

## Nr 295

Av herr Heckscher m. fl., angående åldringsvården.

(Lika lydande med motion nr 223 i Första kammaren)

I hela det industrialiserade västerlandet är problemen kring befolkningens åldrande högaktuella. I vårt land är dessa frågor dessutom mera brännande än i flertalet av Europas länder, då här inte endast den ökande medellivslängden ger befolkningsbilden dess karaktär utan även den oroväckande låga nativiteten.

### Befolkningsutvecklingen

#### *Aldringarnas andel av befolkningen*

Under 1930- och 1940-talen förblev andelen personer i åldern 67 år och däröver praktiskt taget oförändrad, omkring 8 % av den totala befolkningen. Därefter steg denna andel för att år 1960 uppgå till 10 %. Enligt föreliggande beräkningar kommer antalet personer i åldersgruppen 67 år och däröver att stiga ytterligare för att år 1980 uppgå till 14,5 % av landets dåvarande befolkning.

Antalet personer i åldern 67 år och däröver utgjorde år 1960 750 000 och kommer enligt beräkningar av statistiska centralbyrån och riksförsäkringsverket att uppgå till 970 000 år 1970, 1 240 000 år 1980 och 1 400 000 år 1990. Senare väntas antalet åldringar sjunka under ett par årtionden för att därefter åter stiga.

Förhållandet mellan antalet personer i aktiv ålder — 16—66 år — och antalet äldre, som år 1960 var 6,6 mot 1, sjunker stadigt till omkring 4 mot 1 år 1990. Betraktar man endast den yrkesverksamma delen av befolkningen blir relationstalen givetvis ännu ogynnsammare. Förhållandet blir då 4,6 yrkesverksamma mot varje person över 67 år år 1960 och omkring 2,7 yrkesverksamma mot var och en över 67 år år 1990.

Det totala antalet medborgare i åldern 70 år och däröver har beräknats uppgå till:

År	Antalet personer i åldersgruppen 70 år och däröver:
1960	562 000
1965	644 000
1970	739 000
1975	847 000
1980	968 000

Den väntade framtida ökningen i de högre åldersgrupperna är sålunda högst betydande.

Utöver denna antalsmässiga ökning är det av väsentlig betydelse att uppmärksamma den fortgående förskjutningen mot allt större grupper i de högre åldrarna.

Ökningstakten i de högre åldersgrupperna är såsom framgår av följande tabell avsevärt större än den genomsnittliga ökningen (tabell 13, SOU 1963: 47, s. 24).

*Ökningen av antalet personer, fyllda 70 år, i olika åldersklasser 1960—1980*

Åldersklass	Ökningen (1 000-tal) i åldersklassen mellan åren				Ökning i % 1960—1980
	1960—65	1965—70	1970—75	1975—80	
70—74 år .....	29	36	40	42	58
75—79 » .....	26	26	33	36	71
80—84 » .....	15	19	20	26	84
85—89 » .....	10	8	11	13	117
90—94 » .....	3	3	4	4	175
95—w » .....	—	1	1	—	—
Summa	83	93	109	121	72

För exempelvis åldersgruppen 85 år och äldre innebär utvecklingen en ökning i absoluta tal från 45 000 år 1960 till 103 000 år 1980, en merökning för denna åldersgrupp i förhållande till den proportionella andelen av ökningen i samtliga grupper över 70 år med inte mindre än 26 000 personer.

Beräkningarna rörande pensionärernas andel av den totala befolkningen ger närmast ett mått på samhällets möjligheter att ge dessa delaktighet i kommande standardhöjningar, under det att beräkningarna rörande fördelningen i åldersgrupper närmast ger en bild av vårdbehovet.

#### Utredningar i åldringsvårdsfrågorna

Åldringsvårdsfrågorna har under de senaste åren behandlats av ett flertal offentliga utredningar. Sålunda avlämnade socialvårdskommittén år 1946 ett betänkande och tio år senare kom 1952 års åldringsvårdsutredning. Den senare följdes året därpå, 1957, av en proposition.

I december 1960 erhöll en ny kommitté, socialpolitiska kommittén, i uppdrag att kartlägga åldringsvården och komma med förslag i anslutning därtill. Kartläggningen har nu verkställts och redovisas i ett betänkande »Åldringsvårdens läge» (SOU 1963: 47).

Mellan 1957 års riksdagsbeslut i åldringsvårdsfrågorna och tillsättandet av socialpolitiska kommittén har en rad utredningar utförts eller igångsatts på skilda områden med direkt eller indirekt anknytning till åldringsvården.

Även om sålunda ett stort antal utredningar verkställts rörande åldrings-

vården måste man konstatera, att de ej lett till sådana resultat att åldringsvårdsfrågorna fått en tillfredsställande lösning. Genom utredningarna kan man dock få en rad betydelsefulla upplysningar och en överblick över det aktuella läget inom åldringsvården. Vissa sammanfattande synpunkter och fakta från dessa utredningar kan det därför vara av intresse att här redovisa.

#### **Det dagsaktuella läget inom åldringsvården**

Dagens åldringsvård kännetecknas av betydande brister och eftersläpningar. Dessa brister är koncentrerade till vissa sektorer av åldringsvården, men genom sin omfattning har de kommit att direkt och indirekt påverka praktiskt taget hela vårdområdet. Den betydelsefulla utveckling som kunnat registreras inom den öppna åldringsvården under de senaste åren ändrar ej detta faktum.

De föreliggande bristerna kan sammanfattas på följande sätt:

- a) Bristen på vårdplatser inom den slutna vården, särskilt inom långtidssjukvården.
- b) Bristen på adekvat vård som en följd av ovannämnda brist på vårdplatser.
- c) Stora skillnader i vårdstandard och vårdresurser från kommun till kommun, såväl i fråga om primär- som sekundärkommunerna.
- d) Forskningens undantagsställning.

#### **De aktuella bristerna inom den slutna åldringsvården**

##### *Långtidssjukvården*

En påtaglig eftersläpning i förhållande till de aktuella vårdbehoven föreligger främst inom långtidssjukvården och inom mentalsjukvården. Mot en aktuell tillgång på totalt ca 15 500 vårdplatser för långvarigt kroppssjuka på institutioner drivna av landstingen och de landstingsfria städerna, 4 000 platser på kommunala sjukhem och 1 500 platser på enskilda sjukhem, d. v. s. sammanlagt ca 21 000 vårdplatser, svarar ett behov på ca 34 000 vårdplatser enligt läkarprognosutredningens beräkningar. Enligt denna utredning föreligger det med andra ord f. n. ett underskott på ca 13 000 vårdplatser inom långtidssjukvården. Det bör särskilt understrykas att den beräkningsgrund som läkarprognosutredningen använt sig av ansetts svara mot ett minimibehov. Skulle samtliga långtidssjuka åldringar beredas plats inom den offentliga långtidssjukvården skulle man enligt föreliggande samstämmiga utredningar, bl. a. Berfenstam-Hedqvists undersökning 1961 inom Uppsala län behöva räkna med ett totalt vårdplatsantal på mellan 40 000 och 45 000, alltså en brist på minst 20 000 platser.

##### **Mentalsjukvården**

Även inom mentalsjukvården råder f. n. en påtaglig eftersläpning. Företagna inventeringar visar att ett stort behov av avlastning av mentalsjuka åldringar från akutsjukvården, långtidssjukvården, och inte minst från

1\* --- *Bihang till riksdagens protokoll 1964. 4 saml. Nr 295*

ålderdomshemmen föreligger. Inom den senare vårdformen förekommer en stor grupp åldringar, vilka har ansetts ha sådana anpassningssvårigheter på grund av senil demens, endogen psykos resp. annan psykisk rubbning att de borde erhålla mentalsjukvård, i regel på mentalsjukhem.

Vissa punktundersökningar på detta område har utförts under de senaste åren. Bl. a. företog Stockholms socialförvaltning en inventering 1959 av ca 3 000 gäster vid sina hem. Av dessa krävde ca 20 procent mentalvård i skilda former.

Den av Berfenstam-Hedqvist 1961 genomförda undersökningen inom Uppsala län visar att av 824 gäster på ålderdomshemmen var 113 (senil demens) i behov av vård på mentalsjukhem, dvs. ca 13 procent. Samtidigt var 77 fall av senil demens kända såsom hemvårdsfall.

#### **Behovet av adekvat vård**

Utförda patientinventeringar inom åldringsvårdens olika vårdformer har visat att ett förhållandevis stort antal åldringar borde erhålla vård inom annan vårdform. Omfattningen av dessa »felplaceringar» är svår att mera exakt ange och blir ytterst beroende av de definitioner och gränsdragningar som göres i samband med resp. undersökning. Föreliggande undersökningar varierar också starkt.

Ålderdomshemmen synes vara den vårdform inom vilken bristen på adekvat vård är mest markerad. Socialpolitiska kommittén anger i sitt betänkande »Åldringsvårdens läge» att omkring 8 procent av ålderdomshemmens gäster borde erhålla vård inom annan vårdform. Andra undersökningar visar avsevärt högre procenttal. Bland dessa kan nämnas undersökningar företagna av Stockholms stad och Uppsala läns landsting. En nyligen redovisad undersökning inom socialstyrelsen visar att  $\frac{1}{8}$  av ålderdomshemmens gäster är så svårt sjuka att de borde erhålla kvalificerad sjukvård inom akutsjukvården, långtidssjukvården eller mentalsjukvården.

Den sjukvård, utöver hemsjukvård, som kan lämnas på ålderdomshemmen är i det övervägande antalet fall inte tillfredsställande. Ålderdomshemmen är ej inrättade för tung sjukvård och personalen är otillräcklig och saknar utbildning för denna typ av vård. Särskild uppmärksamhet kräver i detta sammanhang vården av den mycket stora gruppen mentalsjuka såsom visats ovan.

#### **Den öppna vården**

Även om den aktuella eftersläpningen inom åldringsvården synes mest påtaglig och iögonenfallande inom den slutna vården, främst långtidssjukvården, kan man dock visa på eftersläpningar även inom den öppna vården. Efter en period av snabb expansion tenderar sålunda hemvårdarinnerksamheten att stagnera. Hemsamaritverksamheten, som komplette-

rat hemvårdarinneverksamheten, har i många fall erhållit en föredömlig utformning. I en rad kommuner (ca 20 %) saknas emellertid hemsamaritorganisationen helt, i andra är den ännu outvecklad. Den öppna åldringsvårdens kanske mest karakteristiska drag är i övrigt bristen på en fast och enhetlig organisation. Samtidigt har emellertid en mångfasetterad försöks- och experimentverksamhet — ofta igångsatt på enskilt initiativ — givit erfarenheter för den fortsatta utvecklingen.

### **Brist på planering och samordning**

Orsakerna till den allvarliga eftersläpning som f. n. råder, främst inom den slutna vården, är flera. En felbedömning och underskattning har sålunda skett av den takt med vilken de högre åldersgrupperna ökar. Därtill kommer att den ekonomiska utvecklingen och den därmed följande standardökningen, den pågående urbaniseringen och den enskildes alltmera ökade krav på samhällets resurser har ökat det totala vårdbehovet på ett sätt som överraskat de myndigheter, som haft att svara för planeringen på detta område.

### **Forskningen**

Den geriatriska och gerontologiska forskningen har hittills haft begränsade resurser. Det ställer sig givetvis svårt att såväl inom som utom den vetenskapliga forskningen verkställa graderingar av skilda forskningsuppgifters angelägenhet. Det kan — utifrån vissa utgångspunkter — vara motiverat att såsom skett ge den geriatriska och gerontologiska forskningen lägre prioritet än andra medicinska och socialmedicinska forskningsgrenar. Det förefaller emellertid riktigt att i detta sammanhang peka på åldringsforskningens betydelse ur samhällelig och inte minst samhällsekonomisk synpunkt. Få forskningsområden synes kunna ge en bättre utdelning på investerade medel.

### **Eftersläpningen måste hävas**

Det har av flera skäl synts oss angeläget att på ovanstående sätt redovisa den aktuella eftersläpningen inom åldringsvården. Eftersläpningens storlek ger i och för sig anledning nog för en dylik redovisning. Därtill kommer emellertid det faktum att även efter det att eftersläpningen — om än ej i dess hela vidd — konstaterats, bl. a. i ett flertal utredningar under de allra senaste åren, har någon större utbyggnad på de trånga sektorerna inom åldringsvården ej kunnat registreras. Tvärtom måste man konstatera att den utbyggnad som skett under de allra senaste åren ej ens svarat mot det behov som ökningen av antalet åldringar kräver.

Under tiden april 1962—oktober 1963, dvs. under ett och ett halvt år, tillkom sålunda endast 1 500 vårdplatser inom långtidssjukvården, motsvarande ett årligt bruttotillskott på 1 000 vårdplatser. Till en del är dessa

platser ersättningsplatser för äldre platser i det befintliga platsbeståndet. Enligt de ovan redovisade beräkningarna för minimibehovet av vårdplatser inom långtidsvården skulle det ha erfordrats ett årligt nettotillskott på minst 1 200 platser för att motsvara det årligen tillkommande behovet av vårdplatser. Eftersläpningen i detta hänseende har alltså blivit större även under de allra senaste åren, då denna fråga dock varit föremål för stor uppmärksamhet. Socialpolitiska kommittén har i detta avseende framställt vissa förslag om statligt stöd till landstingen för en utbyggnad av långtidsvården. Vi hälsar dessa förslag med stor tillfredsställelse och förväntar att regeringen skyndsamt vidtager åtgärder i anledning härav.

#### Fastställande av vårdbehovet

Vårdbehovet är mycket svårt att fastställa. Befolkningsutvecklingen, som skisserats ovan, påverkar givetvis vårdbehovet. Människor i mycket hög ålder har ett större behov av vård än människor i lägre åldrar. När antalet medborgare i högre åldersgrupper ökar, ökar de berättigade vårdanspråk som kan ställas på samhället.

Urbaniseringen försvårar och förhindrar ofta den yngre generationens möjligheter att på olika sätt taga hand om och hålla en regelbunden kontakt med de äldre.

Bostadsläget är en annan faktor av dominerande betydelse. En undermålig bostad konstituerar ett tidigare vårdbehov. 650 000, 85 %, av åldringarna bor i egna bostäder, som i förhållandevis stor utsträckning är mindre lämpade för äldre personer. 130 000 av dessa saknar vatten och/eller avlopp samt övriga bekvämligheter i bostaden. Ytterligare 105 000 åldringar saknar wc. De ca 70 000 personer, som varje år tillföres åldringsgruppen, har emellertid en jämförelsevis högre bostadsstandard, vilket successivt kommer att i positiv riktning påverka åldringarnas bostadsfråga med de direkta och indirekta verkningar på vårdbehovet detta medför.

Gör man en jämförelse mellan länen, resp. mellan kommunerna i fråga om tillgängliga resurser för att tillmötesgå vårdbehovet, finner man stora variationer. För exempelvis institutionsvården på ålderdomshem och sjukhem föreligger variationer mellan länen på ett tiotal procent. Än större skillnader föreligger kommunerna emellan. Även om läget inom andra vårdformer spelar in — stor kapacitet inom en vårdform kan kompensera en mindre kapacitet inom en annan form — står det klart att i län och kommuner med låga eller genomsnittliga resurser finns latent vårdbehov som vid utökade resurser snabbt skulle komma att tagas i anspråk.

Bortsett från de åldringar, som måste erhålla vård inom akutsjukvården resp. mentalsjukvården kan följande personer anses vara i behov av vård: de som på grund av långvarig sjukdom, invaliditet eller ålderdom ej kan klara av sin dagliga tillvaro och omvårdnaden om sin egen person utan ständig eller nästan ständig hjälp och tillsyn.

Antalet personer, som faller inom denna ram kan statistiskt fastställas för varje åldersgrupp. En sådan beräkning ger det optimala vårdbehovet vid tidpunkten för undersökningen. Detta vårdbehov är emellertid ej lika med de vårdanspråk, som ställes på samhället. En viss del av de vårdbehövande önskar och kan också erhålla erforderlig hjälp i hemmet med familjemedlem eller annan som vårdare.

Fördelningen mellan skilda vårdformer, ålderdomshem, hem för långtids-sjuka, mentalsjukhem osv., kräver i sin tur särskilda definitioner och normer. Härvid kan i första hand hänvisas till Berfenstam-Hedqvists undersökning från Uppsala läns landsting (s. 21).

1. Den primära bedömningsgrunden för vårdbehovet måste vara åldringens kondition som helhet, såväl psykiskt som fysiskt. En eller flera sjukdomsdiagnoser har i sig icke nödvändigtvis avgörande betydelse.

2. För att vårdbehov skall anses föreligga, måste konditionsnedsättningen ha nått en sådan grad, att åldringen ej längre utan risk för sin hälsa kan fortsätta att sköta sig själv i hemmet.

3. Såsom ålderdomshemsfall registreras pensionärer, vilkas vårdbehov enligt 2. är klarlagt, men vilkas fysiska och psykiska kondition ej är sämre, än att de kan klå sig, äta (i regel förflytta sig till gemensam matsal) samt själva sköta den personliga hygien. Behov av viss tillsyn och hjälp i dessa avseenden måste dock kunna tillgodoses på ett ålderdomshem. Ett för medpatienterna störande uppträdande kvalificerar för andra vårdformer. En måttlig (när-)minnesnedsättning är tolerabel, men inte en desorientering, som har störande konsekvenser.

4. Såsom kronikerhemsfall registreras organiskt sjuka, vilkas sjukdom medför en så höggradig nedsättning av krafter och rörelseförmåga, att den sjuke sannolikt för lång tid är oförmögen att sköta sig själv och sina personliga angelägenheter, men där sjukdomen ej medför psykiska symtom av sådan art, att mentalsjukvård kräves. Episodiska försämringar av konditionen t. ex. vid akuta infektionssjukdomar och dylikt, där försämringen icke når allvarigare grad, än att den sjuke kan skötas med en god hem-sjukvårds resurser under begränsad tid, kvalificerar icke för vård på kronikerhem.

5. Såsom senilavdelningsfall registreras sådana gamla sjuka, som uppfyller kraven på kronikervård, men vilkas symtom huvudsakligen ligger inom den psykiska sfären och orsakas av senil demens, arteriosclerosis cerebri etc. Hit hänföres de fall, vilkas symtom nått sådan grad, att de oroar medpatienter på ålderdomshem och hem för långvarigt kroppssjuka eller blir en för stor belastning för vårdpersonalen. De avancerat senilmenta där sjukdomsbilden medför, att patienten är mera allvarligt störande (grov nedsmutsning, höggradig oro framför allt på natten, skrik etc.) hänföres till en särskild grupp, störande senila.

#### Fortlöpande förändring av vårdbehovsbegreppet

Utöver svårigheten att med någorlunda säkerhet framräkna tillväxten inom de högre åldersgrupperna för perioden fram till 1980, tillkommer svårigheten att beräkna den del av det optimala latent vårdbehovet, som kommer att ställa krav på samhällets vårdresurser. Till följd av utvecklingen

på skilda områden inom samhället, bl. a. den fortskridande urbaniseringen, det ökande antalet förvärvsarbetande kvinnor, förändringarna i bostadsstrukturen, vilka leder till att allt färre åldringar kommer att ha möjlighet att erhålla vård i hemmet av anhöriga eller andra närstående, kommer större anspråk successivt att ställas på samhället. Därtill kommer att den medicinska forskningen kan förväntas göra nya landvinningar även i fortsättningen, med därav följande ökade behov av vård. Om kraften och snabbheten i förändringarna på detta område ger efterkrigstidens utveckling goda exempel.

#### Beräkningsgrunder för framräkning av vårdbehovet

Hittills verkställda undersökningar visar från varandra mycket skiftande resultat av det optimala vårdbehov som i dagens läge krävs. Enbart för långtidssjukvården — uttryckt i antalet platser för långtidsvård för år 1962 — varierar bedömningen enligt följande:

Platsbehov exkl. personer med hemsjukvårdsbidrag enl. socialpolitiska kommittén	ca 22 300
» inkl. personer med hemsjukvårdsbidrag enl. socialpolitiska kommittén	» 30 000
» enligt läkarprognosutredningen	» 34 000
» A. Grönblads Malmö-undersökning resp. Uppsala läns landstingsundersökning (dess maximiberäkn.)	40 à 45 000

Man måste givetvis förutsätta att det föreligger stora skillnader i de definitioner, som de olika undersökningarna grundar sig på. För en utomstående bedömare förefaller dock spridningen i uppfattningen om vårdbehovets storlek alltför stor. Det synes därför nödvändigt att kommande prognoser grundas på klara och entydiga definitioner av begreppen vård och vårdbehov.

#### Den institutionella vården

Långtidssjukvårdens bristande vårdresurser framstår som en åldringsvårdens återvändsgränd. Denna brist medför en låsning på praktiskt taget alla åldringsvårdens områden.

För primärkommunernas del har detta förhållande medfört att dessa, i första hand inom ramen för ålderdomshemmen, tvingats lösa vårdfrågorna för de sjuka åldringar, som ej kunnat omhändertagas av sekundärkommunerna. »Att primärkommunerna på detta sätt verkligen har ett tvingande sistahandsansvar framgår av § 18 lagen den 4 januari 1956 om socialhjälp, som ålägger kommun att anordna och driva hem för åldringar och andra personer, vilka är i behov av vård eller tillsyn som icke eljest tillgodoses.»

(ÖHS-kommittén: Sjukhus och öppen vård, SOU 1963: 21.) Var sjunde av ålderdomshemmens gäster hör f. n. till denna kategori. Därutöver måste man räkna med att åtskilliga åldringar, vilka, medan de väntar på att er-



hålla erforderlig slutenvård, återfinns bland dem som hemvårdarinnor och hemsamariter ägnar sina krafter.

Primärkommunerna har för att lösa detta problem — som egentligen ej är deras — börjat förse ålderdomshemmen med sjukavdelningar för långtidsvård. Detta avspeglas bl. a. i de investeringar som kommunerna under de senaste åren har gjort i ålderdomshem. Byggnadskostnaderna under åren 1959—1961 beräknades till drygt 60 miljoner kronor per år. Samtidigt investerades i hem för långtidssjuka omkring 20 miljoner kronor.

Denna utveckling har lett till en snedvridning av vårdresursernas fördelning mellan ålderdomshem och långtidssjukvård. Detta förhållande belyses av att de tillgängliga resurserna totalt uppgår till 99 vårdplatser per 1 000 personer i åldern 70 år och däröver, vilka fördelas med 66 platser på ålderdomshem och 33 inom långtidssjukvården, medan det framräknade behovet inom den senare vårdformen ligger mellan 50 och 75 och behovet av ålderdomshemplatser på ca 50. Därtill kommer att den sjukvård, som kan lämnas på ålderdomshem, till följd av brister i vårdutrustning och inredning samt inte minst till följd av bristen på kvalificerad sjukvårdspersonal måste betecknas som ej likvärdig den som lämnas på akutsjukhusens geriatriska avdelningar och på hem för långtidssjuka.

I detta sammanhang finns det också anledning att beakta de stora kvalitativa skillnader som föreligger ålderdomshemmen emellan. Det är skillnader som inte enbart kan hänföras till skillnader i ålder mellan hemmen. Även till synes självklara krav på viss minimistandard i fråga om inredning och utrustning har många gånger ej uppfyllts.

### Planering och samordning

Åldringsvården i dess vidare bemärkelse har ett mycket omfattande verksamhetsfält i dagens samhälle. Dess uppgifter kommer att växa i takt med det ökande antalet åldringar och med den förväntade utvecklingen på bl. a. det medicinska men också det ekonomiska området under de närmast framförliggande decennierna. Denna ökning av kravet på samhällets vårdresurser kommer att ske under en period då man måste räkna med stor knapphet på vårdpersonal. De vid varje tillfälle till buds stående personella resurserna måste därför tillvaratagas så att största möjliga vårdbehov täckes. Även de ekonomiska resurser, som — i konkurrens med övriga behov inom samhället — kommer att ställas till åldringsvårdens förfogande måste utnyttjas på bästa sätt. Det kräves såväl en totalplanering för hela åldringsvården som en detaljplanering för den enskilde huvudmannen om felinvesteringar skall undvikas. Såsom ett grundläggande krav står också en successiv utjämning av de kvalitativa och kvantitativa skillnader inom åldringsvården, som f. n. råder mellan de olika områdena.

För att i framtiden nå ett så högt utnyttjande som möjligt av tillgängliga resurser och för att undvika felinvesteringar krävs en långsiktig planering

för hela åldringsvården. En central myndighet, medicinalstyrelsen, bör få till uppgift att fortlöpande följa befolkningsutveckling, åldringsforskning, utveckling av vårdformerna och vårdbehovet, dvs. åldringsvårdens kvalitativa och kvantitativa utveckling. Samtidigt bör denna centrala myndighet följa upp frågor, som gäller samordning mellan olika huvudmän samt samordning huvudmännen emellan inom resp. huvudmannagrupp.

Utvecklingen inom åldringsvårdens skilda vårdformer — öppen och slutna vård

#### *Utvidgning av begreppet öppen vård*

Den öppna vården utvecklades snabbt under 1950-talet. Otillräcklig kapacitet inom den slutna vården pressade fram bl. a. en utökning av hemvårdarinnornas arbetsområde så att detta också kom att omfatta åldringarna. Parallellt härmed startades på enskilt initiativ enligt engelsk förebild hem-samaritverksamhet, vilken erhållit en mycket snabb utbredning. Samtidigt har andra hjälpformer prövats, vilka emellertid till stor del ännu bär prägel av försöksverksamhet. Till denna del av den öppna vården kan också räknas de åtgärder, som vidtagits på bostadsområdet, främst en ökad utbyggnad av pensionärshem och pensionärsbostäder.

Behovet av öppen vård synes omätligt. Några försök att beräkna vårdbehovet inom denna sektor har ej gjorts. Härför fordras bl. a. att man försöker finna gränserna för den öppna vårdens möjligheter ur bl. a. social och medicinsk vårdsynpunkt. Den öppna vården har hittills främst konstituerats av en fortlöpande brist på vårdplatser inom den slutna vårdens olika vårdformer. De hittills vunna erfarenheterna har visat på den öppna vårdens stora möjligheter att för stora grupper åldringar flytta fram den tidpunkt då det ställer sig nödvändigt med slutna vård.

#### **Förflyttning av det kvalificerade vårdbehovet**

Det måste ligga såväl i den enskildes som i samhällets intresse att så länge som möjligt uppskjuta den tidpunkt, då slutna vård erfordras. Både den enskilde och samhället bör därför målmedvetet inrikta sina strävanden på att uppnå en dylik framflyttning av det kvalificerade vårdbehovet. Den princip för åldringsvården, som hittills gällt — att åldringsvården i olika former skall svara för de akuta hjälp- och vårdbehov som uppstår — måste i framtiden kompletteras med principen om en förebyggande åldringsvård. Den åldrande människans hjälp- och vårdbehov stiger — även vid normal psykisk och fysisk sundhet — med stigande ålder. Med förhållandevis ringa hjälpinsatser kombinerat med möjlighet till temporär vård kan emellertid den tidpunkt då kvalificerad vård erfordras uppskjutas i betydande utsträckning. Sett ur den enskildes synpunkt föreligger i regel en mycket bestämd önskan att så länge som möjligt få stanna kvar i det egna hemmet. Eu önskan, som inte enbart är förstället utan också ur social, psykologisk

och inte minst medicinsk synpunkt innebär de bästa förutsättningarna för ett bibehållande av god fysisk och psykisk kondition.

Samhället i sin tur har också mycket att vinna härpå. Trycket på redan hårt ansträngda resurser inom den slutna vården blir mindre. Mindre kvalificerade och ej lika dyrbara vårdformer ersätter kvalificerade och mera dyrbara vårdformer. Vårdpersonalen, särskilt den bättre utbildade, utnyttjas bättre.

**Faktorer som påverkar tidpunkten för den enskildes behov av slutna vård**

En grundförutsättning för öppen vård är en psykisk och fysisk kondition, som medger åldringen att klara sig i hemmet utan ständig hjälp och tillsyn. Utifrån denna allmänna grundförutsättning kan det fastställas att en rad andra faktorer på ett avgörande sätt påverkar den tidsrymd, som den enskilda åldringen kan kvarstanna i hemmet.

1. Bostadens läge och standard.
2. Möjligheten att erhålla regelbunden hjälp med städning och annat tyngre hushållsarbete.
3. Möjligheten att erhålla temporär hemsjukvård.
4. Möjligheten att erhålla hjälp av annat slag i regelbunden form: färdiglagad mat, fotvård, hjälp med inköp osv.
5. Fortlöpande kontakt med medmänniskor, regelbunden telefonkontakt, s. k. väntjänst osv.
6. Sysselsättningsmöjligheter.
7. Garanti för att det finns vård- och hjälpmöjlighet i akuta sjukdomssituationer (eliminering av nuvarande vårdköer).

De här uppräknade faktorerna får exemplifiera den blandning av praktiska och psykologiska förutsättningar som konstituerar åldringens möjlighet att kunna stanna kvar så länge som möjligt i sin hemmiljö.

Det krävs emellertid en fast grund för den förebyggande vården, i första hand en frivillig läkarkontroll fr. o. m. uppnådd pensionsålder. Med en sådan skulle vårdbehov kunna fastställas redan medan de ännu är av mindre kvalificerat slag. Vidare bör denna frivilliga läkarkontroll kompletteras med en kuratorsverksamhet av rådgivande natur med uppgift att informera om de möjligheter till hjälp och vård, som står till buds i skilda situationer. En rådgivande verksamhet av detta slag ger också en lämplig grund för andra aktiviteter, kurser, hobbyverksamhet osv.

Man kan i detta sammanhang draga en parallell med barna- och mödravårdscentralerna. Inom ramen för dessa återfinns såväl den förebyggande hälsokontrollen, rådgivningen som kursverksamheten. Man skulle för åldringsvårdens del erhålla en motsvarande institution, låt oss kalla den pensionärscentraler.

Samtidigt som den öppna vården planmässigt kompletteras och utbygges med förebyggande åtgärder av det slag som skisserats ovan, fordras utbyggnad och förstärkning av befintliga delar av den öppna vården.

### Hemvårdarinneinstitutionen

Utvecklingen under 1950-talet präglades av en utökad vård i hemmen. Denna vård har till en del täckts av kommunalt anställda hemvårdarinnor. Denna statsunderstödda sociala hemhjälp var ursprungligen helt avsedd för barnfamiljernas hjälpbehov. Genom en författningsändring 1948 tillförsäkrades emellertid »ensamboende personer» rätt till hemvårdarinnehjälp. Under 10-årsperioden 1951—1961 ökade antalet hjälpta åldringar och invalider från 16 130 till 24 189. Detta innebar att i genomsnitt ca 15 % av hemvårdarinnornas kapacitet ägnades åldringsvårdande uppgifter. Hemvårdarinnorna deltar i åldringsvården först då de inte har tillräcklig sysselsättning med sina arbetsuppgifter för barnfamiljerna. Barnfamiljernas behov får nämligen inte åsidosättas.

Antalet hemvårdarinnor uppgick 1961 till 3 244 stycken. Utbildningskapaciteten är f. n., år 1963, ca 450 per år. Hemvårdarinnornas hjälp är avsedd utgå, då akuta hjälpbehov föreligger. Vid permanent hjälpbehov ersättes hemvårdarinnan med hemsamariten. Någon mera bestämd gräns mellan hemvårdarinneverksamheten och hemhjälpverksamhet kan emellertid ej dragas.

Hemvårdarinneverksamheten synes emellertid ha stagnerat. Detta sammanhänger i första hand med att rekryteringen och utbildningen f. n. endast obetydligt överstiger avgången.

### Hemsamaritverksamheten

År 1950 startade på Röda korsets initiativ en särskild hemtjänst åt gamla, den s. k. hemsamaritverksamheten.

Medan hemvårdarinnehjälpen enbart är avsedd att avhjälpa ett akut behov, är den s. k. hemtjänsten avsedd att ge såväl tillfällig som mera permanent hjälp. Till den första kategorien, tillfällig hjälp, hänföres ca en fjärdedel, och till den senare, permanent hjälp, hänföres ca tre fjärdedelar av antalet hjälpta personer. Hemtjänstinstitutionen har utvecklats snabbt. I många fall har hemtjänstorganisationen övertagits av kommunerna. Den 1 juni 1962 fanns hemtjänst för gamla i 730 kommuner dvs. ca 70 %. I 615 av dessa var kommunen huvudman, i 102 Röda kors-kretsar och i 23 annan huvudman.

Utvecklingen under de senaste åren framgår av följande tabell som grundar sig på antal hjälpta personer under en vecka resp. år.

Tidpunkt	Antal hjälpta personer (åldringar och invalider)	Antal hemsamariter
1956	12 008	5 177
1961	30 830	12 642
1962	32 200	14 858
1963	40 400	16 700

Det på detta sätt redovisade siffermaterialet ger emellertid en ofullständig bild av hemhjälpverksamheten, vilket sammanhänger med de mycket stora skillnaderna mellan länen. Än större skillnader föreligger emellan kommunerna. I medeltal erhöll ca 6 % av åldringarna hemhjälp. Med utgångspunkt från de kommuner som nått längst i fråga om en utbyggd hemhjälp synes det rimligt att i första hand ange en målsättning som innebär en fördubbling av antalet hjälpta åldringar.

Hemsamariterna rekryteras i första hand bland gruppen medelålders husmödrar. Tillgången på arbetskraft för denna verksamhet har i en av socialstyrelsen verkställd undersökning redovisats såsom tillfredsställande i 436 kommuner, medan 220 kommuner periodvis har svårt att få hemhjälp och 65 redovisar ständiga rekryteringssvårigheter.

I fråga om utbildningen har numera en utbildningsplan utarbetats av arbetsmarknadsstyrelsen. Utbildningens omfattning och spridning kan f. n. betecknas som klart otillräcklig. Drygt en tredjedel av hemsamariterna är utbildade. 1961 ägde utbildning rum i en femtedel av kommunerna. Rekrytering och utbildning framstår fortfarande som hemsamaritverksamhetens stora och på många håll ännu helt olösta problem.

En annan viktig fråga är arbetsledarfrågan. Denna behöver ägnas särskilt stor uppmärksamhet. Utöver kravet på god förståelse för de gamlas speciella problem krävs också förmåga att i varje enskilt fall bedöma om hemhjälp är den lämpligaste vårdformen och — om så anses vara fallet — på vilket sätt och i vilken utsträckning den skall utgå. Det är givetvis också önskvärt att hemsamaritverksamheten inom den enskilda kommunen erhåller en fast organisation, vilken inte väsentligt avviker i kvalitativt och kvantitativt avseende från vad man funnit vara den som bäst fyller sin vårdande funktion. I detta avseende föreligger väsentliga avvikelser såsom visats ovan.

### **Statsunderstödet till hemhjälpverksamheten**

Hemvårdarinneverksamheten är till skillnad från hemsamaritverksamheten statsunderstödd. År 1943 beslöt statsmakterna för att stimulera kommunerna att anställa hemvårdarinnor att införa statsbidrag till avlönande av dessa. Statsbidraget upphörde 1960 och uppgick i lärarlönebidraget. Ett indirekt statligt stöd lämnas för hemvårdarinnornas utbildning.

Hemsamaritverksamheten har som nämnts inte haft något direkt stöd av staten. I fråga om rekrytering och utbildning av personal har emellertid arbetsmarknadsverket medverkat.

Det statliga stödet åt hemhjälpverksamheten har som framgår av ovanstående varit begränsat till hemvårdarinneverksamheten. Denna avgränsning av det statliga stödet har ingen saklig grund utan får ses mot bakgrund av hemhjälporganisationens utveckling. Det synes nödvändigt att betrakta

all hemsjukvård och hemhjälp som en helhet och utforma ett statligt stöd i förhållande därtill.

Socialpolitiska kommitténs förslag (stencil 1964:1 Socialdepartementet) om att staten skall bidra till kommunernas kostnader för hemhjälp åt åldringar i deras hem måste förutsättas kunna ge god stimulans till en fortsatt utbyggnad. Med hänvisning till de stora skillnaderna i utbyggnaden av kommunernas hemhjälporganisation kan man emellertid ställa sig frågande till ett dylikt bidrags effekt för de ca 200 kommuner som saknar hemhjälp i dag.

I detta sammanhang bör mycket noggranna överväganden ske om vilka åtgärder som kan vidtagas för att garantera en utbyggnad av hemhjälpen i de kommuner som helt eller nästan helt saknar en sådan organisation. Vi förväntar att socialpolitiska kommitténs förslag (stencil 1964:1 Socialdepartementet) i dessa avseenden snarast kommer under riksdagens behandling. I avvaktan härpå avstår vi från att nu ställa några yrkanden.

### **Andra former av hemhjälp**

Efter hand som hemsamaritverksamheten erhållit en fastare organisation har på skilda håll i landet gjorts försök med andra former av hemhjälp. Flera av dessa är lämpade att på ett eller annat sätt inarbetas i den hemhjälp som samhället ställer till åldringarnas disposition.

### **Distribution av färdiglagad mat**

Många gamla har svårt att klara matlagningen på ett tillfredsställande sätt. Försök har därför gjorts, ofta på enskilt initiativ, med distribution av färdiglagad mat, dagligen eller ett par gånger i veckan. Man har därvid använt sig av kantiner eller portionsförpackning i folieaskar för engångsbruk. Leverantörer av den färdiglagade maten har varit institutioner av typen skolbespisning eller ålderdomshem.

I de fall en hemsamarit redan är inkopplad betyder matdistributionen avsevärd tidsbesparing för hemsamariten, som på så sätt hinner med att hjälpa flera gamla. För övriga gamla innebär denna form av hjälp många gånger att bättre matvanor kan upprätthållas.

Erfarenheterna visar att de gamla själva gärna betalar självkostnadspris för maten och distributionen.

Ett alternativ till ovannämnda matdistribution är ett system där den gamle kan intaga sina måltider på ålderdomshem. Detta inackorderings-system har prövats i ett sextiotal kommuner.

Den tekniska utvecklingen ger för framtiden stora möjligheter att ordna matfrågan för de gamla. Den moderna djupfrystekniken gör det möjligt att distribuera en eller annan veckas mat i en förpackningsform som endast kräver uppvärmning. Mindre frysskåp kunde finnas till uthyr-

ning. De inbesparingar som kunde göras i distributionsledet skulle vara tillräckligt stora för att tillsammans med en mindre avgift finansiera ett sådant system.

För åldringar som blir hänvisade till eftervård i hemmet skulle exempelvis ges möjlighet att erhålla just den dietmat som läkaren i det enskilda fallet föreskrivit.

### Fotvård

För många åldringar är akuta fotbesvär ett svårt handicap. De har svårt att göra nödvändiga inköp, att besöka släkt och vänner och inte minst att få den motion som är nödvändig för att bibehålla konditionen. För att även på detta område avlasta hemsamariterna och samtidigt erhålla specialistvård bör hemhjälp kompletteras med fotvårdsspecialister som kan ge fotvård antingen i hemmet eller på särskilda mottagningar, lämpligen i anslutning till de ovan nämnda »pensionärscentralerna».

### Telefontjänst

För ett stort antal åldringar är isoleringen ett betydande problem. Känslan av avstängdhet och isolering kan vara lika stor för den gamle som bor i storstaden som för den som bor avskilt på landsbygden. Hastig sjukdom eller ett olycksfall kan kräva snar hjälp. I dessa fall skapar telefonen ett oersättligt kontaktmedel.

En möjlighet att skapa en regelbunden kontakt är den slags daglig telefonkontakt som prövats på skilda håll. Får man ej kontakt med någon av de gamla slås larm. En viss rationalisering nås om man inom en grupp åldringar ringer varandra i en viss ordning varvid den siste i kedjan ringer exempelvis ortens hemsamaritcentral. Att vidtaga åtgärder i detta avseende torde böra ankomma å vederbörande kommun.

### Patientvänner

Erfarenheterna från åldringsvårdens skilda områden visar att den åldrade människans möjligheter att klara sig själv till mycket stor del sammanhänger med den psykiska konditionen. En väsentlig förutsättning för en bevarad god psykisk kondition är dels förekomsten av trygghetsskapande faktorer av typen »om något händer kan jag få snabb och adekvat vård hemma eller på sjukhus efter behov», dels möjligheten att hålla »isolerings-spöket» borta. Många människor blir mycket ensamma när de blir äldre. De jämnåriga går bort eller kan på grund av sjukdom ej hålla samma kontakt som tidigare. Ett system med s. k. patientvänner har till uppgift att genom regelbundna besök ersätta vänner och anhöriga för de gamla som saknar sådana. Detta slag av besök, som bör göras regelbundet — en eller ett par gånger i veckan — har den största psykologiska betydelse. Besöken kan om-

fatta en pratstund och en stunds högläsning, byte av låneböcker eller andra småärenden, en promenad osv. Denna typ av kontakter ordnade på frivillig grund kan ske i samarbete med ortens hemsamaritorganisation.

### **Sysselsättning**

Syssellosheten är ett svårt problem för åldringarna. Den verkar nedbrytande såväl psykiskt som fysiskt. Omvänt är en väl avpassad sysselsättning stimulerande och bidrar till att de gamla bättre bevarar sin fysiska och psykiska spänst. På många håll har en organiserad sysselsättning av hobby- och arbetsterapeutisk karaktär anordnats på ålderdomshem, inom långtidsvården och övriga slutna vårdformer. En organiserad sysselsättning för dem som bor kvar hemma är emellertid av lika stor betydelse. Målsättningen måste vara densamma här som på övriga sektorer av den öppna vården, att med olika medel hjälpa åldringarna att så länge som möjligt klara sig själva i sina hem.

För vissa sysselsättningar kan redskap utlånas. Centrala inköp av förbrukningsmateriel underlättar och förbilligar verksamheten. Även på detta område kan frivilliga krafter göra stora insatser. Det finns emellertid dessutom stort utrymme för fast anställda arbetsterapeuter och instruktörer.

För sysselsättningsverksamheten gäller generellt att inget område inom den öppna åldringsvården är bättre ägnat att engagera åldringarna själva. De bör beredas tillfälle taga initiativ och aktivt svara för sysselsättningsverksamheten. Enstaka exempel på sådana initiativ finns i vårt land. USA är i detta avseende ett föregångsland. Fritidsklubbar, Senior Citizens Centers och Golden Age Clubs, har stor spridning. Föredrag, diskussioner, dans, utflykter, hobbyverksamhet osv. får plats på programmet.

Hela detta område bör bli föremål för en systematisk undersökning med sikte på att finna den yttre formen för detta slags verksamhet. Samtidigt bör sådan offentlig verksamhet som är lämpad därför ägna särskild uppmärksamhet åt åldringarnas sysselsättningsproblem. Ett sådant område är biblioteksverksamheten. Andra områden är fortbildningsverksamheten, som kan utformas som kurs- och studiecirkelverksamhet samt som folkhögskola. Här har bibliotek, museer och skolväsendet ett stort arbetsfält.

En mera speciell sysselsättning är gymnastik för åldringar. Såväl sjukgymnastik som vanlig motionsgymnastik bör ingå i den öppna vårdens program.

### **Åldringarna och arbetslivet**

I gruppen 70 år och äldre har 13 % av männen och 2 % av kvinnorna förvärvsarbete. De undersökningar som utförts rörande pensionärernas inställning till sin egen arbetsförmåga visar, att en mycket stor del av dem som går i pension önskar fortsätta sitt arbete. En omfattande undersökning 1954 i Arbetsgivareföreningens regi gav vid handen att arbetsgivarna an-



såg att ca 70 % av pensionärerna skulle ha kunnat fortsätta sitt arbete. Av de undersökta tjänstemännen önskade 69 % fortsätta sitt arbete och av arbetarna 79 %.

Mycket talar för en successivt förbättrad hälsa i de högre åldrarna. Arbetsförmågan kommer därmed att finnas kvar betydligt längre än tidigare. Samtidigt har i dag den äldre arbetskraften tillgång till tekniska hjälpmedel, glasögon, hörapparater och förbättrade kommunikationer, som underlättar dess kvarstannande i aktivt arbete. För varje år kommer vårt samhälle att ställas inför allt större arbetskraftsbrist. Det måste därför vara angeläget att finna former för att tillgodogöra sig den äldre arbetskraften.

Samtidigt med ett stigande arbetskraftsbehov tvingas många på grund av de i regel mycket stela regler som gäller vid pensionering att sluta det arbete som gett livet en stor del av dess innehåll. Plötsligt ställs de i en ofrivillig överksamhet som är fysiskt och psykiskt nedbrytande.

Arbetsmarknadens parter har i detta sammanhang en stor uppgift. Statsmakterna bör föranstalta om undersökningar på vilka områden inom de statliga och kommunala sektorerna den äldre arbetskraften lämpligen kan utnyttjas.

### *Åldringarna, arbetslivet och skattesystemet*

Ovan har framhållits hur angeläget det är att åldringarna även efter uppnådd pensionsålder fortsätter att arbeta. Det nuvarande skattesystemet medför emellertid att pensionärerna ofta förlorar lusten att skaffa sig ett avlönat arbete. Enligt nuvarande bestämmelser får en folkpensionär, vilkens inkomst helt eller till huvudsaklig del utgöres av folkpension, ett extra avdrag utöver ortsavdraget på högst 3 000 kr. och undgår därigenom skatt. Om han skaffar sig inkomst utöver ett ganska obetydligt bottenbelopp minskas emellertid det extra avdraget, vilket betyder att den beskattningsbara inkomsten stiger snabbare än årsinkomsten. Folkpensionärens behållning av den extra inkomsten blir därför ofta relativt obetydlig. För att råda bot på dessa missförhållanden föreslår vi att ortsavdraget för ålders- och förtidspensionärer fastställs till 3 600 kr. för en ensamstående pensionär, 6 000 kr. för äkta makar, varav en är pensionär, och 7 250 kr. för makar som båda är pensionärer.

### *Bostadsförhållanden*

Av de undersökningar som skett på åldringsvårdens område har resultaten av bostadsundersökningarna vållat den största uppmärksamheten. Såsom redovisats ovan är bostadsstandarden i många fall mycket låg. Med hänvisning till den direkta och indirekta betydelse bostaden har för trycket på samhällets skilda vårdresurser för åldringar måste åtgärder på bostadsområdet ges hög prioritet.

Särskilda åldringsbostäder, dels inom pensionärshem, dels såsom insprängda pensionärsbostäder i det vanliga bostadsbeståndet, har tillkommit i förhållandevis snabb takt under femtiotalet. I april 1962 redovisades 32 400 lägenheter med 36 000 åldringar i pensionärshem. Därtill kom 11 400 insprängda pensionärslägenheter med 12 500 åldringar. Var femtonde åldring bor med andra ord i pensionärslägenhet. Det synes rimligt att som en första målsättning sikta på att var tionde åldring skall ha tillgång till pensionärslägenhet.

Det har länge diskuterats om dessa lägenheter i så stor utsträckning som skett, ca 75 %, skall förläggas i kategorihus. Föreliggande undersökningar pekar snarast på ett större intresse för typen insprängda lägenheter. Det fortsatta byggandet av pensionärslägenheter bör därför koncentreras på denna typ. För närvarande är emellertid bidragsbestämmelserna ogynnsamma. Statens finansiella medverkan vid uppförandet av bostäder åt åldringar har formen av tertiärlån. Sedvanliga villkor gäller för lånen i fråga om såväl ränta och amortering som ränteeftergift. Vid fastställandet av belåningsvärdet medges dock viss avvikelse från vad som eljest gäller. I hus där mer än hälften av den sammanlagda lägenhetsytan upptas av pensionärsbostäder ökas belåningsvärdet med ett belopp motsvarande 400 kronor för varje lägenhet.

Dessa liberalare belåningsregler har tillkommit för att stimulera produktionen av pensionärsbostäder. I de fall man bygger enstaka s. k. insprängda pensionärsbostäder kan det högre belåningsvärdet ej utnyttjas. Reglerna bör ändras i detta avseende.

### **Den öppna sjukvården**

Inom åldringsvården intar den öppna sjukvården en ställning som närmast skulle kunna betecknas som en ej fullgod ersättningsvård. De ovan relaterade förhållanden som framkom vid undersökningen inom Uppsala län ger klart belägg för att den öppna sjukvården är behäftad med stora brister.

Hemsjukvården för åldringar bör i första hand begränsas till sådana fall där intagning på vanligt ålderdomshem utgör alternativet. Föreligger behov av tyngre och mera kvalificerad vård bör andra vårdformer diskuteras. När hemsjukvård väljes måste det förutsättas att läkarbesök skall kunna ske regelbundet och att det under alla omständigheter skall finnas en läkare som har ansvaret för patienten och som vid behov kan ingripa. Hemsjukvården kräver en helt annan och starkare distriktssköterskeorganisation. Bl. a. krävs en förstärkning med s. k. undersköterskor. För att en sådan förstärkning av distriktssköterskeorganisationen skall kunna ske fordras en kraftig utökning av nuvarande utbildningskapacitet.

### Den slutna vården

Det har ovan i skilda sammanhang understrukits att en snabb och kraftig utbyggnad — innehållsmässigt såväl som kvantitativt — av den öppna vården skulle komma att avlasta den slutna vården. Samtidigt har det förutsatts att den stora eftersläpning, främst inom långtidsvården, som råder för närvarande snarast skall elimineras. Utvecklingen inom den slutna vården är emellertid sådan att även med dessa två förutsättningar helt uppfyllda kommer det att ställas mycket stora krav på den slutna vården på grund av ökningen av antalet åldringar och utvecklingen på det medicinska området. Detta gäller samtliga vårdformer inom den slutna vården.

### Ålderdomshemmen

Då det gäller att beräkna platsbehovet på ålderdomshem har socialstyrelsen erfarenhetsmässigt kommit fram till att platsantalet bör motsvara 10 procent av antalet personer som fyllt 70 år.

Ökningen av antalet åldringar kommer under de närmaste två decennierna att ligga mellan 22 000 och 26 000 per år, vilket skulle innebära krav på ett nytillskott på mellan 2 200 och 2 600 ålderdomshemplatser per år. Därtill kommer att det nuvarande beståndet av platser, vilket totalt — sedan viss omfördelning av patienter mellan olika vårdformer skett — visserligen svarar mot det totala behovet, ca 36 000 platser, men till avsevärd del består av platser på äldre hem. 20 000 platser finns på ålderdomshem som är äldre än 25 år. Här kommer alltså att krävas en inte ringa ersättningsanskaffning. Skall det äldre beståndet förnyas under en 30-årsperiod, vilket med hänsyn till hemmens nuvarande standard är i och för sig en alltför långsam takt, kommer detta att kräva ett ytterligare årligt nytillskott av inte mindre än ca 750 platser.

Sammanlagt skulle det komma att krävas ca 3 000 till 3 500 platser per år under de närmaste 20 åren.

Detta program kräver emellertid ytterligare ett par förutsättningar; dels att socialstyrelsens beräkningsgrund 10 procent kommer att vara tillfyllest även i det framtida läge då vi får tidigare nämnda förskjutning mot högre åldersgrupper; dels att den tendens man för närvarande kan registrera att göra ålderdomshemmen till vårdhem för långtidssjuka ej ges möjlighet bli annat än en tendens. Ålderdomshemmen kommer, såvitt man nu kan se, att i framtiden få en mycket stor och betydande uppgift i att ta hand om den stora grupp åldringar i de högsta åldrarna, som behöver daglig hjälp, men som ändå ej kan betecknas som sjuka i detta ords egentliga bemärkelse.

Därutöver föreligger ett klart uttalat behov av att man ute i kommunerna vid byggandet av nya ålderdomshem och vid moderniserandet av det äldre beståndet tar vara på de rön som gjorts beträffande speciellt anpassad inredning och utrustning för åldringar.



procenttal visar god överensstämmelse med motsvarande stockholmsundersökning.<sup>1</sup>

En annan undersökning har utförts vid Mörby lasarettens medicinska och kirurgiska kliniker åren 1937, 1947 och 1957. För de medicinska klinikerna visar denna undersökning att mot en total ökning av hela patientintagningen från år 1937 till år 1957 med 242 % svarade en ökning i åldersgruppen 65—74 år med 424 %. Gruppen 75 år och äldre visade en mer än 10-dubbel ökning (1 033 %). På de kirurgiska klinikerna ökade den totala patientintagningen samtidigt med 159 %. Ökningen i åldersgruppen 65—74 år var 236 % och i den äldsta åldersgruppen var den 363 %.

Räknat i antalet vård dagar blir siffran säkerligen avsevärt högre, då åldringarna och deras sjukdomar kräver förhållandevis längre vårdtid. Någon beräkning grundad på antalet vård dagar finnes ej tillgänglig.

Det är således mycket samstämmiga uppgifter, som föreligger beträffande omfattning och ökning av åldringarnas ianspråktagande av akutsjukvårdens resurser.

### Differentiering av vårdformerna inom kroppssjukvården

Många av de sjuka skulle ej behöva taga kroppssjukhusets resurser i anspråk så länge som nu sker, utan med fördel kunna överföras till andra mindre kvalificerade, men för sitt ändamål särskilt avpassade vårdformer. Som ett exempel på en sådan vårdform kan dagsjukhuset eller dagvårdshemmet nämnas. Dessa kan ge patienterna medikamentell och psykoterapeutisk vård, sjukgymnastik, arbetsterapi samt fullvärdig och avpassad diet ävensom hjälp med hygien osv. Tillgången på läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och annan erforderlig personal får avvägas mot resp. vårdform. En på detta sätt inrättad dagvårdsverksamhet för åldringar skulle komma att avlasta akutsjukvården.

För ett förhållandevis stort antal patienter i de högre åldersgrupperna innebär hemsändandet från ett akutsjukhus avslutningen på en intensiv vårdperiod, som ofta till följd av platsbrist avkortats mer än önskvärt; en abrupt och svår omställning som många gånger av mer psykologiska än somatiska orsaker leder till recidiv eller fördröjt tillfrisknande. En vårdinstans mellan akutsjukhuset och hemmet skulle därför i långt flera fall än vad nu är fallet ge bestående resultat av sjukhusvården.

### Rehabilitering

I detta sammanhang intar rehabiliteringen en framskjuten plats. Rehabiliteringen har ett kombinerat medicinskt och socialt syfte och sträcker sig över många vårdområden. Åldringsvården är därvid ett område, som är i sär-

<sup>1</sup> Socialpolitiska kommitténs undersökning i detta avseende SOU 1963:47, tabell 55, 56, 57 och 58.

skilt behov av en omfattande rehabiliteringsverksamhet, vilket sammanhänger med att åldringen har svårare att återanpassa sig efter en sjukdom.

I rehabiliteringen ingår arbetsterapien såsom en betydelsefull del. Den ingår som ett led mellan medicinsk vård och socialvård och är en viktig behandlingsform. Snabb utbyggnad är därför nödvändig.

#### **Vårdbehovet inom mentalsjukvården**

Mentalsjukvårdsdelegationen (SOU 1958: 38) beräknade vårdbehovet inom mentalsjukvården till omkring 5 promille av befolkningen. F. n. uppgår det totala antalet platser till ca 30 000 på psykiatriska lasarettskliniker och mentalsjukhus samt ca 6 000 på mentalsjukhem inkl. enskilda hem, dvs. något mindre antal platser än vad mentalsjukvårdsberedningen beräknade. 21 % eller drygt 6 000 av mentalsjukhusens platser är belagda med personer i åldern 70 år och äldre. På mentalsjukhemmen är motsvarande siffror 29 % och ca 1 800 platser. Därtill kommer ca 1 000 mentalsjuka åldringar, som f. n. vårdas på ålderdomshem. På ålderdomshemmen finns dessutom uppskattningsvis 2 000 åldringar med senil demens, endogen psykos eller annan psykisk rubbning, vilka borde vårdas på mentalsjukhem. Även inom långtidsvården finns enligt föreliggande undersökningar ett icke obetydligt antal vårdtagare som borde överföras till mentalsjukvården. Uppskattningsvis föreligger ett vårdbehov inom mentalsjukvården för åldersgruppen 70 år och äldre på knappt 20 promille, med i stort sett lika fördelning på mentalsjukhus och mentalsjukhem. Den framtida utbyggnaden av mentalsjukvården för åldringar bör i högre grad koncentreras till sjukhemssektorn. Sedan rådande eftersläpning hävts kommer det att erfordras ett årligt nytillskott av ca 500 platser inom mentalsjukvården för att täcka behovet till följd av de årliga ökningarna i åldersgruppen 70 år och äldre.

#### **Behovet av vårdpersonal**

Något försök att beräkna det totala framtida vårdpersonalbehovet inom åldringsvården har ej gjorts. Vissa delundersökningar har emellertid utförts, vilka ger en uppfattning om storleksordningen av rekrytering och utbildning av vårdpersonal under de närmaste decennierna.

Bland dessa utredningar kan nämnas dels Läkarpå prognosutredningen, dels vissa av arbetsmarknadsstyrelsen utförda beräkningar. Av dessa framgår att man inom kroppssjukvården, mentalsjukvården och den öppna sjukvården under perioden 1945—1958 kunde konstatera en ökning av sjukvårdskonsumtionen per konsumentenhet med 31 procent. Med utgångspunkt från en beräknad fortsatt ökning av sjukvårdskonsumtionen och en prognos för befolkningsutvecklingen har följande mått på ökningen av vårdpersonalen inom de nämnda områdena erhållits: nuvarande utvecklingstendenser pekar mot en hälso- och sjukvårdspersonal av storleksordningen 200 000—250 000 år 1980, vilka siffror bör jämföras med siffran 109 000 för år 1960.

På ålderdomshemmen uppgår det totala antalet vårdpersonal, föreståndarinnor, sjuksköterskor samt vårdbiträden, till i runt tal 7 000. Det synes realistiskt att inom detta vårdområde räkna med en personalökning på mellan 50 och 60 %, dvs. en personalökning på omkring 4 000.

Åldringsvårdens hemhjälpssamhet, hemvårdarinnor och hemsamariter, omfattar för närvarande omkring 1 000 hemvårdarinnor (beräknat efter den tid det totala antalet hemvårdarinnor är sysselsatta med hjälp och vård åt åldringar) och 13 000 à 14 000 hemsamariter. Då den senare gruppen i regel arbetar på deltid är dessa båda antalsuppgifter ej direkt jämförbara. Inom hemhjälpområdet ställer det sig svårt att ange det framtida personalbehovet. Några utredningar föreligger inte. Då behovet av en utökad hemhjälp åt åldringarna redan i dag är stort, kan det framtida behovet förutsättas bli flera gånger större än dagens. Å andra sidan måste denna sektor av åldringsvården anses särskilt gynnad då den i hög grad kan tillgodogöra sig arbetskraft ur gruppen gifta kvinnor.

Totalt sett är vårdpersonalbehovet ett stort och svårlöst problem. För att komma till rätta härmed måste man pröva nya vägar.

En icke obetydlig möjlighet att finna arbetskraft för dylika uppgifter finns bland de gifta kvinnorna, ej blott i familjer där barnen lämnat hemmet och hemarbetets rationalisering frigör tid och energi, utan även i familjer med barn i skolåldern, där hustrun kan och vill åta sig deltidarbete, samt bland änkorna. Vad som ej sällan avhåller denna oavsett teoretisk utbildning för hemvård väl lämpade kategori från att åtaga sig deltidarbete i vården av äldre är skattesynpunkten — den omständigheten att även mycket begränsade inkomster skall uppgivas för beskattning och blir beskattade.

Den skattefrihet för deltidarbete i hemvård av äldre som vi föreslår bör ej gälla obegränsade belopp. Oss förefaller det som om en lämplig utgångspunkt för de fortsatta överväganden, som kan göras när man vunnit någon erfarenhet av systemets tillämpning, skulle kunna vara att en årlig inkomst på högst 1 500 kronor från arbete av angivet slag finge bli skattefri. Vi är medvetna om att gränsdragningsproblem föreligger men icke av värre art än att de bör kunna lösas efter snabb undersökning och utredning.

Vad angår frågan om den som vårdar föräldrar inom hemmet vill vi framhålla att speciella kostnader här uppkommer om båda makarna är förvärvsarbetande eller om vårdaren är ensamstående skattskyldig. I annan motion har vi hemställt att allmänna skatteberedningen vid sin prövning av frågan om förvärvsavdraget skall beakta sådana fall.

### Forskningen

Åldringsfrågorna är i stort behov av studium och forskning. Samstämmiga uttalanden vittnar härom. Till följd av att åldringsfrågorna är sammansatta av problem inte blott av medicinsk utan också av psykologisk och sociologisk art, försvåras forskningsarbetet.

Aldringsforskningen inrymmer två huvudgrenar: den medicinsk-fysiologiska och socialmedicinska åldringsforskningen, den s. k. geriatriken, samt den i vidsträckt betydelse sociala och arbetsfysiologiska åldersforskningen, den s. k. gerentologien. De båda forskningsgrenarna är intimt förenade med varandra. De omfattar inte enbart de faktorer hos människan utan också de faktorer i samhället, som har inflytande på individens och gruppens hälso-tillstånd.

De geriatriska klinikerna i första hand vid undervisningsjukhusen bör utgöra basen för forskningsarbetet. De geriatriska klinikerna för intermedicinsk vård av akut sjuka åldringar kan i första hand motiveras. Ett ökat antal kliniker tillsammans med en utvidgning av de redan befintliga utgör en första förutsättning för en bred åldringsforskning. Vidare behövs en samordnande institution för forskningsarbetet vid de olika klinikerna liksom ett samarbete i fråga om grundforskningen.

En inventering har nyligen genomförts angående den socialmedicinska forskningens villkor av en kommitté inom statens medicinska forskningsråd. Kommittén betonar att denna forskning, som är och även framdeles bör vara koncentrerad till de socialmedicinska universitetsinstitutionerna, hämmas av starkt begränsade resurser. De sakkunniga anser det därför erforderligt, att dessa institutioner erhåller en personell och materiell upp- rustning som sätter dem i stånd att verksamt engagera sig i forskningsarbete inom det socialmedicinska fältet.

Kommittén föreslår bl. a. att inom statens medicinska forskningsråd inrättas en permanent nämnd för socialmedicinsk forskning med uppgift att kontinuerligt följa utvecklingen inom området samt att ta initiativ till lämpliga åtgärder.

Såväl från sjukvårdshuvudmännens som socialvårdsorganens sida har understrukits behovet av förstärkt socialmedicinsk forskning på bl. a. åldringsvårdens område. Inte minst med hänsyn härtill synes det vara skäl att beakta de synpunkter och förslag som den ovannämnda kommittén framfört, och vi vill redan nu understryka betydelsen av att en nämnd för socialmedicinsk forskning inrättas inom statens medicinska forskningsråd.

### **Sjukhjälpstiden**

Enligt 4 kap. 3 § lag om allmän försäkring skall till den som åtnjuter ålderspension icke utgå sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård för mer än sammanlagt 180 dagar. För den som har hel förtidspension gäller begränsningen endast beträffande ersättning för sjukhusvård. Om den som har hel förtidspension vid 67 års ålder övergår till att uppbära ålderspension, skall de 180 dagarna räknas gemensamt för tid då den försäkrade uppburit förtidspension och ålderspension. Har den försäkrade förbrukat de 180 dagarna som förtidspensionär, har han sedan inte rätt till ytterligare sjukhjälpstid, när han blir ålderspensionär.



Innan lagen om allmän försäkring trädde i kraft den 1 januari 1963 var sjukhjälpstiden inte enhetlig utan den var anknuten till varje sjukdom för sig. För många pensionärer torde de nya bestämmelserna innebära en icke obetydlig försämring. Ur administrativ synpunkt är det dock lämpligt med en enhetlig sjukhjälpstid. Vi anser emellertid att tiden är för kort och vill förorda att den fördubblas och sålunda bestämmes till 360 dagar.

De förslag inom åldringsvårdens område som diskuterats i denna motion och som föranleder oss att framställa yrkanden kan sammanfattas i följande punkter.

1. Sjukhjälpstiden för pensionärer bör förlängas från 180 till 360 dagar.
2. Medicinalstyrelsen bör få i uppdrag att fortlöpande följa befolkningsutvecklingen, åldringsforskningen, utvecklingen av vårdformerna och vårdbehovet liksom de frågor, som gäller samordning mellan olika huvudmän samt samordning huvudmännen emellan inom respektive huvudmannagrupp.
3. Kommunala pensionärscentraler bör inrättas.
4. Den som ägnar sig åt vård och tillsyn av äldre människor i deras hem bör få skattefrihet för en inkomst härav om 1 500 kronor. • •
5. Ortsavdraget för ålders- och invalidpensionärer bör höjas till 3 600 kronor för en ensam pensionär, till 6 000 kronor för makar av vilka en är pensionär och till 7 200 kronor för makar som båda är pensionärer.
6. Utredning bör verkställas rörande möjligheterna att bereda den äldre arbetskraften sysselsättning inom de statliga och kommunala sektorerna samt i övrigt rörande lämpliga arbetsterapeutiska åtgärder.
7. Belåningsvärdet för flerfamiljshus bör ökas med ett belopp om 400 kronor för varje lägenhet som är avsedd för pensionärsbostad.
8. Motionen bör överlämnas till socialpolitiska kommittén för beaktande.
9. Socialpolitiska kommittén bör anmodas att skyndsammast slutföra sitt uppdrag i vad gäller åldringsvården.

Under återopande av det anförda hemställes,

att riksdagen måtte

- 1) antaga följande

*Förslag*

till

**lag om ändring i 4 kap. 3 § lag om allmän försäkring den 25 maj 1962 (nr 381)**

Härigenom förordnas, att 4 kap. 3 § lag om allmän försäkring den 25 maj 1962 (nr 381) skall erhålla följande ändrade lydelse.

## 4 kap.

## 3 §.

För tid efter ingången av den månad, varunder försäkrad fyllt sextiosju år eller dessförinnan börjat åtnjuta ålderspension enligt denna lag, må sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård icke utgå för mer än sammanlagt *trehundra sextio* dagar. Vad nu sagts skall i fråga om ersättning för sjukhusvård äga motsvarande tillämpning för tid, varunder den försäkrade åtnjuter hel förtidspension; och skall med sådan tid jämföras efterföljande tid, därest förtidspensionen upphört att utgå med månaden näst före den, varunder den försäkrade fyller sextiosju år;

2) i skrivelse till Kungl. Maj:t hemställa

a) att Kungl. Maj:t — för att möjliggöra en långsiktig planering av hela åldringsvården och därigenom nå ett så högt utnyttjande som möjligt av tillgängliga resurser och undvika felinvesteringar — måtte giva medicinalstyrelsen i uppdrag att fortlöpande följa befolkningsutveckling, åldringsforskning, utvecklingen av vårdformerna och vårdbehovet liksom även de frågor, som gäller samordning mellan olika huvudmän samt samordning huvudmännen emellan inom respektive huvudmannagrupp samt årligen inför riksdagen redovisa resultaten av dessa undersökningar;

b) att Kungl. Maj:t för riksdagen snarast måtte framlägga förslag om inrättande av kommunala pensionärscentraler i enlighet med vad i motionen anförts;

c) att förevarande motion måtte överlämnas till Socialpolitiska kommittén att beaktas vid fullgörande av kommitténs uppdrag; samt

d) att Kungl. Maj:t måtte anmoda socialpolitiska kommittén att skyndsammast slutföra sitt uppdrag i vad gäller åldringsvården.

Stockholm den 23 januari 1964

*Gunnar Heckscher*

*Gösta Bohman*

*Tage Magnusson*

*Leif Cassel*

*Eric Nilsson*

*Rolf Eliasson*

*Sixten Palm*

*Nils G. Fröding*

*Karin Wetterström*