



Kartläggning och åtgärdsplan för demensvården

20.12.2019



Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
1. Inledning.....	8
2. Lagstiftning och förvaltning.....	10
3. Personer med demenssjukdom.....	12
4. Situationen inom Mariehamns stad.....	13
5. Boende och stödtjänster inom Mariehamn.....	16
5.1 Effektiverat serviceboende och institution.....	17
5.2 Demenscenter i Mariehamn.....	19
5.4 Dagverksamhet.....	21
5.5 Hemtjänsten.....	22
5.6 Närståendestöd.....	23
5.7 Avlastning för närståendevårdaren.....	24
6. Jämställdhet.....	26
7. Tekniska och digitala hjälpmedel.....	27
8. Vård- och omsorgspersonal.....	29
9. Tredje- och privata sektorns roll.....	31
10. Förebyggande vård.....	32
Referenser.....	33

Bilaga 1: Demensföreningen- Utlåtande angående utveckling av demensvården i Mariehamn

Bilaga 2: Stadsarkitektkansliets planskiss från 2007, Mariepark

Bilaga 3: Kriterier för närståendevårdsstöd, Mariehamn, fastställda 1.4.2017

Sammanfattning

Antalet äldre ökar i snabb takt. Det leder till att allt fler personer har behov av vård- och omsorg av olika former. Ett ökat antal personer diagnosticeras även med demenssjukdomar eller kognitiv funktionsnedsättning. En kommitté som tillsattes av stadsstyrelsen i januari har haft i uppdrag under år 2019 att kartlägga demensvården inom Mariehamns stad.

Det är svårt att få fram aktuell statistik vad gäller demensdiagnostisering. En uppskattning har gjorts nationellt av Social- och hälsovårdsministeriet för att kartlägga antalet personer som insjuknat. Enligt den uppskattningen per 31.12.2018 finns det 274 personer i Mariehamn med medelsvår till svår demenssjukdom.

Kommittén konstaterar att antalet platser för demensomsorg är 32 vilket är för få inom Mariehamn. Det akuta platsbehovet behöver åtgärdas snarast för att sedan succesivt utökas. Förslaget från kommittén är att Mariehamn bygger ett demenscenter och omedelbart påbörjar planering och projektering för detta. Under tiden för planering och uppförande av ett demenscenter är det viktigt att se över temporära lösningar inom demensvården, t ex utökning av hemtjänsten, köpa platser hos privata- eller tredje sektorn samt se över stadens egna lokaler och möjligheter. Mariehamn behöver även flera platser för korttidsboende och utökad dagverksamhet för att klara akuta situationer och avlastning för närståendevårdare. För yngre personer med demenssjukdomar vore det önskvärt med ett gemensamt boende för hela Åland.

För att få ett rättssäkert system och kvalitetssäkring för arbetet inom socialvården, vad gäller beviljande av boendeplats, behövs skriftliga intagningskriterier. Dessa bör utgöra grunden för en väntelista och ge de berörda och beslutsfattarna en uppfattning av behoven och läget för de demenssjuka i Mariehamn. Kriterierna för beviljande av närståendevårdsstöd måste ändras så att det ger bättre möjligheter för närståendevård i hemmet. Ett av målen bör vara en individuell och flexibel anpassning av avlastningen för närståendevårdaren, t ex genom utökad hemtjänst.

Dagverksamheten på Trobergshemmet är i behov av större lokaler och mera personalresurser för att möta det aktuella behovet. För att uppnå kontinuitet och uppföljning för personer med demenssjukdom vore verksamhet dagligen att föredra. Det skulle också bidra med avlastning för närstående. Vad gäller dagverksamhet för personer med demenssjukdom vore det önskvärt med kompletterande aktiviteter för äldre i samarbete med tredje sektorn.

Det är önskvärt att personal som jobbar inom demensvården har utbildning inom området. En särskild grupp inom hemtjänsten kunde vara inriktad på denna klientgrupp. Gruppen kunde utgå från en avdelning för demensvård och utgöra en del av en enhetlig servicekedja för att skapa ett tätt samarbete mellan hemtjänst och boende. Utbildning och fortbildning

inom demensvård skall ske kontinuerligt i samarbete med Ålands Yrkesgymnasium och Högskolan på Åland. Mariehamns stad behöver i samråd med utbildningssektorn se över möjligheten till flera studie- och praktikplatser, för att tillmötesgå behovet av rekrytering inom vårdsektorn.

De tekniska möjligheterna inom vården är under stark utveckling. Teknik kan underlätta vardagen för personer med demenssjukdom och deras närstående. Det är ett viktigt komplement för hemtjänsten och demensboenden. Kommittén föreslår att man tar ett helhetsgrepp över området inom välfärdsteknologi genom en upphandling för hela äldreomsorgen, där kartläggning, implementering och fortbildning ingår.

Det som är bra för den allmänna hälsan är också bra vid demenssjukdom, speciellt hjärt- och kärlsjukdomar har visat sig ha en koppling till risken att utveckla demens. Därför är en satsning på förebyggande aktiviteter för äldre viktigt. De förebyggande besök som sker i samband med 77 års ålder borde ske fortlöpande och med fem-års-intervaller även efter detta. Vid dessa besök skulle kostnadsfri minnesscreening erbjudas. Detta skulle ha en förebyggande effekt för den enskilda och samtidigt förbättra förutsättningarna att prognosticera behoven inom demensvården.

Demensvård är ett krävande uppdrag för Mariehamns stad. Kommittén konstaterar att omedelbara beslut gällande demensvården och dess utveckling måste fattas inom staden för att möta akuta och framtida behov. För att trygga personer med demenssjukdom och deras anhöriga är det viktigt att prioritera och utveckla området de närmaste åren.

Åtgärdsplan:

Boendeplatser:

- *Staden bygger ett demenscenter
Planering och projektering för förverkligandet bör påbörjas omedelbart.*
- *Odalgårdens och Trobergshemmets ESB-avdelningar för personer med demenssjukdom bibehålls tills vidare*
- *Tills ett demenscenter förverkligats måste lösningar för äldreboende i form av ESB sökas inom staden hos privata fastighetsägare, tredje sektorn samt i stadens egna lokaler*
- *Satsningar på trygghets/seniorboende för äldre i norra, centrala och södra staden skulle bidra till att avlasta stadens ESB- och institutionsboende.*
- *Utöka antalet korttidsplatser för avlastning. Utredda möjligheter som finns att tillgå i staden, både egna och privata resurser
Under övergångsperioden då man utreder möjligheterna gällande korttidsplatser utvidga hemtjänsten eller utöka annan form av avlastning i hemmet*
- *De åländska kommunerna bör göra en gemensam satsning på separat boende för yngre personer med demenssjukdomar*

Intagningskriterier:

- *Socialnämnden bör omedelbart godkänna intagningskriterier för beviljande av ESB-boende/institutionsplats*
- *För att få ett rättssäkert system (se Äldrelagen §14, 18 och 21) skapa en väntelista utgående från beviljade boendeplatser som inte tilldelats pga platsbrist.*

Dagverksamhet:

- *Större utrymmen och lokaler för dagverksamhet*
- *Dagverksamhet måndag-fredag för klienter med demenssjukdom*
- *Utöka samarbetet med tredje sektorn vad gäller aktiviteter för äldre*

Hemtjänst:

- *Den personal som jobbar i hemtjänsten inom demensvården bör ha utbildning och vara en särskild grupp.*
- *För att upprätthålla kontinuitet och en enhetlig servicekedja för personer med demenssjukdom bör det skapas ett tätt samarbete mellan hemtjänst och ESB-boende.*

Närståendevård:

- *Kriterierna för närståendestöd bör ses över för att ge bättre möjlighet till adekvata tjänster och avlastning samt tillräckligt ekonomiskt stöd*
- *Ge bättre möjlighet till individuell anpassning av avlastningen t. ex. genom att optimalt kombinera närståendestöd och hemtjänst mer flexibelt*
- *Ansvarig tjänsteman ska informera de närstående om de alternativ som står till buds och deras ekonomiska konsekvenser*
- *Arrangera gemensamma träffar och fortbildning för närståendevårdarna*
- *Omfattningen av hemtjänsten skall inte påverka nivån på närståendevårdsstödet negativt*
- *Utreda närståendevårdarnas rättigheter gällande friskvård, företagshälsovård och övriga personalförmåner.*

Jämställdhet:

- *Fortbildning i jämställd behandling inom äldreomsorgen inför på alla nivåer i verksamheten*
- *En jämställd intagning av personer med demenssjukdom säkerställs med godkända intagningskriterier till stadens äldreboenden*

Tekniska och digitala hjälpmedel:

- *Ta fram ett tekniskt åtgärdsprogram för äldreomsorgen som ska underlätta vardagen för personal och personer med demenssjukdomar*
- *Plan över förverkligande av välfärdsteknologi äldreomsorgen*
- *Utbildning/fortbildning av personal och närstående inom användandet av välfärdsteknologi*

Vård- och omsorgspersonal:

- *I samråd med utbildningssektorn utöka antalet studieplatser och praktikplatser för vårdstuderande*
- *Utveckla tydligare arbetsbeskrivningar och se över närvårdarnas arbetsområde i syfte att nyttja närvårdarnas vård- och omsorgskompetens*
- *Utöka kompetensförsörjningen inom sysselsättning, ergo- och fysioterapi för personen med demenssjukdomar*
- *Kontinuerlig fortbildning och utbildning inom demensvård i samarbete med ÅYG/HA*
- *Ett system för flexibel lönesättning baserad på kompetens borde implementeras*
- *Utreda samarbete mellan närvårdarutbildningen och Trobergshemmet/demenscentret*

Tredje- och privata sektorn:

- *Införande av servicesedlar bör ske snarast möjligt. I budgeten 2020 finns medel avsatta för utredning av systemet men det bör omgående omsättas i praktiken.*
- *Stärka samarbetet med Demensföreningen på Åland och övriga föreningar som bedriver olika aktiviteter som gynnar personer med demenssjukdom*

Förebyggande vård:

- *Utöka de förebyggande besök som görs i hemmen genom uppföljning med fem års intervaller*
- *Erbjuda kostnadsfri minnesscreening vid de förebyggande besöken*
- *En satsning på förebyggande aktiviteter för äldre borde finnas med i kultur- och fritidsnämndens verksamhetsområde samt stadens övriga nämnders verksamhetsområden*

Kommittén konstaterar att det är svårt att uppskatta de totala driftkostnaderna då åtgärdsförslaget berör så stora delar av verksamheten inom äldreomsorgen. Det bör uppgöras en långsiktig plan för förverkligandet i prioritetsordning.

1. Inledning

På stadsstyrelsens möte den 22.1.2019 tillsattes en kommitté för kartläggning av demensvården i Mariehamn, samt utarbetande av åtgärdsplan för ekonomiska insatser inom hemtjänst, närståendestöd och boendeformer.

Följande personer har ingått i kommittén:

- Harriet Lindeman (ordf.), Dennis Björk (vice ordförande), Anders Holmberg, Roger Jansson, Birgitta Johansson, Barbro Sundback och Ingrid Zetterman

Som sekreterare har Johanna Björkvall, Björkkö, fungerat.

Kommittén har sammanträtt vid totalt 22 tillfällen under perioden mars till december 2019.

Bakgrunden till uppdraget är en motion av Roger Jansson som inlämnades till stadsfullmäktige den 28 november 2017. I motionen efterlyses en överblick av läget för demensvården i staden samt kommande politiska beslut gällande driftskostnader och investeringsbehov inom demensvården.

Kommittén har under 2019 hört ett flertal personer samt gjort studiebesök inom/och utanför Åland. Detta för att kommittén skulle få en helhetsuppfattning om nuläget inom demensvården samt komma med förslag på åtgärder inom Mariehamns stad.

Demenskommittén har hört följande personer gällande demensvården på Åland:

- Pernilla Karlsson, äldreomsorgschef
- Marianne Rosenholm, hemtjänstledare
- Carina Hoffman, föreståndare Trobergshemmet
- Ann-Sofie Lundsten, omvårdnadsledare Nyhamn och Marhällan, Trobergshemmet
- Annelie Karlsson, föreståndare Odalgården
- Caroline Wikstrand, omvårdnadsledare Odalgården
- Leena Allinen, Klippan, Trobergshemmet
- Heidi Viktorsson, överskötare Oasen, sysselsättningsterapeut Mejt Svahnström och Eva Dahlén, ordförande Oasens styrelse
- Niklas Forsström verksamhetsledare, Folkhälsan, Lindan,
- Christian Andersson, ansvarig läkare minnesmottagningen ÅHS, och Tove Jonsson-Grönlund ansvarig sjukskötare minnesmottagning
- Susanne Lehtinen, socialdirektör
- Fia Hagelberg, verksamhetsledare Demensföreningen, och Cita Nylund, f.d verksamhetsledare
- Anne Lindholm, socialarbetare äldreomsorgen
- Laila Aaltonen, avdelningsskötare Mariehamns hemsjukvård
- Kai Söderlund, infrastrukturdirektör
- David Janson, fastighetschef
- Sirkka Wegelius, stadsarkitekt

Studiebesök har gjorts till följande ställen:

- Trobergshemmet (Marhällan, Nyhamn och Klippan)
- Odalgården, studiebesök två gånger
- Lindan, demensboende, Folkhälsans allaktivitetshus
- Oasen (Solsidan, Mattas och dagverksamheten)
- Linnegården, Ersta diakoni, Stockholm
- Stiftelsen Silviahemmet, Stockholm

Utöver detta har kommittén mottagit ett skriftligt utlåtande från Demensföreningen 27.6.2019 som bifogas rapporten (se bilaga 1).

2. Lagstiftning och förvaltning

Socialvården i Mariefhamn består av många olika tjänster och ansvarsområden. Till ansvarsområdena hör bland annat äldreomsorg, socialarbete, handikappservice och närståendevård. Ålands landskapsregering ansvarar över lagstiftning samt övergripande planering och övervakning av socialvården. Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) ansvarar för den offentliga hälso- och sjukvården på Åland som regleras genom Landskapslagen om hälso- och sjukvård (LL 2011:114). En omfattande reform av socialvårdslagstiftningen har gjorts och träder ikraft 1.1.2021.

Socialvårdslagen och Landskapslagen om hälso- och sjukvård (LL 2011:114) skall komplettera varandra. Kommunernas ansvar för de äldre regleras av socialvårdslagstiftningen och den kommande äldrelagen. Socialvårdslagstiftningen erbjuder boendeservice av tre olika slag. Stöd för kvarboende i hemmet, effektiviserat stödboende och institutionsboende samt avlastning för kortare perioder. Dessutom kan de äldre anhålla om sociala tjänster av olika slag för att klara av sitt boende.

Avvikande från riket sköts all hälso- och sjukvård på Åland av ÅHS vars huvudman är Ålands landskapsregering. Äldre som bor hemma eller i någon typ av kommunalt boende har ingen laglig rätt till hälso- och sjukvård i kommunens regi. Kommunen kan dock avtala med ÅHS eller någon privat entreprenör om hälso- och sjukvårdstjänster särskilt anpassade för äldre som bor hemma eller i någon av kommunens äldreboende.

Eftersom de som bor hemma eller i kommunens äldreboende blir allt äldre lider de flesta av sjukdomar som kräver medicinsk behandling och sjukvård. De som bor på institution har enligt lagen om klientvårdsavgifter rätt till hälso- och sjukvård. Behovet av ett system för att tillgodose de äldres rätt till adekvat hälso- och sjukvård behöver utvecklas mellan kommunerna och ÅHS. De äldre som bor hemma eller i kommunens äldreboende har rätt till hälso- och sjukvård på samma sätt som alla andra. Om de äldre inte kan utnyttja denna rätt måste systemet ändras för att deras behov ska bli tillgodosedda på ett rättmätigt sätt. De praktiska lösningarna utarbetas mellan kommunen och ÅHS. Genom avtal ska ÅHS förbinda sig att ge de äldre som bor hemma eller på äldreboende i sin hemkommun adekvat hälso- och sjukvård

Ålands lagting har antagit en äldrelag som träder i kraft 1.1.2021. Det övergripande målet i äldrelagen är att kommunerna och Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) omstrukturerar sina tjänster för den äldre befolkningen, för att möta det ökande behovet av service. Kommunerna behöver även i större utsträckning ordna stöd och omsorg för den äldre i hemmet. Självbestämmande, individuell vård och omsorg och valfrihet betonas i lagen för att få en optimal service.

Parallellt med äldrelagen och socialvårdslagen finns även övrig lagstiftning som styr delar av demensvården; lag om stöd för närståendevård, lag om klientens ställning och rättigheter, klientavgiftslagen samt i vissa fall även handikappservicelagen.

Utöver lagstiftningen finns även olika riktlinjer och planer för demensvården. Landskapsregering tog i november 2012 fram "Riktlinjer för omsorg- och vård vid demenssjukdom" vars syfte var att skapa bästa möjliga struktur och innehåll i demensvården. Dessa riktlinjer har utvärderats av Ålands landskapsregering (ÅLR 2018/4240) och resultatet visar att riktlinjerna inte tillämpats såsom varit önskvärt. Ett flertal av de svarande kände inte till att det finns riktlinjer för demensvården.

I Mariehamns stads äldreomsorgsplan 2017-2022 lyfter man flera viktiga områden som påverkar demensvården, såsom t ex hemtjänst, dagverksamhet och tekniska hjälpmedel. I äldreomsorgsplanen saknas helt uppgifter om demensvården, vilket gör att planen enbart kan användas mera generellt och inte för personer med demenssjukdom.

Syftet med nya lagstiftningen och övriga riktlinjer är att få mera kontinuitet och bättre kvalitet i vård och omsorg för de äldre. Demensvården behöver utvecklas på många olika områden och stor hänsyn måste visas en klientgrupp som kräver särskilda vårdformer och stödtjänster.

3. Personer med demenssjukdom

Allt fler diagnostiseras med en demenssjukdom eller kognitiv funktionsnedsättning, både globalt och lokalt.

Demens är en diagnos för en rad olika symptom vilket beror på olika skador eller sjukdomar som delas in i tre huvudgrupper:

1. Primärdegenerativa sjukdomar, vilket innebär att hjärncellerna börjar förtvina eller dö i en omfattning som inte är normal. Till denna grupp hör bl a Alzheimers sjukdom.
2. Vaskulära sjukdomar, kallas ofta även blodkärlsdemens. Denna orsakas genom blodproppar eller blödningar.
3. Sekundära sjukdomar som kan framkalla demens är t ex olika former av könssjukdomar eller långvarigt alkoholmissbruk.

(Svenskt Demenscentrum, 2018)

Det är även vanligt med blanddemens, vilket kan göra det svårt att avgöra vilken form det är. Ca 90% av alla demenssjukdomar orsakas dock av Alzheimer (60-70%) eller vaskulär demens (20-30%).

Utöver de som diagnosticerats med demenssjukdomar finns även ett stort antal personer med kognitiv svikt. Detta innebär en kognitiv nedsättning, men kriterierna för demenssjukdom är inte uppfyllda. (Hjärnfonden, 2018)

Demenssjukdom delas upp i olika grader eller nivåer eftersom diagnosen innebär en gradvis förlust av olika förmågor. I början är symptomen kanske inte så märkbara men blir gradvis flera och starkare. Därför har demenssjukdom delats upp i olika faser.

- Mild demens: symptomen börjar bli tydliga men man klarar sig oftast med stöd från sin omgivning i sin vardag
- Medelsvår demens: symptomen börjar bli så pass grava att man är i behov av daglig hjälp och i detta skede är ofta offentlig vård och omsorg inkopplad.
- Svår demens: då hjälpbehoven blir mycket omfattande och det är svårt att lämnas utan tillsyn. I detta skede är någon form av boende i regel nödvändigt.

(Svenskt Demenscentrum, 2018)

4. Situationen inom Mariehamns stad

I nuläget går det inte att exakt ange hur många som drabbats av demenssjukdom och det finns inte aktuella åländska siffror. Det är svårt att uppskatta då det troligen finns ett stort mörkertal som saknar diagnos. Det är först när klienten anhåller om någon form av stödtjänst hos kommunen som man får kännedom om situationen.

Christian Andersson, överläkare (ÅHS), har fått i uppdrag att ta fram en sammanställning av kön- och åldersfördelning vad gäller demensdiagnosticering. Denna förväntas vara klar under hösten 2019. Statistiken finns inte tillgänglig vid denna rapportens sammanställning. Under år 2014-2018 har en genomgång över antalet personer med demenssjukdom på Åland gjorts, det gäller de som diagnosticerats på ÅHS (från lindrig till svår demens). Patienter med lindrig kognitiv svikt har inte räknats med i statistiken. Siffran har under dessa år pendlat mellan 319-334 personer och håller sig relativt jämn.

Det finns ingen bra uppföljande statistik för personer med demenssjukdom, men social- och hälsovårdsministeriet har bl.a. tagit fram följande siffror i sitt nationella minnesprogram 2012-2020 (Social- och hälsovårdsministeriet, 2012)

I tabellen har man beräknat antalet personer som har medelsvår till svår demenssjukdom enligt befolkningsstatistik och prevalenssiffror. Med prevalens menas andel av en befolkning som insjuknat i en specifik sjukdom under samma tidpunkt. I tabellen markeras det beräknade antalet med demenssjukdom **M** och prevalensen anges enligt **procentsats** utgående från **respektive åldersgrupp**. Prevalensen har sedan jämförts med ÅSUB:s befolkningsstatistik mellan 2010-2018 i samma åldersgrupp för att få en uppskattad siffra på antalet personer med medelsvår till svår demenssjukdom på Åland och i Mariehamn. (Ålands statistik- och utredningsbyrå, 2019)

Beräknat antal personer med medelsvår till svår demenssjukdom åren 2010-2015-2018:

2010		Finland		Åland		Mariehamn	
Åldersgrupp	Prevalens	2010 totalt	2010M	2010 totalt	2010M	2010 totalt	2010M
65-74 år	4,2%	505492	20220	2776	117	1077	45
75-84 år	10,7%	321389	35353	1635	175	653	70
85+ år	35,0%	114160	39956	734	257	332	116
		941041	95528	5145	549	2060	231

2015		Finland		Åland		Mariehamn	
Åldersgrupp	Prevalens	2015 totalt	2015M	2015 totalt	2015M	2015 totalt	2015M
65-74 år	4,2%	647907	25916	3499	147	1420	60
75-84 år	10,7%	346015	38062	1774	190	747	80
85+ år	35,0%	144186	50465	750	262	310	109
		1138108	114443	6023	599	2477	249

2018		Finland		Åland		Mariehamn	
Åldersgrupp	Prevalens	2018 totalt	2018M	2018 totalt	2018M	2018 totalt	2018M
65-74 år	4,2%	Uppgifter saknas	Uppgifter saknas	3815	160	1543	65
75-84 år	10,7%			1995	213	850	91
85+ år	35,0%			810	284	338	118
				6620	657	2731	274

Det kan konstateras enligt tabellen att gruppen i åldern 65+ ökat kraftigt från 2010-2018, ca 29 % på Åland (från 5145 till 6620 personer). I Mariehamn är den procentuella ökningen ca 33 % vilket är högre än övriga Åland. Det tyder på att en högre andel av de äldre söker sig till Mariehamn efter att de fyllt 65 år. Vad gäller den äldsta kategorin, dvs i åldern 85+, så är ökningen i Mariehamn 1,8% i jämförelse med totalt ca 10% på Åland under motsvarande period.

Enligt den uppskattade siffran inom Mariehamn 2018 så förväntas 274 personer ha medelsvår till svår demenssjukdom. Som tidigare nämnts i kapitel 3 är medelsvår demenssjukdom då symptomen blir så pass grava att man är i behov av daglig hjälp. I detta skede av sjukdomsförloppet är ofta offentlig vård och omsorg inkopplad. Detta innebär att äldreomsorgen inom Mariehamns stad borde ha resurser för att tillmötesgå dessa personer med olika former av stödtjänster, samt boende till de som kräver detta. I dagsläget så finns det en stor diskrepans mellan denna siffra (274) och de som befinner sig inom någon form av boende eller stödtjänst (kapitel 5) inom Mariehamn, vilket tyder på ett stort mörkertal.

5. Boende och stödtjänster inom Mariehamn

Det kan konstateras att äldreomsorgen generellt, och demensvården i synnerhet, har allt för stort antal personer i behov av vård och omsorg i jämförelse med de resurser som finns i dagsläget. Förutsättningen för bra och kvalitativ service för personer med demenssjukdom är att de behöver flytta så lite som möjligt. Utbudet i kommunen behöver vara anpassat efter den enskildes behov så att valfrihet och flexibilitet finns.

Landskapsregeringen har i sin publikation 'Kvalitetsrekommendation- tjänster för äldre' från augusti 2010 satt som mål att 90% av de som är över 75 år skall ha möjlighet att bo kvar i hemmet. Vad gäller personer med demenssjukdom kan inte detta vara riktgivande, då förloppet ser helt annorlunda ut vad gäller behov av vård- och omsorg. Det drabbar även många i yngre ålder och sjukdomsförloppet kan variera, så individuell planering är nödvändig för denna grupp redan i tidigt skede.

Beviljandet av plats inom något av stadens äldreboenden avgörs av en ansvarig tjänsteman. Beslutet vilar på socialvårdslagen och en prövning sker i varje enskilt fall. För att uppnå ett rättssäkert förfarande och lika behandling krävs att socialnämnden godkänner skriftliga intagningskriterier för boendeplats i form av ESB eller på institution. Ansökningsblanketten ska finnas tillgänglig för intresserade sökanden. Allt skall givetvis finnas tillgängligt digitalt. Vid avslag ska den sökande kunna anhålla om rättelseyrkande till socialnämnden. Om den sökande uppfyller intagningskriterierna beviljas plats. Ifall inte några lediga platser finns antecknas den sökande på en väntelista. Vid avgörande om vem på väntelistan som ska tilldelas en plats måste socialnämnden formulera prioriteringsordningar.

Bland dessa prioriteringar beaktas de klienter som beviljas plats efter diskussioner i den s.k. SAP-gruppen. Gruppen är partsammansatt och har ingen beslutandemakt i fråga om beviljande av boendeplats utan gruppen är ett rådgivande organ för den socialtjänsteman som har beslutandemakt i fråga om beviljande av boendeplats inom stadens äldreboenden.

Intagningsgrunderna och deras tillämpning är en grannlaga uppgift så länge efterfrågan på boendeplatser är större än utbudet. För att nå lika behandling av sökandena samt prioriterad de som är i störts behov av plats krävs att förvaltningen omgående skapar förfaranden som bygger på normer som är godkända av behörig myndighet och tillämpas på ett rättssäkert sätt.

5.1 Effektiverat serviceboende och institution

I Mariehamns äldreomsorgsplan för perioden år 2008-2030 som godkändes av stadsfullmäktige den 31.3.2009 fanns en utredning över behovet av platser för demensvård. År 2007 fanns det 52 platser för demensvård och enligt planen skulle man fram till år 2011-2012 ha 66 egna platser (varav 6 platser var köpta av Folkhälsan). Målet var att år 2025 ha totalt 104 platser (inklusive Folkhälsans sex platser). I tillägg till dessa fanns även dåvarande Gullåsen, Västergårds med i kalkylen där man räknade med ytterligare 5-6 platser vid behov. (Mariehamns stad, 2008)

Det är en obalans mellan behovet av boende och tillgången på platser inom demensvården. Enligt redogörelsen i kapitel 4 beräknas idag personer med medelsvår eller svår demens uppgå till cirka 270 personer. Av de 270 personerna är det svårt att uppskatta exakt hur många som behöver boendeplats. Statistiken skiljer inte grupperna medelsvår och svår demenssjukdom från varandra. Enligt prognosen bör man utgå från att samtliga är i behov av daglig hjälp och stöd och personer med svår demenssjukdom av boende.

Ökningen per år under de senaste 8 åren har varit i medeltal cirka 4 %. Om den ökningstakten fortsätter har Mariehamn år 2030 cirka 380 invånare med medelsvår eller svår demens.

Mariehamn har idag två avdelningar på Trobergshemmet och en avdelning på Odalgården för demensvård med sammanlagt 32 platser. Det betyder att vi har boende för endast 12 % av dem med medelsvår eller svår demens. De övriga cirka 250 personerna med svårare än mild demens bor således enligt denna statistik i hemmen. En del av dessa har hemtjänst, men de flesta sköts av anhöriga. Åtskilliga av dessa är högst troligt inte statistikförda av varken staden eller ÅHS. Till detta kommer ett ökande antal personer yngre än 65 år med demenssjukdom.

Situationen i staden är långt ifrån tillfredsställande, även om dessa uppskattade siffror baserade på nationell statistik skulle vara för högt skattade (kapitel 4). Det finns behov av betydligt utökade insatser både för demensvård i offentligt boende liksom i privata lösningar av den typ som Folkhälsan utövar. Folkhälsan i Mariehamn har en demensavdelning som också tar in yngre personer. Avdelningen har nio platser varav Mariehamn idag bara köper en plats. För att lösa en del av platsbristen kunde Mariehamn köpa flera platser av Folkhälsan. Det kan även utredas gällande tillfälliga lösningar i moduler som varit populärt i Sverige senaste åren inom äldreomsorgen. Resurserna inom hemtjänsten måste också förbättras betydligt (se kapitel 5.5).

Kommittén anser att den tidigare planerade ombyggnaden och en eventuell utbyggnad av Odalgården inte är ändamålsenlig pga konstruktionen.

Att göra om en större del av Trobergshemmet för demensboende är inte lämpligt, dels eftersom hemmet behövs för det ordinarie äldreboendet även då ytterligare utrymmen där tas i bruk eller tillbyggnad sker i grannskapet, dels eftersom gårdsutrymmen i direkt anslutning till avdelningarna är nästan omöjliga att förverkliga på Trobergshemmet.

Därför har kommittén enats om att särskilt demenscenter bör byggas. Mera om det i kapitel 5.2. En sådan lösning kan ta flera år att förverkliga. Fram till dess måste särskilda akuta lösningar genomföras. Kommittén finner att staden därför måste utöka det effektiverade serviceboendet (ESB) i andra byggnader än Trobergshemmet och Odalgården. Dessa kan vara byggnader i stadens ägo eller i privat ägo. Marknaden för detta bör omedelbart kartläggas. När sedan demenscentret är byggt kan utrymmen på Trobergshemmet och Odalgården lösgöras för ESB och institutionsboende.

Det finns privata aktörer som har visat intresse att investera i trygghets/seniorboende i Mariehamn. Sådana lösningar skulle avlasta trycket på stadens äldreomsorg. Byggande av servicebostäder för äldre i norra, centrala och södra staden skulle avlasta trycket på behoven av ESB i stadens regi.

Vi är nu i en situation där antalet boendeplatser för personer med demenssjukdom borde fördubblas så snabbt som möjligt.

Åtgärdsplan:

- ***Odalgårdens och Trobergshemmets ESB-avdelningar för personer med demenssjukdom bibehålls tills vidare***
- ***Tills ett demenscenter förverkligats måste lösningar för äldreboende i form av ESB sökas inom staden hos privata fastighetsägare, tredje sektorn samt i stadens egna lokaler***
- ***Satsningar på trygghets/seniorboende för äldre i norra, centrala och södra staden skulle bidra till att avlasta stadens ESB- och institutionsboende. (Trygghets/seniorboende är för personer som behöver stöd och kontinuerlig hjälp för att bo självständigt, kan tillhandahållas av kommuner, organisationer och privata företagare)***

5.2 Demenscenter i Mariehamn

Det finns på sikt behov av ett demenscenter i Mariehamn. Med inspiration från Holland och Danmark skulle detta kunna vara ett större naturområde och avdelningar för olika nivåer av demenssjukdom. I demenscentret skulle finnas institutionsboende och ESB, samt utrymme för sociala aktiviteter, som t ex dagverksamhet.

Dimensioneringen kunde i första skedet vara minst 40 platser och i ett utbyggt skede 60 platser.

Storleken på ett demensboende kan generellt kalkyleras så att boendeytan är 20 m² per person och övriga utrymmen erfordrar samma yta, summa 40 m². Ett demensboende för 60 personer erfordrar sålunda 60 x 40 m² = 2 400 m² våningsyta. Investeringsnivån för detta är cirka 2 400 x 4 000 euro = cirka 10 miljoner euro. För finansieringen bör staden överväga olika alternativ såsom OPS-finansiering (offentlig-privat samverkan), privat byggande med långt hyresavtal eller byggande i egen regi. Staden bör utreda möjligheter såsom t ex PAF-finansiering och EU-stöd.

Kommittén har sökt lämplig lokalisering för att sådant demensboendecenter. Första alternativet i Lindan-området vid Ålandsvägen förföll på grund av att tomten och byggnadsrätten är för liten.

Kommittén föreslår som första alternativ tomten i Västerhamn där Mariepark finns. Entrébyggnaden kunde tjäna som ett samlingscentrum med restaurang, personalutrymmen, och lager m.m. Här skulle hela kompetensen (hemtjänst, ESB-personal, fysioterapi mm) kring personer med demenssjukdom vara samlad. På tomten ryms många former av boende förutom ett demenscenter såsom serviceboende för äldre och vanliga hyres- och ägarbostäder. Stadsarkitektkansliets planskiss från 2007 (bilaga 2) kan tjäna som underlag för fortsatt planering.

Detta område har stor potential med mycket natur i närheten men också hamnen med liv och rörelse. Mariepark ligger i en omgivning som kan utvecklas till en stadspark, kolonilotter, odlingar av olika slag mm. Gårdsplanen ger även goda möjligheter för uteaktiviteter.

Övriga placeringalternativ är belägna på stadens tomter vid Lotsgatan 7, (Lotsberget kv. 14 tomt 3) respektive på Segelmakargatan 5 (Västra Ytternäs kv. 48 tomt 1). Bägge dessa tomter har en byggrätt som möjliggör också annat boende på tomterna.

Åtgärdsplan:

- ***Staden bygger ett demenscenter
Planering och projektering för förverkligandet bör påbörjas
omedelbart***

5.3. Intagningskriterier, korttidsboende och övriga platsbehov

Det finns inte fastslagna intagningskriterier för att få plats på ESB eller institutionsboende i Mariehamn. Dessa är muntligt uttalade och de skriftliga kriterierna är under utveckling. Det är viktigt att godkända intagningskriterier finns så sökande och deras anhöriga vet vad som gäller för beviljande plats. Skriftliga intagningskriterier är en viktig del av rättssäkerheten inom äldreomsorgen och en kvalitetssäkring för arbetet. Genom fastslagna kriterier skulle det vara enklare att få tillgång till data av olika slag och statistik. Ett system som visar antalet personer som beviljats plats, men fortfarande inte fått boende, ger beslutsfattare en uppfattning av läget i Mariehamn. Detta utgör grunden för en väntelista och ett transparent system för alla parter.

För avlastning inom demensvården finns ett behov av korttidsplatser. Behovet av avlastning kan vara akut för en klient som vårdas i hemmet och deras anhöriga, därför måste det finnas en flexibilitet och ett utbud där man snabbt kan tillgodose efterfrågan. Mariehamns stad har i nuläget för få sådana platser och oftast en beläggning närmare 100%. I dagsläget anser ledningen i Mariehamn att 12-14 stycken korttidsplatser skulle lösa det aktuella behovet.

För gruppen av yngre klienter med demenssjukdom eller motsvarande diagnoser finns idag inget egen boende. Detta gör att de yngre klienterna vistas på samma boende som de äldre. Det är mycket som särskiljer yngre personer med demenssjukdom jämfört den äldre klientgruppen. Det är viktigt att erbjuda meningsfull dagverksamhet för yngre personer med demenssjukdom där man kan träffa andra i samma situation. (Roxå, 2015)

De yngre med demenssjukdom är en annorlunda klientgrupp. Det borde finnas ett separat boende för denna grupp. Eftersom gruppen inte är så stor till antalet så skulle det behövas en gemensam satsning i de åländska kommunerna.

Åtgärdsplan:

- ***Socialnämnden bör omedelbart godkänna intagningskriterier för beviljande av ESB-boende/institutionsplats***
- ***För att få ett rättssäkert system (se Äldrelagen §14, 18 och 21) skapa en väntelista utgående från beviljade boendeplatser som inte tilldelats pga platsbrist.***
- ***Utöka antalet korttidsplatser för avlastning. Utredda möjligheter som finns att tillgå i staden, både egna och privata resurser***
- ***Under övergångsperioden då man utreder möjligheterna gällande korttidsplatser utvidga hemtjänsten eller utöka annan form av avlastning i hemmet***
- ***De åländska kommunerna bör göra en gemensam satsning på separat boende för yngre personer med demenssjukdomar***

5.4 Dagverksamhet

På Klippan som är Mariehamns stads dagverksamhet har man sysselsättning måndag, tisdag och torsdag för personer med demenssjukdomar. I dessa grupper kan det vara maximalt 14 personer. Klippan har utöver det dagverksamhet för övriga hemmaboende äldre onsdag och fredag (max 24 personer).

Kommittén konstaterar att utrymmena för dagverksamheten är för trånga och att kapaciteten har nått sin maximala nivå. Då det är stora grupper på små utrymmen blir ljudnivåerna störande för klienter och personal. För att klara av att utöka dagverksamheten så bör man få större ytor och utrymmen att tillgå. Kommittén anser att det vore optimalt att utöka frekvensen för gruppen med demenssjukdom till dagligen. En ökning av dagverksamheten skulle leda till bättre kontinuitet och uppföljning av klienterna, samt parallellt bidra med avlastning och främja helhetsituationen för anhöriga.

Parallellt med Klippan har Mariehamns stad ett nytt projekt `Seniorpunkten´ från 2019. Det är en drop-in verksamhet för seniorer 65+ där olika sociala aktiviteter planeras. Detta kan ge ett bra stöd för t ex anhöriga till personer med demenssjukdom att träffas utanför hemmet. För personer med demenssjukdom är detta en verksamhet som passar enbart i initialskedet av sjukdomen, då man senare i sjukdomsförloppet behöver mera stöd och hjälp.

Idag finns ett stort utbud av aktiviteter för äldre i tredje sektorn. Ett samarbete med olika föreningar som t ex Röda Korset, Demensföreningen, Emmaus och Mariehamns pensionärsföreningen skulle främja bägge parter.

I framtiden kan man utreda en flytt av dagverksamheten till Mariepark.

Åtgärdsplan:

- **Större utrymmen och lokaler för dagverksamhet**
- **Dagverksamhet måndag-fredag för klienter med demenssjukdom**
- **Utöka samarbetet med tredje sektorn vad gäller aktiviteter för äldre**

5.5 Hemtjänsten

Hemtjänsten i Mariehamn har idag ett tiotal personer med demensdiagnos. Hemtjänsten strävar till att upprätthålla kontinuitet för klienterna, dvs att samma personal är hos den enskilde så långt det är möjligt. För personer med demenssjukdom är kontinuitet inom personalgruppen extra viktigt för att skapa trygghet.

Det finns ingen personal eller grupp inom hemtjänsten som är specialiserad inom demensvård, vilket skulle vara önskvärt för att få bättre kvalitet. Besöken varierar i omfattning och tid. Det har konstaterats ett ökat behov av stöd- och hjälp i hemmen, vilket man inte alltid kan tillmötesgå på grund av brist på resurser. Inom demensvården eftersträvas längre hembesök då de korta insatserna ofta skapar osäkerhet och förvirring hos klienten.

För att hemtjänsten skall utvecklas för denna grupp behövs olika former av satsningar. En ökning av personalresurserna inom hemtjänsten är nödvändig. I budgeten till nästa år (2020) har Mariehamn utökat hemtjänsten med tre nya närvårdare samt en omvårdnadsledare.

Inom hemtjänsten borde det vara specialiserad personal inom demensvård som har hand om personer med demenssjukdom. Denna grupp skulle ges kontinuerlig fortbildning inom området. Gruppen kunde utgå från en av avdelningarna för demensvård, så att samma personal är involverad i hela servicekedjan för att skapa trygghet för personer med demenssjukdom. Då boende blir aktuellt så känner personen igen personalen.

Åtgärdsplan:

- ***I väntan på permanenta avlastningsplatser behöver hemtjänstens resurser utökas ytterligare för att tillmötesgå behoven inom demensvården***
- ***Den personal som jobbar i hemtjänsten inom demensvården bör ha utbildning och vara en särskild grupp.***
- ***För att upprätthålla kontinuitet och en enhetlig servicekedja för personer med demenssjukdom bör det skapas ett tätt samarbete mellan hemtjänst och ESB-boende.***

5.6 Närståendestöd

Stöd till närstående stadgas i Lag om stöd för närståendevård ÅFS 111/2007. Det är upp till kommunen att anordna servicen inom ramen för budgeterade anslag. Närståendestöd kan beviljas person med funktionsvariation eller långtidssjukdom som vårdas av anhörig eller annan närstående. Stöd beviljas för att möjliggöra ett hemmaboende under förutsättning att vissa kriterier uppfylls. Arvodet är en skattepliktig inkomst men är inte inkomstrelaterad.

Närståendestödet i Mariehamn uppdelas i fyra olika kategorier (fastställda 1.4.2017) beroende på hur krävande vården- och omsorgen är i hemmet. Det lägsta stödet är i grupp 1 vilket är 392,01 euro/månad och det högsta stödet är i grupp 4 där stödet är 1239,21 euro/månad (bilaga 3). För att beviljas närståendestöd bör vården vara långsiktig, bindande och krävande. Alternativet till närståendevård är hemservice eller boende på ESB eller institutionsvård. Närståendestödet är inte en subjektiv rättighet. Det är kommunerna som fastställer beviljande av stöd för närståendevårdare inom lagstadgade bestämmelser.

Nivåerna på stödet är olika beroende på vilken grad av vård- och omsorg som behövs i hemmet. Kommittén konstaterar att stödnivåerna inte är tillräckliga, vilket kan leda till att närståendevårdaren får en ohållbar ekonomisk situation.

Närståendestödet är uppdelat på två avdelningar inom Mariehamns stad. Det är handikappservicens socialarbetare som handhar personer mellan 0-64 år och socialarbetaren inom äldreomsorgen som handhar 65+. Det finns totalt 96 personer (26.9.2019) som lyfter närståendestöd i Mariehamn. Av dem är 54 personer över 65 år och 42 personer under 65 år. Av de 54 personerna över 65 har enbart 9 personer en demensdiagnos. Av de 48 klienter som är under 65 år har ingen i dagsläget en demensdiagnos. Dessa siffror tyder på att det finns ett stort mörkertal av personer som vårdar sina demenssjuka i hemmet utan närståendestöd.

Åtgärdsplan:

- ***Kriterierna för närståendestöd bör ses över för att ge bättre möjlighet till adekvata tjänster och avlastning samt tillräckligt ekonomiskt stöd***

5.7 Avlastning för närståendevårdaren

Då man anhåller och beviljas närståendestöd skall en serviceplan upprättas mellan socialarbetaren och närståendevårdaren. I planen skall det finnas ett förslag för avlastning under närståendevårdarens ledighet.

Avlastningen fungerar olika beroende på närståendevårdarens situation och önskemål. Cirka hälften av de som får närståendestöd använder sig av avlastning på Trobergshemmet. Det är svårt att flytta på personer med demenssjukdom och avlastning på annat boende är inte alltid optimalt. Därför väljer de flesta att vårda sina närstående i hemmet även under sin lagstadgade ledighet (3-5 dagar). I dessa fall skulle en individuell avlastning i hemmet vara det bästa för såväl klient som närståendevårdare. Erfarenheterna visar att det enligt nuvarande system inte går att kombinera hemtjänst och avlastning optimalt i det enskilda fallet. Detta leder till att det blir för betungande och ohållbart för närståendevårdarna.

Den som är närståendevårdare kan omvandla de dagar man har rätt att få avlastning till hemtjänsttimmar. Varje dag är värd 24 timmar och klienten betalar 11,50 euro/per subventionerat dygn i hemmet (max fem dygn). Även avlastningen på Trobergshemmet kostar 11,50 per dygn (max fem dygn). Dygn utöver den lagstadgade ledigheten kostar 48,90 euro/dygn.

Genom att närståendestödet även påverkas av övriga sociala tjänster som tillhandahålls klienten uppkommer i vissa fall situationer där nödvändiga tjänster tar ut varandra. Man har t ex enbart rätt till en timme avgiftsfri hemtjänst i veckan innan nivån på stödet påverkas negativt. Detta kan göra att närståendevårdaren väljer att inte använda sig av andra stödtjänster för att bibehålla nivån på närståendestödet. Det är av stor vikt att närståendevårdaren blir informerad om vilka möjligheter som finns för avlastning.

För att förbättra situationen i hemmet borde man se över systemet så att man kan tillhandahålla andra stödtjänster utan att nivån på stödet påverkas negativt. Kostnaden för närståendevård är ändå betydligt förmånligare än boendeplats i effektiviserat serviceboende eller institution. Så länge den närstående önskar ta hand om en person i behov av vård och omsorg i hemmet och det fungerar för bägge parter är det viktigt att systemet stöder detta. Närståendevårdarna är oerhört viktiga för samhället och en stor del av omvårdnaden bygger på att de får hjälp och stöd för sitt arbete. De utgör en viktig hörnpelare för omvårdnaden av personer med demenssjukdom.

För att stöda närståendevårdaren ytterligare så borde man arrangera gemensamma träffar och fortbildning vilket även betonas i lag om stöd för närståendestöd. Vid dylika tillfällen skall avlastning ordnas parallellt, som inte bör påverka rätten på den lagstadgade ledigheten (3-5 dagar).

Det vore även bra att utreda möjligheterna gällande närståendevårdarnas rättigheter då de är i anställningsförhållande till Mariehamns stad gällande friskvård, företagshälsovård och övriga personalförmåner.

Åtgärdsplan:

- *Ge bättre möjlighet till individuell anpassning av avlastningen t. ex. genom att optimalt kombinera närståendestöd och hemtjänst mer flexibelt*
- *Ansvarig tjänsteman ska informera de närstående om de alternativ som står till buds och deras ekonomiska konsekvenser*
- *Arrangera gemensamma träffar och fortbildning för närståendevårdarna*
- *Omfattningen av hemtjänsten skall inte påverka nivån på närståendevårdsstödet negativt*
- *Utreda närståendevårdarnas rättigheter gällande friskvård, företagshälsovård och övriga personalförmåner.*

6. Jämställdhet

Majoriteten av de äldre som lever i eget hushåll är kvinnor. Många av dem har vårdat en anhörig make eller annan närstående. En mindre andel äldre män lever ensamma. Äldre mäns och kvinnors ekonomiska villkor är ojämställda. Männens pensioner och tillgångar är generellt större än kvinnornas. En betydande del av kvinnorna tillhör gruppen relativt fattiga eftersom de har en liten eller saknar tjänstepension eftersom de utfört sitt arbete i form av oavlönat hemarbete.

Våld och hot om våld mot äldre kvinnor förekommer. Våldet utövas ofta av någon nära anhörig som utpressning för pengar. Äldre kvinnors säkerhet och trygghet är en fråga som negligeras.

Majoriteten av de som arbetar inom äldreomsorgen är kvinnor. Deras utbildning i jämställt bemötande och behandling av äldre är antagligen obefintlig. Följden är stereotypa rollmönster som avspeglar sig i de äldres bedömningar av de omsorger och den vård de erhåller. I allmänhet anser män att de får bra service och de har oftare råd med tilläggservice. Äldre kvinnor anser oftare att de inte får tillräckligt med hjälp med hänsyn till sina behov. Enligt de traditionella könsrollerna förväntar sig personalen antagligen att kvinnor ska klara av hushållssysslor i högre grad än män oberoende av deras kapacitet och förmåga.

När det rör sig om personer med demenssjukdom och närståendevårdare förfaller det vara så att män som tar hand om en nära anhörig fortare får plats på ett boende för den demenssjuka än kvinnor som arbetar som närståendevårdare. Om detta också är situationen i staden bör den följas upp. Denna ojämställdhet kan rättas till med fastställda intagningskriterier för personer med demenssjukdom.

För att nå jämställdhet i vård och omsorg av äldre behövs fakta, kunskap och medvetenhet om de strukturer som cementerar ojämställd behandling av kvinnor och män. Målet bör vara att män och kvinnor ska ha samma förutsättningar, inte alltid samma insatser, att få sina behov tillgodosedda på ett kunskapsbaserat sätt.

Åtgärdsplan:

- **Fortbildning i jämställd behandling inom äldreomsorgen införs på alla nivåer i verksamheten**
- **En jämställd intagning av personer med demenssjukdom säkerställs med godkända intagningskriterier till stadens äldreboenden**

7. Tekniska och digitala hjälpmedel

Det används inte tekniska och digitala hjälpmedel i någon större utsträckning inom äldreomsorgen i Mariehamn. Teknik kan underlätta mycket i vardagen för personer med demenssjukdom och deras närstående. Kunskapen om välfärdsteknologi är under stark utveckling. För hemtjänsten och demensboenden är det ett viktigt komplement.

För att bevara oberoendet och självständigheten hos personen med demenssjukdom så länge som möjligt är hjälpmedel en viktig del. Teknik stöder bl a personen med demenssjukdom till att lättare röra sig inom- och utomhus med olika orienterings-, positions- och larmsystem. Detta skapar trygghet för såväl närstående och den som drabbats av demenssjukdom. Ett exempel är bl a nattkameror som visar sig ge bättre sömn och en högre kvalitet på omsorgen. Nattkameror är ett rörelselarm som kopplas till en kamera som används av vård- och omsorgspersonal. Om det händer något kan personalen snabbt kontrollera tillståndet hos klienten. Detta har visat sig minska stressen för alla involverade parter och nattsömnen blir mindre störd. (Framtidens Kommuner & Regioner, 2017)

Även individanpassade armband har visat sig vara värdefullt. Dessa ger en signal om en person är på väg ut genom ytterdörren. Det har gjort att man inte behöver låsa dörrar i samma utsträckning, vilket ger mera frihetskänsla och livskvalitet. (Framtidens Kommuner & Regioner, 2017)

Inom demensvården behöver man använda sig av tekniska lösningar för att stödja sviktande intellektuella funktioner. Allt detta stöder klienten att leva ett aktivt dagligt liv, men underlättar minst lika mycket för anhörig och vårdpersonal. Idag finns många olika hjälpmedel för att hantera läkemedel. Det finns t ex lösningar som innebär att man får påminnelser via sms, appar eller automatiskt uppringda samtal då man skall ta sina läkemedel. Dessa påminnelser är kopplade till det faktiska intaget av läkemedel och då läkemedlet tas skickas en signal till en databas. Uteblir signalen så skickas en påminnelse till klienten igen, men även till närstående och vårdpersonal. (Martin Wallström, 2017)

Utöver ovannämnda hjälpmedel finns även mycket andra hjälpmedel. Svenskt demenscentrum skriver i en artikel om nytta och risker med olika robotar. Det finns robotkatter som håller sällskap i vardagen, duschhjälp i form av robotar och mycket annan teknik som stöder det dagliga livet. Alla hjälpmedel måste vara personcentrerade och nyttan för varje enskild person behöver övervägas. Tekniken kan många gånger vara det som ökar möjligheten att bo hemma längre och ger ökad självständighet, men det är viktigt att det är en balans mellan personliga önskemål och integritet. (Kari Molin, 2015)

I Sverige har man gjort omfattande projekt och studier inom området teknik och demens. Hjälpmedelsinstitutet gav redan i november 2007 ut en publikation 'Ett magasin om Teknik och demens' som innehåller mycket värdefull information om hjälpmedel inom

demensvården. (Hjälpmiddelsinstitutet, 2007) Utöver det finns även publikationen 'Teknik för anhöriga som hjälper och vårdar' som hjälpmiddelsinstitutet gett ut 2009. (Hjälpmiddelsinstitutet, 2009)

Nordens välfärdscenter arbetar mycket kring demens och välfärdsteknologi och har bjudit in nordiska experter på demens och välfärdsteknologi till Stockholm den 26 januari 2020 för att diskutera utmaningar och ett nordiskt samarbete kring området. Efter seminariet skall en praktisk skrift tas fram för personal och anhöriga inom demensvården med fokus på välfärdsteknologi. Den 3.5.2019 publicerade även Nordens välfärdscenter 'Västerås i framkant- äldre med från början'. Västerås är den svenska kommun som har kommit långt med välfärdsteknologi och där bl a äldreboendet Hälleborg är föregångare inom välfärdsteknologi och demensvård. (Nordens välfärdscenter, 2019)

Kommittén konstaterar att det bör ske en utveckling på området och att socialnämnden i sin investeringsbudget beaktar detta. Genom att söka tillgänglig kunskap och information från våra grannländer och hitta modeller för bra lösningar kan man utveckla välfärdsteknologin inom demensvården i Mariehamn.

För att lyckas med utvecklingen och implementeringen behöver det upphandlas ett åtgärdsprogram för teknologin inom äldreomsorgen. I upphandlingen bör det framkomma hur förverkligandet skall ske och ansvarspersoner måste utses. Det är viktigt att få en kartläggning över hela området och en plan hur implementeringen skall ske. Detta bör utvecklas i samråd med personal och anhöriga som skall använda välfärdsteknologin, så att alla känner sig delaktiga och får kunskap i området.

Åtgärdsplan:

- ***Ta fram ett tekniskt åtgärdsprogram för äldreomsorgen som ska underlätta vardagen för personal och personer med demenssjukdomar***
- ***Plan över förverkligande av välfärdsteknologi äldreomsorgen***
- ***Utbildning/fortbildning av personal och närstående inom användandet av välfärdsteknologi***

8. Vård- och omsorgspersonal

Äldreomsorgen har svårighet att rekrytera personal och situationen är ohållbar. I många fall behöver man rekrytera obehörig personal som vikarier för att det inte finns behöriga att tillgå. Ålands Yrkesgymnasium (ÅYG) och Högskolan på Åland (HA) anser att det är svårt att öka kvoten närvårdar- och sjukskötarstudierande, främst med tanke på praktikplatser och svårigheter att få ut studerande på inläring i arbete. Om kvoten skall utökas behöver kommunerna i samarbete med utbildningssektorn hitta en lösning på hur man ska öka antalet studerande inom vårdsektorn. Ålands Yrkesgymnasium (ÅYG) ser att det finns ett stort intresse, speciellt på vuxensidan, att studera till närvårdare, men att studerande inte kan antas i samma takt som det finns en efterfrågan. De studerande bedöms till stora delar i arbetslivet idag, vilket sätter krav på handledare och arbetsplatser. Under de perioder då arbetslivet är mera pressat och har personalbrist upplevs det ofta som belastande att ta emot studerande.

För att öka kvoten utbildad personal behövs ett ökat samarbete mellan skola och arbetsliv. Kommunerna och landskapet (ÅHS) behöver bidra med en ökad mängd praktikplatser i arbetslivet för att skolan skall klara att utexaminera mera personal till vård- och omsorgssektorn. Ett förslag kunde vara en på förhand bestämd kvot praktikplatser till skolorna.

Det utförs olika sysslor utav de som utbildat sig inom vården, även en stor del hushållssysslor blir aktuella inom närvårdaryrket. Risken är att vårdpersonal blir upptagna med annat och inte hinner ägna så stor del åt vård- och omsorgssysslor som skulle vara nödvändigt. Vård- och omsorgssysslor skall vara kärnpunkten i verksamheten. Systemet skulle behöva förbättras så att arbetskraften används optimalt utgående från kompetens. Även behovet av fysioterapi, ergoterapi och sysselsättning utökas inom demensvården i takt med att antalet klienter med demenssjukdom ökar. Detta behöver beaktas vid planering av personal och rekrytering inom äldreomsorgen.

Ett kompetenslyft behövs inom vården av äldre. Idag är många multisjuka och situationen som råder inom äldreomsorgen är komplex. Det finns mycket få personer som jobbar inom vården som har fortbildning/kompletterande utbildning inom demensvård. Kommittén ser det nödvändigt att all personal som jobbar inom demensvården skulle ha fortbildning inom området. Det är önskvärt att detta skulle vara en fördjupningsdel i närvårdutbildningen. I samarbete med Ålands Yrkesgymnasium (ÅYG) kunde man skapa en lokalt valbar examensdel riktad mot demensvård som grundar sig på arbetslivets behov inom branschen. Man kan ta lärdom av modeller som tagits fram i våra grannländer såsom t ex Silvia-certifieringen i Sverige eller Demenspass som tagits fram av Yrkesakademien i Österbotten.

Lönerna inom Mariehamns stad är fastslagna inom gafflar som ger en viss flexibilitet. Idag får man ingen lönejustering om man vidareutbildar sig. För att rekrytera personal och öka attraktionen skulle det vara bra att ha en flexibel lönesättning baserad på kompetens. Detta skulle motivera personalen att inhämta mera kunskap inom området.

Ett samarbete med närvårdarutbildningen och Trobergshemmet (även framtida demenscentret) i likhet med det Axxell gjort tillsammans med Villa Anemone i Karis kunde utredas. Med en sådan modell skulle utbildningen få mera arbetslivsfokus. Studerandes uppgifter skulle vara verkliga arbetsuppgifter som utgår från arbetsplatsens behov. (Axxell, 2017)

Åtgärdsplan:

- ***I samråd med utbildningssektorn utöka antalet studieplatser och praktikplatser för vårdstuderande***
- ***Utveckla tydligare arbetsbeskrivningar och se över närvårdarnas arbetsområde i syfte att nyttja närvårdarnas vård- och omsorgskompetens***
- ***Utöka kompetensförsörjningen inom sysselsättning, ergo- och fysioterapi för personen med demenssjukdomar***
- ***Kontinuerlig fortbildning och utbildning inom demensvård i samarbete med ÅYG/HA***
- ***Ett system för flexibel lönesättning baserad på kompetens borde implementeras***
- ***Utreda samarbete mellan närvårdarutbildningen och Trobergshemmet/demenscentret***

9. Tredje- och privata sektorns roll

Mariehamns stad behöver ha större beredskap för köptjänster. En diskussion med tredje- och privata sektorn bör inledas om upphandling av sociala tjänster. Systemet med servicesedlar måste utvecklas för att skapa flexibilitet och valfrihet. I lagstiftningen finns redan understöd för systemet, men det har hittills inte varit i användning. Tillräckligt med medel bör avsättas i budgeten för att utveckla systemet. Detta är förenligt med nya äldrelagen som antagits 16.9.2019 där övergripande målet är att omstrukturera tjänster och service för den äldre befolkningen. I den betonas självbestämmande, individuell vård och valfrihet för den enskilde individen.

Genom att ha ett bra system med servicesedlar kan klienten utöver det kommunala systemet även välja privata producenter för vård- och omsorg. Detta kompletterar den kommunala socialvården och kan på sikt ge bättre avlastning.

Det finns även intressenter i beredskap att bygga boenden för den äldre befolkningen, vilka Mariehamns stad kan föra en dialog med. Olika former av finansieringssystem kan möjliggöras där det är enbart privat finansiering eller att privat och offentlig finansiering kombineras.

Det är också viktigt att stärka samarbetet med Demensföreningen på Åland samt övriga föreningar som har en funktion som kontaktskapande, rådgivande och stödjande för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Genom att ha ett fungerande nätverk kring klienten med demenssjukdom så skapar man trygghet och kontinuitet inom vård- och omsorg.

Åtgärdsplan:

- ***Införande av servicesedlar bör ske snarast möjligt. I budgeten 2020 finns medel avsatta för utredning av systemet men det bör omgående omsättas i praktiken.***
- ***Stärka samarbetet med Demensföreningen på Åland och övriga föreningar som bedriver olika aktiviteter som gynnar personer med demenssjukdom***

10. Förebyggande vård

Ett viktigt instrument för kartläggning av demensvården är de besök som görs i hemmet då man är 77 år. Besöket är frivilligt. Där kan man fånga upp en del av problematiken och de inledande symptomen på demenssjukdom. I samband med besöket skulle det vara önskvärt att man erbjuder kostnadsfri minnesscreening. Det är ÅHS som ansvarar för besöket i samarbete med kommunen. Besöken görs till samtliga personer som är över 75 år på Åland (77 år i Mariehamn) och inte har någon form av stödtjänst via kommunen.

En uppföljning av besöken med fem års intervaller skulle vara önskvärt eftersom uppfattningen idag av många som fått besök vid 77 år är att det är för tidigt. De flesta 77-åringar är ännu självständiga och aktiva. Behovet av stödtjänster uppstår först i senare ålder. Statistik visar även att frekvensen för att insjukna i demenssjukdom ökar avsevärt efter 85 års ålder (se kapitel 4).

I äldrelagen som antagits på Åland finns en skrivning om att en seniormottagning skall planeras på Åland. Detta skall göras av landskapsregeringen tillsammans med hälso- och sjukvården. En sådan mottagning skulle verka förebyggande även mot gruppen med demenssjukdom, då tillgängligheten att söka hjälp för olika former av problematik ökar. Resultatet blir förhoppningsvis att man i ett tidigare skede kan sätta in olika former av stödtjänster till personer med demenssjukdom.

Hjärt- och kärlsjukdom har visat sig ha en koppling till demenssjukdom. Personer med demenssjukdom har ofta även hjärtproblem. En tidigare studie från Karolinska institutet visar också att glömska och kognitiva svårigheter vid Alzheimer kan förvärras av hjärt- och kärlsjukdom. Därför är den förebyggande vården av hjärt- och kärlsjukdomar viktig i samhället med beaktande av demenssjukdom, men även vad gäller övriga hälsoeffekter och sjukdomar. Det som är bra för den allmänna hälsan är även bra vid demenssjukdom.

Åtgärdsplan:

- **Utöka de förebyggande besök som görs i hemmen genom uppföljning med fem års intervaller**
- **Erbjuda kostnadsfri minnesscreening vid de förebyggande besöken**
- **En satsning på förebyggande aktiviteter för äldre borde finnas med i kultur- och fritidsnämndens verksamhetsområde samt stadens övriga nämnders verksamhetsområden**

Referenser

- Axxell. (September 2017). *Axxell*. Hämtat från <https://www.axxell.fi/-/unik-arbetsplatsforlagd-undervisning-axxells-narvardarstuderande-utbildas-pa-villa-anemone>
- Framtidens Kommuner & Regioner. (November 2017). *Framtidens Kommuner & Regioner*. Hämtat från <https://framtidenskommuner.se/presentation/ny-teknik-i-vasteras-skapar-trygghet-inga-lastadorrar-pa-demensboenden/>
- Hjälpmiddelsinstitutet. (2009). *Teknik för anhöriga som hjälper och vårdar*. Hjälpmiddelsinstitutet.
- Hjälpmiddelsinstitutet. (2007). *Ett magasin om teknik och demens*. Hjälpmiddelsinstitutet.
- Hjärnfonden. (September 2018). Hämtat från Hjärnfonden:
<https://www.hjarnfonden.se/2018/10/kognitiv-svikt-nar-minnet-borjar-svikta/>
- Kari Molin. (Februari 2015). *Svenskt Demenscentrum*. Hämtat från
<http://www.demenscentrum.se/Nyheter/Nytta-och-risker-med-robotar/>
- Mariehamns stad. (2008). *Äldreomsorgsplan 2008-2030*. Mariehamn.
- Martin Wallström. (Juni 2017). *Dagens Medicin*. Hämtat från www.dagensmedicin.se:
<https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/06/08/mevia-hjalper-de-glomska-talakedel/>
- Nordens välfärdscenter. (Maj 2019). *Nordens välfärdscenter*. Hämtat från
<https://nordicwelfare.org/nyheter/vasteras-i-framkant-aldre-med-fran-borjan/>
- Roxå, E. B. (Mars 2015). *Vetenskap och hälsa*. Hämtat från <https://www.vetenskaphalsa.se/40-ar-och-dement/>
- Social- och hälsovårdsministeriet. (2012). *Nationellt minnesprogram 2012-2020*. Helsingfors.
- Svenskt Demenscentrum. (Oktober 2018). *Svenskt Demenscentrum*. Hämtat från
www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Vad-ar-demens/
- Ålands statistik- och utredningsbyrå. (den 30 September 2019). www.asub.ax.



Demensföreningen på Åland

Utlåtande angående utveckling av demensvården i Mariehamn

27.06.2019

Demensföreningen på Åland är en intresseförening som riktar sig till drabbade av demenssjukdom /kognitiv funktionsnedsättning och deras anhöriga. En bedömning av behovet av demensboende och demensvården utgår från deras perspektiv och grundar sig på evidens.

Allt fler människor diagnostiseras med en demenssjukdom eller kognitiv funktionsnedsättning, både globalt och lokalt. Globalt närmar sig antalet drabbade 50 miljoner, och demensvården omsätter 818 miljarder USD. I Europa bor ca 10 miljoner drabbade och i Finland ca 200 000. (Källa ADI, the global impact of dementia 2015, Stakes 2009).

På Åland förväntas 751 personer vara drabbade av demenssjukdom i minst medelsvår fas (Stakes). Samtliga av dessa behöver någon form av omsorg. Enligt rapporten "Global estimates of informal care" (ADI) vårdas i Europa ca 77% (6,7 miljoner) av personer med demenssjukdom av en närstående i hemmet. Dessa närstående står för 18 miljarder arbetstimmar per år. Detta är en stor del av demensomsorgen som måste lyftas fram och utvecklas.

Landskapsregeringens *Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom* (2012) och den kommande äldreomsorgslagen samt socialvårdslagen beskriver och ställer krav på kommunerna när det gäller bland annat koordinering av demensvård, tjänster och service för äldre personer med nedsatt funktionsförmåga, tillgång och tillgänglighet till service samt sektors-och myndighetsövergripande arbete. Lagen om närståendestöd ställer krav på kommunerna att dels ge avlastning till närståendevårdarna, dels utbildning. Även detta bör rymmas in i ett tilltänkt demenscentrum.

Demensvården och omsorgen skiljer sig från övrig äldreomsorg på flera sätt. Dels drabbas personer även i arbetsför ålder (under 65), dels är demenssjukdomar inte en del av ett naturligt åldrande. För att tillgodose dessa klienters behov krävs särskilda insatser i miljö, kommunikation och bemötande så väl som klinisk vård, rehabilitering, kost och medicinering. Dessa behov är svåra att tillgodose utan ett särskilt demensboende.

Adress

Demensföreningen på Åland

Skarpansvägen 30
AX-22100 Mariehamn
ÅLAND

Telefon

+358-(0)18-527 369
demensforeningen@handicampen.ax
+358-(0)457 548 3818

FO-nummer
1445836-2

E-post

Webb

www.handicampen.ax/demens

Ulla Passant, docent vid Lunds universitet, påstår följande:

”Demensvården måste vara individuellt planerad och baserad utifrån person och personlighet. Vårdmiljön måste anpassas så att möjlighet finns att utnyttja kvarvarande funktioner. Det måste vara erfaren personal med kompetens, utbildning och intresse för den här vården. Personal som kan tolka och läsa av patienten. Här är viktigt med kontinuerlig handledning. Personal ska kunna känna glädje och trygghet i sitt arbete. Utan den stannar allt.”

Kommunikation, bemötande och miljö kan ses som de tre grundpelare demensomsorgen vilar på. Dessa kompetensområden bör genomsyra de tre kommunala verksamhetsformer där demensomsorgen ges; slutenvård (dvs boende), öppenvård och närståendevård. Dessa tre verksamhetsområden är inte fristående från varandra och ett renodlat demensboende där verksamhet för dessa tre rymms in har möjligheter att dels höja kvaliteten på demensomsorgen, dels effektivisera densamma. Resurser tas då tillvara på ett annat sätt än idag och samarbetet mellan de tre verksamhetsformerna kommer att främjas.

En demensdiagnos förändrar livet både för den drabbade och dess anhöriga och huvudansvaret ligger ofta och under lång tid på de anhöriga. Den stora gruppen närståendevårdare behöver även de utbildning, handledning och stöd för att orka med omsorgen.

Demensföreningen ser behov av en utveckling på samtliga tre verksamhetsområden, dvs. slutenvård, öppenvård och närståendevård. Ett renodlat demensboende med enbart slutenvård stärker det ena verksamhetsområdet, men med hänvisning till den statistik som finns tillhanda som entydigt pekar på ett ökat tryck på demensomsorg bör samtliga former av demensomsorg utvecklas och utökas för att kommuner ska kunna erbjuda en kvalitativ och värdig demensomsorg.

På uppdrag från arbetsgruppen angående demensvårdens utveckling i Mariehamn så föreslår Demensföreningen på Åland r.f. följande:

1. Skapa fler platser på boenden (sluten vård) och ESB (effektiviserat serviceboende) för människor med demenssjukdom. (33 platser i Mariehamn är INTE tillräckligt).
2. Personer med demenssjukdom skall inte blandas med andra sjuka äldre. I ett renodlat demensboende kan personalen ge en helt annan stimulans än vid ett blandat boende. Dessutom finns det inom demenssjukdom olika typer av beteende/störningar, där en liten avskild avdelning kan vara till fördel att ta till under en viss tid. I sådana fall är det bra om man har samarbete med ex. med ÅHS-psykiatri. Tyvärr saknas en psykiatrisk-geriatrisk avdelning som det fanns förr, så idag blandas utåtagerande människor med minnessjukdomar med människor med depression, psykoser, manier, missbruk och alkoholavgiftningar på sluten psykiatrisk avdelning vid ÅHS.
3. En demensverksamhet format som ett "center" borde finnas i form av demensboende (sluten vård), ESB, dagverksamhet och med en avlastningspunkt för närståendevårdare. Genom att öppna en till dagverksamhet för människor med demenssjukdom som är öppen alla dagar i veckan (Klippan öppet tre dagar i veckan) så kan dagverksamheten fungera som ett alternativ till avlastningsvård för närståendevårdare dagtid. Vissa dagar skulle kunna vara "vikta" åt yngre människor (under 65 år). För personer under 65 år kunde förslagsvis staden söka samarbete med andra kommuner. "Centret" bör ha tillgång till goda utemiljöer så att livskvaliteten bibehålls och uppfylls i och med daglig utevistelse. Daglig utevistelse resulterar i motion och aktivitet och förstärker även en god dygnsrytm i och med att människor kommer ut i dagsljus.
4. Istället för att människor med demenssjukdom skall få hemtjänst (oftast olika personal som kommer) kunde man med fördel ändra koncept till ett specialteam som innebär att det är specialutbildade närvårdare gällande demenssjukdomar som kommer hem till den minnessjuka och där det oftast är samma eller några närvårdare som gör hembesöken. Specialteamet skulle även arbeta/ambulera på ett ESB och således skulle den minnessjuka då känna igen flera i personalen på det nya ESB-hemmet när sådan vård blir nödvändig.
5. Erbjud avlastningsvård i hemmet dagtid som ett alternativ om närståendevårdaren hellre vill lägga upp avlastningen på så sätt, i stället för att den minnessjuka får periodplats på ett ESB-boende. Periodplats har många gånger visat sig göra den minnessjuka mer förvirrad i och med byte av boende vittnar flera närståendevårdare om. Detta arrangemang kräver mer resurser dagtid men dock inte nattetid. Detta kan ju också lösgöra fler periodplatser.

6. Möjliggör för ledning/förmän/mellanchefer resursmässigt och kunskapsmässigt att verksamheter kan fungera optimalt och på ett sådant sätt som det är tänkt. Se Landskapets *Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdomar* (2012), kapitel 4.7, 4.8, 4.9. Personal behöver få skolning i bemötande och omsorg. Se över utbildningen, främst närvårdarutbildningen, får de studerande tillräcklig kunskap gällande demenssjukdomar?
7. Bygg nytt demensboende på mark i staden som är reserverad för social verksamhet. Gärna i närheten av stadens centrum.
8. Information till anhöriga behövs, rättigheter för närståendevårdare, vem ger sådan information idag? Enligt våra medlemmar är den mycket bristfällig.
9. Demensföreningen föreslår att det skulle vara skild personal (ekonomipersonal) som sköter tvätt, disk och kök istället för närvårdare. Sysselsättningsterapeut med specialskolning gällande demenssjukdomar behövs på demensboenden, som inte räknas in i personalstyrkan. Fysioterapeut likaså, idag finns en 75% tjänst på hela Trobergshemmet och det räcker inte, behöver vara en fysioterapeut som har specialskolning i demenssjukdomar.
10. Installera en "pooltjänst" som är vikt för olika demensenheter i staden. Förslagsvis byt namn till "kompetensen" istället för "pool". På denna tjänst behöver det vara de mest erfarna som arbetar eftersom det är en stor utmaning i att ambulera runt på fler arbetsplatser. Detta för att förhindra att det kommer in helt ny ej inskolad personal/vikarier på demensboenden/ESB.

På uppdrag av styrelsen för Demensföreningen på Åland gm

vik. verksamhetsledare Fia Hagelberg



MARIETPARK 1:200
BOSTADSAKTERNATIV
12.2.07 STARK



Kriterier för stöd för närståendevård

Gäller från och med 1.4.2017

Om stöd för närståendevård stadgas i Lag om stöd för närståendevård 937/2005, ÅFS 111/2007. Kommunen ska anordna servicen inom ramen för budgeterade anslag.

Allmänt

Närståendevård är vård och omsorg som ges en funktionshindrad eller långtidssjuk person i hemmet av en anhörig eller någon annan som står vårdtagaren nära. Stöd för närståendevård ansöks om i vårdtagarens hemkommun i enlighet med Lagen om hemkommun.

Stöd för närståendevård beviljas för att stödja hemmaboende under förutsättning att de kriterier som lagen om närståendevård uppfylls. Inom de gränser lagen tillåter besluter kommunerna om arvudet och kriterierna. I Mariehamns stad uppdelas kriterierna i under 18 år och över 18 år. Vårdarvudet är skattepliktig inkomst och är inte inkomstrelaterat. Det indexjusteras årligen.

Med stöd för närståendevård avses en helhet i vilken ingår:

- Vårdarvode
- Tjänster som tillhandahålls vårdtagaren
- Ledighet och service till stöd för närståendevårdaren

Stöd för närståendevård skiljer sig från den hjälp som närstående personer naturligt ger varandra. För att ha rätt till arvode bör vården vara långsiktig, bindande och krävande. Stöd för närståendevård beviljas inte för utträttande av ärenden eller hushållsarbete. Vårdbehov som kan tillgodoses med hjälpmedel är primärt. Alternativ till stöd för närståendevård är hemtjänst eller vård på annat boende.

Förutsättningarna enligt lagen; 3 §:

- 1) *någon på grund av nedsatt funktionsförmåga, sjukdom eller handikapp eller någon annan motsvarande orsak behöver vård eller annan omsorg i hemförhållanden,*
- 2) *en anhörig till den vårdbehövande eller någon annan som står den vårdbehövande nära är beredd att ansvara för vården och omsorgen med hjälp av behövlig service*
- 3) *vårdarens hälsa och funktionsförmåga svarar mot de krav som närståendevården ställer,*
- 4) *närståendevården tillsammans med andra behövliga social- och hälsovårdstjänster är tillräcklig med tanke på den vårdbehövandes välbefinnande, hälsa och säkerhet,*
- 5) *den vårdbehövandes hem till sina sanitära förhållanden och övriga förhållanden är lämpligt för den vård som skall tillhandahållas där, och om*
- 6) *beviljande av stöd bedöms vara förenligt med den vårdbehövandes bästa*

Ansökan, utredning och beslut

Stöd för närståendevård ansöks skriftligt. Ett läkarutlåtande kan bifogas till ansökan. En vård- och serviceplan uppgörs tillsammans med en socialarbetare. I planen antecknas:

- Omfattningen av och innehållet i den vård som närståendevårdaren ska ge
- Omfattningen av och innehållet i andra social- och hälsovårdstjänster som vårdtagaren har behov av
- Omfattningen av och innehållet i tjänsterna som ges till stöd för närståendevårdarens vårduppdrag
- Hur vården ordnas under närståendevårdarens ledighet eller annan frånvaro
- En kontaktperson för handledning och råd

Bedömningen görs vid ett hembesök tillsammans med vårdtagaren och den tilltänkta närståendevårdaren. Vårdtagarens behov kategoriseras utifrån tre grupper för personer under 18 år och för fyra grupper för personer över 18 år. I den individuella bedömningen beaktas förutom helhetssituationen enligt lagstiftningen och Mariehamns stads kriterier även anslagen i budgeten. Beslut tas av en socialarbetare och delges vårdtagaren skriftligt.

Vem kan vara närståendevårdare?

Närståendevårdaren kan vara en anhörig till vårdtagaren eller någon annan som står vårdtagaren nära, t.ex. den vårdbehövandes sambo eller en nära vän som är beredd att ansvara för vården och omsorgen. Närståendevårdaren ska ha fyllt 18 år måste godkännas av vårdtagaren. Närståendevårdarens hälsa och funktionsförmåga måste motsvara de krav som närståendevården ställer. Socialarbetaren kan begära ett läkarutlåtande för att detta.

Avtal

Om stöd för närståendevård beviljas ingår Mariehamns stad och närståendevårdaren ett uppdragsavtal i vilket antecknas:

- Vårdarvodets storlek enligt gruppkategori
- Utbetalning av arvode samt regler för avbrott i vården
- Betalningssätt
- Vårdarens rätt till ledighet och hur ledigheten ordnas
- Avtalets giltighetstid
- Motivering till ett eventuellt tidsbegränsat avtal

Närståendevårdare är inte i anställningsförhållande till Mariehamns stad eller till vårdtagaren enligt arbetsavtalslagen (55/2001). Bestämmelser om pensionskydd för närståendevårdare finns i Lagen om kommunala pensioner (549/2003). Närståendevårdare är försäkrade i Lagen om olycksfallsförsäkring 57§. Stöd för närståendevård kan påverka andra bidrag och stöd. På begäran av närståendevårdaren kan vårdarvodet fastställas till ett lägre belopp än vad som berättigas. Vid behov begärs ett nytt läkarutlåtande och vård- och serviceplanen uppdateras varvid stödet kan justeras eller avtalet sägas upp.

Utbetalning av stöd för närståendevård

Stöd för närståendevård kan beviljas tidigast fr.o.m. början av den månad ansökan inlämnats och utbetalas den 15:e varje månad.

Kommunen kan säga upp ett avtal om närståendevård så att det upphör att gälla tidigast två månader efter uppsägningen och närståendevårdaren så att det upphör att gälla tidigast en månad efter uppsägningen. Om vårdtagarens eller närståendevårdarens hälsa eller säkerhet äventyras av att avtalet fortsätter att gälla, kan parterna häva avtalet med omedelbar verkan. Oavsett uppsägningstiden upphör avtalet att gälla vid utgången av den månad då vården blivit obehövlig till följd av förändringar i den vårdbehövandes hälsotillstånd.

Närståendevårdarens ledighet

Arrangemanget kring närståendevårdarens ledighet planeras individuellt i enlighet med vad som kan erbjudas av kommunen och enligt överenskommelse i vård- och serviceplanen.

Beroende på vilken grupp som är beviljad har närståendevårdaren lagstadgad rätt till minst två eller fem dagars ledighet per månad. Rätten till lediga dagar beviljas för de kalendermånader under vilken närståendevårdaren oavbrutet eller med få avbrott varit bunden till vården.

Den lagstadgade ledigheten minskar inte arvodet. Om ledigheten blir längre än lagstadgad rätt minskar arvodet i motsvarande grad. Lediga dagar kan endast tas ut för intjänade månader och måste tas ut senast 31 januari följande år. Närståendevårdaren kan ta ut lediga dagar månatligen eller hålla en längre sammanhängande ledighet.

Mariehamns stad och närståendevårdaren kan avtala om att närståendevårdaren tar ut sina lediga dagar i form av flera ledigheter som är kortare än ett dygn på så sätt att ledigheternas längd är sammanlagt högst ett dygn. Periodisering av ledigheten kräver ett avtal mellan kommunen och närståendevårdaren och ingendera parten får ensidigt kräva att ledigheten tas ut i form av flera ledigheter som är kortare än ett dygn.

För service under vårdarens lagstadgade ledighet betalar vårdtagaren högst en sådan avgift per dag som är i enlighet med lagen om klientavgifter inom social- och hälsovård.

Kriterier

Personer under 18 år:

Grupp 1: 392,01€/månad

- Behoven är dagliga och bindande. Vården kräver mer än normal föräldraomsorg. Bedömningen jämförs med barn i samma ålder.
- Vårdtagaren behöver t.ex.:
 - Omfattande vård och omsorg, handledning samt kontinuerlig övervakning
 - Ingen eller lite hjälp nattetid

- Stöd i flera av de dagliga personliga aktiviteterna/funktionerna, t.ex. stöd vid medicinering, blöjbyte, sondmatning
- Stöd i rehabiliteringsåtgärder
- Stöd i det sociala umgänget
- Närståendevårdaren har huvudansvaret för vården
- Utan närståendevård skulle vårdtagaren dagligen behöva annan utomstående hjälp
- Närståendevårdaren kan inte ha rätt till specialvårdspenning för föräldrar till barn under 16 år enligt sjukförsäkringslagen under samma tid som stöd för närståendevård beviljas
- Närståendevårdaren kan förvärvsarbeta
- Vårdtagaren kan vara i barnomsorg, skola eller annan dagvård/sysselsättning i regel högst sju timmar/dag
- Berättigar närståendevårdaren till två dygns ledighet per månad som förverkligas enligt överenskommelse i vård- och serviceplan

Grupp 2: 644,76€/månad

- Vårdtagaren behöver t.ex.:
 - omfattande vård, handledning och hjälp i de personliga rutinerna, t.ex. att klä sig, att tvätta sig
 - Hjälp även nattetid
 - Hjälp och uppsikt i det sociala umgänget
- Närståendevårdaren kan i allmänhet inte vara i förvärvsarbete utanför hemmet
- Vården motsvarar minst 5-6 hemtjänstbesök dagligen eller behov av effektiviserat serviceboende
- Vårdtagaren kan vara i barnomsorg, skola eller annan dagvård/sysselsättning högst sju timmar/dag
- Berättigar närståendevårdaren till fem dygns ledighet per månad som förverkligas enligt överenskommelse i vård- och serviceplan

Grupp 3: 784,01€/månad

- Vårdtagaren behöver under en vårdmässigt tung övergångsperiod, ständig sammanhängande dygnet runt närvaro av närståendevårdaren för ombesörjande av den personliga vården
- Kan beviljas för en månad i taget och för högst sex månader i sträck
- Alternativ till närståendevård är palliativ vård på institution eller sjukhus
- Vårdtagaren kan inte vara ensam
- Närståendevårdaren har under denna tid inte:
 - Arbetsinkomster som inte är ringa
 - Rätt till betald alterneringsledighet
- Berättigar närståendevårdaren till fem dygns ledighet per månad som förverkligas enligt överenskommelse i vård- och serviceplan
- Behovet omprövas när vårdtagaren fyller 18 år

Personer över 18 år:

Grupp 1: 392,01€/månad

- Vårdtagaren behöver daglig vård, omsorg och övervakning i flera personliga funktioner, t.ex. personlig hygien, måltider, medicinintag
- Närstående vårdaren har huvudansvaret för vården
- Vården är utöver normal omsorg inom familjen och är bindande till olika insatser under dygnet
- Vårdtagaren kan bo eller vara ensam en stor del av dagen och kan vara i skola, dagvård eller sysselsättning högst sju timmar/dag
- Närstående vårdaren kan förvärvsarbeta
- Berättigar till avgiftsfri hemtjänst en timme per vecka
- Berättigar närstående vårdaren till två dygns ledighet per månad enligt överenskommelse i vård- och serviceplan

Grupp 2: 644,76€/månad

- Vårdtagaren behöver regelbundet, även nattetid, omfattande vård, omsorg och övervakning i många personliga funktioner
- Vårdtagaren kan inte bo ensam, men kan eventuellt vara ensam någon timme
- Närstående vårdaren kan i allmänhet inte vara i förvärvsarbete utanför hemmet
- Vården motsvarar 5-6 besök dagligen av exempelvis hemtjänst eller vård i effektiverat serviceboende
- Vårdtagaren kan vara i dagvård, sysselsättning eller liknande högst sju timmar/dag
- Berättigar till avgiftsfri hemtjänst en timme per vecka
- Berättigar närstående vårdaren till fem dygns ledighet per månad enligt överenskommelse i vård- och serviceplan

Grupp 3: 784,01€/månad

- Vårdtagaren behöver omfattande vård och omsorg samt övervakning dygnet runt
- Vårdtagaren kan inte vara ensam alls
- Närstående vårdaren är lika bindande och krävande som institutionsvård
- Närstående vårdaren kan inte vara i förvärvsarbete
- Berättigar till gratis hemtjänst en timme per vecka
- Berättigar närstående vårdaren till fem dygns ledighet per månad enligt överenskommelse i vård- och serviceplan

Grupp 4, 1 239,21€/månad

- Vårdtagaren behöver kontinuerlig omfattande personlig dygnet runt vård och omsorg under en mycket tung och tidskrävande övergångsperiod
- Kan beviljas för en månad i taget och för högst sex månader i sträck
- Kan beviljas till närstående vårdare som avbryter förvärvsarbete i syfte att vårda närstående

- Arvodet betalas inte om närståendevårdaren erhåller pension, sjukdagpenning, studiestöd, ersättning för alterneringsledighet eller har någon annan regelbunden inkomst
- Alternativ till närståendevården är palliativ vård på institution eller sjukhus
- Berättigar till avgiftsfri hemtjänst en timme per vecka
- Berättigar närståendevårdaren till fem dygns ledighet per månad enligt överenskommelse i vård- och serviceplan

