

Nr 263.

Av herr Hagård m. fl., *angående åldringsvårdens planläggning och utformning.*

Läran om åldrandet, gerontologien, är en jämförelsevis ung vetenskap, som numera är mycket betydelsefull på grund av den befolkningsförskjutning, som äger rum i en rad länder. Den statistiska medellivslängden för hela världen var år 1950 uppe i 60 år mot endast 35 år ett hundra år tidigare. Frånsett denna ökning av medellivslängden har en viss förskjutning i balansen mellan de olika åldersgrupperna ägt rum. Befolkningsandelen av personer i de högre åldrarna ökar medan antalet i den så kallade produktiva åldern, mellan 20 och 65 år, förblir i stort sett konstant.

Vetenskapen har i allt högre grad börjat sysselsätta sig med åldrandets problem, dels i avsikt att höja livslängden ytterligare, dels för att samtidigt ge de äldre åldersgrupperna möjlighet att undgå de typiska ålderdomssjukdomarna och de symtom på åldrandet, vilka fortfarande vålla de gamla stora lidanden och försvåra deras möjligheter att verka produktivt och i det längsta klara sig själva utan omgivningens stöd eller hjälp.

År 1950 samlades världens gerontologer till en kongress i Barcelona för att utbyta erfarenheter och befrämja åldersforskningen och i Liège bildades en världssammanslutning av åldersforskare. Bl. a. har utformats ett motto för vetenskapen på detta område; det gäller icke att förlänga levnadsåldern genom att söka föryngra organismen utan det gäller genom forskning finna vägar att uppskjuta organismens avmättningsprocess, åldrandet, och att befria de gamla från de plågsamma och ofta invalidiserande krämpor, som nu följa med åldern.

I vårt land har åldersforskningen på grund av bristande resurser icke kunnat komma så långt som önskvärt vore. Det är emellertid angeläget, att våra forskare inom en icke alltför avlägsen framtid få resurser även på detta område. I avvaktan härpå återstår emellertid mycket att göra på rena åldringsvårdens område.

Även i vårt land har balansen mellan åldersgrupperna starkt förskjutits. Vi ha nu i runt tal räknat en miljon personer på över 60 år. Om 15 år torde antalet 65-åringar vara uppe i miljonen. Antalet ålderspensionärer är nu 603 000 men torde i senare delen av 1970-talet vara uppe i nära miljonen, i varje fall omkring 950 000. Om ett par årtionden kunna vi räkna med att ha omkring fyra miljoner människor i den produktiva åldersgruppen mot

en miljon i den grupp, som vi vant oss kalla den vårdbehövande. Mot sex produktiva personer per vårdbehövande i dag komma vi inom en nära framtid att ha 3 à 4 produktiva per åldring eller på annat sätt vårdbehövande. Orsaken är bl. a. en minskad nativitet under 1920- och 1930-talet, som medfört att den relativa andelen personer i de högre åldrarna avsevärt ökat. Minskningen i dödligheten, som fortgått sedan årtionden tillbaka har givetvis också bidragit. Några betydande siffror kunna anföras. År 1900 utgjorde antalet levande födda barn 27 på 1 000 av medelfolkmängden mot 17,4 år 1949. Antalet döda var år 1900 16,8 på 1 000 av medelfolkmängden mot 9,9 på 1 000 år 1949. Ännu bättre framträder kanske effekten av den fortgående dödlighetsminskningen, om man nämner, att medellivslängden vid sekelskiftet var 52 år mot drygt 68 år numera. De medicinska och hygieniska framstegen under de senaste decennierna ha framför allt minskat dödligheten i barnaåldrarna och den yngre medelåldern.

Den förskjutning mot allt större grupper av äldre åldersklasser inom samhället, som fortgått sedan åtskilliga år, är givetvis av största social-ekonomiska betydelse. Försörjningen av åldringarna kommer att bli en ofantlig belastning för samhället. Härvid kan man ej räkna med blotta antalet åldringar.

Åldringarna kräva vård i avsevärt större utsträckning än yngre. Detta gäller redan om åldringarna utan egentliga sjukdomar. Därtill kommer att åldringarna i högre grad än yngre personer anlita sjukhusvård, vilket ju måste bli både dyrbart och arbetskrävande. Behovet och tillgången på arbetskraft uttryckas kanske bäst genom att ange relationen mellan årliga antalet personer, som numera fylla 65 resp. 20 år. År 1925 fyllde 39 personer 65 år på varje 100-tal, som fyllde 20 år. Under 1950-talet kommer denna siffra att fördubblas. För varje 100-tal, som uppnår 20 år, är det ej mindre än ca 75, som fylla 65 år. Genom sjunkande dödlighet och små födelsekullar på 1920- och 1930-talen ha vi nått därhän, att det vållar stora svårigheter att rekrytera personal för vården av åldringar och sjuka.

Dessa fakta aktualisera åldringsvården. Ett faktum är också, att diskussionen om åldringsvården de senare åren varit synnerligen livlig. Kritiken har riktats mot åldringsvårdens utformning. Från vårt håll har i riksdagen upprepade gånger betonats, att det är nödvändigt att snarast lösa några av de mest brännande problemen på detta område, inte minst frågan om överförandet av sinnessjuka, sinnesslöa och kroniskt sjuka från ålderdomshemmen till andra hem.

A. De äldres arbetskraft. Pensionsåldern.

Det glädjande uppsvinget för vår medicinska, allmänhygieniska och sociala standard har resulterat i ökad livslängd men icke föranlett någon direkt ändring i bedömningen av människornas insatsduglighet i samhället.

Åldringsforskningen har däremot kommit till det enhälliga resultatet, att åldrandet sker snabbare och nerbrytningen av den mänskliga organismen går mycket fortare, om en arbetsduglig åldring plötsligt kopplar av från arbetet och blir sysslös. Den medicinska expertisens önskemål är, att de gamla — om de efter prövning visa sig ha förutsättningar härför — skola få fortsätta att arbeta.

Bristen på arbetskraft är f. n. stor inom de flesta områden. Det skulle vara en betydande vinst för samhället, om de äldres arbetskraft kunde tillvaratas i ökad utsträckning. Förslag om ändring av pensionsåldern ha också väckts vid upprepade tillfällen under årens lopp, och år 1951 antog riksdagen Kungl. Maj:ts proposition nr 184, i vilken föreslogs att det nuvarande systemet med fasta pensionsåldersgränser skulle ersättas med pensionsringsperioder, omfattande ett, två eller tre år. Under dylik period skall det i allmänhet vara befattningshavares ensak att bestämma den närmare tidpunkten för sin avgång.

Detta system betecknar ett avgjort framsteg i frågan om de äldres möjligheter att fortsätta sin samhällseliga insats. Det torde emellertid finnas möjligheter till ytterligare ändringar. Det riktiga torde vara att icke fastlåsa pensionen vid en viss ålder utan från fall till fall avgöra, när den skall komma i åtnjutande. Därvid bör vederbörande bli föremål för en allsidig undersökning, och naturligtvis bör hans funktionsduglighet bli prövad både med hänsyn till den plats, där han ännu arbetar och beträffande sådana uppgifter, som han lämpligen i stället kunde ägna sig åt.

Från samhällets synpunkt skulle en sådan förändring betyda en mycket stor vinst, och delvis högt kvalificerad arbetskraft, som trots att ett visst åldersstreck är passerat inte är förbrukad, kunde bevaras för samhället.

B. Folkpensionärernas samhällsinsats.

Allmän enighet torde föreligga om önskvärdheten att förmå all arbetsduglig arbetskraft att efter måttet av fysisk och psykisk förmåga kvarstå i produktionen. År 1950 framlades två motioner (I:250 och II:293) med begäran om utredning av förutsättningarna för ett system med efter pensionsålder differentierade folkpensionsförmåner, ett system, som med gott resultat prövats i andra länder. Önskvärdheten av ett system av detta slag torde inte behöva diskuteras. Systemet med behovsprövade statliga och framför allt kommunala bostadstillägg har medfört, att arbetsföra folkpensionärer nu i många fall avstå från en arbetsinsats exempelvis i industrien enbart på den grunden, att de eljest skulle gå miste om det kommunala bostadstillägget. En lösning av denna fråga vore förslagsvis, att en folkpensionär, som frivilligt kvarstode i produktionen och avstode från att uppbära folkpension under en viss tid, skulle, när han lämnade arbetet, få tillgodoräkna sig ett högre folkpensionsbelopp efter en glidande skala. Grunder för detta belopp

kunna erhållas genom en försäkringsteknisk omräkning. Tilläggsbelopp av premiekaraktär kunde dessutom utgå.

Den ogynnsamma utformningen av avdragsreglerna har enligt en rundfråga hos länsarbetsnämnderna inverkat hämmande på folkpensionärernas benägenhet att ta deltidsarbete eller tillfälligt arbete. För partiellt arbetsföras del föreligga särskilda problem då arbetsförmågan börjar återkomma, bl. a. rädslan att söka sig ut i arbete med risk för betydande sänkning eller förlust av pensionen, innan arbetsförmågan bestående återvunnits.

1950 års folkpensionsrevision (SOU 1951:45) redovisar bl. a. de system med varierande pensionsåldrar, som finnas i en rad andra länder. De sakkunniga ansågo sig dock icke kunna rekommendera något av dessa system. Frågan om gynnsammare möjligheter för folkpensionärerna att fortsätta med sin produktiva insats är dock så pass betydelsefull, inte bara ur arbetskraftssynpunkt, utan också ur förebyggande åldringsvårdssynpunkt, att den bör tas upp till förnyad granskning i samband med en utredning om den framtida åldringsvården.

C. Klientelblandningen på ålderdomshemmen.

En statistisk undersökning har verkställt av socialstyrelsen över förhållanden vid ålderdomshemmen. Resultatet publicerades hösten 1951; antalet av kommuner drivna ålderdomshem, som var i bruk den 15 maj 1950 var 1 385 med sammanlagt 38 494 platser. Av hela platsantalet kom 82 procent på de egentliga ålderdomshemmen, 3 procent på de för statsbidrag godkända avdelningarna för sinnessjuka, 8 procent på kronikeravdelningar godkända för statsbidrag, 2 procent på kronikeravdelningar godkända för landstingsgottgörelse och 5 procent på ej godkända sjukavdelningar.

Hela antalet vårdtagare var 32 652, därav 26 094 på egentliga ålderdomshem och 1 728 på icke godkända sjukavdelningar.

Av samtliga 26 000 vårdtagare på de egentliga ålderdomshemmen ha i runt tal 15 000 eller 57 procent angetts vara kroniskt sjuka, sinnesabnorma eller ha något lyte. På de icke godkända sjukavdelningarna hade 1 600 av samtliga 1 728 vårdtagare sjukdomar och lyten av angiven art. Antalet kroniskt sjuka var på de egentliga ålderdomshemmen ca 7 200 och på icke godkända sjukavdelningar ca 1 100 d. v. s. 28 resp. 65 procent av samtliga vårdtagare. De sinnessjuka utgjorde 11 procent av antalet på de egentliga ålderdomshemmen och 15 procent av vårdtagarna på icke godkända sjukavdelningar. Procentsatsen sinnesslöa var 9 respektive 3 procent.

Enligt läkarnas bedömning ansågos 6 600, d. v. s. 25 procent av vårdtagarna, icke lämpade för vård på ålderdomshem utan i behov av vård på specialanstalt. Dessa utgöra 46 procent av samtliga redovisade sinnesabnorma, kroniskt sjuka och lytesbehäftade på hemmen. På icke godkända sjukavdelningar ansågos 42 procent av vårdtagarna behöva remitteras till specialanstalt. Totalt sett behövde alltså 8 300 vårdtagare vård på annan anstalt

än ålderdomshemmen, 4 060 behövde vård på kronikerhem, 730 på sinnessjukhus, 2 030 på hem för lättskötta sinnessjuka, 1 140 på sinnesslöanstalt och 340 på annan specialanstalt.

Överflyttning av detta klientel från ålderdomshemmen till specialhem är ett förstahandskrav, när det gäller åldringsvården.

D. Alderdomshemsbyggena.

Ute i kommunerna försöker man nu att realisera det av 1947 års riksdag fattade enhälliga principbeslutet om ålderdomsvårdens ordnande. Byggnadsregleringen etc. har dock i stor utsträckning förhindrat nybyggnadsverksamheten. Statsbidragen till byggnadskostnaderna (25—75 %) torde på grund av det försämrade statsfinansiella läget bli betydligt mindre än man räknat med. De enskilda kommunernas andel blir alltså avsevärt större än beräknat. Samtidigt komma driftkostnaderna på ålderdomshemmen att stiga. Redan för år 1950 räknade man på de moderna ålderdomshemmen med 8 kronor per dygn och vårdtagare, en siffra som kanske kommer att stiga till minst 12 kronor. Vårdplatsbehovet beräknas för närvarande till 10 per 1 000 invånare. Kostnaderna för ett modernt ålderdomshem skulle alltså bli avsevärda, och man förstår, om kommunerna, som ju också ha andra socialvårdsutgifter, måste överväga även andra former för ålderdomsvården.

E. Pensionärshem.

Tanken på att ersätta en del av ålderdomshemmen med pensionärshem har redan delvis förverkligats genom byggandet av pensionärsbostäder. Det är en för de gamla mycket gynnsam utformning av bostadsproblemet som därmed kommit till stånd. Många åldringar kunna och vilja reda sig själva, och personalen i dessa hem kan vara obetydlig, men anordningen har också nackdelar. Att sammanföra vissa grupper ur samhället till kategorihus är knappast den riktiga metoden. Åldringarna bära i största möjliga utsträckning få leva kvar i sin vanliga miljö. Rätten till bidrag för pensionärs-lägenheter i vanliga bostadshus enligt 1951 års riksdagsbeslut om bidrag till pensionärs-lägenheter bör därför vidgas. När de gamla bo i pensionärshem, ställas de förr eller senare i regel inför ett akut eller kroniskt vårdbehov, och då kommer i regel också en nödvändig överflyttning från pensionärshemmet till ålderdomshemmet, en omställning och överflyttning, som för de flesta blir både smärtsam och påfrestande. Idén men pensionärshem kan därför icke fullföljas hur långt som helst.

F. Kronikervården.

1951 års riksdag antog enhälligt Kungl. Maj:ts proposition (nr 20) med förslag till lag angående ändring i lagen den 20 december 1940 om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus. Den antagna propositionen inne-

bär, att huvudmannaskapet för kronikervården skall bäras av landstingen. Vården av våra åldringar hänger ju intimt samman med kronikervården. De båda riksdagsbesluten av år 1947 och år 1951 innebära att dessa skilda element av vårdbehövande, som för närvarande bebo ålderdomshemmen, skulle åtskiljas och nya vårdformer skapas. I första hand har man därvid tänkt på kronikervårdens ordnande. År 1944 uppgick antalet vårdplatser för kroniskt sjuka inom landstingens förvaltningsområden till 9,1 ‰ i åldrarna över 65 år. Av dessa funnos 1 865 på av landsting drivna anstalter, 389 på enskilda sjukhem och 2 386 på ålderdomshem eller övriga primärkommunala anstalter. Kronikervården var mycket ojämnt utbyggd i de olika länen. I dessa siffror ingå icke sådana med kroniskt sjuka belagda vårdplatser, som finnas vid lasarett, sjukstugor och ålderdomshem, vilka anses uppgå till 575. Vidare har man beräknat, att minst 1 838 kroniskt sjuka personer befunno sig på icke statsberättigade platser på ålderdomshemmen, varav något över 1 200 på vanlig avdelning. Man har vidare beräknat, att antalet kroniskt sjuka i hela landet uppgår till mellan 20 000—27 000 personer. Sedan 1944 har en icke obetydlig utbyggnad ägt rum. Den 1 juli 1950 utgick driftbidrag till 5 658 platser. Statens sjukhusutredning har funnit antalet befintliga vårdplatser vara 8 000 motsvarande 1,2 ‰ och behovet ligga mellan 2½—3 ‰. Frekvensen av kroniskt sjuka har av sjukhusutredningen uppskattats till 3 å 4 per 1 000 invånare. Avgränsningen av kroniker gentemot vanföra och psykiskt sjuka kommer givetvis att vålla svårigheter.

Med tillfredsställelse bör på detta område observeras den mera kvalificerade vård på vissa specialavdelningar för kroniskt sjuka, som landstingen börjat organisera centralt. Här ges möjlighet till en rationell och effektiv vård under den tid, som behövs för ställande av diagnos och påbörjande av lindrande behandling så att vederbörande skola bli i stånd att överföras till sina hem eller till hem för kroniskt sjuka.

G. Central geriatrik.

I Värmlands län har man sålunda inrättat en klinik vid centrallasarettet i Karlstad omfattande 75 vårdplatser, tänkt som en specialklinik för kroniskt sjuka. Kliniken skall bl. a. vara ett remissjukhus för övriga i länet befintliga anstalter för kroniskt sjuka så att man från dessa skall kunna utvälja sådana patienter som genom en särskilt kvalificerad vård kunna tänkas i mera avsevärd grad vinna bättring. Från kliniken utskrivs patienter endera till sina hem eller för att återgå till de anstalter, varifrån de kommit. Vid kliniken söker man utnyttja ett centrallasarets olika resurser och specialiteter. Inte minst den arbetsterapi, sådan den bl. a. utprövas på dessa specialavdelningar, torde få betraktas såsom ett speciellt vapen i kampen mot den hopplöshet som lätt griper den kroniskt sjuke.

H. De sinnessjuka.

Hur man inom en ej alltför avläsen framtid skall kunna ordna med lämpliga vårdanstalter för lindrigt sinnessjuka är inte lätt att se för närvarande. För varje år få sinnessjukhusen ta emot ett allt större antal åldringar, som drabbats av långtgående senilitet. Medicinalstyrelsens statistiker ha beräknat, att antalet patienter på de statliga sinnessjukhusen i åldern 65 år och därutöver kommer att växa under åren 1950—1965 från i runt tal 3 900 till upp emot 5 500, vilket innebär, att 70 % av den kommande patienttillväxten skulle utgöras av åldringar, där behandlingar icke kunna väntas ge något resultat.

Frågan om sinnessjukvårdens utbyggnad har emellertid avancerat, och ett nytt sinnessjukhus i södra Sverige med ett betydande antal platser kommer att medföra vissa lättnader av vårdplatsbehovet. Om det diskuterade nya sinnessjukhus, som därutöver ansetts böra byggas i västra Sverige, också kommer till stånd inom rimlig tid, skulle ett betydande antal sinnessjuka kunna flyttas över från andra vårdinrättningar. Här torde föreligga möjligheter att undan för undan flytta över en del av sinnessjukklientelet från ålderdomshemmen och därmed frigöra ett antal platser för verkliga åldringar. Detta framtidsperspektiv bör uppmärksammas när det gäller nybyggnadsplaner för åldringsvårdens behov, speciellt då det är fråga om ålderdomshemmens utbyggnad och modernisering, ett spörsmål som blivit aktuellt i anslutning till kommunindelningen.

I. Behovet av vårdpersonal.

Vid 1947 års riksdag fattades ett principbeslut om ålderdomshemvårdens framtida planering. Utöver detta viktiga framsteg, som betydde att vissa riktlinjer i stort drogos upp för åldringsvårdens utveckling, tillkommer emellertid ett problem, som ännu icke är löst och vars lösande torde bereda mycket stora svårigheter: arbetskraftsförsörjningen. Vi befinna oss i en epok med överfull sysselsättning och brist på arbetskraft på snart sagt de flesta områden, inte minst inom sjuk- och åldringsvården. Samtidigt ökar antalet vårdbehövande. Inom en relativt snar framtid kommer det att finnas endast tre till fyra produktiva personer på varje vårdtagare. I partimotioner (I:70 och II:73) anfördes från vårt håll redan 1949 att arbetskraftsbehovet på olika områden skulle komma att bli kritiskt. Sjuksköterske- och annan vårdpersonal beräknades sålunda ha ett årligt rekryteringsbehov av 5 300 — en mycket hög siffra i jämförelse med siffrorna för de årskullar, som skulle komma att lämna skolorna under följande år. Den utredning, som i motionen föreslogs för att samordna socialvården, skulle också uppmärksamma personalfrågan, och den nu sittande 1949 års arbetskraftsutredning skall närmare utreda problemet om hur man skall kunna trygga arbetskraften på olika områden av den statliga och kommunala sektorn av arbetsmarknaden. Den torde redan ha funnit, att problemet är mycket svårlöst.

Allteftersom socialvården byggs ut i enlighet med redan fattade principbeslut, kommer arbetskraften att bli allt otillräckligare.

Vid en hastig överblick av den gigantiska upprustning, som pågår över hela det sociala fältet, och över de vårdproblem, som kvarstå för en lång rad bortglömda eller eftersatta grupper, frågar man sig ovillkorligen: varifrån skall arbetskraften tagas? Denna fråga är inte minst viktig — det är i själva verket kanske den, som en gång kommer att bli svårast att lösa och följaktligen kräver en långsiktig planering redan nu. Planeringen är icke så mycket beroende på ekonomiska faktorer som på de personalresurser som i verkligheten komma att finnas disponibla i framtiden.

Viss arbetskraftsreserv finns bl. a. i åldersgruppen 40—60 år, och härifrån, delvis i samarbete med Svenska röda korset och andra frivilliga hjälporganisationer, skulle kanske en icke obetydlig hjälp kunna fås. Erinras bör också om det s. k. Lindesbergsexperimentet med frivillig insats i socialt arbete. Medlemmar av olika politiska kvinnoföreningar, husmodersföreningen, lottorna, Röda korset etc. ha bildat en frivillig kår för hemhjälp vid sjukdom. Resultatet har varit mycket gott. Örebro stad har nyligen tillsatt två socialvårdssystrar med huvudsaklig uppgift att biträda åldringar i det vardagliga arbetet, så länge dessa bo kvar i sina bostäder och kunna avstå från ständig vård på ålderdomshem. I Uppsala har man positiva erfarenheter av »hemsamariterna», kvinnor med husmorskvalifikationer och vilja att hjälpa åldringar och sjuka i hemmen.

När det gäller arbetskraftsproblemet kommer man också oundvikligen in på frågan om de kvalifikationskrav man skall ställa på personal av olika kategorier. En rationalisering synes här kunna ske utan förfång för vårdens kvalitet. Enklare göromål böra i viss utsträckning kunna anförtros personal med lägre kvalifikationer. Av det som ovan nämnts framgår, att erfarenheter redan finnas från olika platser och av olika initiativ, och dessa erfarenheter torde kunna bilda underlag för nya ståndpunktstaganden inom en åldersvårdsutredning.

J. Hemvård.

Vården av gamla och sjuka i hemmen har tidigare delvis omhänderhaft av bl. a. diakonissor, församlingssystrar och slumsystrar. Deras insatser torde vara alltför väl kända för att behöva rekapituleras i detta sammanhang. Det torde vara tillräckligt att betona att de fortfarande göra en insats på detta område, som är av högsta kvalitet och på ett utmärkt sätt kompletterar övriga samhällsorgans sociala verksamhet.

Antalet personer, som äro sysselsatta inom sjukvård, torde i dag uppgå till nära 50 000 med ett lönekonto på minst 325 miljoner kronor per år. Det är säkerligen mer ekonomiskt (även ur arbetskraftssynpunkt) att utbygga den sociala hemhjälpverksamheten och psykologiskt mer lämpligt för åldringarnas del än att bygga stora och dyrbara ålderdomshem. Redan

nu är ålderdomsförsörjningen vår tyngsta socialpolitiska börda, och den blir tyngre för vart år som går. Att någorlunda krya åldringar få hjälp på annat sätt än genom anstaltsvård är både mer humant och för kommunerna mera ekonomiskt. Hjälp och tillsyn i hemmet av frivilliga hjälporganisationer krävas liksom anställda hemvårdarinnor, som speciellt få ägna sig åt åldringar i deras hem. Vård i enskilda hem, hemvård, är en utväg, som borde kunna lösa en del av problemet.

I viss utsträckning skulle vårdhem kunna utbytas mot hemvård. På initiativ av Röda korsets distriktsstyrelse i Uppsala började man där för något år sedan en hjälporganisation för gamla, vilken baserades på frivillig hjälp. I samarbete med olika ideella föreningar fick man fram hembesökare, som åtog sig att regelbundet besöka ett antal gamla för att hjälpa dessa med olika förekommande sysslor. Man ordnade också mattjänst. Gamla, som icke orkade laga sin mat själva, kunde få denna hemsänd till billigt pris. Det var här fråga om en arbetskraft, som inte behövde annan kunskap än vad en erfaren husmor redan har. Rekryteringen kunde alltså ske snabbt. Man fick fram arbetskraft, som inte var anmäld på arbetsförmedlingen, men som var välkommen hos de gamla.

Den sociala hemhjälpssyftningen (hemvårdarinnorna) har blivit av stor betydelse även för åldringarna, och många ha på denna väg erhållit vård och hjälp i hemmet. Denna hjälp kan dock jämlikt gällande bestämmelser endast bli av tillfällig natur och får som regel icke beviljas utöver ett par veckor i följd. Hemvårdarinnorna kunna alltså hjälpa en åldring, som på grund av tillfälligt nedsatta krafter behöver hjälp under en kortare tid, men de kunna icke tillgodose ett konstant hjälpbehov.

Fattigvårdsstyrelsen och hemhjälpnämnden i Örebro ha kommit till den uppfattningen, att staden borde anställa ett par personer med speciell uppgift att bistå åldringar, som bo kvar i sina hem. De båda socialvårdsorganen voro eniga om att denna nya verksamhet lämpligen borde handhas av fattigvårdsstyrelsen, som redan hade hand om den slutna åldringsvården, och att de nya befattningshavarna borde få titeln socialvårdssyster.

Meningen är, att socialvårdssystrarna skola få var sin hälft av staden som arbetsområde. Envar av dem skall ha ansvaret för tillsynen av åldringar inom sitt område. Hon skall besöka de gamla, då detta av en eller annan anledning synes påkallat, och göra sig underrättad om det föreliggande hjälpbehovets art och omfattning. I den mån hon själv kan avhjälpa behovet skall hon göra detta, och eljest skall hon söka förmedla annan hjälp. Mången gång torde det vara tillräckligt att socialvårdssystemen går ett ärende åt vederbörande, lagar ett mål mat, diskar, städar ett rum, bäddar sängen, tvättar några plagg, bär in ved eller dylikt. Visar det sig, att de behöva daglig hjälp med de flesta av dessa sysslor, torde det dock bli nödvändigt för socialvårdssystemen att söka förmedla annan arbetskraft, i den mån det blir omöjligt för henne att hinna se till alla hjälpbehövande åldringar.

Folkpensioneringen gör det givetvis lättare att ordna hemvården. Inga gamla behöva nu känna sig så ekonomiskt utblottade som de tidigare gjorde. De behöva icke på samma sätt som förr känna sig ligga de anhöriga till last. Många gånger blir det också lättare för barnen att ha de gamla hos sig. Statsbidrag till familjevård av sinnesslöa har utgått sedan 1915. Att man inte är främmande för sådana bidrag även till åldringsvården har framgått av socialministerns uttalanden i samband med anslagen till den sociala hemhjälpssverksamheten för innevarande budgetår.

En utökad hemvård skulle säkerligen hälsas med tillfredsställelse av många åldringar, och åtgärderna måste även nedbringa vårdkostnaderna. Ålderdomshemmen behövde då ej mottaga andra än verkligt orkeslösa, och behovet av vårdplatser skulle sjunka. Många kommuner kunde reda sig med de ålderdomshem de för närvarande ha. Ett och annat skulle kanske t. o. m. kunna efter eventuella ändringar tagas i bruk för andra ändamål, exempelvis kronikervård.

K. Hemvård och bostadssvårigheter.

En annan aspekt på hemvårdsproblemet förtjänar också att tagas upp till behandling: frågan om byggnadsregleringens inverkan på hemmens vårdmöjligheter. Det förekommer icke sällan att anförvanter önska taga hand om äldre släktingar, som icke längre kunna leva ensamma utan tillsyn. Framför allt gäller detta landsbygden. Under nu gällande byggnadsreglering ter det sig emellertid alltför besvärligt och komplicerat, för att inte säga nästan omöjligt, att låta inreda extra utrymmen för äldre släktingar i hemmen och på gårdarna. Det är inte ovanligt att i landsbygdens äldre bostadshus finnas utrymmen, som kunna inredas till bostadsrum. Det är troligt att man här skulle kunna inreda bostadsrum för gamla liksom i nu befintliga rum, som emellertid behöva inredas med tillfredsställande uppvärmningsanordningar, toalett etc. Här skulle en viss del av ålderdomshemsklientelet få plats, om byggnadsregleringen och svårigheterna med byggnadstillstånd icke stode hindrande i vägen. Det är icke bara anförvanter som på detta sätt skulle kunna komma i åtnjutande av hemvård. Även andra åldringar kunde träffa överenskommelser på eget initiativ eller genom kommunens förmedling om inackordering i dylika hem. Även om den avlastning som härigenom kan tänkas ske icke blir av någon större omfattning, bör denna möjlighet utredas, och lättnader skapas för dem, som äro villiga att ta hand om gamla i sina hem.

L. Aldringsterapi.

Under de senaste åren har i diskussionen kring åldringsvården också påpekats, att det inte bara är fråga om att få de gamla på ett perfekt hem med förstklassig vård. Det är minst lika viktigt att få dem att känna hem-

känsla, och att inte få bandet med bygd och släkt avklippt. Dessutom måste de få något att sysselsätta sig med, allt efter sina krafter. Den oerhörda omställning det medför att kastas från den egna hemmiljön och in i vårdhemstillvarons stilla sysslolöshet, kan för många bli en katastrof. Den fasta ordningen, den exemplariska hygien, alla de yttre betingelserna, bli ju för många en revolutionerande omställning.

Det bör vara en självklar sak, att gamla med bibehållen arbetskraft skola få hjälpa till inom hemmen med arbete, som de äro förtrogna med. De skola inte bara känna sig, utan verkligen vara nyttiga genom att bidra till att lösa arbetskraftsproblemet.

Åldringsterapi inom ålderdomshemmen är likaledes nödvändig. Arbetsutrymmen med behöfliga verktyg böra finnas disponibla för dem som orka och vilja syssla med något praktiskt arbete. Viss handledning och hjälp att avyttra framställda produkter kunna kanske på sina håll behövas, men denna fråga kan lösas på ett ganska enkelt sätt. Arbetsterapiens utformning får icke glömmas bort i en utredning om åldringsvårdens detaljutformning.

M. En nödvändig utredning.

Riksdagens principbeslut av år 1947 angav målsättningen för den framtida anstaltsvården. Ålderdomshemmen skola i framtiden reserveras för och anpassas för åldringar. Ålderdomshemmen avses skola bli inackorderingshem med avgifter så beräknade, att personer utan annan inkomst än folkpensionen skola kunna inackordera sig där. Tillräckligt antal platser måste bli tillgängliga för kroniskt sjuka och sinnesabnorma å specialanstalter. Försörjningsoförmögna personer böra omhändertagas på särskilda hem. Tio platser på åldringshem per ettusen invånare fastslås i principbeslutet vara det behov man bör räkna med. Det beslöts också, att hemmen böra förses med enpersonsrum i långt större utsträckning än hittills.

Nu, fem år senare, efter en intensiv debatt i pressen under flera år, efter upprepade interpellationer och motioner i riksdagen kring åldringsvården och med denna sammanhängande problem, borde tiden vara inne att tillsätta den utredning, som skall undersöka vilka möjligheter vi ha att inom rimlig tid organisera en åldringsvård, som blir vårt samhälle fullt värdig.

Med stöd av vad ovan anförts hemställa vi,

att riksdagen måtte i skrivelse till Kungl. Maj:t hemställa, att Kungl. Maj:t ville utreda och framlägga förslag om åldringsvårdens planläggning och utformning samt därvid beakta de synpunkter som i ovanstående motion blivit berörda.

Stockholm den 25 januari 1952.

Alarik Hagård.

Martin Skoglund.

Jean Braconier.

Carl Östlund.

Märta Boman.

Ernst V. Stazäng.

Karin Wetterström.

Jöns Nilsson.

Elsa Ewerlöf.

Ruth Hellström.

E. Birke.