

Protokoll fört vid enskild föredragning

Social- och miljöavdelningen
Socialvårdsbyrån, S2

Beslutande
Minister
Arsim Zekaj

Föredragande
Byråchef
Maj-Len Österlund

Justerat
Omedelbart

Nr 52

Kartläggning, inklusive enkätundersökning, av service- och vårdkedjor.

ÅLR 2025/740

55 S2

Beslut

Landskapsregeringen beslöt anteckna kartläggningen av service- och vårdkedjor till kännedom, **bilaga S225E15**.

Bakgrund

Landskapsregeringens ambition, enligt regeringsprogrammet, är att fortsätta förbättra samordningen av service- och vårdkedjor inom social- och hälsovården. Som en grund för detta har en kartläggning, inklusive en enkätundersökning, utförts utgående från socialvårdens perspektiv.

Kartläggning av service- och vårdkedjor ur socialvårdens perspektiv

Dnr: ÅLR 2025/740

Datum: 11.4.2025

PB 1060, AX-22111 Mariehamn

registrator@regeringen.ax

+358 18 25 000

www.regeringen.ax

Kartläggningen i korthet

Genom ett uppdrag av ansvarig minister hösten 2024 har socialvårdsbyrån kartlagt service- och vårdkedjor, ur socialvårdens perspektiv. Ett av syftena med kartläggningen är att den ska utgöra en bakgrundsinformation till den utvärdering av lagstiftningen för Kommunernas socialtjänst som nämns i regeringsprogrammet.

Som en del av kartläggningen riktade socialvårdsbyrån i februari 2025 en enkät till berörda myndigheter; kommunerna, Kommunernas socialtjänst samt Ålands hälso- och sjukvård. Nedan redogörs i korthet för de slutsatser som kartläggningen utmynnat i, för olika målgrupper (barn/unga, vuxna, personer med funktionsnedsättning och äldre).

Barn/unga: Med tanke på det utvecklingsarbete som redan pågår, både internt inom KST och tillsammans med både andra myndigheter och övriga samarbetspartner, är bedömningen att utvecklingen är pågående och i enlighet med av myndigheten identifierade behov. En ytterligare kartläggning av samtliga pågående projekt och utbildningsinsatser kan vara av intresse för en helhetsbild med tanke på förverkligande av socialvårdslagen och organiseringen av myndigheten.

Vuxna: Oklarheterna i ansvarsfördelningen mellan myndigheterna både gällande sysselsättningsfrågor och bostadsfrågor kan komma att kräva ny lagstiftning. Ett förtydligande av ansvarsfördelningen mellan KST och ÅHS och eventuellt förtydligande av kommunernas roll i service- och vårdkedjan, vad gäller bostäder, men eventuellt också som en samarbetspart vad gäller sysselsättning, kan dock inte till alla delar göras genom lagändringar. Gällande lagstiftning har, med avsikt, inte i detalj reglerat var gränsen går mellan vård inom ÅHS och service inom KST på nämnda områden. Ansvarsfördelningen måste framgå av de samverkansavtal som lagstiftningen ställer krav på, och i praktiken även genom överenskommelser för den enskilda klienten/patienten, exempelvis med hjälp av gemensamma klient- och patientplaner.

Funktionsnedsättning: För att personer med funktionsnedsättning ska kunna erhålla likvärdig funktionshinderservice, oavsett funktionsnedsättningens art och diagnos, så finns ett behov av att utarbeta ny speciallagstiftning för målgruppen. Det kan dock konstateras att det finns ett behov av att först förstärka tillgång till den allmänna servicen t.ex. socialvårdslagstiftningen. För att nå det övergripande syftet med socialvårdslagen samt ny funktionshinderservicelag förutsätter detta även att lagstiftningen om primärkommunernas och KST:s ansvar för socialvården inklusive åldersgränsen förtydligats.

Äldre: Förutom att de tidiga förebyggande åtgärderna behöver stärkas, bör det faktum att äldre i nuläget inte har tillgång till service på lika villkor samt att ansvarsfördelningen mellan kommuner och KST gällande äldre klienter upplevs som otydlig beaktas.

Det finns ett behov av både stärkt fokus på, och utveckling av, de tidiga insatserna samt förtydligande gällande ansvarsfördelningen mellan kommuner och KST berör både målgruppen personer med funktionsnedsättning och äldre.

Innehållsförteckning

Kartläggningen i korthet.....	1
1. Inledning och uppdrag.....	3
2. Bakgrund.....	4
3. Nulägesbeskrivning av service- och vårdkedjor.....	9
3.1. Service- och vårdkedjan för barn och unga.....	9
3.2. Service- och vårdkedjan för vuxna i arbetsför ålder (inklusive vid missbruksproblematik)....	22
3.3. Service- och vårdkedjan för personer med funktionsnedsättning	35
3.4. Service- och vårdkedjor för äldre.....	45
4. Sammanfattning och rekommendationer	67
4.1. Slutsatser om området barn och unga	67
4.2. Slutsatser om området vuxna i arbetsför ålder	68
4.3. Slutsatser om området personer med funktionsnedsättning.....	71
4.4. Slutsatser om området äldre	72

1. Inledning och uppdrag

I regeringen Sjögrens regeringsprogram¹ ingår en mängd skrivningar vilka berör service- och vårdkedjor och organiseringen av socialvården och hälso- och sjukvården. Landskapsregeringens ambition, enligt regeringsprogrammet, är att fortsätta förbättra samordningen av service- och vårdkedjor². Denna övergripande ambition följs av en mängd flera konkreta målsättningar. Till exempel nämns (på sid. 16) att landskapsregeringens avsikt är att genomföra en utvärdering av lagstiftningen för Kommunernas socialtjänst, för att anpassa socialvården till samhällets skiftande behov sätts ett särskilt fokus på den gränsdragningsproblematik som framkommit.

Ansvarig minister gav hösten 2024 socialvårdsbyrån och hälso- och sjukvårdsbyrån i uppdrag att kartlägga såväl socialvårdens som hälso- och sjukvårdens service- och vårdkedjor. Hälso- och sjukvårdsbyrån konstaterade dock redan i inledningen av uppdraget att man inte har möjlighet att delta, varför de slutsatser och förslag på vidare åtgärder som ingår i kartläggningen görs utgående från socialvårdens perspektiv. För att göra kartläggningen riktade socialvårdsbyrån i februari 2025 (ÅLR 2025/740) en enkät till KST, kommunerna och ÅHS om socialvårdens service- och vårdkedjor. Enkäten innehöll frågor om den egna myndighetens tyngdpunkt på service/vård för olika målgrupper samt om brister som kan finnas i service- och vårdkedjorna och om behov av åtgärder. Kartläggningen innehåller en nulägesbeskrivning av service- och vårdkedjorna ur socialvårdens perspektiv, baserat på dessa enkätsvar samt baserat på annan relevant information som erhållits genom olika utredningar efter bildandet av KST.

En service- och vårdkedja kan beskrivas som en obruten servicekedja, dvs. en verksamhetsmodell där de tjänster som en klient får och som gäller en helhet inom social- och hälsovården och det övriga socialskyddet oberoende av vilken funktionell enhet det är som ordnar eller tillhandahåller tjänsterna kombineras till en smidig helhet som utgår från klientens behov³.

I kapitel 3 *Nulägesbeskrivning* redogörs närmare för resultatet av enkätundersökningen. Undersökningen omfattar både myndigheternas bedömningar av var tyngdpunkten i den egna servicen/vården ligger och myndigheternas eventuella upplevda brister i service- och vårdkedjan. Båda delarna utgår från olika klientgrupper inom socialvården. Kartläggningen redogör även i korthet för nuvarande lagstiftning inom socialvårdsområdet. I kapitel 4 belyses behov av åtgärder samt av vidare utredning i syfte att förbättra flödet i, och samarbetet kring, service- och vårdkedjor.

Ett av syftena med kartläggningen är att den ska utgöra en bakgrundsinformation till den utvärdering av lagstiftningen för Kommunernas socialtjänst som nämns i regeringsprogrammet.

¹ Regeringsprogram Ett tryggt, öppet och framtidssäkert Åland, MEDDELANDE nr 1/2023–2024.

² Regeringsprogrammet, sid. 17.

³ Lag om försök med obrutna servicekedjor inom social- och hälsovården och om försök med socialförsäkringskort (FFS 811/2000), 3 § 1 mom. 1 punkt.

2. Bakgrund

Flera stora reformer som berör service- och vårdkedjan har skett på Åland, både gällande ansvarsfördelningen mellan socialvård och hälso- och sjukvård och gällande ansvaret för socialvården. Av **bilaga 1** framgår hur ansvarsfördelningen mellan socialvården och hälso- och sjukvården, inklusive svängningar i ansvaret för institutionsvården, har utvecklats fram till och med år 2020 dvs. tills socialvården omorganiserades i och med bildandet av Kommunernas socialtjänst. Från och med 2021 ligger ansvaret för all socialvård utom äldreomsorgen hos den gemensamma myndigheten Kommunernas socialtjänst (KST). Äldreomsorgen är fortfarande primärkommunernas ansvar.

Samtidigt som organiseringen av socialvården genomgick en stor reform, i och med bildandet av KST, trädde ny lagstiftning inom socialvårdsområdet i kraft på Åland. En kort beskrivning av lagstiftningen framgår nedan;

- Landskapslag (2020:12) om socialvård (socialvårdslagen), vars syfte bland annat är att på lika grunder trygga behövlig och tillräcklig socialservice av god kvalitet samt andra åtgärder som främjar välfärden, att främja klientorientering och klientens rätt till god service och gott bemötande inom socialvården samt att förbättra samarbetet mellan socialvården och andra sektorer i samhället. Lagen innehåller bestämmelser om klientprocesser och service- och vårdkedjor.
- Äldrelag (2020:9) för Åland (äldrelagen), vars syfte bland annat är att stöda den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand samt att trygga äldre personers tillgång till individuellt anpassade socialvårds- samt hälso- och sjukvårdstjänster samt annan service som ges i rätt tid. Lagen innehåller bestämmelser om hur socialvårds- samt hälso- och sjukvårdstjänster i annan lagstiftning ska tillhandahållas för äldre personer på Åland. Lagen är avsedd att komplettera den övriga lagstiftningen om socialvård samt hälso- och sjukvård.
- Landskapslag (2020:24) om yrkesutbildade personer inom socialvården har som mål att leda till en ändamålsenligare uppgiftstruktur och färre specifika uppgiftbundna behörighetskrav inom socialvården.
- Landskapsförordning (2020:25) om yrkesutbildade personer inom socialvården omfattar förtydligande om behörighetsvillkor inom socialvården.
- Landskapslag (2020:13) om socialvårdens förvaltning och tillsyn omfattar sociala myndigheternas ansvarsområden (primärkommunerna och KST), verksamhetsmöjligheter samt samlade tillsynsbestämmelser för socialvården.
- Landskapslag (2020:26) om klienthandlingar inom socialvården har till mål att skapa enhetliga klienthandlingar på Åland.

Det övergripande syftet med den socialvårdslagstiftning som trädde i kraft 1.1.2021 är att;

- **Flytta tyngdpunkten inom socialvården från specialtjänster till allmänna tjänster**
- **Stärka servicen på basnivå** (i större utsträckning erbjuda socialvård inom allmän tillgänglig service)
- **Främja jämlik tillgång till socialvård och dess tillgänglighet** (minska ojämlikhet och främja delaktighet)
- Tillsä att människor får **stöd i sin egen dagliga miljö**

- **Stärka klientorienteringen och helhetssynen** (klientprocessen förenhetligas, förbättrat samarbete mellan myndigheter, servicehelheter)

Från och med 1.1.2023 trädde landskapslag (2022:91) om klientavgifter i kraft. Lagen motsvarade, när den trädde i kraft huvudsakligen det rättsläge som gällde per 31.12.2022, men från och med 1.1.2024 trädde större innehållsmässiga ändringar i lagen i kraft. Dessa ändringar berör service- och vårdkedjor eftersom de handlar om att genom avgifter, i enlighet med socialvårdslagens och äldrelagens fokus på tidiga insatser, sänka avgifterna för de tidiga och förebyggande serviceformerna.

Den nya socialvårdslagstiftningen lägger fokus på tidiga och förebyggande insatser. Lagstiftningen berör även ansvarsfördelningen och samarbetet mellan ÅHS och kommunerna. Det senare är en viktig faktor för att uppnå obrutna service- och vårdkedjor där en helhetssyn på individen är i fokus.

Nedan följer en beskrivning av bestämmelser som reglerar samarbetet mellan socialvården och hälso- och sjukvården i befintlig lagstiftning.

Socialvårdslagen innehåller en mängd bestämmelser som handlar om samarbetet mellan socialvården och kommunens olika sektorer, under landskapsregeringen lydande myndigheter samt andra aktörer. Enligt socialvårdslagens 41 § om sektors- och myndighetsövergripande samarbete ska den myndighet inom socialvården som ansvarar för åtgärden se till att tillräcklig sakkunskap och kompetens med hänsyn till en persons individuella behov finns att tillgå för att bedöma servicebehovet, fatta beslut och tillhandahålla socialvård. Om bedömningen av personens behov och uppfyllandet av dem kräver service eller stödåtgärder av socialväsendet eller övriga myndigheter, ska dessa på begäran av den anställda som ansvarar för åtgärden delta i bedömningen av personens servicebehov och i utarbetandet av en klientplan.

Enligt 19 § 1 mom. i landskapslag (2011:114) om hälso- och sjukvård (hälso- och sjukvårdslagen) ska ÅHS samarbeta med socialvården i sin verksamhet på ett sådant sätt att uppgifterna kan skötas på ett behörigt sätt och så som patientens behov av social-, hälso- och sjukvårdstjänster förutsätter.

Både socialvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen innehåller bestämmelser om samverkansavtal i syfte att service och vård ska bilda en funktionell helhet för klienten/patienten.

I enlighet med socialvårdslagens 69 § har samverkansavtal ingåtts gällande hemvård (20 §), boendeservice (21 §), service på institution (22 §), alkohol- och drogarbete (24 §) samt förebyggande av psykisk ohälsa (25 §). Syftet med samverkansavtalen är att socialvården och hälso- och sjukvården ska samarbeta för att servicen och vården ska bilda en funktionell helhet.

På motsvarande sätt har, i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens 19a §, samverkansavtal ingåtts gällande förebyggandet av psykisk ohälsa (35 §), hälso- och sjukvården (37 §), hemvård (38a §) (vilken hänvisar till 38 § (Hemsjukvård)), arbetet för psykisk hälsa (40 §) samt alkohol- och drogarbetet (41 §).

I 37 § 5 mom. förtydligas samarbetet gällande boendeservice och institutionsvård enligt nedan:

När boendeservice tillhandahålls enligt 21 § i landskapslagen om socialvård ansvarar Ålands hälso- och sjukvård för behovsenliga rehabiliterings- och hälso- och sjukvårdstjänster. Ålands hälso- och sjukvård tillhandahåller läkartjänster vid de offentliga institutionerna som finns på Åland. Rehabiliterings- och hälso- och sjukvårdstjänsterna ska planeras och genomföras så att de bildar en funktionell helhet tillsammans med den kommunala socialvården.

Avtalen undertecknades 8.9.2021. Avtalsparter är KST, ÅHS, kommunerna och Oasen boende och vårdcenter k.f. Av socialvårdslagens 69 § och hälso- och sjukvårdslagens 19a § framgår att parterna, i samverkansavtalet, ska komma överens om gemensamma mål för de samordnade tjänsterna, ansvarsfördelningen och övergripande rutiner för samarbetet och övriga åtgärder för att säkerställa funktionella servicehelheter för klienterna. Det framgår även att fullgörandet av samverkansavtalet ska utvärderas årligen av parterna och vid behov ska samverkansavtalet ändras. Av de ovan nämnda paragraferna framgår att närmare bestämmelser om de avsedda områdena som ska ingå i samverkansavtalet samt om tidsfrister inom vilka samverkansavtalet ska vara godkänt av parterna och träda i kraft, utfärdas genom landskapsförordning (landskapsförordning (2020:112) om samverkansavtal inom socialvård och hälso- och sjukvård).

Genom 69 § landskapslag (2020:12) om socialvård (socialvårdslagen), 19a § landskapslag (2011:114) om hälso- och sjukvård (hälso- och sjukvårdslagen) samt landskapsförordning (2020:112) om samverkansavtal inom socialvård och hälso- och sjukvård, har både primärkommunerna, KST och ÅHS getts verktyg genom samverkansavtal, för att parterna ska komma överens om gemensamma mål för de samordnade tjänsterna, ansvarsfördelningen och övergripande rutiner för samarbetet och övriga åtgärder för att säkerställa funktionella servicehelheter för klienterna.

I avtalen framgår att de skulle utvärderas i april 2022, med undantag av ett avtal som skulle utvärderas i november 2021. KST och ÅHS har vardera ansvar för att två av avtalen utvärderas och Oasen har ansvar för att ett av avtalen utvärderas.

Reformen av socialvården, genom vilken största delen av socialvården sammanförts i den nya myndigheten KST, och de omfattande lagstiftningsförändringar som trädde i kraft från och med år 2021, ger möjligheter att utveckla socialvården så att konstaterade utmaningar kan mötas på ett mera effektivt sätt. Dock genomfördes inte reformen gällande socialvården som helhet, vilket ingick som alternativ i *Slutrapport Socialvårdens utveckling inklusive huvudmannaskapet för missbrukarvården på Åland* (2011), eftersom äldreomsorgen fortsättningsvis handhas av de enskilda kommunerna och till viss del genom kommunalförbund. Äldreomsorg definieras i landskapslag (2016:2) om en kommunalt samordnad socialtjänst (KST-lagen) samt i landskapslagen (2020:13) om socialvårdens förvaltning och tillsyn på Åland som hemservice, hemvård (hemservice och hemsjukvård), boendeservice, institutionsvård, familjevård, stöd för närståendevård och ledighet för personer som vårdar anhöriga/närstående. Äldreomsorg tillhandahålls personer som fyllt 65 år, i enlighet med KST lagen. Åldersgränsen återfinns även i landskapslag (2017:120) om landskapsandelar till kommunerna. Ett behov av en åldersgräns fanns i och med att olika kommunala huvudmän skulle tillhandahålla service inom socialvården. Åldersgränsen 65 år är dock inte allmängiltig, eftersom KST handhar service till klienter i alla åldrar gällande stöd för rörlighet samt service enligt speciallagstiftning. I denna kartläggning avses med äldre personer som är 65 år fyllda, om inte annat anges.

För att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan den enskilda kommunen och Kommunernas socialtjänst k.f. (KST) gav landskapsregeringen år 2016 ut en anvisning om gränsdragningar beträffande förhållandet mellan KST och primärkommun, *Klarläggande av gränsdragningar KST – primärkommun utgående från landskapslag (2016:2) om kommunalt samordnad socialtjänst*. Med anledning av den lagstiftning som trädde i kraft 1.1.2021 gav landskapsregeringen ut en förnyad anvisning år 2020; *Klarläggande av gränsdragningar KST – primärkommun utgående från gällande och kommande (1.1.2021) lagstiftning*.

Landskapsregeringen har de senaste åren satsat på strategiskt arbete och att ta fram politiska långsiktiga riktlinjer för beslutsfattande på flera områden som berör service- och vårdkedjor. Följande strategier och åtgärdsprogram finns:

- Alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks- och spelpolitiskt program för åren 2022–2024
- Åtgärdsprogram för landskapsregeringens alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks- och spelpolitiska program 2022–2024
- Ett tillgängligt Åland, Ålands landskapsregering – funktionshinderspolitiska åtgärdsprogrammet år 2022–2025 ⁴
- Ett äldrevänligt Åland – Program för landskapsregeringens äldrepolitik 2023–2030⁵
- Åtgärdsprogram för landskapsregeringens äldrepolitik 2024–2027
- Strategi för barn och unga för landskapet Åland (under beredning)
- Program för suicidprevention. Åtgärder för en nollvision. (2019)
- Folkhälsostrategi för Åland 2023–2030
- Åtgärdspaket 2023–2025 för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor i linje med målsättningarna i Folkhälsostrategi för Åland 2023–2030
- Av regeringen Sjögrens regeringsprogram framgår att det under mandatperioden ska utformas en strategisk plan för hälso- och sjukvård fram till år 2040

Nedan redogörs i korthet för de dokument som direkt påverkar service- och vårdkedjor ur socialvårdens perspektiv.

I landskapsregeringens ANDTS-politiska program 2022 - 2024 ingår följande delmål med bäring på service- och vårdkedjor:

- Tillgången till vård och stöd av god kvalitet för personer med skadligt bruk eller beroende samt för deras anhöriga och närstående ska säkras och utformas utifrån varje persons behov och förutsättningar (delmål 5).
- Antalet personer som utvecklar skadligt bruk eller beroende av alkohol, tobak eller spel ska minska och antalet personer som börjar använda narkotika eller dopningspreparat ska minska (delmål 1).

Landskapsregeringens funktionshinderspolitiska åtgärdsprogram år 2022–2025 innehåller bland annat fokusområdet "Utveckling av service, tjänster och stödfunktion" och åtgärder vilka berör service- och vårdkedjor;

- Samordning av hjälpmedel, hjälpmedelstjänster och välfärdsteknik

⁴ <https://www.regeringen.ax/styrdokument-rapporter-publikationer/tillgangligt-aland-0>

⁵ https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/guidedocument/Aldrepolitiskt_program_2023.pdf

- Särskild service, tjänster och avgifter inom socialvården
- Personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och vård vid beroende av rusmedel
- Medicinsk rehabilitering
- Äldre personer med funktionsnedsättning

Landskapsregeringens äldrepolitiska program 2023–2030 innehåller följande relevanta målsättningar samt indikatorer;

- Äldre har god hälsa, gott välbefinnande och god funktionsförmåga en längre tid.
- Boendelösningarna och boendemiljöerna är åldersvänliga
- Servicen och vården genomförs på ett socialt och ekonomiskt hållbart sätt
 - Tryggt hemmaboende har ökat genom utveckling av service och stödtjänster, även service och stödtjänster dygnet runt, för hemmaboende äldre.
 - Avgifterna inom socialvården och hälso- och sjukvården har anpassats för att följa och stöda lagstiftningens fokus på tidiga och förebyggande insatser.
 - Avgifterna inom socialvården och hälso- och sjukvården har förenhetligats.
 - Servicen och vården har integrerats och omstrukturerats för att bättre tillmötesgå och respektera användarbehovet (inklusive anhöriga).
 - Adekvat vård och omsorg till äldre med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom/funktionsnedsättning har tryggats.
- Digitalisering och nya tekniker har ökat välfärden.
- Äldre deltar aktivt i sociala sammanhang och sociala aktiviteter.
- Transporterna och kollektivtrafiken är äldrevänliga.

Åtgärdsprogrammet för landskapsregeringens äldrepolitik 2024–2027⁶ innehåller en mängd redan planerade åtgärder, vilka berör service- och vårdkedjor och förbättrad samordning av vård och service för äldre. Av de totalt 40 planerade åtgärderna berör åtminstone 13 åtgärder service- och vårdkedjor (både med fokus på äldre och mera allmänt för olika klientgrupper). Åtgärderna passar väl ihop med de i kartläggningen konstaterade utvecklingsbehoven.

Rapporten Äldres roll i ekonomin (2023)⁷, vilken togs fram som ett underlag till det äldrepolitiska programmet, visar att det sätt som service och vård tillhandahålls i nuläget inte är hållbar med tanke på den demografiska utvecklingen, varken avseende kostnadsutvecklingen eller tillgången till personal inom socialvården och hälso- och sjukvården.

Även Ålands utvecklings- och hållbarhetsagenda (mål 1: och delmål 1.1. och 1.2., delmål 2: delmål 2.5.) berör service- och vårdkedjor.

⁶ https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/guidedocument/Atgardsprogram_2024-2027%2C%20130224.pdf

⁷ Johansson, Edward och Wikström, Ida. Äldres roll i ekonomin på Åland. Åbo Akademi, 2023.

3. Nulägesbeskrivning av service- och vårdkedjor

Helheten kring service- och vårdkedjor för klienter är komplex och berör en mängd olika aktörer, lagar och dokument. De operativa rutinerna för samarbetet är av stor betydelse.

Landskapsregeringen skickade den 6 februari 2025 ut en digital enkätundersökning till kommunerna, KST och ÅHS i syfte att samla in information om var tyngdpunkten i myndighetens service/vård ligger (svarsalternativen var "Tidiga, förebyggande åtgärder", Åtgärder när problem har börjat uppstå" samt "Åtgärder först när service-/vårdbehovet är stort") samt om myndigheten upplever brister i den egna verksamheten, i samarbetet med andra myndigheter samt andra brister. Myndigheterna ombads förklara valen av svarsalternativ och gällande den andra delen, om upplevda brister, ombads myndigheterna även ge eventuella lösnings-/förbättringsförslag. Enkätfrågorna framgår av **bilaga 2**. Samtliga kommuner, KST samt ÅHS primärvård besvarade enkätundersökningen.

I detta kapitel beskrivs hur service- och vårdkedjorna ser ut i nuläget, baserat på inkomna enkätsvar. Beskrivningen beaktar även gällande lagstiftning och tidigare identifierade problemställningar/-områden (se under respektive målgrupp nedan).

3.1. Service- och vårdkedjan för barn och unga

På Åland (2023) var antalet invånare i åldersgruppen 0–17 år 5 940 personer. 1476 barn var inom barnomsorgen år 2023 och 4 inom familjedagvården. I grundskolan (höstterminen 2023) gick 3 126 barn. Studerande på gymnasienivå uppges vara 1 172 personer, varav en del är 17 år och även äldre.⁸

Ålands befolkning har vuxit sedan år 2000 med ungefär 4 800 personer och under 2000-talet har befolkningstillväxten på Åland (+18 %) varit ungefär densamma som i Sverige (+19 %) medan Finland haft en mindre befolkningstillväxt (+ 8%). Nativiteten⁹ minskar i hela Norden och nativiteten i Finland är den lägsta i Norden. Nordiska kvinnor föder barn vid högre ålder än tidigare – medelåldern för både förstföderskor och omföderskor ökade i alla nordiska länder.¹⁰

Kommunernas socialtjänst

De två verksamhetsområden inom KST som specifikt berör barn och unga och familj är verksamhetsområdet *tidigt stöd för barn och familjer* och verksamhetsområdet *barnskydd*. Även inom de andra verksamhetsområdena, funktionsservice och sysselsättning samt vuxensocialarbete är barn direkt eller indirekt berörda till exempel som klienter inom funktionsservice eller som familjemedlemmar vid fastställande av utkomststöd.

⁸ ÅSUB statistik 2023 och 2024

⁹ Nativitet eller födelsetal är ett demografiskt tal som beskriver antal levande födslar i ett område per år per 1000 personer i en befolkning

¹⁰ Institutet för hälsa och välfärd: Nordisk perinatalstatistik 2023. Nativiteten sjönk i alla nordiska länder

Till verksamhetsenheten för tidigt stöd och familj hör olika stödåtgärder för att förverkliga barn och ungas rätt till en trygg uppväxtmiljö. Stöd i enlighet med socialvårdslagen såsom familjearbete, stödpersoner och stödfamiljer, familjerådgivning, hemservice för barnfamiljer och referensgruppsverksamhet erbjuds. Därtill finns fältare för ungdomar i åldern 13–17 år och till verksamhetsområdet hör även föräldraskap och vårdnad, dvs erkännande av föräldraskap, avtal kring vårdnad och umgänge samt underhåll, adoption och moderskapsunderstöd. Det erbjuds dessutom medling i familjefrågor samt digitalt stöd vid separation. Ett uttalat syfte med den nya socialvårdslagen som trädde i kraft från och med 1.1.2021 var att stärka socialvårdslagen som en central och allmän lag och kunna öka det förebyggande arbetet och genom detta stärka även familjens egna resurser. Hemservice för barnfamiljer är en serviceform som ökat och möjligheten att kunna få familjearbetare som en stödåtgärd via socialvårdslagen är även den en viktig förebyggande åtgärd.

Förutom att en person och familj själva kan ta kontakt med socialvården för att ansöka om service och stöd finns det ett särskilt anmälningsförfarande genom barnskyddslagen (FFS 417/2007) 25 § *Anmälningsskyldighet* samt 25 a § *Kontakt med socialvården för bedömning av stödbehovet* och motsvarande i socialvårdslagen (2020:12) 35 § *Kontakt med socialvården för bedömning av stödbehovet* som tillämpas då det finns orsak för en yrkesutbildad person att kontakta socialvården för bedömning av stödbehovet. På KST:s hemsida¹¹ finns omfattande information om anmälningsförfarandena, liksom även på landskapsregeringens hemsida¹². Det går dessutom alltid att konsultera personal via KST:s växel. Däremot går det inte, som yrkesutbildad person i enlighet med barnskyddslagens och socialvårdslagens bestämmelser, att delegera anmälningsskyldigheten till en annan person.

Det kan i detta sammanhang konstateras att landskapslag om socialvård (2020:12) har ett uttalat fokus på att stärka socialvårdslagens ställning som en central och allmän lag, att flytta fokus från korrigering åtgärder till främjande av välfärd och tidigt stöd, och genom att stärka den allmänna servicen för barnfamiljer både öka det förebyggande arbetet och förstärka familjens egna resurser. Vissa stödformer som hade varit möjliga att erhålla endast som klient inom barnskyddet, kan nu erhållas som ett allmänt stöd genom socialvårdslagen. Nämnas kan hemservice för barnfamiljer (19 § 4 mom.) som genom ett förtydligande i lagstiftning förstärkte barnfamiljers rätt till hemservice.

Ur nedanstående tabell (tabell 1) framgår antal hushåll som fått hemservice på Åland under åren 2017–2024¹³; ökningen för barnfamiljer är markant efter att den nya socialvårdslagen trädde i kraft 1.1.2021.

¹¹ <https://www.kst.ax/samarbetspartners/kontakt-och-anmalningsskyldigheter/barn>

¹² <https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/page/ny-socialvardslag-sammanställning-anmalan-och-kontakt-19-1-2021.pdf>

¹³ [Verksamhet inom kommunernas socialvård 2024 | Ålands statistik- och utredningsbyrå](#)

Tabell 1. Antal hushåll som fått hemservice på Åland efter hushåll 2017–2024.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hushåll totalt	691	727	640	612	634	646	650	606
Barnfamiljer	3	16	12	8	20	29	21	27
Åldringshushåll	612	634	557	538	542	532	559	514
Handikapphushåll	22	26	22	19	55	68	59	60
Andra hushåll	54	51	49	47	17	17	11	5

Verksamhetsområdet barnskydd omfattar barn- och familjeinriktat barnskydd där även åtgärder som brådskande placering och omhändertagande av barn samt därtill ansluten vård utom hemmet och eftervård ingår. Vad gäller förebyggande barnskydd är det kommunen, då barnet inte är klient inom barnskyddet, som ska främja och trygga barnets uppväxt, utveckling och välfärd samt ge stöd i föräldraskapet. Det förebyggande barnskyddet omfattar sådant stöd och särskilt stöd som ges till exempel inom undervisning, ungdomsarbete och dagvård, vid rådgivningsbyråerna för mödravård och barnvård samt inom annan social- och hälsovård (BSKL 3a §). På Åland ska med avvikelse från 3 a § 1 mom. i barnskyddslagen, förebyggande barnskydd tillhandahålls förutom av kommunen även av landskapsmyndigheterna med ansvar för utbildning och hälsovård.¹⁴

Ett barnskyddsärende inleds på ansökan eller när en socialarbetare eller någon annan anställd inom barnskyddet på något sätt fått kännedom om ett barn som eventuellt är i behov av barnskydd (BSKL 26 §). Det eventuella brådskande behovet av barnskydd ska omedelbart bedömas, dessutom ska en bedömning av servicebehovet enligt 36 § i socialvårdslagen göras, om det inte är uppenbart onödigt att göra en bedömning. Vid bedömningen av servicebehovet ska bedömningen påbörjas utan dröjsmål och slutföras utan ogrundat dröjsmål. Bedömningen ska påbörjas senast den sjunde vardagen efter det att ärendet inletts och den ska bli klar senast tre månader från inledningen. Enligt landskapslagen¹⁵ ska ÅMHM minst en gång per kalenderår begära de uppgifter som är nödvändiga för uppföljningen och övervakningen av de tidsfrister som förskrivs i barnskyddslagen och socialvårdslagen. Vid den senaste uppföljningen¹⁶ var utfallet av påbörjade bedömningar inom utsatt tid gott, i jämförelse med riksnivå, medan slutförda bedömningar inom utsatt tid var sämre än på riksnivå; där ansåg ÅMHM att resultatet var bekymmersamt med tanke på barnets bästa eftersom det kan fördröja påbörjandet av viktiga stödinsatser.

I enlighet med självstyrelselag (1991:71) för Åland är socialvård landskapets behörighet medan administrativa ingrepp är av riksbehörighet enligt lagens 27 § 24 pt. Fram till 1.1.2023 var Statens ämbetsverk på Åland i egenskap av regionförvaltningsverk en tillsynsmyndighet som kunde utöva tillsyn över de delar av social- och hälsovården som hör till rikets behörighet och som ordnades och genomfördes av kommunerna. I samband med välfärdsområdesreformen ändrades regionförvaltningsverkens tillsynsobjekt från kommuner och

¹⁴ Landskapslag (2008:97) om tillämpning i landskapet Åland av barnskyddslagen, 5 § 4)

¹⁵ Landskapslag (2008:97) om tillämpning i landskapet Åland av barnskyddslagen, 5 § 14)

¹⁶

<https://www.amhm.ax/sites/default/files/attachments/page/Rapport%20g%C3%A4llande%20behandlingstider%20f%C3%B6r%20bed%C3%B6mning%20av%20barnskyddsbehov%20eller%20s%C3%A4rskilt%20st%C3%B6d%202023.pdf>

samkommuner till välfärdsområden. Efter 1.1.2023 bedömer Statens ämbetsverket sig inte längre vara behörigt att handlägga klagomål till de delar de kan anses utgöra riksbehörighet, och hänvisar dessa klagomål vidare till justitiekanslern eller justitieombudsmannen.¹⁷

En klientrelation (BSKL 27 §) inom barnskyddet, inleds när en socialarbetare utifrån en bedömning konstaterat att 1) barnets uppväxtförhållanden äventyrar eller inte tryggar barnets hälsa och utveckling, eller 2) barnet genom sitt beteende äventyrar sin hälsa och utveckling, och c) barnet behöver tjänster och stödåtgärder enligt barnskyddslagen. När en barnskyddsanmälan kommit in till KST i enlighet med barnskyddslagen 27 § 2 mom. inleds en klientrelation också när brådskande åtgärder vidtas för att trygga barnets hälsa och utveckling innan bedömningen av servicebehovet blivit färdigt.

Antalet inkomna ärenden till verksamhetsområdena tidigt stöd för barn och familj och barnskyddet har ökat kraftigt. Under perioden 1.1-11.4.2024 hade 265 barnskyddsanmälningar gällande 196 barn inkommit (jämfört med 1.1-9.4.2023: 181 anmälningar, 137 barn). Av dessa var 244 behandlade inom sju vardagar och 7 försenade. Enbart inom mars 2024, inkom 95 barnskyddsanmälningar. Det är en ökning på mer än 30 procent jämfört med samma tid året innan. I april 2024 fanns det sammanlagt 45 placerade barn i vård utom hemmet (inklusive ett fåtal i eftervård) vilket innebär att socialarbetarna på barnskyddet har ett tiotal klienter vardera som är placerade i vård utom hemmet. Också på familje- och skyddsboendet Tallbacken har antalet vårdtygn under året varit höga och i april 2024 var sex barn placerade på Tallbacken.

Till följd av att antalet inkomna ärenden ökat mycket och därmed också behovet av utredningar/bedömningar samt att alla inrättade socialarbetartjänster inte är besatta kommer behandlingstiderna inte att kunna hållas. Observeras bör att akuta ärenden alltid hanteras direkt och att familjen kan erhålla stödåtgärder under utredningens/bedömningens gång.¹⁸

Vad gäller barn i barnskyddet är Åland den region som har den högsta andelen placerade i familjevård, och lägsta i anstaltsvård¹⁹. Enligt barnskyddslagen (50 § *Val av plats för vård utom hemmet*) ska anstaltsvård ordnas om vård utom hemmet inte med tillräckliga stödåtgärder kan ordnas som familjevård, eller någon annanstans på ett sätt som motsvarar barnets bästa. Vad gäller andelen omhändertagna så hade 3 regioner/välfärdsområden en lägre andel barn (jämfört med alla barn i åldersklasserna 0–17 år) än Åland år 2023. I april 2024 var 45 barn och unga placerade utanför hemmet, i april 2021 var motsvarande siffra 52 barn och unga. Cirka 1 procent av alla barn och unga på Åland är placerade utanför hemmet. Kostnaderna för institutionsvård inom barnskyddet har sedan 2021 minskat med flera hundratusen²⁰; placering i familjevård är betydligt mindre kostsamt än placeringar i anstaltsvård.

KST har aktivt satsat på att bygga ut familjevården, bl.a. finns en särskild socialarbetare som är anställd för att ansvara för familjevården, där det t ex ingår att rekrytera nya familjehem, utbildning av familjehem och uppföljning av placeringarna i familjehemmen, vilket gjort att organiseringen av familjehem förbättrats och

¹⁷ Statens ämbetsverk på Åland 16.11.2023

¹⁸ <https://www.kst.ax/sites/default/files/attachments/protocol/Fst%203-%2016.4.2024%20%C2%A7%C2%A7%2028%20-%2039.pdf>

¹⁹ https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/148992/Lastensuojelu_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y

²⁰ Ur inkommen begäran om ökade medel för KST (fyll på datum för inkommen skrivelse)

det har blivit lättare att hitta familjehem på Åland. Sedan 2015 finns en förberedande familjevårdarutbildning (PRIDE) vars syfte är att ge förståelse för vad ett familjehemsuppdrag innebär men även ge information, kunskap och verktyg som förberedelse för att kunna ta emot ett placerat barn.²¹ På Åland finns även en familjehemsförening r f för familjehem som bl.a. ordnar träffar och föreläsningar. Landskapslag (2015:18) om tillämpning i landskapet Åland av familjevårdarlagen (FFS 312/1992) tillämpas på Åland.

I samband med ikraftträdande av den nya socialvårdslagen ordnade landskapsregeringen flera utbildningstillfällen för framför allt KST med fokus på såväl barn och unga samt verksamhetsmodeller och verktyg för identifiering av personer som behöver sektorsövergripande tjänster inom social och hälsovården. Efter det har det inom ramen för samverkansavtalen (socialvårdslagen 68 § *Samverkansavtal med Ålands hälso- och sjukvård*) utretts möjligheter för att mellan ÅHS och KST bilda ett gemensamt familjecenter²²; dvs. ett servicecenter som tillgodoser barnens, ungas och familjers välfärd och hjälpbehov. Nämnas kan även Barnahus Åland som är ett samarbetsnätverk bestående av representanter för KST, Ålands polismyndighet och ÅHS (deltar vid behov) som arbetar efter gemensamt antagna principer då barn misstänkts vara utsatt för brott. Nätverket har utvecklats lokalt med hjälp av utifrån kommande expertis; projekt *Barnahus* är ett²³ landsomfattande utbildningsprojekt för att förbättra och standardisera handläggande då barn misstänkts vara utsatta för brott.

Vad gäller ytterligare samarbete mellan KST och annan myndighet, kan nu konstateras²⁴ att ÅHS och KST gemensamt inför en ny modell, samordnad individuell plan, ofta förkortad SIP, för att skapa en tydligare process för att planera och genomföra vård och stöd för klienter som behöver insatser från både sjukvård och socialvård. En samordnad individuell plan kan göras för minderåriga när flera verksamheter som skola, socialvård, barn- och ungdomspsykiatri, rehabilitering och primärvård behöver samverka. Under 2025 erbjuds denna modell för samverkan till personer som får vård inom psykiatri och stöd och service från KST, och bygger på klientens samtycke samt socialvårdslagen (41 §) *sektors och myndighetsövergripande samarbete*. Enligt uppgift från KST²⁵ har en arbetsgrupp tagit fram en SIP-modell anpassad för Åland som även kan tillämpas på barn och unga.

Folkpensionsanstaltens stödformer för barn, unga och familj

Folkpensionsanstaltens (FPA:s) uppgift är att sörja för den sociala tryggheten i olika livssituationer för dem som omfattas av den sociala tryggheten i Finland. Förutom stöd till barnfamiljer är FPA:s uppgift att sörja för den sociala tryggheten för personer som omfattas av den sociala tryggheten i Finland i olika livssituationer. Förutom stöd till barnfamiljer handhar FPA sjukförsäkring, rehabilitering, läkemedelsersättningar och minimipensioner. Nämnas kan att på Åland är det landskapsregeringen som ansvarar för och finansierar barnbidraget, det allmänna bostadsbidraget och underhållsstöd men genom överenskommelseförordningar och avtal är det FPA som administrerar dessa stöd.

²¹ <https://www.kst.ax/jobba-hos-oss/familjevard>

²² KST förbundsstyrelsen protokoll 11.6.2024 Familjecenter (§ 65 i protokollet)

²³ [Projektet Barnahus - THL](#)

²⁴ Ålandstidningen 27.3.2025 Stärker samverkan mellan socialvård och sjukvård.

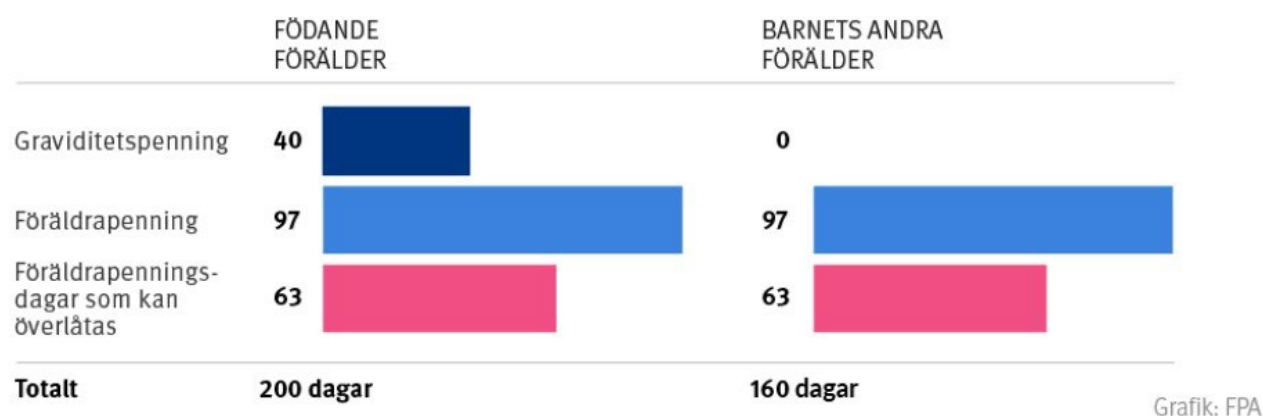
²⁵ Inkommet mail 27.3.2025 från KST, områdeschef Mikaela Brandt-Lindholm.

Vad gäller stöd till barnfamiljer från FPA beviljas t.ex. föräldradagpenning då barn föds till familjen, och ekonomiskt stöd såsom vårdbidrag för barn och unga under 16 år t ex då ett barn insjuknar i diabetes. FPA ansvarar även för viss medicinsk rehabilitering som kan bestå av enskilda terapier men även anpassningskurser utgående från olika diagnoser. För unga kan särskilt nämnas FPA:s serviceform Nuotti-coachning för unga i åldern 16–29 år, som är personlig coachning för unga som saknar studie- eller arbetsplats eller där det finns en risk för avhopp från studierna. Funktionsförmågan kan vara nedsatt på ett sätt som hindrar personen att planera sin framtid vad gäller studier eller arbete. Målet är att den unga ska få en bättre uppfattning om sina starka sidor och resurser och att han eller hon ska stärka sin livskompetens och sina arbetslivsfärdigheter.

Fr.o.m. 1.8.2022 ändrades bestämmelserna avseende föräldradagpenning, tanken bakom den omfattande reformen var en jämnare fördelning mellan föräldrarna vid uttag av föräldradagpenning av samt en ökad flexibilitet vad gäller uttaget av föräldradagpenning och avseende nyttjande av barnomsorg och hemvårdsstöd. Förutom att antalet dagar utökades från 317 till 360, dvs med 43 dagar, infördes även möjligheten att ta ut föräldradagpenningens dagar tills barnet fyllt två år, se nedan tabell 2: Föräldradagpenningens kvoter enligt sjukförsäkringslagen.

Tabell 2. Föräldradagpenningens kvoter enligt sjukförsäkringslagen.

Föräldradagpenningens kvoter



Enligt FPA²⁶ har familjeledighetsreformen (under den två-åriga övergångsperioden 2022–2024) gett önskat resultat; antalet föräldrapenningsdagar som papporna tar ut, har fördubblats. Om man jämför antalet föräldrapenningsdagar som män fick ersättning för 2024, ökade dessa med 5,3 procent jämfört med 2023. I statistiken skiljer sig Åland från resten av Finland då det åländska papporna tog ut över en fjärdedel av alla ersatta dagar.²⁷

I en undersökning²⁸ konstateras att familjens socioekonomiska ställning starkt påverkar uttaget av familjeledigheterna, pappor som är högutbildade tar ut mer ledigheter än pappor med lägre utbildning. Ett

²⁶ <https://www.kela.fi/aktuellt/familjeledighetsreformen-har-gett-onskat-resultat-allt-fler-pappor-skoter-sitt-barn-hemma-langre-an-forr>

²⁷ [Pappor använde över en femtedel av föräldrapenningsdagarna 2024 | Kela/FPA](#)

²⁸ FPA: Familjeledigheter och kombination av familj och arbete i ett föränderligt arbetsliv

ännu högre samband syns mellan mammans utbildningsnivå och användandet av pappans familjeledigheter. Ju högre utbildning och ju större inkomst mamman har, desto större är andelen pappor i dessa familjer som tagit ut föräldraledighet.

Barnomsorg

Det bästa förebyggande barnskyddet anges vara fungerande barnomsorg och skola. Landskapslag (2020:32) om barnomsorg och grundskola omfattar barnomsorg, grundskola samt grundskoleutbildning för andra än läropliktiga. Barnomsorg bedrivs som daghemsverksamhet, fritidshemsverksamhets och lekverksamhet. Daghemsverksamhet kan bedrivas i formerna daghem, familjehem eller gruppfamiljehem. På Åland finns sammanlagt 37 daghem där 1476 barn var inskrivna²⁹, endast 4 barn var inskrivna i familjedagvård, samtliga i Kumlinge. Deltagande i lekverksamhet har minskat kraftigt, från över 200 barn i medeltal under en dag 1999 medan motsvarande siffra för 2023 var 16 barn.

I enlighet med den ändring³⁰ i landskapslag om barnomsorg och grundskola utgående från den omfattande familjeledighetsreform som genomfördes i hela landet, har ett barn rätt till kommunal daghemsverksamhet från ingången av den kalendermånad då barnet fyller nio månader till dess att läroplikten börjar, vilket är den höstterminen det år barnet fyller sju år. I den utvärdering³¹ som genomfördes hösten 2024 där samtliga vårdnadshavare hade möjlighet att delta (antal svar: 788 svar, svarsprocent 53,7 %), konstateras att vårdnadshavarna generellt är mycket nöjda med daghemmens verksamhet. Hela 95 procent anger att de är mycket eller rätt nöjda med daghemsverksamheten; kritiken som framkommer handlar främst om brister i kommunikation och anpassning till individuella behov, särskilt vid stökiga miljöer eller personalomsättning.

Hemvårdsstöd

Hemvårdsstöd i enlighet med landskapslag (2015:68) om hemvårdsstöd är ett ekonomiskt stöd för barn under 3 år som inte deltar i barnomsorg (lekverksamhet undantaget) där syftet är att ge vårdnadshavarna med utgångspunkt i barnets bästa och valfrihet i fråga om vården av barnet. På så vis möjliggör hemvårdsstöd, enligt lagens syfte, goda förutsättningar att förena föräldraskap och yrkesarbete samt främja jämställdheten i samhället. Hemvårdsstödet är i likhet med äldreomsorgen en form av socialvård som fortsättningsvis är organiserad inom de 16 åländska kommunerna, och inte inom KST. Av den senaste statistiken framgår att det 2024 fanns 624 mottagare av hemvårdsstöd, av vilka huvudparten är kvinnor, 89 procent. Jämfört med 2023 har antalet mottagare minskat med 47 personer. De kvinnliga mottagarna minskade med 41 personer medan de manliga mottagarna minskade med 6 personer. Kostnaderna för hemvårdsstödet, som bekostas av de åländska kommunerna, framgår av tabellen nedan (tabell 3):

Tabell 3. Kostnader för hemvårdsstöd på Åland 2019–2023.

Åland	2019	2020	2021	2022	2023
Kostnader hemvårdsstöd	2 863 000	2 703 000	2 512 000	2 379 000	2 167 000

²⁹ ÅSUB: Barnomsorgen 2023

³⁰ ÅFS 2022/55.

³¹ Living V&I Ab, 2024: utvärdering av vårdnadshavares uppfattningar om daghemmen på Åland.

Grundskoleundervisning

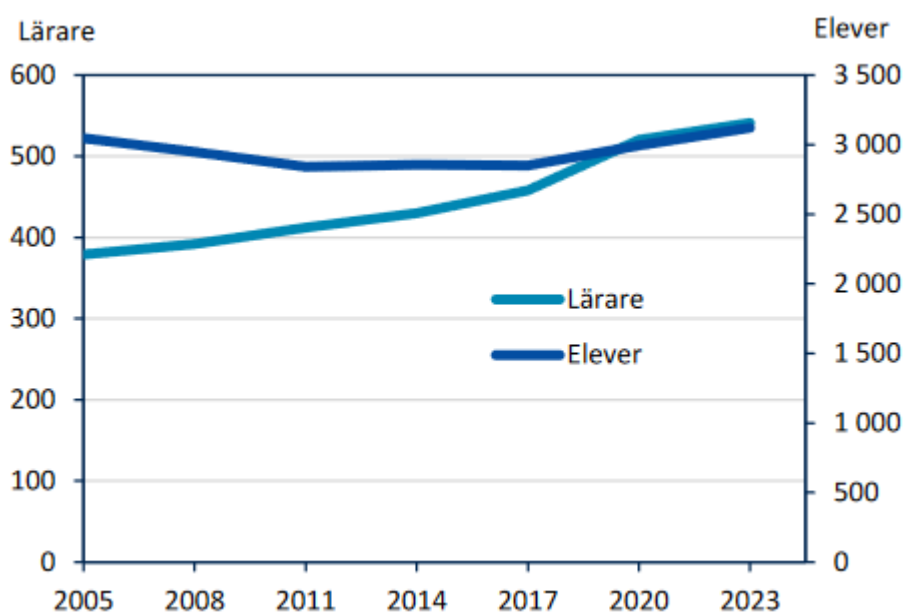
I landskapslagen om barnomsorg och grundskola finns bestämmelser om läroplikt (1 §), rätten till skolgång (2 §), elevernas skyldigheter (3 §) och vårdnadshavarnas ansvar för att barnet fullgör sin läroplikt (4 §).

Grundskolan ska vara tillgänglig för alla och stöda elevens utveckling till en trygg, kreativ och ansvars kännande människa och aktiv samhällsmedborgare. Barnomsorgs och grundskolelagen innehåller även bestämmelser angående hemundervisning (6 kap); antal barn med hemundervisning har stadigt ökat de senaste åren. 2014 var 18 elever i hemundervisning på Åland, och 2023 var antalet 113 elever, strax under 90 procent av de som får hemundervisning på Åland är födda i Sverige.

Varje elev har rätt till handledning och stöd och stöden kan ges som allmänpedagogiskt stöd, specialpedagogiskt stöd samt mångprofessionellt stöd; drygt en fjärdedel av eleverna i grundskolan får någon typ av stöd för lärande och skolgång. Elever som på grund av intellektuell funktionsnedsättning inte kan följa grundskolans allmänna läroplan har rätt att gå i träningsundervisning (22 §) och blir läropliktig det år barnet fyller 6 år. Nyckelkompetenserna inom barnomsorg och grundskola är de samma och utgår från Europeiska rådets rekommendationer. Verksamheterna styrs bland annat av läroplan, utbildningsstadga och arbetsplan och trivselstadga.

ÅSUB publicerar vart tredje år statistik avseende lärarna på Åland ³² där det bl.a. framgår att antalet lärare i grundskolan (2023) ökat med 20 personer sedan den förra mätningen (2020). Den personalkategori som ökade mest var elevassistenterna; antalet elever i grundskolan har inte uppvisat samma tydliga ökning utan legat relativt stabilt runt 3000 elever sedan 2005 se bild 3 lärare och elever i grundskolan 2005–2023.

Bild 1. Lärare och elever i grundskolan 2005–2023.



Ur den enkät som utbildningsbyrån lät utföra³³ avseende vårdnadshavares uppfattningar om den åländska grundskolan, konstateras att de åländska vårdnadshavarna är mer nöjda med sin skola jämfört med

³² https://www.asub.ax/sites/default/files/media/document/L%C3%A4rare%202023_0.pdf

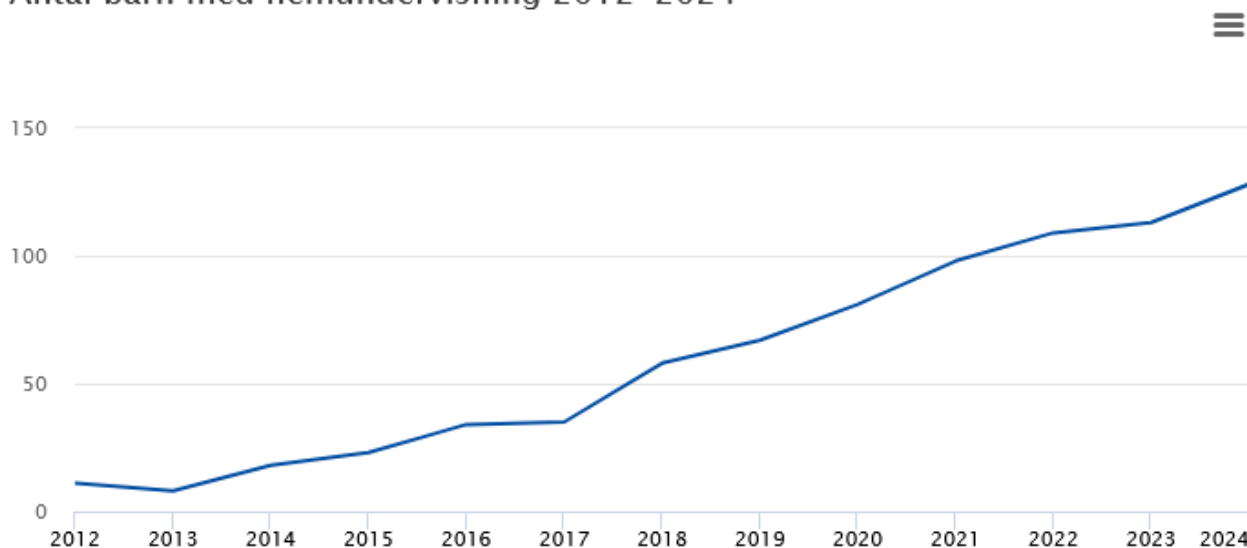
³³ Living V & I ab (2024) Utvärdering av vårdnadshavares uppfattningar om den åländska grundskolan, åk 1–9

vårdnadshavare i både Sverige och Finland. Frågorna omfattar bland annat själva skolarbetet men även frågor kring trivsel och trygghet. Rapporten redogör närmare för vårdnadshavarnas kommentarer utgående från mobbning, utmaningar i lärandet och läxor.

I enlighet med barnomsorgs och grundskolelagens (2020:32) 6 kapitel, avses med hemundervisning att vårdnadshavaren ansvarar för att ett barn som har sin hemort på Åland enligt lagen om hemkommun, och vårdnadshavaren ansvarar för att barnet tillägnar sig sådana kunskaper och färdigheter som anges i läroplanen för grundskolan. Bild 4 nedan³⁴ visar utvecklingen avseende antal barn med hemundervisning på Åland sedan år 2012; merparten av barnen är födda i Sverige (90 % år 2023).

Bild 2. Antal barn med hemundervisning på Åland 2012–2024.

Antal barn med hemundervisning 2012–2024



De åländska kommunerna har en gemensam tillsynsenhet för Ålands hemundervisning, organiserad inom bildningssektorn i Mariehamn. I enlighet med gällande lagstiftning ska de hemundervisade barnens utveckling och framsteg i förhållande till läroplanen prövas en gång per termin.

Barn- och elevhälsa

I landskapslagen om barnomsorg och grundskola (2020:32) finns ett särskilt kapitel (del IV barn och elevhälsa) om barn och elevhälsa. Barn- och elevhälsotjänsterna omfattar psykolog- och kuratorstjänster, stöd för barns och elevers utveckling och lärande, samt rådgivningstjänster för barn under läropliktsåldern och skolhälsovård för elever i grundskolan.

Kommunen ansvarar för att barn- och elevhälsans psykolog och kuratorstjänster och stöd för barns och elevers utveckling och lärande ordnas. När kommunen ordnar tjänsterna ska den samarbeta med Ålands hälso- och sjukvårds skolhälsovårdspersonal.

³⁴ <https://www.asub.ax/sv/utbildning-grundskolan>

Ålands hälso- och sjukvårds service för barn, unga och familj

På ÅHS hemsida³⁵ finns information om primärvård för barn och unga såsom mödrarådgivning och barnrådgivning, skolhälsovård och studerandehälsa. Lågtröskelmottagningen för barn och unga utgör även en del av primärvården, liksom tandvården.

På specialsjukvårdsnivå finns barn och ungdomsavdelningen, barn- och ungdomsmottagningen samt barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen, och ätstörningsmottagningen TREAT. Det finns detaljerad information avseende hur remissförfarande till barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen fungerar, såväl vid psykisk ohälsa som vid neuropsykiatriska problem. Vad gäller information om hur en utredning går till finns de olika insatserna beskrivna, t.ex. läkarundersökning, strukturerade intervjuer, psykologbedömning, på hemsidan.

Utbildning efter grundskola

Läroplikten innebär en skyldighet för barnet att inhämta grundskolans läroplan och upphör således efter detta. På Åland finns Ålands gymnasium bestående av Ålands yrkesgymnasium och Ålands lyceum. Ålands yrkesgymnasium erbjuder grundläggande yrkesutbildning inom olika utbildningsprogram medan Ålands lyceum ger studieförberedande utbildning som ger behörighet för högskola och universitetsstudier. Enligt landskapslag (2011:13) om gymnasieutbildning motsvarar allmänbildande gymnasieutbildning tre års heltidsstudier som ska slutföras inom fyra år och den grundläggande yrkesutbildningen motsvarar även den tre års heltidsstudier som ska slutföras senast inom fyra år.

På Åland finns även Ålands folkhögskola³⁶ som bl.a. erbjuder en ettårig linje som är riktad särskilt till den som gått ut grundskolan och är mellan 15 – 20 år. Utbildningen är studieförberedande och det går även att höja sina grundskolebetyg.

Högskolan på Åland inledde sin verksamhet 2003 och erbjuder examensinriktad utbildning (t.ex. sjukskötare och kapten), öppen högskoleverksamhet samt tillämpad forskning och utveckling i samverkan med utbildningarna, näringslivet och det omgivande samhället. Det första masterprogrammet inrättades 2023.

Även om nästan alla unga av en årskull inleder en gymnasieutbildning³⁷ så är det långt ifrån alla som genomgår hela utbildningen och avslutar den med en examen efter tre år. För en del unga fungerar inte övergången från grundskola till gymnasienivå medan andra som påbörjar en gymnasieutbildning väljer att avbryta den av olika skäl. Bland de unga som varken arbetar eller studerar är de utan avslutad gymnasieutbildning överrepresenterade. Bild 3 visar genomströmningen av elever som påbörjat utbildning.

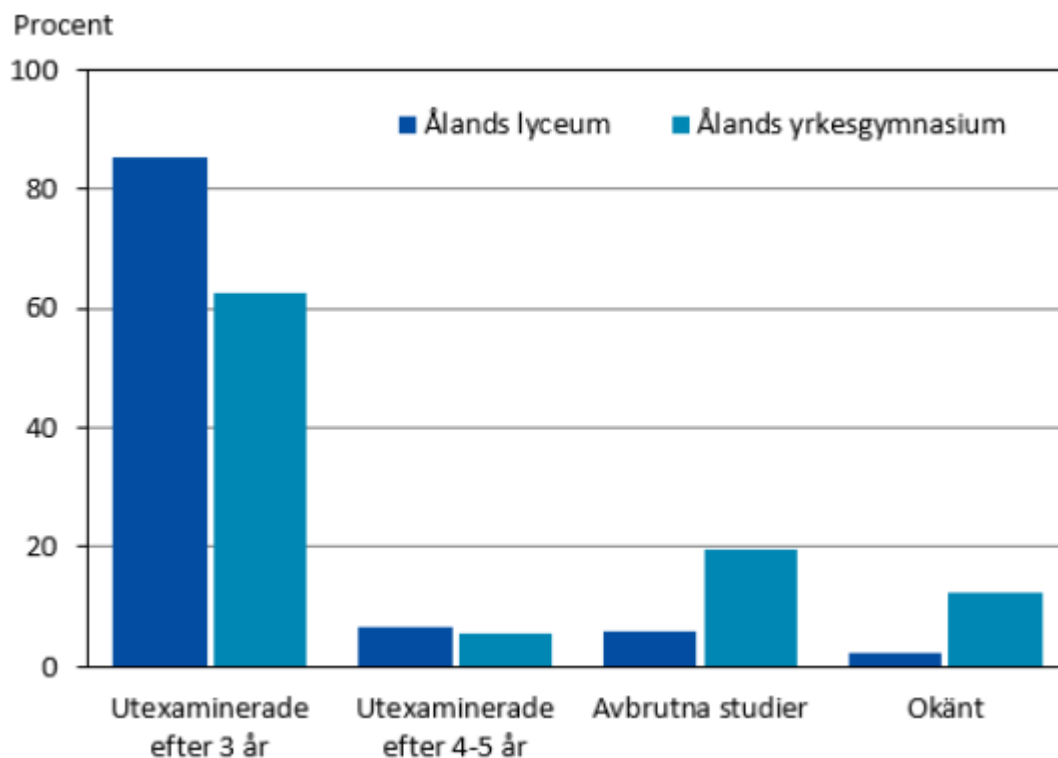
³⁵ <https://www.ahs.ax/>

³⁶ <https://folkis.ax/utbildning/nyalinjen/>

³⁷

<https://www.utbildning.ax/sites/default/files/attachments/article/Slutrapport%20Gymnasieutbildning%20f%C3%B6r%20alla%20unga.pdf>

Bild 3: Genomströmningen efter fem år för de som påbörjat någon av de treåriga utbildningsprogrammen på gymnasienivå 2017.



Ålands arbetsmarknads och studiemyndighet (AMS)

På Åland betalar AMS (Ålands arbetsmarknads- och studiestödsmyndighet) ut studiestöd i form bl.a. studiepenning, bostadstillägg till studerande som fyllt 17 år, och så kan studielån beviljas.³⁸ Förutom studiestöd handhar AMS även arbetslöshetsersättningar och t.ex. yrkesvägledning som även kan vara aktuella för unga personer. AMS har upphandlat daglig sysselsättningsverksamhet, kallad Katapult, för ungdomar och unga vuxna i åldrarna 16–25 år som saknar arbete eller som inte studerar. I nuläget är det föreningen Ung Resurs r. f som bedriver denna verksamhet på Åland, som omfattar 12 platser i den dagliga sysselsättningsverksamheten samt ytterligare 5 platser som är avsedda för praktik med möjlighet till stöd.

Exempel på övrigt pågående arbete för målgruppen barn och unga inom landskapsregeringen

I enlighet med regeringsprogrammet Ett tryggt, öppet och framtidssäkert Åland³⁹ skall en övergripande strategi för barn och unga tas fram i enlighet med barnkonventionen, utvecklings- och hållbarhetsagendan och nuvarande regeringsprogram. Den styrgrupp som tillsattes våren 2024 har som uppdrag haft att identifiera och bedöma de samhällsfenomen som påverkar barn, unga och familjer på Åland. Arbetet fortsätter med tillsättande av en parlamentarisk arbetsgrupp med målsättningen att en strategi för barn och unga skall kunna antas under år 2025.

³⁸ <https://www.studiestod.ax>

³⁹ LR: Meddelande nr 1/2023-2024

Från november 2022 till maj 2026 pågår ett PAF-finansierat projekt *Barn och ungas hälsa och välmående*⁴⁰. Projektets övergripande syfte är att kartlägga strukturella hinder för arbetet med barn och ungas hälsa och välmående på Åland samt föreslå och implementera långsiktiga lösningar mellan undervisningssektorn, socialvårds samt hälso- och sjukvård. Projektet sker i 3 steg:

- kartläggning och analys av det preventiva arbetet som görs för att minska risken att psykisk och fysisk ohälsa uppstår bland barn och unga samt av det arbete som görs för att stödja barn och unga som lider av fysisk eller psykisk ohälsa
- att kartlägga och analysera vilka kunskapshöjande insatser, ändrade arbetssätt och eventuella andra interventioner som har god evidens och som bedöms lämpa sig för åländska förhållanden
- att föreslå och implementera långsiktiga lösningar inom och mellan utbildningssektorn, socialvård samt hälso- och sjukvård, inklusive förslag på ändrad lagstiftning och -vid behov- ändrade organisationsgränser

En arbetsgrupp⁴¹ för utbildningssektorns stödinsatser till barn och unga har tillsatts, med avsikt att utreda aktuella frågor i regeringsprogrammet, att öka samarbetet och samverkan mellan skola och hälsovård samt även bistå pågående projekt *Barn och ungas hälsa och välmående*. Syftet är att:

- stärka utbildningssektorns förutsättningar att ge barn och unga med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF) eller social och beteendemässiga utmaningar som påminner om NPF, det stöd de behöver
- kartlägga möjligheter att hantera problematisk skolfrånvaro oavsett anledning.
- ta ställning till hur stödinsatserna kan stärkas utifrån en helhetsbedömning som tar hänsyn till utbildningssektorns samlade resurser.

I den delrapport⁴² som projektet publicerat nämns flera aktiviteter som är kopplade till vård och servicekedjor för barn och unga i enlighet med det tredje steget i projektet; att föreslå och implementera långsiktiga lösningar inom och mellan utbildningssektorn, socialvård samt hälso- och sjukvård, inklusive förslag på ändrad lagstiftning och vid behov ändrade organisationsgränser:

a. Vad gäller att utreda förutsättningarna för bättre samverkan och koordinering mellan offentliga aktörer, har en övergripande analys gjorts 2023; en viss kartläggning av samverkansformer i Sverige kvarstår. Rapporten uppges vara påbörjad och kommer att publiceras under våren 2025.

b. Vad gäller att utreda effektiviteten och ändamålsenligheten med dagens separation av elevhälsan, studerandehälsan och olika yrkesgruppers organisatoriska placering har tidigare rapporter med information gåtts igenom och möten med yrkesverksamma har hållits. En stor del av arbetet återstår såsom informationsinhämtning genom fördjupade möten samt avstämningar med hälso- och sjukvårdsbyråns jurist. Under hösten 2025 planerar projektet att kunna presentera konkreta förslag till förbättrande åtgärder.

c. Vad gäller att utreda möjligheterna till förstärkning av strukturer för tidig prevention av psykisk ohälsa, har en första kartläggning gjorts. När det gäller tidiga samordnade insatser bedöms möjligheterna att framföra skarpa förslag innan projektet är slut som begränsade, blir snarare en beskrivning av möjliga vägar framåt i slutrapporten.

⁴⁰ <https://www.regeringen.ax/halsa-omsorg/barn-unga-projektet-barn-och-ungas-halsa-och-valmaende>

⁴¹ ÅLR 2024/3929 Tillsättande av arbetsgrupp för utbildningssektorns stödinsatser till barn och unga

⁴² [Delrapport projekt Barn och ungas hälsa och välmående](#)

Även utredning av förbättrade förutsättningar för samverkan och ökad användning av multiprofessionella team nämns. Syftet med aktiviteten är att ge de barn och unga som berörs och deras föräldrar mer sammanhållen och effektivare hjälp. Detta nämns i samband med den första punkten, förutsättningar för bättre samverkan och koordinering mellan offentliga aktörer.⁴³

I detta sammanhang kan nämnas flera omfattande utredningar som gjorts kring samarbete och samverkan för barn och unga. 2015 sammanställdes, på uppdrag av landskapsregering, rapporten *Elevers och studerandes hälsa och inlärning*. En kartläggning om samverkan, samarbete och samordning". Syftet var att hitta samverkansformer mellan de aktörer som stöder elevers och studerandes hälsa och inlärning.

ÅSUB publicerade rapporten *Barn, elever och studerande med neuropsykiatriska funktionsvariationer 2022*⁴⁴ där det bl.a. konstateras att principerna för skolornas samverkan med andra aktörer såsom ÅHS och KST är otydliga och information behöver kunna delas på ett lättare sätt än idag. Därmed kan det slås fast att problematiken kring fungerande samarbeten/vårdkedjor även för målgruppen barn, unga och familj också tidigare är utredd och konstaterad.

Sedan september 2024 pågår även ett annat PAF-finansierat projekt⁴⁵ avseende att ge fler unga möjligheten till en meningsfull och hållbar fritid i anslutning till skoldagen för att främja ungas psykiska och fysiska hälsa samt lägga grund för en mer jämlik hälsa och delaktighet i samhället oavsett geografiska eller ekonomiska förutsättningar. Projektet pågår från september 2024 till september 2027.

Resultat från enkät om service- och vårdkedjor för barn och unga

Ingen av de 16 kommunerna som besvarade enkätundersökningen tar upp hemvårdsstöd som, förutom äldreomsorgen, är den enda formen av socialvård som är organiserad inom primärkommunerna.

Det som nämns i två av svaren är verkställande av måltidsservice för barnfamiljer i enlighet med KST:s beslut. I flera av kommunernas svar nämner man barnomsorg och skola som kommunal förebyggande service för barn och unga och Sunds kommun lyfter upp frågan kring om läkarintyg avseende specialkost ska beaktas i högre grad än personalens bedömning av behovet. Hammarland uppger att det förebyggande arbetet inleds redan på daghemmen och att funktionen socialkurator (ÅHS) lider av resursbrist då barn som behöver stöd från myndigheter, kan få det via remiss från socialkurator och där det uppges finnas väntetider som borde vara kortare.

I ÅHS/primärvårdens svar uppges vård- och servicekedjorna avseende barn och unga fungera bra; man nämner att primärvården tillhandhåller såväl preventiv vård (mödra- och barnrådgivning) samt sjukvård. Vad gäller KST:s svar konstateras att en övervägande del av tyngdpunkten på service utgår från det faktum att servicebehovet redan är stort och konstaterat, dvs tyngdpunkten är inte preventivt arbete. De brister som konstateras vad gäller service och vårdkedjan för barn och unga avser avsaknad av barnskyddsanmälningar och begäran av bedömning av servicebehov i vissa fall. Andra brister som konstateras gäller specifika serviceformer då barn och/eller unga utfört eller är offer för brott samt familjerehabilitering. Vad gäller

⁴³ Uppdatering av projektets aktiviteter genom inkomna mail av projektledare Maarten Sengers 3/2025

⁴⁴ ÅSUB rapport 2022:2: Barn, elever och studerande med neuropsykiatriska funktionsvariationer

⁴⁵ ÅLR 2024/7159 Projekt ÅL-ON Fritid, 5.11.2024

förbättringsförslag uppger KST att även andra myndigheter borde ta ansvar för information gällande anmälningar och även utveckla sitt förebyggande barnskyddsarbete.

3.2. Service- och vårdkedjan för vuxna i arbetsför ålder (inklusive vid missbruksproblematik)

Ålands landskapsregering arbetar för utveckling och främjande av social välfärd samt förebyggande av sociala problem. Ett delområde inom socialvården är socialt arbete för vuxna. Området får inte alltid lika stort intresse politiskt och utvecklingsmässigt som t.ex. barn- och familjefrågor, men kan från många olika synvinklar anses som ett väldigt viktigt område att utveckla. Alla socialvårdens områden går in i varandra och påverkar varandra; ett barn blir ungdom och sedan vuxen, en vuxen kan vara en förälder, en vuxen blir en del av äldre befolkningen osv. Vuxna välmående personer är arbetsföra och därmed motorn för samhällets ekonomiska utveckling. Med andra ord kan man säga att ett välutvecklat socialt arbete med vuxna, som leder till goda resultat inte bara gynnar individen, utan barnen, familjer och hela samhället. Att förebygga eller bryta ett utanförskap är inte endast det bästa för individen utan leder även till samhällsekonomiska besparingar. För att förverkliga socialvårdslagens mål borde kunskap om kraven i lagen och kunskap om socialvård integreras i många delar av samhället så som primärkommunernas helhetsplanering.

KST:s service för socialvårdens klienter är organiserad i fyra verksamhetsområden av vilket ett område är vuxensocialarbete. I vuxensocialarbetet ingår utkomststöd, alkohol- och drogarbete, missbrukarvård och socialservice med anledning av närstående- och familjevåld. Till området vuxensocialarbete på KST hör också frågor som gäller flyktingmottagande och integration. Sedan våren 2022 handhar vuxensocialarbetet även eftervården för personer mellan 18–25 år, medan barnskyddet fortsättningsvis ansvarar för de klienter som är placerade i eftervård.

Före KST, när primärkommunerna ansvarade för alla delar av socialvården, var det sociala arbetet med vuxna delvis utvecklat och i många kommuner innefattade det närmast ekonomiskt stöd i form av utkomststöd. Bildandet av KST och nya lagar inom socialvården speciellt landskapslag (2020:12) om socialvård (socialvårdslagen) har lett till en specialisering i de olika verksamhetsområdena och även gällande vuxensocialarbetet. Idag erbjuder vuxensocialarbetet enligt KST:s hemsidor ⁴⁶ socialservice för personer som fyllt 18 år och erbjuder bl.a. följande stödformer:

- bedömning av servicebehovet
- kartläggning av problem och hänvisning till rätt service
- stöd och rådgivning i svåra ekonomiska situationer samt i situationer där personer behöver hjälp med boendefrågor
- motivation, råd och stöd i frågor kring arbetslöshet, sysselsättning, rehabilitering eller missbruksproblem
- ekonomiskt och socialt stöd i krissituationer samt stöd för att hantera och planera vardagen
- rådgivning om socialservice och socialskyddsförmåner
- beslut om grundläggande, kompletterande och förebyggande utkomststöd

⁴⁶ <https://www.kst.ax/klienter/vuxensocialarbete>

- stöd och hjälp vid våld i nära relationer och behov av skyddshemsboende
- socialtjänster för kvotflyktingar, asylsökande som beviljats uppehållstillstånd och övriga invandrare i behov av socialservice. Tjänsterna omfattar handledning, rådgivning och information samt stöd med att sköta sina ärenden. Vid behov kan tolktjänster ordnas
- kvotflyktingmottagande i samarbete med kommunen

Socialt arbete har en nyckelroll både när det gäller att främja delaktigheten för personer i yrkesverksam ålder och personer som är i risk för ett utanförskap samt när det gäller att trygga en fungerande vardag. I det sociala arbetet med vuxna kan klienten ha en mångfasetterad problematik och behöva stöd och service även från andra myndigheter än KST och ett sektors- och myndighetsövergripande samarbete blir aktuellt i enlighet med 41 § i socialvårdslagen.

Alla har rätt att få en bedömning av servicebehovet i enlighet med socialvårdslagens 36 §. Bedömningen av servicebehov utgör en central och integrerad del av genomförandet av socialvården. Utgångspunkten är en bedömning av klientens behov av stöd och behov av service i en viss situation. Det är värt att understryka att det är personens stödbehov och behov av service som ska bedömas, inte specifika tjänster.⁴⁷

Då man 2023 gjorde ändringar i lag om utkomststöd (FFS 1412/1997) som tillämpas på Åland med stöd av landskapslagen (1998:66) om tillämpning i landskapet Åland av lagen om utkomststöd (utkomststödslagen) förstärkte man betydelsen av bedömning av servicebehovet. I utkomststödslagens 10 § gällande sänkning av grunddelen tog man in en bestämmelse om att grunddelen kan sänkas om klienten utan grundad anledning vägrar delta i bedömning av servicebehovet enligt 36 § i socialvårdslagen. Bestämmelsen kan vara viktig i situationer då ingen bedömning av servicebehovet gjorts på länge eller som en motiverande faktor för klienten att uppdatera och fördjupa sin bedömning av servicebehovet i svåra livssituationer.

Vuxna kan få stöd och service skilt eller i samarbete med KST från AMS, FPA, ÅHS och tredje sektorn. I många fall krävs även ett bra samarbete med klientens primärkommun för att hjälpa klienten på bästa möjliga sätt. I vuxensocialarbetet gäller det ofta sysselsättnings- och bostadsfrågor.

Sysselsättning

I samband med att KST bildades skapades en specifik tjänst, sysselsättningskoordinator som på KST ansvarar för sysselsättningsfrågor. Sysselsättningskoordinatorn arbetar med de sysselsättningsformer som ingår i verksamhetsområdet för socialvården med stöd av socialvårdslagen och lag om service och stöd på grund av handikapp (FFS 380/1987) som är tillämplig i landskapet med stöd av landskapslag (2010:50) om tillämpning i landskapet Åland av lagen om service och stöd på grund av handikapp.

Våren 2023 avslutades projektet Sysselsättning för alla⁴⁸. I slutrapporten konstateras att när AMS uttömt hela sin verktygslåda beträffande en arbetssökande hänvisas denne till KST, genom att sysselsättningskoordinatorn inbjuds till AMS för ett gemensamt möte. I merparten av fallen blir det aktuellt med en plats vid Fixtjänst som är den enhet som producerar arbetsplatserna. Socialarbetare vid KST fattar ett formellt beslut om rätt till stöd enligt 70 § socialvårdslagen, och därefter tas kontakt med Fixtjänst. På

⁴⁷ TILLÄMPNINGSGUIDE för landskapslag om socialvård.

⁴⁸ Sysselsättning för alla, slutrapport (ÅLR 2022/3758)

Fixtjänst kan klienten få service enligt socialvårdslagens 70 § *Verksamhet i sysselsättningssyfte* och 71 § *Arbetsverksamhet för personer med funktionsnedsättning*.

En utmanande grupp har varit långtidsarbetslösa som inte uppfyller kriterierna för funktionsnedsättning enligt 70–71 §§, men ändå inte står till arbetsmarknadens förfogande. Denna grupp riskerar att falla mellan stolarna eftersom det nu finns en avsaknad av tydliga verktyg och arbetsformer för att möta behovet hos denna grupp. I riket finns en särskild lag för att möta behovet för långtidsarbetslösa och utkomststödstagare som inte uppfyller kriterierna för funktionsnedsättning; lagen om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte (FFS 189/2001) och lag om sektorsövergripande samservice som främjar sysselsättningen (FFS 1369/2014).

Samarbete mellan AMS och KST kan ske med stöd av socialvårdslagen, men den ålägger inte myndigheterna att till exempel utarbeta en sektorsövergripande sysselsättningsplan. Som beskrivits ovan avslutas insatserna från AMS när den arbetssökande överförs till klientskap inom KST. Landskapsregeringen har fått många kontakttaganden angående problematiken gällande målgruppen långtidsarbetslösa som inte uppfyller kriterierna för funktionsnedsättning.

För att främja situationen för långtidsarbetslösa och svårssysselsatta har KST startat projekt *Framsteget*. Det är ett projekt som drivs av KST:s vuxensocialarbete med finansiering från landskapsregeringen och Europeiska socialfonden (ESF+). Projekt Framsteget pågår under perioden 2024–2026 och har som fokus att ge stöd till personer som behöver förberedelse innan de är redo för arbetsmarknaden.

Enligt landskapslag (2011:114) om hälso- och sjukvård¹ § har den offentliga hälso- och sjukvården (dvs. Ålands hälso- och sjukvård) som uppdrag att bland annat upprätthålla arbets- och funktionsförmåga för befolkningen i landskapet. Därmed har ÅHS ett generellt uppdrag inom sysselsättningsområdet.

Ålands hälso- och sjukvård ordnar medicinsk rehabilitering i anslutning till sjukvård av patienter. Syftet med den medicinska rehabiliteringen kan vara att förbättra, behålla eller återställa funktionsförmågan. Med medicinsk rehabilitering avses rådgivning och handledning som gäller rehabilitering, utredning av patientens funktions- och arbetsförmåga samt rehabiliteringsmöjligheter, terapier som förbättrar och upprätthåller funktionsförmågan samt andra behövliga åtgärder som främjar rehabiliteringen, hjälpmedelstjänster, anpassningsträning samt rehabiliteringsperioder i form av institutionsvård eller öppenvård. Medicinsk rehabilitering ges även i samband med psykiska symptom eller sjukdomar.⁴⁹

För att trygga sysselsättningen för personer med nedsatt arbetsförmåga, eller långtidsarbetslösa samt ungdomar under 25 år, som varit arbetslösa längre än tre månader tillhandahåller AMS sysselsättningsprojekt, där tjänsterna har upphandlats. AMS har ingått avtal med tre leverantörer: Emmaus Åland r.f., Ung resurs r.f. samt Björkkö Ab. På det sättet har tredje sektorn och den privata sektorn blivit en del av servicekedjan. Även Ålands Fountainhouse r.f. Pelaren har lågtröskelverksamhet inom sysselsättningen av personer som inte kan jobba heltid. Utgångspunkten för den arbetsinriktade dagen är skötseln av de uppgifter som finns inom huset, men till konceptet som Pelaren har ingår så kallat övergångsarbete, där medlemmar får möjlighet att pröva på arbete utanför huset. Pelaren har bland annat haft avtal med Varuboden city, ÅHS och Emmaus.

⁴⁹ <https://www.kst.ax/klienter/social-rehabilitering>

Ekonomisk utsatthet - Ekonomiska stöd

I forskning som gjorts i Finland där man använt sig av data insamlat från alla barn födda 1987 tills de fyllt 25 år, har man kunnat konstatera att trots den nordiska modellen, med en relativt stark välfärdsstat, är det sociala arvet starkt, speciellt då det gäller ekonomisk utsatthet. Fattigdom i familjen är enligt forskningen den starkaste faktorn för svaga resultat senare i livet. Det vill säga att trots det stöd som getts till barnen t.ex. i skolan och via basservice, så var utfallet sämre för de barn som hade föräldrar med riskfaktorer så som psykisk ohälsa och låg utbildningsnivå eftersom det ledde till ekonomisk utsatthet. Resultaten av denna forskning tyder därför på att insatser för att förbättra barns liv bör inriktas på att mildra de negativa effekterna av föräldrarnas svårigheter, som sedan leder till ekonomisk utsatthet. Föräldrars svaga ekonomiska situation förblir det mest signifikanta hindret för uppfyllandet av ens förmågor senare i livet.⁵⁰

Då en persons eller familjs inkomster och tillgångar inte räcker till för de nödvändiga dagliga utgifterna kan man få ekonomiskt stöd i form av utkomststöd. Utkomststödet består av tre former; förebyggande- grundläggande- och kompletterande utkomststöd som alla ansöks från KST. I samband med ansökan får klienten träffa en socialarbetare eller socialhandledare och finna lösningar för att förbättra sin ekonomiska situation. I enlighet med utkomststödslagen har alla klienter i frågor gällande utkomststöd rätt till tillfälle till ett personligt samtal med en yrkesutbildad person inom socialvården senast den sjunde vardagen efter det att klienten har begärt detta.

Utkomststödet är ett ekonomiskt stöd inom socialvården som beviljas i sista hand. Detta innebär att man alltid först ska ansöka om primära stöd och nedsättning eller efterskänkning på eventuella avgifter inom socialvården. Dessa förmåner är t.ex. bostadsbidrag som ansöks från FPA och arbetslöshets- och studieförmåner som ansöks från AMS. Från FPA söker man också andra förmåner så som sjukdagpenning, barnbidrag, föräldradagpenning, underhållsstöd, rehabilitering, handikappförmåner, folkpension och sjukvårdersättningar. Det allmänna bostadsbidraget, arbetslöshets- och studieförmånerna samt barnbidraget är åländsk behörighet och finansieras av landskapsregeringen.

Utöver den offentliga service som erbjuds av KST, FPA och AMS finns ekonomiskt stöd även att fås via tredje sektorn. Diakoniarbetet i olika kommuner erbjuder vägledning, stöd och en del ekonomiska bidrag. De samarbetar även med Matbanken som erbjuder mathjälp i svåra ekonomiska situationer. Via folkhälsan kan privatpersoner få ekonomisk rådgivning. Ekonomiskt stöd kan personer och familjer i en svår ekonomisk situation söka från olika föreningar så som Rädda Barnen, Lions och Röda Korset. Ålands rättshjälps- och intressebevakningsbyrå erbjuder ekonomi- och skuldrådgivningen och kan t.ex. hjälpa till med att ansöka om skuldsanering vid tingsrätten. Ålands rättshjälpsbyrå hör till Sydvästra Finlands rättshjälps- och intressebevakningsdistrikt och är en statlig tjänst.

I riket bereds stora ändringar i olika bidrag och en totalreform av den sociala tryggheten. Social- och hälsovårdsministeriet har påbörjat reformen genom beredning av ett allmänt stöd. Målet är att det ska finnas bara ett allmänt stöd som ska omfatta en grunddel för levnadskostnader, en del för boendet och en behovsprövad del som sistahandsskydd. Ministeriet bereder också en totalreform av utkomststödet.

⁵⁰ Path modeling of children's life outcome 2018, Ristikari m.fl.

Landskapsregeringen följer arbetet och bedömer konsekvenserna av de förslag till ändringar som kommer att ges. Problem kan uppstå om förmåner, som dels ligger under rikets lagstiftningsbehörighet, dels under åländsk behörighet, sammanförs i ett enda stöd. Problem kan också uppstå pga. strukturella skillnader, så som skillnader i vilken myndighet som handlägger och finansierar de olika bidragen.

Social rehabilitering

Marginalisering kan definieras som en kumulativ process av socialt utanförskap som leder till en beständig ställning i samhällets lägsta marginal. Forskning visar att man kan koppla samman marginalisering och ojämlikhet i frågor gällande hälsa, inkomst och möjligheter i livet. Man har kunnat hitta samband för unga vuxna med mångfasetterade problem i att personens föräldrar har haft bl.a. ekonomisk utsatthet, hälsoproblem, låg utbildningsnivå och mental ohälsa.⁵¹

Med social rehabilitering avses socialservice med intensifierat och målinriktat stöd med hjälp av socialt arbete och social handledning för att förbättra och upprätthålla social funktionsförmåga och livskompetens, förebygga och minska marginalisering och främja delaktighet. Bestämmelser om tjänster inom social rehabilitering finns i socialvårdslagen (17 §).

Social rehabilitering är en del av det multiprofessionella rehabiliteringssystemet och den ska genomföras i nära samarbete med den medicinska, yrkesinriktade och pedagogiska rehabiliteringen. Servicen för social rehabilitering samordnas vid behov med missbrukarvården och/eller mentalvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen och med andra nödvändiga tjänster och stödåtgärder. Bakom social rehabilitering ligger en förståelse för att ett helhetsinriktat arbete är nödvändigt när problemen har hopat sig och blivit långvariga eller när sociala rehabiliteringsåtgärder i övrigt behövs för att stärka en persons sociala funktionsförmåga och främja delaktighet. Vid social rehabilitering måste man beakta till exempel följderna av långvarig arbetslöshet, gestaltnings- och inlärningsstörningar, behov av social rehabilitering till följd av funktionsnedsättning, mentala störningar och beteendestörningar och upplevt våld.⁵²

I KST:s budget för år 2023 nämns som målsättningar att delta i fortbildning som fokuserar på social rehabilitering och att medel ska upptas för social rehabilitering. I budgeten för 2024 har KST skrivit att inom vuxensocialarbetet planeras uppstart av en ny verksamhetsenhet inom socialvårdens sociala rehabilitering. Till verksamheten behövs två heltidsanställda socialhandledare. Rehabiliteringen ges i verkstadsform/dagverksamhet (liten grupp bestående av 10–12 personer). Målgruppen består av långtidsarbetslösa, personer i socialt utanförskap och "vuxna hemmasittare". Verksamheten är avsedd för vuxna personer i åldern 18–65 (med fokusområde 30+) utanför studie- och arbetslivet och som behöver speciellt stöd före studier, arbetsliv eller andra sysselsättningstjänster. Verksamheten ska erbjudas som ett komplement till övriga socialvårdstjänster/tjänster inom social rehabilitering, så som t.ex. stödperson, stödboende, hemservice och boendestöd, intensifierat individuellt stöd, metodhandledning, kontakt med beroendemottagningen och/eller psykiatri samt övriga rehabiliteringstjänster (t.ex. via FPA). Projektunderstöd kommer att ansökas om från ESF i oktober. Inom social rehabilitering föreslås att en ny tjänst som socialhandledare inrättas. Insatsen ska komplettera det övriga vuxensocialarbetet genom att

⁵¹ Path modeling of children's life outcome 2018, Ristikari m.fl.

⁵² <https://stm.fi/sv/social-rehabilitering>

kunna ge mer intensifierat stöd på fältet, utföra praktiskt klientarbete, hembesök, ledsagning, handledning och rådgivning med syfte att stärka den sociala funktionsförmågan, öka delaktighet och främja aktivering och sysselsättning, delta i utvecklandet av vuxensocialarbetets sociala rehabilitering, delta i bedömningar av servicebehov, vid behov fatta beslut om socialvårdstjänster etc. Socialhandledaren ingår i vuxensocialarbetets team och blir en förstärkande länk i nära samarbete med beroendemottagningen, ÅHS, AMS och KST:s boendestöd. Socialhandledaren stödjer även de klienter som beviljats plats i träningslägenhet.⁵³

Social rehabilitering är en del av det sektorsövergripande rehabiliteringssystemet. Social rehabilitering grundar sig alltid på övergripande utredning av klientens funktionsförmåga och rehabiliteringsbehov. När behovet av social rehabilitering bedöms ska även klientens behov av och möjlighet att få rehabilitering inom hälso- och sjukvårdssystemet, pensions- och socialförsäkringssystemet och olycksfalls- och trafikförsäkringen m.fl. bedömas och genomföras i nära samarbete med t.ex. medicinsk eller yrkesinriktad rehabilitering. Den sociala rehabiliteringen ska vid behov kombineras med missbrukar- och psykiatrisk vård samt annan nödvändig service och stödåtgärder över sektors- och myndighetsgränserna. Se 41 § Sektors- och myndighetsövergripande samarbete.⁵⁴

KST skriver på sin hemsida att social rehabilitering är en del av det multiprofessionella rehabiliteringssystemet och genomförs i samarbete med till exempel den medicinska och yrkesinriktade rehabiliteringen. Stödet kombineras och utförs därför vanligtvis genom nära samarbete med ÅHS, AMS och FPA. Den sociala rehabiliteringshelheten kombineras vid behov med missbrukarvård och/eller mentalvård och med andra nödvändiga tjänster och stödåtgärder. Även föreningar från tredje sektorn kan med sin verksamhet fungera som ett kompletterande stöd i anslutning till den sociala rehabiliteringen är bland annat ungdomshuset Boost (Starten, ungdomslotsarna, Katapult), Ålands Fountainhouse r.f. (Pelaren), Ålands Intresseförening för psykisk hälsa (Reseda), Anonyma alkoholister, Anonyma narkomaner samt Röda Korsets vänverksamhet.⁵⁵

Sektor- och myndighetsövergripande socialt arbete med vuxna

Vikten av samarbete och sektor- och myndighetsövergripande socialt arbete har redan framkommit i föregående kapitel och är något som borde genomsyra vård- och servicekedjorna för det bästa möjliga resultatet för klienter både med tanke på förebyggande åtgärder, och då man vill minska marginalisering och stärka en persons sociala funktionsförmåga och främja delaktighet.

Socialvårdslagens 41 § sektors- och myndighetsövergripande samarbete är något som genomsyrar hela socialvårdslagen. Ett nätverksbaserat arbetssätt och att ordna möten med andra myndigheter och sektorer är en del av socialvårdens grundläggande arbetssätt. Syftet är att det sektors- och myndighetsövergripande samarbetet som arbetssätt ska utvecklas och att ansvarsfördelningen ska förtydligas så att en så väl fungerande helhet av olika tjänster och andra åtgärder som möjligt kan ordnas för klienten.

⁵³ <https://www.kst.ax/sites/default/files/attachments/page/Budget%202023.pdf>
<https://www.kst.ax/sites/default/files/attachments/page/Budget%202024.pdf>

⁵⁴ https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/page/II_om_socialvard_2020-12_tillampningsguide_260820.pdf

⁵⁵ <https://www.kst.ax/klienter/social-rehabilitering>

Även avsaknaden av ett fungerande samarbete är något som ofta lyfts fram då man talar om utmaningar och ineffektiva servicesystem. Enligt uppgifter från KST till landskapsregeringen finns det mycket att utveckla gällande samarbetet mellan olika myndigheter på Åland och att gränsdragningen mellan ansvarsområdena orsakar problem. I vuxensocialarbetet kan detta gälla bl.a. sysselsättningsfrågor och bostadsfrågor.

I socialvårdslagens 35 § Kontakt med socialvården för bedömning av stödbehovet förskrivs om yrkesutbildade och myndigheters skyldighet att styra en person som är i uppenbart behov av socialvård till att söka socialservice eller, om personen samtycker till det, kontakta den myndighet som ansvarar för den kommunala socialvården. Avsikten med bestämmelsen är att sträva efter att främja socialvårdslagens mål om att flytta tyngdpunkten till förebyggande och tidigt stöd. För att uppnå målen i socialvårdslagen (1 §) är ett utvecklat samarbete mellan olika myndigheter och andra aktörer av största vikt.

Utgångspunkten med det sektors- och myndighetsövergripande samarbetet är att den anställda inom socialvården med klientens samtycke vid behov ska kontakta andra samarbetspartners och att nödvändig information överförs med klientens samtycke mellan myndigheterna. Om service och stödåtgärder krävs av andra myndigheter, såsom t.ex. AMS och ÅHS, ska dessa myndigheter på begäran delta i bedömningen av klientens servicebehov och i utarbetandet av klientplanen.

Bostadslöshet

Sedan år 2008 har man i Finland haft en strategi och modell som kallas *Bostad först*, där målet är att avskaffa bostadslösheten helt till år 2027. Det är en mänsklig rättighet att få en bostad och målet är att alla ska få en bostad först, därefter behandlas till exempel missbruksproblemen eller de psykiska sjukdomarna som orsakade bostadslösheten. Att inte missbruka alkohol eller droger är inte ett krav för att få en egen bostad. I många länder har bostaden i stället setts som ett pris efter att man har till exempel lyckats stävja missbruket. Problemen kan också vara svåra att behandla om man saknar en bostad. Det kan vara komplicerat att till exempel söka jobb eller gå på en utbildning utan bostad, och att ha en bostad kan hjälpa till att ordna resten av livet.⁵⁶ I Finland har staten tagit en aktiv roll i att stöda kommunernas arbete för att avskaffa hemlösheten. Enligt KST:s uppgifter till landskapsregeringen finns det utmaningar och oklarheter angående ansvarsfrågor då det gäller bostadsfrågor och bostadspolitik på Åland. Vissa kommuner avvecklar sina hyresbostäder eller har för få av dem och tar därmed inte sitt ansvar för sina kommuninvånares bostadsförhållanden. Tillgången till ekonomiskt, socialt och fysiskt lättillgängliga kommunala bostäder är väsentlig med tanke på det stöd för boende som förutsätts enligt socialvårdslagen och med tanke på kommunens ansvar att i all sin verksamhet sträva efter alla kommuninvånares välfärd. Den åländska lagstiftningen är bristfällig och otydligt i avseende att tydliggöra primärkommunens ansvar i bostadsfrågan. Primärkommunerna bär inte tillräckligt ansvar då t.ex. ekonomiskt utsatta, bostadslösa eller äldre personer som säljer sina hus behöver lägenhet. Det kan leda till en förvärrad situation gällande bostadslöshet på Åland. KST har uppmärksammat landskapsregeringen om att det finns gränsdragningsproblematik gällande ansvaret för att ordna boende mellan primärkommunen och KST. Det finns en del kommuner som inte har kvar kommunala bostäder alls eller ytterst få och sedan vänder sig till KST för att få bostadsfrågan löst, t.ex. då man har en ekonomiskt utsatt och bostadslös person, vilket blir problematiskt eftersom KST inte har egna bostäder. Situationen gällande bostadslösa försvåras

⁵⁶ https://finlandabroad.fi/web/swe/aktuellt/-/asset_publisher/T01HPEq0q7JC/content/finland-vill-avskaffa-bostadslösheten-fore-2027/384951

ytterligare av avsaknaden av härbärgen och liknande på Åland. KST kan ge ett starkt stöd till en person i boendet, men kommunerna måste kunna erbjuda boende. Som situationen är nu riskerar man ett ökat antal bostadslösa enligt information från KST.

Bostadspolitiken på Åland berör flera grupper av människor på Åland nu och i framtiden, inte bara de i risk för marginalisering. Möjligheten att allt fler äldre kan bo hemma förutsätter förutom fungerande öppenvårdstjänster, andra aktiviteter som stöder välbefinnandet, lätt tillgängliga tjänster som t.ex. fungerande butiksservice och boendemiljöer som är anpassade för äldre och nya boendeformer. För att uppnå hållbara lösningar förutsätter det samarbete över olika områden såsom infrastrukturen och bostadspolitiken.

KST har informerat landskapsregeringen om att bostadssituationen för äldre i kommunerna börjat vara kritisk och att bostadslösheten bland vuxna håller på att öka.

Våld i nära relationer

Våld i nära relationer är ett omfattande samhällsproblem som berör alla områden i samhället. Hela samhället måste vidta åtgärder för att skydda och stöda de utsatta samtidigt som man i ett förebyggande arbete måste syna de värderingar, normer och attityder som upprätthåller våldsutövandet. Åtgärder ska vidtas inom samhällets alla områden och i alla berörda verksamheter för att nå landskapsregeringens mål om nolltolerans mot våld.⁵⁷

Ålands landskapsregering ska enligt landskapslag (2024:1) om skyddshem bevilja ersättning för de enligt lagen godtagbara kostnader som orsakas av produktion av skyddshemtjänster under kalenderåret.

Kommunernas socialtjänst (KST) svarar enligt landskapslagen för ordnandet av produktionen av skyddshemtjänster så att det för invånarna i landskapet erbjuds och finns tillgång till tillräckligt med tjänster i förhållande till behovet.

Skyddshemmets uppgift är att erbjuda omedelbar krishjälp och skyddat boende dygnet runt och även psykosocialt stöd, rådgivning och vägledning till dem som blivit utsatta för våld eller lever under hot om sådant våld. Den öppenvård som inte hör till det akuta krisskedet på skyddshemmet är fortsatt ett kommunalt ansvar KST tillhandahåller den socialvård som man kan vara i behov av med anledning av våld i nära relationer.

KST erbjuder i samarbete med Folkhälsan på Åland möjlighet till kostnadsfria stödjande och behandlande samtal till personer som är eller har varit utsatt för våld i nära relation.

I KST:s budget 2024 har man angett som en del av målsättningarna att fortsätta utveckla socialarbetet och stödtjänsterna till personer som varit utsatta för våld i nära relationer och delta i fortbildning i arbetsmetoder för arbete med våld i nära relationer. Som åtgärder för att uppnå målen har man angett att man tillsammans med barnskyddet, polisen, hälso- och sjukvården samt Brottsoffermyndigheten etableras MARAK-metoden i

⁵⁷ <https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/page/strategi-gallande-nolltolerans-mot-vald-i-nara-relationer-2019-2030-med-ordlista.pdf>

samarbete med THL. MARAK är en multiprofessionell verksamhetsmodell och metod för riskbedömning av grovt våld i nära relationer och för att hjälpa offret. MARAK samlar myndigheter och organisationer som arbetar i området för att hjälpa offret och samordnar det stöd som ges till offret. Målsättningen är att få slut på våld i nära relationer och dess hot och att den drabbade får hjälp av professionella och myndigheter så enkelt och snabbt som möjligt.

Service- och vårdkedjan vid missbruk av berusningsmedel (för vuxna personer)

Kommunerna, landskapsmyndigheterna/landskapets skolor och KST upprätthåller verksamhet som riktas till hela samhället, vilket kan bedömas vara generellt förebyggande av rusmedelsproblematik. Ett exempel på det, vad gäller barn och barnfamiljer, är ungdomsarbete eller det arbete som Fältarna vid KST utför för att uppmärksamma och ge stöd till ungdomar i riskzon för rusmedelsproblematik, sociala problem eller ohälsa i stort. Förebyggande rusmedelsarbete utförs även i tredje sektorn. Sådant förebyggande arbete redogörs inte närmare för här.

Att ordna service och vård för vuxna personer med konstaterade problem med missbruk av rusmedel är ett delat ansvar mellan KST och ÅHS. Som en förenklad juridisk grundregel för ansvarsfördelningen kan följas att KST ordnar sådan service som grundar sig på de behov som definieras i landskapslagen om socialvård⁵⁸ (socialservice som behövs till följd av stödbehov på grund av missbruk av berusningsmedel) medan ÅHS ordnar sådan service, rehabilitering, undersökningar och vård som beror på alkohol- och drogrelaterade sjukdomar eller som är medicinskt grundad⁵⁹. KST och ÅHS ska enligt gällande lagstiftning samarbeta i planeringen och genomförandet av alkohol- och drogarbetet så att det bildar en funktionell helhet inom social- och hälsovården och med arbetet för förebyggande av psykisk ohälsa. Om detta har även lagstadgade samverkansavtal ingåtts. På Åland gäller inom social- och hälso- och sjukvården även lagen om missbrukarvård (FFS 41/1986)⁶⁰, vilken är en speciallag vars innehåll inom åländsk behörighet till stora delar är föråldrad och överlappar nyare regleringar, men som inom rikets lagstiftningsbehörighet, reglerar vård på grund av hälsorisk oberoende av en persons vilja. Även om avgiftning och substitutionsbehandling med opioidläkemedel vid opioidberoende har reglerats i rikslagstiftningen⁶¹. Lagen om missbrukarvård, i den lydelse den gäller på Åland, utgår från att det finns tillgång till bostäder (vilka ställs till förfogande av myndigheter med ansvar för bostäder), vilket inte nödvändigtvis alltid är fallet i dag i de åländska kommunerna. Lagen utgår också från att när missbruksservice tillhandahålls, ska klienten vid behov få hjälp med att lösa sina problem i fråga om försörjning och arbete. Brist på en egen bostad gör det svårt för socialvården att med stöd av landskapslagen om socialvård ordna boendeservice eller annan socialvårdsservice i hemmet.

Vid sidan av övrig socialservice ordnar KST särskild socialservice för personer med rusmedelsmissbruk, vilken i regel tillhandahålls vid beroendemottagningen i Mariehamn. Mottagningen är en öppenvårdsmottagning

⁵⁸ Se 11 § landskapslagen om socialvård

⁵⁹ Se 41 § landskapslagen om hälso- och sjukvård

⁶⁰ Med stöd av 71 § i självstyrelselagen (1991:71) för landskapet Åland, är lagen tillämplig i den lydelse den hade i riket den 31 december 1992 samt tillämplig i sin i riket aktuella lydelse beträffande bestämmelser av riksbehörighetskaraktär.

⁶¹ Se Social- och hälsovårdsministeriets förordning om avgiftning och substitutionsbehandling med opioidläkemedel vid opioidberoende (FFS 642/2023). Gäller inte på Åland till den del reglerats i rikets hälso- och sjukvårdslag.

som inte kräver remiss utan kan besökas på initiativ av klienten själv, vid både rusmedelsproblematik och problem med spel om pengar. På mottagningen erbjuds flertalet serviceformer, men primärt behandlande samtal (i regel med en samtalsmetodik/tekniker som har sin grund i motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI)⁶²). Beroendemottagningen nyttjar även flera andra sorters samtalsrelaterade metoder, så som behandlingar och kurser inom kognitiv beteendeterapi (exemplifierat med Community Reinforcement Approach (CRA) som enligt KST:s uppgifter även inkluderar träning av olika färdigheter, jobbcoaching med mera). Även kompletterande stöd i form av öronakupunktur, ljusterapi och taktilmassage kan erbjudas. Därtill kan anhöriga till personer med missbruksproblem på eget initiativ ta kontakt för samtalsstöd vid beroendemottagningen. Beroendemottagningen tar även emot personer som på arbetsgivarens initiativ hänvisas till mottagningen. Mottagningen vägleder till och samarbetar med ÅHS vad gäller substitutionsbehandling med opiodläkemedel. På mottagningen kan kartläggningar av ett rusmedels- eller spelmissbruk utföras genom olika screeningsinstrument. Vad gäller av KST i praktiken ordnad institutionsvård begränsar den sig i regel till vård på institution på behandlingshem utanför Åland. Vården ordnas i regel när socialvårdens (öppenvårds)service inte är tillräcklig. Enligt gällande lagstiftning ska både ÅHS och KST även bistå med handledning och rådgivning till personer som lider av missbruk. Det saknas uppgifter (utvärderingar) om hur den service som ordnas i dagsläget tillgodoser de behov klienterna har.

Rusmedelsbruk utgör en vanlig orsak⁶³, eller bidragande orsak, till att personer uppsöker akutvården⁶⁴. Rusmedelsproblematik föranleder också behov av sjukvård i stort, exempelvis relaterade hjärt- och kärlsjukdomar, cancersjukdomar och depression⁶⁵. I praktiken rymmer ÅHS:s verksamhet förebyggande åtgärder (så som screening av rusmedelsbruk) och ordinär primärvård, men även mer särskild vård, så som avgiftning och substitutionsbehandling vid opiatmissbruk. Enligt uppgifter⁶⁶ används, inom ÅHS primärvård, screeningmetoder, särskilt om substansbruk kan antas ha en koppling till det hälsobesvär som är under utredning. Den s.k. 15-metoden tillämpas på primärvårdens livsstilmottagning⁶⁷. ÅHS ordnar sedan hösten 2022 även tillnyktringsverksamhet för personer som konstaterats brådska i behov av sådan. I anslutning till ÅHS psykiatri ordnar ÅHS sprututbyte⁶⁸, som en hälsoskyddande/skadereducerande åtgärd för personer med ett pågående intravenöst narkotikamissbruk. På ÅHS finns även, på primärvårdsnivå, en mottagning för mental hälsa. Det saknas statistiska uppgifter om hur många besök som helhet på ÅHS som är indirekt eller direkt relaterade till berusningsmedel.

Samsjuklighet innebär att en person har två eller flera sjukdomsdiagnoser samtidigt, det vill säga i detta sammanhang, av missbruk eller beroende och annan psykiatrisk diagnos. En utmaning vad gäller ordnade av vård och service, ligger i att personer med samsjuklighet behöver få stöd, vård och behandling för båda

⁶² <https://www.kst.ax/klienter/missbruk-och-beroende/beroendemottagningen>

⁶³ THL räknade 1987 – 2023 antalet rusmedelsrelaterade fall inom social- och hälsovården: <https://thl.fi/sv/forskning-och-utveckling/undersokningar-och-projekt/inventeringen-av-alkohol-och-narkotikarelaterade-fall>

⁶⁴ Akutvården vid ÅHS har, enligt uppgifter, sedan juni 2023 räknat antalet alkoholrelaterade besök.

⁶⁵ Se exempelvis: <https://www.beroendecentrum.se/fakta/alkohol/alkoholens-paverkan-pa-kroppen/>

⁶⁶ Se kapitel 3.1 i ÅLR:s ANDTS-politiska programs åtgärdsprogram: <https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/guidedocument/%C3%85tg%C3%A4rdsprogram%20ANDTS%202022-2024%2C%20reviderad%20version%20280923.pdf>

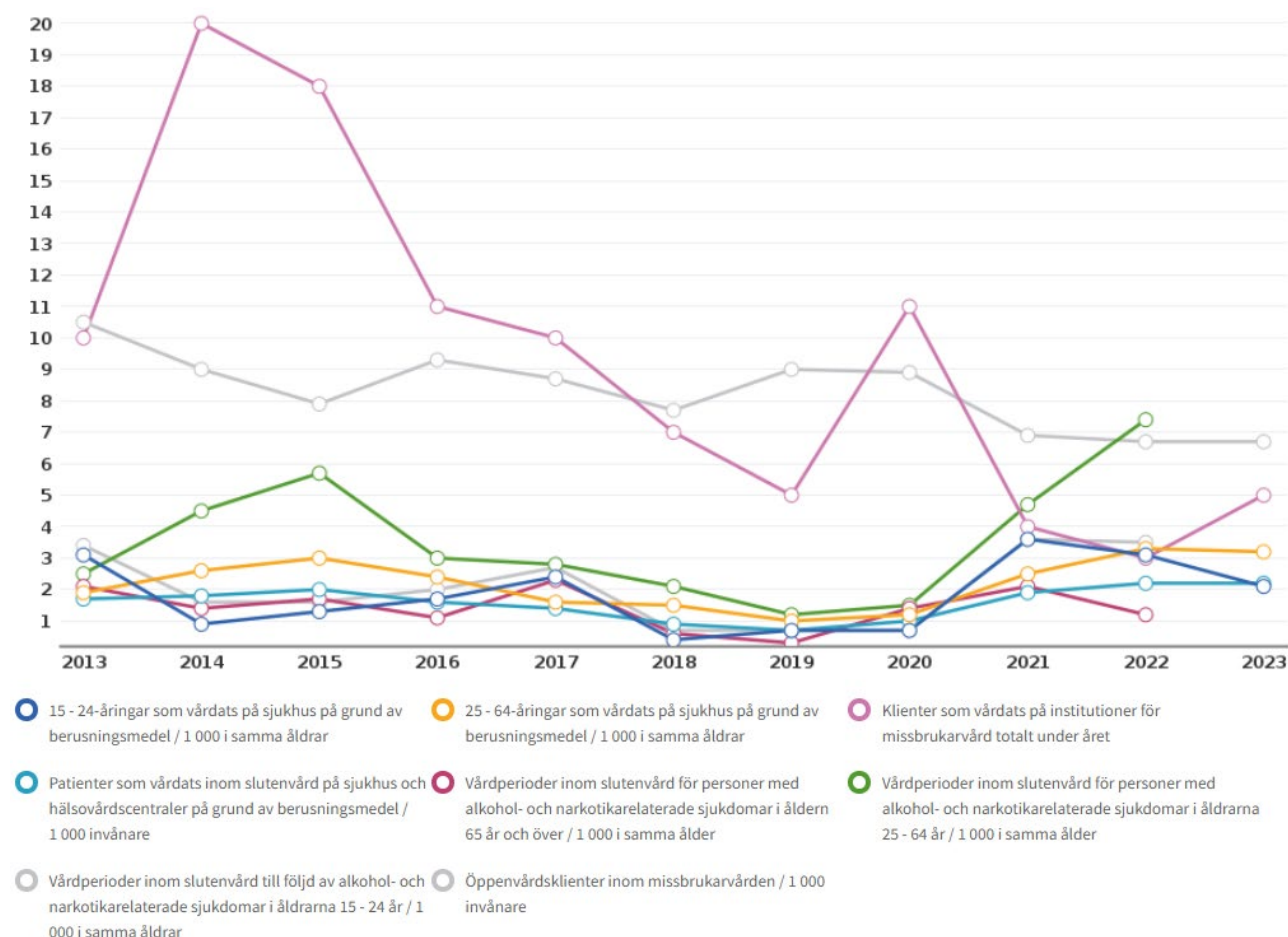
⁶⁷ 15-metoden tillämpas som en metod för tidig intervention gällande riskfyllt drickande eller önskan om förändrat alkoholbruk.

⁶⁸ På basen av smittskyddslagstiftningen

tillstånden samtidigt. Det föreligger även en risk för att en person utesluts från psykiatrisk vård på grund av att ett pågående rusmedelsmissbruk anses försvåra/omöjliggöra behandlingen, eller vice versa. Inga ingående utredningar finns enligt kännedom om hur detta lyckas eller inte lyckas inom/mellan ÅHS och KST (se enkätundersökning längre ner under detta avsnitt).

Statistiken på området behöver tolkas med stor försiktighet. På basen av den förefaller icke desto mindre kommunernas/KST:s nyttjande av institutionsvård ha minskat under senaste decennium. Samtidigt har även antalet klienter i kommunernas öppenvårdsservice minskat (omfattar idag primärt behandlingssamtal vid beroendemottagningen). Antalet sjukvårdsbesök vid ÅHS på grund av alkohol- och narkotikarelaterade sjukdomar förefaller däremot i viss mån ha ökat de senaste åren. Statistiken påverkas dock av sådant som registreringspraxis och förändrade definitioner. Bilden nedan omfattar endast Åland.

Bild 4: Antalet klienter/patienter i olika service- och vårdformer över tid (2013 – 2023)



Källa: Sotkanet.fi. Not: Gråa linjen som ligger högre i bilden representerar Öppenvårdsklienter inom missbrukarvården /1000 invånare.

Personer med missbruksproblematik kan för sin rehabilitering och integrering i samhället förutom av sjukvård och socialservice vara i behov av stöd med sysselsättning och stöd för att få tillgång till bostad. Landskapsregeringen publicerade år 2011 en rapport⁶⁹ över behovet av halvvägsstöd, alternativt halvvägshem och förslag till stödåtgärder för personer med missbruk som återvänder från behandlingshem

⁶⁹ <https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/guidedocument/halvvagsstod-rapport-2011.pdf>

och personer som friskrivs från fängelser. I rapporten ställs förslag om skapande av en tjänst som vuxenlots på Åland, vilken skulle främja återintegrering i samhället för nämnda målgrupper, samt för nyinflyttade med annan etnisk bakgrund, genom att hjälpa dessa personer att få tillgång till den stöd och vård som behövs, genom att samordna resurser, ordna nätverksmöten, utarbeta en broschyr om stödtjänster och genom att ge individuellt stöd. En sådan enskild tjänst existerar idag, men noteras kan att det idag existerar integrationshandledare i vissa kommuner på Åland, samt att den nya socialvårdslagstiftning som trädde i kraft 2021 ställer krav på mycket av det som vuxenlotsens uppdrag antogs bestå av, om än inget uttryckligt krav på samarbete med fångvården. Enligt KST:s budget för år 2025 utreder KST förutsättningarna (särskilda medel ej föreslagna år 2025) för ett socialpsykiatriskt lägenhetsboende för att *”bygga ut kedjan mellan heldygnsvård och sporadiskt boendestöd i den utsträckning det nu erbjuds. Det socialpsykiatriska lägenhetsboendet skulle dels kunna vara en långvarig lösning, dels en trappstegsmodell där klienten får aktivt stöd till ökad självständighet i livet trots utmaningar i form av kronisk eller långvarig sjukdom”*.

Resultat från enkät om service- och vårdkedjor för vuxna i arbetsför ålder

Enkäten innehöll frågor om tyngdpunkten på servicen/vården uppdelat på olika målgrupper samt frågor om vilka brister i service- och vårdkedjorna som finns, uppdelat på samma målgrupper. Målgrupperna med störst relevans för detta avsnitt var:

- arbetslösa vuxna
- vuxna med missbruksproblem,
- vuxna med psykisk ohälsa, samt
- vuxna med samsjuklighet (samtidig psykisk ohälsa/psykiatrisk diagnos och missbruksproblematik)

Enkäten riktades till hela organisationerna, men besvarades endast av primärvården för ÅHS del.

Primärvården bedömde vad gäller tyngdpunkten på vården och vuxna med missbruk, att primärvården ordnar både service i preventivt syfte, exempelvis genom att ställa frågor till patienter angående alkoholbruk och vård vid konstaterat missbruk (exempelvis antabusföresskrivning). Vad gäller vuxna med psykisk ohälsa ordnas först tidiga åtgärder, exempelvis via mottagningen för mental hälsa (som arbetar för att förebygga allvarlig psykisk ohälsa) och vid konstaterad psykisk ohälsa, andra åtgärder, exempelvis läkarbesök vid hälsocentralen. Vid allvarlig psykisk ohälsa kan remiss skrivas till psykiatrisk klinik. Vad gäller samsjuklighet, ordnas vård vid mottagningen för mental hälsa som lågtröskelmottagning och vård vid hälsocentralen vid mer manifesta problem. Primärvården konstaterade inte att brister föreligger i service- och vårdkedjorna på berörda områden, förutom vad gäller samsjuklighet, där det konstaterats brister i samarbete med andra myndigheter (stort gap mellan olika myndigheter). Gällande målgruppen arbetslösa vuxna skriver primärvården att de vårdar arbetslösa då de är sjuka. Enkäten har inte besvarats till den del ÅHS ansvarar för t.ex. medicinsk rehabilitering för långtidsarbetslösa.

KST lämnade sitt svar på enkäten så att det omfattade hela KST:s verksamhet. För målgruppen arbetslösa vuxna svarar KST att tyngdpunkten i servicen hos KST för målgruppen ligger i åtgärden då problem börjat uppstå. Klienterna söker sig till KST:s service när de har problem inom området och då påbörjas en bedömning av servicebehovet. För målgruppen arbetslösa vuxna upplever KST enligt sina enkätsvar att det finns brister inom samarbetet med andra myndigheter och även på andra områden. Myndigheten upplever att det finns brister i både lagstiftning och i systemen. De efterlyser tydliggörande eventuellt genom lagstiftning som tydliggör rollerna och ansvarsfördelningen för olika myndigheter gällande samarbetet i

servicen för långtidsarbetslösa. Nu upplever KST att det är otydligt vilket ansvar KST, AMS och primärkommunerna har i sysselsättningsfrågor på Åland.

KST skriver att klienter riskerar att falla mellan stolarna då de inte beviljas pension, men inte heller är arbetsföra i praktiken. KST upplever också svårigheter med 70 och 71 §§ i socialvårdslagen. En klient har inte rätt att övergå till sysselsättning enligt 71 § om inte pension beviljas, men kan inte heller fortsätta enligt 70 § om det inte finns reell möjlighet att återgå till arbetsmarknadens förfogande.

Vad gäller vuxna med missbruk konstateras att tyngdpunkten ligger på åtgärder när problem börjat uppstå: klienter söker sig till service först när de har ett problem och det är då kontakter/bedömning av servicebehov påbörjas. Vad gäller vuxna med psykisk ohälsa, ligger tyngdpunkten på när service- och vårdbehov vuxit sig stora – det vill säga: KST ordnar service först när ÅHS:s psykiatris stöd inte längre räcker till. Det samma gäller för service vid samsjuklighet, med tillägget att det saknas sjukdomsinsikt: man motsätter sig vårdkontakt vilket försvårar möjligheterna att hitta en fungerande lösning i ett tidigare skede.

Vad gäller brister i service och vård för vuxna med missbruk, konstaterar KST att finns både brister i den egna myndighetens verksamhet och i samarbetet med andra myndigheter. Den åländska litenheten medför att KST inte kan ordna all service i egen regi (behandlingshem, stödboende) varför köptjänster utanför Åland måste nyttjas. Det finns även svårigheter med att ordna tillfälligt boende, då KST behöver ordna detta via privata aktörer (vilket är svårare under turistsäsong eller om klienten ej tas emot). Det bedöms även vara svårt att i samarbete med kommunerna lösa bostadsfrågan för personer med missbruksproblematik, exempelvis enligt "bostad först"-metoden. Saknas även flexibilitet i övergången från en vårdform till en annan. Äldre med missbruksproblematik behöver enligt KST också kunna hanteras inom äldreomsorgen (så som gjorts tidigare [antagande att avser innan KST:s bildande]). KST anser sig även i praktiken utföra uppgifter som hör till ÅHS ansvarsområde, så som urinprovstagning.

Motsvarande typer av brister finns i service- och vårdkedjan för vuxna med psykisk ohälsa. Det vill säga, på grund av Ålands litenhet är det inte möjligt att ha egna vårdformer utan det finns behov av att köpa vårdplatser utom Åland. KST konstaterar att möjligheterna till köptjänster på Åland är ytterst begränsade/obefintliga (endast personlig assistans och hemservice). Klienten kan inte beviljas utvidgad intressebevakning för att man inte får läkarintyg (tex p.g.a. att klienten uteblir från läkarbesöket) eller läkarintygen är bristfälliga. KST påpekar att gränsdragningen mellan ÅHS psykiatri och KST borde tydliggöras och samarbetet förbättras. Skillnad mellan social rehabilitering och psykiatrisk rehabilitering är oklar. Samma oklarhet gäller tex vid vårdplaceringar och samplacering - Vad utgör KST:s ansvar och vad är psykiatrins? KST upplever att många klienter med psykisk ohälsa hänvisas till KST trots att det gäller behov av psykiatrisk vård och rehabilitering (utredning, terapier, medicinering, psykiatrisk rehabilitering, ergoterapi och dylikt). Kraven för psykiatrisk vård oberoende av vilja är strikta och självbestämmanderätten långtgående vilket gör att personer som saknar egen sjukdomsinsikt eller inte vill ta emot hjälp frivilligt tenderar falla mellan stolarna. Samarbete utgår ofta från klientens samtycke och det skulle vara bra att tydliggöra i vilka situationer myndigheterna enligt klientlagen får samarbeta UTAN klientens samtycke då det ofta är svårt att få samtycke i dessa fall: Finns stor osäkerhet kring vad som gäller med tanke på tystnadsplikt osv. KST konstaterar att motsvarande brister finns för service och vård vid samsjuklighet.

Av alla 16 kommuner hade 13 inte besvarat frågor i enkäten angående målgruppen vuxna eller svarat att det är KST:s (och AMS) ansvarsområde.

Lumparland hade svarat att de kan verkställa måltidsservice för arbetslösa vuxna efter en bedömning och ett beslut från KST. För resten av målgruppen vuxna så som vuxna med missbruksproblematik och psykisk ohälsa skrev Lumparland att det faller inom ramen för ÅHS och KST. Målgruppen vuxna med mångfasetterad problematik ansåg Lumparland i sitt enkätsvar att i första hand faller inom ramen för ÅHS och KST:s uppdrag, men att institutionsvård kan vara aktuellt i vissa fall.

Hammarland besvarar enkäten för den vuxna målgruppen till den delen det handlar om arbetslösa vuxna och vuxna med missbruksproblematik med att bedöma att KST tar hand om dessa målgrupper. För målgruppen vuxna med psykisk ohälsa skriver Hammarland i sitt svar att de försöker orientera om det finns psykisk ohälsa bland de äldre, men de nämner ingen specifik service för målgruppen vuxna som inte hör till äldre. Då det gäller vuxna med mångfasetterad problematik anpassar Hammarland insatserna efter den enskilda individens behov, vilket kan inkludera allt från medicinsk behandling till socialt stöd.

Lemland har svarat att servicen för målgruppen vuxna faller inom ramen för KST:s och ÅHS ansvarsområde utom för vuxna med mångfasetterad problematik där de svarat att det i första hand är KST:s ansvarsområde, men att kommunen samarbetar med KST utifrån att KST är de som har socialarbetarkompetens och att det kan handla om institutionsvård och då är det andra kompetenser som är nödvändiga att få med.

3.3. Service- och vårdkedjan för personer med funktionsnedsättning

Vid kartläggningen av utvecklingen av service- och vårdkedjor för personer med funktionsnedsättning är utgångspunkten att både se över servicen för personer med funktionsnedsättning och organisationen av den.

Organisationen

Genom KST-lagen och ny socialvårdslagstiftning, vilka trädde i kraft 1 januari 2021, förändrades organiseringen och med den, en ny uppdelning av vem som ska ombesörja den kommunala socialvården. De 16 kommunerna ska ombesörja äldreomsorg för personer som fyllt 65 år medan myndigheten för en kommunalt samordnad socialtjänst (KST) ska ombesörja övrig socialvård inkl. specialomsorger. Ett behov av en åldersgräns fanns i och med att olika kommunala huvudmän skulle tillhandahålla service inom socialvården. Åldersgränsen om 65 år fastställdes med beaktande av att landskapsandelen för den samordnade socialtjänsten baserar sig på kostnader för åldersgruppen 7 - 64 år. Fastställandet av en åldersgräns relaterar inte till den enskildes rätt att få socialvård, utan åldersgränsen fastställer av vilken organisation den enskilde ska få den socialservice som han eller hon är i behov av.

Genom bildande av Kommunernas socialtjänst k.f. (KST), ansvarar KST för att ge en likvärdig service enligt bland annat handikappservicelagen⁷⁰ och specialomsorgslagen⁷¹ till personer med funktionsnedsättning.

⁷⁰ <https://www.regeringen.ax/alandsk-lagstiftning/alex/201050>

⁷¹ <https://www.regeringen.ax/alandsk-lagstiftning/alex/197848>

Likvärdig service enligt socialvårdslagen⁷² vilken även omfattar personer med funktionsnedsättning ansvarar KST för, till den del det inte omfattar primärkommunernas ansvarsområde. Åldersgränsen 65 år är inte allmängiltig, eftersom KST till exempel ska tillhandahålla service som stöder rörlighet (tidigare färdtjänst) till klienter i alla åldrar samt service enligt speciallagstiftning. KST har även tagit över sysselsättning- och arbetsverksamheten Fixtjänst från tredje sektorn, Funktionsrätt Åland r.f. (f.d. Ålands handikappförbund).

Efter bildandet av KST, har primärkommunerna fortsättningsvis ett ansvar för att ordna service till personer 65 år fyllda, service enligt tex. socialvårdslagen med vissa undantag som tex. service som stöder rörlighet. När en person/klient fyller 65 år kan således klienten överflyttas, helt eller delvis, från KST till primärkommunens ansvarsområde. Alla 16 kommuner kan fastställa en servicenivå varför den service klienten kan erhålla kan skilja sig åt beroende på klientens hemkommun samt i relation till KST:s servicenivå. En person 65 år och äldre kan samtidigt omfattas av service enligt till exempel både socialvårdslagen, handikappservicelagen och specialomsorgen, det vill säga både hemkommunens och KST ansvarsområden och olika servicenivåer.

Socialvårdslagstiftningen

Samtidigt som omorganisationen av socialvården trädde i kraft, trädde ny landskapslag om socialvård (socialvårdslagen) i kraft. Socialvårdslagen ska fortsättningsvis fungera som primär lag på basen av vilken socialservice i första hand ska tillhandahållas, medan speciallagstiftningen fortsättningsvis gäller då service enligt socialvårdslagen inte är tillräcklig för den enskilde. Den socialservice som personer med funktionsnedsättning oavsett ålder behöver ordnas i första hand inom ramen för det allmänna servicesystemet, i enlighet med bland annat socialvårdslagen. Detta förutsätter att tillgången till service enligt den allmänna lagstiftningen ska tryggas och att servicen ska ordnas enligt behov. Om service med stöd av socialvårdslagen inte är tillräcklig eller ändamålsenlig eller servicen inte kan ordnas med stöd av socialvårdslagen, ska servicen ordnas med stöd av en speciallag, till exempel handikappservicelagen och specialomsorgslagen.

Målet med socialvårdslagen är att rätten till service genom den allmänna lagstiftningen även stärks för personer (barn, unga, vuxna, äldre) med funktionsnedsättning. När socialvårdslagen tillämpas ska särskild vikt läggas vid att tillgodose intresset för "person och klient som behöver särskilt stöd". Lagen avser personer och klienter som har särskilda svårigheter att söka och få behövliga social- och hälsotjänster på grund av till exempel kognitiv eller psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom, psykisk ohälsa, samtidigt behov av flera stöd eller på grund av någon annan motsvarande orsak och vars stödbehov inte är förknippat med hög ålder. Särskild vikt ska även läggas vid barn som behöver särskilt stöd. För att stärka klientorienteringen definieras i lagen de stödbehov utgående från vilka socialservicen och annan socialvård ska ordnas. Dessa omfattar till exempel stöd för att klara av det dagliga livet, stödbehov med anknytning till boende, för att förhindra marginalisering och främja delaktighet, stödbehov med anknytning till fysisk, psykisk, social eller kognitiv funktionsförmåga samt till följd av stödbehov på grund av psykisk ohälsa, annan sjukdom och skada. För att stärka klientorienteringen ska även en egen kontaktperson utses för den tid klientrelationen pågår. Socialvårdslagen omfattar även förtydligande och utökade bestämmelser om klientprocessen vilka ska tillämpas i all socialvård. Klientprocessen inkluderar krav på sektors- och myndighetsövergripande samarbete och att utförliga helhetsbedömningar av servicebehov utförs. Lagen omfattar även bestämmelser om hur kvaliteten på socialvårdens tjänster och klienternas rättsskydd ska förbättras och säkerställas. En del av

⁷² <https://www.regeringen.ax/alandsk-lagstiftning/alex/202012>

stödåtgärderna inom barnskyddets öppenvård flyttades till socialvårdslagen i syfte att sänka tröskeln för att söka stöd, till exempel familjearbete, stödpersoner och -familjer samt referensgruppsverksamhet. Barn och unga med funktionsnedsättning ska även således bättre kunna tillgodoses stödåtgärder enligt socialvårdslagen. Nödvändig hemservice ska även genom socialvårdslagen ordnas för barn med funktionsnedsättning och deras familj.

I riket har socialvårdslagen ytterligare reformerats rörande service som ges i hemmet och boendeservice, i vilken bl.a. tillräckligheten för och tillgången till tjänster som ges i hemmet stärktes. Motsvarande har inte genomförts i den åländska socialvårdslagen.

Funktionshinderslagstiftningen

Handikappservicelagen, specialomsorgslagen samt tillhörande förordningar tillämpas på Åland genom blankettlagstiftning, i rikets lydelse per 31.12.2022, till den del det utgör åländsk behörighet. Utöver dessa tillämpas landskapsförordningen (2021:38) om personal inom specialomsorger om utvecklingsstörda.

Av regeringsprogrammet framgår landskapsregeringens målsättning att prioritera funktionshinderfrågor inom alla politikområden samt att ny lagstiftning aktualiseras under mandatperioden. Detta i syfte att främja ett inkluderande och tillgängligt samhälle.

En sammanslagning av specialomsorgslagen och handikappservicelagen har varit ett mål i flera regeringsprogram. En totalreform av funktionshinderslagstiftningen är nödvändig av flera olika orsaker. Den viktigaste orsaken är att lagarna omfattar service, tjänster och avgifter som skiljer sig åt beroende på funktionsnedsättningens art och diagnos och således utgör ett hinder för likabehandling med avseende på tillgången till tjänster och service. Allra tydligast märks det att lagarna är från olika tidpunkter (år 1977 och 1987) och innehåller olika bestämmelser, och därigenom ger olika tillämpningspraxis inom funktionshinderservicen, tex. gällande barn med funktionsnedsättning samt i ordnandet av resor rörande arbetsverksamhet och dagverksamhet och i betalningspraxis i fråga om dem. Även ordnandet av och avgifterna för boendeservice varierar beroende på funktionsnedsättningens art.

Handikappservicelagen har bäst tillgodosett hjälpbehovet hos vuxna personer med funktionsnedsättning, även om lagen omfattar barn och unga. Bland annat barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har haft svårt att få tillgång till funktionshinderservice. Specialomsorgslagen har ställt barn med intellektuell funktionsnedsättning och deras familjer till vissa delar i en bättre situation i förhållande till andra barn med funktionsnedsättning och deras familjer.⁷³ I ett utkast till regeringsproposition gällande ändringar i barnskyddslagen⁷⁴, konstateras att otillräckliga tjänster kan leda till att en del av de barn som har en funktionsnedsättning, tillsammans med deras föräldrar, blir klienter hos barnskyddet även när det inte finns något verkligt behov av barnskyddsåtgärder.

⁷³ https://www.eduskunta.fi/SV/vaski/HallituksenEsitys/Documents/RP_159+2018.pdf

⁷⁴ <https://www.lausuntopalvelu.fi/SV/Proposal/Participation?proposalId=6164fc1a-af32-4234-84a6-a93e299a4160>

Den gällande speciallagstiftningen svarar inte heller helt och hållet på de individuella stödbehoven hos personer med olika funktionsnedsättningar, vilka bland annat påverkas av personens livssituation och livsmiljö.

Lag om funktionshinderservice (FFS 675/2023) (funktionshinderservicelagen) trädde i kraft i riket 1 januari 2025. Genom den nya lagen, har specialomsorgslagen och handikappservicelagen delvis "slagits samman". Genom lagen avses principer i FN:s konventioner om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och om barnets rättigheter förverkligas. Lagen ska bland annat komplettera rikets socialvårdslag i vilken ytterligare ändring genomförts rörande personer med funktionsnedsättning, i processen för serviceplanering och beslutsfattande. Ytterligare har riket även genomfört ändringar gällande tex. avgifter för socialvård, hälso- och sjukvård samt barnomsorg.

Syftet med den nya lagen om funktionshinderservice är att uppnå likabehandling, delaktighet och deltagande i samhället för personer med funktionsnedsättning samt att förebygga och undanröja hinder för uppnåendet av dessa syften. Lagens syfte är också att stödja förmågan att leva självständigt och förverkligandet av självbestämmanderätten samt att garantera individuellt behovsprövad och tillräcklig service av god kvalitet i enlighet med personens intresse. Erhållandet av tjänster baserar sig inte på den medicinska diagnosen av en funktionsnedsättning eller sjukdom utan på personens behov av hjälp och stöd till följd av långvarig eller bestående funktionsnedsättning eller sjukdom, vilket ska bedömas individuellt.

Syftet är att genom lagen även förtydliga förhållandet mellan den allmänna lagstiftningen, tex. socialvårdslagen och den sekundära lagstiftningen om funktionshinderservice så att klienterna hänförs till service enligt sitt servicebehov och att det inte sker en övergång till service enligt funktionshinderservicelagen av andra skäl än klientens nödvändiga behov av funktionshinderservice.

Av förarbeten⁷⁵ till den nya funktionshinderservicelagen framgår att det har uppkommit rättspraxis och tillämpningspraxis som pekar i två olika riktningar vad gäller tolkningen av klientens intresse. I en del kommuner, i riket numera välfärdsområden, har tolkningen kunnat vara att det vid bedömningen av enligt vilken lag klientens service ska ordnas ligger i klientens intresse att beakta huruvida servicen är avgiftsfri eller mer förmånlig. En sådan princip om klientens intresse har lett till att service ordnas som service till vilken klienten har subjektiv rätt enligt handikappservicelagen också i situationer när det är möjligt att med service enligt en allmän lag svara mot servicebehoven hos personer med funktionsnedsättning. Enligt klientavgiftslagstiftningen är service enligt lagen om funktionshinderservice i huvudsak avgiftsfri. Färdtjänst enligt handikappservicelagen är mer förmånlig för klienten i jämförelse med service som stöder rörlighet enligt socialvårdslagen.

En annan aspekt som även kommit fram, är att subjektiv rätt beaktats ingå i principen om klientens intresse vilket kan ha lett till att service ordnas som service med subjektiv rätt enligt handikappservicelagen, också i situationer när det kunnat ordnas via primärservice som till exempel socialvårdslagen. Avsikten har inte varit att handikappservicelagen ska ge den som anlitar service bättre rättigheter i en situation när tillräcklig och lämplig service kan ges med stöd av den allmänna lagstiftningen. Avsikten är inte att funktionshinderservice ska ersätta brister i servicen enligt den allmänna lagstiftningen.

⁷⁵ RP 122/2024 rd

I förarbeten till den nya funktionshinderslagen⁷⁶ konstateras att "Det är omöjligt att för alla äldre personer tillhandahålla huvudsakligen avgiftsfria tjänster som baserar sig på stark subjektiv rätt utan att tillgången till och kvaliteten på tjänsterna blir avsevärt lidande". Med anledning av detta intogs i lagen ett förslag om en åldersavgränsning vilken slutligen ströks till följd av grundlagsutskottets utlåtande. Detta i sig ledde till att tillämpningsområdet för lagen blev betydligt mer öppet än avsikten. Av riksdagens svar RSv 188/2024 rd — RP 122/2024 rd framgår dock att riksdagen förutsätter att statsrådet följer upp och skyndsamt bedömer konsekvenserna av lagen om funktionshinderservice och vidtar åtgärder för att precisera enskilda bestämmelser och bestämmelsen om tillämpningsområdet, om det behövs för att lagen ska förbli en speciallag avsedd för personer med funktionsnedsättning. Tidtabellen och utgången för detta är i nuläget oklar. Ytterligare aviserade rikets regering den 27 mars 2025 att de kommit överens om hur man ska spara 166 miljoner euro inom social- och hälsovården. Detta ska bland annat ske genom att "Tillgodoseendet av rättigheterna och tillgången till service för personer med funktionsnedsättning tryggas genom att lagen om funktionshinderservice preciseras, så att den förblir en speciallag på det sätt som grundlagsutskottet har förespråkat (-20 miljoner euro)" samt genom "Arbetet med att reformera lagstiftningen om socialvården fortsätter. Målet är att detta ska ge de offentliga finanserna en stärkande effekt på 50 miljoner euro 2027 och tidigare fastställda besparingar på 100 miljoner euro från och med 2028⁷⁷.

Samtidigt som funktionshinderservicelagen trädde i kraft upphävdes i riket handikappservicelagen och handikappserviceförordning. I specialomsorgslagen kvarstår i riket de paragrafer som gäller starkt självbestämmanderätt, begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna och specialomsorger som är oberoende av en persons vilja tills en reform av självbestämmanderätten och andra grundläggande fri- och rättigheter genomförs. I väntan på en mer omfattande lagreform gällande stöd för sysselsättning och delaktighet genom socialvård förblir bestämmelserna i socialvårdslagen om verksamhet som stödjer sysselsättning och arbetsverksamhet för personer med funktionsnedsättning i kraft. Arbetsterapi enligt specialomsorgslagen har i riket tillfälligt överförs till den nya lagen om funktionshinderservice.

Ansvarsfördelningen

Berörande socialvården framgår av regeringsprogrammet att ett särskilt fokus ska sättas på den gränsdragningsproblematik som framkommit. En utvärdering av lagstiftningen för Kommunernas socialtjänst ska genomföras. Detta i syfte att anpassa socialvården till samhällets skiftande behov. I landskapsregeringen socialvårdsplan för 2025–2029⁷⁸ lyfts även behov av utveckling av samarbetet mellan de olika myndigheterna med anledning av att olika typer av gränsdragningar uppstått mellan kommunernas och KST:s ansvarsområden, under den tid nya organisationsmodellen varit i kraft.

⁷⁶ https://www.eduskunta.fi/SV/vaski/HallituksenEsitys/Sidor/RP_191+2022.aspx

⁷⁷ <https://stm.fi/documents/10623/231063458/Bilaga%20Ers%C3%A4ttande%20besparingar%20inom%20social-%20och%20h%C3%A4lsov%C3%A5rden%2027032025.pdf/b202b67a-a39c-0dc5-426d-a537520babea/Bilaga%20Ers%C3%A4ttande%20besparingar%20inom%20social-%20och%20h%C3%A4lsov%C3%A5rden%2027032025.pdf>

⁷⁸ <https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/guidedocument/Socialv%C3%A5rdsplan%202025-2029.pdf>

Behovet styrks även i tillsynsmyndigheten Ålands miljö- och hälsoskyddsmyndighets (ÅMHM) verksamhets- och resultatplan 2024⁷⁹ där det bland annat framgår att "Formerna för KST:s verksamhet och dess förhållande till medlemskommunerna skapar alltså frågor som ÅMHM indirekt ställs inför. Kommunerna och KST vänder sig därför med jämna mellanrum till ÅMHM för rådgivning och vägledning i komplexa frågeställningar som måste redas ut." Ytterligare lyfter Ålands Ombudsmannamyndighet i sin verksamhetsberättelse 2024⁸⁰ att myndigheten erfarit att det finns utmaningar vad gäller skiljedragningen mellan funktionsservice och äldreomsorg. Ombudsmannamyndigheten har erfarit att det kan råda oklarhet vad gäller när en klient som har fyllt 65 år ska flyttas över till kommunens äldreomsorg från KST. Ombudsmannamyndigheten befarar att om endast ålder avgör formen av servicen för en klient, så finns det risk för att klienter särbehandlas till nackdel i förhållande till andra klienter på grund av ålder. Ombudsmannamyndigheten efterlyser kunskapshöjande insatser för samtliga aktörer som arbetar med klienter som är 65 år eller äldre i syfte att förebygga särbehandling till klientens nackdel på grund av ålder.

Tillsyn

Åren 2019–2020 genomförde tillsynsmyndigheten ÅMHM tillsammans med Statens ämbetsverk på Åland en granskning av självbestämmande och begränsningsåtgärder inom nio boendeenheter inom specialomsorger. Statens ämbetsverk skulle på Åland utöva tillsyn över de ärenden som berör rikets behörighet, medan ÅMHM utövar tillsyn inom landskapets behörighet. Socialvård utgör landskapets behörighet medan administrativa ingrepp i den personliga friheten utgör rikets behörighet. ÅMHM konstaterade i slutbedömningen att de undersökta boendeenheterna i hög utsträckning uppgav sig ha uppfyllt relevanta lagkrav samt att boendeenheterna uppfattade förebyggande åtgärder som viktiga för att undvika användandet av begränsande åtgärder inom specialomsorger. Statens ämbetsverk konstaterade att de undersökta boendeenheterna under år 2019 i huvudsak följde bestämmelserna i lagstiftningen om administrativa ingrepp i den personliga friheten. Det förekom bland boendeenheterna en variation gällande kännedom om lagrummen, i tillämpningen av dem och rutiner. Statens ämbetsverk noterade att det även användes sådana begränsningsåtgärder som saknar stöd i lag, att det fanns utrymme för förbättringar och behov av en uppföljning (Nr 91 A 10). Statens ämbetsverk konstaterade i uppföljande undersökning år 2021 att förbättring skett under år 2020 i jämförelse med år 2019 (Nr 76 A 10). Efter 1.1.2023 bedömer Statens ämbetsverket sig inte längre vara behörigt att handlägga klagomål till de delar de kan anses utgöra rikets behörighet, och hänvisar dessa klagomål vidare till justitiekanslern eller justitieombudsmannen.

Under år 2023 genomförde ÅMHM proaktiv tillsyn i form av platsinspektioner vid KST:s 10 boendeenheter som erbjuder heldygnsoomsorg inom specialomsorgen. I ÅMHM:s myndighetsbeslut lyfts behov av iakttagande av behörighetskrav, om fastighetens utrymme och planlösningar i relation till klienternas behov, samt om läkemedelsbehandlingsplan och egenkontrollplan.

I KST:s budget 2025 och ekonomiplan för 2026–2027 framgår att verksamhetsområdet funktionsservice har utgjort mer än 70 procent av KST:s verksamhet (räknat både i kostnader och personal) och det har visat sig vara för stort. Integreringen av specialomsorgen till KST har inte lyckats fullt ut. klienter som

⁷⁹https://www.amhm.ax/sites/default/files/attachments/page/Verksamhetsplan%202024_antagen%2014.11.2023.pdf

⁸⁰https://www.ombudsman.ax/sites/default/files/attachments/article/%C3%85OM_verksamhetsber%C3%A4ttelse_2024.pdf

intresseorganisationer och personal har påtalat en upplevd försämring. Därtill har kvalitetskriterier, uppföljning, utveckling och budgetarbete blivit lidande. I syfte att få mer jämnstora verksamhetsområden föreslogs således att verksamhetsområdet funktionsservice skulle delas så att specialomsorgen blir ett skilt verksamhetsområde inom KST. Specialomsorger utgör från och med 1 januari 2025 ett separat verksamhetsområde inom KST.

Klienters missnöjen

Av Ombudsmannamyndighetens verksamhetsberättelse 2023⁸¹ framgår att KST funktionsservice (specialomsorgen inkluderad) utgjorde ett av de områden inom socialvården med högst antal missnöje som inkommit till myndigheten. Här är samtidigt viktigt notera att verksamhetsområdet funktionsservice utgjorde det största verksamhetsområdet inom KST. Andelen missnöjen av den totala andelen klienter är oklart. Enskilda klienter som hade varit missnöjda med funktionsservicen år 2023 var 35, i jämförelse med 47 klienter år 2022. Vissa klienter hade varit missnöjda med flera serviceformer inom funktionsservice vilket avspeglas i statistiken. År 2023 fanns 43 missnöjen inom funktionsservicen, i jämförelse med 54 under år 2022.

Ombudsmannamyndigheten hade under 2023 erfarit att KST aktivt arbetat med att minska missnöjen inom bland annat funktionsservice vilket kan förklara minskningen. Klientombudsmannen har noterat att det trots en nedgående trend i missnöjena som inkommit till myndigheten angående socialvården (speciellt funktionsservicen) samtidigt hade uppstått en ökning av missnöjen inom specialomsorgen, från fyra år 2021 till 9 år 2023. Största delen av missnöjena (7 av 9) tangerade gruppboenden inom specialomsorger. Klienter och anhöriga var missnöjda med bland annat kvaliteten på vården som erhöles, bemötandet och brist på information i samband med olika förändringar.

Av Ombudsmannamyndighetens verksamhetsberättelse 2024⁸² framgår att antal missnöjen angående funktionsservice märkbart minskat från 43 år 2023 till 10 år 2024. År 2024 utgör funktionsservice inkl. specialomsorg inte längre det verksamhetsområde med högst antal missnöjen. Ombudsmannamyndigheten har under 2023 och 2024 erfarit att KST aktivt arbetat med att minska missnöjen inom bland annat funktionsservice, denna satsning kan förklara minskningen.

Resultat från enkät om service- och vårdkedjor för personer med funktionsnedsättning

Målgrupperna med störst relevans för detta avsnitt var:

- personer med funktionsnedsättning
- äldre

Del ett i enkäten omfattade en frågeställning om var tyngdpunkten ligger i den egna myndighetens/den egna enhetens service/vård när det gäller personer med funktionsnedsättning. Enkäten omfattade även en begäran om förklaring till det angivna svaret.

⁸¹

https://www.ombudsman.ax/sites/default/files/attachments/article/%C3%85OM_verksamhetsber%C3%A4ttelse_2023_2.pdf

⁸²https://www.ombudsman.ax/sites/default/files/attachments/article/%C3%85OM_verksamhetsber%C3%A4ttelse_2024.pdf

Tabell 4. Tyngdpunkt i myndigheternas service till personer med funktionsnedsättning.

Kommun/myndighet	Tidiga förebyggande åtgärder	Åtgärder när problem har börjat uppstå	Åtgärder först när service-/vårdbehovet är stort	Förklaring
Eckerö	-	-	-	-
Finström	-	-	-	-
Geta	-	-	-	-
Hammarland	X			Anpassade insatser efter individens behov som t.ex. hemvård, socialt stöd o. aktiviteter
Kökar	-	-	-	-
Lemland		X		KST:s ansvarsområde
Lumparland		X		KST:s ansvarsområde
Mariehamn	-	-	-	-
Saltvik	-	-	-	-
Sottunga	-	-	-	-
Vårdö	-	-	-	-
Jomala	-	-	-	-
Brändö	-	-	-	-
Kumlinge	-	-	-	-
Sund	X			Går ej att svara på, förutom den egna personalen. Detta är KST
Föglö	-	-	-	-
KST		X		Personlig assistans, närståendevård, ändringsarbeten i hemmet, stödperson, osv.
ÅHS/Primärvården		X		När personerna blir sjuka

Av primärkommunerna, har 12 av 16 kommuner inte angett någon tyngdpunkt eller förklaring gällande primärkommunens service/vård när det gäller personer med funktionsnedsättning. Lemland och Lumparlands kommun har båda angett att primärkommunens tyngdpunkt ligger på åtgärder när problem har börjat uppstå. Samtidigt framgår av båda kommunernas förklaring till valet, en hänvisning till KST:s ansvarsområde. Sunds kommun har angett att tyngdpunkten ligger på tidiga, förebyggande åtgärder men även samtidigt förklarat att det inte går att svara på frågan och hänvisat till KST. Enbart en kommun, Hammarlands kommun har angett att tyngdpunkten ligger på tidiga, förebyggande åtgärder gällande personer med funktionsnedsättning med en förklaring till kommunens anpassade insatser efter individuella

behov. Av KST:s svar framgår att myndighetens tyngdpunkt för service/vård för personer med funktionsnedsättning bedöms ligga på åtgärder när problemet börjat uppstå. Som förklaring hänvisas till olika serviceformer som till exempel personlig assistans, närståendevård, ändringsarbeten i hemmet och stödperson. ÅHS/primärvård anger samma tyngdpunkt som KST med en förklaring till att den sammanhänger med när personer blir sjuka.

Resultat gällande KST:s tyngdpunkt för äldres service- och vårdkedja lyfts här även delvis med beaktande av att äldre även kan omfattas av/vara i behov av service/vård från KST som tex. funktionshindersservice eller service/vård från både KST och primärkommunen samtidigt. När en person/klient fyllt 65 år kan även ansvar för socialservice övergå från KST till primärkommunen. Den tyngdpunkt som angavs av KST gällande service/vård till äldre var när problemet börjat uppstå. Som förklaring hänvisas till serviceformerna färdtjänst, stöd för rörlighet och ändringsarbeten samt till situationer när det uppstår svårigheter att självständigt sköta sin ekonomi.

Del två i enkäten omfattade en frågeställning om eventuella brister i service- och vårdkedjan gällande personer med funktionsnedsättning, förklaring samt behov av åtgärder.

Tabell 5. Brister i service- och vårdkedjan till personer med funktionsnedsättning.

Kommun/ myndighet	Brister i den egna myndighetens verksamhet	Brister i samarbete med andra myndigheter	Annat	Behov för att åtgärda bristen/bristerna
Eckerö	-	-	-	-
Finström	-	-	-	-
Geta	-	-	-	-
Hammarland	Nej	Nej	Nej	-
Kökar	-	-	-	-
Lemland	-	-	Finns ständig möjlighet till förbättring	Ständigt förbättringsarbete
Lumparland	-	-	Finns ständig möjlighet till förbättring	Ständigt förbättringsarbete
Mariehamn	-	-	-	-
Saltvik	-	-	-	-
Sottunga	-	-	-	-
Vårdö	-	-	-	-
Jomala	-	-	-	-
Brändö	-	-	-	-
Kumlinge	-	-	-	-
Sund	Nej	Nej	Nej	Nej
Föglö	-	-	-	-

Kommun/ myndighet	Brister i den egna myndighetens verksamhet	Brister i samarbete med andra myndigheter	Annat	Behov för att åtgärda bristen/bristerna
KST	Kö till boende och daglig verksamhet (specialomsorg)	Klinikfärdiga klienter, skulle vara viktigt med flexibilitet i övergången mellan olika vårdformer. Det krävs längre än 4 dagar. För att hitta en rimlig vårdplacering.	På grund av Ålands litenhet kan inte all boendeservice erbjudas på Åland utan tvunget till köptjänster utanför Åland.	Hänvisning till angivet under andra målgrupper
ÅHS/ Primärvården	Kan vara trassligt när KST:s klienter behöver träffa läkare eller uppdatera sina mediciner.	-	-	Gemensamt journalsystem kunde hjälpa

Ingen av de 16 primärkommunerna har angett några brister i service- och vårdkedjan gällande personer med funktionsnedsättning, varken till den del det berör den egna myndighetens verksamhet, i samarbete med andra myndigheter eller gällande annat. Lemland och Lumparland kommun har lyft vidden av ständigt förbättringsarbete.

KST anger att det finns brister i service- och vårdkedjan rörande personer med funktionsnedsättning, både inom den egna myndighetens verksamhet, i samarbete med andra myndigheter samt brister som beror på annat. Som förklaring hänvisas till den egna myndighetens köer till boende och daglig verksamhet inom specialomsorger, avsaknad av flexibilitet i övergången mellan olika vårdformer rörande klinikfärdiga klienter samt problematik med att all boendeservice inte kan erbjudas på Åland varvid köptjänster utanför Åland behövs. Resultat gällande KST:s synpunkter om brister i service- och vårdkedjan gällande äldre lyfts här även med beaktande av tidigare nämnd motivering. I enkätsvaret lyfter KST brister i samarbete med andra myndigheter. Som förklaring hänvisar KST till svårigheter med att få till gemensamma bedömningar med primärkommunernas äldreomsorg och till viss del ÅHS, brister i överföring (vid 65 år eller inte) och gränsdragningar/ansvarsfrågan gällande tex. socialvårdslagens 21 § Boendeservice samt stöd för närståendevård, okunskap hos aktörer som "skickar kontakten" samt till avsaknad service enligt socialvårdslagen i primärkommunerna. För att åtgärda bristerna nämner KST ökad kunskap om kontakter och gemensamma bedömningar, i primärkommunerna ökad service enligt socialvårdslagen samt ökat antal hyreslägenheter.

3.4. Service- och vårdkedjor för äldre

Enligt ÅSUB:s statistik var antalet 65 år fyllda 7404 personer år 2023, vilket utgör cirka 24 procent av hela den åländska befolkningen. Andelen kvinnor är i ålderskategorin 65 år och äldre högre än andelen män. Många personer som har fyllt 65 år har dock god hälsa och god funktionsförmåga högt upp i åldrarna. Behovet av regelbundet stöd och regelbunden service ökar snabbare efter 75 års ålder, och särskilt efter 85 års ålder. ÅSUB tillhandahåller statistik gällande antal äldre klienter som har någon av följande service-/stödformer; stödtjänster, hemservice, boendeservice samt institutionsvård. Bland personer i åldersgruppen 75 år och äldre har ungefär en av fyra regelbunden service, och ungefär en av fem service i det egna hemmet. Statistiken för personer som är 85 år eller äldre visar att cirka 35,4 procent inte har regelbunden service. Cirka 5,4 procent har stöd för närståendevård, cirka 31,7 har hemservice, cirka 1,8 procent har vanligt serviceboende, cirka 22,1 procent har serviceboende med heldygnsomsorg och cirka 3,7 procent har institutionsvård⁸³. Det saknas officiell statistik vad gäller antal äldre personer som anlitar privat socialvård. Enligt landskapsregeringens *Kvalitetsrekommendation tjänster för äldre (2010)* är målsättningen att minst 90 procent av personer som är 75 år eller äldre ska kunna bo kvar i sina hem. I samband med arbetet med att ta fram det äldrepolitiska programmet kartlades andelen hemmaboende 75 år fyllda äldre (år 2022)⁸⁴.

En kartläggning utförd av landskapsregeringen år 2022 (nedan kartläggningen 2022)⁸⁵ visar att cirka 90,1 procent av alla 75 år fyllda var hemmaboende, med eller utan socialservice. Detta innebär att Åland som helhet i nuläget uppnår kvalitetsrekommendationens målsättning. Dock fanns stora skillnader mellan kommunerna och hela nio av kommunerna placerade sig under målsättningen (den lägsta siffran för en kommun var 75 procent). Målsättningen om att minst 90 procent av de som är 75 år eller äldre ska kunna bo kvar hemma innebär att kommunernas servicestruktur, med tanke på det ökande antalet äldre, måste vara inriktad på tidiga och förebyggande insatser. Exempelvis behöver hemservice/hemvård och stödtjänster i hemmet till äldre utvecklas.

Socialvårdslagstiftningens fokus på tidiga och förebyggande insatser torde ha haft en effekt när det gäller styrningen mot insatser som hemservice och närståendevård. Samtidigt torde även fokus på boendeservice öka i och med att färre äldre klienter ska erhålla institutionsvård, i enlighet med socialvårdslagstiftningen samt de av landskapsregeringen antagna *Medicinska kriterier för långvarig institutionsvård för äldre*⁸⁶.

Det är skäl att särskilt nämna kommunernas skyldighet att, i enlighet med äldrelagens 7 §, anta en plan för att stöda den äldre befolkningen. Planen ska bland annat innehålla en bedömning av tillräckligheten och kvaliteten i fråga om de tjänster som tillhandahålls av kommunen och andra tjänsteproducenter samt andra faktorer som påverkar den äldre befolkningens servicebehov samt en beskrivning av åtgärder med en

⁸³ Ett äldrevänligt Åland – Program för landskapsregeringens äldrepolitik 2023–2030. Ålands landskapsregering, 2023. Sid. 22.

⁸⁴ Med hemmaboende avses personer som bor i eget hem, pensionärsbostad eller vanligt serviceboende.

⁸⁵ Landskapsregeringens socialvårdsbyrå utförde 2022 en kartläggning av service och stödtjänster till 75 år fyllda personer, med fokus på hemmaboende. Kartläggningen utgjorde ett underlag för landskapsregeringens äldrepolitiska program.

⁸⁶ Medicinska kriterier för långvarig institutionsvård för äldre. Ålands landskapsregering, 2020: [https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/page/rapport -
_medicinska_kriterier_for_langvarig_institutionsvard_for_aldre.pdf](https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/page/rapport_-_medicinska_kriterier_for_langvarig_institutionsvard_for_aldre.pdf)

tidsplan för att ordna och utveckla servicenivån i enlighet med kraven i lagstiftningen under den kommande fyraårsperioden samt en bedömning av de resurser som kommunen behöver för dessa åtgärder.

Beskrivningen ska ange hur ansvaret för åtgärderna fördelar sig mellan de olika kommunala verksamheterna. På motsvarande sätt ska ÅHS, med stöd av 25 § landskapslagen (2011:114) om hälso- och sjukvård, en gång under varje lagtingsperiod anta en strategisk plan över hur behoven av hälso- och sjukvård för landskapets invånare ska uppfyllas. Såväl Ålands hälso- och sjukvårds plan som kommunens plan för att stöda den äldre befolkningen ska beakta det som sägs i denna lag om samarbete, ansvar för genomförandet samt det som överenskomms i ett samverkansavtal med kommunen.

Det finns olika sätt för äldre att erhålla service. Den äldre själv eller en anhöriga kan ta kontakt med socialvården. Äldrelagen innehåller även en bestämmelse, 19 §, om skyldigheten att kontakta kommunen, KST eller ÅHS om personen i sitt uppdrag har fått kännedom om en äldre person som är i behov av social- eller hälsovård och som är uppenbart oförmögen att sörja för sin omsorg, hälsa eller säkerhet. Skyldigheten omfattar yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården eller någon som är anställd inom socialvården i kommunen, inom Ålands hälso- och sjukvård, räddningsväsendet eller hos alarmcentralen eller polisen.

Även genom den rådgivning och handledning som kommunerna och ÅHS ska ge äldre, enligt äldrelagens 11 § kan vara ett sätt för äldre att komma i kontakt med socialvården. Kommunen och ÅHS har en särskild skyldighet att för de äldre vars levnadsförhållanden eller livssituation utifrån forskningsrön eller allmän livserfarenhet bedöms innebära riskfaktorer som ökar behovet av service, tillhandahålla hälsokontroller, mottagningar och hembesök som stöder välbefinnandet, hälsan, funktionsförmågan och förmågan att klara sig på egen hand.

En viktig grund för att äldre ska erhålla individuellt anpassade socialvårds- samt hälso- och sjukvårdstjänster samt annan service som ges i rätt tid och som stöder personens funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand är genomförandet av bedömning av servicebehovet, i enlighet med lagstiftningen.

Bestämmelser om bedömning av servicebehovet finns i 36 § i socialvårdslagen. Äldrelagen innehåller en kompletterande bestämmelse, 14 §, om bedömning av äldres servicebehov. Av bestämmelsen framgår bland annat att äldre personens funktionsförmåga ska utredas mångsidigt och med tillförlitliga bedömningsinstrument. När funktionsförmågan utreds ska det bedömas till vilka delar den äldre personen klarar de funktioner som hör till normal livsföring i sin egen boende- och närmiljö och med vad han eller hon behöver stöd och hjälp. Vid bedömningen ska den äldre personens fysiska, kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmåga samt faktorer som har samband med tillgängligheten i omgivningen, tryggheten i boendet och tillgången till närservice beaktas.

Av den klientplan som uppgörs, i enlighet med 15 § i äldrelagen, ska framgå vilka tjänster som behövs för att stöda personens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand. Planen ska utarbetas utan ogrundat dröjsmål efter att den äldre personens servicebehov har utretts. När det sker väsentliga förändringar i den äldre personens funktionsförmåga vilka påverkar servicebehovet ska planen alltid ses över utan ogrundat dröjsmål.

Nedan redogörs för de olika stöd- och serviceformer som kan vara aktuella för äldre samt sådant som direkt berör socialvård och service- och vårdkedjor för äldre, baserat på landskapslag (2016:2) om en kommunalt

samordnad socialtjänst (KST-lagen) samt landskapslag (2020:13) om socialvårdens förvaltning och tillsyn på Åland. Av KST-lagens 1 § framgår inte vad som avses med äldreomsorg. Förarbetena ger vid handen att med äldreomsorg avses en "traditionell"/snäv definition (hemservice, boendeservice, institutionsvård)⁸⁷. Inte heller landskapslag (2020:13), 2 §, innehåller någon definition av begreppet äldreomsorg. Av förarbetena till bestämmelsen framgår att av detaljmotiveringen till 2 § framgår visst resonemang om kommunens ansvar för äldreomsorg, vilket främst handlar om hemservice, boendeservice, institutionsvård, familjevård och stöd för närståendevård. Detta är delvis samstämmigt med resonemanget i detaljmotiveringen till KST-lagens 1 §, men genom detaljmotiveringen förändrades definitionen av vad som avses med äldreomsorg på följande sätt;

- "Hemservice" i den gamla socialvårdslagen omfattade färdtjänst, medan service som stöder rörlighet blev en separat serviceform i den nya socialvårdslagen och i sin helhet blev KST:s ansvar.
- Familjevård för äldre blev kommunernas ansvar.
- Tydliggörande att stöd för närståendevård för äldre är kommunernas ansvar.

Det verkar finnas vissa otydligheter i de nämnda lagarna, i relation till socialvårdslagen och äldrelagen, vilka försvårar gränsdragningen mellan berörda myndigheter. Exempelvis nämns i detaljmotiveringen till äldrelagens 6 § att kommunerna är skyldiga att för de äldre kommuninvånarna ordna de serviceformer som bestäms i socialvårdslagen. Denna skrivning antyder att kommunernas ansvarområde går utöver det som framgår av KST-lagen och landskapslag (2020:13). Gränsdragningsproblematiken lyfts även i Ombudsmannamyndighetens verksamhetsberättelse för år 2024⁸⁸.

Redogörelsen i kapitel 4.1. innehåller inte närmare information om bland annat utkomststöd/ekonomisk utsatthet, service till personer med funktionsnedsättning, social rehabilitering, missbruk och bostäder, vilka behandlas i kapitel 3.2 respektive 3.3. Inte heller ingår närmare information om exempelvis allmänt bostadsbidrag, bostadsbidrag för pensionstagare och vårdbidrag för pensionstagare.

I riket har man under föregående regeringsperiod stärkt socialvårdens tillräcklighet och stärkt tillgång till service, bland annat tidiga insatser, genom ändringar i rikets socialvårdslag. Möjligheten att tillhandahålla långvarig institutionsvård för äldre inom socialvården har även genom lag slopats från och med 1.1.2028, institutionsvård kan i riket således efter denna tidpunkt endast tillhandahållas inom hälso- och sjukvården. Motsvarande ändringar har inte ännu genomförts på Åland. Närmare beskrivning av de ändringar som har skett i rikets socialvårdslag framgår av RP 122/2024 rd, sid. 14–15⁸⁹.

Tidiga insatser

Enskilda stödtjänster är ofta den första servicen som äldre klienter kan behöva för att tryggt och självständigt kunna bo kvar i sitt hem. Stödtjänster beviljas utgående från en individuell bedömning, och kan beviljas oberoende av om klienten har hemservice eller inte. Genom stödtjänster kompletteras den personliga

⁸⁷ Detaljmotiveringen till 1 § i LF 25/2014–2025 baseras således på den gamla socialvårdslagen (FFS 710/1982).

⁸⁸

https://www.ombudsman.ax/sites/default/files/attachments/article/%C3%85OM_verksamhetsber%C3%A4ttelse_2024.pdf

⁸⁹ https://www.eduskunta.fi/SV/vaski/HallituksenEsitys/Documents/RP_122+2024.pdf

omsorg som hemservicen ger en klient. Stödtjänster omfattar exempelvis måltidsservice, städning, klädvård, tjänster som främjar social samvaro, service som stöder rörligheten, transport- och ledsagarservice.

Antalet äldre i befolkningen ökar, men antalet äldre (i samtliga ålderskategorier) som har stödtjänster och hemservice minskar inom den offentliga socialvården⁹⁰. Av ÅSUB:s statistik framgår att år 2013 hade 828 äldre klienter stödtjänster och 623 äldre klienter hade hemservice. År 2023 hade 658 äldre klienter stödtjänster och 559 äldre klienter hade hemservice. Anledningen till minskningen kan bero på flera olika faktorer; allt från bättre hälsa och funktionsförmåga hos äldre till otillräckligt utbud av service och vårdinsatser för äldre och nivån på klient- och patientavgifter kan inverka.

Statistiken är dock aningen svår att läsa eftersom det i lagstiftningen saknas en skild bestämmelse om stödtjänster, trots att kommunerna och KST kan bevilja stödtjänster separat från hemservice. Dessutom finns det skillnader i kommunernas och KST:s utbud av stödtjänster och avgifter för stödtjänster. Kommunerna och KST erbjuder delvis olika stödtjänster och har olika fastställda avgifter för stödtjänsterna. Avgifterna för stödtjänster ingår vanligen inte i den hemserviceavgift som bestäms enligt hushållets inkomster och personantal. I några kommuner ingår dock stödtjänsterna, eller vissa stödtjänster, i avgiften för hemservice, särskilt för klienter med ett omfattande behov av hemservice.

Nuvarande lagstiftning är något otydlig avseende stödtjänster och avgifterna för dessa tjänster. I socialvårdslagen saknas en separat bestämmelse om stödtjänst. I lagens 19 § (Hemservice) 3 mom. omnämns vissa stödtjänster: *”Som stödtjänster som ingår i hemservicen tillhandahålls måltids-, klädvårds- och städservice och tjänster som främjar socialt umgänge.”*

Av socialvårdslagens tillämpningsguide framgår gällande 19 § att hemservicens stöd för åtgärder som är nödvändiga med tanke på klientens livssituation kan tillhandahållas i form av till exempel personlig omvårdnad, vård av hemmet, matlagning och rehabilitering som stöder möjligheterna att klara sig hemma samt säkerhetstjänster. Med säkerhetstjänster avses fysiska tillsynsbesök eller tekniska lösningar relaterade till säkerhet (till exempel trygghetslarm eller tillsynskamera) som gör det möjligt för klienter med nedsatt funktionsförmåga att bo hemma. Vidare förtydligas att som stödtjänster inom hemservicen ordnas till exempel klädvård, städ- och måltidsservice samt tjänster som främjar socialt umgänge. Hjälp att tvätta sig är en del av hemservicen, men till exempel besök till en allmän bastu kan också ordnas som en stödtjänst som främjar socialt umgänge. Tjänster som främjar socialt umgänge kan även ordnas genom digitala lösningar.

Vid framtagandet av underlag till socialvårdslagstiftning⁹¹ har landskapsregeringens socialvårdsbyrå uppmärksammat att skäl finns att se över jämställda tjänster i socialvårdslagstiftningen. Till exempel ingår i hemservice och stödtjänster service som kanske kan anses omfatta traditionellt kvinnliga göromål (matlagning, städning, klädvård, fostran av barn) medan andra former av tjänster som kanske är att betrakta som mer traditionellt manliga uppgifter i hemmet saknas. Denna snäva inriktning på tjänster som erbjuds inom ramen för hemservice kan innebära till exempel att äldre kvinnor flyttar till serviceboende i förtid. Inom ramen för hushållsavdrag i beskattningen⁹² och momsfri socialservice finns dock i dagsläget redan möjlighet

⁹⁰ Det saknas officiell statistik gällande antal klienter som anlitar privat socialvård på Åland.

⁹¹ [fornyande av socialvårdslagstiftning 170518.pdf](https://www.vero.fi/sv/skatteforvaltningen/nyhetsrummet/pressmeddelanden/2024/hushallsavdraget-minskar-fran-ingangen-av-nasta-ar/)

⁹² Vissa ändringar gällande hushållsavdraget sker från och med 2025:

<https://www.vero.fi/sv/skatteforvaltningen/nyhetsrummet/pressmeddelanden/2024/hushallsavdraget-minskar-fran-ingangen-av-nasta-ar/>

t.ex. för äldre personer att köpa tjänster som trädgårdsarbete, snöskottning, följeslagartjänst samt mindre underhållsarbeten i hemmet.

I och med antagandet av nu gällande socialvårdslag upphörde transport- eller följeslagarservice (färdtjänst) att gälla som en stödservice inom hemservice, och utgör i nuläget en separat serviceform 23 § (Service som stöder rörlighet) i socialvårdslagen. KST ansvarar för service som stöder rörligheten, i enlighet med 23 § i landskapslag (2020:12) om socialvård, för samtliga klienter inom socialvården. Bestämmelsen uppmärksammar den allmänna kollektivtrafiken som det primära transportmedlet, framom insatser från socialvården, och servicen kan ordnas på olika sätt eller genom kombinationer av de i 23 § nämnda sätten. Det är oklart i vilken utsträckning KST ordnar stöd för rörlighet på andra sätt än genom taxiresor/färdtjänst. KST handlägger även färdtjänst enligt handikappservicelagen.

Efter att Äldreomsorg på distans (Äldis) upphörde 31.12.2022, saknas gemensamma digitala lösningar och välfärdsteknik i syfte att motverka ensamhet och social isolering på Åland. Det torde finnas klara samordningsvinster inom detta område, både med tanke på hemmaboende klienter och klienter inom boendeservice. Enligt en kartläggning gällande samordning av hjälpmedel och välfärdsteknik⁹³ är det endast Mariehamns stad som satsar på utveckling på området. Mariehamns stad har sedan år 2023 en anställd välfärdssamordnare med ansvar för digitalisering och välfärdsteknik inom äldreomsorgen. Äldreomsorgen i Mariehamns stad och Lemlands kommun deltar (med start år 2024) i ett nordiskt projekt (finansierat av Nordiska ministerrådet) som handlar om att säkerställa framtida välfärd och god vård genom digitalisering.⁹⁴

Dagverksamhet är inte en separat serviceform enligt landskapslag (2020:12) om socialvård, utan utgör en stödtjänst inom ramarna för hemservice, i enlighet med socialvårdslagens 19 § 3 mom. och benämns i socialvårdslagen "tjänster som främjar socialt umgänge".

Begreppet dagverksamhet finns endast i lag om service och stöd på grund av handikapp. Dagverksamhet kan ordnas med stöd av 8 b § i lag om service och stöd på grund av handikapp (FFS 380/1987), vilken tillämpas på Åland genom landskapslagen (2010:50) om tillämpning i landskapet Åland av lagen om service och stöd på grund av handikapp. Dagverksamhet kan även ordnas med stöd av 35 § i lag angående specialomsorger om utvecklingsstörda (FFS 519/1977), vilken tillämpas på Åland genom landskapslagen (1978:48) om tillämpning av lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda. Det finns en koppling mellan dagverksamheten i handikappservicelagen och arbetsterapi och träning i specialomsorgslagen till socialvårdslagens 70 och 71 §§.

Kommuner verkar i vissa fall även ordna dagverksamhet enligt annan lagstiftning (exempelvis med stöd av äldrelagens 11 §) eller som en icke lagstadgad verksamhet.

Det är viktigt att samtliga kommuner erbjuder hemmaboende äldre drop-in verksamhet, dagverksamhet och aktiviteter (i egen regi eller exempelvis i samarbete med tredje sektorn) för att minska ensamhet och social isolering.

Kartläggningen 2022 visar på stora skillnader mellan kommunerna, både i andelen hemmaboende personer i ålderskategorin 75 år och äldre och i vilka stödtjänster och vilken service som erbjuds till målgruppen. Kommunerna erbjöd vid tillfället för förfrågan, allt från fyra till 11 olika service- och stödformer till

⁹³ <https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/protocol/nr24-2023-enskild-S3.pdf>

⁹⁴ <https://www.mariehamn.ax/nyheter/nytt-samarbete-kring-digitalisering-aldreomsorgen>

hemmaboende 75 år fyllda. Dagverksamhet, sysselsättningsverksamhet eller drop-in-verksamhet ordnades 2022 av tio kommuner (varav sex kommuner även för personer med demens). Dock framgick inte om den nämnda verksamheten omfattade alla tre delar eller färre. Sex kommuner uppgav att de inte ordnade denna typ av verksamhet. På basen av detta konstateras att det finns ett tydligt behov av utveckling av de tidiga och förebyggande insatserna vilka handlar om möjligheten till social aktivitet och samvaro. 11 kommuner uppgav att de år 2022 hade skilda lägenheter/serviceboende för äldre. Tillgången till lägenheter/bostäder i kommunerna är avgörande bland annat för att äldre ska kunna beviljas exempelvis serviceboende. Detta berör även rubriken "boendeservice" nedan.

En liknande kartläggning av service och stöd för hemmaboende äldre (75 år fyllda) gjordes år 2018. En jämförelse av kartläggningarna 2018 och 2022 visar att tio av 16 kommuner hade ökat antalet serviceformer/stödtjänster, två kommuner låg på samma nivå och fyra kommuner hade minskat antalet serviceformer/stödtjänster.

Det bör noteras att Äldis ännu fanns när kartläggningen gjordes samt att Kommunernas socialtjänst (KST) från och med 1.1.2021 handhar stöd för rörlighet (färdtjänst). I kartläggningen år 2018 ansvarade primärkommunerna för färdtjänst, men eftersom KST är en kommunal myndighet och ansvarar för servicen som stöd för rörlighet för kommunerna och för att underlätta jämförelsen, finns serviceformen med i tabellerna över kommunernas serviceformer.

Av ÅSUB:s statistik gällande antal hushåll som har fått hemservice framgår att trenden går mot färre äldre klienter med hemservice⁹⁵. År 2024 hade 514 hushåll med äldre hemservice, av totalt 606 hushåll med hemservice. Tio år tidigare, 2014, hade 653 hushåll med äldre hemservice, av totalt 712 hushåll med hemservice. Trenden med minskande antal klienter inom hemservice är anmärkningsvärd med tanke på socialvårdslagstiftningens fokus på tidiga insatser.

Utgående från resultaten av kartläggningen 2022 erbjöd samtliga kommuner och KST hemservice, och totalt 10 av 16 kommuner samt KST erbjöd enligt uppgift hemservice dygnet runt (KST genom köptjänst). Föglö, Eckerö, Hammarland, Saltvik, Sund, Vårdö, Kumlinge och Sottunga erbjöd inte hemservice dygnet runt. Av dessa kommuner, förtydligar två av kommunerna att de erbjöd hemservice dygnet runt vid kommunens serviceboende (ESB), men inte till hemmaboende klienter. Ytterligare tre av de kommuner som har svarat att de inte erbjöd hemservice dygnet runt anger att de ser behov av att utöka hemservicens arbetstid eller att de följer med situationen och anpassar sig enligt behov. En av dessa tre kommuner erbjöd hemserviceklienter trygghetslarm nattetid. Tre av de sex kommunerna anger således att de delvis erbjöd hemservice dygnet runt eller att de eventuellt kommer att utöka hemservicen till dygnet runt. Nuvarande lagstiftning (socialvårdslagens 19 §) tvingar inte kommunerna att tillhandahålla hemservice dygnet runt.

Av kartläggningen 2022 framgår att kommunernas och KST:s sätt att ordna trygghetslarm varierar, och i vissa kommuner fanns endast lösningar där klientens anhöriga tar emot eventuella larm. Förutom att äldre klienter inte är i en jämlik ställning avseende trygghetslarm, är det ett skört system att anhöriga i vissa fall fungerar som den enda kontakten vid larm. Av ÅSUB:s statistik framgår inte antal klienter, utan ÅSUB efterfrågar antal trygghetstelefoner i kommunen. Därför finns inte information om fördelning per ålderskategori eller kön att tillgå. År 2023 fanns det totalt 454 trygghetstelefoner, varav 441 i kommunerna och 13 inom och KST.

⁹⁵ <https://www.asub.ax/sv/social-och-halsovard-socialvasende-tabeller>.

Bestämmelser om hemvård har intagits i socialvårdslagen (20 §) och i hälso- och sjukvårdslagen (38a §), och tillämpas således från och med 1.1.2021. Hemvård är dock inte en enhetlig serviceform, utan består av hemservice (socialvårdslagens 19 §) och hemsjukvård (hälso- och sjukvårdslagens 38 §). Helheten hemvård förutsätter att samverkansavtalet kring hemvård följs samt att socialvården och hälso- och sjukvården samarbetar och koordinerar servicen och vården gentemot klienten/patienten.

Tidigare utredning som berör hemvård⁹⁶ gällande delegeringar för läkemedelsbehandling från ÅHS till KST, Oasen och kommunerna visar på utmaningar när det gäller att planera och genomföra arbetet kring hemvård så att det bildar en funktionell helhet för klienten.

Sammanfattningsvis kan sägas att det saknades följande;

- gemensamma vård- och serviceplaner för hemvård
- gemensam besöksplanering för hemvård
- gemensam journalföring för hemvård
- gemensamt avgiftsuttag för hemvård (avgiftsuttaget för hemservice respektive hemsjukvård sker helt separat för klienter med hemvård)

Hemvården utgör således i praktiken inte en serviceform för klienter, utan hemservice och hemsjukvård hanteras huvudsakligen som separata serviceformer. Det saknas statistik gällande antalet klienter som har hemvård, dvs. klienter som har både hemservice och hemsjukvård. Det finns även oklarheter kring ÅHS delegeringar inom läkemedelsbehandling från ÅHS till närvårdare inom socialvården samt oklarheter kring patientskadeförsäkring och i vilken grad den täcker kommunernas hemsjukvårdsåtgärder. Det är oklart om något av de utvecklingsområden som nämns i bilagan till samverkansavtalet om hemvård ha slutförts.

Ändringsarbeten i bostaden kan behövas för att äldre ska kunna fortsätta bo kvar i den egna bostaden. I socialvårdslagens tillämpningsguide nämns på sidan 19 att socialservice (11 §) även ska ordnas för "stöd för ordnande av bostad". Som exempel nämns situationer där en person på grund av försämrad funktionsförmåga till följd av åldrande eller en funktionsnedsättning kan leda till att en person inte kan bo i sin bostad även om bostaden i sig lämpar sig för normalt boende. I sådana situationer kan ordnande av boendet till exempel förutsätta ändringsarbeten i bostaden. I tillämpningsguiden nämns ändringsarbeten i bostaden även på sidan 33, kopplat till socialvårdslagens 21 § om boendeservice.

Ändringsarbeten i bostaden kan beviljas både med stöd av socialvårdslagen och med stöd av handikappservicelagen och -förordningen. Det som är avgörande är om klientens behov av anpassning i bostaden baseras på socialvårdslagen eller speciallagstiftningen. Bedömningen av detta kan behöva ske gemensamt med KST. Eftersom socialvårdslagen är primär i förhållande till speciallagarnas bestämmelser, ska ändringsarbeten beviljas med stöd av socialvårdslagen i första hand. Om klienten uppfyller kriterierna enligt handikappservicelagen och -förordningen (gravt handikappad) kan klienten erhålla ersättning för skäliga kostnader för ändringsarbeten i bostaden.

Närståendevård och ledighet för personer som vårdar en anhörig eller närstående

Kommunerna ansvarar för närståendevård för 65 år fyllda personer. Varje kommun fastställer exempelvis vårdarvoden (förutom de vårdarvodesnivåer som är lagstadgade) och kriterier för närståendevården. Eftersom KST ansvarar för klienter under 65 år kan skillnader i KST:s och kommunernas handläggning,

⁹⁶ Intern kartläggning utförd av socialvårdsbyrån och hälso- och sjukvårdsbyrån år 2021–2022.

exempelvis gällande avlastningsformer och vårdarvoden aktualiseras när en klient fyller 65 år och övergår till den kommunala äldreomsorgen.

En viss ökning av antalet äldre klienter (65 år fyllda) med stöd för närståendevård kan skönjas under en tioårsperiod. År 2024 var antalet äldre vårdtagare 208 av totalt 396 vårdtagare, dvs. drygt 52 procent av vårdtagarna. Tio år tidigare, 2014, var antalet äldre vårdtagare 148, av totalt 287 vårdtagare. Ökningen är dock relativt liten med tanke på ökningen av antalet äldre.

Under den förra regeringens mandatperiod vidtogs flera åtgärder för att förbättra närståendevårdarnas situation. I regeringen Thörnroos regeringsprogram nämndes behovet av ökat stöd för närståendevårdare⁹⁷. Utgående från regeringsprogrammets skrivning om en utredning som ser över hur stödet kan ökas och hur närståendevårdarna kan ges möjligheter till mer flexibel avlastning gjordes en intern kartläggning på socialvårdsbyrån. Kartläggningens fokus låg på möjligheter till avlastning för närståendevårdare enligt gällande lagstiftning (närståendevårdare med avtal). Landskapsregeringen gjorde, som en del av kartläggningen, ett enkätutskick 12.4.2022 till samtliga kommuner och KST. Nedan presenteras en sammanställning av enkätsvaren.

Av kommunernas och KST:s enkätsvar framgår att flera olika alternativ för tjänster under närståendevårdares avlastning ordnas sammantaget på Åland. Dock visar enskilda kommuners svar att kommunerna generellt kunde bli bättre på att erbjuda flera olika och mera flexibla former av avlastning, liksom avlastning under kortare tid än hela dygn.

Avlastning genom så kallad periodplats på boendeenhet är vanligast enligt enkätsvaren. De flesta av de svarande, elva kommuner och KST, har ordnat avlastning på kommunens/KST:s eget boende. De flesta nämner att det handlar om avlastning på boendeenhet inom serviceboende med heldygnsomsorg, ESB, även om institutionsplatser förekommer. Två av kommunerna nämner uttryckligen avlastning för närståendevårdare till vårdtagare med demens. Avlastning på institution ordnades av fyra kommuner.

Kommunerna anger i enkätsvaren totalt 23 platser för avlastning samt en plats specifikt för personer med demens. Några kommuner har även angett att de beviljar platser vid Oasen enligt behov och tillgång. En kommun nämner att andra kommuner kontaktas gällande plats vid behov. Tre kommuner har inga särskilda boendeplatser för avlastning. Med tanke på att antalet vårdtagare år 2021 var 395 är antalet platser för avlastning litet. Någon kommun anger i enkätsvaret att de behöver fler platser för avlastning.

Avlösarservice (enligt 4 a § i närståendevårdarlagen) användes år 2021 endast i fyra av 16 kommuner och inom KST. Avlösarservice i hemmet är en viktig form av avlastning för att möjliggöra för vårdtagare att vara kvar i hemmet under avlastningen. Alla vårdtagare kanske inte vill lämna hemmet och flytt kan för en del vårdtagare leda till oro och sämre mående.

Hemservice som avlastning ordnades år 2021 av fyra kommuner och KST och tre kommuner svarar att de har erbjudit dagverksamhet som avlastningsform år 2021.

⁹⁷ <https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/guidedocument/m0120192020-handlingsprogram-2019-2023.pdf>, sidan 10.

Andra former för avlastning nämns också i enkätsvaren. Samtliga avlastningsformer har använts av KST om dessa omfattar: stödperson, assistent på deltid och avlastningsläger via föreningen De Utvecklingsstördas Vål på Åland r.f. (DUV).

KST och totalt fem av 16 kommuner beviljade år 2021 avlastning kortare än ett dygn.

ÅHS ska enligt lag (landskapslag (1995:101) ordna de undersökningar av närståendevårdarens välmående och hälsa samt sådana hälsovårdstjänster som stöder vårdarnas välmående och vårduppdag enligt lagens 3a § i lag om stöd för närståendevård (FFS 937/2005). Inom ÅHS är det Seniormottagningen som ansvarar för de undersökningar av närståendevårdarens välmående och hälsa samt sådana hälsovårdstjänster som stöder vårdarnas välmående och vårduppdag enligt lagens 3a § 2 mom. Enligt uppgift från Seniormottagningen⁹⁸ erbjuds samtliga personer som definierar sig som närståendevårdare hälsoundersökning, oavsett om personen har ett avtal om stöd för närståendevård eller inte. De personer som kommer i kontakt med ÅHS erbjuds kallelse till hälsoundersökning med två års mellanrum. Det är oklart hur samarbetet mellan ÅHS och kommunerna/kommunalförbunden (socialvården) ser ut gällande den information som framkommer i samband med undersökningar vid ÅHS och som kan påverka hur närstående orkar med sitt uppdrag.

Familjevård

På Åland tillämpas landskapslag (2015:18) om tillämpning i landskapet Åland av familjevårdarlagen (FFS 312/1992). Familjevård definieras i 1 a § *Med familjevård avses ordnande av vård, fostran eller annan omvårdnad av en person dygnet runt utanför hans eller hennes eget hem i ett privathem*. Enligt definitionen av familjevård i landskapslag (2015:18) innefattas familjevård för äldre, men i praktiken är familjevård för äldre en underutnyttjad serviceform inom socialvården på Åland. Enligt tillgänglig statistik gällande äldre i familjevård framgår att under perioden 2015–2023 har två äldre ålänningar varit i familjevård år 2015. Övriga år är siffran 0.

Boendeservice

I socialvårdslagens bestämmelse (21 §) om boendeservice nämns särskilt tillfälligt boende, stödboende, serviceboende samt serviceboende med heldygnssomsorg. Det är i nuläget oklart i vilken utsträckning äldre omfattas av annan boendeservice än serviceboende och serviceboende med heldygnssomsorg. ÅSUB tillhandahåller statistik gällande antalet klienter i serviceboende och serviceboende med heldygnssomsorg. Av bestämmelsen framgår att service som tillhandahålls hemma prioriteras i förhållande till service som förutsätter flytt och inkluderar både boende och service.

Med serviceboende avses boende och service som ordnas i en servicebostad. Servicen omfattar vård och omsorg enligt klientens behov, verksamhet som upprätthåller och främjar funktionsförmågan, måltids-, klädvårds-, bad- och städservice samt tjänster som främjar delaktighet och socialt umgänge. Inom serviceboende med heldygnssomsorg ordnas servicen enligt klientens behov dygnet runt.

När boendeservice tillhandahålls ska det, i enlighet med 21 § 5 mom., ses till att personens privatliv och rätt till medbestämmande respekteras och socialvården ska verka för att hon eller han av den ansvariga myndigheten får behovsenliga rehabiliterings- och hälso- och sjukvårdstjänster.

⁹⁸ Studiebesök till Seniormottagningen 17.9.2024 samt e-postkontakt efter besöket.

Beträffande rehabiliterings- och hälso- och sjukvårdstjänster som i enlighet med 37 § 5 mom. i landskapslagen om hälso- och sjukvård tillhandahålls av Ålands hälso- och sjukvård för klienter som får boendeservice ska den kommunala socialvården och ÅHS samarbeta så att ÅHS tjänster och övrig socialvård och omsorg vid serviceboendet bildar en funktionell helhet för klienten. Beträffande samarbetet mellan den kommunala socialvården och ÅHS ska samverkansavtal ingås enligt 69 §. Det är oklart hur tillgången till behovsenliga rehabiliteringstjänster ser ut i praktiken. I *Medicinsk rehabilitering - arbetsgruppens rapport* (2023) lyfts att det bör utredas huruvida hemrehabilitering kan och bör utvecklas i landskapet. Det har exempelvis framkommit att klienter inom kommunalt serviceboende med heldygnsomsorg inte i tillräcklig grad har tillgång till ÅHS fysioterapi (hemrehabilitering), utan hänvisas till privata fysioterapitjänster. Ett sådant förfarande är problematiskt ut flera hänseenden, bland annat med tanke på de kostnader som köp av privata tjänster innebär i jämförelse med ÅHS tjänster.

Enligt ÅSUB:s statistik var totalt 336 äldre klienter inom boendeservice (serviceboende och serviceboende med heldygnsomsorg) per 31.12.2024. Majoriteten av klienterna hade serviceboende med heldygnsomsorg, endast 23 klienter hade vanligt serviceboende (dvs. hade inte service dygnet runt). Kommunernas fördelning gällande antal klienter i serviceboende respektive serviceboende med heldygnsomsorg per 31.12.2024 framgår av tabellen nedan.

Tabell 6. Kommunvis fördelning av antal klienter i serviceboende och serviceboende med heldygnsomsorg.

Kommun	Antal äldre klienter med serviceboende år 2024	Antal äldre klienter med ESB år 2024
Brändö	0	8
Eckerö	0	17
Finström	3	15
Föglö	0	15
Geta	5	8
Hammarland	0	23
Jomala	15	13
Kumlinge	0	10
Kökar	0	9
Lemland	0	22
Lumparland	0	11
Mariehamn	0	103
Saltvik	0	25
Sottunga	0	0
Sund	0	17
Vårdö	0	17
Totalt på Åland	23	313

Förutom den boendeservice som kommunerna och KST själva producerar så driver även bland annat Folkhälsan på Åland ett grupphem med dygnet runt boende för personer med minnessjukdom och Stiftelsen Hemmet ett vårdhem på kristen grund för personer med psykiska och sociala svårigheter. Folkhälsan säljer tjänster till Jomala kommun och Stiftelsen hemmet anlitas i första hand av de åländska kommunerna samt KST, men även kommuner utanför Åland och klienter (privatpersoner) kan köpa deras tjänster. Enligt uppgift köpte Jomala kommun år 2022 samtliga platser från externa parter (serviceboende med heldygnsomsorg från Oasen och serviceboende med heldygnsomsorg för klienter med demens från Folkhälsan). Sottunga erbjuder heller inte boendeplatser i egen regi, utan köper platser av annan kommun. Kommunerna köper i viss utsträckning boendeplatser av varandra och KST köper i viss utsträckning boendeplatser av kommuner/Oasen.

Socialvårdslagens 21 § är inte tydlig gällande förutsättningar/kriterier för att erhålla boendeservice i form av serviceboende med heldygnsomsorg. Vissa kommuner som exempelvis Mariehamns, har fastställt egna kriterier för beviljande av serviceboende med heldygnsomsorg.

Institutionsvård

I landskapslag (2020:12) om socialvård (socialvårdslagen)⁹⁹, 22 §, definieras vad som avses med service på en institution: *”Med service på en institution inom socialvården avses ordnande av vård och rehabiliterande verksamhet vid en verksamhetsenhet som ger fortlöpande vård inom socialvården. Service på en institution kan ordnas kortvarigt eller fortgående, dagtid, nattetid eller dygnet runt.”*¹⁰⁰ Av bestämmelsen framgår att långvarig vård och omsorg får tillhandahållas på institution bara om det med hänsyn till personens hälsa eller säkerhet är motiverat, eller om det finns en annan i lag särskilt föreskriven grund för det.

Även äldrelagen innehåller bestämmelser som särskilt berör institutionsvård. Enligt 16 § (Principer för långvarig vård och omsorg) ska långvarig vård och omsorg i första hand ges med hjälp av öppenvårdstjänster inom social- och hälsovården som ges i den äldre personens hem och övriga öppenvårdstjänster inom social- och hälsovården. Med eget hem avses i detta sammanhang till exempel en ägarbostad, bostadsrättsbostad eller hyresbostad som har varit i den äldre personens bruk redan innan behovet av långvarig vård och omsorg uppkom. En annan hemlik plats kan vara till exempel en enhet för serviceboende enligt socialvårdslagen. Möjligheterna att bo hemma kan stödas genom den service som definieras i socialvårdslagen eller genom annan service som är förenlig med klientens behov. Enligt 12 § 2 mom. äldrelagen ska särskild vikt läggas vid tjänster som främjar äldre personers rehabilitering och vid tjänster i hemmet. Enligt 17 § (Förutsättningar för beslut om långvarig institutionsvård) får kommunen tillgodose den äldres servicebehov med långvarig institutionsvård endast då det finns medicinskt motiverade

⁹⁹ https://www.regeringen.ax/alandsk-lagstiftning/alex/202012#pr_3_kap_socialservice_22_p_service_pa_en_institution.

¹⁰⁰ Definitionen av institutionsvård i socialvårdslagens 22 § hör ihop med definitionen i 2 kap. 4 § i sjukförsäkringslagen (FFS 1224/2004). Folkpensionsanstalten (FPA) avgör om ett boende kan betraktas som institution. Grunderna för öppenvård i relation till institutionsvård är riksbehörighet och regleras i *Social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för fastställande av öppen vård och sluten vård*¹⁰⁰. Förordningen har uppdaterats från och med 1.1.2023. Det är i nuläget oklart vilka effekter uppdateringen medför för Ålands del.

skäl eller då klient- eller patientsäkerheten förutsätter det. Som ett komplement till och förtydligande av 17 § antog landskapsregeringen år 2020 *Medicinska kriterier för långvarig institutionsvård för äldre*¹⁰¹.

Enligt landskapslag (2011:114) om hälso- och sjukvård 37 § 5 mom. tillhandahåller ÅHS läkartjänster vid de offentliga institutionerna som finns på Åland.

På Åland tillhandahåller Mariehamns stad och Oasen institutionsvård. Mariehamns stad erbjuder institutionsvård i egen regi, totalt 52 platser på 4 avdelningar. Oasen erbjuder institutionsvård för sina 13 medlemskommuner samt säljer plats till övriga kommuner enligt behov. Vid Oasen finns totalt 57 platser, fördelat på 4 avdelningar.

Trenden över tid har gått mot färre klienter inom institutionsvård. Enligt ÅSUB:s statistik gällande institutionsvård¹⁰² var 90 klienter i institutionsvård 31.12.2024. Av dessa klienter var majoriteten, 88 personer, 65 år eller äldre. Tio år tidigare, 31.12.2014, var totalt 146 klienter i institutionsvård, varav 136 var äldre¹⁰³. Trenden med allt färre klienter inom institutionsvård är ännu tydligare i riket, vilket även avspeglas i lagstiftningen. I riket har intagits bestämmelse i rikets "äldrelag" (Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (FFS 980/2012/980)) om att långvarig institutionsvård för äldre från och med 1.1.2028 inte får tillhandahållas inom socialvården.

Mot bakgrund av bland annat ändringen i rikets lagstiftning gällande långvarig institutionsvård för äldre, lät landskapsregeringen år 2022 ta fram en utredning om möjlig överföring av långvarig institutionsvård för äldre (65 år fyllda personer) till Ålands hälso- och sjukvård (utredare Susanne Lehtinen)¹⁰⁴. De tillfrågade (kommunerna, KST, Oasen boende och vårdcenter och Ålands hälso- och sjukvård) i den enkätundersökning som gjordes i samband med utredningen stöder samtliga en överföring av ansvaret för långvarig institutionsvård för äldre till ÅHS. Utredningen ger dock ingen heltäckande bild av exempelvis konsekvenser på övrig socialvård (exempelvis behov av utökad hemservice/hemvård, boendeplatser, närståendevård och familjevård) och klargör inte vad som krävs inom hälso- och sjukvården (exempelvis bäddplatser motsvarande rikets). Den genomsnittliga vårdtiden för äldre klienter i långvarig institutionsvård är 3–4 månader, enligt ovan nämnda utredning. Den korta vårdtiden avspeglar det faktum att många klienter är i livets slutskede och är i mycket stort behov av insatser från hälso- och sjukvården.

I korthet framkommer i utredningen följande gällande service- och vårdkedjan:

- Det förekommer att klienter är inom fel servicenivå p.g.a. platsbrist/lediga platser, oklarheter kring vad som är ESB och vad som är institutionsvård, oklarheter kring tillämpningen av de medicinska kriterierna för institutionsvård, ÅHS bedömer på vilken servicenivå klienter ska vara.
- Av svaren framgår att en ökad psykisk ohälsa märks även inom äldreomsorgen, både inom institutionerna och inom ESB. Såväl institutionerna som kommunerna upplever att dessa klienter inte

¹⁰¹ https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/page/rapport_-_medicinska_kriterier_for_langvarig_institutionsvard_for_aldre.pdf.

¹⁰² <https://www.asub.ax/sv/socialvasende-tabeller>

¹⁰³ Benämns åldringshem i statistiken.

¹⁰⁴ <https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/protocol/nr4-2022-enskild-s2.pdf>.

får adekvat vård och hjälp i dag, och de anser att en renodlad psykogeriatrisk avdelning skulle behövas.

- Digitala tjänster och behöver utvecklas.
- Bristande läkarresurser vid institutionerna. Uppföljningar kan skötas via telefon eller digitalt.
- Svårt att sköta upphandling och underhåll av olika hjälpmedel på institutionerna.
- Institutionerna behöver köpa specialhjälpmedel som en klient som kommer från ÅHS har. Hjälpmedlen (som inte kan återanvändas) blir kvar vid institutionerna när klienter avlider.
- Många kommuner ansåg att antalet institutionsplatser kunde minskas betydligt till förmån för mera utvecklad hemservice, specialiserade ESB-boenden och satsning på välfärdsteknologi.
- Samtliga svarande ansåg att det finns fördelar med en överföring av ansvaret för långvarig institutionsvård för äldre till ÅHS.

Klientavgifter

Som konstaterats ovan ökar behovet av socialvård och hälso- och sjukvård generellt vid högre ålder, särskilt behovet av långvarig vård och omsorg ökar vid hög ålder. Därmed är avgiftssystemen och avgifterna inom socialvård och hälso- och sjukvård av särskild betydelse för äldre.

Ett flerårigt arbete med att förnya klientavgiftslagstiftningen pågår, i syfte att styra avgifterna i enlighet med socialvårdslagstiftningens fokus på tidiga och förebyggande insatser. Det första steget innebär att avgiftsuttaget inom socialvården regleras i landskapslag (2022:91) om klientavgifter inom socialvården (klientavgiftslagen), vilken gäller från och med 1.1.2023, jämfört med tidigare tillämpning av blankettlagstiftning. Ändringar i klientavgiftslagen träder i kraft från och med 1.1.2024 (steg 2). Ändringarna gäller huvudsakligen avgiften för fortlöpande och regelbunden hemservice, avgiften för långvarigt serviceboende med heldygnsomsorg, avgiften för långvarig institutionsvård, avgiften för långvarig familjevård samt avgiften för tjänster under närståendevårdares ledighet och avgiften för tjänster under ledighet för andra personer som vårdar en anhörig eller närstående.

Närmare bestämmelser om den högsta avgiften för långvarigt serviceboende med heldygnsomsorg intogs i klientavgiftslagen från och med 1.1.2024. Tidigare saknades bestämmelse gällande högsta avgift för denna serviceform, förutom 4 § vilken stadgar att *"För kommunala socialvårdstjänster kan en avgift tas ut av den klient som använder servicen, om inte något annat föreskrivs genom lag. Avgiften får uppbäras enligt användarens betalningsförmåga."* Trenden över tid går mot fler klienter inom långvarigt serviceboende med heldygnsomsorg och färre klienter inom institutionsvård.

De ändringar i klientavgiftslagen som trädde i kraft 1.1.2024 ska följas upp år 2026, i enlighet med LF 32/2022–2023. Av lagförslaget framgår att de ekonomiska konsekvenserna för kommunerna ska utvärderas när lagändringarna har varit i kraft i två år.

Avgiften för övriga former av boendeservice enligt socialvårdslagens 21 § är fortsättningsvis oreglerad. Avsikten är att i det planerade steg tre av förnyandet av klientavgiftslagen utreda bestämmelse om avgift för det som i nuläget benämns vanligt serviceboende. Samtidigt är det skäl att se över 21 § i syfte att förtydliga vad som avses med de olika formerna av boendeservice. Det är särskilt angeläget att förtydliga vanligt serviceboende och serviceboende med heldygnsomsorg.

Klientavgifterna sammanhänger med, och påverkas av, patientavgifterna, inkl. ÅHS högkostnadsskydd, som tillgången till offentlig hälso- och sjukvård. På Åland regleras och uttas klient- och patientavgifter separat, eftersom olika aktörer ansvarar för socialvård respektive hälso- och sjukvård. En av målsättningarna i landskapsregeringens äldrepolitiska program är att servicen och vården genomförs på ett socialt och ekonomiskt hållbart sätt (se målsättning 5.1.4.). Som ett led i detta finns två indikatorer vilka berör avgifter och avgiftsuttag;

- Avgifterna inom socialvården och hälso- och sjukvården har anpassats för att följa och stödja lagstiftningens fokus på tidiga och förebyggande insatser.
- Avgifterna inom socialvården och hälso- och sjukvården har förenhetligats.

Utmaningar för äldre i relationen mellan socialvård och hälso- och sjukvård

Utöver det som redan framkommit gällande hälso- och sjukvård till äldre ovan i kap. 3.4. finns det vissa områden som det är skäl att uppmärksamma.

Särskilt klienter inom institutionsvård är i nuläget i stort behov av både omsorg och hälso- och sjukvårdsinsatser. Även serviceformen hemvård (i praktiken två separata serviceformer) är utmanande i och med att den tillhandahålls av både kommuner och ÅHS och i nuläget inte bildar en fungerande helhet för klienter. Det behövs ett klargörande gällande ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser till klienter inom socialvården, särskilt kring läkemedelsbehandling/delegeringar till närvårdare.

I landskapsregeringens äldrepolitiska program uppmärksammas hälso- och sjukvårdens betydande roll när det gäller äldres möjlighet att bo kvar hemma. Tillgång till hemsjukvård, psykiatrisk vård och medicinsk rehabilitering/hemrehabilitering är exempel på sådant som betonas. Landskapsregeringen tillsatte år 2022 en arbetsgrupp med uppdrag att klargöra gränsdragning och ansvar gällande medicinsk rehabilitering mellan berörda parter samt att inkomma med åtgärdsförslag för att klargöra ansvarsfördelning beträffande medicinsk rehabilitering samt för att förbättra och garantera den medicinska rehabiliteringen. Av arbetsgruppens slutrapport framgår bland annat ett förbättrat samarbete mellan ÅHS, institutioner, KST och tredje sektorn i syfte att tydliggöra ansvarsfördelningen. Klargörande gällande institutionsvårdsklienters rätt till medicinsk rehabilitering samt utredning av eventuellt behov av utveckling av hemrehabilitering nämns. Även inom den palliativa vården finns utvecklingsbehov¹⁰⁵. Det finns särskilda utmaningar gällande äldre med psykisk ohälsa/psykiska funktionsnedsättningar och äldre med demens som behöver beaktas och hanteras.

Äldres psykiska hälsa

Landskapsregeringen fattade 2016 beslut om finansiering med penningautomatmedel för projektet Äldres psykiska ohälsa, vilket pågick under tiden 1.2.2017– 30.4.2019. Projektets syfte var att se över vården av och kring äldres psykiska ohälsa. Projektet knöts till relevant forskning, genom samarbete med Högskolan på Åland, i syfte att säkerställa evidensbaserade resultat. Projektets slutrapport¹⁰⁶ färdigställdes i april 2019 och innehåller en mängd rekommendationer, bland annat gällande ansvarsfördelning för omsorg och vård av äldre med psykisk ohälsa och förebyggande av ensamhet.

¹⁰⁵ <https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/protocol/nr18-2023-enskild-S3.pdf>

¹⁰⁶ https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/guidedocument/aldres_psykiska_ohalsa_-_projektrapport_2019.pdf

Landskapsregeringen har under 2024 utfört en uppföljning av de åtgärdsförslag som ingår i slutrapporten för projektet¹⁰⁷. Uppföljningen visar på behov av fortsatt arbete/utvecklingsarbete gällande samtliga områden i slutrapporten; samarbete och organisation, boendelösningar, kompetensutveckling samt hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Resultaten av uppföljningen presenteras i korthet nedan.

Uppföljningen visar på skillnader gällande rutiner och förutsättningar för samarbete mellan ansvariga aktörer, både inom socialvården (kommuner och kommunalförbund) samt mellan socialvården och hälso- och sjukvården (mellan enskilda kommuner/kommunalförbund och ÅHS). Detta innebär att en aktör inom hälso- och sjukvård och totalt 18 aktörer inom socialvården ska samarbeta och skapa förutsättningar och goda rutiner. I och med den nya socialvårdslagstiftning som trädde i kraft 1.1.2021 ställs nya krav på samarbete och samverkan.

Det förekommer otydlighet och bristfälligt samarbete och ansvarsfördelning rent generellt mellan kommuner, kommunalförbund och ÅHS. Det är dock positivt att ÅHS uppger att man arbetar med att tydliggöra modeller för samarbete som ett led i att undersöka äldre personers representation inom psykiatri.

Det framkommer behov av fortsatt arbete gällande boendelösningar för äldre och ökad kompetens kring äldre med psykisk ohälsa. Varken ett expertteam eller ett boendestödsteam, enligt rekommendation i slutrapporten, har förverkligats. Kommunerna upplever de inte har tillräckliga förutsättningar att hantera äldre med psykisk ohälsa (i vissa fall varken tillräcklig kompetens/utbildning eller ändamålsenliga utrymmen). Viss kritik riktas mot ÅHS och det faktum att psykogeriatrisk vårdavdelning saknas. Förslagen om expertteam och boendestödsteam handlade om att minska/ta bort behovet av denna form av vård. Av kommunernas svar framkommer att de inte upplever sig få tillräckligt stöd från ÅHS. Önskemål om utökad möjlighet att kontakt med ÅHS gällande äldre med psykisk ohälsa lyfts.

Utgående från uppföljningen konstateras att det är angeläget att närmare följa upp hur arbetet med samverkansavtalen fungerar, med beaktande av 2 § i landskapsförordning (2020:112) om samverkansavtal inom socialvård och hälso- och sjukvård, dvs. gällande följande; reglering av gemensamma mål för de samordnade tjänsterna, ansvarsfördelning, övergripande rutiner för samarbetet, övriga åtgärder för att säkerställa funktionella servicehelheter för klienterna samt årlig utvärdering och eventuellt behov av revidering. Även effekterna av omorganiseringen av socialvården, i och med tillkomsten av KST från och med 1.1.2021, och den socialvårdslagstiftning som trädde i kraft 1.1.2021 behöver följas upp.

Äldre med demens

Landskapsregeringen utförde år 2018 en utvärdering av riktlinjerna för omsorg och vård vid demenssjukdom (2012), som ett sätt att genomföra en kvalitetssäkring inom demensområdet. I utvärderingen framkom tre huvudområden gällande kommunernas syn på behoven inom demensområdet; kompetensutveckling, bättre samarbeten inom vård- och servicekedjan samt boendelösningar. Det framkom att serviceutbudet för personer med demens varierade mycket.

¹⁰⁷ <https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/protocol/nr29-2024-enskild-S2.pdf>

Tillsyn av äldreomsorg

Efter att lagstiftningen och organiseringen av socialvården ändrade har ÅMHM utfört ett tillsynsprojekt inom äldreomsorgen (år 2021). Specifikt omfattade projektet tillsyn av efterlevnaden av de lagstadgade kraven på egenkontroll och personalens anmälningsskyldighet utifrån 47 och 48 §§ i socialvårdslagen samt kraven om offentliggörandet av väntetider enligt 23 § i äldreagen¹⁰⁸. Vid tillsynen framkom brister och utgående från tillsynen uppmärksammade ÅMHM kommunerna Brändö, Eckerö, Finström, Föglö, Geta, Hammarland, Jomala, Kumlinge, Kökar, Lumparland, Saltvik, Sottunga, Sund och Vårdö samt kommunförbundet Oasen om att upprätta en egenkontrollplan innehållande rutiner för personalens anmälningsskyldighet i enlighet med bestämmelserna i landskapslag (2020:12) om socialvård 47 och 48 §§. Även Mariehamns stad berördes, men ÅMHM hade redan tidigare (genom MB-2021-371 den 03.11.2021) uppmärksammat staden om skyldigheten att upprätta en egenkontrollplan innehållande rutiner för personalens anmälningsskyldighet. ÅMHM uppmärksammade även Brändö, Eckerö, Föglö, Geta, Hammarland, Mariehamn och Saltvik att väntetiderna till kommunens äldreomsorgstjänster enligt 23 § i äldreagen (2020:9) för Åland ska offentliggöras åtminstone en gång per halvår.

Resultat från enkät om service- och vårdkedjor för äldre

KST, ÅHS (Primärvården) och samtliga kommuner har besvarat enkäten gällande service/vård till äldre. Av enkätsvaren gällande service- och vårdkedjor för äldre framgår att de tillfrågade myndigheterna placerar sig väldigt olika beträffande tyngdpunkten för servicen till äldre. Det bör observeras att de svarande kunde välja endast ett av svarsalternativen ("Tidiga förebyggande åtgärder", "Åtgärder när problem har börjat uppstå", "Åtgärder först när service- och vårdbehovet är stort"). Anledningen till att vissa myndigheter har två kryss är att de i den förklarande texten har angett att de hade svårigheter med att välja, och därför har informerat om att de eventuellt kunde ha valt ett annat alternativ (markeras med parentes runt X i tabellen nedan).

Fem kommuner valde det första svarsalternativet, dvs. att tyngdpunkten i servicen ligger på tidiga förebyggande åtgärder. Nio kommuner, KST och ÅHS Primärvård valde svarsalternativet att myndighetens tyngdpunkt i servicen/vården ligger på åtgärder när problem har börjat uppstå. Två kommuner valde det sista svarsalternativet, dvs. att tyngdpunkten ligger på åtgärder när problem har börjat uppstå. I tabellen nedan (tabell 8) finns en sammanställning av svaren.

Tabell 7: Tyngdpunkten i myndighetens service till äldre.

Kommun/myndighet	Tidiga förebyggande åtgärder	Åtgärder när problem har börjat uppstå	Åtgärder först när service-/vårdbehovet är stort
Eckerö		X	
Finström		X	
Geta	X		

108

<https://www.amhm.ax/sites/default/files/attachments/page/Rapport%20g%C3%A4llande%20tillsynsprojekte%20%C3%84ldreomsorg2021.pdf>

Kommun/myndighet	Tidiga förebyggande åtgärder	Åtgärder när problem har börjat uppstå	Åtgärder först när service-/vårdbehovet är stort
Hammarland	X		
Kökar		X	(X)
Lemland		X	
Lumparland		X	
Mariehamn		X	
Saltvik		X	
Sottunga		X	
Vårdö			X
Jomala	X		
Brändö		X	
Kumlinge			X
Sund	X		
Föglö	X		
KST	(X)	X	
ÅHS/Primärvården		X	
Totalt:	5 kommuner	9 kommuner + KST + ÅHS/Primärvård	2 kommuner

De svarande ombads även ge en förklaring till valet av svarsalternativ angående var tyngdpunkten i service- och vårdkedjan ligger. Bland de fem kommuner som har svarat att tyngdpunkten ligger på tidiga förebyggande åtgärder angav en kommun ingen förklaring, en kommun förstod inte frågan och de övriga tre kommunerna angav följande förklaringar;

- Kommunen hör av sig till de äldre och försöker få komma på ett förebyggande hembesök och presentera sig, berätta om kommunens tjänster och service till äldre. Tanken med hembesök är att möjliggöra att äldre bor hemma så länge som möjligt och då är det viktigt att även få se hur personer bor, vilka risker som kan finnas i hemmet och vilka hjälpmedel som finns att tillgå.
- Kommunens äldreomsorg anpassar insatserna efter den enskilda individens behov, vilket kan inkludera allt från medicinska behandlingar till socialt stöd och aktiviteter.
- Kommunen erbjuder hembesök av äldreomsorgschefen två gånger per år hos äldre som inte har stödtjänster av kommunen. Personer som är 82 år och äldre erbjuds hembesök för information samt diskussion av äldreomsorgschefen årligen (82+ besöken räknas in i besöken enligt ovan). Stödsamtal med närstående vårdare samt uppmuntran att delta i aktiviteter och stödgrupper som anordnas av Folkhälsan.

Bland de myndigheter (nio kommuner, KST och ÅHS Primärvård) som har svarat att tyngdpunkten ligger på åtgärder när problem har börjat uppstå, anges följande förklaringar¹⁰⁹;

- Tröskeln till att söka vård minskat och många hör sig för i "förebyggande syfte" där man genom hembesök kan få till stånd olika former av stödtjänster, dagverksamhet och annat som gör att man kan förlänga hemmaboendet. Dagverksamheten som är för alla +65 i kommunen fyller en viktig funktion både fysiskt och psykiskt.
- Vi har ett gott samarbete med ÅHS hälsovårdare genom samverkansavtal vilket betyder att kommunen oftast kan sätta in åtgärder när problem börjat uppstå. Men det händer också att åtgärder vidtas först när vårdbehovet är stort.
- Tyngdpunkten ligger ännu på reaktiva insatser, såsom måltidsservice, trygghetslarm, serviceboende med heldygnsomsorg, intuition osv.
- Tyngdpunkten ligger på reaktiv service, exempelvis serviceboende med heldygnsomsorg, hemservice, måltidsservice, trygghetslarm och närståendevård.
- Tidiga förebyggande åtgärder är att föredra och satsas på inom stadens äldreomsorg för att förebygga och/eller senarelägga mera omfattande servicebehov. Tyngdpunkten för stadens äldreomsorg ligger dock vid åtgärder när problem börjat uppstå. Den mest omfattande servicen ges först när problem uppstår såsom allt från lättare servicebehov såsom stödtjänster till mer omfattande behov med daglig hjälp av hemservice eller boendeservice.
- Den äldre människan blir oftast klient hos oss när problem med hälsan uppstått. Man vill klara sig själv så länge som möjligt utan hjälp och man är rädd att servicen ska bli dyr. Vi jobbar också förebyggande och hälsofrämjande (t.ex. seniorcafe och senorgymnastik, informationstillfällen m.m.). Men tyngdpunkten på vår verksamhet är åtgärder när problem börjat uppstå.
- I och med att Sottunga är ett litet samhälle har äldreomsorgen en möjlighet att i ett tidigt skede fånga upp vårdbehovet innan det blir stort.
- Vi har inte lyckats med de förebyggande åtgärderna i tillräcklig grad.
- Är definitionen 65 +? Stöd för rörligheten, färdtjänst, omändringsarbeten. När det uppstår svårigheter att självständigt sköta sin egen ekonomi. Mer mot punkt 1; tidiga förebyggande åtgärder men vi landade ändå på åtgärder när problem börjat uppstå.
- Mental Hälsa, Senormottagningen arbetar i första linjen med tidiga åtgärder. Hälsocentralen med sjuka äldre. Hemsjukvården arbetar med de sjukligaste äldre.

De två kommuner som svarade att tyngdpunkten i kommunens service till äldre ligger på åtgärder först när service-/vårdbehovet är stort har angett följande förklaringar;

- Historiskt har hjälp sökts till äldreomsorgen först när en person/anhörig upplever stora problem med att bo hemma utan stöd. I stor utsträckning har det då inkommit förfrågan om boendeplats eftersom många fortfarande tänker att äldreomsorg = äldreboende. Såväl organisationen som kommuninvånarna är inte helt bekanta och bekväma med tanken hemservice och den stora mängd insatser som kan göras i det egna hemmet. Förebyggande arbete för hemmaboende idag är i princip motivera till social samvaro på äldreboendet där det erbjuds ca fyra aktiviteter/ vecka för

¹⁰⁹ En kommun anger ingen förklaring, men informerar om att kommunen planerar börja arbeta mera förebyggande.

personer 65+ i kommunen. Åtgärder pågår för att införa mer öppenvård och förebyggande insatser (förebyggande hembesök).

- Resursbrist vad gäller tillgång till personal. Tröskeln att begära hjälp är hög hos den äldre befolkningen.

Den andra delen av enkäten som handlade om brister i service- och vårdkedjor till äldre, innehöll en fråga om myndigheten upplever att det finns brister. Om myndigheten svarade jakande på frågan, ombads de dels kryssa för ett eller flera svarsalternativ ("Brister i den egna myndighetens verksamhet", "Brister i samarbete med andra myndigheter", "Annat"). Myndigheterna gavs även möjlighet att framför förslag till lösning/förbättring avseende de nämnda bristerna.

Två kommuner anger att de inte upplever brister gällande service- och vårdkedjan. Av de kommuner som upplever brister, anger fyra kommuner brister i den egna myndighetens verksamhet som orsak till brister i service- och vårdkedjan till äldre. 13 kommuner, KST och ÅHS anger brister i samarbete med andra myndigheter som orsak till brister i service- och vårdkedjan till äldre och två kommuner anger annan orsak till brister. Två kommuner har uppgett svarsalternativet annat när det gäller brister i service och vård till äldre. I tabellen nedan finns en sammanställning av svaren.

Tabell 8: Brister i service- och vårdkedjan till äldre.

Kommun/myndighet	Brister i den egna myndighetens verksamhet	Brister i samarbete med andra myndigheter	Annat
Eckerö		X (KST)	
Finström		X (ÅHS)	
Geta		X (ÅHS)	
Hammarland		X (ÅHS/KST)	
Kökar	X	X (ÅHS/KST)	
Lemland	X		X
Lumparland	X		
Mariehamn		X (ÅHS och KST)	X
Sottunga		X (ÅHS, KST)	
Vårdö		X (ÅHS, KST)	
Brändö		X (ÅHS)	
Kumlinge	X	X (ÅHS)	
Sund		X (ÅHS)	
Föglö		X (ÅHS)	
Kommunernas socialtjänst (KST)		X (Kommunerna och ÅHS)	
ÅHS/Primärvården		X (Kommuner och KST)	
Totalt:	4 kommuner	14 kommuner + KST + ÅHS	2 kommuner

Enkätsvaren ger nedanstående förklaringar till brister i den egna verksamheten och förslag till lösningar på bristerna;

- Det finns ingen beredskap gällande hälsovårdstjänster mellan 24.00 - 08.00. Gråzoner/brister i synen när det gäller ansvarsfördelning gällande KST och ÅHS kontra kommunen. Brist på (kompetent) personal kan leda till brister i service - och vårdkedjan om vårdbehovet ökar ute i samhället. **Förslag till lösning:** Tydlighet i ansvarsfördelningen, klarare riktlinjer. Mera samarbetsmöten mellan myndigheterna.
- För låg behörighetsnivå på ansvarsperson på serviceboendet. Endast äldreomsorgschef som är behörig att ta socialvårdsbeslut, vilket är mycket skört och förlänger processen. Avsaknad av ett gemensamt it-system för socialvården. Risk för klientsäkerheten och personuppgiftsincidenter. **Förslag till lösning:** Införande av ett gemensamt socialvårdssystem med logiska processer. Digitaliserade processer och digitala hjälpmedel.
- Det saknas funktionella it-system som stöder personalen i arbetet. Det saknas digitala hjälpmedel för personalen. Personalen behöver använda papper och penna vid hembesök och det finns därmed en risk att anteckningar försvinner. Ofta inleds service innan beslut om service tagits. Detta beroende på att den endast finns en behörig tjänsteman och systemen som används inte pratar med varandra. **Förslag till lösning:** Ett funktionellt it-system (vårdjournal och socialvård) samt digitala lösningar som underlättar personalens arbete.
- Kommunens förebyggande och tidiga insatser små. Samarbete och samsyn på t.ex. hur klienter med på geriatrisk problematik och psykisk ohälsa saknas. Problemet förvärras ju längre bort från centrum som den berörda bor. **Inget förslag till lösning gavs.**

Av de kommuner som uppger att de upplever att brister i service- och vårdkedjan beror på brister i samarbetet med andra myndigheter har en kommun uppgett brister i samarbetet med KST, sex kommuner har uppgett brister i samarbetet med ÅHS och fem kommuner har uppgett brister i samarbete med både KST och ÅHS. KST uppger att brister i service- och vårdkedjan beror på brister i samarbetet med både kommuner och ÅHS. ÅHS (Primärvården) uppger att brister beror på brister i samarbetet med både kommunerna och KST.

Närmare förklaringar till bristerna i samarbetet med andra myndigheter, samt lösningsförslag, anges nedan. De kommuner som uppgav brister i samarbetet med KST ger nedanstående förklaringar och lösningsförslag.

- Misskommunikation och feltolkningar av lagen från KST:s sida. **Förslag till lösning:** Tydliga styrdokument.
- Brister finns p.g.a. otydlighet kring vilken myndighet som ska ansvara om servicen för personer som fyllt 65 år men inte har behov av äldreomsorgens serviceutbud utan behov av service inom KST:s ansvarsområde. **Förslag till lösning:** Vi upplever att KST och kommunerna har försökt få till ett samarbete kring detta och det finns förståelse för att man tolkar olika vad som hör till eget ansvarsområde. Men man kommer inte längre än detta och det blir som att ansvarsfrågan kastas mellan parterna och klienterna hamnar i kläm. Bra skulle vara om Ålands landskapsregering kunde ordna fortbildning för att tydliggöra gränsdragningen mellan KST:s och kommunernas ansvarsområde då det gäller personer som är 65 år eller äldre. Inför fortbildningen vore det bra om kommunerna kunde skicka in frågor som skulle besvaras vid tillfället.

Förklaringarna till brister i samarbetet med ÅHS, inklusive lösningsförslag, framgår nedan;

- Samverkansavtalet med hemsjukvården fungerar inte alltid optimalt, det är ofta kommunen som avlastar hemsjukvården och utför deras uppgifter och sällan tvärtom, vilket blir en större arbetsbelastning för kommunens närvårdare och klienterna får mindre vårdtid. Psykogeriatriska avdelningen saknas och klienter på ESB som är aggressiva och hotfulla och som inte har någon annanstans att ta vägen skapar en stor oro hos övriga boende, samt personal som inte har det utrymme, medicineringen och kapaciteten att ta hand om sådana situationer. Rehabiliteringsenheten känns som att det är väldigt svårt att få någon klient dit. Tidigare kunde klienter komma in för medicinjustering, rehab med fysioterapi osv. Nu sköts oftast rehabiliteringen på kommunens ESB utan fysioterapeuter samt hjälpmedel. **Förslag till lösning:** Mer klara direktiv och struktur mellan verksamheterna. Det mest optimala (som fastlandet har) skulle ha varit en och samma arbetsgivare. Kanske ha olika gemensamma team som träffas regelbundet och går igenom gemensamma klienter.
- Har vi en äldre med psykisk ohälsa så är det nästan omöjligt att få hjälp, fast den äldre är känd sedan vuxen ålder. **Förslag till lösning:** Bättre kunskap, mer vilja till samarbete samt tydligare ramar/strukturer.
- Äldre klienter med psykisk ohälsa har inte en given plats i vårdkedjan/pusslet utan skyfflas ned i vårdkedjan. Avsaknad av gångbara alternativ i skärgården. **Förslag till lösning:** Helhetssyn på vårdkedjan.
- Kommunens förebyggande och tidiga insatser små. Samarbete och samsyn på t.ex. hur klienter med på geriatrisk problematik och psykisk ohälsa saknas. Problemet förvärras ju längre bort från centrum som den berörda bor. **Inget förslag till lösning gavs.**
- ÅHS kan skönmässigt skriva ut klienter från sjukhuset som sedan återkommer inom några dagar. Sjukvården sköts i praktiken av kommunerna utan lagstöd (hör till ÅHS enligt lag) och ÅHS sköter endast sjukhusvården. **Förslag till lösning:** Att tillsynsmyndigheten påpekar detta.
- Äldre med psykiska besvär som haft det hela sitt vuxna liv samt personer med minnessjukdom som har ett agiterande beteende som inte kan bo på ESB eller de institutioner som idag är tillgängliga får ingen vård. Vi har ingen psykogeriatrisk avdelning på Åland och dessa personer hör inte heller hemma inom akutpsykiatri där de heller inte är välkomna. Kontentan av detta är alltså att Åland behöver en psykogeriatrisk enhet. Som det är idag handlar det idag inte om vård för dessa utan blir mest förvaring samt tung medicinering för "damage control". Det är inte rimligt att kommunernas ESB boenden ska ta emot klienter som kan fara illa samt skada andra p.g.a. ett psykiatriskt tillstånd som inte får rätt behandling. På ESB boende kan inga medicininställningar göras och det är allt annat än god vård att det som erbjuds dessa klienter är att däckas ner av mediciner. Det är fel på så många nivåer. **Förslag till lösning:** Anpassa vården när det avser de äldre till de faktiska omständigheterna där den som hela sitt liv haft stöd via psykiatri får det även efter hen fyllt 65 på en för patientkategorin anpassad vårdplats vilket är psykogeriatrisk.
- Brister finns då läkare hänvisar till en viss servicenivå då det i stället ska vara kommunen som ska göra bedömningen av servicenivå. Detta orsakar problem då den äldre personen kan få en felaktig uppfattning om sitt servicebehov. Bristande samarbete finns kring äldre med aggressiva och utåtagerande beteenden. Stöd saknas till kommunen kring vård av dessa personer. Många gånger läggs ansvaret på kommunen som saknar kunskapsresurser kring detta och behöver få stöd av sakkunnig expertis. Det drabbar kommunerna ekonomiskt tungt med nuvarande lagstiftning då kommunen har 3 dagar på sig att ordna boendeplats innan kommunen får straffavgift. Många gånger så är inte patienten klar för hemgående utan behöver fortfarande återhämtning som skulle kunna ges på en bäddavdelning.

Förslag till lösningar:

- Ökad förståelse för gränserna av eget och kommunens ansvarsområde.
 - Ett samåländskt boende för äldre personer med utåtagerande och aggressivt beteende i ÅHS regi då deras ansvarsområde är hela Åland samt har medicinsk kompetens och sakkunnighet inom området.
 - En kontaktperson inom ÅHS för rådgörande kring vård av personer med psykisk ohälsa.
 - Ändring av lagstiftningen gällande klinikfärdiga och förlänga tiden för kommunerna att ordna boendeplats.
 - Införa bäddavdelning vid ÅHS.
- Kommunikation och samarbete med ÅHS fungerar inte alltid så bra. Klienter skrivs ut från ÅHS med kort varsel och begränsad rapport/ information från sjukhuset. Stort fokus på att sjukvård ska ges på ÅCS. Klienterna behöver åka fram och tillbaka till sjukhuset för att få medicinsk hjälp. Detta kostar pengar för ÅHS och kostar lidande för klient /anhöriga.

Förslag till lösningar:

1. Bättre kommunikation och förståelse för varandras verksamhet. Utveckling av de gemensamma samverkansgrupperna med tydliga mål, syften och mandat om hur äldreomsorgen ska utvecklas.
2. Mer medicinskt stöd i kommunerna och mer mobil verksamhet som kommer ut till verksamheterna. Mobila team som åker ut och ger stöd, istället för klienter ska åka till akuten/slutenvården har stora positivt effektivera för såväl ekonomi, personal och klienter/patienter visas flera uppföljningar från Sverige. Detta är något som måste utvecklas på Åland. Se tex. mobila närvårdsteam i Uppsala/Mobila team, närsjukvård i Skåne/Mobila vårdteam i Eskilstuna för att lämna några av många. Kommunerna behöver också inse att de behöver hantera mer medicinsk vård men stöd behövs från ÅHS är den främsta förutsättningen för att detta ska vara möjligt.

Förklaringarna till brister i samarbetet med både ÅHS och KST, inklusive lösningsförslag, framgår nedan;

- Brister med psykisk ohälsa/Huntington klienter.

Förslag till lösning: Det behöver finnas en enhet för de klienter som nämns (psykisk ohälsa, Huntington).

- Det finns ingen beredskap gällande hälsovårdstjänster mellan 24.00 - 08.00. Gråzoner/brister i synen när det gäller ansvarsfördelning gällande KST och ÅHS kontra kommunen. Brist på (kompetent) personal kan leda till brister i service - och vårdkedjan om vårdbehovet ökar ute i samhället.

Förslag till lösning: Tydlighet i ansvarsfördelningen, klarare riktlinjer. Mera samarbetsmöten mellan myndigheterna.

- Kan finnas gråzon/brister i synen när det gäller ansvarsfördelning gällande KST och ÅHS kontra kommunen. Sottunga har endast två dagar per vecka hälsovårdare på plats, vilket kan resultera i ett mindre samarbete kring de äldres vård- och servicekedja.

Förslag till lösning: Tydlighet i ansvarsfördelningen, klarare riktlinjer.

KST förklarar sitt svar med att det är svårt att få till gemensamma bedömningar med primärkommunens äldreomsorg och till viss del ÅHS. KST lyfter även oklarheter gällande ansvarsfördelningen mellan kommun och KST för 21 § (boendeservice) i socialvårdslagen, gällande överföring av klienter till kommunen (vid 65 år eller inte) samt gällande till exempel stöd för närståendevård. **Förslag till lösning:** Okunskap bland dem som skickar kontakten - de behöver fortbildning. Saknas service, tex kommunerna har boende med heldygnsomsorg men inte annan service enligt SVL. Det behövs kunskap om kontakter och gemensamma bedömningar. Behov av hyreslägenheter i kommunerna.

ÅHS förklarar sitt svar med att ESB-boenden skulle behöva ha sjukskötare anställda. **Svaret är samtidigt ett lösningsförslag.**

De två kommuner som anger annat som orsak till brister i service- och vårdkedjan har gett följande förklaring samt lösningsförslag;

- Lagstiftningen kring klinikfärdiga: Det drabbar kommunerna ekonomiskt tungt med nuvarande lagstiftning då kommunen har 3 dagar på sig att ordna boendeplats innan kommunen får straffavgift. Många gånger så är inte patienten klar för hemgående utan behöver fortfarande återhämtning som skulle kunna ges på en bäddavdelning. **Förslag till lösning:** Ändring av lagstiftningen gällande klinikfärdiga och förlänga tiden för kommunerna att ordna boendeplats. Införa bäddavdelning vid ÅHS.
- För låg behörighetsnivå på ansvarsperson på serviceboendet. Endast äldreomsorgschef som är behörig att ta socialvårdsbeslut, vilket är mycket skört och förlänger processen. Avsaknad av ett gemensamt it-system för socialvården. Risk för klientsäkerheten och personuppgiftsincidenter. **Förslag till lösning:** Införande av ett gemensamt socialvårdssystem med logiska processer. Digitaliserade processer och digitala hjälpmedel.

4. Sammanfattning och rekommendationer

4.1. Slutsatser om området barn och unga

Cirka 20 procent av Åland befolkning är barn och unga 0–17 år medan cirka 40 procent av alla ålänningar bor i familjer där det finns barn under 18 år. Innan KST bildades och inledde sin verksamhet, fanns det redan etablerade samarbetsformer mellan de åländska kommunerna såsom barnskyddsjouren; numera socialjour. Efter att socialvården genom KST organiserades i ett kommunalförbund med särskilda ansvarsområden är förutsättningarna betydligt gynnsammare, att i enlighet med socialvårdslagens syfte uppfylla (1 §) t.ex. främja och upprätthålla välfärd och social trygghet, minska ojämlikhet och även förbättra samarbete mellan socialvården och kommunens olika sektorer. Att vissa barn och unga och familjer med mångfacetterad problematik behöver och erhåller stöd och hjälp från olika håll såsom t.ex. specialpedagogiska insatser i barnomsorg och skola, stöd och service för barnfamiljer via KST och uppföljande besök på ÅHS och terapier i form av medicinsk rehabilitering och vårdbidrag från FPA är givetvis utmanande för den enskilda vårdnadshavaren eller vårdnadshavarna, dessutom i en tid av krav på nedskärningar inom flera ovannämnda sektorer. Att förbättra samarbete och utreda förutsättningarna för att ingen ska hamna mellan stolarna är ett kontinuerligt utvecklingsarbete; att koncentrera resurserna inklusive kunskap och möjlighet till kompetensutveckling och specialisering inom KST (för socialvårdens del) måste ses som en stor förbättring för att "på lika grunder trygga behövlig och tillräcklig socialservice av god kvalitet samt andra åtgärder som främjar välfärden", i enlighet med socialvårdslagens 1 §, jämfört med tidigare organisering av socialvården. Av de få inkomna svaren avseende målgruppen barn och unga i den enkät som skickades ut går det inte att dra några mer övergripande slutsatser. Primärvården (ÅHS) uppgav inte några problem vad gäller målgruppen barn och unga och KST uppgav brist på viss service på Åland (familjerehabilitering och metoder

då barn utsatts eller utsätter andra för brott) samt påtalade behov av att samarbetspartners behöver utveckla sina metoder för förebyggande barnskydd, inklusive anmälningförfarande. KST uppger i sitt svar att man haft flera informationstillfällen om anmälningförfarande; på hemsidan har KST omfattande information och även möjlighet till e-tjänst vad gäller anmälningförfarande; även på landskapsregeringen hemsida samt på www.utbildning.ax finns omfattande information om detta.

Med tanke på det utvecklingsarbete som redan pågår, både internt inom KST och tillsammans med både andra myndigheter och övriga samarbetspartner, är bedömningen att utvecklingen är pågående och i enlighet med av myndigheten identifierade behov. En ytterligare kartläggning av samtliga pågående projekt och utbildningsinsatser kan vara av intresse för en helhetsbild med tanke på förverkligande av socialvårdslagen och organiseringen av myndigheten.

4.2. Slutsatser om området vuxna i arbetsför ålder

Av enkätsvaren kunde utläsas att kommunerna bedömer att mesta delen av den service som vuxna kan komma att behöva som stöd i olika livssituationer är enbart på KST:s ansvar då det gäller målgruppen vuxna (exkluderat äldre). Det förefaller på basen av enkätens svar som om kommunerna inte ser att de har ansvar för service t.ex. då det gäller behov av bostad i svåra livssituationer utan även då bedöms ansvaret ligga på KST. Liknande problematik finns i samarbetet eller bristen på samarbete mellan KST och primärkommunerna i situationer då svårssysselsatta behöver en anställning. Efter KST:s bildande har kommunerna alltmer frånsagt sitt ansvar för de kommuninvånare som har mångfasetterade problem i sin livssituation och detta kan bekräftas i enkätsvaren där ingen kommun nämner att de, som en stödåtgärd till utsatta personer, erbjuder lägenhet eller sysselsättning.

I enkätsvaren framgår att KST har önskat tydliggörande i ansvarsfördelningen gällande de olika myndigheternas (KST, AMS och primärkommun) roll i bostads- och sysselsättningsfrågor, eventuellt genom ny lagstiftning.

Gällande service- och vårdkedjor för målgruppen vuxna i arbetsför ålder kan man ur enkätsvaren se att tyngdpunkten för serviceåtgärderna är i situationer då problemen redan uppstått. Förebyggande arbete med denna målgrupp är mera ovanligt och borde egentligen göras före servicebehovet uppstår i vuxensocialarbetet. Som förebyggande arbete kan givetvis räknas arbete som görs, förutom med ungdomar och barn också med vuxna t.ex. genom hälsofrämjande arbete och ekonomisk rådgivning. Då man ser på målgruppen som är i behov av utkomststöd så är det betydligt vanligare med hälsorelaterad problematik än för resten av befolkningen. Speciellt gällande de som är i behov av långvarigt utkomststöd. Finsk forskning har t.ex. visat att unga med mentala hälsoproblem har en höjd risk för behov av utkomststöd senare i livet och för de ungdomar som redan fått utkomststöd leder problem med den mentala hälsan till ett förlängt behov av utkomststöd.¹¹⁰ Liknande slutsatser om kopplingen mellan utkomststöd och hälsoproblem bekräftas även i ÅSUB:s utredning *De särskilt utsatta och utkomststödet i kommunerna på Åland*¹¹¹. Därför är

¹¹⁰ Toimeentulotuki 2020-luvulla-Tavoitteena parempi viimesijainen turva- THL-Rapport 2/2025

¹¹¹ Översikter och indikatorer 2021:3

det viktigt att utkomststödsklienter med hälsoproblem i ett tidigt skede hänvisas till de hälsovårdstjänster de kan behöva.

År 2021 var ca 38 procent av alla utkomststödstagare arbetslösa.¹¹² Arbetslöshet och speciellt långvarig arbetslöshet är oftast en faktor då det gäller målgruppen som har ett utanförskap och mångfasetterad problematik och dess följder är något som måste beaktas i t.ex. social rehabilitering¹¹³. Problematiken gällande ansvarsfördelning mellan myndigheterna KST, AMS och kommunerna gällande svårssysselsatta på Åland har funnits länge och framkommer även i enkätsvaren.

De har framkommit att två områden med stora utmaningar gällande målgruppen vuxna i arbetsför ålder är ovan nämnda sysselsättningsfrågor och bristen på boende för utsatta grupper. KST har redan en tid uttryckt sin oro till landskapsregeringen gällande ökande vräkningar och ett växande behov av förmånligare och mer lättillgängliga bostäder för personer och familjer i utsatt situation. Ett växande behov av lättillgängliga bostäder i alla kommuner gäller även äldre. KST har framfört att samarbetet med primärkommunerna inte fungerar gällande bostadsfrågan. Kommunerna har inte i sina enkätsvar uppmärksammat sitt ansvar för sina kommuninvånare i bostadsfrågan, vilket man kan anse att bekräftar det KST lyfter som en brist.

Till slut kan konstateras att ett behov av tydliggörande gällande ansvarsfördelningen mellan KST, AMS och primärkommuner finns angående målgruppen vuxna i arbetsför ålder speciellt då det gäller svårssysselsatta och utsatta personer och familjer i behov av bostad. Oklarheterna i ansvarsfördelningen mellan myndigheterna både gällande sysselsättningsfrågor och bostadsfrågor kan komma att kräva ny lagstiftning.

Slutsatser om områdena problematik med berusningsmedel, samsjuklighet och psykisk ohälsa

Sammanfattningsvis vad gäller vård- och servicekedjor vid missbruk av berusningsmedel, psykisk ohälsa och samsjuklighet kan konstateras att vissa statistiska uppgifter om den vård som ordnas inom ÅHS finns, men att dessa inte räcker till för att få en helhetsbild över hur många missbruksrelaterade besök, direkt eller indirekt, som görs vid ÅHS - än mindre om hur vårdkedjorna inom ÅHS fungerar som helhet. Den enkät som redogjorts för besvarades endast av ÅHS primärvård, varför den ger begränsade uppgifter för ÅHS del. ÅHS primärvård saknar en särskild mottagning för missbruksproblem men för tidiga problem som rör psykisk ohälsa finns en speciell mottagning för mental hälsa, som även är tillgänglig vid samsjuklighet. Vid konstaterat vårdbehov ordnar hälsocentralen vård. Primärvården uppmärksamade inga brister i service- och vårdkedjorna på berörda områden, förutom vad gäller samsjuklighet, där det konstaterades brister i samarbete med andra myndigheter (stort gap mellan olika myndigheter). Det kan sammantaget konstateras ett behov av att tydligare belysa ÅHS vård- och servicekedjor på området föreligger, särskilt i förhållande till KST.

Statistiska uppgifter om KST:s verksamhet för personer som lider av berusningsmedel kan följas över tid, vad gäller antalet klienter vid beroendemottagningen (öppenvård) och antalet klienter som tagit del av vård på institution/rehabiliteringsinrättningar (behandlingshem). Det är uppenbart av statistiken att döma, att antalet klienter som tagit del av service inom öppenvården (beroendemottagningen) minskat under senaste decennium. Vad gäller antalet klienter som tar del av övrig allmän socialservice (så som hemservice och

¹¹² ÅSUB rapport 2024:2

¹¹³ <https://stm.fi/sv/social-rehabilitering>

boendeservice) finns inte tillräckligt differentierade statistiska uppgifter. Vad gäller institutionsvård (tillfällig vård på behandlingshem) har antalet klienter som erhållit service minskat kraftigt, vilket kan bero på minskad efterfrågan av klienter (behov), minskad tillgång (brist på tillgång till rätt vård) men också ändringar i service- och vårdutbudet som helhet eller på att tröskeln för att beviljas servicen höjts. Statistik om samsjuklighet och psykisk ohälsa saknas. I sammanhanget ska beaktas att KST inte ordnar motsvarande mottagningsservice (öppenvård) vid psykisk ohälsa som vid beroendeproblematik.

KST lämnade ett verksamhetsövergripande svar på enkäten. På basen av den kan generellt konstateras att *alla* behövliga serviceformer inte kan ordnas på Åland (primärt på grund av Ålands litenhet) varför köptjänster måste nyttjas. Vad gäller vuxna med missbruk konstateras att tyngdpunkten ligger på åtgärder när problem börjat uppstå. Det finns även svårigheter med att ordna tillfälligt boende, emedan KST behöver ordna detta via privata aktörer. Det bedöms som svårt att i samarbete med kommunerna hitta lösningar för boende för personer med missbruksproblematik. KST konstaterar att äldre med missbruksproblematik inte hanteras inom äldreomsorgen (så som tidigare gjorts [antagande att detta avser innan KST:s bildande]). KST saknar även flexibilitet i övergången från en vårdform till en annan. KST anser sig även i praktiken utföra uppgifter som hör till ÅHS ansvarsområde.

Vad gäller vuxna med psykisk ohälsa, ligger tyngdpunkten på när service- och vårdbehov vuxit sig stora – det vill säga, när ÅHS:s psykiatrisk stöd inte längre räcker till. Det samma gäller för service vid samsjuklighet, men klientens brist på sjukdomsinsikt kan försvara ordnade av stöd i ett tidigare skede. Praktiska svårigheter med att ordna intressebevakning lyfts också av KST i detta sammanhang. KST påpekar att gränsdragningen mellan ÅHS psykiatri och KST borde tydliggöras och samarbetet förbättras vad gäller dessa områden. Skillnad mellan social rehabilitering och psykiatrisk rehabilitering är oklar och även vems ansvar vårdplaceringar utgör upplevs som oklart. KST upplever att många klienter med psykisk ohälsa hänvisas till KST trots att det gäller behov av psykiatrisk vård och rehabilitering. Vård och samarbete utan klientens samtycke upplevs också som oklart och svårhanterat. Beaktat statistiska uppgifter och enkätens resultat, finns som helhet en adekvat mängd uppgifter över viktiga delar av vård- och servicekedjan utifrån KST:s synvinkel.

Kommunerna har i sina enkätsvar i regel inte lämnat svar som rör ifrågavarande områden, exempelvis tillgång till bostäder för kommuninvånare i arbetsför ålder (klienter och patienter på nämnda områden).

Kommunerna bedömer till den del svar lämnats att arbetet på nämnda områden för arbetsföra personer, inte utgör kommunernas ansvar. Vad gäller äldre personer, uppmärksammar exempelvis Hammarlands kommun att saknas insatser (boende) för äldre [med missbruksproblem]. Även vad gäller äldre och psykisk ohälsa uppmärksammar kommunen att kommunens äldreomsorg (serviceboende) inte är ändamålsenligt. Se avsnitt 3.4 för ytterligare redogörelse vad gäller äldre. Som helhet kan konstateras gällande kommunerna, att det saknas statistiska eller andra kvantitativa uppgifter, men till den del kommunerna lämnat uppgifter i tidigare nämnda enkät, ser kommunerna inte att de har några uppgifter i vård- och servicekedjan vad gäller personer med missbruk, psykisk ohälsa eller samsjuklighet, varför inga svar heller lämnats om brister i denna.

Som helhet vad gäller KST, ÅHS och kommunerna på ovan nämnda områden, är slutsatsen, att det föreligger ett behov av att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan KST och ÅHS, och eventuellt förtydliga kommunernas roll i service- och vårdkedjan, vad gäller bostäder - eventuellt också som en samarbetspart vad gäller sysselsättning. Ett sådant tydliggörande kan inte till åtminstone alla delar göras genom lagändringar: Gällande lagstiftning om alkohol- och drogarbete har, med avsikt, inte i detalj fastställt gränsen mellan vård

inom ÅHS och service inom KST på nämnda områden. Ansvarsfördelningen måste, inom lagstiftningens ramar, överenskommas om i de samverkansavtal som lagstiftningen ställer krav på, men i praktiken även genom överenskommelser om den enskilda klienten/patienten, exempelvis med hjälp av gemensamma klient- och patientplaner.

4.3. Slutsatser om området personer med funktionsnedsättning

Service till personer med funktionsnedsättning, funktionsservice och specialomsorger, har genom åren utgjort ett verksamhetsområde inom socialvården som omfattat högst andel missnöje hos kommuninvånare och klienter. En nedåtgående trend i antalet missnöjen kan, efter inledande av Kommunernas Socialtjänst k.f. (KST) verksamhet samt ny socialvårdslagstiftning, skönjas där funktionsservice inte längre, år 2024, utgjorde det verksamhetsområde inom socialvården med högst andel missnöjen.

Bildandet av KST, fastställande av likvärdig servicenivå för alla och en och samma budget som grund för verksamheten har ökat förutsättningarna för mer likvärdig service, bedömningar och beslut. Tjänstemän vilka huvudsakligen kan arbeta med funktionshindersservice ökar i sig möjligheten till specialisering.

Trots att en positiv utveckling kan skönjas i service- och vårdkedjan för personer med funktionsnedsättning, finns det fortsättningsvis faktorer vilka verkar till att upprätthålla ojämlik service. Personer med funktionsnedsättning kan samtidigt omfattas av både KST servicenivå (tex. funktionsservice) samt hemkommunens servicenivå (äldreomsorg). Servicehelheten för personer med funktionsnedsättning kan således fortsättningsvis skilja sig åt på 16 olika sätt, beroende på klientens hemkommun. När en person fyller 65 år kan även en övergång ske så att klienten överförs helt eller delvis från KST servicenivå till hemkommunens servicenivå. Åldersgränsen kan således ha en inverkan så att en klient baserat på ålder kan erhålla olika service utgående från olika servicenivåer. Avsikten med fastställande av åldersgräns var att fastställa av vilken organisation den enskilde ska få den socialservice som han eller hon är i behov av, inte till den enskildes rätt att få socialvård. I vilken utsträckning det finns skillnader i kommunernas bedömning och beslut rörande personer med funktionsnedsättning är okänt. Tjänstemännen i kommunerna har inte möjliggjorts på samma sätt, som tjänstemännen inom KST till att specialisera sig.

Ålands miljö- och hälsovårdsmyndighet (ÅMHM) verksamhets- och resultatplan 2024 samt specifikt Ålands Ombudsmannamyndighets (ÅOM) verksamhetsberättelse 2024, kommunerna och KST:s enkätsvar bekräftar att det finns feltolkningar och oklarheter kring primärkommunerna samt KST:s ansvar för att ordna socialvård. Detta kan även leda till en oklarhet för personer och klienter i behov av socialvård samt samarbetspartners om vilken myndighet man ska kontakta. Detta bestyrker behovet av att tex. se över lagstiftningen om fördelningen mellan kommunerna (äldreomsorg) och KST (funktionsservice) ansvarsområden.

Endast en av de 16 primärkommunerna har angett en tyngdpunkt för personer/klienter med funktionsnedsättning. KST har angett att myndighetens tyngdpunkt ligger på "åtgärder när problem har börjat uppstå" med förklaring till exempel på specifika serviceformer enligt både allmän lagstiftning och

speciallagstiftning. Det går inte att dra slutsatser utgående från enbart dessa resultat, vägledning behöver tas från resultat av kartläggningens andra områden, tex. äldreområdet.

Enbart KST har angett brister i service- och vårdkedjan vilka relaterar till brister i samarbete med andra myndigheter (primärkommunerna, ÅHS), ansvarsfrågan mellan primärkommun och KST, tillgång och utbud till service i primärkommunerna samt KST:s kösituation. Ingen av primärkommunerna har i enkäten angett några brister i service- och vårdkedjan för personer med funktionsnedsättning, varken till den del det berör den egna myndighetens verksamhet, i samarbete med andra myndigheter eller gällande annat. Till denna del bör även vägledning tas från resultat från kartläggningens andra områden, tex. äldreområdet.

För att personer med funktionsnedsättning ska kunna erhålla likvärdig funktionshinderservice, oavsett funktionsnedsättningens art och diagnos, så finns ett behov av att utarbeta ny speciallagstiftning för målgruppen. Det kan dock konstateras att det finns ett behov av att först förstärka tillgång till den allmänna servicen t.ex. i socialvårdslagstiftningen. För att nå det övergripande syftet med socialvårdslagen samt ny funktionshinderservicelag förutsätter detta även att lagstiftningen om primärkommunernas och KST:s ansvar för socialvården inkl. åldersgränsen förtydligats. Utvecklingen av rikets nya funktionshinderservicelag, är i dagsläget oklar huruvida regeringen avser genomföra den aviserade inbesparingen genom nytt försök till en åldersavgränsning i lagen om vilka som ska ha en rätt att erhålla service enligt lagen.

4.4. Slutsatser om området äldre

Av kapitel 3.4. framgår att det finns tydliga skillnader i den service som kommunerna erbjuder äldre; det vill säga det finns en ojämlikhet gällande serviceutbudet/-nivåerna. Fem av kommunerna svarar att tyngdpunkten ligger på tidiga förebyggande åtgärder, vilket innebär att fokus generellt inte ligger på tidiga förebyggande insatser i den grad man kunde förvänta sig, beaktat gällande lagstiftning. Det är positivt att endast två kommuner svarar att tyngdpunkten i servicen till äldre ligger på åtgärder först när service-/vårdbehovet är stort.

Endast fyra kommuner uppger att brister i service- och vårdkedjan handlar om brister i den egna verksamheten. Det är intressant att sätta detta i relation till att fem kommuner placerar tyngdpunkten i servicen till äldre på tidiga förebyggande åtgärder. Övriga kommuner, KST och ÅHS (primärvården) uppger att bristerna handlar om brister i samarbetet med andra. Baserat på enkätsvaren kan konstateras att otydlighet i ansvarsfördelningen både inom socialvården (mellan kommunerna och KST) och mellan socialvården och hälso- och sjukvården orsakar bekymmer. Nio enkätsvar tar på ett tydligt sätt upp behovet av ökad tydlighet när det gäller ansvarsfördelning. Det är även tydligt att de senaste årens stora ändringar gällande organiseringen av socialvården har påverkat den socialservice som kommunen tillhandahåller för äldre klienter, i och med att en ny organisatorisk gräns har uppstått gentemot KST, trots att både kommunerna och KST ansvarar för kommunal socialvård. När det gäller service till äldre framkommer således både otydlighet kring ansvarsfördelningen och brister när det gäller att tillhandahålla tillräcklig service/vård i ett tidigt skede/när servicebehovet ännu inte är så omfattande.

Det är relevant att koppla resultaten från enkätundersökningen till det övergripande syftet med den socialvårdslagstiftning som trädde i kraft 1.1.2021, se sid. 4–5.

Kartläggningen inklusive enkätsvar av berörda myndigheter visar på utvecklingsbehov gällande samtliga fem punkter ovan. Enligt 5 § i äldrelagen ska de kommunala myndigheterna och Ålands hälso- och sjukvård samarbeta för att ordna socialvårds- samt hälso- och sjukvårdstjänsterna för äldre så ändamålsenligt som möjligt. Samarbetet regleras i de samverkansavtal som ingås med stöd av socialvårdslagen. Vissa enkätsvar styrker behovet av att se över samverkansavtalen och hur de har efterföljts.

Förutom att de tidiga förebyggande åtgärderna behöver stärkas, bör det faktum att äldre i nuläget inte har tillgång till service på lika villkor beaktas. Det har alltid funnits en gränsdragningsproblematik kring vilken service äldreomsorgen respektive funktionshindersservicen ska ordna för äldre personer med funktionsnedsättning eller nedsatt funktionsförmåga på grund av naturligt åldrande. I och med bildandet av KST verkar gränsdragningsfrågorna/-problematiken ha accentuerats, eftersom det är utmanande för KST och kommunerna exempelvis att skapa en likvärdig gränsdragning för äldreomsorgen kontra funktionsservicen. Dock handlar gränsdragningsproblematiken inte enbart om äldre med funktionsnedsättning, utan även områden som exempelvis äldre med psykisk ohälsa/missbruk och bostäder för äldre har lyfts.

Flera enkätsvar lyfter även behovet av mera samarbete och samordning. En kommun svarar att det mest optimala skulle vara en och samma arbetsgivare (i likhet med riket). Det framgår inte av svaret om förslaget avser socialvården eller helheten socialvård och hälso- och sjukvård, men baserat på övriga synpunkter kunde svaret tolkas som att det avser helheten socialvård och hälso- och sjukvård. Andra svar som berör samarbete och samordning handlar om behov av mera samarbetsmöten mellan myndigheterna, införande av ett gemensamt socialvårdssystem, ett gemensamt boende för äldre personer med utåtagerande och aggressivt beteende, utveckling av de gemensamma samverkansgrupperna med tydliga mål, syften och mandat om hur äldreomsorgen ska utvecklas samt behov av gemensamma bedömningar.

Det är skäl att även koppla enkätsvaren till de argument för en reform av socialvården som räknades upp inför bildandet av KST¹¹⁴, av vilka särskilt likvärdig service oberoende av hemkommun samt utvecklingsarbete och behov av långsiktig planering är av betydelse.

De tydligaste konklusionerna av enkätsvaren och kartläggningen, och lösningsförslag baserat på dem, är följande;

Förstärkning av tidiga insatser och service enligt socialvårdslagen

Den service som kommunerna tillhandahåller äldre verkar, trots gällande lagstiftning, delvis ligga på specifika traditionella serviceformer, som serviceboende med heldygnsomsorg. Kommunerna behöver stärka och utveckla de tidiga och förebyggande service- och stödformerna, inklusive lämpliga bostäder/boendeformer, och anpassa servicen enligt klientens behov, inte enligt specifika serviceformer. Landskapsregeringen kan påverka styrningen ytterligare mot dessa service- och stödformer genom ändringar i socialvårdslagen, exempelvis gällande stödtjänster, hemservice och boendeservice. Parallellt med ändringar i socialvårdslagen bör ändringar i klientavgiftslagen göras, i syfte att tydliggöra avgiftsuttaget för servicen och i syfte att ytterligare möjliggöra service i ett tidigt skede medan servicebehovet ännu inte är så stort.

Utvärdering av den lagstiftning som ligger till grund för KST (i enlighet med skrivning i regeringsprogrammet)

¹¹⁴ Samordning av social service. Tryggande av basservice inom ramen för arbetet med samhällsservicereformen. 2013.

Den utvärdering av lagstiftningen som ligger till grund för KST som nämns i regeringsprogrammet bör (åtminstone) omfatta en utredning av om ansvarsfördelningen är tillräckligt tydlig i de lagar som berör organiseringen av socialvården samt om ansvarsfördelningen är lämplig, eller om behov av ändringar finns. Den i lag införda åldersgränsen om 65 år bör ingå i utvärderingen. Utvärderingen bör omfatta en uppföljning av hur arbetet med samverkansavtalen har skett och vilken effekt samverkansavtalen har haft när det gäller service till berörda klientgrupper. Utvärderingen bör ta fasta på hur berörda parter har arbetat för att erbjuda klienter fungerande servicehelheter trots olika huvudmannaskap, vilket inkluderar en fördjupning kring den konstaterade problematiska gränsdragningen gällande ansvaret för äldre personer med funktionsnedsättning.

Utvärderingen bör även beakta det faktum att äldre, enligt enkätsvaren, inte har tillgång till likvärdig socialvård, på samma sätt som KST:s klienter. Utgående från det som i denna kartläggning anförts gällande brister i samarbete mellan olika myndigheter, bör KST-utvärderingen omfatta alternativ för ökad samordning/ökat samarbete gällande service till äldre och gällande service till klienter som både kommunerna och KST ansvarar för.

Organiseringen av hälso- och sjukvård och socialvård till och med år 2020

De beslut som gäller Ålands hälso- och sjukvårds (ÅHS) verksamhet sedan mitten av 1990-talet har påverkat, och påverkar fortsättningsvis, de åländska kommunerna och socialvården på olika sätt och ÅHS-reformen 1994 skapade betydande skillnader i organisationsstrukturen på Åland och i riket. I och med reformen frångick man på Åland rikets modell för organisering av social- och hälsovården och i stället överfördes ansvaret för primärvården och mentalvården till landskapsnivå. Detta har fått betydande följdverkningar och utmaningar för samarbete och vård- och servicekedjor inom speciellt områdena äldreomsorg, psykiskt hälsoarbete och missbrukarvård.

De aktörer som var verksamma inom social-, hälso- och sjukvårdsfältet på Åland innan ÅHS-reformen var Ålands centralsjukhus (ÅCS) med ansvar för akutsjukvård och somatisk specialistsjukvård, Ålands folkhälsoförbund (ÅFF) med ansvar för primärvård, hälsocentraler, rådgivning, tandvård och långvård vid Gullåsen och Ålands vårdförbund (ÅVF) med ansvar för mentalvård och psykiatrisk specialistsjukvård vid Grelsby sjukhus. Organisatoriskt sett var ÅCS den enda aktör som stod under landskapsnivå. ÅFF och ÅVF stod båda under kommunal nivå.

ÅHS-reformen genomfördes efter en längre tid av diskussioner och utredningar, vilka går att följa bland annat genom det så kallade VÅSK-utlåtandet från åttiotalet. Ett av de starkaste incitamenten för en förändring ansågs vara Ålands litenhet – att fortsätta bedriva en alltmer avancerad verksamhet inom hälso- och sjukvård på kommunal nivå utan att åtnjuta inbesparingsvinster som en större och bättre avvägd organisation skulle kunna erbjuda ansågs ohållbart. I nämnda VÅSK-utlåtande listades aktuella problemområden inom social-, hälso- och sjukvårdsområdet och lösningsförslag presenterades. Två förslag var speciellt intressanta ur socialvårdens synvinkel. För att förebygga samarbetsförluster inom områdena missbruk och psykiatri föreslogs att kommunernas missbrukarvård redan innan reformen införlivas i ÅVF:s verksamhet inom psykiatrifältet. Även äldreomsorgen lyftes som ett område där en helhetsbetonad strategi som överbyggde de specifika organisationsgränserna var att föredra. I utlåtandet föreslogs satsningar på en strukturerad strategi för intagning och resursutnyttjande mellan aktörerna i servicekedjan. Det föreslogs också att institutionsenheterna Trobergshemmet och De gamlas hem tills vidare skulle stå kvar under kommunal regi, men att det efter ÅHS-reformen skulle planeras för en organisatorisk överföring av enheterna till primärvården. I ÅVF:s regi bedrevs psykiatrisk avdelningsvård på Grelsby sjukhus, som upprätthöll tre avdelningar; en akutavdelning, en rehabiliteringsavdelning samt en psykogeriatrisk avdelning (Ålands enda avdelning för psykogeriatrisk långvård, Övergårds). Grelsby sjukhus stängde 2011; i och med

flytten av psykiatriska kliniken från Grelsby till Mariehamn avvecklades avdelningen Övergårds (psykogeriatrik långvård). Psykiatrin blev en i högre grad integrerad del av specialistsjukvården genom att den nya kliniken byggdes på sjukhusområdet i Mariehamn.

I 1973 (i riket 1972) års folkhälsolag stadgades hälsocentralernas ansvar för långvård genom bäddavdelningar. Som en följd av detta drev ÅFF under sjuttio- och åttiotalet igenom den stora ny- och tillbyggnationen av Gullåsen, kommunernas gemensamma bäddavdelning. Etapp 1 med 60 platser färdigställdes 1979, följd av etapp 2 med 38 platser som stod klar 1985. Gullåsen skulle enligt beräkningar täcka en stor del av kommunernas behov av institutionsvård för äldre under en lång tid framöver. I och med ÅHS-reformen överfördes Gullåsen till ÅHS, och redan sex år senare (2000) påbörjades utvecklingen av Gullåsen till en renodlad geriatrik klinisk. En naturlig del av utvecklingsarbetet var att succesivt minska på antalet långvårdsplatser. Kommunerna debiterades för en stor del av kostnaden för medicinskt färdigbehandlade patienter som vårdades vid Gullåsen. Detta motiverade kommunerna att påbörja utbyggnaden av sin boendeservice för äldre ute i kommunerna. Under 2000-talet färdigställdes många nya serviceboenden och boenden med bemanning dygnet runt (effektiverade serviceboenden), och de personer som var i behov av långvarig vård flyttades över till respektive hemkommun. En utökning av verksamhet skedde även inom institutionsvården ute i kommunerna. Vårdplatser tillkom både i Mariehamn och på landsbygden, och arbetsmetoderna förändrades från omsorg och grundvård till mer sjukvårdsbetonade insatser.

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. Utgående från slutrapporten antog landskapsregeringen målsättningar och handlingsplan för äldrevården på Åland.¹¹⁵ Flera av de beskrivna problemen och utvecklingsområdena är fortsättningsvis aktuella idag. Även rapporten rapporten "Centrum för geriatrik och rehabilitering" (arbetsgruppen Gullåsen i framtiden, 23.4.2010) har berör samma område.

Landskapsregeringen har antagit två olika "policydokument" som berör service- och vårdkedjan för äldre; *Kvalitetsrekommendation, tjänster för äldre* (2010)¹¹⁶ och *Riktlinjer för omsorg och vård vid demenssjukdom* (2012)¹¹⁷. Kvalitetsrekommendationen har inte uppdaterats efter 2010.

Landskapsregeringen utförde år 2018 en utvärdering av riktlinjerna för omsorg och vård vid demenssjukdom, som ett sätt att genomföra en kvalitetssäkring inom demensområdet. I utvärderingen framkom tre huvudområden gällande kommunernas syn på behoven inom demensområdet; kompetensutveckling, bättre samarbeten inom service- och vårdkedjan samt boendelösningar. Det framkom att serviceutbudet för personer med demens varierade mycket.

¹¹⁵ <https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/guidedocument/malsattningar-och-handlingsplan-for-aldevarden-pa-aland.pdf>

¹¹⁶ <https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/guidedocument/kvalitetsrekommendation-tjanster-for-aldre.pdf>

¹¹⁷ <https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/guidedocument/riktlinjer-for-omsorg-och-vard-vid-demenssjukdom.pdf>

Ytterligare rekommendationer och förtydliganden som berör service- och vårdkedjan har tagits fram, genom att landskapsregeringen år 2020 antog *Medicinska kriterier för långvarig institutionsvård för äldre*¹¹⁸ och genom den rapport för projektet *Äldres psykiska ohälsa* som utkom 2019¹¹⁹.

Landskapsregeringen har inte antagit kvalitetsrekommendationer eller dylikt för andra klientgrupper än äldre (personer med demens). Dock har exempelvis social- och hälsovårdsministeriet publicerat kvalitetsrekommendationer som berör vissa andra klientgrupper. Social- och hälsovårdsministeriets kvalitetsrekommendationer för barnskyddet (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:22), är bland annat avsedda att styra utförandet och organiseringen av det barn- och familjespecifika barnskyddsarbetet. Social- och hälsovårdsministeriet publicerade senast år 2002 tillsammans med Kommunförbundet i Finland en kvalitetsrekommendation om missbruksvården och mer nyligen, 2021, en rusmedels- och beroendestrategi för att stöda det rusmedels- och spelförebyggande arbetet i kommunerna/välfärdsområdena (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2002:4 och 2021:17).

Landskapsregeringen lät 2011¹²⁰ utreda och identifierat framtida utmaningar som socialvården i sin helhet på Åland står inför. De utmaningar som lyfts i de nämnda rapporterna är bland andra den demografiska utvecklingen med fler äldre och färre som ska upprätthålla samhällsfunktionerna, ökande finansieringsproblematik vilket leder till stärkta krav på effektiv resursanvändning, rekrytering av tillräcklig och behörig personal och utveckling av digitala och tekniska lösningar. En ytterligare aspekt av utmaningarna är att behovet av förändrade servicestrukturer och ökat samarbete ska anpassas till lokala behov av sär- eller speciallösningar. En lösning som har presenterats är att tyngdpunkten inom socialvården flyttas så att fokus ska ligga på förebyggande och tidiga insatser. I detta ska utgångspunkten vara klienters individuella behov samt att de förebyggande och tidiga insatserna ska ordnas i nära samarbete med en mängd olika aktörer och så att service- och vårdkedjorna är både flexibla och enhetliga.

Nedan framgår hur ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvården och socialvården, med fokus på institutionsvård, har utvecklats fram till år 2020.

¹¹⁸ [https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/page/rapport -
medicinska kriterier for langvarig institutionsvard for aldre.pdf](https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/page/rapport-_medicinska_kriterier_for_langvarig_institutionsvard_for_aldre.pdf)

¹¹⁹ [https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/guidedocument/aldres psykiska ohalsa -
_projektrapport 2019.pdf](https://www.regeringen.ax/sites/default/files/attachments/guidedocument/aldres_psykiska_ohalsa_-_projektrapport_2019.pdf)

¹²⁰ Slutrapport Socialvårdens utveckling inklusive huvudmannaskapet för missbrukarvården på Åland, Social- och miljöavdelningen, Ålands landskapsregering, september 2011.

Hälso- och sjukvård

Folkhälsolagen 1973

Hälsocentralens ansvar för långvård genom bäddavdelningar stadgas.

Utbyggnad av Gullåsen (GÅ)

1979: etapp 1, 60 platser

1985: etapp 2, 38 platser

ÅHS-reformen (1.1.1994)

Ålands centralsjukhus (ÅSC)

Akutsjukvård och somatisk specialistsjukvård

Ålands folkhälsoförbund

Primärvården, hälsocentralerna, rådgivningen, tandvården och långvården vid GÅ

Ålands vårdförbund

Psykiatrisk specialistsjukvård vid Grelsby sjukhus

ÅHS

Gullåsen omorganiseras

Utvecklingen av Gullåsen till en geriatrik klinisk påbörjas år 2000 och arbetet mot en minskning av långvårdsplatser inleds.

Grelsby stänger 2010

I och med flytten av psykiatriska kliniken från Grelsby till Mariehamn avvecklas avdelningen Övergårds (psykiogeriatrisk långvård) år 2010.

Gullåsen byter namn 2015

Rehabiliterings- och geriatrik kliniken är det nya namnet. Redan tre år tidigare har långvårdsverksamheten avslutats.

Demensavdelningen stänger 2017

Demensvården vid Rehabiliterings- och geriatrik kliniken avvecklas och rehab- och geriatrikvården uppgår i medicinkliniken.

ÅHS inför 3-dagarsregeln 2017

Kostnaden för patienter som anses medicinskt färdigbehandlade överförs på hemkommunen efter 3 dagar.

Socialvård

Ålands folkhälsoförbund och Ålands vårdförbund kommunernas ansvar

Folkhälsolagen 1973

Hälsocentralens ansvar för långvård genom bäddavdelningar stadgas.

Utbyggnad av Gullåsen (GÅ)

1979: etapp 1, 60 platser

1985: etapp 2, 38 platser

Ny socialvårdslag i riket 1982 (FFS 710/1982)

På Åland blankettlag 1984 (46/84)

Kommunerna tillförs

betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade klienter 2000

Redan innan detta beslut stod kommunerna för en del av långvården, men systemet var oreglerat och kommunerna hade svårt att uppskatta budgetkostnader.

Kommunerna bygger ut sin boendeservice för äldre

Serviceboenden och effektiviserade serviceboenden byggs ut och bemannas i fler och fler kommuner.

Sammanhållen hemvård möjliggörs 2011

Permanent verksamhet från och med 2012.

Ändring i Oasens grundavtal 2017

Från och med 1.1.2017 kan Oasen ta emot personer under 65 år samt bedriva mer flexibel verksamhet utgående ifrån medlemskommunernas behov och önskemål.

?

1970

1980

1990

2000

2010

2020

Enkätfrågor – service och vårdkedjor

Enkäten har besvarats av:

Myndighet/enhet inom myndigheten:

Namn:

Titel:

Kontaktuppgifter:

Del 1: Var ligger tyngdpunkten i den egna myndighetens/den egna enhetens service/vård när det gäller olika målgrupper?

Information om enkäten

För att få en så bra bild som möjligt av hur service- och vårdkedjorna fungerar är det viktigt att du som svarar väljer endast ett av nedanstående tre alternativ (gällande var tyngdpunkten i servicen/vården ligger) för de olika målgrupperna. Det är även viktigt att du inte bara kryssar i ett alternativ utan även ger en förklaring till valet av alternativ.

1. Var ligger tyngdpunkten i den egna myndighetens/den egna enhetens service/vård när det gäller barn? Välj ett av nedanstående alternativ.

- Tidiga, förebyggande åtgärder
- Åtgärder när problem börjat uppstå
- Åtgärder först när service/vårdbehovet är stort

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

2. Var ligger tyngdpunkten i den egna myndighetens/den egna enhetens service/vård när det gäller unga? Välj ett av nedanstående alternativ.

- Tidiga, förebyggande åtgärder
- Åtgärder när problem börjat uppstå
- Åtgärder först när service/vårdbehovet är stort

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

3. Var ligger tyngdpunkten i den egna myndighetens/den egna enhetens service/vård när det gäller arbetslösa vuxna? Välj ett av nedanstående alternativ.

- Tidiga, förebyggande åtgärder

- Åtgärder när problem börjat uppstå
- Åtgärder först när service/vårdbehovet är stort

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

4. Var ligger tyngdpunkten i den egna myndighetens/den egna enhetens service/vård när det gäller vuxna med missbruksproblem? Välj ett av nedanstående alternativ.

- Tidiga, förebyggande åtgärder
- Åtgärder när problem börjat uppstå
- Åtgärder först när service/vårdbehovet är stort

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

5. Var ligger tyngdpunkten i den egna myndighetens/den egna enhetens service/vård när det gäller vuxna med psykisk ohälsa? Välj ett av nedanstående alternativ.

- Tidiga, förebyggande åtgärder
- Åtgärder när problem börjat uppstå
- Åtgärder först när service/vårdbehovet är stort

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

6. Var ligger tyngdpunkten i den egna myndighetens/den egna enhetens service/vård när det gäller vuxna med samsjuklighet (samtidig psykisk ohälsa/psykiatrisk diagnos och missbruksproblematik)? Välj ett av nedanstående alternativ.

- Tidiga, förebyggande åtgärder
- Åtgärder när problem börjat uppstå
- Åtgärder först när service/vårdbehovet är stort

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

7. Var ligger tyngdpunkten i den egna myndighetens/den egna enhetens service/vård när det gäller vuxna med mångfacetterad problematik (annan än samsjuklighet enligt definitionen i fråga 6)? Välj ett av nedanstående alternativ.

- Tidiga, förebyggande åtgärder
- Åtgärder när problem börjat uppstå
- Åtgärder först när service/vårdbehovet är stort

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

8. Var ligger tyngdpunkten i den egna myndighetens/den egna enhetens service/vård när det gäller äldre? Välj ett av nedanstående alternativ.

- Tidiga, förebyggande åtgärder
- Åtgärder när problem börjat uppstå
- Åtgärder först när service/vårdbehovet är stort

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

9. Var ligger tyngdpunkten i den egna myndighetens/den egna enhetens service/vård när det gäller personer med funktionsnedsättning? Välj ett av nedanstående alternativ.

- Tidiga, förebyggande åtgärder
- Åtgärder när problem börjat uppstå
- Åtgärder först när service/vårdbehovet är stort

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

Del 2: Om det finns brister i service- och vårdkedjan när det gäller målgrupperna nedan – ge er bedömning av vad denna beror på. Bristerna kan till exempel vara att åtgärder sätts in för sent eller att fel åtgärder vidtas.

Information om enkäten

För att få en så bra bild som möjligt av hur service- och vårdkedjorna fungerar är det viktigt att du som svarar förutom att välja svarsalternativ även ger en förklaring och om möjligt bidrar med tankar om hur eventuella brister kan åtgärdas.

10. Finns det brister i service- och vårdkedjan gällande barn? Ja/nej

- Om svar ja, beror bristerna på;
 - Brister i den egna myndighetens verksamhet - vilka?
 - Brister i samarbete med andra myndigheter - vilken, vilka?
 - Annat – vad?

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

Vad behövs för att åtgärda bristen/bristerna?

11. Finns det brister i service- och vårdkedjan gällande unga? Ja/nej

- Om svar ja, beror bristerna på;
 - Brister i den egna myndighetens verksamhet - vilka?
 - Brister i samarbete med andra myndigheter - vilken, vilka?
 - Annat – vad?

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

Vad behövs för att åtgärda bristen/bristerna?

12. Finns det brister i service- och vårdkedjan gällande arbetslösa vuxna? Ja/nej

- b. Om svar ja, beror bristerna på;
 - i. Brister i den egna myndighetens verksamhet - vilka?
 - ii. Brister i samarbete med andra myndigheter - vilken, vilka?
 - iii. Annat – vad?

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

Vad behövs för att åtgärda bristen/bristerna?

13. Finns det brister i service- och vårdkedjan gällande vuxna med missbruksproblem? Ja/nej

- c. Om svar ja, beror bristerna på;
 - i. Brister i den egna myndighetens verksamhet - vilka?
 - ii. Brister i samarbete med andra myndigheter - vilken, vilka?
 - iii. Annat – vad?

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

Vad behövs för att åtgärda bristen/bristerna?

14. Finns det brister i service- och vårdkedjan gällande vuxna med psykisk ohälsa? Ja/nej

- d. Om svar ja, beror bristerna på;
 - i. Brister i den egna myndighetens verksamhet - vilka?
 - ii. Brister i samarbete med andra myndigheter - vilken, vilka?
 - iii. Annat – vad?

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

Vad behövs för att åtgärda bristen/bristerna?

15. Finns det brister i service- och vårdkedjan gällande vuxna med samsjuklighet (samtidig psykisk ohälsa/psykiatrisk diagnos och missbruksproblematik)? Ja/nej

- e. Om svar ja, beror bristerna på;
 - i. Brister i den egna myndighetens verksamhet - vilka?
 - ii. Brister i samarbete med andra myndigheter - vilken, vilka?
 - iii. Annat – vad?

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

Vad behövs för att åtgärda bristen/bristerna?

16. Finns det brister i service- och vårdkedjan gällande vuxna med mångfacetterad problematik (annan än samsjuklighet enligt definitionen i fråga 6)? Ja/nej

- f. Om svar ja, beror bristerna på;
 - i. Brister i den egna myndighetens verksamhet - vilka?
 - ii. Brister i samarbete med andra myndigheter - vilken, vilka?
 - iii. Annat – vad?

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

Vad behövs för att åtgärda bristen/bristerna?

17. Finns det brister i service- och vårdkedjan gällande äldre? Ja/nej

- g. Om svar ja, beror bristerna på;
 - i. Brister i den egna myndighetens verksamhet - vilka?
 - ii. Brister i samarbete med andra myndigheter - vilken, vilka?
 - iii. Annat – vad?

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

Vad behövs för att åtgärda bristen/bristerna?

18. Finns det brister i service- och vårdkedjan gällande personer med funktionsnedsättning? Ja/nej

- h. Om svar ja, beror bristerna på;
 - i. Brister i den egna myndighetens verksamhet - vilka?
 - ii. Brister i samarbete med andra myndigheter - vilken, vilka?
 - iii. Annat – vad?

Förklara anledningen till valet av alternativ ovan.

Vad behövs för att åtgärda bristen/bristerna?