gemenskap. En förutsättning för att demenscentret ska kunna leva upp till sina höga ideal är att personalen är specialutbildad och högt motiverad. Ett tätt samarbete mellan den personal som jobbar på centret och de som jobbar i hemservicen är en god grund för att skapa kontinuitet och trygghet bland de demenssjuka som bor hemma och som en dag kanske intas till boende i centret.

Det är av största vikt att centret från första stund upplevs som en öppen miljö och ett boende som inbjuder alla att besöka det. Man måste till varje pris motverka tendenser som uppfattas som exkluderande. Demenscentret får inte bli en sluten institution av den gamla mentalsjukhusmodellen.

7.3 De demenssjukas hälso- och sjukvård

Det är allmänt konstaterat att de äldre som tas in till stadens äldreboende blir att skörare och många lider av flera allvarliga sjukdomar. De äldres hälso- och sjukvårdsservice i stadens äldreboenden och de som bor hemma med hemservice är inte tillräcklig. Alltför många äldre som är allvarligt sjuka råkar ut för "svängdörrsbehandling" på ÅHS. Med det avses att äldre kommer akut in till sjukhuset, får en viss behandling och skrivs ut till helgen. Detta är inte acceptabelt. ÅHS har samma skyldighet gentemot de äldre som har särskilt boende som till andra medborgare.

Att äldreomsorgen och ÅHS har olika huvudmän får inte förhindra en rationell organisation av de äldres hälso- och sjukvård. ÅHS måste ta ett större ansvar i detta avseende och utöka sina läkar- och övriga medicinska tjänster inom äldreomsorgen.

Detta är helt avgörande för demenscentrets klienters välmående och trygghet. Innan verksamheten inleds bör hälso- och sjukvården för de boende vara säkrad och organiserad så att särskild specialkompetens inom behandling av demenssjukdomar är tillgänglig. Att bo på äldreboende får inte innebära att hälso- och sjukvården försämras för de äldre.

7.4 Framtida prognoser och behov

Det är vanskligt att förutse förändringar i befolkningsstrukturen. Andelen äldre med medel eller svår demenssjukdom är givetvis ännu svårare att prognosticera. Enligt de beräkningar kommittén haft tillgång till var andelen äldre (+75) med medel eller svår demens 221 personer i Mariehamn år 2020. År 2040 förväntas motsvarande andel vara 436 personer. Det vill säga en fördubbling. Utgående från detta är det nödvändigt att staden har beredskap i framtiden för en utbyggnad av centret.

Det föreslagna demenscentret kan byggas ut vid behov till 100 boendeplatser. Samordning eller samarbete med den framtida verksamheten i St. Göranshemmet bör utredas. Likaså bör man utreda vilka samarbetsvinster som kan uppnås mellan demenscentret och Trobergshemmet samt Odalgården.

Kommittén anser sig inte ha kompetens att avgöra om boendeplatserna i demenscentret ska vara institutionsplatser eller ESB (effektiviserat boende). Detta bör avgöras av sakkunniga i ett senare skede av planeringen. En annan sak som bör beaktas är det vandringsbeteende som många demenssjuka uppvisar. Detta beteende kräver en byggnadskropp som gör att de demenssjuka kan röra sig fritt utan att mötas av väggar och andra hinder. På många demensboenden har man därför byggt hus som gör att de boende kan röra sig ut och in och vandra runt i byggnaden likt en klosterlösning. Detta har stor betydelse för att minska på de boendes känsla av instängdhet och därmed påföljande stress. Att vara demenssjuk är att helt eller delvis leva i en miljö som varje dag är ny och i hög grad obegriplig. Därför måste miljön vara säker och samtidigt ge den demenssjukas möjlighet att röra sig så fritt som det bara är möjligt.

8 Avgränsningar

8.1 Stadens äldreomsorg

Äldreomsorgen är en social verksamhet. Det är en kommunal verksamhet som regleras i en särskild äldreomsorgslag och i socialvårdslagen. Äldreomsorgen erbjuder särskilt boende och stödtjänster av olika slag till äldre som bor hemma. För att uppfylla sitt uppdrag har staden byggt Odalgården och Trobergshemmet. Nyligen har staden förvärvat St. Göranshemmet för behov inom äldreomsorgen. Ett demenscenter med särskilt boende för personer med minnessjukdomar är under utredning.

I anslutning till dessa boenden erbjuds dagverksamhet och avlastning.

Stödtjänster till äldre som bor hemma tillhandahålls av hemservicen.

Ansvaret för stadens äldreomsorg ligger på äldreomsorgsnämnden och myndigheten för äldreomsorg.

8.2 Hälsa- och sjukvård inom äldreomsorgen

Hälsa- och sjukvård som de äldre är i behov av ansvarar Ålands hälsa- och sjukvårdsmyndighet för. ÅHS hemsjukvård är den primära myndigheten för de äldre som bor i särskilt boende eller hemma.

Socialvården och hälsa- och sjukvården har med andra olika huvudmän på Åland. I våra närregioner har kommunerna en del hälsa- och sjukvård på sitt ansvar vilket gör samarbetet mellan de äldres social- hälsa- och sjukvård administrativt naturlig och effektiv.

På Åland råkar de äldre med behov av hälsa- och sjukvård i kläm. På de särskilda boendena saknas tillräckliga läkar- och andra medicinska resurser. Att de äldre som tas in på särskilt boende blir i allt sämre skick belastar personalen mycket särskilt om man beaktar att de medicinska resurserna inte är säkrade utan varierar för att inte säga är rätt slumpmässiga.

En annan följd av avsaknaden av ett genomarbetat system för hur de äldre ska garanteras tillräckligt med hälsa- och sjukvård i sina boenden är att personalen inte kan utföra hälsa- och sjukvårdssysslor som de har kompetens för. Det krävs en läkarledd verksamhet för att utnyttja personalens kunnande optimalt. Det arbete som utförs på de flesta boenden är ren social omsorg vilket är frustrerande med tanke på klienternas stora behov av hälsa- och sjukvård och personalens outnyttjade färdigheter.

Det behövs ett organiserat och tillräckligt samarbete mellan ÅHS och kommunernas äldreomsorg. Avgränsningen måste ha som mål att de som bor i särskilt boende kan erhålla tillräckligt med hälsa- och sjukvård där de bor. ÅHS:s primärvård och hemsjukvård kompletteras med läkar- och andra medicinska resurser särskilt för kommunernas äldreomsorg.

Det planerade demenscentret ska ha ett boende för 60 personer med minnessjukdomar. Dessa personer behöver kvalificerad hälsa- och sjukvård som är ÅHS ansvar. Centrets dagverksamhet, hemservice och anhörigvård behöver utbildas i ämnet demenssjukdomar och särskilt hur man kan förebygga sjukdomsförloppet.

8.3 Kommunernas socialtjänst och demenssjuka under 65 år

Kommunernas socialtjänst ansvarar för de personer under 65 år som lider av minnessjukdomar. Antalet personer med dokumenterat behov av särskilt boende är mycket lågt. Uppskattningsvis rör det sig om 2-4 personer. Huruvida det finns ett mörkertal och hur stort det är i detta avseende är oklart. Samtidigt måste man komma ihåg att minnessjukdomar fortfarande är starkt färgade av skuld och skamkänslor samt stor oro hos anhöriga om den sjukas behov och framtid. Detta kan bidra till att det verkliga behovet av boende för personer under 65 år med minnessjukdomar döljer en del fall.

Så länge KST gör bedömningen att behovet rör sig om 2-4 personer bör det vara möjligt att inom ramen för det planerade demenscentret i Mariehamn beakta gruppens behov av särskilt boende. Ifall gruppen växer med åren kan man överväga en särskild avdelning eller ett helt separat boende någon annanstans i staden.

8.4 Kunskap, utbildning och förebyggande arbete

I alla stadens verksamheter bör man genomgående beakta de äldres behov. Särskilt svårt är det att i stadens verksamheter ta i beaktande de minnessjukas intressen. För att detta ska vara möjligt är det nödvändigt att anställda inom stadens samtliga verksamheter får mera kunskap om demenssjukdomarna och vad man måste ta hänsyn till för att skapa en stad som i så hög grad som möjligt fungerar för alla inklusive äldre med demenssjukdomar. Ett förebyggande arbete som för med sig social hållbarhet för personer med demenssjukdomar.

För att staden ska kunna inkludera också personer med minnessjukdomar bör kunskap och utbildning i ämnet erbjudas stadens anställda inom stadens samtliga verksamhetsområden. De demenssjukas behov bör beaktas inom stadens alla verksamheter.

9 Förverkligande

Kommittén föreslår att demenscentret byggs av Mariehamns helägda fastighetsbolag Marstad Ab. Fördelen med det alternativet är att beslut och förverkligande kan ske snabbare, att fastighetsförvaltningen rationellt och effektivt kan samordnas med och inordnas i Marstad Ab:s verksamhet och att stadens egen investeringsbudget inte direkt belastas av denna satsning.

Kommittén listar också nedan andra alternativ för förverkligandet. Alla alternativ finansieras slutligen av de boende i centret och av staden till resterande del i enlighet med kapitel 8, Verksamhet och drift.

9.1 Marstad AB

Marstad Ab har idag 617 hyresbostäder i 22 egna byggnader med en sammanlagd uthyrd yta om 33 772 m². Till det kommer 60 % delägarskap i Fastighets Ab Dalnäs med 108 lägenheter om 5 119 m². En del av Marstads lägenheter är för socialt boende för stadens och KST:s behov.

Demenscentret skulle ge ett tillskott på 60 bostäder och öka bolagets uthyrda yta med drygt 11 %. Bolagets bolagsordning och fullmäktiges ägardirektiv bör anpassas till denna utökade verksamhet.

Marstad Ab skulle planera och bygga centret i enlighet med stadens beställning. I ett hyresavtal med staden och dess äldreomsorg ska årshyresinkomsten för Marstad Ab långsiktigt säkerställas med en hyresnivå som täcker bolagets löpande fastighetsskötselkostnader jämte räntor och avskrivningar för fastigheten. De boende betalar sin hyra till staden. (Se kapitel 10, Verksamhet och drift.)

Investeringen skulle finansieras inom Marstad Ab med externa lån, möjliga Landskapsbidrag och egna medel. Avsteg från stadens princip om koncerninterna lån görs. Upplägget med uthyrning av 60 bostäder torde inte strida mot regelverket för Marstad Ab:s befrielse från samfundsskatt.

9.2 I stadens regi

I detta alternativ skulle stadsfullmäktige inom ramen för Infrastrukturnämndens (IN) budget uppta hela investeringen. Planering och byggnation skulle handhas av IN-avdelningen liksom den löpande fastighetsskötseln, driften, underhåll och reinvesteringar.

Kommittén har bedömt att detta alternativ är en mindre effektiv och rationell lösning.

9.3 Andra alternativ

Ytterligare två alternativ har noterats i kommitténs arbete: Dels att bygga centret med en så kallad OPS-modell (Offentlig och Privat Samverkan) och dels genom att ingå avtal med privata fastighetsbolag (försäkringsbolag eller andra på orten aktiva investerare).

Bägge modellerna kan bli aktuella om ovanstående alternativ 9.1 och 9.2 inte väljs. Nackdelen jämfört med särskilt alternativ 7.1 kan vara en mera svårhanterad planeringsprocess och risk för en högre årlig hyreskostnad.

10 Verksamhet och drift

10.1 Demenscentret

Stadens äldreomsorgssektor föreslås av Marstad hyra, (alternativt av staden eller annan husägare) alla de utrymmen och ytor som behövs för centrets verksamhet. Centret är uppdelat på boende, avlastning, kök & matsal, olika dagverksamheter och personalutrymmen. I Marieparks-alternativet disponerar fastighetsägaren över övriga utrymmen i befintlig byggnad (för uthyrning) och över exploateringen/ användningen av resten av den stora tomten.

När verksamheten är i full drift erfordras för 60 demenssjuka boende en vårdpersonal om 0,9 eller 54 tjänster inkluderande också en föreståndare, 6 omvårdnadsledare och 4 sjukskötare. Därtill beräknas för dagverksamheterna 4 personer, för tillagningskök 2 personer och för lokalvård 4 personer. All anställd personal ska flexibelt kunna utföra olika uppgifter i centret.

En uppdelning av hemservicens personal – 1) mellan den löpande hemservicen med Johannahemmet som central och 2) för specialiserad demenshemservice med demenscentret som central - genomförs i kalkylerna nedan i kap. 8.1 och 8.2.

Demenscentrets boendedel, avlastningsdel och dagverksamhet ska kunna nyttjas av i stadens närområden boende klienter genom avtal med grannkommunerna och med Kommunernas Socialtjänst k.f. (KST).

10.2 Troberghemmet (TBH) och Odalgården (Odal)

Äldreomsorgen på TBH och Odal, får genom demenscentrets tillkomst efter överflyttning av boende en ökad kapacitet på både effektiverat serviceboende (ESB) och på institutionsboende genom de platser som frigörs.

På sikt är det funktionellt att Odalgårdens för dagens ESB-boende mindre lämpliga lokaler omdisponeras till deras ursprungliga funktion, äldrebostäder. Då frigörs också Odalgårdens tillredningskök och personal medan trycket på ESB-platser ökar på Troberghemmet och Demenscentret. Denna möjliga förändring är inte beaktad i nedanstående kalkyler.

Också för dagverksamhet, avlastning och övrig verksamhet kommer utrymmen på TBH att bli mera flexibla och tillgängliga. Vårdtyngden på TBH kommer något att nedgå vilket möjliggör en mindre personaltäthet.

10.3 Driftskostnadskalkylerna

Nedan följer beräknade intäkter, kostnader och verksamhets/kommunbidrag för ett separat demenscenter på 4 100 m² med 60 boendeplatser, dagverksamheter, central för hemservicen för demenssjuka, och andra verksamheter. Kalkylen utgår från att boendeplatserna är ett så kallat effektiverat serviceboende (ESB), men att rum ska kunna planeras och utrustas för institutionsserviceboende (ISB).

Därtill presenteras en kalkyl för äldreomsorgen i Mariehamn efter demenscentrets förverkligande jämförd med det beräknade utfallet för år 2021 enligt finanskansliets prognos. Från interna

kostnader i stadens bokföring är kostnaderna för kök, servering och lokalvård överförda dels till personalkostnadskontot och dels till materialkontot (1 930 000 euro).

Totalkostnaden på netto 14,62 Meuro beräknas vara cirka 0,8 Meuro lägre än de hopslagna siffrorna på grund av lägre vårdtyngd på TBH och Odal efter Demenscentrets tillkomst samt därtill personalbesparande lokallösningar.

Underlaget baserar sig på Äldreomsorgens beräknade verksamhets/kommunbidrag på – 12,5 Meuro år 2021. Därav står TBH:s boende för 6,6 Meuro, Odalgårdens ESB för 2,1 Meuro, hemservice för 1,8 Meuro, äldreomsorg i andra kommuner för 0,5 Meuro och förvaltning, dagverksamhet, rehab, närståendevård och annan service för 1,5 Meuro.

10.4 Demenscentrets driftskostnader

Demenscentrets driftskostnadskalkyl, helår (i 1 000 euro)

Försäljningsintäkter	610
Avgiftsintäkter inklusive hyror	850
Avgifter från andra kommuner	100
Donationer, testamenten *)	20
Verksamhetens intäkter	1 580
Personalkostnader	3 400
Köp av tjänster	70
Material, förnödenheter och varor	220
Hyror (5% på 14 Meuro)	700
Övriga verksamhetskostnader	100
Verksamhetens kostnader	4 490
Verksamhets/kommunbidrag (4 490 - 1 580)	2 910

*) Förutsättningarna för gåvor, arv och testamenten torde vara goda genom förverkligandet av ett nytt, funktionellt demenscenter med boende, avlastning och dagverksamheter. Här upptas dock enligt försiktighetsprincipen ett obetydligt belopp.

10.5 Äldreomsorgens resultat kalkyl

Äldreomsorgens resultat kalkyl inkluderande ett färdigställt demenscenter (i 2021 års penningvärde) i jämförelse med dagens volym och resultatprognos (i 1 000 euro).

	<u>Prognos 2021</u>	<u>Kalkyl år +1</u>
Försäljningsintäkter inkl. hyror	2 160	2 700
Avgiftsintäkter	2 542	3 300
Understöd och bidrag	- 2	20
Övriga intäkter	00	100
<u>Verksamhetens intäkter</u>	4 700	6 120
Personalkostnader	12 715	15 200
Köp av tjänster	1 265	1 300
Material, förnödenheter och varor	575	780
Bidrag	395	400
Hyra för demenscentret	0	700
Interna verksamhetskostnader inkl internhyror	1 960	1 960
Övriga verksamhetskostnader	315	400
<u>Verksamhetens kostnader</u>	17 225	20 740
Verksamhets/kommunbidrag	12 525	14 620
		+ 2 095 +17%

Kalkylerna är framtagna på basen av underlag från finanschef Peter Karlsson. Uppgifter om behoven av personal och dess kostnader har givits av äldreomsorgschef Evelina Grandell-Rosenlund, personalchef Sari Hautamäki och bitr. äldreomsorgschef Pernilla Karlsson.

11 Samarbeten

Åland är i ett upptagningsområde som nationellt kan ses som mycket litet. Det bör övervägas om boende, omvårdnad och vård för demenssjuka ska samordnas för hela Åland.

11.1 Landskapet

I Finans- och näringsutskottet betänkande nr 3/2020-2021 daterat 10.12.2020 finns följande att läsa under avsnittet "Social- och äldreomsorg:

Inom äldreomsorgen finns växande utmaningar där det finns skäl att i tid överväga hur Åland ska undvika en situation där kommunernas förmåga att möta behoven inte räcker till. Det finns ett behov av en gemensam tanke för hur den framtida äldreomsorgen på Åland ska se ut. Oron för att kommunerna inte längre kommer att mäktas med sitt uppdrag och inte förmå erbjuda kvalitativ vård- och omsorg är utbredd. Bland de mest akuta är behoven avseende demensvård. Det är svårt att upprätthålla tillräcklig kompetens om demensproblematik inom små organisationer. Olika huvudmannaskap för sjukvård och äldreomsorg gör det svårt att planera för kommande klienter. **Utskottet har erfårit att det finns en bred samstämmighet om att det behövs ett gemensamt kompetens- och resurscenter för demensvården på Åland. Utskottet anser att det inte räcker att landskapsregeringen så som framgår av budgetförslaget ställer sig positiv till arbetet med att skapa ett sådant centrum. När landskapet ålägger kommunerna ett ansvar som de egentligen är för små för behöver landskapet ta ett aktivt ansvar för att hitta lösningar på den problematik som uppstår.**

Bland de behov inom demensvården som utskottet tagit del av kan nämnas möjlighet för närståendevårdare till avlastning i hemmet, en särskild enhet för unga demenssjuka, minskad användning av narkotikaklassade preparat, förbättrad tillgång till tekniska och digitala hjälpmedel samt koordinering mellan sjukvård och äldreomsorg.

Kommittén noterar att man i lagtinget ser behovet av ett allåländskt center för demensvården. Några initiativ i frågan från landskapets sida har däremot inte noterats.

11.2 KST

Kommunernas socialtjänst, KST, ansvarar för de demenssjuka på Åland som är under 65 år. Denna grupp är liten men spridd över hela Åland. Behovet för boendeplatser är i dagsläget inte mer än 3-4 stycken samt cirka 10 platser i dagverksamhet.

KST letar efter en lösning för detta behov och har sökt lösningen hos flera kommuner. Klart är att de är intresserade av att köpa platser av Mariehamn för att skapa en liten avdelning för de under 65 år. De flesta minnessjuka under 65 år närmar sig pensionsåldern och passar därför i allmänhet in på ett demensboende för äldre.

11.3 Andra kommuner

Som inom exempelvis skolområdet finns ett ömsesidigt intresse av ett samarbete mellan Mariehamns stad och de närmaste grannkommunerna även när det gäller boendeplatser för

demenssjuka. För områden som Järsö, Nåtö i Lemland samt Jomala känns det rimligt att Mariehamn kan hyra ut platser om plats finnes. Kommittén har inte diskuterat med dessa kommuner.

11.4 Folkhälsan

Kommittén träffade Folkhälsan Åland och Folkhälsan Finland. Det finns hos Folkhälsan ett intresse för att bygga demens- eller äldreboende på Åland och sannolikt i Mariehamn. På avsedd byggplats i Mariehamn är det svårt att inrymma ett fullständigt demenscenter enligt den modell och storlek som kommittén föreslår.

Kommittén ser dock positivt på Folkhälsans planer och ser stora möjligheter för Mariehamn att dra nytta av ett kommande boende med platser även för demenssjuka. Staden köper för närvarande boendetjänster i Folkhälsans demensavdelning Linden.

11.5 Andra privata aktörer

Svenska Allfadern AB med sitt förvaltningsbolag Senectus AB har fört diskussioner med kommittén. Allfadern och har i främst Mälardalen äldreboenden där de bygger, förvaltar och hyr ut boende till kommuner eller direkt till boende. Kommittén konstaterar att företagsgruppen har goda meriter vad gäller senior- och äldreboenden. När det gäller demensboende och särskilt i kombination med ett demenscenter så förefaller de sakna erfarenhet från liknande projekt.

12 Noter

Sammanställningen nedan redogör för de höranden men också andra faktaunderlag som kommittén haft stor nytta av i sitt arbete.

12.1 Höranden

- 17.02.2021 Stadsarkitekt Sirkka Wegelius om möjliga tomter för byggande av demenscenter
- 28.04.2021 Överläkare Christian Andersson, minnesmottagningen ÅHS om platsbehov
- 05-05-2021 Christina Karlsson, äldreomsorgens koordinator samt Marianne Rosenholm, äldreomsorgens hemserviceledare om platsbehov.
- 12-05-2021 Samfundet Folkhälsans vd Gerg Henrik Wrede samt Folkhälsan på Ålands vd Niclas Forsström om Folkhälsans planer för att bygga demensboende i Mariehamn
- 12-05-2021 Demensföreningen på Ålands ordförande Tuula Mattsson samt dess verksamhetsledare Fia Hagelberg om det allmänna läget på Åland och Mariehamn
- 15.09.2021 Marstads vd Jan Blomqvist
- 15.09.2021 KST:s Förvaltningsdirektör Katarina Dahlman och områdeschef Andrea Björnhuvud

12.2 Studiebesök

- 17.03.2021 Besök på Mariepark

12.3 Dokument och referenser

- Demens och behovet av boendeplatser för demenssjuka; Äldreomsorgsförvaltningen 2021
- Att planera demensboenden- 2011-06-16, uppsats KTH Ewa Krynicka, Arkitekt
- Miljöanpassningar som bidrar till ökad delaktighet, rapport från Myndigheten för delaktighet, 2015
- Funktionalitet i ett modernt demensboende, Evelina Grandell Rosenlund
- Inläga från Demensföreningen på Åland, 12.05.2021
- Kartläggning och åtgärdsplan för demensvården, rapport Lindemankommittén 2019
- Skissritningar, visualiseringar och byggkostnadskalkyl framtagna av arkitektfirma A1k partners