

Protokoll fört vid enskild föredragning

Social- och miljöavdelningen
Socialvårdsbyrån, S2

Beslutande
Minister

Annette Holmberg-Jansson

Föredragande

Specialsakkunnig

Susanne Broman

Justerat

Omedelbart

Nr 42

Avtal angående institutionsvård.

ÅLR 2021/9780

52 S2

Enligt tjänstemannabeslut ÅLR 2021/9788 § 1 av den 16.11.2021 har avtal tecknats med konsult AXProbus AB gällande utredning av institutionsvårdens innehåll och om eventuell överföring av institutionsvården för 65 år och äldre till Ålands hälso- och sjukvård. Utredningen utgör en del av underlaget för framtagande av ett äldrepolitiskt program.

Beslut

Landskapsregeringen beslöt att anteckna "Utredning om överföring av långvarig institutionsvård för 65 år och äldre till Ålands hälso- och sjukvård" till kännedom, **bilaga S222E04**.

UTREDNING OM ÖVERFÖRING AV LÅNGVARIG INSTITUTIONSVÅRD FÖR 65 ÅR OCH ÄLDRE TILL ÅLANDS HÄLSO-OCH SJUKVÅRD

AXProbus Ab

Susanne Lehtinen

Januari 2022

SAMMANFATTNING

Utredningen handlar om en överföring av långvarig institutionsvård för 65 år och äldre, som i dagsläget handhas av kommuner och kommunalförbund, till Ålands hälso- och sjukvård. För ändamålet skickades en enkät ut till samtliga 16 kommuner, Kommunernas socialtjänst, Oasen och Ålands hälso- och sjukvård.

Resultatet från enkäten uppvisade att det fanns skillnader i hur kriterier tolkades och bedömningar gjordes och vilka bedömningsinstrument som användes. Gränsdragningen mellan institution och ESB-boende uppfattades som otydlig. Verksamheten på de två existerande institutionerna, Oasen och Trobergshemmets institution, var tämligen likartad bortsett från organisationsform. Oasen utförde lite mera avancerade sjukvårdsuppgifter än Trobergshemmet. Oasen hade haft låg beläggning och delvis tomma platser, medan behovet av institutionsvård i Mariehamn var stort. Stor inflyttning uppgavs som en del av orsaken. Bägge institutioner uppgav att vårdtiderna hade blivit betydligt kortare på grund av allt högre vårdtyngd och att det skulle behövas mera sjukskötare och läkare för att kunna garantera en god medicinsk vård. Den psykiska ohälsan syntes även inom äldreomsorgen. Gränsdragningen mellan sjukvård och sjukhusvård existerar inte i dag och på Åland saknas en vårdnivå helt, nämligen hälsocentralens bäddavdelning.

Vid byte av huvudman för institutionsvården skulle Oasens och Mariehamns kostnader sjunka liksom även kommunernas landskapsandelar, medan ÅHS kostnader skulle öka. Kostnadsfrågan skulle påverkas av hur fastighetsfrågan och övrig administration skulle lösas. Lokaler som skulle omfattas av ett byte av huvudman är Oasens fastighet i Jomala med 58 klientrum och övriga utrymmen och Trobergshemmets fastighet i centrala Mariehamn med 52 klientrum samt övriga utrymmen. Antal personal som skulle beröras av ett byte av huvudman är ca 50 anställda på vardera institutionen.

Utredningen visar att klienter till institutionerna till största del kom från ÅHS, främst från den geriatriska avdelning som hade god kännedom om kommunal äldreomsorg och ett utvecklat samarbete med kommunerna. Till den del klienterna kom från övriga avdelningar inom ÅHS som saknade kunskap om till exempel de medicinska kriterierna och kommunernas olika vårdnivåer hände det ofta att institutionsvård rekommenderades även om klienten på basen av vårdtyngd kunde ha vårdats på ESB-nivå. Att klienter vårdades på för hög vårdnivå berodde också på att kommunernas ESB-boenden inte var tillräckligt utvecklade till antal och innehåll.

Vid byte av huvudman för institutionsvården bör ställning även tas till hur institutionsvård för personer under 65 år, som sköts av KST, skall ordnas. Det handlar om en handfull klienter, vars vårdbehov i dag uppfylls genom att KST köper platser av Oasen och Trobergshemmet.

Utredningen visade att många kommuner ansåg att antalet institutionsplatser kunde minskas betydligt till förmån för mera utvecklad hemservice, specialiserade ESB-boenden och satsning på välfärdsteknologi. En minskning av institutionsplatserna vore också i linje med de servicemål som landskapsregeringen uppställde 2018. Det vore också i linje med den övriga utvecklingen i riket, där majoriteten av kommunerna har avvecklat sin institutionsvård helt. Gällande vårdkedjan från ÅHS till kommun eller kommunalförbund kunde Åland med fördel ta exempel av kommunerna i riket beträffande vårdbedömningar. Resultatet skulle bli enhetliga vårdbedömningar som utgår från patienten och inte utgående från de olika kommunerna eller kommunalförbunden. Förutom enhetliga och jämlika vårdbedömningar, skulle befintliga resurser även utnyttjas effektivare. I utredningen framkom inget motstånd mot ett byte av huvudman för institutionsvården, tvärtom uttalades tydliga önskemål om en överföring av institutionsvården för 65 år och äldre till ÅHS.

Innehåll

INNEHÅLLSFÖRTECKNING.....	3
1. BAKGRUND OCH NULÄGE.....	4
1.1 Uppdragets innehåll.....	5
1.2 Enkätundersökning.....	5
1.3 Långvarig institutionsvård på Åland i dagsläget.....	6
2. RESULTAT FRÅN ENKÄTUNDERSÖKNINGEN.....	6
2.1 Frågor riktade till kommunerna och kommunalförbunden.....	6
2.2 Frågor riktade till institutionerna.....	9
2.3 Frågor riktade till ÅHS.....	16
2.4 Sammanfattning och diskussion.....	18
3. DE EKONOMISKA KONSEKVENSERNA AV EN ÖVERFÖRING.....	19
3.1 Kostnader för Trobergshemmets institution.....	19
3.2 Kostnader för Oasens institutionsvård.....	20
3.3 Konsekvenser för ÅHS.....	20
4. LOKALER SOM OMFATTAS AV EN ÖVERFÖRING.....	21
4.1 Trobergshemmets fastighet.....	21
4.2 Oasens fastighet.....	21
5. PERSONAL SOM BERÖRS AV EN ÖVERFÖRING.....	22
6. KONSEKVENSER FÖR KLIENTERNAS VÅRD- OCH SERVICEBEHOV.....	22
7. KONSEKVENSER FÖR INSTITUTIONSVÅRD FÖR PERSONER UNDER 65 ÅR.....	23
8. JÄMFÖRELSE MED RIKETS INSTITUTIONSVÅRD.....	24
8.1 Jakobstad.....	24
8.2 Raseborg.....	25
8.3 Borgå.....	25
8.4 Sammanfattning och diskussion.....	26
9. AVSLUTANDE KOMMENTARER.....	27

1. Bakgrund och nuläge

Gränsdragningen mellan kommunernas och Ålands hälso- och sjukvårds (ÅHS) ansvar för och service till äldre har varierat över tid. De beslut som gäller ÅHS verksamhet sedan mitten av 1990-talet har påverkat, och påverkar fortsättningsvis, de åländska kommunerna på olika sätt och ÅHS-reformen skapade betydande skillnader i organisationsstrukturen på Åland och i riket.

Flera rapporter och rekommendationer som berör gränsdragningen mellan ÅHS och kommunerna när det gäller service och vård till äldre har utkommit efter ÅHS-reformen. År 2006 gav LR ut en rapport om dåvarande läge och den framtida äldreomsorgen. Rapporten "Slutrapport från arbetsgruppen med uppdrag att utreda äldreomsorgen" innehöll förslag på hur äldreomsorgen kunde se ut på Åland 2020. Sedan dess har bland annat rapporten "Centrum för geriatrik och rehabilitering" (arbetsgruppen Gullåsen i framtiden, 23.4.2010), Kvalitetsrekommendationer för tjänster för äldre (augusti, 2010) och Riktlinjer för omsorg och vård vid demenssjukdom (november, 2012) utkommit. Även den nya socialvårdslagstiftningen som trädde i kraft 1.1.2021 berör ansvarsfördelningen mellan ÅHS och kommunerna, och lagstiftningen gör det ännu mera angeläget att ÅHS och kommunerna utvecklas mot samma mål.

Det som saknas är dock tvärssektoriella långsiktiga strategiska målsättningar för hur servicen till äldre ska tryggas på Åland. En del i detta arbete är utarbetandet av ett äldrepolitiskt program som finns med i den av landsskapsregeringen antagna budgeten för år 2022.

I "Rapport över möjliga minskningar av kommunala kostnader" (2021), nämns behovet av att utreda möjligheter och konsekvenser av att överföra institutionsvård för 65 år och äldre inom socialvården (SVL 22 § + ÄL 17 §) till hälso- och sjukvården, det vill säga ÅHS ansvarsområde.

En utredning av överföring av institutionsvården för 65 år och äldre till ÅHS kunde utgöra ett viktigt underlag för LR inför uppgörande av det planerade äldrepolitiska programmet. Dessutom behöver LR bevaka ett förslag i riket i form av "Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av socialvårdslagen, lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre och vissa lagar som har samband med dem", vilken innehåller ett förslag om att stryka möjligheten att ordna långvarig institutionsvård för äldre vid enheter för institutionsvård inom socialvården. Lagarna avses träda i kraft den 1 januari 2023 och långvarig institutionsvård för äldre personer inom socialvården ska, enligt förslaget, avslutas före utgången av 2027. Genom de föreslagna bestämmelserna förhindras att äldre personer tillbringar resten av sina liv på en socialvårdsinstitution. I stället för vid en institutionsenhet inom socialvården ska vård och omsorg för en äldre person ordnas till exempel som serviceboende med heldygnsoomsorg.

Definitionen av institutionsvård i socialvårdslagens 22 § hör ihop med definitionen i 2 kap. 4 § i sjukförsäkringslagen (FFS 1224/2004), som är rikets behörighet. Folkpensionsanstalten (FPA) avgör om ett boende kan betraktas som institution. Grunderna för öppenvård och institutionsvård framgår av Social- och hälsovårdsministeriets förordning (1806/2009) och dess bilaga. I 2 kap. 4 § i sjukförsäkringslagen (FFS 1224/2004) definieras offentlig institutionsvård enligt följande: "Med institutionsvård avses verksamhet som omfattar uppehälle, vård och omvårdnad på ett sjukhus, en vårdinrättning eller någon annan motsvarande verksamhetsenhet. Institutionsvård är offentlig om

vården ges vid en social- eller hälsovårdsinrättning som staten, en kommun eller en samkommun är huvudman för.

Långvarig institutionsvård innefattar vid sidan av vård också kost, läkemedel, hygien, klädsel samt tjänster som främjar socialt välbefinnande. Den nedre gränsen för långvarig institutionsvård har ansetts vara tre månader, vilket framgår av 7 b § i klientavgiftslagen. Med institutionsvård för äldre avses vården och omsorgen som ges i en institution inom för socialvården som tillhandahåller vård och omsorg dygnet runt och är avsedd för äldre. Enligt definitionen är institutionsvård till exempel inte intensifierat serviceboende, där klienten bor i en bostad som klienten hyr själv.

1.1 Uppdragets innehåll

Utredningen borde besvara vilka eventuella problem/utmaningar som finns i nuläget gällande institutionsvården för äldre, och helst också presentera svar på frågan om en överföring av institutionsvården till ÅHS är lösningen på de eventuella problem som finns. Med "äldre" avses i utredningsuppdraget äldrelagens 3 § (Äldre personer).

En jämförelse med riket när det gäller om institutionsvård på Åland motsvarar institutionsvård eller bäddavdelning i riket, eller om vården på Åland är en blandning, ingår i uppdraget.

Utredningen ska omfatta konsekvenser av vad ett byte av huvudman innebär, både för kommunerna och för ÅHS. För kommunernas del behöver utredningen lyfta konsekvenserna för den kommunala äldreomsorgen och för vård- och omsorgskedjans olika nivåer totalt. Exempelvis behöver det i utredningen framkomma konsekvenser för de effektiviserade serviceboendena som skulle bli kvar i kommunerna. Vad innebär det för överflyttningen mellan olika nivåer? Löser byte av huvudman problemen?

Frågor kring hur de andra delarna av socialvårdens vård- och servicekedja för framför allt äldre påverkas av en överföring behöver utredas. Utredningsuppdraget omfattar vad det skulle innebära för ordnande av institutionsvård för personer under 65 år, vilken således skulle bli kvar inom socialvården. KST synpunkter behöver inhämtas.

Följande områden/konsekvenser ska ingå:

- Ekonomiska konsekvenser och lokaler som omfattas av en överföring (gäller de institutioner som finns i nuläget)
- Personal som berörs av en överföring (till exempel antal, befattningar/utbildning, specialiseringsmöjligheter)
- Klienternas vård- och servicebehov (tyngd och funktionsförmåga)

1.1 Enkätundersökning

För ändamålet har landskapsregeringen gjort en enkät som har skickats ut till samtliga åländska kommuner, kommunalförbundet Oasen boende- och vårdcenter (nedan Oasen), Ålands hälso- och

sjukvård (nedan ÅHS) och Kommunernas socialtjänst k.f. (nedan KST). Enkäten innehöll frågor specifikt till kommunerna, till institutionerna och till ÅHS. Enkäten finns bifogad. (Bilaga 1)

1.2 Långvarig institutionsvård på Åland i dagsläget

Långvarig institutionsvård i enlighet med sjukförsäkringslagens (FFS1224/2004) definitioner bedrivs i dagsläget på Oasen och på Trobergshemmet. I kommunalförbundet Oasen är samtliga lands- och skärgårdskommuner medlemmar förutom Saltvik och Föglö. Oasen har i dagsläget 57 platser för långvarig institutionsvård. Trobergshemmet som ägs av Mariehamns stad har 52 platser för långvarig institutionsvård. Sunnanberg i Saltvik bedrev institutionsvård ännu år 2019 med 27 platser. Saltvik har sedermera omvandlat samtliga institutionsplatser till ESB-platser. KST bedriver ingen institutionsvård i egen regi, utan köper vid behov platser av Oasen, Trobergshemmet och det privata Stiftelsen Hemmet. ÅHS erbjuder avdelningsvård endast när det gäller specialistsjukvård, nivån för bäddavdelning vid hälsocentral saknas helt på Åland.

2. Resultat från enkätundersökningen

Samtliga tillfrågade har besvarat enkäten, varför svarsprocenten blir 100%. För kommunernas del har frågorna besvarats av 15 äldreomsorgschefer/ledare och en kommundirektör. För de två kommunalförbundens del har frågorna besvarats av ledande tjänstemän medan hälso- och sjukvårdsdirektören har besvarat frågorna som var riktade till ÅHS.

2.1 Frågor riktade till kommunerna och kommunalförbunden

De frågor som riktade sig specifikt till kommunerna/kommunalförbunden handlade om klienternas väg från den första kontakten till en institutionsplats.

Upplever man problem med att bedöma behovet av långvarig institutionsvård utgående från de av LR framtagna medicinska kriterierna för långvarig institutionsvård för äldre?

8 kommuner och 1 kommunalförbund svarade att de inte upplever några problem. (Saltvik, Kumlinge, Geta, Lumparland, Lemland, Kökar, Sottunga, Finström och Oasen)

1 kommun svarade att de medicinska kriterierna funnits så kort tid och 1 kommun har inte svarat tydligt på frågan (Brändö och Vårdö)

6 kommuner och 1 kommunalförbund upplever vissa svårigheter. (Jomala, Mariehamn, Sund, Eckerö, Hammarland, Föglö och KST).

Bland annat följande kan noteras i svaren:

Kriterierna uppfattas som stela och stränga och svåra att tillämpa på demensklinter och klienter med psykisk ohälsa, vilket leder till att det lätt blir den medicinska biten som styr på bekostnad av en helhetsbedömning.

Kriterierna är aningen "luddiga" och det brister i vårdplaneringen från ÅHS sida. Kommunen samarbetar mest med hemsjukvården. För klienten blir en utredningsplats på Oasen den enda möjligheten och där fattas det slutliga beslutet om vårdplats. En kommun konstaterar att det finns risk för viss intressekonflikt då Oasen behöver fylla sina platser och få intäkter.

Läkare vid ÅHS gör väldigt lätt bedömningen att en klient behöver institutionsvård även när en plats på effektiverat serviceboende (ESB) skulle räcka. De klienter som i dag vårdas på ESB-nivå var på institution för 10 år sedan om man ser till vårdtyngd och sjukdomsbild.

Behovet av institutionsvård har minskat. Trots det bedömer läkare lätt att institutionsvård behövs. Vissa läkare/sjukskötare känner ej till hur det fungerar i kommunerna. Mycket okunnighet som kommunerna behöver ifrågasätta.

Det upplevs som en kompetensbrist att inte kunna ha kontinuitet med deltagande läkare. Ofta olika läkare som inte har grundkunskapen om de olika vårdnivåerna och inte heller insikt i klienterna, vilket lätt kan leda till felbedömningar.

Gränsdragningen mellan institution och ESB upplevs som otydlig.

Vem gör bedömningen?

I Mariehamn görs bedömningen av en så kallad SAP-grupp, (Samla-Analysera-Placera) i vilken ingår personal från äldreomsorgen samt läkare från ÅHS och hemsjukvårdspersonal. Äldreomsorgens socialarbetare tar det formella beslutet i Mariehamn.

Bedömningen gällande behov av långvarig institutionsvård görs i övriga kommuner av äldreomsorgsledaren eller motsvarande tjänsteman i samråd med medicinsk personal såsom hemsjukvård, läkare, sjukskötare, fysio- och ergoterapeuter. Ofta görs bedömningen i samråd med Oasens personal och läkare vid vårdplanering där, då klienten ofta har beviljats en utredningsplats på Oasen. Själva beslutet fattas av äldreomsorgens ledande tjänsteman utom i en kommun där beslutet fattas på nämndnivå.

Vilka bedömningsinstrument används?

7 kommuner och 1 kommunalförbund (Oasen) uppger att man använder RAI-systemet för att mäta klientens servicebehov. Av dessa meddelar en kommun att nyttjandet är sparsamt då man inte är helt nöjd med systemet. 2 kommuner meddelar att RAI är under arbete och kommer att tas i bruk i kommunen. 6 kommuner och 1 kommunalförbund (KST) svarar att inga bedömningsinstrument används. Av kommentarerna framgår att kommunerna i fråga inte har varit nöjda med bedömningsinstrumentet RAI. 1 kommun hänvisar enbart till att Oasen använder RAI.

Begärs en läkares utlåtande?

4 kommuner (Saltvik, Geta, Sund, Mariehamn) samt KST begär eller beaktar läkarutlåtande om sådana finns att tillgå. Dock konstaterar en kommun att speciellt hemmaboende klienter sällan har ett läkarintyg att lämna in.

5 kommuner (Hammarland, Eckerö, Lemland, Lumparland, Finström) och Oasen svarar att läkarutlåtande tillkommer i samband med vårdplanering på Oasen. Klienten beviljas först en utredningsplats/periodplats på Oasen och under den tiden görs en slutlig bedömning gällande vårdplats där läkare anställd vid Oasen deltar.

4 kommuner svarar att de inte begär in läkarutlåtande (Kumlinge, Brändö, Kökar, Sottunga) och 3 svar är otydliga (Vårdö, Föglö, Jomala)

Vem deltar i vårdplaneringsmöten? På vilket sätt är klienten och dess anhöriga delaktiga?

Vem som deltar i vårdplaneringsmöten varierar utgående ifrån vilken kommun eller kommunalförbund det handlar om, vilket är logiskt med tanke på att kommunernas storlek och organisation också varierar stort. Skillnader finns också beroende på om klienten flyttar direkt hemifrån till institution, vilket är ganska ovanligt, eller om klienten flyttar från ÅHS och beroende på vem som kallar till vårdplaneringsmötet.

För kommuner som är medlemmar i Oasen sker flytten från ÅHS vanligtvis till en så kallad utredningsplats på Oasen. I dessa fall är det Oasen som kallar till vårdplaneringsmöten i vilka Oasens läkare, sjukskötare, eventuellt närvårdare, klient, anhöriga och vanligtvis äldreomsorgschefen eller annan representant från kommunen deltar. Om kommunen kallar till vårdplaneringsmöte kan förutom äldreomsorgschef, även föreståndare, hemservicepersonal, hemsjukvård, läkare och rehab-personal från ÅHS delta.

Mariehamn är den enda kommunen som har en socialarbetare anställd inom äldreomsorgen. I stadens vårdplaneringsmöten deltar förutom klienten och anhöriga, omvårdnadsledare som är sjukskötare samt socialarbetaren.

I alla svar framgår att klienten och anhöriga är delaktiga, vilket är positivt. Dock poängteras också att för klienter med kognitiv svikt är det inte alltid möjligt. Intressebevakare omnämns också i svaren.

Om en klient bedöms ha behov av institutionsvård, vilken är den genomsnittliga väntetiden beaktat alla klienter (hemboende, vid ESB och inom ÅHS)?

Samtliga landskommuner och skärgårdskommuner samt KST meddelar att det inte förekommer någon väntetid, en plats ordnas vanligtvis inom en vecka.

Mariehamn meddelar att det beror på hur akut situation det handlar om. Väntetiden kan vara från några veckor till tre månader. Vanligtvis tas klienten in på en korttidsplats i väntan på slutlig institutionsplats, vilket är olyckligt eftersom korttidsplatserna i första hand är tänkta för närståendevårdares avlastning.

Oasen meddelar för sin del att väntetid är 1–10 dagar. Däremot kan det vara kö till kommunernas ESB-boenden för de klienter som inte bedöms vara i behov av institutionsvård.

2.2 Frågor riktade till institutionerna

Hur många platser finns det? Av de totala platserna, hur många platser är avdelade för specifika klientgrupper? Antal platser och klientgrupper?

Oasen har totalt 57 platser fördelat på tre avdelningar, en sjukvårdsavdelning med 23 platser, 25 platser för klienter med kognitiv svikt och en rehabiliteringsavdelning med 9 platser.

Trobergshemmet har totalt 52 platser av vilka 12 platser är vikta för klienter med kognitiva sjukdomar.

Sunnanberg i Saltvik hade år 2019 officiellt 27 institutionsplatser, även om majoriteten av klienterna de facto befann sig på en ESB-nivå beträffande vårdtyngd.

Vilka sjukvårdsåtgärder gör ni på institutionen?

Oasen kan ge vätskedropp och vissa intravenösa antibiotikakurer. Vidare tas blodtryck, blodsocker och blodprov. Cystofix-byten och sårvård.

Trobergshemmet svarar vitala parametrar, provtagningar, injektioner, katetriseringar, cystofix-byten, sårvård och medicinbehandlingar av olika slag. Ej intravenösa.

Sunnanberg gjorde sedvanliga sjukvårdsåtgärder så som sårvård, katetriseringar och tog laboratorieprov. Ej intravenösa.

Hur sker rehabiliteringen? Vilka övriga tjänster erbjuds klienterna? Finns det daglig verksamhet? Hur tillgodoser institutionen behovet av specifika tjänster så som fysio- och ergoterapi.

Oasen har två fysioterapeuter som gör en rehabiliteringsplan för samtliga på institutionen. Planen följs och även vårdpersonal försöker i bästa mån följa den och handha vardagsrehabiliteringen. Man skulle behöva också en ergoterapeut.

Övriga tjänster är sysselsättnings-”terapeut”, fotvård, tandvård, frisör. Man erbjuder även sånguppträdanden och vänhundar.

Trobergshemmet har två fysioterapeuter som gör upp planer med målet att aktivera klienten till att bli så självgående som möjligt. Man har även en ergoterapeut som är långtidssjukskriven och vikarie har ej funnits att tillgå.

Övriga tjänster som erbjuds är fotvård, frisör och färdtjänst. Tandvård och läkarbesök via ÅHS. Sång- och musikuppträdanden, vänhundar och högläsning. Men klienterna är multisjuka och förmågan att delta och ta till sig varierar stort.

Sunnanberg hade rehabiliteringstjänster som köptjänst av Fysio Åland. I övrigt erbjöds fotvård, frisör och sysselsättning.

Vilken medicinteknisk utrustning/hjälpmedel/digitala tjänster (välfärdsteknik) har ni? Vad skulle behövas?

Oasens svar:

Utrustning: CADD legacy (smärtpump), bladderscan, blodtrycksapparater och CRP-mätare.

Hjälpmedel: Sitt- och ståliftar, sängar, returner, olika selar och förflyttningshjälpmedel, luftmadrasser.

Digitala tjänster: Tunstall-patientlarm som fungerar så att klienten larmar själv.

Vad som skulle behövas: Flera smärtpumpar (CADD legacy), digitala lösningar som dörrlarm, uppstigningslarm och kanske möjlighet till digitala nattbesök till dem som vaknar lätt.

Trobergshemmets svar:

Utrustning: CADD legacy (smärtpump), syreanrikare, blodtrycksmätare, saturationsmätare, bladderscan, CRP-mätare och INR-mätare.

Hjälpmedel: Takliftar och ståliftar, lyftselar i olika storlekar och för olika ändamål, även för dusch. Returners och glidplattor används av väldigt få. Specialmadrasser.

Digitala tjänster: Vivago patientlarm som fungerar så att klienter larmar själv.

Vad som skulle behövas: På demensavdelningen skulle det behövas larmsensorer vid rumsdörrarna och /eller GPS-larm för dem med vandringsbeteende.

Sunnanbergs svar:

Utrustning: Blodtrycksapparater, CRP-mätare, saturationsmätare, INR-mätare. Ingen smärtpump.

Hjälpmedel: Sitt- och stålift, returner och olika selar.

Digitala tjänster: Vivago patientlarm som fungerar så att klienten larmar själv.

Vad påverkas beläggningen av? Vilken är beläggningen (i procent) på årsnivå?

Oasen meddelar att beläggningen påverkas av att vårdtiderna på specialsjukvården har blivit allt kortare och av att klienterna ibland behöver vård på sjukhus trots att de har en permanent plats på Oasen. Beläggningen påverkas också sjukhusets beläggning, har de fullt kommer klienterna snabbare till Oasen. Om beläggningen är låg på sjukhusavdelningen så behåller de patienterna lite längre.

Beläggningsgraden påverkas också av hur mycket platser kommunerna har och vilken kapacitet de har att ta hand om vårdtunga klienter på sina ESB-boenden. Beläggningsgraden år 2019 var 92,4% på 57 platser. År 2021 hittills (nov-dec) ligger den på ca 85%.

Trobergshemmet svarar att beläggningen påverkas av behovet av institutionsvård samt tillfällig frånvaro i form av sjukhusvistelser. Personalbristen som råder för tillfället inverkar också. Ibland kan man inte ha full beläggning på avdelningarna om personal saknas.

Trobergshemmet strävar till att ha en beläggning om 95 % på årsbasis.

Sunnanberg meddelar att man vanligtvis hade full beläggning och tryck på platserna eftersom vårdtiderna inom ÅHS har blivit allt kortare. En välutvecklad hemservice kan delvis hjälpa upp situationen i en kommun.

Behöver klienter stanna kvar inom ÅHS efter att de är färdigbehandlade på grund av platsbrist vid institution eller ESB? Kan det finnas andra orsaker till att klienter stannar kvar inom ÅHS, vilka? Vilken är den genomsnittliga tiden inom ÅHS?

Av landskommunerna är det endast en kommun som uppger att de under år 2019 har haft kostnader för färdigbehandlade klienter. I dagsläget har inga klienter behövt hållas kvar inom ÅHS på grund av platsbrist. Beläggningsgraden på Oasen har varit förhållandevis låg det senaste året.

KST uppger att enstaka dygn kan bli aktuella eftersom KST ännu inte har någon egen ESB-enhet. Under 2021 handlar det ca 30 dygn.

I Mariehamn har klienter behövt stanna kvar inom ÅHS efter att de är färdigbehandlade på grund av platsbrist. Mariehamn har under de tre senaste åren 2019–2021, betalat mellan 20 000 och 100 000 euro i avgifter årligen för de färdigbehandlade klienterna. Mariehamn frågar sig hur behovet av institutionsplatser kan vara så lågt i de övriga åländska kommunerna. Staden har 52 platser för sina dryga 13 000 invånare och Oasen har 57 platser för resten av Åland. Ändå har Oasen ofta haft tomma platser med staden har kö till institutionsvården. Troligtvis är den äldre befolkningen ungefär likvärdig i det medicinska avseendet, men kan man dra slutsatsen att vården inte kan vara jämlik med tanke på detta frågar man sig i staden. En tänkbar orsak kan vara den stora inflyttning som sker till Mariehamn av just äldre. Många flyttar till stan när de behöver vård, från övriga åländska kommuner och från Sverige och fastlandet. Det förekommer till och med att äldre skriver sig hos sina barn i Mariehamn, medan de ligger på ÅHS, för att sedan kunna återopa en boendeplats i staden. Enligt statistik från Ålands statistik- och utredningsbyrå utgjorde åldersgruppen 65+ i Mariehamn 24,9 % av stadens befolkning år 2020. Motsvarande siffra för landsbygden var 20,4% och för skärgårdskommunerna 33,5%. (ÅSUB: Kommunernas befolkning efter åldersgrupper 2000–2020)

Saltvik klarade av att ordna så att färdigbehandlade kunde återgå hem eller få en boendeplats. I vissa fall ansåg man på Sunnanberg att klienten hade behövt stanna lite längre kvar på ÅHS då klienten inte varit färdigt rehabiliterad. Att klienten t.ex. hade behövt flyttas från medicinavdelningen till rehabavdelningen före en placering i kommunens boende. Klienter med rehabiliteringspotential och som inte har anlitat tjänster inom äldreomsorgen tidigare kunde i vissa fall återgå till eget hem och anlita hemservice om de får tillräcklig rehabilitering.

Vad är den genomsnittliga vårdtiden för klienter på institution?

Oasen meddelar att vårdtiden år 2021 ligger på 106 dygn vid utskrivning. Man tillägger att det finns några klienter som varit flera år på institutionen som drar upp statistiken.

Trobergshemmet meddelar att vårdtiden har blivit kortare på grund av klienternas lägre medicinska status vid inflyttning. År 2019 var genomsnittstiden 8 månader, det vill säga 240 dygn. I dag är vårdtiden betydligt kortare, ca 4 månader eller ca 120 dygn. Men det finns en viss variation, somliga klienter avlider inom en vecka efter att de fått en plats, om de till exempel kommer från den palliativa avdelningen, och andra är kvar längre.

På Sunnanberg var vårdtiden alldeles för lång, 3–4 år beroende på att majoriteten av klienterna var på fel vårdnivå, de behövde inte institutionsvård, men det var det som fanns i kommunen.

Vilka bedömningsinstrument används vid bedömning av klienters servicebehov?

Oasen och Trobergshemmet använder båda RAI-systemet. Ibland använder man sig också av MMSE (Mini Mental State Examination) som är ett kort så kallat mini-test för bedömning av kognitiva funktioner. Sunnanberg använde Rai.

Om det finns planer på ändringar i institutionens verksamhet, beskriv dessa (antal platser, specialisering av verksamheten till exempel särskild demensenhet, personalantal, personalkategorier, om-eller tillbyggnader)?

På Oasen kommer 9 platser troligtvis att pausas under år 2022, på grund av badrumsrenoveringar. Detta gäller rehabiliteringsavdelningen. Badrumsrenoveringar planeras för hela fastigheten. Samtidigt ökar man aningen på personalantalet på sjukvårdsavdelningen från 14,27 närvårdare till 16,27 närvårdare. Som orsak uppges den allt högre vårdtyngden.

Trobergshemmet meddelar att antalet institutionsplatser kunde minskas till hälften och resten omvandlas till ESB-platser, som man har ett stort behov av i dag. Staden har planer att bygga ett särskilt demensboende på sikt. Det kommer dock att dröja flera år innan det blir klart.

På Trobergshemmet genomgår personalen en demensutbildning och en utbildning i palliativ vård via Demenscenter. Utbildningarna är obligatoriska och ska vara klara år 2021. 6 anställda går en högskoleutbildning i kognitiv svikt på Ålands Yrkesskola.

Sunnanberg har omvandlat sina institutionsplatser till ESB.

Somliga kommuner har också tagit ställning till behovet av ändringar och uppger då ett behov att omvandla allt flera institutionsplatser till ESB. KST uppger även samma åsikt.

Hur utbyts information vid överföring av klienter mellan institutionen och ÅHS?

Oasen och Trobergshemmet meddelar att rapporteringen sker både muntligen och skriftligen mellan ÅHS-personal och institutionens personal. ÅHS har dessutom tillgång till det som läkaren skriver gällande institutionsvårdens klienter. Institutionerna har tillgång till extern journal.

Ges palliativ vård på institutionen eller överförs klienten till ÅHS?

Oasen och Trobergshemmet meddelar att båda varianterna förekommer. Det vanligaste är att klienten är kvar på institutionen till livets slut om det inte är fråga om ett svårare palliativt förlopp. När Sunnanberg hade institutionsplatser gällde samma sak där. I dagsläget sköts klienter även på ESB till livets slut.

I de fall institutionerna får ta emot klienter från ÅHS palliativa avdelning, kan förloppet vara väldigt kort och klienterna kan avlida inom en vecka.

Hur sker samarbete med psykiatrin för klienter med psykisk ohälsa?

Samarbetet sker via kontakt med primärvårdens läkare. Både Oasen och Trobergshemmet upplever att samarbetet kunde fungera bättre. Den egna personalen har en alldeles för låg kunskapsnivå inom detta område och man behöver stöd i omvårdnaden av dessa klienter. Behovet ökar då den psykiska ohälsan i samhället ökar. Det är svårt att få in klienter med behov av specialiserad psykiatrisk vård.

Bägge institutioner har erfarenheter av tråkiga incidenter gentemot både personal och andra klienter, där man varit tvungen att tillkalla polis. Ofta platsar äldreomsorgens klienter inte heller på de psykiatriska avdelningarna, där det kan vara oroligt, varför de ofta är tillbaka på institutionen följande dag. En renodlad psykogeriatrik avdelning skulle vara den bästa lösningen på problemet.

Aggressivt beteende inom demensvården ska dock kunna hanteras av den egna personalen. Dock försvåras det av personalbrist och framför allt kompetensbrist.

Utöver dagens två institutioner har 4 kommuner också valt att kommentera samarbetet med psykiatrin utgående från sina erfarenheter från de effektiverade serviceboendena. Kommunerna konstaterar att samarbetet med psykiatrin behöver förbättras, för att undvika åldersdiskriminering. Äldre borde till exempel ha lika rätt till samtalsstöd som yngre. Konsultation gällande hembesök till äldre med psykisk ohälsa efterlyses också. En kommun konstaterar att man inte kunnat få hjälp varken av polis eller psykiatri. Det är svårt att få psykiatrisk hjälp till klienter som bor på ESB, detta oavsett om de har haft psykiska besvär under större delen av livet. "Denna klientgrupp far otroligt illa". För skärgårdskommunerna kan dessutom logistik och distans skapa problematiska situationer.

Hur sköts jourärenden, d.v.s. om institutionen behöver konsultera läkare för en klient under jourtid?

Främst genom att kontakta hälsocentralens jour eller akuten. På Oasen händer det också att man får ringa institutionens egen läkare som känner klienterna bäst.

Hur bedöms den framtida utvecklingen på basen av ingångna samverkansavtal gällande service på institution, generellt och som ett verktyg för planering av verksamheten?

Oasen svarar att det behövs bättre och tätare samarbeten med personcentreringen i fokus för att kunna leverera en kvalitativ sjukvård, vilket är fallet på institutionerna i dag, det är inte längre socialvård.

Trobergshemmet svarar att man har stora problem med att driva högkvalitativ medicinsk institutionsvård med kommunens resurser, både ekonomiskt och kompetensmässigt. I dagsläget brister det i kompetensen och resurserna som skulle behövas för de adekvata och nödvändiga medicinska insatserna. Inom ÅHS finns kunskap om äldreomsorgen främst på den geriatrika avdelningen. Den medicinska och kirurgiska avdelningen samt akuten saknar oftast kunskap om äldreomsorgen och vårdnivåerna, vilket resulterar i att de ofta rekommenderar institutionsvård. Det höga antalet AT-läkare som saknar kunskap om förhållandena i landskapet ställer också till problem.

Sunnanberg uppger som sin åsikt att endast ett fåtal klienter behöver institutionsvård och att institutionsvården inte hör hemma under kommunernas socialvård, utan borde överföras till ÅHS ansvarsområde. Samtliga borde bli mera insatta i de medicinska kriterierna och hemsjukvården borde utvecklas. Läkarna saknar ofta kunskap om de medicinska kriterierna och om de olika vårdnivåerna i kommunen. Läkare lyssnar mycket på anhörigas önskemål.

Vårdpersonalens antal?

Oasen har 38 närvårdare, 6 sjukskötare och 3 avdelningsskötare (som är sjukskötare i grunden)

Trobergshemmet har 38 närvårdare, 6 sjukskötare och 4 omvårdnadsledare (som är sjukskötare i grunden).

På grund av det svåra rekryteringsläget finns det ofta flera lediga vakanser.

Sunnanberg hade år 2019 16 närvårdare, 2 sjukskötare, en omvårdnadsledare och 2 vårdbiträden.

Övrig personal?

På Oasen finns, förutom den direkta vårdpersonalen, även 2 fysioterapeuter, 1 sysselsättnings-
"terapeut", 1 överskötare, 1 vårdkoordinator, 1 förbundsledare, 1 ekonom, 1 löneräknare, 0,6
vaktmästare, 5,6 kockar och 4 lokalvårdare.

På Trobergshemmet finns, förutom den direkta vårdpersonalen, även 2 fysioterapeuter, 1
ergoterapeut (sjukskriven) och 1 föreståndare. För hela äldreomsorgen finns dessutom 1
socialarbetare, 1 kvalitetsutvecklare, 1 servicehandledare, 1 äldreomsorgschef och 2 administratörer.
Från centralförvaltningen i stadshuset sköts köks- och lokalvård, löner, bokföring och ekonomi och
viss övrig förvaltning. Trobergshemmets kök har 6,5 kockar som ansvarar för matportioner till
institutionsvården, ESB-boendet och matportioner till hemmaboende.

Sunnanberg hade en äldreomsorgschef och en sysselsättningsterapeut, samt tillgång till kommunens
administrativa personal.

Hur ofta kommer läkaren till institutionen? Sker kontakten via telefon, digitalt eller på något annat sätt? Är läkarresurserna tillräckliga i dagsläget?

Läkaren besöker båda institutionerna 2 gånger per vecka, ca 10–12 timmar per vecka. Uppföljningar
kan skötas via telefon eller digitalt. Båda Oasen och Trobergshemmet anser att läkarresurserna är
otillräckliga med tanke på klienternas medicinska tillstånd.

När Sunnanberg hade institutionsvård kom läkaren dit 1 gång/vecka, ett par timmar åt gången, vilket
ansågs tillräckligt med tanke på att klientelet inte var på institutionsnivå sett till vårdtyngden.

Anser ni att ni har tillräckligt med personalresurser med lämplig utbildning, eller skulle det behövas exempelvis flera sjukskötare?

Oasen och Trobergshemmet svarar att man absolut borde ha mera sjukskötare på grund av att
klienterna är mera svårt sjuka och kräver mera sjukvård. Att ha endast en sjukskötare i tjänst som i
dagsläget är mycket skört. Mera läkartjänster skulle också behövas. Särskilt som man mer eller
mindre bedriver "mini-geriatrik" i dagsläget.

Behövs en utveckling av vård- och servicekedjan (vård- och servicenivåer och vård- och serviceformer) för äldre personer på Åland? Ange i så fall på vilket sätt.

Kommunerna borde ha möjlighet att satsa mera på förebyggande insatser och stöda och förlänga hemmaboendet, samt ge stöd till närståendevårdare och därigenom förhoppningsvis på sikt minska de skattebaserade kostnaderna. Något som i det långa loppet skulle gynna inte bara den enskilda utan hela Åland. I dag går en väldigt stor del av resurserna till en mindre grupp multisjuka äldre med tunga diagnoser som har ett mycket stort behov av sjukvårdsinsatser.

För att kommunerna ska kunna jobba förebyggande och stöda och förlänga hemmaboendet behöver även ÅHS hemrehabilitering och hemsjukvård utvecklas.

I många kommuner råder brist på ESB-platser, vilket gör att klienter ibland "övervårdas" på institution. Det råder även brist på specialiserade boendeformer för till exempel yngre personer med demensdiagnoser och klienter med psykisk ohälsa. Det finns en gråzon mellan ESB och institution samt en gråzon i de medicinska kriterierna.

Servicesedlar borde införas som alternativ så att de äldre kunde välja mera fritt.

Kommunerna ligger efter vad gäller välfärdsteknik och apparater både inom ESB och inom hemservice, något som det borde satsas betydligt mera på.

Den ökade psykiska ohälsan i samhället märks även inom äldreomsorgen, både inom institutionerna och inom ESB. Såväl institutionerna som kommunerna upplever att dessa klienter inte får adekvat vård och hjälp i dag. En renodlad psykiatrisk avdelning skulle behövas.

Personalbristen är ett gemensamt problem. Omsorgsassistenterna kunde avlasta närvårdare med att köra matvagnar, tvätta kläder med mera. Om institutionsvården låg under ÅHS skulle det troligtvis vara aningen lättare för dem att rekrytera sjukskötare.

Gällande beröringspunkterna till ÅHS konstateras att det skiljer stort mellan ÅHS olika kliniker. Geriatrin har kunskap om äldreomsorgen och de olika vårdnivåerna. Det saknar de övriga klinikerna, med felbedömningar, revirtänkande och prestigefrågor som följd. Överlag finns mycket intressebevakning som påverkar samarbete och service. Det är mycket fokus på organisationerna på bekostnad av klienterna och klienter kan lätt bollas mellan olika ställen.

Samtliga borde bli mera insatta i de medicinska kriterierna.

Samma huvudman för all institutionsvård (=ÅHS) skulle ge effektiviseringsvinster. Vårdkedjan skulle bli mera sömlös och onödiga flyttar mellan olika ställen kunde undvikas. ÅHS har redan ansvaret för läkarna på institutionerna samt ansvaret för de psykiatriska insatserna. Planeringen för klienter skulle ske mera effektivt och jämlikt då det skulle utgå från ett ställe. Idag görs olika bedömningar i alla 16 kommuner. I dag är det alltför många som gör samma saker. Kommunerna kunde i stället satsa mera på ESB och tjänster till hemmaboende.

En gemensam huvudman skulle också underlätta för fysio- och ergoterapeuternas arbete. Dessa jobbar ensamma på institutionerna i dag och deras arbetstid går tidvis också till fel saker beträffande hjälpmedel, vilket skulle undvikas i en större enhet med en gemensam huvudman.

I dagsläget går oskäligt mycket av institutionernas tid till att upphandla olika apparater och hjälpmedel, något som bättre kunde skötas av ÅHS centralt. På institutionerna finns apparater som inte används så ofta och vars underhåll ingen är insatt i. Det händer också att patienter från ÅHS har behov av något specialkonstruerat hjälpmedel, som institutionerna blir "tvungna" att köpa loss då klienten överförs till institutionen. När klienten i sinom tid avlider blir hjälpmedlet kvar i institutionernas förråd, vilket är varken effektivt eller särskilt hållbart.

2.3 Frågor riktade till ÅHS

Hur sker utskrivningen från specialsjukvården då kommunen ska ordna vård och service?

Utskrivningen föregås av en kontakt från avdelningen till berörd kommun. Om det handlar om en patient som inte från tidigare finns i kommunens servicenätverk så hålls i regel en vårdplanering.

Hur ofta stannar patienter kvar inom ÅHS efter att de är färdigbehandlade på grund av platsbrist vid institution eller ESB? Vilken är den genomsnittliga tiden vid ÅHS?

ÅHS har som regel varit ganska flexibla gällande utskrivningar. Om kommunen inte genast har en ledig plats förs diskussioner för att hitta en lösning som är bra för patienten. ÅHS har endast en vårdnivå, det vill säga specialsjukvårdsnivå som avdelningsvård. Från vilken straffavgifter utgår. Mariehamns stad har under de senaste 3 åren fakturerats en summa på 200 000 euro för dylika straffavgifter. Summan borde vara den dubbla om straffavgifter läggs vid rätt tidpunkt.

Är läkarresurserna i dagsläget tillräckliga vid institutionerna?

Ja, för att fylla lagens krav, men nej för att ge en kvalitativt god vård. Det är av högsta vikt att den medicinska utvecklingen vid institutionerna leds av en läkare. I dag finns inte tid för detta.

Klienter som är inskrivna vid en institution och behöver palliativ vård, vårdas klienten på institutionen eller överförs klienten till ÅHS?

På den palliativa avdelningen på ÅHS vårdas främst patienter som annars bor i eget hem. Men det förekommer också att patienter med svår smärtproblematik remitteras från institutioner eller serviceboenden.

Vilka bedömningsinstrument används vid bedömning av klienters servicebehov?

ÅHS bedömer inte servicebehov, det gör kommunen.

Hur och vem/vilka deltar i vårdplaneringen för patient som behöver institutionsvård?

Det varierar stort utgående ifrån vilken kommun eller kommunalförbund det handlar om.

Hur ser man på gränsdragningen mellan sjukvård/sjukhusvård, så att sjukvård är det som görs på institutionerna och sjukhusvård är det som hör till ÅHS, är det möjligt att definiera vad som är vad?

Definitionen saknas i dag. Institutionerna arbetar på väldigt olika sätt och på olika nivå med vårdåtgärder som klassas som sjukvård.

Hur sköts jourärenden, d.v.s. om institutionen gällande en klient behöver konsultera läkare under jourtid?

Genom att kontakta hälsocentralens läkarjour eller vid behov även akutens läkare.

Hur sker samarbete med psykiatrin för klienter med psykisk ohälsa?

Läkaren som ansvarar för vården på institutionen har alltid möjlighet att konsultera psykiatrin och psykiatrijouren, dygnet runt. Klienter som vårdas på institution och har vårdkontakt till psykiatrin på grund av sin psykiska sjukdom följs upp av psykiatrin läkare. Läkare besöker patienten på institutionen då det inte är möjligt/ändamålsenligt ur patientperspektiv att patienten kommer till ÅHS. Om behovet finns kan psykiatrins sjukskötare träffa patienten på institution eller handleda personalen på institution.

Psykiatriska avdelningen fungerar som en "intervallvårdsplats" för en del klienter på Stiftelsen Hemmet och Oasen.

Bedöm hur många klienter per år från institutionerna som behöver sjukhusvård. Av dessa, hur stor andel är återkommande?

Inget svar har erhållits.

Hur utbyts information vid överföring av klienter mellan institutionen och ÅHS?

Genom avtal för delad journal och genom muntlig överföring.

Hur bedöms den framtida utvecklingen på basen av ingångna samverkansavtal gällande service på institution, generellt och som ett verktyg för planering av verksamheten?

Inget svar har erhållits.

Behövs det en utveckling av vård- och servicekedjan (vård- och servicenivåer och vård- och serviceformer) för äldre personer på Åland i dag? Ange i så fall på vilket sätt.

Det enkla svaret är ja. Det märks tydligt att det på Åland fattas en nivå för hälsocentralens bäddavdelning. Den vårdnivån skulle underlätta för kommunerna och säkerställa att kostnaderna för de färdigbehandlade klienterna inte skjuter i höjden.

Den pågående pandemin har också visat att det inte är effektivt med så många olika instanser. Samma huvudman skulle vara en fördel då man kunde få större volymer, vilket skulle underlätta såväl planering som förflyttning av personal i enlighet med behov.

En gemensam SAP-grupp som gjorde vårdbedömningarna för samtliga kommuner på Åland skulle inte bara vara effektivt det skulle också resultera i mera rättvis och jämlik bedömning av vårdbehovet i hela landskapet. Detta i sin tur skulle leda till att klienter skulle vårdas på rätt nivå och

platser skulle utnyttjas till det som de är avsedda för. Samhällsekonomiskt och kompetensmässigt vore det en fördel på längre sikt.

Kommunerna och kommunalförbunden borde också säkerställa att ledarna på boendena har vårdutbildning.

Frågorna var svåra att besvara eftersom de inte var riktade till kommunerna eller ÅHS utan de var blandade. Stora frågor som kräver en hel del utredning och diskussion internt innan de kan besvaras. Väldigt kort svarstid.

2.4 Sammanfattning och diskussion

Tolkningen av enkätsvaren försvåras till viss del av att somliga kommuner har besvarat alla frågor, även dem riktade till institutionerna, utgående från kommunens erfarenheter från sina ESB-boenden. Vilka svar som specifikt svarar på frågan om institutionsvården blir därmed svår att säkerställa i vissa fall. Alla har inte heller noterat att svaren skulle basera sig på uppgifter för år 2019.

Frågan om de medicinska kriterierna delar kommunerna. Många anser dem stela och svåra att tillämpa på alla klientgrupper. Utgående från kommunernas svar verkar de medicinska kriterierna inte vara särskilt välkända bland ÅHS personal, den geriatriska avdelningen undantagen, något som givetvis försvårar samarbetet då det handlar om delad behörighet.

Gällande bedömningsinstrument och läkarutlåtanden finns också en tudelning. Alla använder inte särskilda bedömningsinstrument och läkarutlåtanden begärs inte in av alla.

Däremot är det positivt att klienter och anhöriga är delaktiga i vårdplaneringsmöten enligt alla svar.

Av svaren framgår att gränsdragningen mellan institutionsvård och ESB-boende uppfattas som "luddig" av de flesta. Många påtalar behovet av mera ESB-boende och färre institutionsplatser.

Oasen har haft låg beläggning, vilket betyder att det inte förekommer någon egentlig väntetid. Däremot framgår att klienter ibland vårdas på Oasens institutionsplats i väntan på att en ESB-plats i kommunen ska bli ledig. I Mariehamn förekommer väntetider upp till 3 månader, även om antalet institutionsplatser sett till invånarmängden inte skiljer sig från Oasen och övriga landskapet. Varför behovet av institutionsvård är större i staden förblir oklart. Stor inflyttning och en tendens att skriva sig i staden vid sjukdom och ökat servicebehov uppges som en möjlig orsak. Mariehamn har som enda kommun stora utgifter för de färdigbehandlade patienter inom specialistsjukvården som man inte genast kan bereda plats åt.

Verksamheten på Oasen och Trobergshemmet är tämligen likartad. Antal personal och utbildning skiljer sig inte nämnvärt åt. Bägge institutioner meddelar dock att den vårdtyngd som klienterna har i dag skulle förutsätta mera sjukskötare samt mera läkartid. Gällande utrustning och apparatur finns inte heller större skillnader. Oasen gör dock lite mera avancerade sjukvårdsåtgärder, som till exempel, intravenösa dropp, som inte görs på Trobergshemmet. Gemensamt för bägge institutioner är också att vårdtiderna har blivit allt kortare eftersom klienterna har en allt lägre medicinsk status vid inskrivning. Bägge institutioner vårdar klienter till livets slut, endast om det är fråga om ett svårare palliativt förlopp flyttas klienten till ÅHS palliativa avdelning. Samarbetet med psykiatrik behöver utvecklas, en fråga som många kommuner också har valt att kommentera. Av svaren kan utläsas en oro för äldre klienters möjlighet till adekvat psykiatrisk vård och en risk för att klientgruppen far illa.

Gällande utvecklingsfrågor finns många förslag och upplägg. ÅHS som huvudman för institutionsvården skulle ge effektiviseringsvinster på många områden. Kommunerna borde i stället ägna sig mera åt att utveckla sina ESB-boenden, både gällande platsantal och innehåll. Ett gemensamt orosmoln är bristen på behörig personal. En ny personalgrupp i form av vårdassistenter skulle underlätta en hel del.

Från ÅHS håller man med om att det finns ett större behov av läkartjänster vid institutionerna. Någon gränsdragning mellan sjukvård och sjukhusvård existerar inte i dag, vilket kan resultera i att allt för sjuka och vårdtunga klienter hamnar i kommunernas socialvård/äldreomsorg. Enligt ÅHS märks det tydligt att en vårdnivå saknas helt på Åland, nämligen hälsocentralens bäddavdelningar, som på fastlandet gör en del av det som på Åland hamnar på kommunernas socialvård/äldreomsorg. Även ÅHS ser fördelar och synergieffekter med en gemensam huvudman.

3. De ekonomiska konsekvenserna av en överföring

Nedan presenteras kostnaderna för dagens två institutionsboenden Oasen och Trobergshemmet. Vid jämförelse mellan dessa två bör man notera att organisationsformerna är olika. Oasen är ett kommunalförbund medan Trobergshemmets institution är en del av Mariehamns stads förvaltning. För att kunna utröna mera detaljerade ekonomiska konsekvenser behövs ställningstaganden kring framför allt hur fastighetsfrågan ska lösas. Om institutionsvården överförs till ÅHS, skall den då bedrivas i de nuvarande fastigheterna eller eventuellt i ÅHS egna fastigheter. Det finns också skillnader i lönesättningen mellan institutionerna. Oasen betalar lite högre löner.

3.1 Kostnader för Trobergshemmets institution

Kostnaderna för Trobergshemmets institutionsvård uppgår till dryga 3,2 miljoner euro, i bokslut 2019 och dryga 3,6 miljoner euro i bokslut 2020. I stadens redovisning för bruttokostnader ingår personalkostnader, material, köptjänster, internhyror, kost- och lokal, vaktmästeri och IT-tjänster. Personalkostnadernas andel av de totala kostnaderna är 2,7 respektive 3,1 miljoner. Intäkterna består av avgiftsintäkter, försäljningsintäkter och bidrag. Eftersom viss administration i staden sköts centralt tillkommer en kostnad på 8% som läggs till nettokostnaderna. Denna centraladministration består bland annat av löneräkning, personalförmåner, företagshälsovård, bokföring och finans samt stadskansliets övriga administration.

BOKSLUT 2019		BOKSLUT 2020	
Kostnader brutto	3 950 229 euro	Kostnader brutto	4 492 617 euro
Intäkter	920 841 euro	Intäkter	1 149 679 euro
Kostnader netto	3 029 388 euro	Kostnader netto	3 342 937 euro
Kostnad för central- administration 8%	242 351 euro	Kostnad för central- administration 8%	267 434 euro
Kostnad totalt	3 271 739 euro	Kostnad totalt	3 610 372 euro

Vid byte av huvudman för institutionsvården skulle följaktligen stadens kostnader minska. Kostnadsfrågan påverkas självklart också av hur fastighetsfrågan löses. Samtidigt skulle de erhållna landskapsandelarnas belopp även sjunka, exakt hur mycket är omöjligt att säga. Landskapsandelarna baseras på de årliga driftskostnaderna och antal invånare i olika åldersgrupper. Basbeloppen är olika för de olika åldersgrupperna.

3.2 Oasens kostnader för institutionsvård

Kostnaderna för Oasens institutionsvård uppgår till dryga 4,8 miljoner euro i bokslut 2019 och dryga 5,2 miljoner euro i bokslut 2020. Kostnaderna består av kostnader för den allmänna förvaltningen, kök, fastighet och själva institutionsvårdens kostnader i form av personalkostnader, material och köptjänster. Personalkostnadernas andel av de totala kostnaderna är 4,6 respektive 4,9 miljoner. Intäkterna består av avgiftsintäkter, understöd och bidrag samt övriga verksamhetsintäkter. Kostnaderna för det effektiviserade serviceboendet som Oasen driver för Jomala kommuns del ingår inte i dessa siffror.

BOKSLUT 2019		BOKSLUT 2020	
Kostnader brutto	5 877 089 euro	Kostnader brutto	6 211 062 euro
Intäkter	999 771 euro	Intäkter	979 317 euro
Kostnader netto	4 877 318 euro	Kostnader netto	5 231 745 euro

Vid byte av huvudman för institutionsvården skulle följaktligen kostnaderna minska för de kommuner som är medlemmar i Oasen. Kostnadsfrågan påverkas självklart också av hur fastighetsfrågan löses. Samtidigt skulle de erhållna landskapsandelarnas belopp även sjunka. Landskapsandelarna baseras på de årliga driftskostnaderna och antal invånare i olika åldersgrupper. Basbeloppen är olika för de olika åldersgrupperna. Dessutom finns särskilda skärgårdstillägg.

3.3 Konsekvenser för ÅHS

För ÅHS del skulle följaktligen kostnaderna stiga ifall ÅHS blev huvudman för institutionsvården för 65 år och äldre. Personalkostnaderna utgör den klart största kostnaden. Förutom fastighetsfrågan påverkas kostnadsfrågan också av hur övriga stödfunktioner löses, såsom kök, lokalvård och allmän administration. Ifall man vid byte av huvudman samtidigt minskade på antalet institutionsplatser skulle det förstås påverka kostnaderna. Å andra sidan skulle ett byte av huvudman troligtvis medföra en hel del effektiviseringsvinster, både gällande personal, övrig administration och utrustning. På många områden finns redan i dag ett nära samarbete mellan institutionerna och ÅHS, bland annat gällande upphandling av mediciner och vårdmaterial.

4. Lokaler som omfattas av en överföring

Vid ett byte av huvudman behöver fastighetsfrågan utredas noggrant. Har ÅHS egna utrymmen som är lämpliga för verksamheten? Vilken av de nuvarande två fastigheterna lämpar sig bättre för institutionsvård och vad händer om allt flera institutionsplatser omvandlas till ESB-boenden? Om antalet institutionsplatser minskar, räcker det eventuellt med enbart den ena av dagens institutioner.

4.1 Trobergshemmets fastighet

Trobergshemmets institutionsvård bedrivs i en nybyggd del av fastigheten, i det nordöstra hörnet vid Norra gatan/Ålandsvägen, som färdigställdes år 2011. Fastigheten ägs av Mariehamns stad. Den nybyggda delen omfattar 4 institutionsavdelningar med 12–14 platser per avdelning. Totalt 52 klientrum. (I samma flygel finns också en ESB-avdelning). Avdelningarna är byggda på ett sådant sätt att man kunnat undvika långa korridorer för att också lämpa sig för demensvård och klienter med vandringsbeteende. Samtliga klientrum har egna hygienrum med takliftar som underlättar flytt från säng till badrum. Avdelningarna har egna fördelningskök och matsal/samlingsrum, små kanslier på varje avdelning samt tvätt och sköljrum. Ett gemensamt medicinrum och materielrum finns också för samtliga avdelningar samt sedvanliga duschar och omklädningsrum för personal och parkeringsplatser.

Dessutom finns ytterligare 2 kanslirum, tillgång till större mötesrum och en festsal med tillgång till gymredskap som är gemensam med Trobergshemmets ESB-boende och övrig äldreomsorg.

4.2 Oasens fastighet

Oasens fastighet benämns Prästgården IV och ligger i Jomala på Godbyvägen 486. Fastigheten ägs av kommunalförbundet. Fastigheten är ursprungligen uppförd åren 1961–1962. År 1993 byggdes fastigheten till och stora delar grundrenoverades. Efter det har akuta renoveringsåtgärder gjorts. Under 2014 och 2015 har flera besiktningar av fastigheten gjorts som har resulterat i en underhållsplan för åren 2015 – 2025.

För tillfället pågår badrumsrenoveringar, vilka föranleder att Oasen har 9 institutionsplatser färre under år 2022. Samtliga badrum ska renoveras.

Institutionsvården har 58 klientrum till sitt förfogande, samtliga med egna hygienutrymmen. På avdelningarna finns dessutom små kanslier, pentry och matsal för avdelningens klienter samt ett gemensamt medicinrum. Utöver dessa utrymmen har man tillgång till ett ljusterapirum, gym, tandläkarrum, mötesrum och rum som används av dagverksamheten. Sedvanliga personalutrymmen så som omklädningsrum och dusch tillkommer.

5. Personal som berörs av en överföring

För Oasens del 38 närvårdare (omräknat till helårsanställningar), 6 sjukskötare, 3 avdelningsskötare, 2 fysioterapeuter, 1 sysselsättnings-”terapeut”, 1 överskötare och 1 vårdkoordinator. Överskötaren och vårdkoordinatören ansvarar också för det effektiverade serviceboendet med 10 platser, som Oasen driver för Jomala kommuns räkning. Övrig personal som är anställd vid Oasen framgår under tidigare fråga under kapitel 2.2.

För Trobergshemmets del handlar det om 38 närvårdare, 6 sjukskötare, 4 omvårdnadsledare, 2 fysioterapeuter, 1 ergoterapeut och en föreståndare som samtliga arbetar enbart inom institutionsvården. Övrig personal som är anställd för hela äldreomsorgens behov framgår under tidigare fråga under kapitel 2.2.

6. Konsekvenser för klienternas vård- och servicebehov

Av de insamlade uppgifterna från kommunerna och kompletterande svar utifrån möten och telefonsamtal framgår att majoriteten av de klienter som får en plats på institutionerna kommer från ÅHS. Det är ganska ovanligt att klienter som bor hemma flyttar direkt till en institution. Vårdkedjan går från stödåtgärder i hemmet i form av matservice och trygghetslarm till hemservice eller närståendestöd. När behovet av hemservice ökar markant blir en plats på ett serviceboende eller effektiverat serviceboende vanligtvis aktuellt. I de fall en klient flyttar direkt till institution, utan tidigare kontakter med kommunens äldreomsorg, föregås flytten vanligtvis av ett allvarligt sjukdomsförlopp eller trauma. Den huvudsakliga vårdkedjan från stödåtgärder i hemmet till en plats på ett ESB-boende skulle inte påverkas av ett byte av huvudman för institutionsvården.

Till institutionerna kommer klienterna främst från ÅHS. En stor del kommer från den geriatriska kliniken, där det finns kunskap om äldreomsorg och kommunernas servicenivåer. Övriga klienter kommer från den medicinska och kirurgiska avdelningen, akuten och även från den palliativa avdelningen, där kunskapen om medicinska kriterier och kommunernas servicenivåer inte är densamma som på den geriatriska avdelningen. Detta i kombination med att ÅHS ska planera vården tillsammans med 16 kommuner och två kommunalförbund i olika storlekar som alla har varierande serviceutbud gör att bedömningarna av vårdbehovet kan variera. Man kan inte heller helt utesluta att bedömningar görs utgående från vilket utbud som finns i kommunerna. Resultatet blir lätt att klienter vårdas på fel vårdnivå, och oftast på en för tung nivå, det vill säga institution. Orsakerna kan bero på ovannämnda okunskap bland delar av ÅHS personal gällande de medicinska kriterierna och de olika vårdnivåerna i kommunerna. Vidare kan det bero på att kommunerna inte har utvecklat sina effektiverade serviceboenden tillräckligt eller utvecklat kompetensen bland sin personal för att kunna ta emot alla klienter. Speciellt ESB-platser som är specialiserade inom demens verkar vara en bristvara.

Det förekommer att klienter vårdas på Oasen för att det saknas ESB-platser i hemkommunen. Mariehamn har haft höga kostnader för färdigbehandlade patienter, som alltså är kvar inom specialistsjukvården för att staden inte genast har kunnat anvisa en boendeplats. Problematiken hänger ihop med avsaknaden av en nivå inom vårdkedjan, hälsocentralens bäddavdelning, som på fastlandet är det ställe där färdigbehandlade patienter väntar på en slutlig boendeplats. På Åland är det socialvården och kommunernas äldreomsorg som har motsvarande ansvar.

Om en klient en längre tid vårdas på fel nivå och då särskilt på en för hög vårdnivå, kan det få förödande konsekvenser för den enskilda, vars funktionsnivå och aktivitetsförmåga kan försämrats drastiskt. Utöver konsekvenserna för den enskilda får det också ekonomiska konsekvenser då institutionsvård och specialistsjukvård är mest kostsamma. Sammantaget blir alla förlorare och skattemedel används inte särskilt effektivt.

I utredningen framkommer också att många kommuner anser att antalet institutionsplatser kunde minskas betydligt till förmån för ESB-platser. Sunnanberg i Saltvik hade länge 27 institutionsplatser, även om klienterna som bodde där befann sig på ESB-nivå beträffande vårdtyngden. Först 2021 lyckades man få till ett politiskt beslut och omvandla platserna till ESB-platser. Vid Trobergshemmet i Mariehamn har en tidigare institutionsavdelning omvandlats till ESB-avdelning. Då man försökte omvandla ytterligare platser blev det stopp bland politikerna, som av någon okänd anledning anser att det är bra med institutionsvård. I dagsläget säger personalen vid Trobergshemmet att det skulle räcka med två avdelningar för institutionsvård i stället för fyra. Oasen har det senaste året haft en hel del lediga platser vilket också visar på ett minskat behov av institutionsvård. Färre institutionsplatser skulle förutsätta bättre kännedom om de medicinska kriterierna och enhetliga vårdbedömningar.

Ovannämnda åsikter stämmer väl överens med landskapsregeringens utredning om servicemål från 2018, enligt vilken andelen platser för institutionsvård var alldeles för hög. Jämförelsen gjordes dels mot landskapsregeringens egna mål, dels mot resten av Finland. Efter det har ny lagstiftning tillkommit enligt vilken det krävs medicinska kriterier för beslut om institutionsvård, vilket borde leda till ett ännu lägre behov av institutionsvård. För att nå servicemålen behöver både kommuner och kommunalförbund samt ÅHS utvecklas rejält.

7. Konsekvenser för ordnandet av institutionsvård för personer under 65 år

KST är den organisation som tillhandahåller boendeservice och institutionsvård för personer under 65 år. Inom specialomsorgsverksamheten har KST 9 olika gruppboenden och 1 korttidsboende. Ett ESB-boende för klienter under 65 år, som inte är specialomsorg, är under planering. I dag köper KST platser inom kommunernas äldreomsorg. Vid behov av institutionsvård köper KST platser vid Oasen, Trobergshemmet eller Stiftelsen Hemmet samt vid ett flertal platser utanför Åland. Stiftelsen Hemmet har, trots att det klassas som en institution, uppvisat svårigheter med att ta emot begränsat rörelsehindrade klienter som använder rollator, vilket medför problem för KST.

KST uppger att man, inom handikappservice och specialomsorgen, har en handfull klienter med varierande bakgrund och diagnoser där KST köper institutionsvård inom kommunernas äldreomsorg och som inte platsar på kommunernas ESB-boenden, eftersom dessa klienter har behov av mera krävande sjukvårdsinsatser. Om institutionsvården för 65 år och äldre överförs till ÅHS, riskerar dessa klienter att inte få sin vård och service uppfyllt på Åland. Även om KST startar ett eget ESB-boende görs bedömningen att dessa, mest vårdkrävande klienter, kommer att behöva mera sjukvård än vad som kan tillhandahållas på ett ESB-boende.

KST betonar vikten av att denna lilla grupp klienter under 65 år med stort behov av sjukvårdsinsatser också beaktas i den nu pågående utredningen så man kan garantera en likvärdig institutionsvård oberoende ålder. Eftersom behovet av institutionsvård för klienter under 65 år är så pass lågt, kan det inte anses rimligt att bygga upp en egen verksamhet för dessa.

8. Jämförelse med rikets institutionsvård

Jämförelser med rikets institutionsvård har gjorts med Jakobstad som har ca 20 000 invånare, Raseborg med 27 000 invånare och Borgå stad med dryga 50 000 invånare. På grund av den pågående pandemin och det svåra läget inom hälso- och sjukvård samt äldreomsorg över lag har uppgifterna erhållits via intervjuer per telefon med förmän och personer på ledande poster inom respektive områden och genom faktauppgifter från kommunernas hemsidor.

8.1 Jakobstad

I Jakobstad har man avvecklat institutionsvården i kommunen, något som är på gång i de flesta kommuner i riket i dag. Kommunen erbjuder ESB-boenden och vanliga serviceboenden. Till dessa boenden kommer ca 2/3 av klienterna från hemvården och ca 1/3 från hälsocentralens bäddavdelning. Personaldimensioneringen ligger på ungefär 0,6 men man jobbar sig upp mot 0,7 personal per klient. Personalen består främst av närvårdare som det krävs mycket kunnande av idag och med åtminstone en sjukskötare per avdelning. Vid behov av svårare sjukvårdsinsatser kontaktar man hemsjukhuset, som bland annat kan ge intravenös antibiotika, installera smärtpump med mera. Det finns vanligtvis en kö på 3–5 månader till boendena.

På hälsocentralens bäddavdelning finns 16 platser, varav 4 är intervallplatser. Till bäddavdelningen kommer patienten vanligtvis från sjukhuset. På bäddavdelningen stannar patienterna tills de kan flytta hem igen eller tills de får en boendeplats. Det är meningen att patienten inte ska stanna längre än 3 månader på bäddavdelningen, men i dagsläget blir vårdtiden ofta längre än så. Personalen på bäddavdelningen består av 11 närvårdare och 7 sjukskötare. Läkare besöker avdelningen några timmar dagligen. På avdelningen sköter man vanliga sjukvårduppgifter så som sårvård och katetriseringar, man har möjlighet att ta EKG och sköta intravenösa vätskor. Bladderscan finns. Cystofix-byten sköts vanligtvis på den närliggande kirurgiska avdelningen. Bäddavdelningen har tillgång till smärtpump, men den behövs inte. År 2021 hade avdelningen 1 långvårdspatient och situationen är densamma år 2022.

Utöver denna bäddavdelning finns också en palliativ bäddavdelning som är specialiserad på palliativ vård och där behovet av smärtpump till exempel är mycket större.

8.2 Raseborg

I Raseborg finns två åldringshem som erbjuder institutionsvård. Det totala antalet platser på dessa är 50. Platserna ska stegvis omvandlas till ESB-platser. Utöver dessa platser finns ESB-boenden och vanliga serviceboenden. Intervallvård erbjuds närståendestöds klienter för avlastning. Kriterierna är de samma för institutionsplatser och ESB-platser. Erfarenheten är den att alla kan vårdas på ESB-nivå. Koordineringen av boendeplatser sköts via en SAP-grupp, (Samla-Analysera-Placera). Också svårt sjuka och vårdtunga klienten kan vårdas på ESB tack vare ett välfungerande hemsjukhus. Hemsjukhuset installerar bland annat dropp och smärtpumpar och annan krävande sjukvård. Hemsjukhuset sorterar under specialsjukvården vid HUS.

För tillfället planerar man också starta en särskild utrednings- och rehabiliteringsavdelning inom boendeservicen. Avdelningen är tänkt att ha en lägre profil och erbjuda lite längre utredningstider för äldre klienter, för att utröna ifall de kan flytta hem igen efter viss tids rehabilitering. En anledning till att man startar denna avdelning är att vården på bäddavdelningen anses för dyr.

Vidare finns ett hemförlovningssteam som jobbar för att klientens hemförlovnings från bäddavdelning eller poliklinik ska bli så snabb, säker och smidig som möjligt. Hemförlovningssteamet samarbetar med bäddavdelning, sjukhus, hemvård, socialarbetare och anhöriga och träffar vanligtvis klienten redan sjukhuset/bäddavdelningen där service- och hjälpbehovet kartläggs. Man kan vara klient hos hemförlovningssteamet tills vårdbehovet är utrett eller upp till 3 veckors tid.

På hälsocentralen i Raseborg finns en avdelning med 40 platser dit patienterna vanligtvis kommer med remiss från sjukhuset eller via jouren. Avdelningen strävar till korta vårdtider och jobbar rehabiliterande. Målsättningen är att vårdtiden ska understiga 20 dygn, men i dagsläget har vårdtiderna förlängts på grund av platsbrist. När patienten är färdigbehandlad på bäddavdelningen flyttar somliga hem tillbaka, andra via en intervallplats och sedan hem och en grupp väntar på en plats till ett äldreboende. Avdelningssköterskan beskriver en utveckling från att de flesta flyttade hem tillbaka till att ca hälften i dagens läge väntar på en boendeplats. Orsaken är allt högre vårdtyngd.

Raseborg har också välfungerande hemrehabilitering som strävar till att ge klienter en effektiv och ändamålsenlig rehabilitering i det egna hemmet. Hemrehabiliteringen är avsedd för klienter som är i behov av en tidsbegränsad rehabiliteringsperiod i hemmet. Behovet kan uppstå vid sjukdom, trauma eller nedsatt allmäntillstånd som har lett till en försämrad förmåga att klara sig självständigt eller vara delaktig i vardagliga situationer. I hemrehabiliteringsteamet ingår fysioterapeut, ergoterapeut och sjuksköterska.

Då patienter skrivs ut från bäddavdelningen görs det i nära samarbete med hemförlovningssteamet och hemrehabiliteringsteamet.

8.3 Borgå

Borgå stad har avvecklat sin institutionsvård och erbjuder i dag effektiverade serviceboenden, vanliga serviceboende och seniorbostäder. Kön till ett ESB-boende är ca 30 dagar. Förutom egna boenden köper Borgå också platser av privata serviceproducenter. Till ett ESB-boende kommer klienten antingen hemifrån eller från hälsocentralens rehabiliteringsavdelning, fördelningen är ungefär 50/50. De klienter som kommer hemifrån har vanligtvis varit klienter inom hemservice och öppna stödåtgärder innan en boendeplats blir aktuell. I övriga fall har klienten först varit patient inom specialsjukvården (HUS) och därifrån skrivits ut till hälsocentralens rehabiliteringsavdelning. På rehabiliteringsavdelningen kan klienten vara ett par månader tills man är på det klara med patientens rehabiliteringspotential och helhetssituation. Därefter tar en gemensam SAP-grupp över (Samla-Analysera-Placera), bestående av stadens ansvariga servicekoordinator, en servicekoordinator och en geriatriker. Denna grupp går igenom de färdigrehabiliterade patienterna, är i kontakt med anhöriga, kollar upp standarden på klientens bostad, kollar utbudet av lediga platser etc. Denna process kan ta upp till 1 månad, under vilken klienten väntar på rehabiliteringsavdelningen. Den ansvariga servicekoordinatören fattar beslut om fortsatt service och tjänster, beviljande av boendeplats eller hemservice etc.

På stadens egna ESB-boenden består personalen av närvarade, sjukskötare endast dagtid, och vårdassistenter. Borgå har utbildat vårdassistenter vars uppgift är att underlätta för närvårdarna. Vårdassistenter tar hand om matvagnar, dukar, serverar, tar hand om tvätt och byk, kan hjälpa till med påklädning och lättare duschrutiner och övriga uppgifter som inte innebär direkt klientkontakt. Staden samarbetar med skolorna och är mycket nöjda med utfallet. Vårdassistenter jobbar inte med vårduppgifter. Närvårdarna och sjukskötarna kan bland annat göra följande sjukvårdsåtgärder: CRP, EKG, HB, sårvård, vaccinering och katetriseringar. Dock inte intravenösa vätskor. På vissa boenden har man kameraövervakning.

Om ESB-boendet behöver mera avancerade sjukvårdsåtgärder kan man kontakta hemsjukhuset som lyder under HUS. De sköter till exempel IV-antibiotika och smärtpumpar. Dessutom har Borgå stad avtal med en privat läkarservice som har bakjour som boendena kan kontakta dygnet runt. Bakjouren har tillgång till journaler. I övrigt besöker den egna läkaren boendena 4 gånger per år och utöver det har egenläkaren telefonledes kontakt till boendena 1gång per vecka. Det finns också en fungerande hemrehabilitering i Borgå.

Hälsocentralens rehabiliteringsavdelningar (tidigare bäddavdelningar) är tre till antalet. En avdelning är avsedd för patienter i behov av ortopedisk rehabilitering. Avdelningen har 24 platser. En avdelning är avsedd för patienter som har problem med demens, mental hälsa, sjukdomar eller missbruksproblem. På denna avdelning genomför man också avgiftningsperioder för missbruksklienter. Även denna avdelning har 24 platser. Den tredje avdelningen har 26 platser och fungerar mera som en akut- och mottagningsavdelning. Avdelningen har också palliativa patienter.

På rehabiliteringsavdelningarna arbetar avdelningsskötare, biträdande avdelningsskötare, sjukskötare, närvårdare samt hälsocentralbiträde. Personalfördelningen på en avdelning med 24 platser ser ut som så att 6 personal jobbar på morgonskiftet, varav 2 helst ska vara sjukskötare, 5 jobbar på kvällsskiftet, varav 2 helst ska vara sjukskötare och på nattsiftet har man 1 ½ personal per avdelning eller totalt 3 på två avdelningar som ligger bredvid varandra (totalt 48 platser). Bristen på sjukskötare innebär att antalet sjukskötare ibland inte når upp till idealet. Tillgång finns till fysio- och ergoterapeuter samt socialarbetare vid behov. Läkare är anträffbar under vardagar.

Samtliga 3 avdelningar har kunskap och möjlighet att till exempel ge intravenös antibiotika och använda smärtpump om behovet finns. Men i praktiken är det mest på avdelning 3 med akuta patienter och palliativa patienter i livets slutskede som dessa sjukvårdsåtgärder har visat sig behövas. På de två övriga avdelningarna händer det bara ibland.

Till stadens effektiverade serviceboenden kommer flest klienter från de två första avdelningarna. Vårdtiderna på rehabiliteringsavdelningarna varierar från 1 vecka till ett par månader, varefter SAP-perioden tar över.

8.4 Sammanfattning och diskussion

Utvecklingen på fastlandet visar på det som många kommuner på Åland också påstår, nämligen att de allra flesta klienter kan vårdas på ESB-nivå. Många kommuner på fastlandet har helt avvecklat institutionsvården eller är på gång att göra det. Fastländska kommuner har sällan lika hög personaldimensionering som de åländska kommunerna. De tillfrågade kommunerna på fastlandet har inte heller desto mera medicintekniska apparater eller utrustning. Däremot har de tillgång till

hälsocentralernas bäddavdelningar. I de tillfrågade kommunerna finns också välfungerande hemrehabilitering samt tillgång till hemsjukhusets tjänster vid behov av svårare sjukvårdsåtgärder.

Kommunerna på fastlandet betonade att det i dagsläget krävs väldigt mycket av närvårdarna. I Borgå har man utbildat vårdassistenter, vars uppgift är att underlätta för närvårdarna, och man är mycket nöjd med utfallet. De fastländska kommunerna har också välutvecklade multiprofessionella grupper som gör enhetliga vårdbedömningen innan klienten flyttade från bäddavdelningen tillbaka till sitt eget hem, med hemservice och andra tjänster, eller till kommunens ESB-boende.

9. AVSLUTANDE KOMMENTARER

Utgående från enkätsvar, kompletterande diskussioner med nuvarande institutioner och ÅHS har ingen motsatt sig eller uttryckt några som helst dubier kring ett eventuellt byte av huvudman för institutionsvården för personer över 65 år. Tvärtom har det till och med uttalats tydliga önskemål om just detta. Som skäl har framför allt framförts den allt högre vårdtyngden och behoven av allt mera avancerad sjukvård, som inte längre kan kallas socialvård. På Oasen har man redan inrättat en sjukvårdsavdelning, vilket inte torde vara i enlighet med socialvårdslagens intentioner. Den medicinska utvecklingen kunde skötas bättre av ÅHS med en kvalitativt bättre vård som resultat. Andra skäl som framförts är den splittring som råder då samtliga kommuner, stora som små, och två kommunalförbund ska göra ungefär samma saker. Fokus blir allt för mycket på de enskilda organisationerna framom personerna. Resultatet riskerar bland annat bli olika vårdbedömningar för den enskilde och ojämlik vård i stort.

I sammanhanget bör man hålla i minnet att KST som ansvarar för institutionsvården för personer under 65 år också har behov av en handfull institutionsplatser till sina klienter. Platser som man i dag köper av Oasen, Trobergshemmet eller Stiftelsen Hemmet. Om ett byte av huvudman för institutionsvården blir verklighet, behöver en lösning tas fram även för den här klientgruppen. Även för denna grupp under 65 år är målet boende någon annan stans än i institutionsmiljö. Kriterierna för att ordna långvarig institutionsvård är stränga även för denna klientgrupp.

Om ÅHS blir huvudman för institutionsvården kan kommunerna i stället fokusera på att utveckla den del av äldreomsorgen som de flesta i första hand förknippar med kommunens uppgifter. Nämligen stödåtgärder i hemmet och hemservice som kan förlänga hemmaboendet. Utveckla välfärdsteknologin som knappt existerar i dag. Utveckla ESB-boenden med specialisering för i synnerhet demensvård. Närvårdarnas kompetensutveckling behöver också betonas. Gemensamt för samtliga kommuner, kommunalförbund och ÅHS är bristen på behörig personal. Vårdassistenter i äldreomsorgen skulle underlätta för kommuner och kommunalförbund.

ÅHS å sin sida borde utveckla hemsjukvården och hemrehabiliteringen för att vårdkedjan ska kunna fungera optimalt gällande hemmaboende klienter och boende på kommunernas och kommunalförbundens ESB-boenden. I dagsläget är det enbart i Mariehamn som hemsjukvården fungerar på kvällar, helger och nätter och hemrehabilitering existerar ännu inte. På kommunernas önskelista står också en renodlad psykiatrisk avdelning med anledning av att den psykiska ohälsan har ökat även bland den äldre befolkningen och samarbetet med den psykiatriska kliniken inte fungerar optimalt.

I övriga Finland är det vanligt med en samlad vårdbedömning i samband med att patienter övergår från hälso- och sjukvården till kommunernas service och olika boenden. Ofta kallas dessa grupper för

SAP-grupper, Samla-Analysera-Placera, vilket beskriver hur gruppen fungerar. Samlar in information om klienten via journaler och epikriser, analyserar bostadsfrågan, kontaktar anhöriga och kommer slutligen med en fortsatt vårdbedömning. På Åland görs vårdbedömningarna utgående från varje enskild kommun eller kommunalförbund, vilket lätt kan resultera i olika bedömningar beroende på vilken kommun eller kommunalförbund det handlar om. Vid ett eventuellt byte av huvudman för institutionsvården, vore det skäl att se över hur vårdbedömningarna görs på Åland. En gemensam, multiprofessionell grupp som gör alla bedömningar oberoende kommun eller kommunalförbund, enligt fastländska modeller, vore att föredra för att kunna uppnå en enhetlig och jämlik vårdbedömning.