Regeringens proposition 1987/88:176

om äldreomsorgen inför 90-talet

Prop.
1987/88:176

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 11 maj 1988 för de åtgärder och de ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

G. Sigurdsen

Bengt Lindqvist

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen redovisas regeringens syn på mål och riktlinjer samt förslag till utveckling av äldreomsorgen.

Propositionen utgår från det remissbehandlade förslag till inriktning och utveckling av äldreomsorgen som lagts fram av äldreberedningen i slutbetänkandet Äldreomsorg i utveckling. Den del av propositionen som gäller utformningen av stödet till närståendevårdare bygger på anhörigvårdskommitténs remissbehandlade betänkande Ledighet för anhörigvård.

I propositionen betonas äldres rätt att påverka innehållet i och utformningen av samhällets service och vård. En fortsatt utveckling av stödet i det egna boendet bör ske, så att äldre i ökad utsträckning skall kunna välja att bo kvar hemma, även när hjälpbehoven är stora. Det skall också finnas ett varierat utbud av särskilda boende- och vårdformer för äldre, däribland ålderdomshem, servicebostäder och gruppboende för människor med åldersdemens. Servicen och vården inom de särskilda boende- och vårdformerna för äldre bör utformas så att den enskildes självbestämmande och trygghet främjas.

Samordningen av samhällets insatser för äldre och samverkan mellan kommuner och landsting behöver utvecklas. I propositionen anförs att ett mer samlat politiskt och ekonomiskt ansvar för äldreomsorgen bör åstadkommas och att mycket därvid talar för att primärkommunerna bör vara huvudmän för bl.a. hemsjukvård och lokala sjukhem. Frågan om förändringar i huvudmannaskapet samt andra förändringar i syfte att åstadkomma ett mer enhetligt ansvar för samhällets äldreomsorg föreslås beredas i en särskild delegation, vars arbete skall vara slutfört under innevarande år. Inriktningen

bör vara att de förändringar som blir aktuella skall kunna genomföras från den 1 januari 1991. Förslag läggs även fram om att med verkan från den 1 januari 1989 komplettera socialtjänstlagen (1980:620) med en bestämmelse om att primärkommunen skall vara skyldig att, i samråd med bl.a. landstinget, planera kommunens insatser för äldre.

I propositionen behandlas även frågan om personalförsörjningen inom äldreomsorgen. Kommuner och landsting bör enligt propositionen, i egenskap av arbetsgivare och huvudmän för äldreomsorgen, ge hög prioritet åt de personalpolitiska insatserna. Insatserna bör syfta till att minska personalomsättning och sjukfrånvaro, att höja tjänstgöringsgraden och att förbättra rekryteringsmöjligheterna. Vissa förslag i syfte att förbättra utbildningens kvalitet läggs också fram. Ett uppdrag till socialstyrelsen att inom två år följa upp personalsituationen aviseras.

I propositionen föreslås vidare att en lag om ersättning och ledighet vid kortvarig närståendevård införs. En närstående som vårdar en svårt sjuk person i hemmet ges rätt till ersättning från sjukförsäkringen och ledighet från anställning under högst 30 hela dagar. Den nya lagen liksom vissa följdändringar i annan lagstiftning avses träda i kraft den 1 juli 1989. I propositionen förordas dessutom att kommunerna utvecklar sitt stöd till närståendevårdarna, bl.a. genom avlösning och annat personligt stöd. I anslutning härtill föreslås en ändring i kommunalskattelagen (1928:370) så att hemvårdsbidrag som lämnas av en primärkommun till den vårdbehövande skall undantas från skatteplikt. Denna lagändring föreslås träda i kraft den 1 januari 1989.

1 Förslag till Lag om ersättning och ledighet för närståendevård

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om rätt till ersättning och ledighet i samband med att en svårt sjuk person vårdas av en närstående.

2 § Ersättning utges från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Frågor om ersättning handhas av riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna.

3 § Som villkor för lagens tillämpning gäller att vården ges här i landet och att vårdaren och den sjuke är inskrivna hos allmän försäkringskassa enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Ersättning

4 § En närstående som vårdar någon som är svårt sjuk i hemmet eller i annan enskild bostad har rätt till ersättning för tid då han avstår från förvärvsarbete i samband med vården.

Om vårdaren får oreducerade löneförmåner under tid då han bedriver studier, jämställs avstående från studier med avstående från förvärvsarbete vid tillämpning av föreskrifterna om ersättning enligt denna lag, i den mån vårdaren går miste om löneförmånerna.

5 § Ersättning utges med belopp motsvarande vårdarens sjukpenning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring med de avvikelser som följer av 8 och 9 §§ nedan.

6 § Ersättning utges för högst 30 dagar sammanlagt för varje person som vårdas.

7 § Hel ersättning utges till en vårdare som avstår från förvärvsarbete. Halv eller fjärdedels ersättning utges till en vårdare som arbetar högst hälften respektive högst tre fjärdedelar av den tid han skulle ha arbetat om han inte vårdat den sjuke. Vid beräkning av antalet dagar med rätt till ersättning anses två dagar med halv eller fyra dagar med fjärdedels ersättning som en dag.

Om någon vårdar mer än en person under samma tid berättigar det inte till ytterligare ersättning.

8 § Ersättning beräknas för hela den tid som förmånen avser enligt 3 kap. 10 a § lagen (1962:381) om allmän försäkring när ersättningen utges på grundval av sjukpenninggrundande inkomst av anställning och enligt 10 b § nämnda kapitel när den utges på grundval av sjukpenninggrundande inkomst av såväl anställning som annat förvärvsarbete. I fall som avses i 3 kap. 5 § femte stycket samma lag beräknas ersättningen dock inte på grundval av den sjukpenninggrundande inkomst som följer av första-tredje styckena i den paragrafen.

Ersättning som utges på grundval av enbart inkomst av annat förvärvsarbete beräknas enligt 3 kap. 4 § första stycket lagen om allmän försäkring.

9 § Utan hinder av föreskrifterna i 8 § första stycket beräknas ersättning enligt 3 kap. 4 § första stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring

1. när någon skall uppbära ersättning för tid då annars havandeskapspenning eller föräldrapenning skulle ha uppburits, och

2. i fall som avses i 3 kap. 10 c § första stycket 1 och 4 samt andra stycket lagen om allmän försäkring.

10 § Ersättning för vård av en person får inte utges till flera vårdare för samma tid.

11 § Ersättning utges inte i den mån vårdaren för samma dag får sjukpenning, havandeskapspenning eller föräldrapenningförmåner enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring eller sjukpenning enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller får motsvarande ersättning enligt annan författning eller på grund av regeringens beslut i ett särskilt fall. Utan hinder härav utges dock ersättning enligt denna lag om den avser annan tid än den andra ersättningen.

12 § Föreskrifterna i 3 kap. 15 § första stycket a)-d) och tredje stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring skall tillämpas även i fråga om ersättning enligt denna lag.

Ansökan och beslut om ersättning m.m.

13 § Den som önskar få ersättning skall göra skriftlig ansökan hos den allmänna försäkringskassa där han är inskriven. Denna försäkringskassa prövar ersättningsfrågan. Kassan får dock uppdra åt en annan försäkringskassa att verkställa prövningen.

14 § Till ansökan skall fogas ett utlåtande av en läkare som ansvarar för den sjukes vård och behandling. Utlåtandet skall innehålla uppgift om den vårdades sjukdomstillstånd.

Kravet på läkarutlåtande gäller inte om det hos försäkringskassan finns utredning om förhållande som avses i första stycket och utredningen är tillräcklig för att bedöma ersättningsfrågan.

15 § I ärendet skall framgå att den sjuke har gett sitt samtycke till vården. Om den sjuke på grund av sitt tillstånd inte kan ge sitt samtycke, skall i stället detta framgå.

16 § Ersättning får inte utges för tid innan anmälan om vården har gjorts hos den allmänna försäkringskassan, om det inte mött hinder att göra en sådan anmälan eller annars särskilda skäl motiverar att ersättning utges.

Återbetalningsskyldighet

17 § Försäkringskassan skall besluta om återbetalning av ersättning, om den som mottagit ersättning genom oriktiga uppgifter eller genom underlåtenhet att fullgöra en uppgifts- eller anmälningsskyldighet eller på något annat sätt har förorsakat att ersättning har lämnats felaktigt eller lämnats med för högt belopp. Detsamma gäller om ersättning i annat fall har lämnats felaktigt eller med för högt belopp och mottagaren skäligen borde ha insett detta. Om det finns särskilda skäl, får försäkringskassan helt eller delvis efterge belopp som skall återbetalas.

Om återbetalningsskyldighet har ålagts någon enligt första stycket, får kassan vid senare utbetalning till denne hålla inne ett skäligt belopp i avräkning på vad som har utgetts för mycket.

Avdrag på en ersättning enligt denna lag får vidare göras om någon av en allmän försäkringskassa har ålagts återbetalningsskyldighet för en ersättning som har utgetts på grund av en annan författning.

18 § Föreskrifterna i 20 kap. 10-13 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring om omprövning och ändring av försäkringskassas beslut samt om överklagande av försäkringskassas och försäkringsrätts beslut tillämpas även i ärende om ersättning enligt denna lag. Omprövningen skall i försäkringskassan göras av socialförsäkringsnämnd om beslutet gäller en fråga som avses i 17 §.

Ett beslut i ett ärende om ersättning enligt denna lag skall gälla omedelbart, om inte något annat anges i beslutet eller bestäms av en domstol som har att pröva beslutet.

Övriga bestämmelser om ersättning m.m.

19 § I fråga om ersättning enligt denna lag tillämpas även följande föreskrifter i lagen (1962:381) om allmän försäkring, nämligen

17 kap. 1 § första stycket om sammanträffande av förmåner,

18 kap. 2 § om riksförsäkringsverkets tillsyn,

20 kap. 2 a § om provisoriskt beslut,

20 kap. 5 § om preskription,

20 kap. 6 § om förbud mot utmätning och om överlåtelse,

20 kap. 8 § om uppgiftsskyldighet,

20 kap. 16 § om verkställighetsföreskrifter.

Rätt till ledighet m.m.

20 § En arbetstagare har rätt till hel ledighet från sitt arbete under tid då han uppbär hel ersättning enligt denna lag och till förkortning av arbetstiden till hälften eller till tre fjärdedelar under tid då han uppbär halv eller fjärdedels ersättning.

21 § Avtal är ogiltiga i den mån de upphäver eller inskränker en arbetstagares rätt till ledighet enligt denna lag.

22 § Om en arbetstagare vill utnyttja sin rätt till ledighet skall han så snart som möjligt underrätta arbetsgivaren. I samband med underrättelsen skall arbetstagaren ange hur länge han avser att vara ledig, om det kan ske.

23 § En arbetstagare får avbryta en påbörjad ledighet och återuppta arbetet i samma omfattning som före ledigheten.

24 § En arbetstagare får inte sägas upp eller avskedas enbart av det skälet att arbetstagaren begär eller tar i anspråk sin rätt till ledighet enligt denna lag. Sker det ändå, skall uppsägningen eller avskedandet ogiltigförklaras, om arbetstagaren begär det.

25 § En arbetstagare är inte skyldig att enbart av det skälet att arbetstagaren begär eller tar i anspråk sin rätt till ledighet enligt denna lag vidkännas minskning av de förmåner som är förenade med anställningen eller försämring av arbetsförhållandena i annan mån än som följer av uppehållet i arbetet. Arbetstagaren är inte heller skyldig att av skäl som nu har sagts vidkännas annan omplacering än sådan som kan ske inom ramen för anställningsavtalet och som är en nödvändig följd av ledigheten.

26 § En arbetsgivare som bryter mot denna lag skall betala arbetstagaren skadestånd för den förlust som uppkommer och för den kränkning som har skett. Om det är skäligt, kan skadeståndet sättas ner eller helt falla bort.

27 § Mål om tillämpning av 21-26 §§ handläggs enligt lagen (1974:371) om rättegången i arbetstvister.

Förs talan med anledning av uppsägning eller avskedande, skall 34 och 35 §§, 37 §, 38 § andra stycket andra meningen, 39-42 §§ samt 43 § första stycket andra meningen och andra stycket lagen (1982:80) om anställningsskydd gälla i tillämpliga delar. I fråga om annan talan tillämpas 64-66 och 68 §§ lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet på motsvarande sätt.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1989.

2 Förslag till
Lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs att 11 kap. 2 § och 19 kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän försäkring[1] skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse | *Föreslagen lydelse*

11 kap.
2 §[2]

Med inkomst av anställning avses den lön i pengar eller skattepliktiga naturaförmåner, som en försäkrad har fått såsom arbetstagare i allmän eller enskild tjänst. Till sådan inkomst räknas dock inte från en och samme arbetsgivare utgiven lön som under ett år ej uppgått till 1 000 kronor. I fråga om arbete som har utförts utomlands bortses vid beräkningen av pensionsgrundande inkomst från sådana lönetillägg som betingas av ökade levnadskostnader och andra särskilda förhållanden i sysselsättningslandet. Såsom inkomst av anställning anses även

a) sjukpenning enligt denna lag eller lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande ersättning som utgår enligt annan författning eller på grund av regeringens förordnande, i den mån ersättningen träder i stället för försäkrads inkomst såsom arbetstagare i allmän eller enskild tjänst,

b) *föräldrapenning*, | b) *föräldrapenningförmåner*,

c) vårdbidrag enligt 9 kap. 4 §, i den mån bidraget inte är ersättning för merkostnader,

d) dagpenning från erkänd arbetslöshetskassa,

e) kontant arbetsmarknadsstöd enligt lagen (1973:371) om kontant arbetsmarknadsstöd,

f) utbildningsbidrag under arbetsmarknadsutbildning och yrkesinriktad rehabilitering i form av dagpenning,

g) korttidsstudiestöd och vuxenstudiebidrag enligt studiestödslagen (1973:349),

h) delpension enligt lagarna (1975:380) och (1979:84) om delpensionsförsäkring,

i) dagpenning till värnpliktiga och vapenfria tjänstepliktiga under repetitionsutbildning, frivilliga som genomgår utbildning under krigsförbandsövning eller särskild övning inom värnpliktsutbildningen, läkare under försvarsmedicinsk tjänstgöring samt civilförsvarspliktiga,

j) utbildningsbidrag för doktorander,

k) timersättning vid grundutbildning för vuxna (grundvux), vid vuxenutbildning för psykiskt utvecklingsstörda (särvux) och vid grundläggande svenskundervisning för invandrare,

l) livränta enligt 4 kap. lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande livränta som bestäms med tillämpning av sagda lag,

m) från Sveriges författarfond och konstnärsnämnden utgående bidrag som ej är att hänföra till inkomst av annat förvärvsarbete enligt 3 §, i den mån regeringen så förordnar,

n) statsbidrag till arbetslösa som tillskott till deras försörjning när de startar egen rörelse,

[1] Lagen omtryckt 1982:120.
[2] Med nuvarande lydelse avses den i prop. 1987/88:113 föreslagna lydelsen.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
o) värdet av vad den försäkrade tillgodoförs som följd av att en arbetsgivare lämnar sådant bidrag som likställs med lön enligt 2 kap. 3 § andra stycket lagen (1981:691) om socialavgifter.	o) värdet av vad den försäkrade tillgodoförs som följd av att en arbetsgivare lämnar sådant bidrag som likställs med lön enligt 2 kap. 3 § andra stycket lagen (1981:691) om socialavgifter,
	p) ersättning enligt lagen (1988:000) om ersättning och ledighet för närståendevård.

I fråga om ersättning i pengar eller naturaförmåner som sägs i första stycket för arbete som någon utfört för någon annans räkning utan att vara anställd i dennes tjänst gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 3 kap. 2 § andra stycket.

Vid beräkning av inkomst av anställning skall hänsyn tas till lön eller annan ersättning, som den försäkrade har fått från en arbetsgivare, som är bosatt utom riket eller är utländsk juridisk person, endast i fall då den försäkrade sysselsatts här i riket och överenskommelse inte träffats enligt 3 kap. 2 a § eller då han tjänstgjort som sjöman ombord på svenskt handelsfartyg. Vad som sägs här skall inte gälla beträffande lön till svenska medborgare, om svenska staten eller, där lönen härrör från utländsk juridisk person, en svensk juridisk person, som äger ett bestämmande inflytande över den utländska juridiska personen, enligt av riksförsäkringsverket godtagen förbindelse har att svara för tilläggspensionsavgiften.

Hänsyn skall ej heller tas till lön eller annan ersättning från främmande makts beskickning eller lönade konsulat här i riket eller från arbetsgivare, som tillhör sådan beskickning eller sådant konsulat och som inte är svensk medborgare. Vad som sägs här skall inte gälla beträffande lön till svensk medborgare eller till den som utan att vara svensk medborgare är bosatt i riket, om en utländsk beskickning här i riket enligt av riksförsäkringsverket godtagen förbindelse har att svara för tilläggspensionsavgiften.

Den som åtagit sig förbindelse enligt tredje eller fjärde stycket skall anses såsom arbetsgivare.

19 kap.

2 §

Sjukförsäkringen finansieras, förutom genom avgifter som avses i 1 §, av statsmedel.

Statsbidrag lämnas med femton procent av kostnaderna för sjukförsäkringsförmåner, inberäknat försäkringens kostnader enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m., samt för förvaltning.	Statsbidrag lämnas med femton procent av kostnaderna för sjukförsäkringsförmåner, inberäknat försäkringens kostnader enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. *och lagen (1988:000) om ersättning och ledighet för närståendevård,* samt för förvaltning.
Statsbidrag lämnas vidare med femton procent av kostnaderna för den allmänna försäkringen för förmåner enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. samt för centrala stu-	Statsbidrag lämnas vidare med femton procent av kostnaderna för den allmänna försäkringen för förmåner enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. samt för centrala stu-

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
diestödsnämnden med anledning av att sådana *återbetalningspliktiga studiemedel* som belöper på en studerandes sjukperiod enligt studiestödslagen (1973:349) inte skall återbetalas.	diestödsnämnden med anledning av att sådana *studielån* som belöper på en studerandes sjukperiod enligt studiestödslagen (1973:349) inte skall återbetalas.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 1989.

2. Den nya föreskriften i 11 kap. 2 § tillämpas första gången när pensionsgrundande inkomst bestäms för år 1989.

3 Förslag till Lag om ändring i lagen (1981:691) om socialavgifter

Härigenom föreskrivs att 4 kap. 1 § lagen (1981:691) om socialavgifter skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	4 kap.
	1 §
Sjukförsäkringsavgifter används, i den mån kostnaderna inte skall täckas med statsbidrag enligt 19 kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän försäkring, för att täcka	
1. kostnader för sjukförsäkringsförmåner enligt lagen om allmän försäkring,	
2. kostnader enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.,	
3. den allmänna försäkringens kostnader för förmåner enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.,	
4. centrala studiestödsnämndens kostnader med anledning av att sådana *återbetalningspliktiga studiemedel* som belöper på en studerandes sjukperiod enligt studiestödslagen (1973:349) inte skall återbetalas,	4. centrala studiestödsnämndens kostnader med anledning av att sådana *studielån* som belöper på en studerandes sjukperiod enligt studiestödslagen (1973:349) inte skall återbetalas,
5. förvaltningskostnader för de allmänna försäkringskassorna.	5. förvaltningskostnader för de allmänna försäkringskassorna,
	6. kostnader enligt lagen (1988:000) om ersättning och ledighet för närståendevård.

För reglering av över- och underskott finns en fond, benämnd allmänna sjukförsäkringsfonden. Grunderna för överföring av medel till och från fonden fastställs av regeringen.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1989.

4 Förslag till Lag om ändring i kommunalskattelagen (1928:370)

Härigenom föreskrivs att 19 § och punkt 12 av anvisningarna till 32 § kommunalskattelagen (1928:370) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

19 §[1]

Till skattepliktig inkomst enligt denna lag räknas *icke:*

vad som vid bodelning tillfallit make eller sambo eller vad som förvärvats genom arv, testamente, fördel av oskift bo eller gåva;

vinst vid icke yrkesmässig avyttring av lös egendom i andra fall än som avses i 35 § 3–4 mom.;

vinst i svenskt lotteri eller vinst vid vinstdragning på här i riket utfärdade premieobligationer och ej heller sådan vinst i utländskt lotteri eller vid vinstdragning på utländska premieobligationer, som uppgår till högst 100 kronor;

ersättning, som på grund av försäkring jämlikt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring eller lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring tillfallit den försäkrade, om icke ersättningen grundas på förvärvsinkomst av 6 000 kronor eller högre belopp för år eller utgör föräldrapenning, så ock sådan ersättning enligt annan lag eller särskild författning, som utgått annorledes än på grund av sjukförsäkring, som nyss sagts, till någon vid sjukdom eller olycksfall i arbete eller under militärtjänstgöring eller i fall som avses i lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd eller lagen (1977:267) om krigsskadeersättning till sjömän om icke ersättningen grundas på förvärvsinkomst av 6 000 kronor eller högre belopp för år, ävensom ersättning, vilken vid sjukdom eller olycksfall tillfallit någon på grund av annan försäkring, som icke tagits i samband med tjänst, dock att till skattepliktig inkomst räknas ersättning i form av pension eller i form av livränta i den mån livräntan är skattepliktig enligt 32 § 1 eller 2 mom., så ock ersättning som utgår på grund av trafikförsäkring eller, med nedan angivet undantag, annan ansvarighetsförsäkring eller på grund av skadeståndsförsäkring och avser förlorad inkomst av skattepliktig natur;

ersättning på grund av ansvarighetsförsäkring enligt grunder som fastställts i kollektivavtal mellan arbetsmarknadens huvudorganisationer till den del ersättningen utgår under de första trettio dagarna av den tid den skadade är arbetsoförmögen och beräknas så att ersättningen uppgår för insjuknandedagen till högst 30 kronor och för övriga dagar till högst 6 kronor för dag;

belopp, som till följd av försäkringsfall eller återköp av försäkringen utgått på grund av kapitalförsäkring;

försäkringsersättning eller annan ersättning för skada på egendom, dock att skatteplikt föreligger dels i den mån ersättningen avser driftbyggnad på jordbruksfastighet, byggnad på fastighet som avses i 24 § 1 mom., byggnad som är avsedd för användning i ägarens rörelse eller sådan del av värdet av markanläggning som får dras av genom årliga värdeminskningsavdrag, dels i den mån köpeskilling, som skulle ha influtit om den försäkrade eller skadade egendomen i stället hade sålts, hade varit att hänföra till intäkt av fastighet eller av rörelse och dels i den mån ersättningen eljest motsvarar skattepliktig intäkt av eller avdragsgill omkostnad för fastighet eller rörelse;

[1] Senaste lydelse 1988:132.

vinstandel, återbäring eller premieåterbetalning, som utgått på grund av annaan personförsäkring än pensionsförsäkring eller sådan sjuk- eller olycksfallsförsäkring som tagits i samband med tjänst, samt vinstandel, som utgått på grund av skadeförsäkring, och premieåterbetalning på grund av skadeförsäkring, för vilken rätt till avdrag för premie icke förelegat;

ersättning jämlikt lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare om icke ersättningen grundas på förvärvsinkomst av 6 000 kronor eller högre belopp för år;

periodiskt understöd eller därmed jämförlig periodisk intäkt, som icke utgör vederlag vid avyttring av egendom, i den mån givaren enligt 20 § eller punkt 5 av anvisningarna till 46 § icke är berättigad till avdrag för utgivet belopp;

stipendium som är avsett för mottagarens utbildning och inte utgör ersättning för arbete som har utförts eller skall utföras för utgivarens räkning;

studiestöd enligt 3 eller 4 kap. studiestödslagen (1973:349), internatbidrag, *återbetalningspliktiga studiemedel* och resekostnadsersättning enligt 6 och 7 kap. samma lag samt sådant särskilt bidrag vilket enligt av regeringen eller statlig myndighet meddelade bestämmelser utgår till deltagare i arbetsmarknadsutbildning samt med dem i fråga om sådant bidrag likställda, och äger i följd härav den bidragsberättigade icke göra avdrag för kostnader som avsetts skola bestridas med bidrag av förevarande slag;	studiestöd enligt 3 eller 4 kap. studiestödslagen (1973:349), internatbidrag, *studielån* och resekostnadsersättning enligt 6 och 7 kap. samma lag samt sådant särskilt bidrag vilket enligt av regeringen eller statlig myndighet meddelade bestämmelser utgår till deltagare i arbetsmarknadsutbildning samt med dem i fråga om sådant bidrag likställda, och äger i följd härav den bidragsberättigade icke göra avdrag för kostnader som avsetts skola bestridas med bidrag av förevarande slag;

allmänt barnbidrag och förlängt barnbidrag;

lön eller annan gottgörelse, för vilken skall erläggas skatt enligt lagen (1958:295) om sjömansskatt;

kontantunderstöd, som utgives av arbetslöshetsnämnd med bidrag av statsmedel;

handikappersättning enligt 9 kap. 2 och 3 §§ lagen om allmän försäkring, sådan del av vårdbidrag enligt 9 kap. 4 och 4 a §§ samma lag som utgör ersättning för merkostnader samt hemsjukvårdsbidrag, som utgår av kommunala eller landstingskommunala medel till den vårdbehövande;	handikappersättning enligt 9 kap. 2 och 3 §§ lagen om allmän försäkring, sådan del av vårdbidrag enligt 9 kap. 4 och 4 a §§ samma lag som utgör ersättning för merkostnader samt hemsjukvårdsbidrag *och hemvårdsbidrag*, som utgår av kommunala eller landstingskommunala medel till den vårdbehövande;

kommunalt bostadstillägg enligt lagen (1962:392) om hustrutillägg och kommunalt bostadstillägg till folkpension;

kommunalt bostadstillägg till handikappade;

bostadsbidrag som avses i förordningen (1987:818) om bostadsbidrag till barnfamiljer eller förordningen (1987:870) om bostadsbidrag till vissa hushåll utan barn;

ersättning som fastställts av allmän domstol eller utgått av allmänna medel till den som – utan att det skett yrkesmässigt – inställt sig inför domstol eller annan myndighet, om ersättningen avser reseersättning, traktamente eller ersättning för tidsspillan;

sådan gottgörelse för utgift eller kostnad som arbetsgivare uppburit från personalstiftelse ur medel, för vilka avdrag icke medgivits vid taxering, vid första tillfälle dylika medel finnas i stiftelsen;

gottgörelse som arbetsgivare uppburit från pensionsstiftelse, till den del stiftelsen ej ägt andra medel för att lämna gottgörelsen än sådana för vilka avdrag icke åtnjutits vid avsättning till stiftelsen;

intäkter av försäljning av vilt växande bär och svampar som den skattskyldige själv plockat till den del intäkterna under ett beskattningsår inte överstiger 5 000 kronor, såvida intäkterna inte kan hänföras till rörelse som den skattskyldige driver eller utgör lön eller liknande förmån;

ränta enligt 61 § lagen (1941:416) om arvsskatt och gåvoskatt, 69 § 1 och 2 mom., 69 a § tredje stycket eller 75 a § fjärde stycket uppbördslagen (1953:272), 36 § 3 mom. lagen (1958:295)om sjömansskatt, 22 § tullagen (1973:670), 20 § lagen (1982:1006) om avdrags- och uppgiftsskyldighet beträffande vissa uppdragsersättningar, 5 kap. 13 § lagen (1984:151) om punktskatter och prisregleringsavgifter, 40 § lagen (1984:404) om stämpelskatt vid inskrivningsmyndigheter, 24 § lagen (1984:668) om uppbörd av socialavgifter från arbetsgivare eller 32 och 34 §§ tullagen (1987:1065);

ränta som enligt bestämmelserna i 37 § 8 mom. c) och d) taxeringslagen (1956:623) inte redovisas i kontrolluppgift om sådan ränta för den skattskyldige under ett beskattningsår sammanlagt inte uppgår till 500 kronor.

Beträffande vissa försäkringsbelopp som utgår till lantbrukare, skogsbrukare, yrkesfiskare, renskötare m.fl. gäller särskilda bestämmelser i punkt 16 av anvisningarna till 21 § och i punkt 11 av anvisningarna till 28 §.

(Se vidare anvisningarna.)

Anvisningar

till 32 §

12.[2] Sjukpenning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring, lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring, lagen (1977:265) om statligt personskadeskydd och lagen (1977:267) om krigsskadeersättning till sjömän utgör skattepliktig intäkt av tjänst om sjukpenningen grundas på inkomst, som hänför sig till tjänst och för sig eller tillsammans med annan sjukpenninggrundande inkomst uppgår till 6 000 kronor eller högre belopp för år. Till intäkt av tjänst hänföres under nämnda förutsättningar också ersättning enligt lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare samt annan lag eller författning, som utgått annorledes än på grund av försäkring, som nyss sagts, till någon vid sjukdom eller olycksfall i arbete eller på grund av militärtjänstgöring.

Föräldrapenning och vårdbidrag enligt lagen om allmän försäkring utgör skattepliktig intäkt av tjänst, dock ej sådan del av vårdbidrag som utgör ersättning för merkostnader.

Föräldrapenningförmåner och vårdbidrag enligt lagen om allmän försäkring *samt ersättning enligt lagen (1988:000) om ersättning och ledighet för närståendevård* utgör skattepliktig intäkt av tjänst, dock ej sådan del av vårdbidrag som utgör ersättning för merkostnader.

Korttidsstudiestöd och vuxenstudiebidrag enligt studiestödslagen (1973:349), utbildningsbidrag för doktorander, timersättning vid grundutbildning för vuxna (grundvux), vid vuxenutbildning för psykiskt utvecklings-

[2] Med nuvarande lydelse avses den i prop. 1987/88:113 föreslagna lydelsen.

störda (särvux) och vid grundläggande svenskundervisning för invandrare räknas som skattepliktig intäkt av tjänst.

Dagpenning från erkänd arbetslöshetskassa, kontant arbetsmarknadsstöd, statsbidrag motsvarande dagpenning från erkänd arbetslöshetskassa eller kontant arbetsmarknadsstöd som lämnas till arbetslös som startar egen rörelse, ersättning enligt 14 och 15 §§ lagen (1983:1070) om arbete i ungdomslag hos offentliga arbetsgivare samt stöd enligt 6 § förordningen (1983:1079) om statsbidrag till verksamheten med ungdomslag, m.m. räknas som skattepliktig intäkt av tjänst.

Dagpenning vid utbildning och tjänstgöring inom totalförsvaret räknas som skattepliktig intäkt av tjänst.

Detsamma gäller dagpenning och stimulansbidrag, vilka enligt av regeringen eller av statlig myndighet meddelade bestämmelser utgå till deltagare i arbetsmarknadsutbildning samt med dem i fråga om sådana bidrag likställda.

Denna lag träder i kraft, i fråga om 19 § den 1 januari 1989, och i övrigt den 1 juli 1989 samt tillämpas första gången vid 1990 års taxering.

5 Förslag till Lag om ändring i semesterlagen (1977:480)

Härigenom föreskrivs att 17 § semesterlagen (1977:480) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
17 §[1]	
Frånvaro från arbetet är semesterlönegrundande, när fråga är om	
1. ledighet på grund av sjukdom, i den mån frånvaron under intjänandeåret icke överstiger 180 dagar eller om frånvaron beror på arbetsskada,	
2. ledighet enligt lagen (1978:410) om rätt till ledighet för vård av barn, m. m. dels under tid för vilken havandeskapspenning utges enligt 3 kap. 9 § lagen (1962:381) om allmän försäkring, dels under tid för vilken föräldrapenning utges i anledning av barns födelse eller adoption enligt 4 kap. 3 och 5 §§ samma lag, i den mån frånvaron för varje barn, eller vid flerbarnsbörd sammanlagt, icke överstiger 120 dagar eller, för ensamstående förälder, 180 dagar, dels under tid för vilken tillfällig föräldrapenning utges enligt 4 kap. 10 och 11 §§ samma lag,	
3. ledighet på grund av risk för överförande av smitta, om arbetstagaren är berättigad till ersättning enligt lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare, i den mån frånvaron under intjänandeåret icke överstiger 180 dagar,	
4. ledighet för utbildning, som ej enligt annan lag medför rätt till semesterlön, om arbetstagaren erhåller korttidsstudiestöd eller vuxenstudiebidrag enligt studiestödslagen (1973:349) eller om utbildningen till väsentlig del avser fackliga eller med facklig verksamhet sammanhängande frågor, i den mån frånvaron under intjänandeåret icke överstiger 180 dagar,	
5. ledighet på grund av sådan i 27 § värnpliktslagen (1941:967) eller med stöd därav föreskriven tjänstgöring om högst 60 dagar, som ej är beredskapsövning och ej heller direkt ansluter sig till grundutbildning, eller ledighet på grund av motsvarande vapenfri tjänst, i den mån frånvaron under intjänandeåret icke överstiger 60 dagar,	
6. ledighet på grund av att arbetstagaren efter det kalenderår då han fyllt tjugotvå år fullgör tjänstgöring i civilförsvaret på annan tid än då civilförsvarsberedskap råder eller beredskapsövning får anordnas vid försvarsmakten, i den mån frånvaron under intjänandeåret icke överstiger 60 dagar, *eller*	6. ledighet på grund av att arbetstagaren efter det kalenderår då han fyllt tjugotvå år fullgör tjänstgöring i civilförsvaret på annan tid än då civilförsvarsberedskap råder eller beredskapsövning får anordnas vid försvarsmakten, i den mån frånvaron under intjänandeåret icke överstiger 60 dagar,
7. ledighet enligt lagen (1986:163) om rätt till ledighet för grundläggande svenskundervisning för invandrare.	7. ledighet enligt lagen (1986:163) om rätt till ledighet för grundläggande svenskundervisning för invandrare, *eller*
	8. *ledighet enligt lagen (1988:000) om ersättning och ledighet för närståendevård.*

Vid tillämpning av första stycket 1 skall frånvaron under de första 90 dagarna av frånvaroperiod ej i något fall anses bero på arbetsskada. Har arbetstagare av anledning som anges i första stycket 1 varit oavbrutet

[1] Senaste lydelse 1987:293.

frånvarande från arbetet under två hela intjänandeår, grundar därefter infallande dag av frånvaroperiod icke rätt till semesterlön.

I frånvaroperiod som avses i första stycket inräknas även dagar under perioden då arbetstagaren icke skulle ha utfört arbete.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1989.

6 Förslag till Lag om ändring i studiestödslagen (1973:349)

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 31 §, 4 kap. 44 § och 7 kap. 17 a § studiestödslagen (1973:349)[1] skall ha följande lydelse

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 kap. 31 §	
Studerande har rätt att behålla studiehjälp vid ledighet för tillfällig vård av barn enligt de närmare föreskrifter som meddelas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.	Studerande har rätt att behålla studiehjälp vid ledighet för tillfällig vård av barn *och vid ledighet för närståendevård* enligt de närmare föreskrifter som meddelas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.
4 kap. 44 §	
Studerande har rätt att behålla studiemedel vid ledighet för tillfällig vård av barn enligt de närmare föreskrifter som meddelas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.	Studerande har rätt att behålla studiemedel vid ledighet för tillfällig vård av barn *och vid ledighet för närståendevård* enligt de närmare föreskrifter som meddelas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.
7 kap. 17 a §[2]	
Studerande har rätt att behålla vuxenstudiebidrag och studielån vid	
1. ledighet för tillfällig vård av barn i samma omfattning som enligt 4 kap. 10–12 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring gäller för rätt till föräldrapenning,	
2. ledighet för fullgörande av uppdrag i elevorganisation under sammanlagt högst tio dagar under ett kalenderår *och*	2. ledighet för fullgörande av uppdrag i elevorganisation under sammanlagt högst tio dagar under ett kalenderår,
3. kortvarig ledighet för enskild angelägenhet av vikt.	3. kortvarig ledighet för enskild angelägenhet av vikt *och*
	4. ledighet för närståendevård i samma omfattning som enligt lagen (1988:000) om ersättning och ledighet för närståendevård gäller för rätt till förmånerna.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1989.

[1] Lagen omtryckt 1987:303.
[2] Med nuvarande lydelse avses den i prop. 1987/88:116 föreslagna lydelsen.

2 *Riksdagen 1987/88. 1 saml. Nr 176*

Rättelse: S. 17 rad 34 höger spalt Tillkommer: för enskild angelägenhet S. 24 rad 2 nedifrån Står: 119 000 Rättat till: ca 73 000 Står: – – – i stor sett dubbelt så – – – Rättat till: ungefär lika

7 Förslag till Lag om ändring i utsökningsbalken

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 1 § och 15 kap. 2 § utsökningsbalken skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 kap. 1 §[1]	
Bestämmelserna i detta kapitel gäller i fråga om utmätning av	
1. arbetstagares lön, vare sig den utgår som tidlön, ackordslön, provision eller annan gottgörelse,	
2. annan ersättning för arbetsinsats av gäldenären, om dennes ställning är jämförlig med en arbetstagares,	
3. belopp som utgår som pension eller livränta,	
4. sjukpenning, föräldrapenningförmåner och annan ersättning som utgår på grund av sjukdom, smitta, olycksfall, utbildning, arbetslöshet, värnpliktstjänstgöring eller annan tjänstgöring som ersätts med samma eller liknande förmåner som värnpliktstjänstgöring, allt i den mån ersättningen inte avser att kompensera för särskilt angivna kostnader eller skall återbetalas.	4. sjukpenning, föräldrapenningförmåner, *ersättning enligt lagen (1988:000) om ersättning och ledighet för närståendevård* och annan ersättning som utgår på grund av sjukdom, smitta, olycksfall, utbildning, arbetslöshet, värnpliktstjänstgöring eller annan tjänstgöring som ersätts med samma eller liknande förmåner som värnpliktstjänstgöring, allt i den mån ersättningen inte avser att kompensera för särskilt angivna kostnader eller skall återbetalas.
Bestämmelserna i detta kapitel är ej tillämpliga när gäldenären är dödsbo eller annan juridisk person.	
För vissa fall när skälig lön ej utgår för gäldenärens arbete gäller enligt 18 § särskilda bestämmelser.	
15 kap. 2 §[2]	
Genom införsel får tagas i anspråk	
1. arbetstagares lön, vare sig den utgår som tidlön, ackordslön, provision eller annan gottgörelse,	
2. annan ersättning för arbetsinsats av gäldenären, om dennes ställning är jämförlig med en arbetstagares,	
3. periodiskt vederlag för utnyttjande av patent, rätt till litterärt eller konstnärligt verk eller annan sådan rättighet eller för överlåtelse av rörelse,	
4. belopp som utgår som pension eller livränta,	
5. sjukpenning, föräldrapenningförmåner och annan ersättning som utgår på grund av sjukdom, smitta	5. sjukpenning, föräldrapenningförmåner, *ersättning enligt lagen (1988:000) om ersättning och ledig-*

[1] Senaste lydelse 1988:140.

[2] Senaste lydelse 1988:140.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
olycksfall, utbildning, arbetslöshet, värnpliktstjänstgöring eller annan tjänstgöring som ersätts med samma eller liknande förmåner som värnpliktstjänstgöring, allt i den mån ersättningen inte avser att kompensera för särskilt angivna kostnader eller skall återbetalas.	*het för närståendevård* och annan ersättning som utgår på grund av sjukdom, smitta, olycksfall, utbildning, arbetslöshet, värnpliktstjänstgöring eller annan tjänstgöring som ersätts med samma eller liknande förmåner som värnpliktstjänstgöring, allt i den mån ersättningen inte avser att kompensera för särskilt angivna kostnader eller skall återbetalas.

För vissa fall när skälig lön ej utgår för gäldenärens arbete gäller enligt 19 § särskilda bestämmelser.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1989.

8 Förslag till
Lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

Härigenom föreskrivs att det i socialtjänstlagen (1980:620) skall införas en ny paragraf, 20 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	20 a § *Kommunen skall planera sina insatser för äldre. I planeringen skall kommunen samverka med landstingskommunen samt andra samhällsorgan och organisationer.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1989.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 11 maj 1988

Närvarande: statsråden Sigurdsen, ordförande, Leijon, Peterson, Bodström, R. Carlsson, Holmberg, Hellström, Hulterström, Lindqvist, G. Andersson, Lönnqvist, Thalén

Föredragande: statsrådet Lindqvist

Proposition om äldreomsorgen inför 90-talet

1 Inledning

Efter bemyndigande av regeringen år 1980 tillkallades en utredning för att behandla frågor om övergripande prioritering och samordning av samhällets insatser för äldre (Dir. 1980:93). Utredningen antog namnet äldreberedningen. Äldreberedningen har under sitt arbete yttrat sig över forskningsansökningar, anordnat seminarier och lämnat flera rapporter, bl.a. (Ds S 1982:11) Bara något äldre, rapporten Invandrarna och äldreomsorgen samt rapporten Vi vet själva bäst, som gjordes i samarbete med demokratiberedningen. Äldreberedningen har även lämnat betänkandena (SOU 1985:3) Leva som äldre samt (SOU 1985:31) Dagens äldre. Beredningen överlämnade i juni år 1987 sitt slutbetänkande (SOU 1987:21) Äldreomsorg i utveckling (när slutbetänkandet avlämnades ingick i beredningen som ledamöter statssekreteraren Sture Korpi, ordförande, försäkringstjänstemannen Stina Andersson, kommunalrådet Henny Fager, riksdagsledamöterna Ingemar Konradsson och Blenda Littmarck samt f.d. riksdagsledamöterna Karin Nordlander och Eva Winther). Slutbetänkandet handlar om äldre människors levnadsförhållanden och om hur service och vård till äldre bör utvecklas.

Äldreberedningens slutbetänkande samt beredningens betänkanden och rapporter i övrigt utgör det huvudsakliga underlaget för det jag i det följande anför. Till detta kommer nedan nämnda betänkanden.

Med stöd av regeringens bemyndigande tillkallade år 1974 dåvarande chefen för socialdepartementet en grupp sakkunniga för att utreda vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede. De sakkunniga avlämnade i oktober 1979 sitt huvudbetänkande (SOU 1979:59) I livets slutskede. Betänkandet innehöll bl.a. ett förslag till lag om ersättning åt anhörig för vård av sjuka i livets slutskede.

Genom beslut år 1979 (Dir. 1979:130) tillsattes efter bemyndigande av regeringen en kommitté för att göra en översyn av olika frågor som gäller vård av anhöriga i hemmet m.m. (anhörigvårdskommittén). Kommittén avlämnade i september 1983 sitt slutbetänkande (SOU 1983:64) Ledighet för anhörigvård. Slutbetänkandet innehöll förslag till lagstiftning om rätt till

ledighet för vård av anhörig. Dessutom lämnades förslag till förbättring av stödet till anhörigvårdare.

Till protokollet i detta ärende bör som *bilaga 1* fogas anhörigvårdskommitténs sammanfattning av sitt slutbetänkande och som bilaga 2 äldreberedningens sammanfattning av sitt slutbetänkande.

Anhörigvårdskommitténs och äldreberedningens slutbetänkande har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna och en sammanställning av remissyttrandena bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 3* resp. *bilaga 4*.

Jag tar i det följande upp flertalet av de frågor om äldreomsorgen som behandlats i äldreberedningens och anhörigvårdskommitténs betänkanden. I vissa delar, som närmare anges i det följande, föreslår jag ytterligare beredningsarbete i en särskild delegation.

I frågor som gäller hälso- och sjukvårds- samt socialförsäkringsområdet har jag samrått med chefen för socialdepartementet.

2 Allmänna utgångspunkter

Jag vill inledningsvis kortfattat redovisa mina allmänna utgångspunkter och grundläggande synsätt för de bedömningar och förslag som läggs fram i det följande.

I Sverige finns för närvarande ca 1,5 milj. människor som är 65 år och däröver, vilket motsvarar knappt 18 % av befolkningen. Det är således en stor grupp människor, för vilka - liksom för befolkningen i övrigt - skillnaderna i fråga om t.ex. hälsa, ekonomi, levnadssätt och intressen självklart är betydande. Det stora flertalet äldre lever också ett liv som i de flesta avseenden inte skiljer sig från yngre människors.

Äldre människors ekonomi har förbättrats avsevärt under de senaste 20 åren. Orsaken till detta är framför allt att den allmänna tilläggspensioneringen (ATP) och andra tjänstepensionssystem successivt har fått större genomslagskraft. Från år 1988 har en kraftig förbättring av de kommunala bostadstilläggen genomförts och från år 1989 genomförs en extra höjning av basbeloppet. Sammantaget innebär dessa åtgärder en ytterligare förbättring av äldre människors ekonomiska villkor.

Andelen äldre, dvs. de som är 65 år och däröver, beräknas inte öka under återstoden av 1900-talet. Antalet personer i åldrarna 80 år och däröver väntas emellertid, enligt statistiska centralbyråns prognoser, öka med ca 90 000 fram till år 2000.

Välfärdspolitiken har haft stora positiva effekter på äldre människors hälsa. De flesta äldre förblir friska och behåller sin fysiska och psykiska förmåga högt upp i åren och behöver inte samhällets stöd för sin dagliga livsföring. Det jag i det följande avser att ta upp är samhällets insatser vad gäller service och vård för äldre som behöver samhällets stöd för att kunna leva ett gott och oberoende liv. Flertalet av dessa insatser har självfallet också en avgörande betydelse för yngre människor med handikapp.

Det är positivt inte bara för den enskilde utan också för samhället att allt fler kan uppnå hög ålder. Samhället tillförs erfarenheter, resurser och inte minst möjligheter till samhörighet och gemenskap mellan olika generationer. Vi måste därför, både för de enskilda människornas och för samhällets skull, sörja för att alla äldre får möjlighet att under återstoden av sitt liv leva värdigt och vara delaktiga i samhällslivet.

Många kommer när de blir äldre att behöva hjälp på grund av de funktionsnedsättningar och sjukdomar som ofta följer med hög ålder.

Denna utveckling kommer att kräva ökade insatser inom en rad olika samhällsektorer. Det är en självklar princip att samhället har att ansvara för att äldre människor får den service och vård de behöver. Betydande insatser inom äldreomsorgen utförs dock av närstående till äldre människor. Samhället måste ge sitt stöd till närstående, som vill göra en direkt service- eller vårdinsats. Också andra initiativ som kan komplettera samhällets service och vård bör uppmuntras. Jag tänker här särskilt på olika typer av äldrekooperativ och föreningsdrivna verksamheter. Jag vill dock betona att det bör ankomma på samhället att både ansvara för och till största delen även utföra vårdinsatserna.

Målen för samhällets service och vård till äldre har lagts fast i olika sammanhang. Jag avser framför allt det som sagts i samband med införandet av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och socialtjänstlagen (1980:620) samt i den av riksdagen antagna propositionen (1984/85:142) om förbättrade boendeförhållanden för gamla, handikappade och långvarigt sjuka. Jag anser att det som där angetts som riktlinjer och principer för samhällets insatser fortfarande äger giltighet. De mål och riktlinjer för äldreomsorgen, som äldreberedningen föreslagit, stämmer också väl överens med min bedömning.

Det finns tre grundläggande principer för samhällets service och vård till äldre som jag här särskilt vill lyfta fram och som jag återkommer till i det följande.

Den första principen gäller människors rätt att själva bestämma och att få behålla sin integritet och identitet. Detta innebär att en människa som uppnått hög ålder inte i första hand är gammal utan en individ med ett unikt liv bakom sig, med sin egen uppfattning om och en självklar rätt att besluta om hur hon vill leva sitt fortsatta liv.

Detta måste respekteras och vara vägledande både vid planering av resurser och i det dagliga service- och vårdarbetet. Det är också ett mycket starkt skäl till att samhällets service och vård måste fortsätta att utvecklas så att det är möjligt för människor att i högre utsträckning kunna välja att bo kvar i sitt eget hem och i sin egen miljö.

Den andra principen är att människor måste ges förutsättning att få känna sig trygga. Trygghet är i hög grad en subjektiv upplevelse. Det är den enskilde som själv kan avgöra under vilka förhållanden hon känner sig trygg. För många är därvid närheten till anhöriga och grannar eller till personal dygnet runt av avgörande betydelse. Det är angeläget att kommuner och landsting särskilt beaktar detta vid utformningen av sina insatser för äldre.

Vidare är kontinuiteten i kontakten mellan personalen och den vårdade mycket viktig.

Den tredje principen som jag vill lyfta fram är valfriheten. Människor skall inte när de blir gamla behöva vidkännas begränsningar i möjligheterna att utforma sitt eget liv, att välja bostad och att kunna delta aktivt i samhällslivet. Människor måste också kunna påverka innehållet i och utformningen av samhällets service och vård.

Kommuner och landsting bör sträva efter att kunna erbjuda ett så varierat utbud av service och vård som möjligt. Insatser måste göras för att människor i ökad utsträckning skall kunna välja att bo kvar hemma även när de behöver omfattande vård. Jag tänker särskilt på den sociala hemtjänsten, färdtjänsten och sjukvården i hemmet samt på en fortsatt förbättring av den fysiska tillgängligheten i boendet och närmiljön. För den som vill flytta till någon särskild boende- eller vårdform för äldre bör det finnas ett varierat utbud, även för dem som ställer höga krav på trygghet och närhet till andra. Jag anser också att inriktningen bör vara att den enskilde skall kunna flytta till särskilda boende- och vårdformer i en annan kommun eller ett annat landsting än det egna.

Samhällets insatser bör även organiseras så att den hjälpbehövandes behov, önskningar och uppfattningar tas som utgångspunkt för arbetet. Detta innebär bl.a. att beslut om hur det praktiska och dagliga arbetet skall bedrivas bör fattas så nära den berörde som möjligt i samarbete mellan den som får hjälp och den som ger den direkta hjälpen.

Jag vill i detta sammanhang också nämna två grupper av äldre, vars behov jag anser motivera särskild uppmärksamhet.

Jag tänker i första hand på de människor som lider av åldersdemens eller andra psykiska besvär, dvs. människor som är särskilt beroende av andras hjälp och som dessutom har svårt att hävda sina egna behov och intressen. I dag uppskattas ungefär fem procent av äldre människor uppvisa åldersdement beteende.

Den andra grupp jag särskilt vill uppmärksamma är de äldre invandrarna. Antalet äldre som invandrar till Sverige är litet och utgör ca två procent av det totala antalet invandrare. Antalet äldre bland dem som redan har invandrat till Sverige kan emellertid, enligt beräkningar som gjorts av statistiska centralbyrån, komma att öka från ca 65 000 år 1985 till ca 126 000 år 2000. En sådan utveckling kommer att ställa nya och annorlunda krav på samhällets äldreomsorg. Kommuner och landsting måste ta hänsyn till olika invandrargruppers etniska, språkliga och kulturella särdrag, så att de invandrarpolitiska och socialpolitiska målen kan uppnås även för äldre.

Resursbehoven ökar

Samhällets insatser för äldre har under de senaste åren byggts ut kraftigt. Detta har skett trots att utrymmet för ekonomiska reformer varit mindre under 80-talet än under åren dessförinnan. Samtidigt har andelen äldre ökat. Mellan åren 1980 och 1987 ökade t.ex. antalet personer 80 år och däröver med ca 73 000 personer. Denna ökning är ungefär lika stor som den vi förväntar oss för de kommande sju åren.

Den väntade befolkningsutvecklingen kommer redan vid oförändrad ambitionsnivå att medföra ett fortsatt behov av ökade resurser inom samhällets omsorg om äldre. Förutom det ökande behovet av service och vård vill jag peka på att det finns brister i dagens äldreomsorg, som ännu inte kunnat avhjälpas. Det gäller t.ex. dåliga institutionsmiljöer, begränsningar i människors valfrihet och brist på personal med adekvat utbildning.

De mål som lagts fast för socialtjänsten och för hälso- och sjukvården skall även i framtiden vara vägledande för samhällets insatser. Häri ligger bl.a. att äldre människor har samma rätt till hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser som yngre människor. Jag anser det angeläget att behoven inom äldreomsorgen vägs in vid planering och resursavvägning mellan olika samhällssektorer. Utbyggnaden av resurserna bör ske i den takt samhällsekonomin tillåter.

Kommuner och landsting kommer som en följd av utvecklingen att behöva pröva möjligheterna att utnyttja nuvarande resurser mer effektivt och finna nya lösningar för att nå målen. Huvudmännen kommer i än högre grad att behöva göra genomtänkta och målmedvetna prioriteringar vid planering och utveckling av resurserna för äldre.

Jag vill även peka på att det enligt min mening finns vissa specifika frågor som i första hand bör beaktas vid prioriteringen av resurser inom äldreomsorgen.

Till det mest angelägna hör att kunna rekrytera och behålla kompetent personal. Personalfrågorna är av avgörande betydelse för möjligheterna att förverkliga målen för samhällets äldreomsorg. Jag återkommer till denna fråga i avsnitt 9.

Det är också angeläget att i förändringsarbetet särskilt uppmärksamma de mest hjälpbehövandes förhållanden samt de insatser som idag fungerar sämst för den som behöver samhällets service och vård. Därvid bör särskilt uppmärksammas behovet av alternativ till dåliga vårdmiljöer inom långtidssjukvården, i form av stöd i det egna boendet eller utveckling av andra boende- och vårdformer, samt behovet av att utveckla gruppboende och andra insatser för åldersdementa äldre. Likaså är det angeläget med särskilda insatser för äldre invandrare med annan kulturell bakgrund och med bristande kunskaper i svenska. Låt mig i detta sammanhang få påpeka att socialstyrelsen nu tillsammans med Svenska kommunförbundet utarbetar en idéskrift om kommunerna och äldreomsorgen. Skriften kommer att ges ut under år 1988. I denna kommer det bl.a. att finnas praktiska råd och exempel för kommunerna när det gäller planeringen av äldreomsorgen för invandrare. Vidare tas frågor om kommunernas information till äldre invandrare upp samt frågor om kulturkompetens och tvåspråkighet hos personalen som arbetar med äldre invandrare.

Slutligen vill jag särskilt uppmärksamma kommunernas och landstingens insatser för den som vårdar en närstående. Avlösning och annat stöd är i dag ett relativt eftersatt område. Till detta och till frågan om förbättrade statliga förmåner för närstående återkommer jag i avsnitt 10.

I detta sammanhang behandlar jag främst äldre människors behov av service och vård. Jag är emellertid väl medveten om att många äldre har handikapp och då till stora delar har samma behov som yngre handikappade. Samtidigt finns det en hel del som skiljer äldre och yngre människor åt. En ung människa behöver yrkesarbeta och skaffa sig vänner, intressen och en egen identitet. En äldre människa är inne i en annan fas av livet. Hon har redan en identitet och ett socialt liv, som hon vill behålla och vidareutveckla. Sett i detta perspektiv är målen och åtgärderna inom handikappolitiken mera omfattande och berör fler samhällsområden än de jag i det följande tar upp.

Med tanke på de skillnader och olika förutsättningar som gäller har jag valt att inte nu ta upp frågor som i första hand rör handikappade oavsett ålder. Många av de frågor som tas upp är emellertid sådana som har stor betydelse även för yngre handikappades förhållanden, t.ex. den sociala hemtjänstens utformning. I några fall har det också varit naturligt att utgå från alla handikappades behov.

Jag vill även hänvisa till den fortgående utbyggnaden av samhällets insatser för handikappade, där betydande reformer genomförts på senare år samt till det utredningsarbete som pågår eller planeras inom handikappområdet. I sistnämnda avseende avser jag i första hand hjälpmedelsutredningen som tillsattes år 1986 (Dir. 1986:31) samt den i budgetpropositionen 1987/88:100 aviserade handikapputredningen.

3 Äldre och åldrande

Arbetet med att fullfölja målen för äldrepolitiken påverkas i hög grad av förändringar i befolkningsstrukturen, vilka i sin tur hänger samman med bl.a. den långsiktiga hälsoutvecklingen. Innan jag går närmare in på frågor om inriktningen och utformningen av samhällets insatser för äldre människor, vill jag därför redovisa vissa uppgifter som utgör underlag för mina överväganden och förslag.

Befolkningsutvecklingen

Sedan 1950-talets början har antalet personer i åldrarna 65 år och däröver mer än fördubblats och uppgår nu till omkring 1,5 milj. människor. Under 1960- och 1970-talen var ökningen drygt 20 000 per år, medan ökningen under 1980-talet beräknas stanna vid ungefär 10 000 per år. Under 1990-talet kan i stället en viss minskning förväntas. Vid sekelskiftet kommer antalet äldre sannolikt att vara ungefär lika stort som i dag. Därefter kan man förvänta att antalet äldre åter ökar med ungefär 10 000 per år under de första 10-15 åren och sedan mer obetydligt.

Den antalsmässiga ökningen under de senaste decennierna har också inneburit att äldres andel av befolkningen vuxit. I början av 1950-talet var den drygt 10 % och för närvarande utgör den nästan 18 %. Fram till år 2000 föväntas det inte ske någon större förändring utan andelen blir i stort sett densamma beroende på att totalbefolkningen ökar något. Först något

decennium in på 2000-talet, när 1940-talets stora barnkullar kommer in i pensionsåldern samtidigt som totalbefolkningen tenderar att minska, förväntas de äldres andel av befolkningen att öka och närma sig 20 %.

Befolkningsförändringarna fram till sekelskiftet bedöms således inte vara lika dramatiska som under de gångna decennierna vare sig antals- eller andelsmässigt. Däremot förväntas det ske stora förändringar i äldregruppens sammansättning. Antalet personer 80 år och däröver beräknas öka fram till sekelskiftet med 90 000 personer jämfört med år 1988 och förväntas uppgå till nästan 440 000 personer år 2000 för att sedan stabiliseras på den nivån under ett par decennier. Åldersgruppen 90 år och däröver kommer under samma period att öka med nästan 70 % till ca 64 000 personer, och ökningen i denna grupp fortsätter därefter i vart fall något decennium. Det förutses alltså en kraftig ökning i just de åldersgrupper där behovet av service och vård gör sig starkt gällande och behovet av samhällets insatser kan därför på goda grunder antas behöva öka.

Andra förhållanden av betydelse för utformningen av samhällets service och vård är det ökande antalet ensamboende och det kraftigt växande antalet äldre med invandrarbakgrund. Sådana faktorer kommer att innebära stora och delvis förändrade anspråk på samhällets utbud av service och vård.

Andelen sammanboende minskar kraftigt med stigande ålder som följd av att många blir änkor/änklingar. Bland personer i åldern 40-54 år lever åtta av tio tillsammans med en partner, medan detta är fallet för endast två av tio i åldersgruppen 85 till 89 år. Vid 75-års ålder är andelen gifta resp. ensamstående ungefär densamma.

I alla åldersgrupper bland den äldre befolkningen är en betydligt större andel män än kvinnor gifta. År 1985 var 56 % av männen i åldersgruppen 80 till 84 år gifta mot endast 18 % av kvinnorna. Den övervägande majoriteten, eller 71 % av de ensamstående äldre var år 1985 således kvinnor. Befolkningsutvecklingen och den förändrade ålderssammansättningen bland äldre gör att det kan förväntas att allt fler bland dessa kommer att vara ensamstående vid sekelskiftet. Det beräknas då finnas 58 000 fler ensamstående personer än år 1985 eller totalt 772 000. De allra flesta av dessa, eller 79 %, är kvinnor.

Den genomsnittliga hushållsstorleken har successivt minskat. År 1980 utgjorde andelen småhushåll med en eller två personer nästan 70 % av alla hushåll jämfört med ca 50 % år 1960. Enpersonshushållen var år 1980 den vanligaste hushållstypen. Mönstret med allt mindre hushåll gäller också för äldre personer. Bland äldrehushållen, dvs. hushåll med minst en person som är 65 år eller äldre, har andelen enpersonshushåll ökat från 30 % år 1965 till 47 % år 1980. Bland äldre ökar ensamboendet av naturliga skäl med stigande ålder. Samtidigt kan noteras att samboendet med barn, syskon eller övrig släkt också ökar något med åldern. Ett samboende mellan olika generationer är vanligare i glesbygd än i tätorter och också vanligare i olika invandrargrupper. Med invandrare avses här personer födda utomlands oavsett om de är utländska medborgare eller erhållit svenskt medborgarskap.

Den stora invandringen under de senaste 40 åren innebär att antalet äldre invandrare ökar. År 1985 fanns i Sverige drygt 65 000 utrikes födda personer som var 65 år eller äldre. Fram till sekelskiftet beräknas antalet i det

närmaste fördubblas även om ingen nettoinvandring skulle förekomma. I hela befolkningen utgör andelen invandrare knappt 8 %. Bland de äldre är andelen invandrare 4,5 %. Andelen i åldersgruppen 65 till 69 år är 5,5 %.

Det är naturligtvis inte så att enbart den omständigheten att någon är född utomlands i sig innebär att det ställs andra krav på utformningen av samhällets insatser. Många invandrare har bott länge i Sverige, närmare 70 % i minst tio år enligt uppgifter från år 1985. Detta gör att många kan antas ha fått goda kunskaper i svenska språket och en god kunskap om hur det svenska samhället fungerar. Många har funnit sig väl tillrätta med de förhållanden som råder i Sverige. Erfarenheterna visar emellertid att många äldre invandrare förlorar det senast inlärda språket. De flesta invandrare har också intresse av att bevara och utveckla sina etniska, språkliga och kulturella särdrag. Det är hänsynen till detta som ger anledning att ägna särskild uppmärksamhet åt hur service och vård skall tillhandahållas enskilda äldre invandrare och utformas för olika invandrargrupper.

Äldres hälsoförhållanden

För äldre som för alla andra människor är en av de viktigaste delarna av välfärden att så långt möjligt behålla en god hälsa och att vid sjukdom, skada eller handikapp få en god service, omsorg och vård.

Den svenska välfärdspolitiken har varit framgångsrik med starka positiva effekter på människors levnadsförhållanden. Ett tydligt uttryck för detta är den ökande medellivslängden för både män och kvinnor, vilken i sin tur inneburit ett ökat antal äldre. Sedan 1950-talets början har den genomsnittliga medellivslängden ökat med ca 6 år och uppgår nu till ungefär 74 år för män och 80 år för kvinnor.

De flesta äldre förblir friska högt upp i åren. Åldrandeprocessen, dvs. avtagande fysisk och psykisk förmåga, har olika förlopp hos varje individ. Påtagliga effekter på funktionsförmågan inträffar vid mycket varierande ålder. Det har också visat sig att livsstilen påverkar åldrandet och att den fysiska och psykiska förmågan kan utvecklas även vid hög ålder. Det finns dock vissa generella skillnader i de äldres hälsa som beror på de villkor man tidigare haft i livet vad gäller yrke, levnadsätt m.m. Bland äldre som haft ett tungt arbete eller en riskfylld arbetsmiljö är långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar betydligt vanligare än för andra grupper. Äldre människor utsätts också oftare än yngre för stora psykiska påfrestningar, inte minst på grund av att risken att bli ensam ökar.

Risken för sjukdom ökar med stigande ålder och det tar också längre tid att återhämta sig efter en sjukdom. Äldre personers funktionsnedsättningar har oftast sin orsak i sjukdom eller skador och inte i det biologiska åldrandet. Åldersförändringar i hjärta, lungor, njurar och andra organ innebär i sig en försämrad kapacitet. Emellertid har de flesta organ och kroppsfunktioner en stor överkapacitet och normala åldersförändringar har som regel inte någon större betydelse, ens för människor i relativt hög ålder.

De vanligaste sjukdomarna som leder till sjukhusvård för äldre människor är cirkulationsorganens sjukdomar och elakartade tumörer. Sjukdomsmönstret är relativt lika för personer i åldrarna 65 till 74 år som i gruppen 75 år och äldre.

En långvarig sjukdom behöver inte medföra funktionsnedsättning eller ett försämrat allmäntillstånd. Många människor lever med sina sjukdomar och fungerar bra i det dagliga livet. Den enskildes livssituation beror dels på sjukdomens effekter på funktionsförmågan, dels på de krav som omgivningen ställer på den enskildes förmåga.

I statistiska centralbyråns undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) intervjuas regelbundet ett stort antal personer i åldrarna 16 till 84 år om hur de uppfattar sitt hälsotillstånd. Av samtliga intervjuade i ULF 1982/83 bedömde 41 % att de hade en långvarig sjukdom. I den äldsta åldersgruppen 75 till 84 år var andelen 83 %. Samtidigt var det endast 6 % av samtliga intervjuade och 18 % i den äldsta åldersgruppen som bedömde sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt. Majoriteten av personerna i åldersgruppen 75-84 år hade inga allvarliga funktionshinder. Exempelvis ansåg 90 % att de kunde läsa en tidning utan besvär, 80 % att de kunde höra samtal utan besvär och 60 % att de kunde ta en rask promenad.

Åldrandet påverkas av den enskildes levnadsförhållanden och livsstil. Arbetsförhållandena har stor betydelse för uppkomsten av funktionsnedsättningar i leder, hjärta och kärl, hörsel m.m. Även andra sociala och ekonomiska faktorer liksom livsstilsfaktorer som rökning och fysisk aktivitet påverkar åldrandet. Många av de sjukdomstillstånd som är vanliga hos äldre kan också förebyggas eller väsentligt begränsas genom en väl sammansatt kost.

Vad gäller det psykologiska åldrandet sker med stigande ålder ett bortfall av celler i hjärnan. Även nervsystemet har emellertid en betydande överkapacitet. Däremot sker det vissa förändringar i sinnesorganen, främst syn och hörsel, som kan göra det svårt för många äldre att helt klara sig själva. Dessa förändringar kan till stor del kompenseras genom tekniska hjälpmedel av olika slag.

Med stigande ålder avtar den s.k. psykomotoriska hastigheten, alltså förmågan att snabbt reagera på olika intryck. Däremot påverkas inte intelligensen av åldrandet och inte heller minnet eller förmågan att lära sig nya saker. Allvarliga minnesstörningar och inlärningssvårigheter är oftast tecken på sjukdom och utgör några av de viktigaste symtomen vid åldersdemens.

4 Delaktighet, fritid och kultur

4.1 Inflytande och delaktighet

Min bedömning: De personliga kvalifikationerna, och inte åldern, bör vara avgörande vid val av personer till politiska uppdrag.

De kommunala pensionärsråden bör ges reella möjligheter till inflytande i den kommunala verksamheten.

Kommunerna bör underlätta och stödja verksamheter, som föreningar, kooperativ och andra sammanslutningar bedriver för att tillgodose gemensamma intressen.

Äldreberedningens bedömning: Kommuner och landsting bör sträva efter att stärka pensionärsrådens ställning.

Föreningar, kooperativ m.m. där äldre har inflytande bör kunna ta över driften av vissa kommunala verksamheter.

De människor som behöver service och vård skall ha ökat inflytande över hjälpens utformning.

Äldreberedningens förslag: De författningsmässiga åldersgränserna för vissa offentliga uppdrag slopas.

Remissinstanserna: De som yttrat sig har varit positiva till åtgärder för att öka äldres inflytande och delaktighet.

Skälen för min bedömning: De äldre utgör en stor andel av landets befolkning. Frågor om samhällets utformning berör i lika hög grad de äldre som andra grupper i samhället. Trots detta deltar äldre människor i mindre utsträckning aktivt i politiken, och det är relativt få pensionärer som är förtroendevalda i olika beslutande organ. Förutom det fåtal åldersgränser som finns för vissa offentliga uppdrag existerar det på många håll en utbredd eller underförstådd överenskommelse att uppnådd pensionsålder eller fyllda 70 år bör innebära att uppdragen överlämnas till yngre människor.

Enligt min mening är det otillfredsställande att äldre människor i vissa fall är dåligt representerade i politiska beslutande församlingar av olika slag. De personliga kvalifikationerna bör vara avgörande vid val av personer till politiska uppdrag. Jag vill också framhålla att människor som tidigare inte varit aktiva inom politiska eller näraliggande organisationer bör kunna engageras för detta efter uppnådd pensionsålder. Detta skulle kunna tillföra samhället mycket värdefull kunskap och erfarenheter.

Regeringen har nyligen i prop. 1987/88:138 om val av nämndemän, m.m. föreslagit bl.a. att den övre åldersgränsen för valbarhet till nämndemanna-uppdrag slopas. Skälen till detta och övriga förslag i propositionen är inte i första hand att ge äldre möjligheter att behålla sina uppdrag utan att främja en allsidig rekrytering. Förslaget visar dock på den viktiga principen att det är kvalifikationerna och inte åldern som avgör lämpligheten att fullgöra ett uppdrag.

Vissa frågor berör äldre personer i högre grad än andra. I sådana frågor bedriver pensionärernas egna organisationer ett viktigt arbete. Inom kommuner och landsting har inrättats pensionärsråd för att öka kontakterna mellan kommunen och pensionärernas företrädare. Råden har i uppgift att rådslå i frågor av särskild vikt för pensionärerna. I praktiskt taget samtliga kommuner är pensionärsråden inordnade under socialnämnden.

På den statliga sidan kommer pensionärernas inflytande till uttryck på olika sätt. Sedan länge har överläggningar förekommit mellan regeringen och pensionärsorganisationerna inom olika centrala områden. Bl.a. har kontakter regelbundet förekommit inför större beslut som direkt berör äldre. Organisationerna är också regelmässigt representerade i utredningar av betydelse för äldre människor.

Chefen för socialdepartementet tillkallade våren 1987 en särskild utredare för att analysera de nuvarande formerna för pensionärernas inflytande och

redovisa förslag till hur dessa kan utformas i framtiden. Uppdraget gäller både den statliga och den kommunala sidan. Företrädare för pensionärsorganisationerna biträder utredaren som sakkunniga. Uppdraget beräknas slutföras under hösten 1988. I avvaktan på resultatet av detta arbete och på vad som kan framkomma vid remissbehandlingen vill jag här understryka vikten av att representanter för äldre människor får redovisa sin mening innan för äldre betydelsefulla beslut på olika nivåer fattas. De kommunala pensionärsråden ser jag som värdefulla fora för de äldres påverkan i viktiga frågor. De bör därför utvecklas så att de inom ramen för sina samråds- och informationsuppgifter ges reella möjligheter till inflytande i den kommunala verksamheten. Jag har erfarit att Svenska kommunförbundet har tagit initiativ till överläggningar med pensionärsorganisationerna om pensionärsrådens roll och funktionssätt. Dessa överläggningar kommer, såvitt jag erfarit, att i nästa steg resultera i att Svenska kommunförbundet tar fram ett beslutsunderlag kring former för hur pensionärsråden skall informeras och arbeta i kommunerna.

Det finns i Sverige en lång tradition att människor genom föreningar, kooperativ och andra sammanslutningar anordnar verksamheter för att tillgodose gemensamma intressen. Många av de verksamheter som i dag bedrivs i samhällets regi har sin upprinnelse inom folkrörelser och intresseorganisationer. Det gäller t.ex. sjukförsäkringen, den sociala hemhjälpen och barnomsorgen. Det finns nu ett ökande intresse att utnyttja och stärka föreningars möjligheter att ta ansvar för den gemensamma service som människor efterfrågar. Detta kan ske genom att föreningar övertar driftansvaret för vissa kommunala verksamheter, exempelvis inom fritids- och kulturområdena. Inom äldreomsorgen finns redan exempel på att ett kooperativ svarar för verksamheten vid exempelvis dagcentraler. Pensionärsorganisationernas lokala föreningar med sitt stora och varierade utbud av fritidsaktiviter m.m. utgör naturliga samarbetsparter för kommunen vid utvecklandet av en sådan förstärkt brukarmedverkan. Erfarenheter från flera försöksverksamheter visar att inte minst pensionärsorganisationerna kan tillföra kvaliteter som den offentliga verksamheten inte alltid kan. Liknande erfarenheter börjar nu komma från boendeservicedelegationens samverkansprojekt där olika bostadsföretag i nära samarbete med kommuner, landsting och organisationer utvecklar en utvidgad boendeservice som kompletterar samhällets service i syfte att underlätta för äldre att leva självständigt i sin bostad. Verksamhet i kooperativa former visar på intressanta vägar att stärka brukarinflytande och förbättrade sociala kontakter. Initiativet till ett sådant samarbete, som naturligtvis måste formas utifrån de lokala förutsättningarna och behoven, kan komma från kommunen eller föreningar själva. Kommunen bör underlätta och stödja verksamheterna.

Det finns också anledning att utveckla och förstärka det brukarinflytande som utövas genom förtroenderåd vid olika vårdinrättningar, patientföreningar, anhörigråd, boenderåd och samrådsgrupper. Sådana organ är viktiga språkrör för de människor som verksamheten närmast och dagligen riktar sig till.

För den enskilda människan som för längre eller kortare tid blir beroende av service och hjälp från andra är inflytandet tillsammans med skyddet för

integriteten och självbestämmandet centrala frågor. En förutsättning för reellt inflytande och självbestämmande är att den enskilde får information om sina rättigheter och om vilka möjligheter samhället förfogar över. Det måste därvid uppmärksammas att många äldre invandrare inte behärskar svenska språket.

4.2 Fritid och kultur

Min bedömning: Samhällets fritids- och kulturutbud skall vara så utformat att även äldre människor kan ta del av det. Ansvaret för att utbudet blir tillgängligt för äldre åvilar resp. anordnare av verksamheten.

Kommuner och landsting bör ta ansvar för att även människor med stora hjälpbehov kan bli delaktiga i fritids- och kulturaktiviteter.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: Instämmer i äldreberedningens bedömning.

Skälen för min bedömning: Äldre människor behöver inte längre arbeta för sin försörjning. I början av 1950-talet hade fortfarande nästan en fjärdedel av männen i åldern 70 år och äldre sin huvudsakliga utkomst av förvärvsarbete. Reformer inom pensionssystemet och sänkningen av den allmänna pensionsåldern har inneburit att andelen förvärvsaktiva män i denna åldersgrupp nu ligger under tre procent. För kvinnorna har andelen förvärvsarbetande minskat i ungefär samma takt som för männen. Andelen har dock alltid legat på en avsevärt lägre nivå, eftersom äldre generationers kvinnor förvärvsarbetat i liten omfattning. Mindre än en procent av kvinnorna över 70 år är i dag yrkesaktiva.

Möjligheterna till förvärvsarbete efter uppnådd pensionsålder är också begränsade bl.a. genom att många kollektivavtal föreskriver en avgångsskyldighet. Det finns dessutom en tendens att tidigarelägga pensioneringen genom delpension och förtidspension av arbetsmarknadsskäl. Den möjlighet som finns att stå kvar i arbetslivet och uppskjuta uttaget av den allmänna pensionen utnyttjas i betydligt lägre grad. Visserligen visar olika intervjuundersökningar att äldre människor inte uttalar önskemål om förvärvsarbete i någon större utsträckning, men strävan bör vara att den enskilde, inom ramen för den rörliga pensionsåldern, skall ha ett avgörande inflytande över när han eller hon lämnar arbetslivet.

Äldre, även i höga åldrar, ägnar sig åt fritids- och kulturaktiviteter i ungefär lika stor omfattning som yngre åldersgrupper. Detsamma gäller frivilliga insatser och deltagande i föreningslivet. Samhällets fritids- och kulturutbud bör vara till för äldre människor på samma villkor som för den övriga befolkningen och det finns anledning att sträva efter en varicrad verksamhet där flertalet människor oavsett ålder eller grupptillhörighet kan delta. Det finns också all anledning för dem som svarar för verksamheter inom fritids- och kulturområdena att beakta det stora antalet äldre.

För alla människor, men kanske främst för äldre, är det viktigt att verksamheterna finns lätt tillgängliga i närmiljön. Just närheten kan vara den

avgörande förutsättningen för möjligheten att delta i en verksamhet, eftersom många äldre kan ha svårt att förflytta sig längre sträckor på egen hand. Av detta följer också att det är angeläget att ha väl fungerande kommunikationer.

Föreningar, intresseorganisationer m.fl. frivilliga sammanslutningar utgör en betydande del av det lokala fritids- och kulturlivet. På många håll stimulerar kommunerna dessa verksamheter genom ekonomiskt stöd eller genom att ge tillgång till lämpliga lokaler. Eftersom andelen aktiva medlemmar eller medlemmar med förtroendeuppdrag i flertalet föreningar är nästan lika stor bland de äldre som bland befolkningen i genomsnitt, kommer ett fortsatt stöd till sådana verksamheter inte minst de äldre till del.

Många äldre har på grund av funktionshinder, bristande kunskaper i svenska språket eller långvariga sjukdomar svårt att upprätthålla sociala kontakter och delta i olika aktiviteter. Detta gäller både människor inom olika boende- och vårdformer och människor som får service och vård i sina hem. Utgångspunkten för insatser som riktar sig till funktionshindrade äldre med service- och vårdbehov bör vara att de har samma rätt till en meningsfull daglig verksamhet som andra människor i samhället. Även om hänsyn måste tas såväl till de förutsättningar som vårdsituationen ger som till de begränsningar som olika funktionshinder ger upphov till, innebär detta inte att det får ställas lägre krav på kvalitet i den verksamheten än i den som ingår i ett mer allmänt utbud. Det är en viktig uppgift för socialtjänsten och hälso- och sjukvården att söka samverkan med fritidsnämnder, kulturnämnder, föreningsliv, m.fl. för att göra det allmänna fritids- och kulturutbudet tillgängligt även för funktionshindrade och för äldre invandrare med bristande språkkunskaper och för att, där detta inte är praktiskt möjligt, ändå skapa förutsättningar för ett meningsfullt innehåll i det dagliga livet.

Många, framför allt yngre pensionärer, deltar också med frivilliga insatser inom service- och vårdområdena. Dessa insatser bedrivs ofta i föreningsregi, exempelvis pensionärsorganisationer, religiösa organisationer och Röda korset. Det rör sig vanligen om kontaktskapande, stödjande och aktiverande insatser som syftar till att öka möjligheterna till en aktiv och meningsfull tillvaro för människor som är beroende av hjälp eller är socialt isolerade.

I detta sammanhang vill jag ansluta mig till de uppfattningar som framförs i folkrörelseutredningens betänkande (SOU 1987:33-35) Ju mer vi är tillsammans, som särskilt framhåller värdet av människors egna engagemang i föreningsform som komplement till samhällets vårdresurser.

Sammanfattningsvis finner jag det mycket värdefullt om föreningslivet kan engageras ännu mer i service- och vårdarbetet än vad som redan förekommer. Jag tänker då särskilt på de äldres egna organisationer men också på sedan länge etablerade organisationer typ Röda korset och andra som kan erbjuda ett idémässigt innehåll till samhällets vård. Jag finner också utvecklingen av utökad fastighetsservice i form av matvaruinköp, städning och liknande uppgifter vara förenlig med kommunallagens och socialtjänstlagens regler. En överföring av sådana s.k. rena verkställighetsuppgifter möjliggör att den för det mer renodlade service- och vårdarbetet utbildade kommunala personalen kan koncentrera sig på de uppgifter där den kommer till sin fulla rätt.

5 Bostadspolitiska mål och bostadsförsörjning

5.1 Äldres boendeförhållanden

Den helt övervägande majoriteten bland äldre människor har en egen bostad. Enligt 1985 års folk- och bostadsräkning bodde detta år 95 % av befolkningen 65 år och över i egna bostäder. Denna andel har inte förändrats i någon betydande grad sedan år 1970.

Bostadsstandarden för äldrehushållen har förbättrats avsevärt under de senaste 20 åren. Bland personer i dessa hushåll bodde 92 % i moderna bostäder, dvs. i bostäder med eget badrum/dusch och WC. Av de hushåll som bestod av enbart personer som var 80 år eller äldre hade år 1985, trots den allmänna standardförbättringen, 10 % icke moderna bostäder. Även i fråga om utrymmesstandard har betydande förbättringar skett för äldrehushållen. År 1985 bodde 80 % av de äldre som hade enpersonhushåll i bostäder om minst 2 rum och kök.

Medan boendeförhållandena har förbättrats när det gäller utrustnings- och utrymmesstandard kvarstår dock problem när det gäller bostädernas tillgänglighet. Cirka en fjärdedel bland äldre personer bodde år 1980/81 i bostäder som låg en eller flera trappor upp utan hiss. Denna andel har inte minskat sedan mitten av 1970-talet. År 1986 saknades fortfarande hiss i nästan 1 miljon lägenheter i hus med tre eller flera våningar byggda år 1975 eller tidigare.

5.2 Bostadsförsörjningsplanering

Kommunerna har enligt lagen (1947:532) om kommunala åtgärder till bostadsförsörjningens främjande m.m. grundläggande befogenheter och skyldigheter när det gäller bostadsförsörjningen. Lagen ålägger varje kommun att bedriva en bostadsförsörjningsplanering. Planeringen av bostadsförsörjningen skall ske fortlöpande i syfte att främja att alla i kommunen får en egen bostad av god kvalitet samt att ändamålsenliga åtgärder för bostadsförsörjningen inom kommunen förbereds och genomförs.

Genom riksdagens beslut år 1985 om de bostadspolitiska insatserna för gamla, handikappade och långtidssjuka (prop. 1984/85:142, BoU 24, rskr. 347) betonades kommunernas ansvar för att förbättra boendeförhållandena för gamla, handikappade och personer som kan flytta ut från institutioner. Detta innebär att kommunerna på lokal nivå har ett helhetsansvar för bostadsförsörjningen.

Bostadsförsörjningsplaneringen skall komma till uttryck i ett program som skall antas av kommunfullmäktige. Kommunerna skall enligt nyss nämnda lag redovisa sin planering enligt bestämmelser som regeringen meddelar.

Kommunerna tar i bostadsförsörjningsplaneringen ställning till i vilken omfattning och takt som bostäderna behöver förbättras. I propositionen 1986/87:48 om bostadspolitiken, som utgjorde ett led i fullföljandet av 1983 års bostadsförbättringsprogram (prop. 1983/84:40 bil. 9, BoU 11, rskr. 63), betonades varsamhet vid ombyggnad liksom möjligheterna för de boende att bo kvar i sin invanda miljö som utgångspunkter för förbättringarna. Kravet

på varsamhet kommer till uttryck också i de låne- och byggbestämmelser som finns på området.

Bostadsförsörjningsplaneringen i kommunerna skall samordnas med annan planering. I bostadsförsörjningsprogrammen skall anges omfattning och inriktning av ny- och ombyggnad av bostäder och servicelokaler i bostadsområden.

För att få underlag för utvärderingen av bostadsförbättringsprogrammet beslutade regeringen år 1985 att kommunerna skulle lämna en särskild redovisning till länsbostadsnämnderna av sin bostadsförsörjningsplanering. Resultatet av kommunernas redovisning presenterades i prop. 1986/87:48. Redovisningen visade på en hög planeringsaktivitet i skiftande former, särskilt i större kommuner. Den förefaller dock fortfarande ha en markerad inriktning på fysiska åtgärder, medan frågor som gäller samverkan och ansvarsfördelning mellan olika parter och anknytningen till socialsektorns verksamhetsplanering fortfarande befinner sig på utvecklingsstadiet. Enligt vad jag erfarit från arbetet med regeringsuppdraget till bostadsstyrelsen och socialstyrelsen angående boendet för gamla, handikappade och långvarigt sjuka förefaller det som om dessa brister i planeringsverksamheten gäller även i dagsläget.

De generella krav som ställs vid nybyggnad och i de flesta fall vid ombyggnad enligt plan- och bygglagen (1987:10) innebär att bostäderna skall bli tillgängliga för personer med nedsatt rörelse- eller orienteringsförmåga och inrättade så att de kan användas av dessa personer. Beträffande tvåvåningshus krävs dock inte hiss, men husen skall senare kunna kompletteras med en sådan.

5.3 Statens ekonomiska stöd

De befintliga ekonomiska stödformerna på bostadsförsörjningens område, dvs. räntebidrag, bostadsanpassningsbidrag och individuella subventioner gör att goda förutsättningar finns för att tillgodose människors bostadsbehov.

I det följande lämnas en kort redovisning av gällande stödformer.

Räntebidrag lämnas till räntor på sådana lån som tas upp för att finansiera ny- och ombyggnad av bostäder.

Bostadsanpassningsbidrag lämnas enligt förordningen (1987:1050) om statskommunalt bostadsanpassningsbidrag, som har ersatt den tidigare gällande förordningen (1982:639) om bostadsanpassningsbidrag. Bidrag lämnas för sådana individuella anpassningsåtgärder inom och i anslutning till bostadslägenheten som behövs för att den skall vara ändamålsenlig som bostad för en viss handikappad person.

Statsbidrag för att återställa handikappanpassade bostäder i flerbostadshus med hyreslägenheter och i småhus som upplåts med hyresrätt lämnas enligt förordningen (1985:489) om statsbidrag för att återställa handikappanpassade bostäder m.m. (ändrad senast 1987:1052).

Bidrag för installation av hiss m.m. enligt förordningen (1983:1025) om statsbidrag för hissinstallationer i bostadshus m.m. (ändrad senast 1986:1403) lämnas i första hand för installation av hissar och andra lyftanordningar och i andra hand för andra åtgärder i syfte att att göra

bostäder och boendemiljöer tillgängliga för människor med funktionshinder.

Bidrag för att förbättra tillgängligheten i den yttre miljön för personer vilkas rörelse- eller orienteringsförmåga är nedsatt som en följd av ålder, sjukdom eller handikapp lämnas enligt förordningen (1985:780) om statsbidrag för vissa tillgänglighetsfrämjande åtgärder på kvartersmark (ändrad senast 1987:947).

Bidrag för att stimulera utvecklingen av nya former för boendeservice, som förbättrar möjligheterna för äldre, handikappade och långvarigt sjuka att bo i vanliga bostäder, lämnas enligt förordningen (1985:779) om statsbidrag till visst utvecklingsarbete ifråga om boendeservice. Bidragsformen kommer att finnas under fem år, fr.o.m. budgetåret 1985/86 t.o.m. budgetåret 1989/90.

Under åren 1985 och 1986 kunde bidrag lämnas för samupphandling och teknikutveckling av hissinstallation. Resultatet av arbetet har varit framgångsrikt i så motto att nya typer av hissar har utvecklats, som är avsevärt billigare att installera än äldre typer.

5.4 Äldres framtida boendeförhållanden

Min bedömning: De nu gällande bostadspolitiska målen utgör en god grund för det fortsatta arbetet med att förbättra äldre människors levnadsvillkor.

Kommunerna bör fortsätta sitt arbete med att förbättra tillgängligheten till bostäderna och i boendemiljön i övrigt för människor med funktionshinder.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: Flertalet instanser som berör bostadsfrågorna i sina remissvar delar beredningens bedömning. *Landstingsförbundet* och *Spri* ser med tillfredsställelse att primärkommunernas ansvar för bostadsförsörjning och planering för alla grupper som behöver särskilda boende- och vårdformer på nytt slås fast. *Halmstads kommun* och *Svenska kommunförbundet* anser att detta ansvar bör preciseras i förhållande till landstingets ansvar för institutionsvården. Flera remissinstanser, bl.a. *HCK*, *PRO* och *Örebro*, *Eksjö*, *Svedala* och *Stockholms kommuner*, menar att arbetet med att förbättra tillgängligheten i bostadsbeståndet måste utvecklas. Flera instanser framhåller betydelsen av att boendeservicen förbättras.

Skälen för min bedömning

Riksdagen godkände år 1985 på grundval av prop. 1984/85:142 ett program för förbättrade boendeförhållanden för gamla, handikappade och sjuka. I detta sammanhang angavs följande välfärdspolitiska mål:

- Alla människor har rätt till en bostad där friheten och integriteten är skyddad.
- De som behöver stöd och hjälp i sin dagliga livsföring eller som mer än tillfälligt behöver medicinsk eller annan vård skall erbjudas sådan i bostadsmiljön och i former som ger den enskilde stor självständighet.

- Alla människor har, oberoende av behovet av vård, omsorg och service, rätt till en bostad med god tillgänglighet och god utrymmes- och utrustningsstandard i en miljö som ger förutsättningar för ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Dessa mål utgör, enligt min uppfattning, ett väsentligt framsteg i strävandena att förbättra levnadsvillkoren för människor med funktionshinder och utgör en god grund för det fortsatta arbetet med att förbättra bl.a. äldre människors levnadsvillkor. Förverkligandet av målen förutsätter omfattande förändringar i samhällets service och vård och måste därför bli en fråga på lång sikt. En samordning av bostadspolitiska och socialpolitiska åtgärder gör det möjligt att förverkliga målsättningarna successivt.

Som jag nyss redovisat har kommunerna de grundläggande befogenheterna och skyldigheterna på bostadsförsörjningens område. Kommunernas redovisningar till utvärderingen av bostadsförbättringsprogrammet visar att många kommuner, särskilt de större, aktivt tagit sig an uppgiften att planera för genomförande av programmets intentioner. Samtidigt visar redovisningen att betydande osäkerhet föreligger om formerna för planeringen och genomförandet av de förändringar i bostadsbeståndet som behövs.

Regeringen lämnade år 1987 ett uppdrag till bostadsstyrelsen att gemensamt med socialstyrelsen bl.a. göra en samlad redovisning av de kommunala planerna för att förbättra bostadsförhållandena för gamla samt handikappade och långvarigt sjuka. De båda styrelserna lämnade i februari 1988 en delredovisning och avser att före sommaren 1988 slutligt redovisa uppdraget. Jag har erfarit att det av styrelserna framtagna materialet kommer att visa att det fortfarande föreligger betydande problem i samordning av planeringen mellan huvudmännen. Var tredje kommun uppger att man saknar uppgifter om hur äldre människor bor och ungefär hälften har inte gjort någon bedömning av hur många personer som i dag saknar bostad eller har en otillfredställande boendesituation. Många kommuner uppger att det huvudsakliga skälet till att man inte har beredskap att erbjuda lämpliga bostäder i tillräcklig utsträckning är att planeringsunderlag från landstinget saknas.

Primärkommunernas ansvar i denna del gäller även de människor som lever på olika institutioner. För att få fram ett kunskapsunderlag om olika människors behov, önskemål och förutsättningar krävs ett samarbete över sektors- och huvudmannaskapsgränserna. Behov finns av samordning såväl både mellan olika facknämnder och förvaltningar inom primärkommunerna som mellan dessa och landstingskommunerna. Vidare kan det finnas behov av samverkan och samordning mellan landsting och kommuner samt olika privata service- och vårdgivare.

För att äldre människor skall ha möjlighet att välja mellan ordinärt boende och särskilda boende- och vårdformer krävs, enligt min mening, fortsatta ansträngningar av kommunerna att beskriva och bedöma behoven av bostäder av olika slag. Med ordinärt boende avser jag här bostäder i det vanliga bostadsbeståndet utan särskild service eller gemensamma lokaler i anknytning till bostaden.

Den förbättring i bostadsstandarden som skett under senare år har även kommit äldre människor till del. Detta är en glädjande utveckling som kan

förväntas fortsätta även i framtiden. Trots förbättring i fråga om bostädernas storlek och standard finns fortfarande betydande problem när det gäller tillgängligheten i det befintliga bostadsbeståndet. Dessa brister finns såväl inom befintliga bostadshus som i utomhusmiljön. Inte sällan är det dessa hinder i boendemiljön, och inte enbart en försämrad hälsa, rörelseförmåga m.m. som gör att äldre människor tvingas flytta från sin invanda boendemiljö.

Jag har erfarit att det tidigare åberopade materialet från bostads- och socialstyrelserna kommer att visa att sju av tio kommuner har gjort inventeringar angående tillgängligheten, men att endast var femte kommun gjort kommuntäckande sådana inventeringar. Var tredje kommun har program eller planer för en förbättring av tillgängligheten i vissa bostadsområden. Det är framför allt rörelsehindrade personers situation som beaktas i denna planering. Erfarenheterna visar att det ofta finns en bristfällig koppling mellan planering och genomförande av förändringar. Flertalet kommuner uppger att hindren för en förbättrad tillgänglighet huvudsakligen är av ekonomisk och teknisk natur.

Det är enligt min mening mycket angeläget att kommunerna bedriver ett aktivt arbete inom detta område. Jag har nyss lämnat en redogörelse för de statliga stöd- och stimulansbidrag som finns på området. Det är min bedömning att det statliga stödet på området för närvarande är ändamålsenligt.

En grundläggande förutsättning för att den enskilde skall kunna efterfråga en god bostad som är anpassad till hennes behov är att hon har ekonomiska förutsättningar för detta. Jag vill här erinra om den förbättring av de kommunala bostadstilläggen till folkpension (KBT) som genomfördes från 1 januari 1988. KBT gjordes då obligatoriskt för kommunerna och den övre hyresgränsen höjdes från 800 till 1 500 kr. per månad för en ensam pensionär och från 950 till 1 650 kr. per månad för ett pensionärspar. Härigenom har ett stort antal äldre människor fått bättre ekonomiska möjligheter att efterfråga en lämplig bostad.

Många äldre människor har önskemål om att flytta till mer lättskötta bostäder, ofta mindre och mer centralt belägna. Vidare vill man flytta för att få en bostad som är tillgänglig även för den som har ett funktionshinder.

Jag har erfarit att bostads- och socialstyrelsernas redovisning till regeringen kommer att visa att tre av fyra kommuner har speciella köer eller förturer för äldre och handikappade personer. Var tredje kommun har emellertid svårigheter att få in lediga lägenheter till bostadsförmedlingen.

Även om ansträngningarna att förbättra tillgängligheten i bostadsbeståndet ökas kommer under lång tid framöver ett avsevärt antal äldre människor att bo i bostäder med dålig tillgänglighet. För många äldre är det viktigt att möjligheter ges att byta inom det egna bostadsområdet. Jag ser det som angeläget att fastighetsägare och berörda kommunala organ, exempelvis bostadsförmedlingarna, aktivt verkar för att äldre människor skall ges möjlighet att byta bostad.

Erfarenheterna av stadsförnyelsearbete visar att endast en mindre andel av de boende efter en flyttning på grund av bostadsförbättringsåtgärder återvänder till sin tidigare bostad. Detta gäller i särskilt hög grad äldre

människor. Den oro som väcks då upprustning av ett bostadsområde aktualiseras och inte minst genomförandet av upprustningen innebär för många äldre stora påfrestningar. Flera bostadsföretag har visat att det är möjligt att genomföra även relativt omfattande upprustningar på ett varsamt och i tiden avgränsat sätt. Erfarenheter visar även att de boende kan bo kvar i bostadsområdet eller evakueras under en kortare period. I plan- och bygglagen (PBL), som trädde i kraft den 1 juli 1987, finns krav på varsamhet vid såväl ombyggnad och mindre ändringar som vid underhållsåtgärder. De boendes möjligheter att delta i beslutsprocessen har också förbättrats. Enligt min bedömning är det av stor betydelse att alla berörda parter lever upp till PBL:s intentioner och att förnyelsearbetet i äldre bostadsområden genomförs i samråd med de boende och med stor varsamhet. De goda intentioner som ofta finns att förbättra tillgängligheten i boendet för de äldre i bostadsområdet riskerar annars att motverkas av upprustningsarbetet.

PRO och flera kommuner har i sina remissvar uppmärksammat de äldres boendeförhållanden på landsbygden. Här finns fortfarande relativt många äldre som bor i egna fastigheter med dålig standard. Möjligheterna att bo kvar då den enskilde drabbas av funktionsnedsättningar begränsas också av bristande tillgång till service. Det utvecklingsarbete som bedrevs under åren 1968 till 1979 i de så kallade yttre och inre stödområdena med social service i glesbygd visar att det till en rimlig kostnad är möjligt att föra den sociala servicen långt ut i små samhällen. Flera kommuner har också aktivt arbetat med att förstärka och samordna den service som finns på landsbygden och i små samhällen. För många äldre är det av stor betydelse att få leva kvar i sin bygd på äldre dagar. Samhället bör skapa bästa möjliga förutsättningar för detta genom en aktiv bostadsförbättring och en samordning av den service som behövs. Boendeservicedelegationen och glesbygdsdelegationen kan lämna stöd till sådant arbete.

6 Organisation och ansvarsfördelning inom äldreomsorgen

Mitt förslag: Samordningen av samhällets insatser för äldre behöver utvecklas. Målet bör därvid vara att åstadkomma ett mer sammanhållet ansvar.

Min bedömning: Mycket talar för att primärkommunerna, förutom det ansvar de i dag har, bl.a. även bör vara huvudmän för hemsjukvård, dagverksamheter, alla typer av servicebostäder och gruppboende samt lokala sjukhem.

Frågan om förändringar av huvudmannaskapet samt andra förändringar i syfte att åstadkomma ett mer enhetligt ansvar för samhällets äldreomsorg bör beredas närmare i en särskild delegation. Inriktningen bör vara att de förändringar som blir aktuella skall kunna genomföras fr.o.m. 1 januari 1991.

Äldreberedningens förslag: Kommunerna skall svara för all social service och omvårdnad inkl. enklare uppgifter av sjukvårdskaraktär i ordinärt boende och i servicebostäder. Primärvården skall svara för övrig hälso- och sjukvård.

Försök med ändrat huvudmannaskap, där primärkommunen tar ett vidgat ansvar för service och vård, genomförs. Sådana försök skall utvärderas.

Remissinstanserna: Av 29 remissinstanser som yttrar sig om uppgiftsfördelningen i fråga om service och vård i ordinärt boende tillstyrker 24 beredningens förslag. Två är emot och tre är tveksamma.

Av de 45 instanser som yttrar sig om huvudmannaskapet för äldreomsorgen tillstyrker 26 remissinstanser beredningens förslag om försöksverksamhet med primärkommunalt huvudmannaskap för hela primärvården eller delar av denna. *PRO* menar att den centrala frågan gäller hur de två huvudmännen skall kunna ansvara för ett integrerat arbetssätt. PRO anser att lösningen av detta problem måste ges högsta prioritet. *Svenska kommunförbundet* menar att det är bättre att primärkommunerna övertar hela verksamheten än bara delar av sjukhemmens verksamhet. Risken är annars stor för nya gränsdragningstvister. Förbundet anser det viktigt att staten visar ett särskilt intresse för att den föreslagna försöksverksamheten kan genomföras som underlag för den nödvändiga prövningen av frågan om huvudmännens framtida ansvarsområde. *Örebro kommun* anser att de försöksverksamheter som föreslås i utredningen bör genomföras snarast och i så stor omfattning som möjligt.

Ytterligare 14 instanser vill gå fram snabbare eller framhåller allmänt vikten av ett enhetligt primärkommunalt huvudmannaskap. *Gävleborgs läns landsting* anser att man bör pröva att överföra de lokala sjukhemmen till primärkommunerna med samma ansvarsfördelning som avses gälla i ordinärt boende och i servicebostäder. *Statskontoret* menar att det är mycket som talar för ett enhetligt huvudmannaskap inom äldreomsorgen. *LO* framför att det på sikt är nödvändigt att sammanföra hela äldreomsorgen under en huvudman. Alla skäl talar då för att kommunen bör vara huvudman, inte minst närhets- och normaliseringsprinciperna. Med vetskap om den tid förändringar av denna storleksordning brukar ta anser LO att förberedelserna för en huvudmannaskapsreform bör påbörjas omgående. *Vellinge kommun* menar att äldreberedningen inte alls har diskuterat möjligheten att förena socialtjänst och primärvård i en gemensam organisation. En sådan lösning skulle kunna medföra verkliga effektiviseringar till fromma för alla åldersgrupper i samhället. *Halmstad kommun* motsätter sig bestämt att kommunens socialtjänst skall svara för social service och omvårdnad vid de lokala sjukhemmen och menar att en överföring av primärvården till kommunerna där överföringen av sjukhemmen vore första steget skulle vara ett bättre alternativ.

Fem remissinstanser är negativa eller tveksamma till en huvudmannaskapsförändring. *Sundsvalls kommun* anser det inte angeläget att ändra huvudmannaskapet för hälso- och sjukvård och socialtjänst. En klarare fördelning av ansvarsområden bör eftersträvas i stället. *Norrbottens läns landsting* tar bestämt avstånd från beredningens uppfattning om ett enhetligt och i så fall primärkommunalt huvudmannaskap för äldreomsorgen innefattande även verksamheten vid lokala sjukhem.

Skälen för mitt förslag och min bedömning:

Nuvarande förhållanden

Kommunernas och landstingens ansvar för boende, service och vård regleras i lag. Socialtjänstlagen (1980:620) föreskriver att kommunerna har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Den enskilde har rätt till bistånd för sin försörjning och sin livsföring i övrigt, om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Detta gäller alla människor oberoende av hjälpbehovens orsak och omfattning.

Bostadsförsörjningslagen (1947:523) ger kommunerna ansvar för planering av bostadsförsörjningen. Detta ansvar omfattar även bostäder för människor som behöver mycket hjälp i det dagliga livet. Enligt socialtjänstlagen är det en kommunal angelägenhet att se till att det finns bostäder med gemensam service.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ger landstingskommunen ansvaret för att erbjuda befolkningen inom sitt område en god hälso- och sjukvård. Detta gäller även en kommun som inte ingår i någon landstingskommun. Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Särskild lagstiftning finns som reglerar tandvård och omsorger om psykiskt utvecklingsstörda.

Lagstiftningen drar upp de allmänna ramarna för ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan huvudmännen. I förarbetena till både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen förutsätts att huvudmännen själva i vissa avseenden träffar avtal om den närmare uppgiftsfördelningen dem emellan.

Under de senaste decenninerna har flera centrala initiativ tagits från myndigheter och organisationer för att initiera och stimulera samordning och samverkan inom äldreomsorgen. Sedan år 1980 har också kommuner och landsting i samtliga län träffat avtal om uppgiftsfördelning och samverkansformer inom bl.a. äldreomsorgen. Dessa avtal har i flera län utgjort en god plattform för ett intensifierat samarbete mellan huvudmännen. Genom information och utbildning till berörd personal har man sökt skapa gemensamma referensramar och arbetsformer bland dessa. Genom tillkomsten av vårdplaneringsgrupper, där service- och vårdpersonal från båda huvudmännen gemensamt planerar insatserna till hjälpmottagarna, har det praktiska samarbetet utvecklats. I några samverkansavtal har också ansvarsgränserna klargjorts och förutsättningar därmed skapats för utveckling av nya boende- och vårdformer såsom dagverksamheter och gruppboende för åldersdementa. Samverkansavtalen har emellertid främst syftat till att utveckla stödet i ordinärt boende. I mer begränsad utsträckning har de särskilda boende- och vårdformerna varit föremål för gemensamma överväganden mellan huvudmännen.

Den s.k. kompetensprincipen används nu – mer eller mindre strikt - i samtliga län för att avgränsa respektive huvudmans ansvarsområde. Principen innebär att sjukvårdshuvudmannen ansvarar för åtgärder som kräver medicinsk kompetens och kommunen för åtgärder som kräver social kompetens.

Flera studier av resultatet av den samverkan som utvecklats under senare år mellan personal inom primärvård och socialtjänst har visat att denna gjort det möjligt för fler och sjukare människor att få god service och vård i hemmet. Nytillskott av resurser till service och vård i eget boende samt en utveckling av samverkan har således verksamt bidragit till att förverkliga gällande målsättningar för äldreomsorgen.

Uppgiftsfördelningen i de övriga nordiska länderna

I Sverige har en stor del av den långvariga vården av äldre människor byggts upp inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. Det har enligt min bedömning kommit att innebära tillämpning av en alltför sjukvårdsorienterad modell för äldreomsorgen.

Sverige är det enda landet i Norden som har ett delat huvudmannaskap inom äldreomsorgen. I Danmark, Norge och Finland är det kommunerna som är huvudmän också för hemsjukvården och sjukhemmen. Endast sjukhusvården är landstingskommunal i Danmark och Norge, medan Finland har kommunalförbund för denna uppgift. I Finland och Norge är den öppna sjukvården i övrigt kommunal eller privat, medan den i Danmark är privat men offentligt finansierad. En primärvårdsmodell liknande den svenska finns inte i de övriga nordiska länderna.

I Norge har nyligen sjukhemmen efter 15 års fylkeskommunalt huvudmannaskap förts över till primärkommunerna. I Finland har väsentliga delar av äldreomsorgen sedan lång tid drivits i kommunalförbundsform, medan den danska äldreomsorgen alltid haft kommunerna som huvudmän.

Enligt en nyligen publicerad studie av statskontoret (KRON) har det danska systemets enhetliga kommunala ansvar för äldreomsorgen inneburit att man där kunnat bygga upp en effektivare verksamhet än i Sverige. Enligt statskontorets bedömning kan Danmark ge stöd till relativt sett fler äldre i eget boende, vilket bl.a. beror på att hemsjukvården och bostadsanpassningen är bättre utvecklad än i Sverige. Trots detta är kostnaderna för äldreomsorgen lägre i Danmark än i Sverige. Enligt statskontorets bedömningar har man vidare i Danmark bättre långtidssjukvård till lägre kostnader än i Sverige. Långtidssjukvården är organisatoriskt annorlunda utformad än den svenska, vilket leder till bättre sammansättning av de totala service- och vårdinsatserna. Förhållandena tyder enligt statskontoret på att hospitaliseringseffekterna är mindre omfattande och att vårdbehoven inte bedöms vara så stora som i de övriga nordiska länderna. Statskontoret bedömer att studien visar att det finns mycket att vinna på att övergå till ett enhetligt primärkommunalt huvudmannaskap för äldreomsorgen. Härigenom uppnås vinster såväl i kvalitet för den enskilde som för samhällets kostnader.

Allmänna överväganden

Ansvaret för samhällets service och vård till bl.a. äldre människor är uppdelat mellan landstingskommuner och primärkommuner. Inom äldreomsorgen finns en rad olika service- och vårdinsatser, som behöver samordnas för att verksamheten skall fungera ändamålsenligt. För närvarande finns

brister i samordning och samverkan inom äldreomsorgen, vilket uppmärksammats och dokumenterats i flera sammanhang.

Jag anser att frågan om en bättre samordning av samhällets insatser inom äldreomsorgen är av utomordentligt stor betydelse för möjligheterna att utveckla en verksamhet som är effektiv och väl fungerande från äldre människors synpunkt.

Problem i uppgiftsfördelningen

Det delade ansvar som i dag finns för service och vård till äldre människor kan skapa problem på flera nivåer i samhället. Detta gäller alltifrån frågan om hur insatserna i den enskildes hem organiseras till hur gemensamma resurser används för att förverkliga målsättningarna för äldreomsorgen.

Nuvarande uppgiftsfördelning kan, enligt min bedömning, medverka till ett sämre resursutnyttjande än vad ett mer enhetligt ansvar skulle medföra. Uppdelningen av äldreomsorgen i en sjukvårdsdel och en socialtjänstdel innebär att vi i ett antal väsentliga delar har parallella organisationer. En avsevärd del av de insatser som görs vid lokala sjukhem och inom hemsjukvården får anses utgöra omvårdnadsinsatser, vilka egentligen är uppgifter för kommunens socialtjänst. Sådana omvårdnadsinsatser är utmärkande för arbetet på ålderdomshemmen och i allt högre grad den sociala hemtjänsten, vilka är kommunala angelägenheter.

Vid ett delat ansvar för likartade insatser försvåras även den enskildes möjligheter att få en lämplig boende- eller vårdform. Valet kan påverkas mer av vem som är huvudman för en viss verksamhet än av den äldres egna behov. Risken finns också att den enskilde flyttas över från den ene huvudmannens ansvarsområde till den andres utan att vårdmässiga överväganden motiverar detta. Oklarheter om ansvars- och uppgiftsfördelningen kan vidare innebära att människor vårdas längre inom akutsjukvårdens kliniker än vad som är medicinskt motiverat. För den enskilde kan detta innebära sämre förutsättningar att få god service och vård, samtidigt som det för samhället innebär ett sämre utnyttjande av de totala resurserna.

Den omställning inom bl.a. äldreomsorgen som nu pågår för att förstärka möjligheterna för äldre människor att bo i eget boende försvåras också av det delade huvudmannaskapet. Vid vård på institution svarar sjukvårdshuvudmannen för samtliga kostnader för vården, medan primärkommunen vid service och vård i hemmet och i servicebostäder m.fl. svarar för merparten av insatserna. Enligt min mening försvårar en sådan uppdelning av uppgifter och ansvar en smidig omställning av resurserna mot bättre boende- och vårdformer.

Den nuvarande uppdelningen av uppgifter och ansvar mellan huvudmännen innebär även att det politiska ansvaret för samhällets service och vård till äldre är otydligt. En sådan otydlighet, som medför att den enskilde har svårt att veta vilken politisk församling som har ansvaret för en viss typ av insats, begränsar möjligheterna till insyn och påverkan.

Äldreomsorgen är inne i ett skede av betydande utveckling. Det delade huvudmannaskapet innebär att två skilda politiska och administrativa organisationer var för sig prioriterar vilka förändringar som är mest

angelägna. Detta kan leda till en sämre total utveckling än om äldreomsorgens samtliga delar övervägs i ett sammanhang. Som exempel vill jag nämna den upprustning av ålderdomshem hos kommunerna som nu pågår samtidigt som sjukvårdshuvudmännen överväger hur de lokala sjukhemmen skall utvecklas. I flera avseenden fyller de lokala sjukhemmen liknande funktioner som ålderdomshemmen. Den ena huvudmannens förändringar påverkar därför i hög grad den andre huvudmannens förutsättningar att utveckla sin verksamhet. Ett samlat dimensionerings- och prioriteringsansvar borde förbättra förutsättningarna för ett effektivt resursutnyttjande.

Jag anser det också nödvändigt att omstruktureringen inom äldreomsorgen, vilken innebär att allt fler får möjlighet att välja eget boende, genomförs på ett väl planerat sätt. Detta medför framför allt att utvecklingen inom den institutionella vården resp. stödet till eget boende måste samordas för att en ensidig minskning av institutionsplatser skall kunna undvikas.

I det dagliga arbetet inom äldreomsorgen uppstår inte sällan konflikter mellan personal på olika nivåer inom organisationerna beroende på det delade huvudmannaskapet. Oklarheter om vem som skall göra en viss insats hos den enskilde medför påfrestningar på samarbetet mellan olika yrkeskategorier såväl på arbetsledarnivå som bland den personal som utför service- och vårdarbetet.

Från den enskildes synpunkt är kontinuiteten i samhällets service och vård av stor betydelse. Den uppdelning som i dag tillämpas mellan sjukvård i hemmet och social hemtjänst innebär, i synnerhet för människor som behöver omfattande service och vård i hemmet, att hjälptagaren får möta fler service- och vårdgivare än som borde vara nödvändigt.

Förändringar i uppgiftsfördelningen

Enligt äldreberedningens förslag skall kommunerna svara för all social service och omvårdnad inkl. enklare uppgifter av sjukvårdskaraktär i ordinärt boende och i servicebostäder m.fl., medan sjukvårdshuvudmännen skall svara för hälso- och sjukvården i övrigt. Beredningen förordar vidare att försöksverksamhet med ändrat huvudmannaskap, där primärkommunerna tar ett vidgat ansvar för service och vård, bör genomföras.

Flertalet remissinstanser tillstyrker beredningens förslag i båda delarna, men flera instanser, bl.a. Landsorganisationen i Sverige (LO), förordar att ett enhetligt huvudmannaskap genomförs snarast. LO menar att en huvudmannaskapsreform bör påbörjas omgående med tanke på den tid som förändringar av det här slaget erfarenhetsmässigt tar. Flera primärkommuner framhåller i sina remissvar vikten av att uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan huvudmännen förändras mot en större enhetlighet.

Enligt min bedömning stärker erfarenheterna från de nordiska grannländerna, som jag nyss redovisat, de erfarenheter som vunnits i den svenska utvecklingen och som talar för ett mer enhetligt ansvar för äldreomsorgen.

Mot bakgrund av vad jag här redovisat anser jag att starka skäl talar för att en mera långtgående förändring av uppgiftsfördelningen mellan huvudmännen än den äldreberedningen föreslagit bör komma till stånd. En förändring

med syfte att åstadkomma ett mer sammanhållet ansvar för samhällets äldreomsorger bör ske.

Ett genomförande av de förändringar som jag här aktualiserar kräver emellertid ett omfattande förberedelsearbete, varför ett förslag till beslut ej kan läggas fram i detta sammanhang. Bl.a. måste organisatoriska, rättsliga och ekonomiska konsekvenser analyseras. Jag ämnar därför senare i dag föreslå regeringen att för detta ändamål besluta om inrättandet av en särskild delegation med företrädare för bl.a. Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet. Delegationen bör få i uppdrag att redovisa förslag till närmare utformning av de här aktualiserade förändringarna. Delegationen bör därvid bedöma behovet av medicinska åtgärder för äldre samt behovet av service, omsorg och vård. En målsättning för den fortsatta utvecklingen skall anges och de ekonomiska konsekvenserna preciseras. Delegationen skall analysera de ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna av ett ändrat huvudmannaskap. Delegationens arbete bör vara slutfört vid utgången av år 1988.

Enligt min mening bör ansvaret för insatserna för äldre fördelas på ett entydigt och ändamålsenligt sätt mellan primärkommuner och landstingskommuner. Inriktningen bör vara att primärkommunerna ges ett samlat ansvar för äldreomsorgen och att ett mera enhetligt politiskt och ekonomiskt ansvar hos primärkommunerna för insatser som är likartade eller kompletterar varandra utvecklas. Härigenom skapas goda förutsättningar för samordning av service- och vårdresurserna och risken minskar för att en huvudman skjuter över uppgifter till den andre. Dessutom reduceras de oklarheter som finns om vilken huvudman som skall svara för verksamhet som i dag uppfattas ligga i gränslandet mellan huvudmännens ansvarsområden.

Äldreberedningens förslag om att kommunerna skall svara för all social service, omvårdad och enklare uppgifter av sjukvårdskaraktär vilka i dag utförs bl.a. av undersköterskor inom primärvården, är ett steg i rätt riktning. Det skapar förutsättningar för en sammanhållen service och vård i hemmet. Samtidigt finns det anledning erinra om att sjukvården i hemmet förutsätter insatser även från andra yrkesgrupper än undersköterskor. Jag tänker på sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och läkare. Även om insatserna av dessa yrkesgrupper i allmänhet tidsmässigt är av mindre omfattning, så är de av stor betydelse för vårdens kvalitet. Även denna fråga bör därför belysas av delegationen.

Konsekvenserna av äldreberedningens förslag att primärkommunerna bör vara huvudmän för samtliga dagverksamheter inom den lokala äldreomsorgen bör också studeras av delegationen.

Redan nu har primärkommunerna ansvaret för bostadsförsörjningen. I detta ansvar ingår att tillskapa särskilda boende- och vårdformer i tillräcklig omfattning. Med den inriktning som de särskilda boende- och vårdformerna har är det förenat med nackdelar att avgränsa huvudmannaskapet så att lokala sjukhem, ålderdomshem, gruppboende och servicebostäder ansvarsmässigt delas mellan sjukvårdshuvudmännen och huvudmännen för socialtjänsten. Delegationen bör därför utreda konsekvenserna av att primärkommunerna ges ett samlat ansvar för dessa olika former för boende och vård.

Trots att de lokala sjukhemmen blivit allt fler saknade år 1985 fortfarande

36 % av primärvårdsområdena sådana resurser. I dessa områden förlitar man sig i stället på resurser inom landstingskommunernas länssjukvård för långvarig vård av äldre. Så är fallet i särskilt hög grad i storstadsområdena, men även i andra större kommuner med sjukhus är detta vanligt. För dessa områden skulle ett förändrat huvudmannaskap för de lokala sjukhemmen, åtminstone på kort sikt, ha mindre betydelse för att lösa samordningsproblemen. Delegationen bör därför särskilt analysera och överväga rollen för långvårdsklinikernas sjukhemsfunktion och de centrala sjukhemmen samt hur dessa bäst kan inordnas i en väl fungerande organisation för äldreomsorgen. Delegationen bör även analysera frågan om långvarig vård av medicinskt färdigbehandlade patienter inom andra delar av länssjukvården. Jag avser här bl.a. den vård som inte i första hand är motiverad av medicinska skäl utan snarare av brist på lämpligare alternativ.

Effektiviteten i samhällets insatser för äldre borde kunna förbättras genom de angivna förändringarna. På kort sikt kan det uppnås genom att uppgifter som i dag utförs av undersköterskor inom sjukvården i hemmet samordnas med uppgifter som utförs av vårdbiträden inom den sociala hemtjänsten. Ett enhetligt och tydligare avgränsat ansvar för de lokala resurserna samt för långvarig vård bör även i övrigt ge förutsättningar för samordning av den lokala arbetsorganisationen.

Det är vidare min bedömning att nuvarande resursutbud inom äldreomsorgen och den fysiska och verksamhetsmässiga utformning institutionsvården fått i hög grad är beroende av den uppgiftsfördelning som nu gäller. Ett mera enhetligt ansvar för primärkommunerna bör kunna leda till att resurserna i högre grad anpassas till de äldres behov. Genom att vård på sjukvårdsanläggningar så långt möjligt ersätts med alternativa boende- och vårdformer får äldreomsorgen en starkare social inriktning. Detta bör kunna ge den enskilde bättre kvalitet i service, vård och boende. För samhället bör det kunna innebära ett mer effektivt resursutnyttjande.

De nu redovisade organisatoriska förändringarna kommer inte att kunna lösa alla samordnings- och samverkansproblem. I viss utsträckning kan nya gränsdragningsproblem uppstå. Även efter en huvudmannaskapsförändring torde det föreligga betydande behov av samordning och samverkan mellan primärkommuner och landstingskommuner, i synnerhet mellan länssjukvårdens olika kliniker och den primärkommunala äldreomsorgen. Det finns även nära kopplingar mellan den primärkommunala äldreomsorgen och landstingskommunernas primärvård. Jag avser här främst vårdcentralernas mottagningsverksamhet. För att främja samordning i verksamhetsförändringar inom huvudmännens olika verksamhetsområden behövs en mellan huvudmännen samordnad planering.

Ett skäl för att det slutliga ställningstagandet inte kan ske i detta sammanhang är inte minst att de ekonomiska konsekvenserna måste belysas och analyseras ytterligare. Ett genomförande av de förordade förändringarna kräver vidare att frågan om den ekonomiska regleringen kan lösas. Delegationen bör även utreda konsekvenserna för avgiftsuttaget inom äldreomsorgen.

Vidare bör de lagstiftningsmässiga konsekvenserna analyseras. Delegationens uppdrag bör här vara att redovisa de förändringar i nuvarande lagstiftning som kan bli aktuella.

Jag har erfarit att de båda kommunförbunden tillsatt en politisk ledningsgrupp för ett utredningsarbete rörande konsekvenserna av en förändring av uppgiftsfördelningen mellan huvudmännen. Till väsentliga delar sammanfaller detta arbete med vad jag här redovisat bör vara delegationens uppgift. Erfarenheterna från ledningsgruppens arbete bör därför tas tillvara av den delegation jag ämnar föreslå.

Organisations- och huvudmannaskapsförändringar kräver omfattande förberedelsearbete bland berörda parter. Detta talar för en relativt lång förberedelsetid. Samtidigt är jag mån om att utvecklingen inom äldreomsorgen inte stannar upp i avvaktan på de förändringar som planeras. Delegationens arbete bör vara slutfört vid utgången av innevarande år och målsättningen bör vara att de förändringar som blir aktuella skall kunna genomföras fr.o.m. den 1 januari 1991.

Försöksverksamhet med kommunal primärvård

Genom lagen (1985:1089) om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område har det inom ramen för det s.k. frikommunförsöket öppnats möjligheter för primärkommun och landstingskommun att samverka i fråga om primärvården. Lagen föreskriver att försökskommun helt eller delvis får bedriva viss hälso- och sjukvård (primärvård) i kommunen. Lagen ger kommunerna möjlighet att genom avtal med landstingskommun åta sig driftansvar, medan huvudmannaskapet i dessa fall fortfarande ligger kvar hos landstinget. För närvarande bedrivs försöksverksamhet enligt denna lag i Örebro och Gnosjö kommuner. Regeringen lämnade år 1986 ett uppdrag till socialstyrelsen att i samverkan med Spri genomföra en utvärdering av olika former av lokalt inflytande över primärvården, bl.a. försöken med primärkommunalt driftansvar för primärvården. En delrapport har lämnats till regeringen under första kvartalet 1988.

De förändringar av uppgiftsfördelningen mellan primärkommuner och landstingskommuner som jag nu förordar bör enligt min bedömning ge goda förutsättningar för en positiv utveckling av äldreomsorgen. Några landsting och primärkommuner har emellertid aktualiserat huvudmannaskapsförändringar som omfattar hela primärvården inom landstingskommunernas hälso- och sjukvårdsorganisation. Dessa planer är intressanta ur äldreomsorgens synvinkel. Behov av nära samverkan mellan primärvården och socialtjänst föreligger dock på flera områden, exempelvis i fråga om insatser för människor med missbruksproblem eller för barn. Frågan om organisationen av samhällets socialtjänst och primärvård måste därför prövas även med andra utgångspunkter. Enligt min mening finns det därför anledning att i ett annat sammanhang överväga om ytterligare och utvidgade försöksverksamheter skall initieras för att få fördjupade erfarenheter i fråga om huvudmannaskapet för primärvården i sin helhet. Jag har i denna fråga, förutom med chefen för socialdepartementet, samrått med chefen för civildepartementet.

7 Stöd i det egna boendet

7.1 Allmänt om den fortsatta utvecklingen av stödet i det egna boendet

Mitt förslag: Äldre människor bör i ökad utsträckning kunna välja eget boende även om hjälpbehoven är stora. En fortsatt utveckling av stödet i det egna hemmet bör ske.

Den enskilde bör ges ett vidgat inflytande över utformningen av servicen och vården.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer i allt väsentligt med mitt förslag.

Remissinstanserna: Remissinstanserna delar i huvudsak beredningens bedömning.

Skälen för mitt förslag

Nuvarande förhållanden

Andelen bland äldre människor som bor i egen bostad är nu ca 95 %. Denna nivå har i stort sett gällt sedan år 1970. Under 1980-talet har emellertid antalet personer över 80 års ålder ökat med nästan 119 000 personer, eller med över 50 %. År 1982 vårdades var fjärde person av dem som var över 80 år på institution. Genom utbyggnad av service och vård till stöd för ett eget boende har kommuner och landsting tillgodosett service och vårdbehoven bland dessa äldre människor, varför institutionsvården inte har behövt byggas ut i takt med det ökande antalet personer i höga åldrar.

Många äldre människor som bor i egen bostad är beroende av hjälp från andra för att klara de dagliga aktiviteterna. En undersökning från början av 1980-talet visar att drygt hälften av de äldre som bor i egen bostad och som har rörelsehinder eller nedsatt syn får hjälp minst en gång i veckan. Av dessa ca 225 000 människor får 41 % hjälp enbart av närstående, ca 36 % enbart från samhället och resten genom en kombination av hjälp från både samhället och närstående.

Antalet arbetstimmar inom den sociala hemhjälpen har ökat med 29 milj. eller 59 % mellan åren 1980 och 1986. Samtidigt har antalet hjälpmottagare minskat från 348 000 till 319 000 personer. Den genomsnittliga timinsatsen per hjälptagare har alltså ökat från 144 timmar per år till 247 timmar per år. En orsak till detta är att hjälpen koncentrerats till de äldre personer som har behov av omfattande insatser. I detta sammanhang bör dock nämnas att sättet att mäta hemhjälpens omfattning i den officiella statistiken förändrats under den aktuella perioden, vilket gör att uppgifterna bara delvis kan jämföras. Trots koncentrationen till de äldre som har behov av omfattande insatser utgör de fortfarande en minoritet av hemhjälpsmottagarna. En relativt stor andel, 35 till 55 %, har endast hjälp med städning, i allmänhet en gång var fjortonde dag. Andelen som dessutom får hjälp med matlagning, inköp, tvätt och liknande varierar i olika kommuner mellan 25 och 45 % av

det totala antalet. Sådan hjälp lämnas ofta ett par gånger i veckan. Andelen med omfattande hjälpbehov varierar i olika kommuner med mellan 10 och 20 %. Dessa personer får ofta hjälp flera gånger per dag.

Under 1980-talet har också en kraftig utbyggnad skett av jourverksamhet, trygghetslarm samt kvälls- och nattpatruller. År 1986 fanns ca 29 000 trygghetstelefoner i bostäder för äldre och handikappade och nattpatruller var verksamma i 224 kommuner. Samtliga kommuner i landet har dagcentraler och områdeslokaler. De flesta är samlokaliserade med servicehus eller ålderdomshem, men uppbyggnaden av fristående dagcentraler ökar. Syftet med dagcentralerna är att erbjuda service, aktiviteter och gemenskap.

Förutom dagcentraler och områdeslokaler som är öppna för alla äldre byggs nu dagverksamheter, som riktas till särskilda grupper bland de äldre. Under senare år har många huvudmän anordnat dagverksamhet för åldersdementa. År 1985 fanns sådan verksamhet i ett femtiotal kommuner och vid nära 90 institutioner inom den somatiska långtidssjukvården och den psykiatriska vården. Ytterligare drygt 50 kommuner planerar enligt vad jag erfarit att inrätta sådan verksamhet. På flera håll finns också särskilda dagverksamheter för människor som vårdats under lång tid inom den psykiatriska vården och som skrivits ut till eget boende.

I nästan hälften av landets primärvårdsområden förekommer dagsjukvårdsverksamhet. Inom den psykiatriska vården bedrevs år 1985 dagsjukvård vid 134 enheter. Utbyggnaden har under senare år skett genom tillkomsten av fristående enheter skilda från sjukhusanläggningar. Sammantaget kan konstateras att dagverksamheter av olika slag inom hälso- och sjukvård och socialtjänst har byggts ut kraftigt under 1980-talet.

Även primärvården i sin helhet har byggts ut under 1980-talet. Nu finns t.ex. minst en vårdcentral i varje primärkommun i landet. Antalet läkarbesök i primärvården har ökat från 7,8 milj. år 1980 till 9,1 milj. år 1985. Under samma period har antalet besök hos distriktssköterska ökat från 6,6 milj. besök till 8,9 milj. I så gott som samtliga primärvårdsområden finns nu även resurser för sjukvård i hemmet. I tre fjärdedelar av dessa områden fungerar verksamheten dygnet runt, alla dagar i veckan. I nio av tio primärvårdsområden finns arbetsterapeuter och sjukgymnaster, men i mycket varierande omfattning. Antalet undersköterskor för sjukvård i hemmet har under 80-talet ökat till ca 2 700 tjänster år 1985.

Utvecklingen av de redovisade resurserna samt förbättringen av tillgängligheten till dessa har i hög grad skett i samverkan mellan kommuner och landsting. Vårdplaneringsgrupper finns i samtliga primärvårdsområden. Dessa grupper består huvudsakligen av personal från primärvård och socialtjänst. Genom tillkomsten av grupperna har samverkan mellan olika personalgrupper i vårdplaneringen förbättrats.

Antalet personer som har tillstånd att resa med färdtjänst har ökat från 287 000 år 1980 till 360 000 år 1985. Under samma period har antalet resor ökat med 28 %.

Utbyggnaden av stödet till människor som har egen bostad varierar kraftigt mellan olika kommuner och primärvårdsområden. Andelen av ålderspensionärerna som får hjälp från den sociala hemhjälpen varierade

exempelvis år 1985 mellan 150 och 800 personer per 1 000 invånare i åldrarna 80 år och däröver.

Service och vård

Mycket talar för att det är förbättringar i äldre människors bostadsstandard i förening med utbyggnaden av samhällsstödet som gjort det möjligt för allt fler äldre med behov av service och stöd att bo i egen bostad. Detta har inneburit att institutionsvården inte har behövt byggas ut så kraftigt som annars varit nödvändigt utan den har i förhållande till ökningen av antalet äldre i de högsta åldrarna i stället kunnat reduceras.

Jag har tidigare förordat att de vägledande principerna för den fortsatta utvecklingen av samhällets insatser för äldre skall vara valfrihet, trygghet och integritet. En sådan inriktning ställer krav på fortsatt utveckling och utbyggnad av stödinsatserna i den egna bostaden. För att människor som har stora behov av service och vård vid olika tider på dygnet skall ges praktisk möjlighet att välja att bo i egen bostad krävs en väl fungerande och flexibel organisation av den sociala hemtjänsten och sjukvården i hemmet.

Flera studier visar att erfarenheterna av en väl utbyggd hemtjänst och hemsjukvård är mycket positiva. Den enskildes trygghet, säkerhet och självbestämmande har förbättrats på ett sätt som inte skulle vara möjligt vid boende på institution. Vissa upplever dock ensamheten i ett eget hem som ett problem. Nästan samtliga som får omfattande service och vård i hemmet är dock, enligt aktuella studier, nöjda med insatserna och vill fortsätta att bo hemma. Åtta av tio som får hemtjänst i Linköpings kommun anser exempelvis att hemtjänsten fungerar mycket bra. Enligt en studie i Uppsala kommun uppgav 99 % av de tillfrågade att de alltid blir vänligt och trevligt bemötta och 95 % uppgav att vårdbiträdena hjälper till med just det som man behöver få hjälp med.

Kritiska synpunkter förekommer dock också. En vanligt förekommande kritik gäller att hemtjänstpersonalen ges för lite tid till insatserna i hemmet. Vidare riktas kritik mot att man inte kan påverka hjälpens uppläggning i tillräcklig utsträckning. Önskemål framförs även om en utveckling av verksamheten med avlösning till närstående vårdare. Kritiken gäller även bristen i kontinuitet, dvs. att alltför många olika vårdbiträden ger service och vård till samma person.

Även om servicen och vården i hemmet således allmänt sett får goda omdömen finns det enligt min mening anledning att ta fasta på de kritiska synpunkter som framkommit. Problemen beror delvis på den höga personalomsättningen inom den sociala hemtjänsten.

Den service och vård som samhället erbjuder äldre i ett eget boende skall enligt min mening syfta till att både förebygga ohälsa och handikapp och ge en god service och vård till de personer som inte klarar det dagliga livets aktiviteter. Den bör även i ökad grad rymma inslag av rehabilitering.

För att hemtjänst och hemsjukvård skall vara ett bra alternativ för personer som behöver mycket hjälp krävs att den enskildes behov av trygghet och säkerhet kan tillgodoses. Det är viktigt att insatserna utförs på ett yrkesmässigt sätt med god kvalitet. Viktigt är att de insatser som utlovats till

en person verkligen lämnas och att uppgjorda tider hålls. Vidare är tillgängligheten till samhällets insatser även under nätter och helger en viktig fråga. Möjligheterna att erbjuda en god tillgänglighet kommer självfallet att skifta med de geografiska förutsättningarna på olika orter.

Jag vill i detta sammanhang även erinra om att riksdagen år 1985 godkände de mål och synsätt som förordades i propositionen 1984/85:142 om boendeförhållanden för gamla, handikappade och långvarigt sjuka. Där anges att ett mål för välfärdspolitiken är att de som behöver stöd och hjälp i sin dagliga livsföring eller som mer än tillfälligt behöver medicinsk eller annan vård har rätt att få sådan hjälp i bostaden.

Såväl hälso- och sjukvårdslagen som socialtjänstlagen bygger på att samhällets insatser skall utformas i samverkan med den enskilde. Jag bedömer det som mycket angeläget att fortsatta ansträngningar görs för att stärka inflytandet för dem som får service och vård i hemmet. En person som är beroende av samhällets stöd för att klara av det dagliga livets aktiviteter kommer lätt i underläge i förhållande till den personal som svarar för insatserna. Erfarenheter visar också att det finns risk för att den vårdideologi och de rutiner och regler som ofta finns inom institutionsvården, och som inskränker den enskildes möjligheter till självbestämmande, även tillämpas i hemtjänst och hemsjukvård. En sådan utveckling måste förhindras. Detta kan ske genom att den enskilde hjälpmottagarens önskemål om vilken hjälp som behövs och hur den skall utformas sätts i centrum.

Riksdagen har redan tidigare i år i enlighet med propositionen om aktivt folkstyre i kommuner och landsting (prop. 1986/87:11, KU 1987/88:23, rskr 154) beslutat om ett ökat brukarinflytande inom den kommunala tjänsteproduktionen. Brukarinflytandet har i kommunallagen (1977:179) kommit till uttryck dels i en allmän formulering i 1 kap. 5 § och dels i mera precisa regler i det fall tjänstemannadelegation av nämndärenden förekommer. De sistnämnda bestämmelserna finns i kommunallagen 3 kap. 13 a §.

Jag anser för min del att de nya reglerna i kommunallagen om brukarinflytande ger kommunerna och landstingen stora möjligheter att ge äldre ett ökat inflytande över hur servicen och vården skall utformas. De nya bestämmelserna understryker vad som i och för sig redan gäller om frivillighet och valfrihet enligt socialtjänstlagen och att vård och behandling skall bedrivas i samråd med den enskilde.

En förutsättning för att människor med påtagliga funktionsnedsättningar skall kunna bo i en egen bostad och leva ett självständigt och aktivt liv är vidare tillgång till väl fungerande allmänna transportmedel. Regeringen har nyligen i den trafikpolitiska propositionen 1987/88:50 lagt fram förslag till riktlinjer för utvecklingen av kollektivtrafiken. I propositionen framhålls tillgänglighetsmålet som ett av de centrala målen inom kollektivtrafiken.

Transportrådet har nyligen redovisat ett regeringsuppdrag som rör vissa frågor om riksfärdtjänstens framtida utformning. Riksrevisionsverket har i rapporten Statsbidrag till kommunal färdtjänst redovisat synpunkter bl.a. på statsbidraget till den kommunala färdtjänsten. Efter samråd med chefen för kommunikationsdepartementet gör jag den bedömningen att frågor som har att göra med färdtjänstens fortsatta utveckling bör tas upp vid ett senare tillfälle.

Min bedömning: Hemtjänsten bör utvecklas så att äldre människor i ökad utsträckning skall kunna välja eget boende även om hjälpbehoven är stora.

Service och vård bör organiseras så att hjälpen kan ges flexibelt och vid olika tider på dygnet.

Ansvar och befogenheter bör så långt möjligt decentraliseras till arbetslag och vårdbiträde.

En särskild satsning på förnyelsearbete inom hemtjänsten i syfte att hitta alternativa och mindre personalintensiva arbetsmetoder bör genomföras. För ändamålet bör ca tre milj. kr. årligen under en period av två år avsättas från utvecklingsmedlen inom ramen för statsbidraget till den sociala hemhjälpen.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: Delar beredningens bedömning. Flera instanser menar dock, med tanke på de stora krav som ställs på arbetsledning, personal och resurser, att beredningens ambitioner är höga i förhållande till hemtjänstens nuvarande situation.

Skälen för min bedömning

Hemtjänstens betydelse

Den sociala hemtjänsten har avgörande betydelse för många människors möjligheter att bo i ett eget hem och leva ett självständigt liv. Genom den utbyggnad som skett under senare år har möjligheterna förbättrats avsevärt.

Enligt min bedömning får den sociala hemtjänsten en fortsatt central roll i den framtida äldreomsorgen. Med en fortsatt utveckling av hemtjänsten finns det, enligt min mening, anledning förmoda att allt fler äldre människor kommer att välja att bo i ett eget hem, även när de har behov av omfattande stöd för den dagliga livsföringen.

Enligt min bedömning kommer även i framtiden de flesta som behöver social hemtjänst att vara människor i hög ålder, ofta med kombinationer av fysiska och psykiska funktionsnedsättningar. Allt fler bland dem som får social hemtjänst kommer emellertid att vara människor med psykisk utvecklingsstörning, psykiska sjukdomar eller åldersdemens samt missbrukare och yngre människor med omfattande funktionsnedsättningar. Denna utveckling ställer höga krav på arbetets organisation och yrkeskunnande bland hemtjänstens personal.

Hemtjänstens uppgifter

Hemtjänstens insatser bör syfta till att stödja den enskildes egna resurser. Hemtjänsten skall även kompensera funktionshinder hos den enskilde genom service och omvårdnadsinsatser. Hjälpbehoven hos människor som inte själva klarar de dagliga livsfunktionerna bör tillgodoses oberoende av

orsaken till behoven. Omvårdnadsuppgifter såsom hjälp med rehabilitering kommer att få växande betydelse. De sociala serviceuppgifterna kommer dock även i framtiden att ha en betydande omfattning. Till serviceuppgifterna hör bl.a. inköp av mat, matlagning, städning och tillsyn.

Hemtjänsten skall vidare medverka i uppsökande verksamhet och information. Personalens kunskaper och erfarenheter om äldre människors levnadsförhållanden bör tas tillvara i den medverkan i samhällsplaneringen som hör till socialtjänstens uppgifter. Vidare bör i hemtjänstens uppgifter ingå att ge avlösning och annat stöd till närstående vårdare.

Bättre tillgänglighet inom hemtjänsten

Under 1980-talet har tillgängligheten till den sociala hemtjänstens resurser förbättrats avsevärt. Det har skett genom tillkomsten av natt- och kvällspatruller, schemalagda arbetstider för personalen, områdes- och dagcentraler samt genom utbyggnad av trygghetstelefoner.

För att människor som har omfattande hjälpbehov skall kunna känna sig trygga krävs att hemtjänsten kan ges flexibelt och vid olika tider på dygnet. Det är även viktigt att personal kan nås på ett enkelt sätt vid akut behov av hjälp. Kortvariga och oplanerade insatser bör kunna lämnas utan allt för långa väntetider. Jag är medveten om att förutsättningarna för att ge en hemtjänst med hög tillgänglighet varierar. I tätbyggda områden med en hög andel äldre människor är förutsättningarna goda, medan de är avsevärt sämre i glesbygdsområden. Hemtjänsten måste därför utvecklas med hänsyn till de skiftande förutsättningar som råder i kommunerna.

Även resurstillgången påverkar självfallet möjligheterna att lämna omfattande service och vård i ordinärt boende. Enligt min mening går det inte att fastställa bestämda gränser för hur omfattande insatser som skall kunna ges i den enskildes eget hem. Omständigheterna i det enskilda fallet måste vara avgörande.

Vid kommunernas och landstingens planering och utveckling av äldreomsorgen bör däremot överväganden ske om hur tillgängliga resurser bäst kan användas. I detta sammanhang aktualiseras avvägningen mellan stödet i ordinärt boende resp. i de särskilda boende- och vårdformerna.

Jag delar den åsikt, som Sundsvalls och Stockholms kommuner har fört fram i remissvaren över äldreberedningens betänkande, att den inriktning som jag förordar för den sociala hemtjänsten kräver ett omfattande utvecklingsarbete för att kunna förverkligas. Den kommer också, som Stockholms kommun framhåller, att ställa stora krav på arbetsledning, personal och resurstillgång.

Det utvecklingsarbete som huvudmännen bedrivit under senare år visar att det i kommunerna finns ett stort intresse av att utveckla den sociala hemtjänsten. Jag vill i detta sammanhang framhålla vikten av fortsatt utvecklingsarbete när det gäller hur service och vård i eget boende kan utformas med utgångspunkt i de lokala förutsättningar som råder på olika håll i landet.

Jag delar äldreberedningens bedömning att personalen inom den sociala hemtjänsten så långt möjligt bör arbeta i mindre arbetslag som svarar för service och vård till dem som behöver sådan inom ett geografiskt område. Dessa arbetslag bör ges ett stort mått av självbestämmande.

En viktig strävan inom hemtjänsten bör vara att förbättra kontinuiteten. Detta kan bl.a. ske genom att ett eller ett fåtal vårdbiträden ges huvudansvaret för en viss hjälpmottagare. Det är också angeläget att arbetet inte styckas upp i olika delar och specialiseras. Strävan bör istället vara att så långt möjligt utveckla en bred yrkesroll. Detta får dock inte förhindra att enskilda vårdbiträden kan fördjupa sitt kunnande inom ett visst område. Kunskapsfördjupning hos personalen kan exempelvis gälla arbete med personer som har ett visst funktionshinder. Flera handikapporganisationer har framhållit betydelsen av att den sociala hemtjänstens personal har kunskaper och erfarenheter som gör dem väl skickade att även arbeta bland t.ex. döva, hörselskadade och synskadade. Jag delar denna bedömning och menar att det härutöver är viktigt att hemtjänsten, där det behövs, har personal med särskild kultur- och språkkompetens för arbetet bland äldre personer med annan etnisk bakgrund.

Ansvar och befogenheter bör så långt möjligt decentraliseras till arbetslagen och till vårdbiträdet. Inom ramen för givna målsättningar och tilldelade resurser bör personalen tillsammans med dem som får hjälp komma överens om bästa möjliga sätt att bedriva det dagliga arbetet. Härigenom får den enskilde stora möjligheter till inflytande över vilka insatser som skall prioriteras och hur arbetet skall utformas i övrigt. Dessutom tillvaratas de anställdas egna resurser på bästa sätt.

Jag delar äldreberedningens bedömning att ledningsfunktionen behöver utvecklas. Arbetsledarnas uppgifter inom den sociala hemtjänsten har förändrats från att huvudsakligen avse administrationen av den dagliga hjälpen till att i högre grad samordna, utveckla och följa upp verksamheten. De får också en allt viktigare roll som handledare och problemlösare för personalen. De har även en viktig uppgift i att göra behovsbedömningar och planera insatserna tillsammans med den enskilde, dennes anhöriga och annan personal.

Jag vill i detta sammanhang slutligen nämna att socialstyrelsen för närvarande utarbetar allmänna råd om den sociala hemtjänsten, vilka bör kunna tjäna som vägledning för den närmare inriktningen och utformningen av arbetet.

Resursanvändningen

Det finns enligt min mening anledning att pröva vissa åtgärder för att förbättra resursanvändningen inom hemtjänsten, främst med tanke på problemen vad gäller personalförsörjningen. Enligt min bedömning är det angeläget att kommunerna prövar möjligheterna att använda mindre personalintensiva arbetsmetoder inom vissa delar av hemtjänsten.

Hemtjänstens personal utför i dag både kvalificerade omvårdnadsinsatser

och rena serviceinsatser, såsom t.ex. matinköp och viss storstädning. Bedömningar från enstaka kommuner visar t.ex. att en stor del av vårdbiträdets arbetstid går åt till matinköp, som den som får hjälpen ofta inte deltar i.

Vissa kommuner har utvecklat alternativ till den sociala hemtjänsten som man kallar snabbservice, kompletterande hemtjänst, närservice m.m. Detta innebär en annorlunda lösning av de uppgifter som annars skulle utförts inom ramen för den sociala hemtjänsten.

Med tanke på den rådande personalbristen på vissa håll i landet och förväntade problem i framtiden är det befogat att kommunerna noga överväger och prövar vilka funktioner inom hemtjänsten som, utan att kvaliteten eftersätts, kan utföras på ett mer effektivt sätt. Jag är inte heller främmande för att låta rena serviceuppgifter utföras av andra än hemtjänstens personal. För att ta matinköpen som exempel bör det vara möjligt att göra lokala överenskommelser med olika livsmedelsbutiker om hemsändning av varor.

De förändringar jag här förespråkar avser inte själva omvårdnadsarbetet, utan det renodlade servicearbetet. Enligt min mening är det mycket angeläget att kommunerna bedriver utvecklings- och förnyelsearbete i syfte att hitta alternativa och mindre personalkrävande arbetsmetoder inom hemtjänsten. Jag bedömer också att staten bör stödja och stimulera denna utveckling. Dels genom att ta initiativ till förnyelseprojekt dels genom att sprida idéer och kunskap inom området.

Jag avser därför att senare föreslå regeringen att ca 3 milj. kr. årligen under en tvåårsperiod avsätts för sådant utvecklingsarbete som nu berörts från utvecklingsmedlen inom ramen för statsbidraget till kommunernas sociala hemhjälp.

7.3 Primärvården

Min bedömning: En god vård i hemmet förutsätter att de medicinska insatserna inom primärvårdens öppna verksamhet är av hög kvalitet.

Det förebyggande hälso- och sjukvårdsarbetet bland äldre är av stort värde och bör utvecklas.

Rehabiliteringsinslagen inom primärvården bör bli mer framträdande och vara oberoende av boendeform.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: Delar äldreberedningens bedömning.

Skälen för min bedömning

Jag har nyss redovisat den utbyggnad av primärvården som skett under 1980-talet. Mycket talar för att den verksamt har bidragit till att fler äldre människor med stora hjälpbehov har kunnat bo i en egen bostad. De regionala skillnaderna i utbyggnaden av primärvården är emellertid stora. En ytterligare förbättring av möjligheterna för äldre att välja ett eget boende förutsätter en fortsatt utveckling och utbyggnad av primärvården.

Enligt min bedömning är en hög tillgänglighet till primärvårdens resurser mycket väsentlig. För att människor som har stora hjälpbehov skall kunna få god vård i hemmet krävs bl.a. att hjälpen kan ges med kort varsel under olika tider på dygnet, vilket kräver en väl fungerande jour- och beredskapsorganisation. Denna bör utvecklas i nära samarbete mellan kommuner och landsting.

Det är också viktigt att fortsatta ansträngningar görs för att förbättra kontinuiteten. I ett flertal primärvårdsområden har en s.k. vårdlagsorganisation byggts upp. Detta innebär att en grupp bestående av flera personalkategorier gemensamt har vårdansvaret för befolkningen i ett visst bestämt område. År 1985 fanns en sådan vårdlagsorganisation i drygt 70 % av landets primärvårdsområden. Organisationen ger förbättrade möjligheter till en god kontinuitet.

En väl fungerande vård i hemmet förutsätter att sjukvårdspersonal kan göra hembesök. Av tradition utgör hembesök ett betydande inslag i distriktssköterskans arbetsuppgifter. Jag bedömer det som angeläget att även andra personalkategorier, t.ex. läkare, kan göra hembesök i större utsträckning än för närvarande.

Distriktssköterskan har en central roll i hemsjukvården och det praktiska ansvaret för den medicinska behandlingen av dem som vårdas hemma. I takt med att alltfler vårdas hemma kommer sannolikt antalet distriktssköterskor att behöva ökas. Distriktssköterskans arbete får i allt högre grad inslag av rådgivning och handledning gentemot annan personal. Jag vill också framhålla distriktssköterskans stödjande roll för närstående som vårdar en sjuk eller handikappad i hemmet.

För närvarande är i allmänhet personalen vid de lokala sjukhemmen och personalen inom primärvården i övrigt inordnade i skilda arbetsorganisationer. Sjuksköterskor som arbetar vid ett lokalt sjukhem arbetar således oftast enbart inom denna inrättning. Distriktssköterskorna däremot arbetar med att bl.a. ge vård åt dem som bor i ordinärt boende, i servicebostäder och på ålderdomshem. Enligt min mening finns det skäl att eftersträva en ökad samordning av dessa funktioner.

Förebyggande hälso- och sjukvårdsarbete för äldre

Arbetet med att förebygga ohälsa och handikapp bland äldre behöver intensifieras. En väl fungerande hälsovård för äldre är ett led i detta arbete.

Både kroppsliga och psykiska problem är vanligare bland äldre än bland människor i allmänhet. Äldre i socialgrupp tre har vidare generellt sett sämre hälsa än andra äldre människor. Ofta är brister i hälsoförhållandena förknippade med faktorer som har ett samband med sociala skillnader tidigare i livet. Här har de arbetsvillkor under vilka den enskilde arbetat stor betydelse. Även boendeförhållanden och bristande social förankring påverkar hälsoförhållandena.

De allra flesta äldre människor har ett väl fungerande socialt nätverk. Det finns emellertid de som har få kontakter med andra och som ofta känner sig

ensamma. Risken att drabbas av ensamhet ökar i högre åldrar när närstående dör. Även andra livshändelser kan utlösa krisreaktioner. Sådana händelser kan vara uppbrott från den invanda miljön som, om inte personen i fråga får tillräckligt stöd, kan leda till ohälsa och långvariga hjälpbehov.

En inte oväsentlig orsak till äldre människors behov av korttidssjukvård är olycksfall. Många olyckor sker i hemmen, men en hel del också på allmän plats. Många sjukdomar och funktionsnedsättningar har ett samband med den enskildes livsstil. Kost, motion, rökning och alkoholvanor är de faktorer som har störst betydelse härvidlag.

Det förebyggande arbetet inom primärvården bör förstärkas. Äldre människor har under sin livstid format olika vanor, men det är ändå viktigt att förbättra informationen och initiera diskussioner om olika faktorers inverkan på hälsa och välbefinnande. Detta arbete bör bedrivas tillsammans med olika organisationer och föreningar, inte minst de äldres egna. Här har även primärkommunens olika facknämnder och den sociala hemtjänsten viktiga uppgifter.

Kommuner och landsting har i socialtjänstlagen resp. i förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen ålagts att medverka i samhällsplaneringen. Uppgiften att förebygga ohälsa och handikapp bland äldre människor kan till inte obetydlig del ske genom åtgärder för att förbättra miljöns utformning. Jag tänker i första hand på boendemiljön, men också på trafikmiljön. Personalen inom social hemtjänst och hälso- och sjukvård har här erfarenheter som kan ge underlag till konkreta förbättringar utan att kostnaderna för dessa behöver bli omfattande. Erfarenheterna från de äldre själva och deras organisationer måste också tas till vara.

Jag anser det positivt att särskild hälsovård för äldre sedan år 1985 bedrivs i 20 % av landets primärvårdsområden och att planer på en utveckling av en sådan finns i ytterligare landsting. Det är värdefullt att det individuellt förebyggande arbetet därigenom även når ut till de äldre.

Ökad satsning på rehabilitering

Med rehabilitering avses åtgärder för att förbättra och upprätthålla fysisk och psykisk förmåga.

Enligt min bedömning bör inslaget av rehabilitering inom primärvården bli mer framträdande. Insatserna bör vara oberoende av boendeform.

För närvarande är rehabiliteringsresurserna huvudsakligen knutna till olika kliniker inom länssjukvården. Enligt min mening bör rehabiliteringsverksamheten vid långvårdsklinikerna förstärkas. I avsnitt 8.3 utvecklar jag närmare min uppfattning i denna fråga.

Jag delar äldreberedningens bedömning att personer som vårdas i hemmet skall få stöd att träna och upprätthålla sin funktionsförmåga. Det är i första hand sjukgymnaster och arbetsterapeuter som har de yrkeskunskaper som dels behövs för att utveckla rehabiliteringsarbetet, dels för att förbättra arbetsmiljön för personalen inom äldreomsorgen. Dessa bör i hög grad arbeta med, förutom direkta insatser i den enskildes hem eller i dagverksamheter, fortbildning och handledning av vårdbiträden inom hemtjänsten samt närstående som vårdar äldre.

Den fortsatta utvecklingen av vården i hemmet kommer att ställa stora krav på en väl fungerande bostadsanpassningsverksamhet.

Tillgången till väl fungerande tekniska hjälpmedel har stor betydelse för den enskildes möjligheter att leva självständigt och därigenom minska behoven av stödinsatser från närstående och från samhället. Jag vill här erinra om arbetet inom hjälpmedelsutredningen, som har till uppgift att se över hjälpmedelssituationen.

Förutom att arbeta med bostadsanpassnings- och hjälpmedelsfrågor har arbetsterapeuterna en viktig uppgift i att tillsammans med sjukgymnaster utarbeta träningsprogram för äldre som behöver funktionsträning.

Enligt äldreberedningens förslag bör de lokala sjukhemmen ges en inriktning mot rehabilitering och växelvård. Jag kommer längre fram att utveckla min uppfattning i denna fråga. Redan nu vill jag emellertid framhålla att rehabilitering inte enbart bör förbehållas dem som bor och vårdas på de lokala sjukhemmen. I stället bör denna funktion enligt min mening vara oberoende av boende- eller vårdform.

7.4 Dagverksamheter

Min bedömning: Ett varierat utbud av dagverksamheter för äldre behövs för att ge behandling, rehabilitering, sysselsättning och gemenskap.

Föreningar och organisationer bör i ökad utsträckning svara för sådan dagverksamhet som huvudsakligen avser fritids-, hobby- och studieaktiviteter.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer i huvudsak med min bedömning.

Remissinstanserna: Delar i huvudsak beredningens bedömning. Flera instanser menar dock att den samordning av olika typer av dagverksamheter som beredningen förordar inte bör genomföras fullt ut.

Skälen för min bedömning: Kommuner och landsting har byggt upp en rad olika former av dagverksamheter inom skilda organisationer. De verksamheter som bedrivs inom hälso- och sjukvården har oftast en mer individualiserad målsättning där rehabiliterings- och behandlingsinslagen har stor vikt. Kommunernas dagverksamheter är i allmänhet inriktade mot att vara en bas för den sociala servicen och stimulera gemenskap och sysselsättning.

Människor som får service och vård i hemmet kan behöva delta i särskilda dagverksamheter utanför hemmet. Förutom att ge träning, stimulans och gemenskap kan sådan verksamhet även fungera som avlösning för närstående.

Enligt min mening bör dagverksamheter i första hand utgöra ett led i den individuella vården och ha en medveten stödjande och rehabiliterande inriktning. Det betyder att individuella program för insatserna bör läggas upp. Aktiviteter bör utformas under sakkunnig ledning och bedrivas individuellt eller i grupp. Verksamheter som matservering, fotvård o.d. bör

kunna ingå i dagverksamheterna. Hobby- och fritidsaktiviteter skall då ingå som ett led i rehabiliterings- eller vårdarbetet. Hänsyn måste därvid tas till många äldre invandrares bristande kunskaper i svenska och annorlunda kulturella bakgrund.

Dagverksamheterna måste utformas med utgångspunkt i de lokala förutsättningarna. Jag bedömer det som angeläget att dessa verksamheter så långt möjligt förläggs i nära anslutning till äldres egna bostäder.

Jag delar den uppfattning som Blekinge läns landsting och Eksjö kommun redovisat, nämligen att det kan vara olämpligt att integrera verksamheter som riktar sig till människor med åldersdemens med sådana verksamheter som riktar sig till andra äldre personer. Verksamhetens syfte och specifika karaktär måste beaktas vid överväganden om hur en god samordning skall åstadkommas av dagverksamheter i kommun och landsting.

Dagverksamheter är en viktig del i en samlad äldreomsorgsorganisation. Jag ser det som särskilt angeläget att dagverksamheter för personer med åldersdement beteende utvecklas. Erfarenheterna från sådana verksamheter är mycket goda. Den stimulans och gemenskap som dessa verksamheter kan ge gör det ofta möjligt för åldersdementa att bo kvar i sin bostad under längre tid än som annars skulle vara möjligt. Samtidigt ges närstående behövlig avlösning.

Vid en utveckling av innehållet i dagverksamheter för skilda grupper av äldre människor är det väsentligt att tillvarata den kunskap och de erfarenheter som finns inom länssjukvårdens olika kliniker. Långvårdsklinikerna liksom de psykiatriska klinikerna bör genom fortbildning, handledning och annat stöd skapa förutsättningar bland personalen inom den lokala äldreomsorgen att utveckla sitt arbetssätt. Det är också angeläget att tillvarata erfarenheter från kommunernas kultur- och fritidsverksamhet.

Genom den inriktning jag förordat för dagverksamheterna koncentreras samhällets insatser inom detta område till de äldre människor som har störst behov av stöd och rehabilitering.

En del av den verksamhet som i dag bedrivs vid de primärkommunala dagcentralerna och som har stor betydelse för äldres möjlighet att leva ett aktivt och självständigt liv, bör helt eller delvis kunna skötas av föreningar och organisationer. Jag tänker i första hand på pensionärernas egna organisationer. Den del av dagcentralernas verksamhet som är inriktad mot fritids-, hobby- och studieverksamhet med syfte att främja gemenskap och förströelse sammanfaller i hög grad med den verksamhet som bedrivs inom föreningslivet. Sådan verksamhet bör i så stor utsträckning som möjligt utformas och bedrivas av de äldre själva genom deras egna organisationer, men även andra föreningar. PRO har ställt sig positiv till en sådan utveckling. Även socialnämnden har dock sådana uppgifter i enlighet med vad som sägs i socialtjänstlagen om socialnämndens uppgift att verka för att äldre människor har rätt till en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Socialnämndens ansvar i detta avseende bör dock kunna fullföljas i nära samverkan med andra nämnder och med olika organisationer.

En del i ett sådant ansvar kan vara att kommunerna underlättar och stöder verksamhet genom att tillhandahålla lokaler och ge erforderligt ekonomiskt stöd till berörda föreningar och organisationer.

7.5 Utveckling av samverkan

Min bedömning: Samverkan mellan länssjukvårdens kliniker, primärvård och socialtjänst behöver utvecklas ytterligare.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: Delar i huvudsak beredningens bedömning.

Skälen för min bedömning: Vid en jämförelse mellan olika län och särskilt mellan olika kommuner i landet skiftar andelen äldre som vistas på sjukvårdsinstitutioner avsevärt. Det finns exempelvis kommuner där andelen personer i somatisk långtidssjukvård endast är hälften så stor som riksgenomsnittet. I allmänhet jämnas dock skillnaderna i nyttjande av äldreomsorgsresurser ut när man räknar in öppenvårdsresurserna. Men inte heller när man jämför det samlade utnyttjandet av äldreomsorgsresurser i landet finns det givna förklaringar till alla variationer i nyttjandet.

Viktiga förklaringar kan enligt min bedömning vara graden av samarbete mellan berörda personalgrupper. En annan förklaring kan vara det synsätt personalen tillämpar i arbetet. Det utvecklingsarbete som flera huvudmän har bedrivit bl.a. i samarbete med Spri visar klart att en utvecklad samverkan mellan primärvården och socialtjänsten samt med berörda kliniker inom länssjukvården har stor betydelse för att nå ett effektivare utnyttjande av befintliga resurser. Äldreomsorgen består av ett system av åtgärder. För att en förändring av inriktningen skall komma till stånd måste varje del i systemet vara med i förändringsarbetet. Detta kräver kunskap, vilja och förmåga till samverkan. Nya former av samverkan, i vårdplaneringsgrupper eller på annat sätt, har också utvecklats på de flesta håll i landet under senare år. För att människor skall få en god service och vård och för att befintliga resurser skall utnyttjas på bästa sätt är det enligt min mening utomordentligt angeläget att ytterligare ansträngningar görs för att även fortsättningsvis förbättra samverkan mellan olika vårdnivåer, olika berörda yrkesgrupper och olika huvudmän. Ett sådant arbete är en nödvändig förutsättning för att den fortsatta omställning i service och vård till äldre som jag förordar skall bli möjlig.

En fortsatt utveckling av samverkan är också önskvärd för att främja ett för personalen gemensamt synsätt och en gemensam hållning i arbetet. Sjukvårdens och socialtjänstens skilda utgångspunkter kan leda till olika bedömningar av vilka insatser och vilket förhållningssätt som är lämpliga. Det är endast genom ett nära samarbete, i diskussioner och genom fortbildning, som ett gemensamt förhållningssätt kan utvecklas. Jag har erfarit att de huvudmän som satsat på ett sådant samverkansarbete har nått framgång.

7.6 Samordnad boendeservice

Min bedömning: Kommunerna bör verka för att den kommersiella och sociala servicen samordnas med bostadsföretagens fastighetsskötsel samt för att samverkan med föreningar och organisationer utvecklas.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: Delar i huvudsak beredningens bedömning.

Skälen för min bedömning: Den enskildes behov av social hemtjänst är beroende av flera faktorer. Bostadens utformning är här av stor betydelse. Den utveckling mot att allt fler äldre bor i moderna bostäder är därför glädjande. För att boendemiljön bättre skall anpassas till äldre människors förutsättningar krävs emellertid ett intensifierat arbete för att förbättra tillgängligheten.

Den enskildes sociala förankring har stor betydelse för behovet av social hemtjänst. Väl utvecklade sociala kontakter minskar behovet av social hemtjänst. Jag ser det som angeläget att huvudmännen i sitt arbete verkar för att äldre människor ges möjlighet att behålla sitt sociala nätverk och att utveckla nya kontakter. Samverkan med föreningar och organisationer, särskilt de äldres egna organisationer, har här stor betydelse.

Tillgången till samhällsservice är ytterligare exempel på förhållanden som har betydelse för hur den sociala hemtjänsten bör utformas och vilken omfattning den måste ges.

På många håll i landet pågår utvecklingsarbete med en samordning av boendeservicen, såväl i tätbebyggda bostadsområden som i glesbygd. Utvecklingen mot en utvidgad fastighetsskötsel är ett exempel på vad som kan göras. Detta innebär att bostadsföretagens fastighetsskötare organiseras områdesvis. Ett nära samarbete utvecklas bl.a. med kommunens sociala hemtjänst, varvid fastighetsskötare även kan svara för vissa sociala uppgifter såsom enklare ärenden, hemsändning av varor, regelbundna besök etc. Vidare har några s.k. servicekooperativ initierats i form av ekonomiska föreningar. Dessa drivs i samverkan mellan de boende, organisationer och kommunala förvaltningar. Syftet med dessa är att förmedla tjänster, ta emot larm samt att vara en förbindelselänk mellan de boende och olika samhällsfunktioner.

Regeringen har anvisat särskilda medel för samordnad boendeservice. Ca 100 milj. kr. finns avsatta under femårsperioden 1985–1990. Senast under år 1990 skall boendeservicedelegationen sammanställa och redovisa erfarenheterna från det lokala utvecklingsarbetet.

Boendeservicedelegationen bereder ansökningar om medel till lokala utvecklingsarbeten som syftar till att utveckla en samordnad boendeservice. Genom ett fördjupat samarbete med olika kommunala förvaltningar, landstingets hälso- och sjukvård, bostadsföretag, föreningslivet, näringslivet m.fl. prövas nya samverkansformer för att förbättra servicen och förstärka tryggheten och gemenskapen bland de boende. Åtgärderna utgår från gemensamma behov och intressen bland de boende och skall förbättra möjligheterna för äldre och handikappade att bo i ordinära bostäder. Hittills har ett 40-tal lokala utvecklingsarbeten beviljats bidrag på sammanlagt ca 46 milj. kr.

Jag delar den bedömning HSB och Göteborgs kommun redovisat i sina remissvar nämligen att en utvecklad boendeservice bör kunna avlasta den sociala hemtjänsten uppgifter av ren servicekaraktär. Förutsättningarna för en sådan utveckling varierar dock avsevärt mellan olika orter och stadsdelar.

Det finns emellertid anledning att uppmärksamma de förhållanden som Handikappförbundens Centralkommitté och Synskadades riksförbund tar upp i sina remissvar, nämligen att den enskildes rätt att få sina grundläggande behov tillgodosedda finns reglerad i socialtjänstlagen och att denna rätt är förenad med en möjlighet att överklaga beslut om bistånd. En utveckling där en allt större del av den sociala servicen organiseras i andra former och i samverkan med andra huvudmän kan medföra problem ur den enskildes synpunkt. Enligt min mening måste samverkan på detta område utformas så att den enskildes rättigheter enligt socialtjänstlagen inte begränsas.

Det är min bedömning att ett aktivt områdesvis bedrivet arbete för att förbättra boendemiljö, service och de sociala kontakterna mellan människor i betydande grad kan senarelägga behoven av service från den sociala hemtjänsten. Därigenom kan de resurser som finns till förfogande i högre grad än nu användas till omvårdnadsuppgifter bland människor som har omfattande behov av service och vård. Enligt min mening bör det vara kommunens uppgift att lämna den service och vård som dessa människor behöver. De uppgifter det här är fråga om berör ofta förhållanden av personlig karaktär och kräver ett sammanhållet ansvar från en arbetsorganisation som har tillgång till för uppgiften yrkeskunnig personal. Däremot bör även andra intressenter ges möjlighet att utföra sådana tjänster som inte är av omvårdnadskaraktär när detta kan ske utan olägenhet för den enskilde. De senaste årens utveckling visar också att stora fördelar står att vinna genom en bred samverkan mellan berörda människor, serviceproducenter, bostadsföretag, kommunala och landstingskommunala förvaltningar, föreningsliv och näringslivet på orten.

8 Särskilda boende- och vårdformer för äldre

8.1 Allmänt om den fortsatta utvecklingen av särskilda boende- och vårdformer

Mitt förslag: Den enskildes valfrihet bör tillgodoses genom ett varierat utbud av särskilda boende- och vårdformer.

Service och vård inom de särskilda boende- och vårdformerna bör utformas efter den enskildes behov och på ett sådant sätt att självbestämmandet och tryggheten främjas.

Målet är att även den som behöver vård och tillsyn skall ha rätt till en fullvärdig bostad. Detta mål bör främjas genom ett utbyggt stöd i ordinärt boende samt genom utveckling av de särskilda boende- och vårdformerna servicebostad, ålderdomshem och gruppboende.

Omvandlingen av anläggningar med låg standard skall ske med stor varsamhet och planeras i samråd med de äldre som berörs. Innan antalet platser reduceras skall goda alternativ finnas tillgängliga.

De anläggningar för långvarig vård som inte kan byggas om i enlighet med målen bör, i avvaktan på att de kan utnyttjas för annat ändamål eller avvecklas, ändras så att vårdmiljön blir mer hemlik-

De särskilda boende- och vårdformerna bör, inom ramen för gällande bestämmelser, utformas och dimensioneras efter bedömningar av behoven på lokal nivå.

Den enskilde bör ges möjlighet att flytta till särskilda boende- och vårdformer i en annan kommun eller ett annat landsting än det egna. Detta bör i första hand åstadkommas genom överenskommelser mellan huvudmännen.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer med mitt förslag.

Remissinstanserna: Remissinstanserna instämmer i huvudsak i äldreberedningens bedömning.

Skälen för mitt förslag

Nuvarande situation m.m.

Av socialstyrelsens rapport Att bo på institution framgår att ca 128 000 personer vistas på institution (november 1985). Av dessa är den övervägande delen eller närmare 109 000 i åldrarna 65 år och däröver.

I åldrarna 85-89 år bor var tredje kvinna och var fjärde man på institution och i åldrarna 90 år och däröver är motsvarande andel drygt varannan kvinna och 45 % av männen. Inom den somatiska långtidssjukvården är kvinnor överrepresenterade i förhållande till deras andel i befolkningen.

De personer som vårdas på institution har i allmänhet omfattande funktionsnedsättningar. Av socialstyrelsens rapport framgår följande.

Var tredje person som vårdas på institution är rullstolsburen och drygt hälften behöver hjälp vid sänggående. Endast 4 % av dem som vistas på institution är helt sängliggande. Inom den somatiska långtidssjukvården är andelen som är rullstolsburna resp. behöver hjälp vid sänggående 62 resp. 89 % och andelen sängliggande är 7 %. Inom långtidssjukvården har ungefär var tredje vårdad även åldersbetingade psykiska sjukdomar.

Av socialstyrelsens rapport framgår även hur den inre miljön är utformad på anläggningar inom olika vårdformer. Av dem som vårdas på institution inom den somatiska långtidssjukvården, den psykiatriska vården, inom omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda samt vid ålderdomshemmen har 56 % eget rum och 57 % vårdas i rum med egen toalett. Vidare har 38 % nyckel till sitt eget rum och 54 % har egna möbler.

Jämfört med förhållandena på sjukvårdens institutioner och institutionerna inom omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda är den inre miljöns utformning på ålderdomshemmen bättre. Vid ålderdomshemmen har 91 % av de boende eget rum och 89 % egen toalett och nästan samtliga har nyckel till sitt rum samt egna möbler. Ålderdomshemmen uppnår emellertid för närvarande inte standarden i ordinärt boende eller servicebostäder.

Inom den somatiska långtidssjukvården har 27 % av de vårdade eget rum, 30 % egen toalett, medan 7 % har egen nyckel till sitt vårdrum och 12 % egna möbler.

Socialstyrelsens rapport visar vidare att möjligheterna för personer som bor eller vårdas på institution att själva bestämma över sin tillvaro begränsas på olika sätt. Vid närmare nio av tio institutioner serveras måltider endast vid

fasta tidpunkter. Även möjligheten att själv välja när man vill duscha, bada eller gå till sängs begränsas av regler och rutiner.

Möjligheterna att själv välja tidpunkt för måltider skiljer sig inte i någon betydande omfattning åt mellan olika former av institutioner. Begränsningarna i de övriga avseendena är dock särskilt framträdande inom den somatiska långtidssjukvården och inom den psykiatriska vården.

År 1987 fanns ca 52 000 platser inom den somatiska långtidssjukvården, ca 47 000 vid ålderdomshem och ca 18 700 inom den psykiatriska vården. Av platserna inom den psykiatriska vården används drygt hälften för vård av äldre personer. Härutöver bor ett drygt tusental äldre utvecklingsstörda på vårdhem inom omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda. Drygt 40 % av vårdplatserna inom den somatiska långtidssjukvården finns på lokala sjukhem och ca 30 % vardera på långvårdskliniker och långvårdssjukhus resp. centrala sjukhem.

I statskontorets KRON-projekt har äldreomsorgen i de nordiska länderna jämförts. Av denna jämförelse framgår att 12 % av de äldre i Finland och knappt 8 % av de äldre i Danmark vistas på institution. Motsvarande andel för Sverige är knappt 9 % och i Norge 9 %.

Enligt landstingens ekonomiska långtidsplanering har landstingskommunerna för avsikt att mellan åren 1988 och 1990 minska antalet platser inom den somatiska långtidssjukvården med 600 platser per år. Även inom den psykiatriska institutionsvården beräknas en minskning av vårdplatser ske under dessa år med 600 platser per år.

Socialstyrelsens kartläggning av boendet för äldre, handikappade och långtidssjuka visar att kommunerna planerar att minska antalet platser på ålderdomshem med ca 3 000 per år under åren 1988 och 1989. Av dessa planeras 70 % att helt eller delvis byggas om. För samma tid planeras byggande av 4 600 servicebostäder och ca 750 bostäder i gruppboende per år. Det betyder att ökningen av antalet servicebostäder mer än väl uppväger minskningen av platserna inom långtidssjukvården, den psykiatriska vården och ålderdomshemmen.

Allmänna överväganden

Med särskilda boende- och vårdformer för äldre menar jag alla de olika typer av särskilda bostäder och anläggningar där äldre, som inte längre vill eller kan bo i ordinärt boende, bor eller vårdas. Här ingår således både servicebostäder, ålderdomshem, gruppboenden, lokala sjukhem och andra sjukvårdsinrättningar för långvarig vård samt övriga bostäder och anläggningar i primärkommunens, landstingskommunens eller annans regi. Med servicebostad menar jag servicehus, servicelägenheter och liknande boendeformer.

Riksdagen godkände år 1985 de mål och synsätt inom bostadspolitiken som förordades i propositionen 1984/85:142 om boendeförhållandena för gamla, handikappade och långvarigt sjuka. Ett av dessa mål är att alla människor oberoende av behovet av stöd, hjälp och vård skall ha rätt till en bostad med god tillgänglighet och god utrymmes- och utrustningsstandard i en miljö som ger förutsättningar för ett aktivt deltagande i samhällslivet. Ett annat mål är att de som behöver stöd och hjälp i sin dagliga livsföring eller

som mer än tillfälligt behöver medicinsk eller annan vård skall ha rätt att få sådan hjälp i bostaden.

Under de två senaste åren har en stegvis förändring skett av inriktningen av huvudmännens planerings- och utvecklingsarbete. Utbyggnadstakten inom den somatiska långtidssjukvården har gått ned samtidigt som byggandet av andra boende- och vårdformer har ökat. Utvärderingar av en utvecklad hemtjänst och hemsjukvård har i flera län visat att många människor som behöver relativt omfattande service och vård föredrar att bo i egen bostad och få service och vård där. Det har också visat sig att möjligheterna att ge omfattande hjälp förbättras då boendemiljön är anpassad till den enskildes behov.

Jag ser det som positivt att nya särskilda boende- och vårdformer har etablerats som ger den enskilde möjlighet att både få omfattande service och vård och en god boendemiljö. På flera orter i landet har sådana alternativ etablerats i samarbete mellan kommuner och landsting. Det är även tillfredsställande att gruppboendet visat sig vara ett bra alternativ för människor med åldersdement beteende.

Härutöver har många kommuner och landsting utvecklat sin verksamhet inom de nuvarande särskilda boende- och vårdformerna för att dessa i högre grad skall leva upp till de målsättningar riksdagen angett. Det handlar om förändringar såväl av vårdens innehåll och uppläggning som i den fysiska miljöns utformning.

Även i framtiden kommer de särskilda boende- och vårdformerna att fylla en väsentlig funktion inom äldreomsorgen. När den enskilde inte längre kan eller vill bo kvar i ordinärt boende bör hon ha möjlighet att välja det boende och den vård hon anser sig ha behov av. För att den enskilde skall kunna ha denna valfrihet krävs ett varierat utbud av särskilda boende- och vårdformer. Den enskilde bör också ges möjlighet att flytta till särskilda boende- och vårdformer i en annan kommun eller annat landsting än det egna.

Många av de nuvarande särskilda boende- och vårdformerna behöver utvecklas när det gäller innehållet i servicen och vården. Även den fysiska miljön bör på många håll förbättras.

Inriktning av service och vård i de särskilda boende- och vårdformerna

Jag delar äldreberedningens bedömning att service och vård i särskilda boende- och vårdformer bör utformas efter den enskildes behov och på ett sådant sätt att självbestämmandet och tryggheten förstärks. Service och vård skall formas med utgångspunkt i den enskildes egna förutsättningar, behov och önskemål. Det är enligt min mening angeläget att de särskilda boende- och vårdformerna utformas så att äldre människor kan känna sig trygga och säkra där.

God service och vård till äldre karaktäriseras bl.a. av att de kan bestämma över sina egna liv och behålla sina tidigare vanor och intressen. Behovet av service och vård bör tillgodoses på det sätt som den enskilde själv vill. I första hand bör insatserna syfta till att ge stöd och stimulans åt den enskildes egna initiativ och egen förmåga.

En sådan inriktning innebär att den äldre människan själv skall kunna

bestämma hur hon vill disponera sin dag – när hon vill stiga upp, äta, sköta olika sysslor och gå till sängs. Det är viktigt att personalen är lyhörd för varje individs önskemål och söker skapa en trivsam och trygg atmosfär.

Den enskilde skall även så långt möjligt engageras i sin egen vård. Till detta hör att sköta sin egen medicinering och att vara väl informerad om sitt hälsotillstånd och den behandling som ges av personalen.

För att undvika att äldre invandrare med annorlunda kulturell bakgrund och otillräckliga kunskaper i svenska språket isoleras är det ofta angeläget att personalen har kulturkompetens och är tvåspråkig eller att det finns tillgång till tolkar.

En flexibel och kompetent personalinsats behövs i de fall en person i livets slutskede vårdas på annan plats än en sjukvårdsinrättning. Däri ingår en god smärtlindring och en väl fungerande omvårdnad och medicinsk vård i övrigt.

De särskilda boende- och vårdformerna bör utformas så att även äldre människor med psykiska funktionsnedsättningar såsom åldersdemens kan få en god omvårdnad. Detta ställer speciella krav på boendemiljön och på personalinsatserna. Behovet av rätt avvägd stimulans, gemenskap och tillsyn blir särskilt framträdande. Enligt min mening har gruppboendet i dessa fall goda förutsättningar att uppfylla de kvalitetskrav som bör ställas.

De särskilda boende- och vårdformerna för äldre karaktäriseras av att de boende där kan få service, vård och tillsyn efter behov dygnet runt, varvid även omfattande behov kan tillgodoses. Den enskilde bör inte behöva flytta från en sådan bostad eller anläggning på grund av att behoven av omvårdnad eller tillsyn blivit omfattande. Målet bör vara att den enskilde skall kunna bo kvar i bostaden till livets slut. Äldreomsorgens resurser bör på sikt utformas så att äldre människor inte skall behöva flytta flera gånger de sista åren av sitt liv.

Den fysiska miljöns utformning

Målet är att även den som behöver långvarig vård och tillsyn skall ha rätt till en egen fullvärdig bostad. De anläggningar för långvarig vård som inte kan byggas om i enlighet med målen bör, i avvaktan på att de ersätts med bättre alternativ, ändras så att vårdmiljön blir mer hemlik.

Jag har tidigare redovisat socialstyrelsens inventering av förhållandena inom olika former av institutioner. Av denna framgår att det fortfarande finns avsevärda brister när det gäller möjligheterna för människor som vistas på institution att få en god vård om kravet på självständighet och integritet samtidigt skall beaktas. Bristerna finns såväl i den fysiska miljön som i hur vården och de dagliga aktiviteterna utformas.

En avsevärd del av dagens institutionsvård uppfyller inte de krav som bör ställas på särskilda boende- och vårdformer för äldre. De målsättningar och den inriktning jag förordat för äldreomsorgen förutsätter en stegvis utveckling av resurserna inom äldreomsorgen. Lokala bedömningar måste ligga till grund för avgörandena om nuvarande anläggningar kan omvandlas för att fylla framtidens krav eller om andra boende- och vårdformer behöver utvecklas.

Stödet i ordinärt boende och utbyggnaden av särskilda boende- och

vårdformer i första hand avlasta långvarig vård inom somatisk långtidssjukvård och den psykiatriska vården. Det är här bristerna i allmänhet är störst.

Den enskildes behov av en väl fungerande boendemiljö blir mer påtaglig när funktionsnedsättningar av olika slag gör sig gällande. För boende, personal och närstående är det angeläget att de särskilda boende- och vårdformerna ges en sådan utformning att det kan bli fråga om ett självständigt boende, som samtidigt möjliggör en god omvårdnad. Målet bör därvid vara att de utformas så att de uppfyller kraven på ett fullvärdigt boende enligt bestämmelser i nybyggnadslåneförordningen (1986:692) för bostäder.

För ålderdomshemmen gäller särskilda regler och riksdagsbeslut. Riksdagen uttalade år 1987 (BoU 1986/87:15, rskr. 251) angående lån till ombyggnad av ålderdomshem att bostadslån bör utgå när bostaden efter ombyggnaden består av minst ett rum, hygienutrymme och kokskåp. Den enskilde skall också ha eget hyreskontrakt på sin bostad. Om inte byggtekniska hinder föreligger för detta skall bostaden även ha ett eget entréutrymme. Det framhölls vidare i detta sammanhang att bostaden skall vara så utformad att en person som är rullstolsburen eller på annat sätt handikappad skall kunna bo där. Vidare förutsattes att ett antal boende delar på vissa gemensamma utrymmen.

Riksdagens bostadsutskott föreslår i sitt betänkande 1987/88:12 att bostadslån även skall utgå till nybyggnad av ålderdomshem, i huvudsak enligt de regler som nu gäller för ombyggnad. Lägenheterna bör kompletteras med gemensamma utrymmen för matlagning, måltider och umgänge. Det finns dock enligt utskottet inte skäl att medge att entréutrymmen inte skall finnas när det är fråga om nybyggnad.

En betydande del av de anläggningar som i dag används för långvarig vård av äldre kan av tekniska eller ekonomiska skäl inte byggas om till en rimlig boendestandard. Det gäller särskilt de långvårdssjukhus och centrala sjukhem som finns inom den somatiska långtidssjukvården. I avvaktan på att dessa anläggningar successivt ersätts bör förbättringar göras så att miljön blir mer hemlik.

Dimensionering av de särskilda boende- och vårdformerna

De särskilda boende- och vårdformerna bör, inom ramen för gällande bestämmelser, utformas och dimensioneras efter bedömningar av behoven på lokal nivå.

Behovet av särskilda boende- och vårdformer för äldre skiftar i landet. Geografiska förutsättningar, befolkningens hälsoförhållanden och de äldres bostadsstandard är exempel på förhållanden som utöver utbyggnaden av öppenvårdsresurserna har betydelse för dimensioneringen. Det finns enligt min mening inte anledning att från statsmakternas sida ange riktlinjer för dimensionering av olika slag av särskilda boende- och vårdformer för äldre. Det bör ankomma på huvudmännen för socialtjänsten resp. hälso- och sjukvården att tillsammans och utifrån lokala förutsättningar avgöra vilka resurser som behövs för att tillgodose behoven. Som jag nyss nämnt bör härvid förutsättningarna för att utveckla befintliga särskilda boende- och

vårdformer särskilt beaktas. Bedömningarna av behoven bör bli en del av den samordnade planering av äldreomsorgen som jag föreslår längre fram.

Jag delar äldreberedningens bedömning att utvecklingen går dithän att en allt större andel av de äldre i framtiden kommer att vilja bo i ordinära bostäder och där få den service och vård de behöver. Genom att utveckla stödet i det egna boendet bör andelen äldre i behov av service och stöd, som inte längre kan bo kvar hemma, också kunna fortsätta att minska. Mycket talar emellertid för att behovet av särskilda boende- och vårdformer för äldre kommer att öka, på grund av ökningen av antalet äldre över 80 år.

Varsam omställning

Enligt min bedömning måste förändringen av de anläggningar, som är i behov av förbättrad standard ske varsamt och planeras i samråd med de äldre själva. Innan antalet platser minskas måste goda alternativ finnas tillgängliga.

Även om den aktuella anläggningen enligt gängse bedömningar är omodern och inte svarar mot de krav som måste ställas på framtidens boende för äldre, kan vården där för den enskilde ändå framstå som tryggheten i tillvaron. Jag vill därför understryka vikten av att huvudmännen i sin planering noga beaktar de äldres egna önskemål och iakttar stor varsamhet vid förändringar inom befintliga inrättningar.

8.2 Servicebostäder, ålderdomshem och gruppboende

Min bedömning: Servicebostäder, ålderdomshem och gruppboende bör vara ordnade så att den enskilde kan få service och vård efter behov. Målet bör vara att servicen och vården inte begränsas i omfattningen eller görs beroende av tidpunkten på dygnet.

Service- och vårdinsatserna bör utformas så att de som så önskar bör få möjlighet att bo kvar till livets slut.

Servicebostäder, ålderdomshem och gruppboende samt lokala sjukhem bör successivt ersätta långvarig vård inom länssjukvården.

Gruppboende bör finnas som alternativ vid vården av personer med psykiska funktionsnedsättningar, framför allt demenssjukdomar.

Socialstyrelsen och bostadsstyrelsen bör få i uppdrag att gemensamt utvärdera gruppboendets innehåll och utformning.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser som yttrar sig i frågan delar beredningens bedömningar. Nästan samtliga instanser som yttrar sig om ålderdomshemmen instämmer i beredningens bedömning att sådana bör finnas kvar men att de måste utvecklas.

Skälen för min bedömning: De särskilda boende- och vårdformer av olika slag som finns i dag har planerats för människor med olika behov. Ålderdomshemmen bebos i dag ofta av mycket gamla människor med förhållandevis stora hjälpbehov, vilket inte var avsikten när de byggdes. Bland de boende är arbetare och framför allt lantbrukare överrepresenterade. Utbyggnaden av servicebostäder har skett under de två senaste decennierna. Avsikten med dessa var ursprungligen att bereda en god boendestandard för äldre som inte hade så stora behov av service och vård. En förändring har under senare år successivt skett mot ökat hjälpbehov bland servicebostädernas hyresgäster. Tjänstemannagrupperna är överrepresenterade i servicebostäderna. Gruppboendet har – i den del det riktar sig till äldre människor – nästan uteslutande kommit att omfatta personer med åldersdement beteende.

Vid övervägandena om den framtida utvecklingen för de olika särskilda boende- och vårdformerna finns det anledning att beakta denna utveckling. Både ålderdomshem och servicebostäder har efter hand använts för att ge mer omfattande omvårdnad än man från början avsett.

Förutsättningarna att utveckla ett varierat utbud av särskilda boende- och vårdformer skiftar. De boende- och vårdformer som redan finns i ett geografiskt område bör utgöra utgångspunkt för övervägandena om hur de framtida behoven skall täckas. Även de lokala sjukhemmen bör beaktas i sammanhanget.

Vid planering av de särskilda boende- och vårdformerna finns det anledning att särskilt beakta behoven bland människor med annan etnisk bakgrund. I framför allt de större kommunerna kan dessa komma att utgöra relativt stora grupper i framtiden. I vissa fall kan det finnas skäl att ordna särskilda boende- och vårdformer, där människor kan känna samhörighet med andra med samma bakgrund och språk samt få hjälp och stöd av kulturkompetent och tvåspråkig personal. I många fall är emellertid antalet äldre med en viss etnisk bakgrund litet i en enskild kommun. Gruppboende med sin betoning av den lilla enheten kan då vara ett bra alternativ, men det kan också finnas skäl att ge den enskilde möjlighet att flytta till annan kommun där bostäder med den utformning jag nämnt kan anordnas. Även andra gruppers särskilda behov måste beaktas i planeringen. Exempelvis bör döva äldre människor självklart kunna flytta till särskilda bostäder där de har möjligheter att kommunicera med andra.

Jag ansluter mig till äldreberedningens överväganden i fråga om ålderdomshemmens fortsatta utveckling. Jag noterar att nästan samtliga remissinstanser delar beredningens bedömning att den boendeform som ålderdomshemmen representerar behövs även i framtiden, men att de hem som har en otillräcklig standard behöver utvecklas.

Som jag tidigare redovisat har ålderdomshemmen i förhållande till sjukvårdens institutioner en god utrymmesstandard vad gäller det privata utrymmet. Vid en jämförelse med servicebostäderna och det allmänna bostadsbeståndet är däremot både utrymmes- och utrustningsstandarden låg. Jag vill därför betona att ålderdomshemmen efter hand bör rustas upp för att motsvara rimliga krav på boendestandard.

Genom de förändringar i bostadslåneförfattningarna, som riksdagens

bostadsutskott nyligen uttalat sig för, öppnas möjligheter för primärkommunerna att bygga nya ålderdomshem med statliga räntebidrag. Även utformningen av statsbidraget till den sociala hemhjälpen har nyligen övervägts i riksdagens socialutskott. Socialutskottet (SoU 1987/88:15) har bl.a. yttrat att statsbidrag bör utgå med 34 000 per årsarbetare bland personal som utför omvårdnadsuppgifter inom såväl hemtjänsten som ålderdomshemmen. Det innebär att det inte föreligger något hinder för att statsbidrag skall kunna utgå även när den enskildes avgifter erläggs enligt det s.k. helinackorderingssystemet. Om riksdagen beslutar i enlighet med utskottens hemställan skapas goda förutsättningar för lokala överväganden om vilken typ av särskilda boende- och vårdformer som skall finnas i resp. kommun. Enligt min mening är det dock betydelsefullt att den minimistandard som angetts för att kommunen skall erhålla räntebidrag inte kommer att uppfattas som en rekommenderad standardnivå. Lokala överväganden måste ligga till grund för hur boendet för äldre skall utformas. Härvid är det angeläget att samråd sker med de äldre som berörs och de organisationer som företräder äldre.

Med den utveckling jag förordar kommer gruppboendet att få stor betydelse för framför allt åldersdementa och jag ser det som mycket angeläget att gruppboendet fortsätter att byggas ut. De planer huvudmännen har för de kommande åren visar också en kraftig ökning av antalet enheter med gruppboende. Det finns dock anledning framhålla att ambitionen bör vara att vid nyproduktion och ombyggnad av bostäder till gruppboende dessa skall ges en sådan utformning att den boende kan bo kvar där även om fysiska funktionsnedsättningar uppkommer.

Äldre människor med åldersdemens blir ofta kvar på sjukvårdens institutioner i brist på lämpliga alternativa boende- och vårdformer. En utflyttning kan också för vissa bli alltför påfrestande. Inom flera institutioner har små enheter av gruppboendekaraktär för åldersdementa anordnats. I avvaktan på mer långsiktiga lösningar är det positivt att sådana initiativ tas.

Gruppboende är en relativt ny företeelse och erfarenheterna av denna boendeform är begränsade. Enligt min mening är det därför angeläget att en noggrann uppföljning och systematisk utvärdering görs för att vinna större kunskap om hur ett gruppboende bör vara utformat och om olika målgruppers skilda behov i detta avseende. Jag har därför för avsikt att inom kort föreslå regeringen att uppdra åt socialstyrelsen och bostadsstyrelsen att gemensamt följa upp denna fråga.

8.3 Somatisk långtidssjukvård

Min bedömning: De långvårdsmedicinska klinikerna inom länssjukvården bör vidareutvecklas och inriktas mot kvalificerad geriatrisk rehabilitering, diagnostisering, konsultation, undervisning och utvecklingsarbete.

Genom utbyggnad av vård på lokal nivå inom socialtjänsten och primärvården bör omvårdnadsavdelningar inom långvårdsklinikerna och centrala sjukhem inom länssjukvården stegvis kunna ersättas med vård som är bättre anpassad till den enskildes behov.

De lokala sjukhemmen bör successivt utvecklas till att erbjuda omfattande vård med bevarad integritet och självbestämmande för den enskilde. De lokala sjukhemmen bör även kunna erbjuda växelvård och avlösning för närstående som vårdar äldre.

I sjukvårdsanläggningar där ekonomiska eller byggnadstekniska förutsättningar att bygga om anläggningen så att den fyller moderna krav saknas, bör miljöförbättringar ändå kunna göras för att åstadkomma en hemlik miljö.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer i huvudsak med min bedömning. I fråga om de lokala sjukhemmen menar dock beredningen att dessa huvudsakligen skall vara en resurs för de lokala rehabiliteringsinsatserna, erbjuda växelvård, avlastning och vård i livets slutskede.

Remissinstanserna: De remissinstanser som yttrar sig om långvårdskliniker-nas och de centrala sjukhemmens utveckling delar beredningens bedömningar. Majoriteten bland instanserna menar dock att de lokala sjukhemmen måste inriktas mot att åtminstone delvis svara för långvarig vård av personer som har mycket stora hjälpbehov. Flera remissinstanser menar att beredningens målsättning för långtidssjukvårdens förändring måste genomföras på lång sikt och mycket varsamt.

Skälen för min bedömning

Allmänt om långtidssjukvårdens inriktning

Den svenska långtidssjukvården har byggts ut kraftigt under 1960- och 1970-talen. Under 1980-talet har utbyggnadstakten dämpats samtidigt som alternativa former för vård av människor med omfattande hjälpbehov vuxit fram och vunnit erkännande. För närvarande planerar sjukvårdshuvudmännen en viss minskning av platserna inom långtidssjukvården.

Det finns i dag stora brister i miljön och vårdinnehållet för flertalet patienter vid långvårdskliniker och sjukhem. Miljön är oftast starkt sjukhuspräglad vilket medför att arbetsrutiner och organisation kan vara svåra att anpassa till den enskildes dygnsrytm och önskemål om ett varierat dagsinnehåll. Även om man på flera håll ägnat stor uppmärksamhet åt arbetet med att förändra institutionernas inre liv, har det varit svårt att bryta invanda rutiner och arbetssätt.

Den danska äldreomsorgen har plejehjem som motsvarar vår långtidssjukvård på lokal nivå, dvs. de lokala sjukhemmen samt delvis även ålderdomshemmen. Plejehjemmen har byggts upp inom ramen för socialtjänsten och har en mer social verksamhetsinriktning än den svenska långtidssjukvården. Statskontoret konstaterar i sin s.k. KRON-studie att de danska plejehjemmen har högre kvalitet i vård- och boendemiljö än motsvarande svenska inrättningar, trots att de kostar mindre att driva än de svenska sjukhemmen. Dessa skillnader beror, enligt statskontoret, på att plejehjemmen utformats utifrån ett socialt tänkesätt. Genom att endast en vårdnivå finns för långvarig vård i Danmark uppkommer vidare inte heller behov av flyttning så som är fallet i Sverige. Av allt att döma har inte heller de danska plejehjemmen

mindre möjligheter att ge omfattande vård än den svenska långtidssjukvården. Andelen bland de äldre som finns inom akutsjukvården är densamma i de båda länderna.

Det finns enligt min mening skäl att beakta erfarenheterna från den danska äldreomsorgen vid den fortsatta utvecklingen av svensk äldreomsorg.

Jag har tidigare redovisat min allmänna syn på inriktningen av de särskilda boende- och vårdformerna. Den somatiska långtidssjukvården har en central betydelse i den utveckling av äldreomsorgen som jag förordar.

Enligt min bedömning behöver den somatiska långtidssjukvårdens resurser utvecklas på olika sätt. Jag vill först något redogöra för min syn på långvårdsklinikernas utveckling.

Långvårdsklinikerna

Vid många långvårdskliniker pågår sedan länge ett utvecklingsarbete för att renodla verksamheten i syfte att, i samarbete med övriga medicinska specialiteter, kunna erbjuda äldre människor kvalificerad och effektiv medicinsk utredning, behandling och rehabilitering. Detta arbete har visat sig vara framgångsrikt. Enligt min bedömning bör arbetet med att utveckla långvårdsklinikerna till geriatriska rehabiliteringskliniker intensifieras. Jag delar således äldreberedningens mening att klinikerna bör vidareutvecklas mot en stark betoning av rehabilitering, diagnostisering, konsultation, undervisning och utvecklingsarbete inom geriatrik. Klinikernas platser bör på sikt framför allt utnyttjas för vård av patienter med behov av omfattande rehabiliteringsinsatser. Huvuduppgiften för klinikerna skall vara att, efter medicinsk utredning och behandling i samarbete med andra specialiteter, bedöma rehabiliteringsbehov och inleda träning efter sjukdom eller skada som medfört betydande funktionsnedsättning. Genom ett utvecklat samarbete med de kliniker som behandlar patienten i det akuta sjukdomsskedet, kan detta ske på ett tidigt stadium. För att inte den enskildes funktionsförmåga skall försämras är det viktigt att långvårdskliniken kan ta emot den enskilde från akutkliniken utan dröjsmål.

En verksamhetsinriktning av det här slaget förutsätter en hög genomströmning av patienter, vilket kräver nära samspel med länssjukvårdens övriga kliniker samt med primärvården och socialtjänsten.

Jag har tidigare förordat att rehabiliteringsinslagen inom primärvården utvecklas för att förbättra möjligheterna att bedriva ett funktionsstärkande arbete även i ordinärt boende samt i de särskilda boende- och vårdformerna. Den geriatriska rehabiliteringskliniken får därmed en viktig stödjande funktion i förhållande till primärvårdens och socialtjänstens personal.

Jag anser i likhet med vad socialstyrelsen anfört i sitt remissvar på äldreberedningens betänkande att det är nödvändigt att mer ingående definiera den geriatriska rehabiliteringens innehåll och syfte inom länssjukvården och inom primärvården. Jag noterar med tillfredsställelse att socialstyrelsen i sitt arbete med handlingsprogrammet Eget boende och framtidens institutionsvård redan tagit sig an denna uppgift.

De resurser som i dag finns för långvarig vård inom länssjukvårdens långtidssjukvård bör enligt min mening successivt ersättas med lokala vårdresurser inom socialtjänsten. Förutsättningarna för denna förändring är skiftande. Genom utbyggnaden av lokala sjukhem har flertalet av landets primärvårdsområden redan till betydande del avlastat de centrala resurserna för långvarig vård. Fortfarande saknar dock mer än vart tredje primärvårdsområde lokalt sjukhem. Det är främst i storstadsområdena och i kommuner med läns- eller länsdelssjukhus, som sjukvårdshuvudmännen till stor del fortfarande förlitar sig på långtidssjukvård i stora sjukhusanläggningar. Det bör ankomma på huvudmännen att gemensamt bedöma i vilken takt och på vilket sätt den långvariga vården inom länssjukvården skall ersättas med bättre service, vård och boende på lokal nivå.

Jag vill framhålla att denna omställning måste ske i samråd med berörda äldre personer och deras närstående.

Lokala sjukhem

Remissinstanserna är delade i fråga om synen på de lokala sjukhemmens roll i framtidens äldreomsorg. Några remissinstanser, bland annat Tjänstemännens Centralorganisation och Landsorganisationen, stöder beredningens uppfattning att sjukhemmen huvudsakligen skall erbjuda växelvård, avlösning av närstående och vård i livets slutskede. Majoriteten av instanserna, däribland flera landsting och kommuner, menar dock att de lokala sjukhemmen måste inriktas mot att även i framtiden huvudsakligen svara för långvarig vård av personer med omfattande hjälpbehov.

För de äldre människor som inte vill eller kan bo kvar i ordinärt boende bör flera olika alternativa särskilda boende- och vårdformer erbjudas, där en god boendemiljö kombineras med omfattande service- och vårdinsatser. De lokala sjukhemmen bör vara ett sådant alternativ.

Jag delar således den mening som majoriteten av remissinstanserna framför, nämligen att de lokala sjukhemmens resurser även i framtiden till övervägande del bör erbjudas personer med omfattande service- och vårdbehov under längre tidsperioder. Detta hindrar inte att det lokala sjukhemmets resurser, liksom vissa andra särskilda boende- och vårdformer, även måste kunna användas för växelvård, avlösning av närstående och för perioder av rehabilitering. Jag förutsätter att huvudmännen planerar sin verksamhet så att sådana möjligheter kan erbjudas på de anläggningar som är mest lämpade för detta. Enligt min mening bör inte rehabiliteringsfunktionen knytas till någon särskild form av boende, utan i stället bygga på en personalresurs som kan sättas in där den behövs, oberoende av var den som behöver insatserna bor.

På många håll har ansträngningar gjorts för att utforma vården på ett sådant sätt att den enskildes önskemål sätts i förgrunden. Hit hör möjligheterna att stiga upp när man vill, att kunna välja vad och när man vill äta, när man vill duscha eller bada, när man vill gå till sängs etc. Både fortbildning och medveten arbetsledning kan här vara medel för att åstadkomma att den enskilde individens egna resurser i högre grad beaktas. Jag ser det som

mycket angeläget att den vård som bedrivs på de lokala sjukhemmen fortsätter att utvecklas i en sådan riktning. Den enskildes egna resurser och möjligheter att själv bestämma och påverka det dagliga livets utformning bör stärkas. Även om den enskilde har stora funktionsnedsättningar finns alltid friska sidor hos varje person och dessa måste understödjas och stimuleras.

Den inriktning jag här förordar talar för att kommunerna övertar huvudmannaskapet för de lokala sjukhemmen, så att dessa kan integreras i en samlad lokal organisation för äldreomsorgen. Jag vill här hänvisa till det jag i avsnitt 6 anfört i denna fråga.

För att god vård skall kunna ges med bevarad integritet och självbestämmande för den enskilde måste boendemiljön på de lokala sjukhemmen utvecklas. Förutsättningarna för detta är skiftande. De moderna sjukhem som tillkommit under 1980-talet är ofta utformade så att de har en hemliknande miljö med en stor andel enkelrum, goda hygienutrymmen samt trivsamma gemensamma utrymmen.

De hem som tillkommit tidigare ger i allmänhet sämre förutsättningar för den enskilde att värna sin integritet. Endast var tredje av de boende på lokala sjukhem har eget rum och drygt en tredjedel bor i rum där fler än tre personer vårdas.

Enligt min mening bör sjukhem med tekniska och ekonomiska förutsättningar på sikt rustas upp. Huvudmannen bör överväga de kostnader som är förknippade med ombyggnaden och väga dessa mot de fördelar som kan uppnås. De tekniska och ekonomiska förutsättningarna blir avgörande för hur omfattande ombyggnad som kan genomföras.

Jag tvingas dock tyvärr konstatera att många äldre under många år framöver, trots våra ambitioner att förbättra och utveckla boendemiljön, kommer att behöva vistas i bristfälliga anläggningar. I de fall en ombyggnad inte kan anses motiverad måste därför, i avvaktan på att hemmet kan ersättas med bättre alternativ, andra åtgärder vidtas för att främja en bättre miljö. Erfarenheter visar att avsevärda förbättringar kan göras genom smärre miljöförändringar av befintliga lokaler.

De långsiktiga strävanden som jag redovisat får således inte förhindra förbättringar som kan göras i befintliga anläggningar. Det bör enligt min mening vara möjligt att göra avsevärda förändringar såväl i vårdens innehåll och uppläggning som i vårdmiljön även om det inte är möjligt att bygga om sjukhemmet.

8.4 Korttidssjukvård

Min bedömning: Äldre människor har samma rätt till en väl utvecklad akutsjukvård som andra människor.

Enligt min mening bör samarbetet mellan olika medicinska specialiteter inom länssjukvården, särskilt långvårds-, medicin-, kirurg- och ortopedklinikerna utvecklas i syfte att undvika långa vårdtider för äldre på sjukhus. Till detta bidrar även en utvecklad samverkan mellan länssjukvården och primärvården resp. socialtjänsten.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: Ett fåtal remissinstanser berör frågan. Flertalet delar beredningens bedömning, men några anser att beredningen i alltför liten grad berört korttidssjukvården.

Skälen för min bedömning: En väl fungerande korttidssjukvård är viktig för hela befolkningen, men är av särskild betydelse för äldre människor. Med stigande ålder ökar risken för sjuklighet och tilltagande funktionsnedsättningar. Det är framför allt de som är 75 år och äldre som drabbas av påtagliga funktionsnedsättningar.

Medelåldern i befolkningen har fortsatt att öka under 1980-talet. År 1985 uppgick den till 73,8 år för män och till 79,7 år för kvinnor. Det finns tecken som tyder på att risken för att en äldre person i en given ålder skall behöva vård är mindre än tidigare. Den s.k. H-70 studien i Göteborg har visat att denna utveckling varit påtaglig för vissa grupper av äldre i de yngre pensionärsåren.

Trots denna minskning av sjukligheten svarar de äldre – på grund av de allra äldstas växande andel i befolkningen – för en allt större andel av antalet vårddagar inom akutsjukvården.

Riksdagen godkände år 1985 de i proposition 1984/85:181 angivna riktlinjerna för hälso- och sjukvårdspolitiken. Därigenom lades grunden för inriktningen av 1990-talets hälso- och sjukvård. Jag finner inte anledning att föreslå en revidering av de bedömningar som låg till grund för detta ställningstagande. Jag vill i det här sammanhanget emellertid göra två markeringar.

Äldre människor har samma rätt som människor i andra åldrar att få god akutsjukvård. Detta kan förefalla som en självklarhet. Det finns dock enligt min mening skäl att med skärpa framhålla denna princip. I en prioriteringssituation får inte människor värderas efter ålder.

En väl fungerande akutsjukvård är viktig för att snabbt kunna göra insatser för att öka funktionsförmågan och minska onödigt lidande bland äldre människor. Om snabba åtgärder tillhandahålls inom akutsjukvården leder detta till att behovet av långvarig vård eller omfattande service till den enskilde minskar. Vid en planering i samverkan mellan kommunen och landstinget finns det därför anledning att noga överväga vilken fördelning av resurserna som skall göras mellan å ena sidan korttidssjukvården och å andra sidan den långvariga vården och stödet i eget boende.

Jag vill här även erinra om att riksdagen, efter förslag från regeringen, anvisat särskilda medel för att minska köerna inom hälso- och sjukvården under år 1987 (prop. 1986/87:114, SoU 37, rskr. 340). En av socialstyrelsen genomförd studie har visat att antalet operationer har ökat kraftigt. Fr.o.m. år 1988 har den särskilda ersättningen till vissa operationer inordnats i den allmänna sjukvårdsersättningen.

På många håll i landet finns ett betydande antal äldre personer som vårdas på medicin-, kirurg- och ortopedkliniker utan att egentligen behöva de resurser som finns där. Flera kliniker i landet har emellertid under lång tid arbetat aktivt för att förbättra samarbetet mellan långvårdsklinik, primärvård och socialtjänst. Vårdtiderna har kunnat förkortas kraftigt genom en

utvecklad vårdplanering som inneburit att förberedelserna för insatserna för den enskilde efter vården på kliniken börjar redan vid intagningen. En viktig orsak till de kortare vårdtiderna är också att en kvalificerad rehabilitering sätts in tidigt efter det akuta sjukdomsskedet.

Den kraftiga ökningen av antalet äldre i de högsta åldrarna åren framöver kommer att ställa stora krav på en effektiv resursanvändning, inte minst inom akutsjukvården.

Äldre människors funktionsförmåga försämras ofta snabbt vid vistelse på sjukhus. Det är därför, enligt min mening, angeläget att planeringen för vad som skall hända efter behandlingen inom akutsjukvården kommer i gång tidigt. Här har långvårdskliniken en viktig funktion.

Spri arbetar för närvarande med ett projekt som syftar till att utveckla erfarenhetsåterföringen mellan olika medicinkliniker. Avsikten är att sprida erfarenheter och goda idéer om hur arbetet med äldre människor på klinikerna kan förbättras. Jag ser positivt på detta arbete. För egen del är jag angelägen att framhålla vikten av en fortsatt utveckling av samverkan mellan länssjukvårdens kliniker, primärvården och socialtjänsten. En fortsatt förkortning av vårdtiderna måste ske med den enskildes bästa för ögonen. Det gäller att på bästa sätt stödja dennes återhämtning och möjligheter att utveckla sin funktionsförmåga. Däremot får det inte gå så långt att människor mot sin vilja skrivs ut från sjukvårdsanläggningar utan att förhållandena i hemmet är ordnade. En sådan missriktad effektiviseringsiver skadar den enskildes förtroende för sjukvården och bidrar inte till dennes tillfrisknande. Avgörande för om det skall vara möjligt att minska antalet medicinskt färdigbehandlade patienter inom akutsjukvården är således dels en gemensam avvägning av resurserna mellan olika delar inom äldreomsorgen, dels ett förtroendefullt samarbete mellan olika kliniker samt mellan länssjukvården , primärvården och övrig lokal service.

Jag har tidigare berört frågan om huvudmannaskapet för de lokala sjukhemmen. En överflyttning av ansvaret till primärkommunerna borde på ett verkningsfullt sätt kunna bidra till den utveckling som jag nu förordat.

8.5 Den psykiatriska vården

Min bedömning: Äldre människor har samma rätt som andra till kvalificerad psykiatrisk vård. Vården bör i första hand ges i öppna former.

Den psykogeriatriska kompetensen behöver utvecklas inom den psykiatriska vårdorganisationen.

Psykiatrins stöd till primärvården och socialtjänsten i form av utbildning, konsultation och handledning bör utvecklas.

Den psykiatriska slutenvården för patienter med åldersdemens bör fortsätta att minska i den takt bättre alternativ kan erbjudas av socialtjänsten eller primärvården.

Den sociala situationen för dem som vårdats under lång tid inom den slutna psykiatriska vården och som skrivits ut till eget boende bör ägnas särskild uppmärksamhet.

Äldre människor inom psykiatrisk vård

På samma sätt som den somatiska sjukligheten tilltar i högre åldrar ökar den psykiska sjukligheten vid stigande ålder. Depression är den vanligaste psykiska störningen bland äldre människor. Med åldrandet ökar också riskerna för psykiska påfrestningar. Förlust av maka eller make, släktingar och vänner är exempel på sådana påfrestningar.

Under år 1983 svarade personer i åldern 65 år och däröver för 18 % av de avslutade vårdtillfällena inom den psykiatriska vården. Ungefär hälften av de personer som en viss dag år 1985 vårdades inom den psykiatriska vården vid sjukhus eller sjukhem var 65 år och äldre. Detta visar att andelen äldre är störst bland de långtidsvårdade. Mellan åren 1979 och 1985 har antalet inneliggande patienter i psykiatrisk vård minskat med nästan 7 000 personer. Det är främst inom diagnosgrupperna schizofreni och åldersdemens som minskningarna har ägt rum.

Åldersdemens innebär en psykisk avtrubbning, främst intellektuellt, men även emotionellt och viljemässigt. Störningen är i huvudsak av två slag, senil demens och multiinfarktdemens. Bedömningen av utbredningen av denna psykiska störning bland äldre skiftar. En undersökning som socialstyrelsen gjort i fyra län visar att i genomsnitt 5,5 % av befolkningen i åldrarna 65 år och över bedömts ha ett åldersdement beteende. Omräknat för hela landet kan det totala antalet åldersdementa beräknas uppgå till drygt 80 000 personer. Det finns dock anledning framhålla att diagnostiseringen av personer med åldersdemens är svår. Det finns andra studier över förekomsten av åldersdemens som visar avsevärt lägre förekomst.

Ca 40 % av de inneliggande i psykiatrisk vård år 1979 vårdades för schizofreni. Flertalet av dessa var äldre. Fram till år 1985 minskade emellertid antalet vårdade med denna diagnos med 3 400 personer. Diagnosgruppen psykiska åldersförändringar motsvarade år 1979 22 % av samtliga inneliggande och minskningen fram till år 1985 var mer än 2 000 personer.

Den minskning av slutenvården inom psykiatrin som skett under senare år har således till stor del gällt äldre människor. De som under lång tid vårdats inom psykiatrin har antingen skrivits ut till den somatiska långtidssjukvårdens lokala sjukhem, ålderdomshem, servicebostäder, eget boende eller avlidit.

Intagningen av personer med åldersdemens på sjukhus inom den psykiatriska vården har minskat. I stället utgör personer med åldersdement beteende en allt större andel bland de vårdade på lokala sjukhem och vid ålderdomshem.

Fortsatt utveckling av psykiatrisk vård

Målet för hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Detta innebär att äldre människor har samma självklara rätt till kvalificerad psykiatrisk vård som andra människor. En allt större del av den psykiatriska vården ges nu i öppna och halvöppna former. Inom de stora f.d. mentalsjukhusen är andelen äldre förhållandevis stor. Jag anser det vara ett framsteg att de äldre nu i

högre grad än tidigare kan ges vård i andra och bättre vårdformer nära hemorten. Det finns dock anledning betona att den sektoriserade psykiatrin måste byggas upp för att tillgodose äldre människors behov av såväl heldygnsvård som vård i öppna eller halvöppna former. Den psykiatriska vårdens omstrukturering har pågått under förhållandevis lång tid och jag anser att det finns skäl att beakta erfarenheterna från denna omställning vid övervägande om förändringar inom andra vårdområden.

Socialstyrelsen har i en rapport Psykiatri i utveckling – mot öppnare vårdformer och ökad samverkan redovisat erfarenheter från omställningen. Socialstyrelsens kartläggning visar att det finns brister i psykiatrins möjligheter att göra hembesök, i utbyggnaden av dagvård och små hem för behandling eller rehabilitering av långtidssjuka samt i möjligheterna att ge fortbildning och konsultation till primärvårdens och socialtjänstens personal. Enligt min mening är det angeläget att den sektoriserade psykiatrins stöd till och samverkan med primärvården och socialtjänsten utvecklas ytterligare för att stärka möjligheterna att ge god vård till äldre människor med psykiska störningar. Det är också viktigt att psykiatrins möjligheter att ge kvalificerad behandling av psykiska sjukdomar bland äldre utvecklas.

Det är glädjande att tre fjärdedelar av samtliga landsting har utvecklat särskilda geropsykiatriska enheter, dvs. särskild verksamhet som avser behandling av äldres psykiska sjukdomar. I storstadsområdena finns emellertid sådana enheter i endast fyra av sju områden. Enligt min mening bör den geropsykiatriska kompetensen byggas ut ytterligare. Takten i och formerna för denna utbyggnad måste avgöras av resp. huvudman.

Det är viktigt att geropsykiatrins stöd till primärvården och socialtjänsten fortsätter att utvecklas. Inte minst viktigt är att kommunens hemtjänst och personalen i de särskilda boende- och vårdformerna på lokal nivå får fortbildningsstöd, möjligheter till konsultation och handledning.

Inom socialtjänsten bör hög prioritet ges utveckling av nya boende- och vårdformer samt dagverksamheter för människor med åldersdement beteende. Takten i denna utveckling avgörs delvis av hur psykiatrins personal förmår stödja personalen inom socialtjänsten och primärvården. Det är min bedömning att heldygnsvården av personer med åldersdement beteende vid psykiatriska kliniker bör kunna fortsätta att ersättas med annan vård. Avgörande för hur snabbt denna förändring kan komma att ske är utbyggnaden av de resurser som på lokal nivå i stället skall ge den nödvändiga vården. Jag vill betona att minskningen av vårdresurserna inom psykiatrin måste föregås av en utbyggnad av goda alternativ. Det är därför angeläget att den planering av insatserna för äldre som jag avser föreslå i det följande sker i samverkan med företrädare för den psykiatriska vården.

Som jag nämnt har många människor som fått sluten psykiatrisk vård under lång tid, främst personer med diagnosen schizofreni, kunnat skrivas ut till ordinärt boende eller någon särskild boende- och vårdform. Flertalet av dessa är äldre personer som inte sällan under flera decennier av sitt liv levt på institution. Det finns än så länge få systematiska undersökningar som visar hur dessa klarar ett liv ute i samhället. Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) har hävdat att många lever i ensamhet och isolering, trots att de som skrivs ut får en egen bostad och visst stöd från den sociala

hemtjänsten. Alltför många av dem saknar ett socialt nätverk trots att de kanske deltar i någon klubbverksamhet eller annan dagverksamhet. Vissa erfarenheter, som socialstyrelsen åberopar i sin rapport, tyder också på att återfallen i en akut psykisk sjukdom ökat då tidigare vårdformer för långtidsvårdade minskats.

För egen del vill jag betona att de iakttagelser jag nu redovisat inte får tas till intäkt för att ändra inriktning när det gäller utskrivning av människor som vårdats långa tider inom psykiatrin. Däremot finns det anledning att betona dels att förberedelserna för den enskilde att leva ett liv utanför institutionen måste vara omfattande, dels att stödet ute i samhället måste förbättras och psykiatrins eftervård utvecklas.

Jag vill också framhålla att omställningen måste ske varsamt och i samråd med både de människor som berörs och berörda organisationer.

8.6 Utvidgade flyttningsmöjligheter

Min bedömning: Den enskilde bör ges möjlighet att flytta till särskilda boende- och vårdformer i annan kommun eller annat landsting. Detta bör i första hand åstadkommas genom överenskommelser mellan huvudmännen.

Skälen för min bedömning

Nuvarande förhållanden m.m.

Varje landsting har enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ansvar för att ge en god hälso- och sjukvård till de personer som är bosatta inom landstingets område. Hälso- och sjukvårdslagen reglerar inte den enskildes möjlighet att flytta till sjukvårdsanläggning inom ett annat landsting. Genom det s.k.riksavtalet, som främst avser samverkan mellan landstingen såvitt gäller den högspecialiserade hälso- och sjukvården, har getts rekommendationer om förfarandet när någon behöver vård i annat landsting än det där han är bosatt. I avtalet finns även en bestämmelse om utomlänsvård efter läkarremiss av särskilda humanitära eller sociala skäl. Med sådana skäl avses bl.a. situationer då en äldre person som vårdas inom långtidssjukvården vill flytta till en anläggning i en annan landstingskommun, där någon anhörig bor. För att flyttning i ett sådant fall skall kunna genomföras krävs båda de berörda huvudmännens samtycke. Avtalet innebär vidare att hemlandstinget betalar det mottagande landstinget för patientens vårdkostnad så länge vården pågår.

Beträffande socialtjänsten föreskrivs i 3 § socialtjänstlagen (1980:620) att kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. I 72 § socialtjänstlagen anges att ett ärende som avser vård eller någon annan åtgärd beträffande en enskild person kan flyttas över till en annan socialnämnd, om den nämnden samtycker. Några bestämmelser om ekonomisk ersättning mellan kommuner finns inte i socialtjänstlagen. För att en person skall få servicebostad har

en del kommuner satt som villkor att denne skall vara mantalsskriven i kommunen.

Riksdagen har gett regeringen till känna vad socialutskottet har anfört i sitt betänkande SoU 1987/88:6, om att regeringen bör pröva vilka åtgärder som kan vidtas för att möjliggöra för handikappade och äldre att få servicebostad i annan kommun.

Överväganden

Under efterkrigstiden har den geografiska rörligheten i det svenska samhället ökat påtagligt. Det betyder att många äldre människor har sina barn och anhöriga i övrigt på andra orter i landet än där de själva bor. För en del äldre människor och deras närstående är det av stor betydelse att det geografiska avståndet mellan dem kan minskas genom att den äldre flyttar nära de anhöriga.

För människor som till följd av funktionshinder behöver service eller vård är emellertid möjligheten att flytta begränsad. Enligt min mening bör målet vara att alla människor oberoende av service- eller vårdbehov skall kunna byta bostads- eller vistelseort.

Från den enskildes synpunkt kan det vara viktigt att kunna flytta till en annan kommun även av andra skäl än familjeband på orten. Människor kan t.ex. vilja flytta till en ort där personer med samma etniska bakgrund bor.

Även för yngre personer med handikapp, som behöver bo i servicebostad, är möjligheterna att flytta begränsade. De problem som är förknippade med nuvarande bestämmelser är alltså inte begränsade till äldre människor, utan gäller i minst lika hög grad yngre personer med olika slag av handikapp. Yngre människor kan även behöva flytta för att genomgå utbildning, rehabilitering eller för att få lämpligt arbete.

I första hand anser jag det angeläget att de som har en anknytning till den aktuella orten skall ges möjlighet att flytta. Samma möjlighet bör gälla för den som vill flytta på grund av att den form av boende, vård eller andra insatser som den enskilde behöver inte finns att tillgå på hemorten. Jag har erfarit att Landstingsförbundet för närvarande gör en översyn av hithörande frågor när det gäller riksavtalets innehåll.

De här skisserade förändringarna är angelägna att genomföra. Vissa problem kan ändå vara förknippade med dem. Det kan t.ex. finnas anledning förmoda att efterfrågan på särskilda boende- och vårdformer i synnerhet i storstadsområdena kommer att öka till följd av att äldre människor vill flytta närmare sina anhöriga som bor där.

Enligt min mening bör man i första hand pröva möjligheten att lösa frågan på frivillig väg genom överenskommelser mellan huvudmännen. Om inte detta visar sig vara en framkomlig väg bör andra åtgärder övervägas.

Den delegation, med företrädare för bl.a. de båda kommunförbunden, som jag senare i dag ämnar föreslå regeringen att tillsätta, bör därför få i uppdrag att utreda möjligheterna att, genom överenskommelser mellan huvudmännen, skapa möjlighet för den enskilde att flytta till annan kommun även när behov av särskilda boende- eller vårdformer föreligger.

9 Personalfrågor inom äldreomsorgen

9.1 Aktuell situation

År 1986 arbetade uppskattningsvis ca 165 000 personer med service och vård av äldre människor inom social hemtjänst, ålderdomshem, sjukvård i hemmet och somatisk långtidssjukvård. Av dessa var ca 86 000 vårdbiträden inom kommunernas äldreomsorg och ca 50 000 sjukvårdsbiträden eller undersköterskor inom sjukvården.

Enligt äldreberedningens beräkningar behöver antalet personer som arbetar inom den primärkommunala äldreomsorgen fram till år 2000 öka med 40-70 000 personer, under förutsättning av en oförändrad sysselsättningsgrad bland de anställda. Inom långtidssjukvård och sjukvård i hemmet behöver antalet anställda under samma period inte öka med mer än 10 000 enligt äldreberedningens beräkningar.

Till det sålunda ökade personalbehovet kommer stora pensionsavgångar, främst inom den primärkommunala äldreomsorgen, samt hög omsättning bland äldreomsorgens personal. Detta innebär att ett stort antal personer kommer att behöva rekryteras det kommande decenniet.

Läget på arbetsmarknaden i Sverige är f.n. mycket gott och arbetslösheten den lägsta sedan 80-talets början. Inom flera sektorer råder för närvarande brist på arbetskraft.

Jag har erfarit att socialstyrelsen och bostadsstyrelsen inhämtat uppgifter som visar att mer än en tredjedel av kommunerna har svårigheter att i dag rekrytera tillräckligt antal personer till äldreomsorgen. Av Landstingsförbundets redovisning av LKELP-undersökningarna för år 1986 framgår att landstingen allmänt anser att det är mycket svårt att rekrytera framför allt sjuksköterskor och undersköterskor till långtidssjukvården.

Personalomsättningen är samtidigt hög inom dessa områden. Socialstyrelsen redovisar i en nyligen avgiven rapport till regeringen att ca 18 000 vårdbiträden i hela landet lämnade sina befattningar mellan mars månad år 1986 och samma månad år 1987. Av dessa lämnade 17 500 yrket helt. Det innebär en personalomsättning på ungefär 25 %. Statistiska centralbyrån har i en studie visat att personalomsättningen bland sjukvårdspersonalen uppgick till 22 % mellan åren 1985 och 1986.

Enligt socialstyrelsens rapport har personalomsättningen inom hemtjänsten ökat under de senaste tre åren. Den har ökat mest i storstäderna och bland yngre och timavlönad personal. För sjukvårdens del visar statistiska centralbyrån att omsättningen är störst i Stockholm och Göteborg och bland personal med kort utbildning.

Många anställda inom äldreomsorgerna arbetar deltid. Den genomsnittliga tjänstgöringsgraden för vårdbiträden inom hemtjänsten uppgick år 1987 till 64 %. Endast 14 % arbetade på heltid, trots att en ökning har skett under de senaste åren. Inom sjukvården arbetade år 1986 drygt 50 % av personalen på heltid.

Socialstyrelsen har efter en enkät till landets samtliga kommuner år 1985 redovisat att nästan hälften av alla vårdbiträden inom hemtjänsten saknade lämplig yrkesutbildning för yrket. Endast ca 9 % av vårdbiträdena hade

genomgått sociala servicelinjen eller motsvarande utbildning inom den kommunala vuxenutbildningen. Så gott som samtliga sjukvårdsbiträden och undersköterskor inom landstingens hälso- och sjukvård har dock adekvat yrkesutbildning. Statskontoret visar i KRON-projektet (1988) att Sverige i ett nordiskt perspektiv allmänt sett har en låg utbildningsnivå hos personalen inom ålderdomshem, sjukhem, hemsjukvård och hemtjänst.

Flera studier från kommuner i landet visar att förekomsten av arbetsskador är förhållandevis hög bland personalen inom den sociala hemtjänsten. Det är belastningsskadorna som är vanligast. Dessa leder ofta till långa sjukskrivningsperioder eller till omplaceringar. Uppgifter från en studie i Uppsala kommun tyder på att sjukfrånvaron bland den sociala hemtjänstens personal är mer än dubbelt så hög som genomsnittet för samtliga anställda i riket.

9.2 Personalpolitiska insatser

Min bedömning: Kommuner och landsting bör ge hög prioritet åt personalpolitiska insatser inom äldreomsorgen. Insatserna bör syfta till att minska personalomsättning och sjukfrånvaro, att höja tjänstgöringsgraden och att förbättra rekryteringsmöjligheterna.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att inom två år redovisa en uppföljning och utvärdering av utvecklingen på personalområdet.

Socialstyrelsen bör i samarbete med berörda myndigheter och organisationer samla in och sprida erfarenheter och idéer, som syftar till att förbättra personalförsörjningen inom kommunernas äldreomsorg. För detta bör socialstyrelsen av utvecklingsmedlen inom ramen för statsbidraget till den sociala hemhjälpen disponera en milj. kr. årligen under de två kommande budgetåren.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer i huvudsak med min bedömning.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser delar beredningens mening att högsta prioritet bör ges åt personalpolitiskt och arbetsorganisatoriskt utvecklingsarbete.

Skälen för min bedömning: Socialstyrelsen redovisade i april 1988 ett uppdrag från regeringen att analysera och komma med förslag till åtgärder i syfte att öka kommunernas möjligheter att rekrytera kompetent personal.

I sin redovisning lämnar socialstyrelsen förslag och rekommendationer kring personalpolitik, utbildning, arbetsmiljö m.m. Förslagen riktar sig till kommuner, statliga myndigheter och andra berörda.

Landstingsförbundet har under år 1987 startat ett projekt vars syfte är att säkra personalförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Projektet bygger i huvudsak på information till huvudmännen om vad som praktiskt kan göras och vad som har prövats i olika landsting. Det pågår även aktiviteter i många landsting och kommuner med anledning av den rådande personalsituationen. Flera har också kunnat visa positiva praktiska resultat.

Jag har nyss kortfattat beskrivit den nuvarande situationen när det gäller personalförsörjningen. Jag vill tillägga att möjligheterna att rekrytera ny personal kan bli sämre. Det beror dels på att antalet ungdomar kommer att vara avsevärt färre under det närmaste årtiondet, dels på att det i och med den rådande höga förvärvsfrekvensen inte finns någon egentlig arbetskraftsreserv. Medelåldern hos arbetskraften ökar, vilken innebär att rörligheten i arbetskraften kan förväntas minska. Rekryteringen till hälso- och sjukvård samt primärkommunal äldreomsorg har hittills varit starkt beroende av tillskottet av yngre kvinnor till arbetskraften. Arbetsmarknadsstyrelsen räknar med att tillskottet till arbetskraften under 1990-talet främst kommer att utgöras av personer i åldrarna 45-59 år.

Den väntade befolkningsutvecklingen i kombination med den förändrade rekryteringssituationen innebär att personalsituationen måste betraktas som allvarlig. Det finns därför all anledning för kommuner och landsting att se över sina personalpolitiska insatser.

Regeringen har tidigare i budgetpropositionen för 1988 (prop. 1987/88:100, bil. 7) föreslagit en kraftig ökning av statsbidraget till den sociala hemhjälpen.

Under budgetåret 1988/89 föreslås en höjning av den del av bidraget som utgår till personalkostnader med ca 265 milj. kr. Beloppet per årsarbetare kommer därmed att höjas fr.o.m. år 1988 med 4 000 kr. till 34 000 kr. Den av socialutskottet i betänkandet SoU 1987/88:15 föreslagna förändringen av statsbidraget fr.o.m. år 1989 innebär att bidraget per årsarbetare även fortsättningsvis kommer att uppgå till 34 000 kr., samtidigt som bidraget utvidgas till att omfatta även vårdpersonal på ålderdomshem. Detta innebär att den bidragsberättigade personkretsen beräknas öka med ca 22 000 personer.

För budgetåret 1989/90 har regeringen dessutom aviserat en höjning av statsbidraget med ytterligare 275 milj. kr., vilket innebär att det statliga stödet till kommunernas äldreomsorg förstärks med sammanlagt 540 milj. kr. för åren 1988 och 1989. Den av socialutskottet föreslagna omläggningen av statsbidraget innebär att resurstillskottet dels kommer att tas i anspråk för utvidgningen av den bidragsberättigade personkretsen, dels för de av utskottet föreslagna personalutvecklande åtgärderna inom äldreomsorgen (SoU 1987/88:15). Utskottet föreslår att för ändamålet totalt 200 milj. kr. tillförs kommunerna för åren 1989 och 1990.

Enligt min mening bör dessa resurstillskott avsevärt öka kommunernas möjligheter att bedriva en effektiv personalpolitik.

Jag vill också framhålla att det nyligen träffade avtalet för bl.a. service- och vårdpersonal inom äldreomsorgen visar att huvudmännen lägger stor vikt vid de personalbefrämjande insatserna.

Personalförsörjningen inom äldreomsorgen hänger i mycket hög grad samman med situationen inom andra delar av den offentliga sektorn. Jag tänker särskilt på sjukvården och barnomsorgen, som till stora delar behöver rekrytera personer med liknande utbildningsbakgrund och intresseinriktning. Även inom dessa områden råder svårigheter med personalomsättning och rekrytering. Regeringen har mot bakgrund av detta inlett ett internt utredningsarbete i syfte att analysera den nuvarande situationen och bedöma

förutsättningarna för den framtida personalförsörjningen inom hela service- och vårdsektorn. Utredningsarbetet kommer att ge underlag för eventuella framtida överväganden och åtgärder.

Det är min uppfattning att huvudmännen för äldreomsorgen är väl medvetna om problemen och om behovet av en effektiv personalpolitik. Med tanke på den rådande situationen och den stora betydelse personaltillgången har för äldreomsorgens kvalitet finns det emellertid anledning för regeringen att nära följa situationen.

Jag kommer därför att föreslå regeringen att ge socialstyrelsen i uppdrag att inom två år dels redovisa och utvärdera den dittillsvarande utvecklingen på personalområdet, dels göra en bedömning av den utveckling som kan förutses under de närmast följande åren.

Den personalomsättning, som socialstyrelsen redovisar, tyder på att det inte i första hand är svårigheterna att rekrytera ny personal som utgör det största problemet, utan svårigheterna att behålla befintlig personal.

Omsättningen har både en ekonomisk och en kvalitetsmässig aspekt. Socialstyrelsen redovisar t.ex. att kommunens kostnader för nyanställning av ett vårdbiträde uppgår till ca 23 000 kr. Totalt beräknar socialstyrelsen att personalomsättningen inom hemtjänsten kostar kommunerna ca 1,4 miljarder kronor årligen i rekryteringskostnader och effektivitetsförluster. Genom att minska personalomsättningen från 25 % till 15 % skulle kommunerna kunna begränsa sina kostnader med ca en halv miljard kronor. Hög personalomsättning har också negativa konsekvenser för kontinuiteten i service och vård. Den bidrar till att många som får hjälp får möta ett orimligt stort antal vårdbiträden.

Jag anser därför att kommuner och landsting i sitt personalpolitiska arbete framför allt bör vidta åtgärder som syftar till att få befintlig personal att stanna kvar inom yrket. Med tanke på de kostnader och effektivitetsförluster kommuner och landsting åsamkas genom en hög personalomsättning bör detta på sikt inte behöva leda till större totala kostnader.

Jag vill lyfta fram några av de frågor, som jag anser vara av särskilt intresse i detta sammanhang.

Införandet av arbetslag inom hemtjänsten har betytt mycket för personalens trivsel och kompetensutveckling. Det är därför viktigt att arbetslagen vidareutvecklas. När dessa fungerar på ett demokratiskt och jämlikt sätt utvecklas gruppens samlade förmåga. Personalen i arbetslagen bör ges större ansvar och befogenheter att fatta egna beslut i samverkan med dem som får hjälp från arbetslaget.

Jag tror vidare att det är viktigt att också det enskilda vårdbiträdet får större befogenheter. Sedan hjälpens art och omfattning bestämts bör det göras möjligt för vårdbiträdet att tillsammans med hjälpmottagaren bestämma den närmare utformningen av den dagliga hjälpen. Detta är inte bara motiverat av att vårdbiträdet härigenom får större möjligheter att utveckla sin kapacitet, utan i minst lika stor utsträckning av att hjälpmottagaren får större möjligheter till inflytande. Inom arbetslaget bör också finnas utrymme för vårdbiträdet att utveckla sitt speciella intresse och sin lämplighet för vissa uppgifter.

Även inom de särskilda boende- och vårdformerna för äldre bör personalen av samma skäl ges större möjligheter att utveckla sin förmåga och sitt intresse samt ges ett större ansvar för den dagliga servicen och vården. Det är också viktigt att det sker ett erfarenhetsutbyte mellan personalen inom de särskilda boende- och vårdformerna resp. hemtjänsten i syfte att utveckla samarbetet och förståelsen för varandras arbetsvillkor.

En bra psykisk arbetsmiljö förutsätter att det ömsesidiga stödet inom arbetslaget fungerar. Arbetsledaren har en nyckelroll i att stödja personalen och bidra till ett stimulerande arbetsklimat.

Fortbildningen är ett av de viktigaste inslagen för att utveckla äldreomsorgen och dessutom ge personalen en bättre arbetstillfredsställelse. Det är angeläget att fortbildningen betraktas som ett självklart led i arbetet och att den återkommer regelbundet. Det är också önskvärt att en del av fortbildningen sker gemensamt för olika personalkategorier för att skapa kontakt och utveckla samarbetet dem emellan.

Fortbildningen bör syfta till att ge kunskap och insikt om det egna arbetet samt ge specialkunskaper på vissa områden. Jag tänker särskilt på kunskap om speciella gruppers behov och förutsättningar, t.ex. behoven hos äldre invandrare och människor med svåra handikapp.

Jag kommer i det följande att peka på fördelarna av att tillskapa regionala centra för utveckling av äldreomsorgen. Enligt min bedömning bör sådana utvecklingscentra även kunna få betydelse för fortbildningen och andra personalstödjande åtgärder.

Jag vill här också ta upp frågan om åtgärder i syfte att minska förekomsten av arbetsskador och därmed sammanhängande frånvaro. I flera kommuner har man med gott resultat prövat att genom förebyggande åtgärder, som exempelvis erbjudande av möjligheter till fysisk träning, undvika skador och förslitningar hos personalen. Tekniska hjälpmedel spelar i detta sammanhang en stor roll. Hjälpmedel som förebygger skador och förslitningar bör utvecklas och användas. Jag vill erinra om den pågående hjälpmedelsutredningen, vars uppgift är att se över hjälpmedelssituationen. I direktiven för utredningen ingår att granska vilka effekter det ökande stödet till eget boende har haft och kommer att få för hjälpmedelsförsörjningen.

Det är vidare viktigt att huvudmännen rekryterar och tar till vara personal med språkkunskaper och erfarenheter från andra kulturer. Här kan närstående utgöra en god resurs som vårdare. Service- och vårdpersonal i övrigt behöver utbildning i hur människor påverkas av den kultur de är uppvuxna i och vad som sker i mötet mellan kulturer med olika normer och värderingar. När det gäller kunskap om en specifik invandrargrupp bör personalen kunna få stöd av den kunskap som finns inom t.ex. kommunernas invandrarbyråer, hos familjepedagoger och invandrarorganisationer.

En viktig insats i syfte att förbättra personalförsörjningen är att öka personalens tjänstgöringsgrad. Som nyss redovisats är andelen heltidsanställda mycket låg, framför allt inom hemtjänsten. Enligt många är arbetet inom hemtjänsten tungt att utöva på heltid. Jag anser att ökad uppmärksamhet måste ägnas åt att arbetet måste vara så utformat och organiserat att det går att arbeta heltid, utan att riskera att bli utsliten i förtid. Det bör ligga i kommunernas intresse att vidta åtgärder så att heltidsarbete i större

utsträckning blir möjligt. Detta bör kunna höja kvaliteten på hemtjänstens insatser, reducera nyrekryteringsbehovet och ge lägre personalomsättning.

Jag har tidigare behandlat huvudmannaskapsfrågan. En särskild delegation föreslås tillsättas för att ta fram underlag för en förändring, som syftar till att kommunerna får ett kraftigt utvidgat ansvar för omsorgen om äldre. En sådan ändring kommer bl.a. att innebära att en stor andel av den personal, som i dag är anställd hos landstingen och som arbetar med äldre, kommer att vara anställda inom kommunerna. Kommunerna kommer därmed att få ett ökat ansvar för personalförsörjningen inom äldreomsorgen.

I syfte att stödja kommunerna kommer jag att föreslå regeringen att ge socialstyrelsen i uppdrag att i samarbete med berörda organisationer och myndigheter samla in och sprida erfarenheter och idéer på det personalpolitiska området. Det kan ske t.ex. genom upprättandet av en idébank, genom konferenser eller på annat sätt. För detta ändamål bör en milj. kr. årligen under en tvåårsperiod avsättas från utvecklingsmedlen inom ramen för statsbidraget till den sociala hemhjälpen.

9.3 Insatser inom utbildningsområdet

Grundutbildning

Min bedömning: Under de senaste åren har en förskjutning ägt rum inom den kommunala vuxenutbildningens yrkesutbildning till förmån för områdena social service och vård. Med hänsyn till att det även under de följande åren kommer att finnas avsevärda nyrekryteringsbehov för bl.a. äldreomsorgen, förutsätter jag att kommunerna kommer att besluta om viss ytterligare förskjutning av yrkesutbildningen i samma riktning.

Skolöverstyrelsen bör få i uppdrag att tillsammans med berörda myndigheter och organisationer initiera och utvärdera försök inom ramen för den kommunala vuxenutbildningen med alternativa grundutbildningar för vårdbiträden inom äldreomsorgen.

Äldreberedningens bedömning: Personal inom den sociala hemtjänsten som saknar grundutbildning bör få detta inom de närmaste åren. Fortbildning av all personal om den förändrade inriktningen av service och vård för äldre bör genomföras.

Gymnasieutbildningen bör förlängas till tre år och vårdlinjen och den sociala servicelinjen bör samordnas.

Remissinstanserna: Beredningens förslag att samordna sociala servicelinjen och vårdlinjen i gymnasieskolan får stöd av samtliga remissinstanser som yttrar sig utom av *Rättviks kommun* och *DHR*. Flera kommuner, bl.a. *Örebro kommun* menar att nya vägar behöver prövas för grundutbildning inom området. Bland andra *Malmö* och *Stockholms kommun* menar att ytterligare satsningar måste göras inom Komvux.

Skälen för min bedömning: Omfattningen och utformningen av den nuvarande grundutbildningen inom gymnasieskolan och den kommunala vuxenut-

bildningen är inte tillfredsställande för att tillgodose kommunernas behov av adekvat utbildade vårdbiträden till äldreomsorgen. Gymnasieskolans sociala servicelinje har sedan år 1979 bara examinerat ca 9 000 elever, varav uppskattningsvis endast en tredjedel i dag återfinns inom hemtjänsten. Intresset för att söka sig till utbildningen inom gymnasieskolan har minskat under de senaste åren, vilket har inneburit att alla utbildningsplatser inte har kunnat fyllas. Inom den kommunala vuxenutbildningen utbildas uppskattningsvis drygt 6 000 personer årligen inom områdena vård och social service.

I regeringens nyligen framlagda proposition (1987/88:102) om utveckling av yrkesutbildningen i gymnasieskolan föreslås att en treårig försöksperiod med en förlängd, moderniserad och i högre grad arbetsplatsförlagd yrkesutbildning i gymnasieskolan inleds läsåret 1988/89. Förslaget innebär att yrkesutbildningen inom försöksverksamheten kommer att omfatta bl.a. en omvårdnadslinje med utbildning för både vård och social service. Jag bedömer detta som mycket positivt och i överensstämmelse med de principer jag föreslår för den framtida äldreomsorgen. Enligt min mening bör det även kunna bidra till ett ökat intresse för både utbildningen och yrket. Jag vill emellertid framhålla att samordningen av de båda linjerna inte får innebära att sjukvårdsinslagen förstärks på bekostnad av de sociala momenten.

Inom den kommunala vuxenutbildningen erbjuds utbildning som svarar mot gymnasieskolans olika linjer. Utbildningen inom kommunal vuxenutbildning organiseras dock inte linjevis som i gymnasieskolan utan som fristående ämneskurser, s.k. temakurser. Yrkesämnena är i regel omfattande. För att underlätta vuxenstudier är därför yrkesämnena i vuxenutbildningen uppdelade i mindre kurser, som får anordnas separat. Därigenom skapas ett stort antal kombinationsmöjligheter och det är möjligt att skräddarsy utbildningar efter lokala behov. Elevernas olikartade individuella behov kan också lättare tillgodoses genom att de kan delta i olika kombinationer av kurser. Det är exempelvis möjligt att kombinera kurser som är hämtade från olika områden, t.ex. från social service och vård.

Varje skolstyrelse beslutar själv vilka kurser som skall anordnas inom kommunens vuxenutbildning. Därmed beslutas på lokal nivå vilken inriktning den yrkesutbildning som erbjuds genom kommunal vuxenutbildning i kommunen skall ha. Bland de utbildningar som skall prioriteras, enligt regeringens riktlinjer i läroplanen för kommunal och statlig utbildning för vuxna (Lvux 82), är sådan yrkesinriktad utbildning som är ägnad att tillgodose ett behov på arbetsmarknaden. Innan skolstyrelserna får fatta beslut om vilka yrkesinriktade kurser som skall anordnas, är de därför skyldiga att ha lokalt samråd med arbetsmarknadens parter. Jag har nyss redovisat att det finns stora behov av nyrekrytering av personal till bl.a. äldreomsorgen. Mot den bakgrunden anser jag att man kan räkna med att kommunerna i samråd med arbetsmarknadens parter kommer att ytterligare prioritera utbildningar inom områdena vård och social service. Detta bör kunna ske genom att dessa utbildningar prioriteras framför bl.a. kontorsutbildningar. Den kommunala vuxenutbildningen bör också kunna medverka till att fylla behoven av grundutbildning bland redan anställda, främst genom att anordna uppdragsutbildning.

Socialstyrelsen har i sin redovisning av personalsituationen inom hemt-

jänsten påtalat att det för hemtjänstens del föreligger ett behov av omedelbara åtgärder på utbildningsområdet. Det är enligt min mening angeläget att kommunerna utnyttjar den möjlighet som finns inom den kommunala vuxenutbildningen att skräddarsy utbildningar genom att kombinera kurser efter lokala och individuella behov.

I flera kommuner har man genomfört utbildningssatsningar för redan anställd och outbildad personal och för dem som visat intresse för yrket. Kommunerna har bl.a. försökt integrera teori och praktik, öka samverkan mellan utbildnings- och verksamhetsansvariga, anpassa utbildningen till de aktuella kraven på hemtjänstens personal samt försökt dra nytta av erfaren personals kunskap. Jag har erfarit att många av dessa satsningar haft god kvalitet och bidragit till att man kunnat rekrytera och behålla kompetent personal. Socialstyrelsen har i sin rapport också visat på flera intressanta möjligheter och förslag. Jag tänker bl.a. på ett förslag från Sundsvalls kommun till ny yrkesutbildning för vårdbiträden i social service.

Jag anser att liknande initiativ bör uppmuntras och stödjas i syfte att utveckla den kommunala vuxenutbildningen inom detta område. Jag har erfarit att utbildningsministern avser föreslå regeringen att ge skolöverstyrelsen i uppdrag att tillsammans med berörda myndigheter och organisationer initiera och utvärdera försök med alternativa grundutbildningar för vårdbiträden inom äldreomsorgen inom ramen för den kommunala vuxenutbildningen.

Enligt min mening bör utbildningen läggas upp så att praktisk färdighetsträning kopplas till mer teoretiska moment. Den bör vidare kunna anpassas till lokala förutsättningar och behov. Ambitionen bör i första hand vara att utveckla yrkeskunnandet bland berörd personal.

I dessa frågor har jag samrått med chefen för utbildningsdepartementet.

Lärarutbildning

Min bedömning: De vårdlärare som undervisar i social servicekunskap i gymnasieskolan och lärarutbildare inom äldre- och handikappomsorg bör få särskild fortbildning så att de får aktuella kunskaper och erfarenheter av utvecklingen inom äldre- och handikappomsorgen.

Universitets- och högskoleämbetet bör få i uppdrag att initiera ett utvecklingsarbete avseende lärarutbildning inom äldre- och handikappområdet. Vidare bör fortbildning av lärarutbildare och lärare i social servicekunskap genomföras. Den totala kostnaden härför beräknas till 10 milj. kr. under budgetåret 1989/90.

Inom äldreomsorgen pågår en utveckling mot att allt fler skall kunna få möjlighet att välja att bo kvar hemma även vid omfattande behov av service och vård. Som jag redan framhållit anser jag att denna utveckling är riktig. Inom både den psykiatriska vården, omsorgen om psykiskt utvecklingsstörda samt handikappomsorgerna i övrigt sker samma omstrukturering mot öppna vård- och boendeformer.

För äldreomsorgens personal innebär omstruktureringen bl.a. att krav ställs på nya kunskaper och arbetssätt. Utvecklingen inom äldreomsorgen

innebär även att förhållningssätt och arbetsmetodik alltmer bör vila på en social grund.

En viktig förutsättning för att den pågående utvecklingen skall få önskat resultat är att personalen har relevanta kunskaper. Det är därför angeläget att berörda lärare i gymnasieskolan och lärarutbildningen får aktuella kunskaper och erfarenheter av situationen inom äldre- och handikappomsorgen.

I det följande behandlar jag här, efter samråd med chefen för utbildningsdepartementet, vissa fortbildningsinsatser som riktar sig både till lärare som undervisar i social servicekunskap i gymnasieskolan och till lärarutbildare inom äldre- och handikappomsorg vid vårdlärarinstitutionerna.

Bland de gymnasielärare som bör omfattas av denna fortbildning finns det också sådana som genom dispensförfarande behörighetsförklarats som lärare i social servicekunskap, men som helt eller delvis saknar för området adekvat utbildning. För dessa lärare bör fortbildningen förutom nyssnämnda kunskapsområden också kompletteras med vissa delar av vårdlärarutbildningen.

Det är viktigt att denna fortbildning får en stark förankring i den praktiska verkligheten, främst med anknytning till de arbetsområden jag har redovisat. Fortbildningen bör också innehålla metodiska och pedagogiska moment.

Fortbildning av dem som utbildar vårdlärare är en nödvändig förutsättning för att i framtiden garantera en adekvat grundutbildning av de blivande vårdlärarna. Jag har erfarit att chefen för utbildningsdepartementet kommer att föreslå regeringen att uppdra åt universitets- och högskoleämbetet (UHÄ) att initiera ett utvecklingsarbete avseende lärarutbildning inom äldre- och handikappområdet. Särskilda medel kommer, som en engångsinsats, att beräknas härför under budgetåret 1989/90. Vidare kommer medel att beräknas så att lärarutbildare skall få möjlighet att bedriva yrkesstudier i den kommunala sociala serviceverksamheten.

Den sammanlagda kostnaden för de insatser som jag har redovisat förutses uppgå till 10 milj. kr. under budgetåret 1989/90.

I detta sammanhang vill jag också nämna ett problem som har försvårat rekryteringen av behöriga lärare i ämnet social servicekunskap i gymnasieskolan. Ämnets veckotimtal är lågt och därför har det varit svårt att ge lärarna ett tillräckligt timunderlag för deras undervisning. Dessa lärares behörighet att undervisa är begränsad till enbart yrkesämnet i fråga. Jag har erfarit av chefen för utbildningsdepartementet att det kommer att ges möjligheter att inräkna fler ämnen i tjänsterna för dessa vårdlärare.

Högskoleutbildning

Min bedömning: Universitets- och högskoleämbetet bör få i uppdrag att utreda lämplig utbildning för arbetsledande och verksamhetsansvarig personal inom primärkommunal äldreomsorg.

Äldreberedningens förslag: Universitets- och högskoleämbetet får i uppdrag att se över innehållet i och inriktningen av den sociala omsorgslinjen inom högskolan.

Remissinstanserna: UHÄ anser att ett eventuellt uppdrag till ämbetet bör avse att förutsättningslöst utreda lämplig utbildning utan hänsyn till sektorstillhörighet. Samtliga bland UHÄ:s underremissinstanser ställer sig bakom förslaget om en översyn av sociala omsorgslinjens innehåll och inriktning.

Skälen för mitt förslag: Den sociala omsorgslinjen inom högskolan utbildar bl. a. hemtjänstassistenter och föreståndare för arbete inom primärkommunal äldre- och handikappomsorg. Av tradition ges denna utbildning på landstingens vårdhögskolor inom vårdsektorn i högskoleorganisationen. Den sociala omsorgslinjen har med sin sociala, administrativa och ekonomiska inriktning en annan karaktär än övriga linjer i vårdhögskolan.

När de medellånga vårdutbildningarna år 1977 fördes in i högskolan förutsattes att de skulle få den forskningsanknytning som tidigare saknats. Satsningarna på forsknings- och utvecklingsarbete har emellertid i första hand utvecklats i anslutning till hälso- och sjukvårdslinjen samt rehabiliteringslinjen, vilka volymmässigt är störst.

Sociala omsorgslinjen reformerades år 1983 och blev då en mer socialt inriktad utbildning. Administration, arbetsledning och ekonomi gavs ett större utrymme i utbildningen än tidigare. Social omsorg blev utbildningens karaktärsämne.

Enligt min mening behövs inom den sociala omsorgen en kvalitativt god högskoleutbildning, som bygger på samhälls- och beteendevetenskaplig grund. Detta är inte minst viktigt mot bakgrund av de omfattande uppgifter och det förändringsarbete som förestår och med tanke på vad jag nyss anfört om vikten av bra arbetsledning inom äldreomsorgen.

Av samma skäl är det angeläget att högskoleutbildningen har en nära koppling till forsknings- och utvecklingsarbete inom för verksamheten relevanta forskningsområden. Det är därför motiverat att den sociala omsorgslinjens inriktning och innehåll ses över.

Jag har erfarit att chefen för utbildningsdepartementet avser att föreslå regeringen att ge universitets- och högskoleämbetet i uppdrag att genomföra en utredning av hur en lämplig utbildning inom givna ramar för arbetsledande och verksamhetsansvarig personal inom primärkommunal äldre- och handikappomsorg bör se ut. Möjligheterna till samordning med andra näraliggande utbildningslinjer kommer därvid att beaktas.

I dessa frågor har jag samrått med chefen för utbildningsdepartementet.

9.4 Avslutande överväganden

Kommuner och landsting har som huvudmän och arbetsgivare ansvaret för personalfrågorna inom bl.a. social service och vård. För att säkra personalrekryteringen och minska personalomsättningen krävs betydande och omedelbara insatser. Jag har i det föregående redovisat ett antal angelägna åtgärder. Det är min bedömning att dessa åtgärder och de ytterligare insatser från statens sida jag ovan föreslagit på ett påtagligt sätt kommer att bidra till en positiv utveckling.

Staten har vidare genom uppräkningen av stödet till kommunernas äldreomsorg med sammanlagt 540 milj. kr. för åren 1988 och 1989, varav 200

milj. kr. enligt socialutskottets förslag är avsedda för personalutvecklande åtgärder, skapat förutsättningar för att genomföra angelägna personalfrämjande insatser.

10 Stöd till närstående vårdare

10.1 Stödet i allmänhet

Mitt förslag: Kommunerna bör undersöka vilka stödinsatser från samhällets sida som den som vårdar en närstående har behov av och i sin planering beakta dessa behov.

Primärvården och den sociala hemtjänsten bör använda sina resurser på ett sådant sätt att den som vårdar en närstående ges bästa möjliga stöd.

Huvudmännen för hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör aktivt informera om det stöd som kan erbjudas närståendevårdarna.

Anhörigvårdskommitténs bedömning: Överensstämmer i huvudsak med mitt förslag.

Remissinstanserna: Remissinstanserna betonar det angelägna i att samhället skapar bättre förutsättningar för människor som önskar engagera sig i vård av anhöriga i hemmet. En rad remissinstanser understryker att stödet till anhörigvårdarna bör förbättras genom möjlighet till regelbunden avlösning, utbildningsinsatser och förbättrat psykosocialt stöd.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer med mitt förslag.

Remissinstanserna: Remissinstanserna betonar att det är samhällets ansvar att se till att alla människor får en god service och vård. Närståendes insatser är ett komplement. Stödet till närstående som frivilligt åtar sig omfattande omvårdnadsuppgifter måste förbättras. Många remissinstanser betonar att möjligheterna till avlösning bör förbättras. Utbildning och annat personligt stöd behöver också utvecklas.

Skälen för mitt förslag: Levnadsvillkoren för den som på grund av en funktionsnedsättning får hjälp och tillsyn av en närstående är ofta beroende av vilka möjligheter den närstående har att ge adekvat hjälp. Stödinsatser till personer som får vård och tillsyn av en närstående måste därför riktas till både den vårdbehövande och den som vårdar.

Närstående, dvs. anhöriga, grannar och vänner, svarar för betydande hjälp och stöd till personer som har svårt att själva klara av alla vardagssysslor. Studier av omfattningen av närståendes insatser visar att dessa är två till tre gånger större än samhällets service- och vårdinsatser. En betydande andel av dem som får social hemhjälp får även stöd från närstående. Många närstående som gör omfattande insatser får emellertid inte något stöd från primärvård eller social hemtjänst.

Denna informella hjälp av en närstående ges vanligen inom hushållet av en maka/make, dotter eller son. Deras åtagande bygger på ett personligt engagemang. Många har dock inte tillräckligt kunnat förutse konsekvenser-

na innan de ger sig in i uppgiften och upplever tidvis en stor psykisk press. Bundenheten i denna typ av vårdsituation är ofta betydande varför många känner sig ensamma och isolerade. Uppgiften kan vara särskilt ansträngande om den vårdade har ett åldersdement beteende.

Jag har tidigare angett den inriktning för äldreomsorgen som jag anser bör gälla. Därvid har jag lagt särskild vikt vid att det är samhällets ansvar att se till att alla människor får en god service och vård.

Närståendes insatser är ett komplement till samhällsinsatserna. Jag delar utredningarnas uppfattning att det är mycket angeläget att stödet till närståendevårdarna utvecklas. De som vill och kan göra insatser under kortare eller längre tid bör ges förutsättningar för detta.

Jag delar också den åsikt som bl.a. Pensionärernas riksorganisation och Handikappförbundens Centralkommitté redovisat, nämligen att närståendes insatser måste grundas på frivillighet. Det finns annars en risk för att människor tvingas åta sig uppgifter som de av olika skäl inte har förutsättningar att klara av. Framför allt gäller detta äldre makar.

En stor del av de närståendes insatser inom omsorgen om äldre sker i det tysta. Många närstående gör omfattande insatser utan att samhällets service- och vårdansvariga känner till förhållandet. Det är min bedömning att kunskaperna om den informella vården behöver förbättras bland äldreomsorgens personal och bland andra berörda. Huvudmännen bör i sin information och uppsökande verksamhet ha med erbjudande om det stöd som de inom sina resp. områden kan lämna till närståendevårdare som kan behöva det.

Jag ser det som utomordentligt angeläget att landsting och kommuner inom ramen för sin planering av insatserna för äldre människor lägger stor vikt vid utformningen av stödet till närstående som ger vård och tillsyn. Kommunerna bör i detta sammanhang undersöka förhållandena och noga överväga vilka stödinsatser som behövs för att förbättra villkoren. Planeringen bör ske i nära samarbete med föreningar och organisationer som kan tillföra kunskaper och erfarenheter i frågan.

Det förhållandet att en närstående åtar sig en vårduppgift får inte innebära att socialtjänsten och hälso- och sjukvården undandrar sig sitt ansvar. Inte ens vid akuta belastningar av samhällets service- och vårdverksamhet får ett alltför stort vårdansvar läggas på närstående. Om detta sker kan det skapa ett misstroende mot samhällets vilja att stötta de närstående. Eftersom det till stor del är kvinnorna som svarar för dessa vårdinsatser är det också från jämställdhetssynpunkt nödvändigt att närstående inte känner sig pressade att avstå från eget yrkesarbete för att ägna sig åt vård av närstående. I den individuella planeringen av service och vård till den enskilde är det därför viktigt att klargöra vad samhället kan ställa upp med och ge den närstående vårdaren tid och möjlighet att överväga vilka uppgifter som denne är beredd att åta sig. Planeringen bör resultera i en stödplan.

Flera remissinstanser, bl.a. Statspensionärernas riksförbund och Handikappförbundens Centralkommitté, lyfter fram frågan om avlösning för närståendevårdarna. Jag anser att denna fråga har mycket stor betydelse. Förutsättningen för att en närståendevårdare skall kunna leva ett eget liv och inte bli alltför bunden till den vårdbehövandes hem är att vårdaren kan få

tillräcklig avlösning. Avlösningen bör dels planeras så att den regelbundet återkommer för kortare perioder, dels erbjudas för längre perioder så att vårdaren skall kunna få sedvanlig semesterledighet. Avlösning bör också tillhandahållas i akuta situationer, såsom då den vårdades tillstånd hastigt försämras eller det av andra skäl med kort varsel behövs avlösning.

Avlösning bör kunna ges i form av personalinsatser från primärvården eller den sociala hemtjänsten. Hjälp bör också kunna lämnas kvälls- och nattetid, bl.a. för att den närstående vårdaren skall få tillfälle att sova. Andra avlösningsmöjligheter kan vara olika former av dagverksamhet. Den enskilde vårdtagarens önskemål om hur avlösningen skall ordnas måste tillmätas stor betydelse.

Jag delar anhörigvårdskommitténs bedömning att även det psykologiska stödet till närståendevårdaren är viktigt. Denne bör erbjudas en särskild kontaktperson, gärna någon med stor erfarenhet av vårdarbete, till vilken närståendevårdaren kan vända sig med förtroende och få personligt stöd. Det är också viktigt att det finns möjlighet att nå vårdpersonal dygnet runt. Vetskapen om att det i akuta situationer finns möjlighet att få en plats i någon särskild boende- eller vårdform, liksom förekomsten av ett väl utvecklat stöd från personal i primärvården och den sociala hemtjänsten, är ofta avgörande för att en närstående skall orka med att fullgöra sitt vårdåtagande.

Ett värdefullt stöd kan också erbjudas genom anordnandet av sammankomster för närståendevårdare. Jag anser det vara mycket glädjande att frivilligorganisationerna visat en vilja att engagera sig på det här området. Dessa organisationer kan göra värdefulla insatser för att stödja närståendevårdare. Det är emellertid huvudmännen som ansvarar för att ett tillräckligt stöd kommer till stånd.

Några remissinstanser har uttryckt farhågor över att utvecklingen mot att allt fler bor kvar hemma kommer att leda till allt större åtaganden för de närstående. Av tradition har det som jag nyss anfört främst varit kvinnor som åtagit sig vårduppgifter. Inte minst från jämställdhetssynpunkt är det därför, enligt min mening, viktigt att noga följa utvecklingen på området. Den nyss beskrivna utvecklingen av service och vård i hemmet får inte medföra att ökade krav ställs på närstående. Det ankommer på huvudmännen för socialtjänst och hälso- och sjukvård att beakta detta vid utformningen av verksamheten.

För att stimulera kommunerna att utveckla sitt stöd till anhöriga kommer jag att föreslå regeringen att ge socialstyrelsen i uppdrag att initiera förnyelsearbete på området. För ändamålet bör 10 milj. kr. årligen under två år avsättas från allmänna arvsfonden. Jag bedömer att detta kan bidra till att förbättra samhällets insatser för handikappade och långvarigt sjuka.

Min bedömning: Kommuner och landsting bör anställa de närstående i yrkesaktiv ålder som frivilligt vill göra en vårdinsats under en längre tid. Anställningen bör kunna omfatta olika sysselsättningsgrader beroende på vårdbehovets omfattning.

Till de närståendevårdare som är ålders- eller förtidspensionärer bör i stället för anställning ett kontantbidrag kunna lämnas från kommunen eller landstinget.

Mitt förslag: Primärkommunala hemvårdsbidrag som utbetalas till den vårdbehövande skall – i likhet med vad som redan gäller för de landstingskommunala hemsjukvårdsbidragen – undantas från beskattning.

Anhörigvårdskommitténs förslag: Långvariga vårdinsatser som lämnas av närstående ersätts genom anställning hos sjukvårdshuvudmannen eller kommunen.

Remissinstanserna: Tillstyrker kommitténs förslag.

Äldreberedningens bedömning: Kommunerna, och under pågående utvecklingsskede även landstingen, bör kunna anställa närstående för långvariga insatser.

Remissinstanserna: Ansluter sig till beredningens bedömning.

Skälen för mitt förslag och min bedömning: Under senare år har huvudmännen för primärvård och socialtjänst i stället för att lämna kontantbidrag allt oftare valt att anställa de närstående som vill göra vårdinsatser och som är i yrkesaktiv ålder. År 1985 var ca 7 300 närståendevårdare anställda inom den sociala hemtjänsten och ca 3 000 anställda av sjukvårdshuvudmännen.

Kontantbidrag kan lämnas från såväl kommuner som landsting. Hemsjukvårdsbidraget är ett landstingskommunalt kontantbidrag som utgör ersättning för de merkostnader som hemsjukvårdspatienten har på grund av sin sjukdom. Bidraget utges i allmänhet till den vårdbehövande och är då inte skattepliktigt enligt kommunalskattelagen (1928:370). Vid mitten av 1980-talet fick ca 17 000 personer hemsjukvårdsbidrag från landstingen. Primärkommunala hemvårds- eller vårdbidrag utgick under samma tid till ca 4 000 personer. Sådana bidrag avser vanligen främst att ersätta kostnaderna för hjälp av hemtjänstkaraktär, alltså tillsyn, hjälp med hemsysslor samt omvårdnad. Dessa bidrag utges endera till den vårdbehövande eller, vilket tycks vara vanligare, till den närstående vårdaren. Enligt riksskatteverkets uppfattning är dessa bidrag skattepliktiga, även när bidraget utbetalas till den vårdbehövande. Verket har emellertid framhållit att rättsläget är oklart på denna punkt.

Genom utbyggnad av sjukvården i hemmet och den sociala hemtjänsten har antalet närståendevårdare, som får olika former av bidrag eller som anställs, successivt minskat.

Jag har tidigare framhållit att det är samhället som har det övergripande

ansvaret för att den enskilde får den service och vård som behövs. Den som behöver hjälp skall inte vara beroende av att släkt eller vänner kan och vill hjälpa till. Närståendes insatser får därför bara ses som ett frivilligt komplement. De närstående som vill och har möjlighet att under längre tid avstå från förvärvsarbete för att vårda en äldre eller handikappad person bör emellertid ges förutsättningar att kunna genomföra detta. Enligt min mening är en sådan önskan värd att respekteras. För att både den närstående och den vårdade skall ges rimliga levnadsförhållanden behövs stöd från samhällets sida. Personer som är beredda att åta sig en vårduppgift, och som inte har ålders- eller förtidspension, bör enligt min mening kunna anställas av kommun eller landsting med den sysselsättningsgrad som behövs för vården.

De närståendes arbetsinsatser varierar från några timmars arbete per dag till vård och tillsyn mera kontinuerligt under dygnet. En mycket stor del av insatserna utförs av närstående utan att de erhåller något ekonomiskt stöd från samhället. Insatserna har stor betydelse för många människor och utan dessa skulle avsevärt större resurser behöva sättas in från samhällets sida. Enligt min mening är det en stor tillgång att människor vill engagera sig för varandra, såväl när det gäller mer omfattande insatser som när det gäller mindre sådana som har karaktären av vardagssolidaritet. När det gäller de mer omfattande och långvariga engagemangen finns det emellertid, som jag nyss anfört, särskilda skäl för samhällets stöd.

De nuvarande hemsjukvårds- och hemvårdsbidragen utgår med mycket skiftande belopp. De ger inte heller den närstående vårdaren de sociala förmåner som en anställning innebär. Det är därför angeläget att de personer som är beredda att åta sig en vårduppgift, och inte har ålders- eller förtidspension, anställs av kommunen eller landstinget. De insatser som de närstående utför är i allmänhet av omvårdnads- eller tillsynskaraktär, alltså uppgifter som i första hand ryms inom den sociala hemtjänsten. Detta innebär att det oftast bör vara kommunen som anställer de närstående vårdarna.

När den vårdade personen efter en långvarig närståendevård flyttar till en institution eller avlider uppkommer inte sällan problem. Den närstående vårdaren har ofta svårt att i en sådan situation göra sig gällande på arbetsmarknaden. Enligt min mening bör huvudmännen här ha ett ansvar för att den närstående vårdarens återinträde på arbetsmarknaden underlättas. Dennes erfarenhet bör beaktas vid ansökan till ett service- eller vårdarbete, exempelvis inom den sociala hemtjänsten.

Det förhållandet att en närstående anställts för en vårduppgift får inte innebära att huvudmännens stöd i övrigt bortfaller. Det behövs enligt min bedömning ett mer utvecklat stöd till närståendevårdare än vad som för närvarande kan erbjudas, i synnerhet i de fall då vården lämnas i hemmet av en äldre maka eller make. Risken är annars stor att åtagandet för den närstående blir alltför betungande. Inte sällan kan den närståendes egen hälsa och egna välbefinnande hotas om dennes möjligheter att ge vård och tillsyn inte svarar mot behoven hos den sjuke.

En avsevärd del av de närstående som gör omfattande insatser är ålders- eller förtidspensionärer. Det är t.ex. vanligt att en äldre maka eller make vårdar sin make resp. maka. Anställning kan i allmänhet endast komma i

fråga för dem som inte uppbär förtids- eller ålderspension. Som jag förut redogjort för kan i stället utges kontantersättning i form av hemsjukvårdsbidrag från landstingskommun och i form av hemvårdsbidrag från primärkommun. De uppgifter som närstående utför med stöd från primärkommun resp. landstingskommun torde principiellt sett inte skilja sig åt. Enligt min mening finns det därför inte skäl att betrakta hemvårdsbidrag som utges av en primärkommun och hemsjukvårdsbidrag som utges av en landstingskommun på olika sätt i skattehänseende. Jag föreslår därför nu att även hemvårdsbidrag och motsvarande kontantersättning, som utges av en primärkommun, i de fall då utbetalning sker till den vårdbehövande skall undantas från skatteplikt på samma sätt som nu gäller för landstingskommunala hemsjukvårdsbidrag. Mitt förslag medför behov av en komplettering av 19 § kommunalskattelagen (1928:370). Jag återkommer till denna fråga i specialmotiveringarna till lagförslagen i avsnitt 16. I denna fråga har jag samrått med chefen för finansdepartementet.

De nuvarande kontantersättningarna från primärkommuner och landstingskommuner utgår med mycket skiftande belopp. Enligt min mening finns det anledning att följa utvecklingen i det här avseendet.

10.3 Rätt till ledighet för närståendevård under längre vårdperiod

Min bedömning: Hindren för de närstående som vill göra en insats och vårda sjuka och handikappade i hemmet bör i största möjliga utsträckning undanröjas. Frågan om rätten till ledighet från förvärvsarbete under en längre vårdperiod bör övervägas när erfarenheter vunnits av den i det följande föreslagna rätten till ledighet under 30 dagar.

Anhörigvårdskommitténs förslag: Kommitténs förslag innebär rätt till ledighet från förvärvsarbete för arbetstagare som vårdar en sjuk eller handikappad anhörig i hemmet, under villkor att arbetstagaren erhåller anställning som anhörigvårdare hos sjukvårdshuvudmannen eller kommunen. För vård av barn under 16 år med handikapp förutsätts rätten till ledighet gälla även om barnet inte omfattas av sjukvårdshuvudmannens verksamhet med sjukvård i hemmet. I detta fall är det för rätt till ledighet tillräckligt att vårdbidrag enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring utges.

Begreppet anhörig föreslås få en så vid innebörd som möjligt. Förutom släkt bör personer till vilka arbetstagaren har en nära personlig relation omfattas av begreppet.

Remissinstanserna: Så gott som samtliga remissinstanser tillstyrker principiellt förslaget om att i lag tillförsäkra arbetstagaren rätt till ledighet för vård av sjuk eller handikappad anhörig. Statens avtalsverk, Svenska Arbetsgivareföreningen och Sveriges hantverks- och industriorganisation, familjeföretagen (SHIO) avstyrker förslaget. Åtskilliga remissinstanser framhåller, såvitt gäller längre ledighet, de svårigheter som följer med förslaget. Härvid framhålls särskilt arbetsmarknadsmässiga och personalpolitiska konsekven-

ser. Flera menar att rätten till längre ledighet bör övervägas ytterligare i ett större sammanhang. Endast ett fåtal tillstyrker en rätt till en längre ledighet.

Flertalet remissinstanser ansluter sig till kommitténs vida definition av anhörigbegreppet. Några instanser anser dock att kommitténs definition kan medföra tolkningsproblem.

Äldreberedningens förslag: Överensstämmer med anhörigvårdskommitténs förslag.

Remissinstanserna: Samtliga remissinstanser som kommenterar frågan tillstyrker beredningens förslag.

Skälen för min bedömning: Frågan om ledighet från förvärvsarbete för vård av närstående är i dag endast i begränsad utsträckning reglerad. Denna reglering sker för merparten av arbetstagarna enbart genom kollektivavtalsbestämmelser. Dessa innebär i princip att kortare ledighet kan beviljas arbetstagare vid anhörigs akuta sjukdom eller bortgång.

Den kartläggning anhörigvårdskommittén genomfört visar att i princip samtliga offentliga arbetsgivare uppger sig kunna bevilja hel eller partiell ledighet för en tid av högst 6 månader. En klar majoritet av de tillfrågade privata företagen uppger sig bara kunna bevilja ledighet för mycket korta perioder, i många fall med olika förbehåll. Kartläggningen visar även att den uttalade efterfrågan på ledighet för anhörigvård var förhållandevis liten på flertalet arbetsplatser. Samtidigt kan dolda behov finnas. Orsaker till avslag på framställningar om ledighet är oftast arbetssituationen och vikariefrågan. Variationerna i arbetsgivarnas policy är störst inom den enskilda sektorn.

Jag har nyss redogjort för min principiella syn på närståendes medverkan i vården. De hinder som finns för dem som vill göra kortare eller mer långvariga insatser för närstående bör så långt möjligt undanröjas. Enligt min mening finns ett behov av rätt till ledighet för vård av närstående under längre perioder. Såsom åtskilliga remissinstanser påpekat finns emellertid arbetsmarknadsmässiga och personalpolitiska komplikationer att ta hänsyn till innan ytterligare rättigheter för arbetstagarna att vara lediga från förvärvsarbetet såvitt gäller mer långvariga insatser införs. Det finns också många andra anspråk på utökad ledighetslagstiftning. Erfarenheterna från den rätt till ledighet under 30 dagar, som jag i det följande ämnar föreslå, bör därför avvaktas innan frågan om ledighet under längre perioder kan aktualiseras på nytt.

10.4 Ersättning och ledighet vid kortvarig närståendevård

Mitt förslag: En närstående som vårdar en svårt sjuk person i hemmet ges rätt till ersättning från sjukförsäkringen och ledighet från sin anställning under högst 30 hela arbetsdagar. Dagantalet räknas för den person som vårdas.

Ersättningen för vården utges med belopp motsvarande vårdarens sjukpenningnivå och kan tas ut i form av hel, halv eller fjärdedels ersättning.

Rätten till ledighet från anställningen knyts till ersättningsrätten.

En arbetstagare ges sålunda rätt till hel ledighet under den tid då han får hel ersättning och till förkortning av arbetstiden till hälften eller till tre fjärdedelar under tid då han erhåller halv resp. fjärdedels ersättning.

Rätten till ersättning och ledighet införs den 1 juli 1989.

Förslaget föranleder vissa ändringar och kompletteringar i andra författningar. Bl.a. föreslås att ersättningen vid närståendevård skall utgöra pensionsgrundande inkomst enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Anhörigvårdskommitténs förslag: Varje arbetstagare ges för tillfällig vård av anhörig rätt till ledighet under högst 30 dagar per kalenderår. Som förutsättning för ledighet gäller att vården avser någon av fem olika vårdsituationer, nämligen svårare sjukdomstillstånd, väntan i hemmet på plats vid sjukhus eller vårdhem, vård i hemmet vid tillfälligt avbruten vård vid sjukhus eller vårdhem, konvalescens i hemmet i stället för vid sjukhus eller konvalescenthem samt vård eller behandling på en vårdinrättning av handikappade barn som inte fyllt 16 år. Enligt kommitténs bedömning bör så snart samhällsekonomin medger högsta prioritet ges åt införande av en ersättningsrätt för vård i livets slutskede i hemmet.

Remissinstanserna: Ett fåtal remissinstanser anser att villkoren för rätt till kortare ledighet är väl avvägda. I några remissvar framförs krav på komplettering av dels den personkrets som kan komma ifråga, dels de situationer som bör berättiga till kortare ledighet.

Äldreberedningens förslag: Överensstämmer med anhörigvårdskommitténs förslag.

Remissinstanserna: Samtliga remissinstanser som kommenterar frågan tillstyrker beredningens förslag.

Skälen för mitt förslag: Som jag nyss påpekat är frågan om ledighet från förvärvsarbete för vård av närstående för närvarande reglerad enbart för vissa områden och då genom kollektivavtalsbestämmelser.

Av den kartläggning som anhörigvårdskommittén gjort framgår bl.a. följande beträffande de förmåner som anställda är tillförsäkrade vid kortvarig vård av närstående. Arbetstagare i statlig tjänst har på grund av allmänt avlöningsavtal för statliga och vissa andra tjänstemän (AST) rätt till ledighet för s.k. enskild angelägenhet, såsom allvarligare sjukdomsfall, dödsfall, begravning, bouppteckning eller arvskifte inom egen familj eller den närmaste släktkretsen. Lön utbetalas med visst avdrag under ett skäligt antal dagar, dock högst 15 dagar av ett och samma kalenderår. Med allvarligare sjukdomsfall förstås i detta sammanhang som regel endast sjukdomstillstånd av livshotande art eller sådant akut sjukdomsfall som oundgängligen kräver insatser från arbetstagarens sida. För arbetstagare i kommunal tjänst gäller – på grundval av avtal som träffats mellan Landstingsförbundet resp. Svenska kommunförbundet och berörda avtalsslutande arbetstagarorganisationer – att arbetstagaren kan få ledigt för enskild angelägenhet med bibehållen lön under sammanlagt högst tio arbetsdagar

per kalenderår, om synnerliga skäl föreligger. Såsom synnerliga skäl anses nära anhörigs svårare sjukdom eller bortgång, begravning och gravsättning av urna samt bouppteckning efter sådan anhörig. Beträffande arbetstagare i enskild tjänst har kollektivavtal som reglerar möjlighet till permission och tjänstledighet träffats mellan medlemmar i Svenska Arbetsgivareföreningen och avtalsslutande arbetstagarorganisationer. Som exempel kan Verkstadsavtalet 1981 nämnas. Vid plötsligt svårt sjukdomsfall hos hemmaboende nära anhörig kan arbetstagaren beviljas permission med bibehållen lön under högst en dag. Vid nära anhörigs begravning kan permission också omfatta nödvändiga resdagar, dock högst två dagar.

Det är en viktig livskvalitetsfråga för berörda personer att kunna vara tillsammans i en svår situation, vilket är fallet när ett allvarligt sjukdomstillstånd föreligger. Jag ser det som mycket angeläget att närstående till svårt sjuka ges rätt att vara lediga från förvärvsarbetet för att ge vård i vissa situationer under i första hand en kortare tidsperiod. Från rättvisesynpunkt är det angeläget att alla arbetstagare får samma möjlighet till ledighet för detta ändamål. För att ingen skall behöva avstå från denna ledighetsrätt är det därför nödvändigt att den förenas med ekonomisk ersättning, som bör utges från socialförsäkringen. Jag vill samtidigt understryka att en reform i enlighet med dessa riktlinjer inte innebär att samhället får undandra sig sitt ansvar att ge vård samt stöd och hjälp i de här situationerna.

Jag delar anhörigvårdskommitténs bedömning att rätten till ledighet måste begränsas till vårdsituationer som är särskilt angelägna. En sådan begränsning bör enligt min mening gälla också med hänsyn till att ersättning från den allmänna försäkringen skall kunna utges för vården. Det är främst kommunens och landstingets ansvar att ge behövlig service och vård till äldre och människor med funktionshinder. Brister i denna service och vård får inte innebära att närstående känner sig mer eller mindre tvingade att åta sig vårduppgifter. Närståendes insatser måste vara frivilliga och ett komplement till samhällets insatser. Det finns mot denna bakgrund inte tillräckliga skäl för att ge närstående rätt till ledighet och ersättning för den vård som behövs när den sjuke väntar i hemmet på plats vid sjukhus e.d. eller på grund av konvalescens i hemmet i stället för vid sjukhus. Tillfälligt avbruten vård vid sjukhus eller vårdhem bör inte heller i sig vara ett skäl för sådana förmåner. Beträffande barn under 16 år tillgodoses behovet av närståendes insatser inom ramen för vårdbidraget och föräldraförsäkringen. Föräldraförsäkringens förmåner kommer jag senare att ytterligare något beröra.

Det är av flera skäl motiverat att införa en rätt för arbetstagare att få ledigt från förvärvsarbetet för en kortare tids vård av en närstående och även i särskilt angelägna vårdsituationer få ekonomisk kompensation för inkomstförlusten. För arbetstagaren är det betydelsefullt att få möjlighet att vara nära den sjuke vid svåra sjukdomstillstånd och ge det stöd och den tillsyn denne behöver. För den vårdade är det en viktig trygghetsfråga.

För egen del anser jag att rätten till ersättning och ledighet bör gälla när en närstående drabbas av en svår sjukdom. Inte minst viktigt är detta vid vård i livets slutskede. Men även då en person behöver stöd, tillsyn eller vård på grund av en hastigt uppkommen sjukdom, exempelvis en hjärn- eller hjärtinfarkt, är det viktigt att någon som står honom nära ges rätt till

ersättning och ledighet. Det kan också vara fråga om en akut försämring i hälsotillståndet hos en långvarigt sjuk person som vårdas i hemmet med insatser från socialtjänst och primärvård.

Det är svårt att entydigt ange vad som bör läggas in i begreppet svårt sjukdomstillstånd. Det är inte heller enbart sjukdomens art som bör vara avgörande vid bedömning av rätten till ersättning och ledighet, utan också omständigheterna i övrigt kring sjukdomsfallet. Till svåra sjukdomstillstånd räknar jag självfallet det som medför ett omedelbart överhängande livshot, men även sådana sjukdomstillstånd som innebär ett allvarligt överlevnadshot på någon tids sikt, exempelvis olika former av cancer i ett senare skede av sjukdomen, bör räknas hit. Det kan också vara fråga om att den enskilde har flera sjukdomar som tillsammans ger upphov till ett svårt sjukdomstillstånd.

Det ligger vidare i sakens natur att omfattningen av de sjukvårdande insatser som den sjuke behöver kan variera. Ersättning bör kunna lämnas även om sjukvårdande insatser inte är aktuella för den tid som ledigheten avser. Ibland bedöms s.k. växelvård utgöra den lämpligaste vårdformen. Härmed avses att patienten tidvis är föremål för vårdinsatser på ett sjukhus eller sjukhem och tidvis ges sjukvård i hemmet. Vid dessa senare tillfällen bör ersättning kunna lämnas.

Enligt min mening bör rätten till ledighet och ersättning inte omfatta tid när den vårdbehövande vistas på sjukvårdsinrättningar eller ålderdomshem eller andra offentliga eller privata institutioner där personal finns tillgänglig dygnet runt. Rätten bör i stället gälla när den enskilde vårdas i eget boende. Det är framför allt då som det är särskilt angeläget att en närstående finns nära tillgänglig. I eget boende inkluderar jag olika former av servicebostäder och gruppboende, där den enskilde har hyreskontrakt av sedvanligt slag.

Förutom vid själva vården i hemmet anser jag att förmånerna också bör gälla för tid då den närstående följer med den sjuke vid resor som sker i anslutning till att vården skall börja eller sluta. Även under sådana transporter är det väsentligt att den sjuke kan få stöd från den närstående.

Som jag tidigare nämnt förutsätter mitt förslag att vården ges den sjuke av en person som är att anse som närstående. Med närstående avser jag inte endast anhöriga, dvs. maka, barn, föräldrar och syskon, utan även andra kategorier. Det förhållandet att allt fler människor bor ensamma eller lever tillsammans utan att vara gifta talar för att även personer utanför släktskapskretsen bör omfattas av förmånerna. Jag delar anhörigvårdskommitténs bedömning att en person, som är beredd att avstå från sitt förvärvsarbete för att under viss tid vårda någon som är svårt sjuk, därigenom visat att han eller hon har nära personliga relationer till den människan. Sannolikt kommer reformen att få betydelse framför allt för fall då vårdaren och den vårdade står i släktskapsförhållande till varandra, men det vore olyckligt om de förmåner, som jag nu föreslår, inte skulle gälla även andra personer som har nära relationer till den sjuke.

Avgörande bör således vara den personliga relationen mellan vårdaren och den sjuke, som tar sig uttryck i att den förre vill vara ledig från sitt förvärvsarbete för att göra en vårdinsats hos den sjuke. En utgångspunkt för att vården skall komma till stånd måste självfallet vara att den sjuke samtycker till att vård och tillsyn ges av den närstående personen. Jag anser

därför att det är möjligt att använda ett generöst närståendebegrepp.

Som villkor för rätt till ersättning och ledighet bör gälla att både vårdaren och den vårdade är inskrivna hos allmän försäkringskassa enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, AFL. Inskrivningskravet medför bl.a. en åldersgräns på i princip 16 år. För vård av barn under 12 års ålder och i vissa fall under 16 års ålder kan tillfällig föräldrapenning utges till föräldrar som på grund av barnets sjukdom behöver avstå från förvärvsarbete. Tillfällig föräldrapenning kan för närvarande utges under högst 60 dagar för varje barn och år. I årets budgetproposition (prop. 1987/88:100 bil. 7) har för främst vård av sjukt barn föreslagits en utökning från 60 till 90 dagar. Förslaget har antagits av riksdagen (SfU 15, rskr. 145) och regeländringen träder i kraft den 1 juli 1988.

Beträffande ersättningsrätten föreslår jag att det, efter mönster av den tillfälliga föräldrapenningen, till varje person som vårdas knyts en rätt till ersättning åt närståendevårdare. Ersättning bör kunna utges för sammanlagt högst 30 hela arbetsdagar. Dessa dagar skall kunna utnyttjas av en eller flera närstående på det sätt som de finner lämpligt.

Rätten att uppbära ersättning bör kopplas till tid då vårdaren avstår från förvärvsarbete. Med förvärvsarbete bör jämställas fall när vårdaren studerar och får oavkortade löneförmåner under studietiden. Såsom gäller för föräldrapenningförmånerna inom föräldraförsäkringen anser jag att ersättningen skall kunna tas ut som hel, halv eller fjärdedels dagersättning. När det gäller ersättningsnivåer och även i övrigt anser jag att regleringen av ersättningen så långt möjligt bör överensstämma med föräldraförsäkringens bestämmelser.

Ersättningens storlek bör motsvara vårdarens sjukpenning. I den mån denne har en sjukpenninggrundande inkomst av anställning skall den nya metoden med timberäkning i princip tillämpas.

En närståendevårdare som vill ha ersättning skall skriftligen ansöka om detta. För att ersättningsrätten skall kunna bedömas bör uppställas krav på att sökanden bifogar ett läkarutlåtande, som lämnar de upplysningar som behövs om den vårdades sjukdomstillstånd.

Som jag tidigare redogjort för förutsätts det att vården kommer till stånd i samförstånd mellan berörda parter. För att ytterligare understryka detta anser jag att det i ersättningsärendet bör framgå antingen att den sjuke har gett sitt samtycke till vården eller att den sjuke av medicinska skäl är förhindrad att lämna sitt samtycke.

Rätten till ledighet bör kopplas till ersättningsrätten. I den mån arbetstagaren för en viss dag är berättigad till t.ex. hel ersättning har han också rätt att vara ledig från sitt arbete hela dagen. Systemet har sin förebild i föräldraledighetslagens bestämmelser om en förälders rätt att vara ledig under den tid han erhåller tillfällig föräldrapenning. Ett system som är konstruerat på detta sätt bör vara hanterligt från arbetsgivarsynpunkt.

Den ersättning som utges bör vara pensionsgrundande och skattepliktig. Arbetstagarens frånvaro från arbetet på grund av ersatt närståendevård bör också vara semesterlönegrundande.

Såsom gäller beträffande socialförsäkringsförmåner bör riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna sköta administrationen av det

Rättelse: S. 103 rad 13 Står: 119 000 Rättat till: ca 73 000 Rad 16 Står: 1985 Rättat till: 1988

ersättningssystem jag nu förordar. Reformen, som avses träda i kraft den 1 juli 1989, kräver resurser avseende utveckling, information och utbildning under nästkommande budgetår. Jag beräknar kostnaderna härför till sammanlagt högst 2 milj. kr. Beloppet bör täckas genom överskridande på budgetåret 1988/89 av anslagen B1. Riksförsäkringsverket och B2. Allmänna försäkringskassor under nästkommande budgetår. Jag avser att återkomma till de administrativa kostnaderna för reformen i 1988/89 års budgetproposition. Jag beräknar kostnaden för reformen exklusive administrativa kostnader till 30 milj. kr. för budgetåret 1989/90. Kostnaden bör belasta sjukförsäkringen.

Reglerna om rätt till ersättning och ledighet för närståendevård bör enligt min mening tas in i en ny lag. Med hänsyn till att ersättningen skall vara pensionsgrundande och skattepliktig, bör ändring göras i 11 kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän försäkring och punkt 12 av anvisningarna till 32 § kommunalskattelagen (1928:370). Med hänsyn till att ersättningen skall vara semesterlönegrundande bör ändring göras i 17 § semesterlagen (1977:480).

Tillägg bör vidare göras i studiestödslagen (1973:349) så att studerande har rätt att behålla studiehjälp eller studiemedel eller särskilt vuxenstudiestöd vid frånvaro från studierna på grund av närståendevård. En komplettering krävs också i 7 kap. 1 § och 15 kap. 2 § utsökningsbalken för att löneutmätning och införsel skall kunna äga rum i ersättningen för närståendevården såsom redan är fallet med t.ex. sjukpenning och föräldrapenningförmåner. Komplettering fordras också av regleringen i 19 kap. 2 § AFL om sjukförsäkringens finansiering och i 4 kap. 1 § lagen (1981:691) om socialavgifter såvitt avser de ändamål till vilka sjukförsäkringsavgifter får användas.

De nya reglerna bör träda i kraft den 1 juli 1989. Till den närmare utformningen av lagförslagen återkommer jag i specialmotiveringen.

11 Resurser och statsbidrag

Resursutvecklingen

Samhällets service och vård till äldre har en betydande omfattning. Äldreberedningen har uppskattat kostnaderna för denna till ca 52 miljarder kronor år 1985. Cirka hälften av resurserna inom den somatiska korttidssjukvården och inom den psykiatriska vården samt den helt övervägande delen av resurserna inom den sociala hemhjälpen, sjukvården i hemmet och somatiska långtidssjukvården lämnas till personer som är 65 år eller äldre. Även de kommunala bostadstilläggen till folkpension (KBT) lämnas i huvudsak till äldre personer. Av hälso- och sjukvårdens totala resurser utnyttjas uppskattningsvis ca 60 % av personer, som är 65 år och äldre.

Utbyggnaden av äldreomsorgen har under 1980-talet getts hög prioritet. Landsting och kommuner har byggt ut hälso- och sjukvården resp. den kommunala äldreomsorgen kraftigt. Volymökningen inom kommunal äldreomsorg har genomsnittligt under den aktuella perioden varit något högre än ökningen av antalet äldre i befolkningen. För hälso- och sjukvården är det svårt att bedöma vilken andel av de samlade resurserna som utnyttjas av äldre. Mycket talar emellertid för att samhällets service- och vårdinsatser för

äldre byggts ut i minst samma takt som ökningen av antalet äldre.

Den ekonomiska tryggheten är av avgörande betydelse för de äldres välfärd. Reformerna inom pensionsområdet var omfattande under 1960- och 1970-talen. Tillsammans med det ökade antalet äldre personer har detta medfört en kraftig ökning av pensionskostnaderna. Antalet pensionärer med intjänad rätt till ATP har ökat från 1 277 900 år 1980 till 1 718 000 i december 1987. Samtidigt har de utbetalade ATP-pensionerna ökat i storlek. Detta har inneburit att kostnaderna för ATP ökat från 19 028 milj. kr. år 1980 till drygt 54 000 milj. kr. år 1987. Standardförbättringar i form av ökade pensionstillskott har medfört kraftiga förbättringar även för pensionärer med låg eller ingen ATP.

Sedan år 1980 har antalet personer i åldrarna 80 år och däröver ökat med ca 73 000 personer. Bland dessa vistas ungefär var fjärde på institution och ca hälften får social hemhjälp. Tillgängliga befolkningsprognoser visar en fortsatt kraftig ökning av befolkningen i åldrarna 80 och däröver. Mellan åren 1988 och 2000 kommer ökningen uppskattningsvis att uppgå till ca 90 000 personer.

Uppgifter från olika studier visar att förekomsten av ohälsa och funktionsnedsättningar bland i första hand personer i åldrarna 65 till 79 år har minskat. Bedömningarna av vilken betydelse denna utveckling kan komma att få för det totala behovet av service och vård till äldre varierar emellertid. Den inriktning som jag nu förordar för äldreomsorgens fortsatta utveckling innebär dock att jag bedömer de äldres behov och önskemål så att en allt större andel bland dem som behöver service och vård skall kunna få sådan i den egna bostaden. Detta innebär att behovet av utbyggnad av de särskilda boende- och vårdformerna för äldre inte skall behöva motsvara hela ökningen av antalet personer i höga åldrar.

Äldreberedningen har redovisat beräkningar av vilka kostnader som olika utvecklingsalternativ inom äldreomsorgen medför. Beräkningarna bygger till viss del på antaganden och osäkra statistiska uppgifter, varför några säkra slutsatser inte kan dras. Beredningen har inte heller tagit ställning till beräkningarna. Beräkningarna tyder emellertid på att avsevärda resurstillskott till äldreomsorgen skulle behövas under 1990-talet, om andelen bland de äldre som får olika former av service och vård skulle förbli oförändrat och om vården skulle ges i samma former som nu. Om däremot fortsatta prioriteringar sker till förmån för öppna service- och vårdinsatser bör behovet av resurstillskott kunna begränsas. Även studier som gjorts av Spri, enskilda landsting och kommuner samt i Danmark ger stöd åt en sådan bedömning. Svenska kommunförbundet har i en aktuell studie i två län kartlagt service- och vårdinsatsernas omfattning till dem som får den mest omfattande hjälpen i öppna vårdformer. Kostnaderna för servicen och vården i hemmet överstiger i flera av dessa fall den genomsnittliga kostnaden för en vårdplats inom motsvarande institutionsvård. Några helt entydiga slutsatser kan således, med befintligt underlag, inte dras.

De lokala förutsättningarna för utveckling av service och vård till äldre är skiftande. Tillgången till kompetent personal liksom standarden på institutionerna och utbyggnaden av service och vård i övrigt varierar. Även de ekonomiska förutsättningarna i olika landsting och kommuner skiftar. Enligt

min mening bör överväganden om takten i förändringarna samt avvägningen mellan olika angelägna behov av förändringar inom äldreomsorgen baseras på lokal samverkan mellan landsting och kommun.

Enligt de bilagor till långtidsutredningen, som de båda kommunförbunden utarbetat, krävs en kraftig volymökning inom hälso- och sjukvård samt kommunal äldreomsorg för att behålla nuvarande standard och fullfölja beslutade reformer. Primärkommunernas samlade verksamhet behöver, enligt dessa bedömningar, öka sin volym med 1,3 % per år under åren 1985 till 1995. Den kommunala äldreomsorgen behöver dock, enligt Svenska kommunförbundets bedömning, öka sin volym med 4,6 % per år under åren 1985-1990 samt 3,9 % under åren 1990-1995. Landstingsförbundet bedömer behovet av volymökning i landstingssektorn som helhet till 3 % per år fram till 1995, varav långtidssjukvården utgör ca 0,4 % under 1990-talet. Genom effektivisering och omstrukturering bedöms dock behovet kunna begränsas till 2 % per år.

Regeringens bedömning redovisas i propositionen (1987/88:36) om den ekonomiska politiken på medellång sikt. Där konstateras bl.a. att tillgången på arbetskraft är en restriktion för den offentliga konsumtionsökningen. Mot denna bakgrund är, enligt regeringen, långtidsutredningens bedömning om en kommunal konsumtionsökning under det närmaste åren med ca 1 % per år rimlig. Riksdagen har inte haft några invändningar mot denna bedömning (FiU 1987/88:36).

Regeringen har i årets finansplan (prop. 1987/88:100 bil. 1) anfört att den kommunala verksamheten är av central betydelse för välfärden. En viktig utgångspunkt för regeringens ekonomiska politik är att skapa de förutsättningar som krävs för att kommunerna skall kunna fullgöra sina uppgifter utan skattehöjningar. Inom de samhällsekonomiska ramar som står till buds, vilka bl.a. innebär att de totala statliga transfereringarna till kommunsektorn inte kan öka, krävs ett medvetet omprövnings- och effektiviseringsarbete i kommunerna. Den reala utvecklingen av den kommunala konsumtionen har under senare år varit betydligt högre än den årliga ökningen på högst 1 % som riksdagen har uttalat sig för. Tyngdpunkten i utbyggnaden har legat på områden som statsmakterna har prioriterat, nämligen barnomsorg, service och vard för äldre samt primärvård. På områden där en neddragning av resurserna är möjlig, bl.a. med hänsyn till befolkningsutveckling och omstrukturering, har detta inte åstadkommits i någon nämnvärd utsträckning.

För egen del vill jag framhålla att äldreomsorgen även i fortsättningen bör ges hög prioritet. Befolkningsförändringarna innebär att behoven av service och vård kommer att öka. Det är samhällets uppgift att ansvara för att dessa behov kan tillgodoses.

Jag vill också framhålla betydelsen av att kommuner och landsting aktivt omprövar sin användning av tillgängliga resurser mellan olika sektorer inom resp. huvudmans ansvarsområden. Här bör finnas vissa möjligheter att genom en förändrad prioritering frigöra resurser till förmån för den utveckling inom äldreomsorgen som jag här förordar.

Enligt min mening är det angeläget att kommuner och landsting vidtar aktiva åtgärder för att effektivisera sin service och vård till äldre. Den

inriktning av äldreomsorgen jag nu förordar kommer att innebära ett bättre resursutnyttjande inom samhällets samlade äldreomsorg. Utbyggnaden av den sociala hemtjänsten, primärvården och dagverksamheterna samt servicebostäder av olika slag möjliggör att hälso- och sjukvårdens institutionsvård inte behöver byggas ut i takt med befolkningsförändringarna, varigenom tillgängliga resurser kan användas på ett mer ändamålsenligt sätt. Uppföljningar och utvärderingar från olika delar av landet, som bl.a. Spri redovisat, ger underlag för bedömningen att utnyttjandet av både korttidssjukvårdens och den somatiska och psykiatriska långtidssjukvårdens resurser kan avlastas genom den nämnda utbyggnaden i förening med en väl utvecklad samverkan mellan olika berörda personalgrupper.

Den av mig förordade förändringen av uppgiftsfördelningen mellan landsting och kommuner bör också avsevärt kunna förbättra betingelserna för ett effektivt resursutnyttjande. En skyldighet för kommunen att planera äldreomsorgen tillsammans med landstinget kan också få stor betydelse i detta sammanhang. Jag återkommer till denna fråga i avsnitt 13.

Slutligen vill jag nämna den delegation som jag senare i dag ämnar föreslå regeringen att tillsätta för att bereda vissa frågor som rör en förändrad uppgiftsfördelning mellan huvudmännen m.m. I delegationens uppgifter bör även ingå att bereda frågan om de ekonomiska konsekvenserna av en förändring av uppgiftsfördelningen. Hit hör bl.a. frågan om de överföringar av resurser mellan landsting och kommuner som nu sker inom ramen för de samverkansavtal som träffats mellan huvudmännen.

Statens ekonomiska stöd till äldreomsorgen

Staten bidrar genom bl.a. vissa av de statliga bidragen till att huvudmännen kan fullgöra sina uppgifter inom äldreomsorgen.

Till huvudmännen för hälso- och sjukvården utgår enligt 2 kap. lagen (1962:39) om allmän försäkring vissa ersättningar från sjukförsäkringen. Dessa ersättningar lämnas i schabloniserad form och fördelas efter en behovsbaserad modell. Den senaste överenskommelsen mellan företrädare för sjukvårdshuvudmännen och staten gäller för åren 1988 och 1989. Överenskommelsen har redovisats till riksdagen (1987/88:69, SfU 13, rskr. 110). Till sjukvårdshuvudmännen lämnas bidrag för dessa år om sammanlagt 12 575 milj.kr. resp. 13 955 milj.kr.

Till landstingskommun och kommun som bedriver färdtjänst lämnas statsbidrag enligt kungörelsen (1974:840) om statsbidrag till färdtjänst. Statsbidrag utgår, såvida inte annat följer av en begränsningsregel, med 35 % av huvudmannens bruttodriftskostnader för färdtjänsten. För budgetåret 1987/88 uppgår anslaget till 460 milj. kr.

Statsbidrag lämnas vidare med 25 % av de kostnader kommunerna har för de kommunala bostadstilläggen (KBT) i intervallet mellan 80 kr. och 1 500 kr. per månad för ensamstående resp. mellan 80 kr. och 1 650 kr. för makar. De övre gränserna höjdes kraftigt från den 1 januari 1988. För budgetåret 1987/88 uppgår anslaget till 1 615 milj.kr.

Staten lämnar även bidrag till den sociala hemhjälpen enligt förordningen (1983:944) om statsbidrag till social hemhjälp. Med social hemhjälp avses

kommunernas verksamhet till hjälp åt äldre, handikappade och barnfamiljer, som har egen bostad. Statsbidraget består av två delar. Det är dels en prestationsrelaterad del i form av ett bidrag om för närvarande 34 000 kr. för varje årsarbetare inom den sociala hemhjälpen, dels ett schablonbidrag enligt regeringens årliga beslut på mellan 250 och 350 kr. per person i gruppen ålders- och förtidspensionärer. Hittills har ett bidrag om 250 kr. lämnats. Från anslaget utgår dessutom 20 milj. kr. för utvecklingsinsatser inom den sociala hemtjänsten.

Riksdagens socialutskott har i sitt betänkande (SoU 1987/88:15) lämnat förslag till förändringar i statsbidraget till den sociala hemhjälpen. Utskottet konstaterar att det råder en bred politisk enighet om att ålderdomshemmen kommer att behövas även i fortsättningen. Därför finns det anledning att göra vissa förändringar i statsbidragssystemet så att bidraget blir likvärdigt i förhållande till omsorgsform.

Utskottet anser det väsentligt att statsbidraget utformas så att det stimulerar kommunerna att bygga ut äldreomsorgen och då framför allt den del av äldreomsorgen som avser den personliga omvårdnaden och omsorgen.

Enligt utskottets mening bör statsbidraget utgå med 34 000 kr. per årsarbetare till service- och vårdpersonal inom såväl den sociala hemhjälpen som ålderdomshemmen. För att statsbidraget skall kunna hållas inom en i princip oförändrad medelsram kommer det nuvarande bidraget per pensionär att upphöra. Det resurstillskott som regeringen aviserade i budgetpropositionen (1987/88:100, bil. 7) om 275 milj. kr. är nödvändigt för att den av utskottet förordade omläggningen skall kunna genomföras. Liksom tidigare bör 20 milj. kr. utgå för utvecklingsinsatser inom den sociala hemtjänsten.

Utskottet konstaterar att den föreslagna omläggningen av statsbidraget medför ett ökat bidrag för vissa kommuner och ett minskat bidrag för andra. Dessa effekter bör enligt utskottets mening lindras så att inte förändringen får negativa följder för verksamhetens utveckling. Utskottet anser därför att de kommuner som förlorar på omläggningen under de två första åren efter de nya reglernas genomförande bör garanteras samma bidrag som de skulle ha fått enligt nu gällande regler. Inför det tredje året, när de nya reglerna slår igenom helt får enligt utskottet frågan om täckning av förluster omprövas. När det gäller de kommuner som vinner på omläggningen bör också vissa jämkningar göras. Det första året bör bidraget således öka med 1/3 av skillnaden mellan bidrag enligt de nya reglerna och bidrag enligt nuvarande regler. Det andra året bör bidraget öka med 2/3 av skillnaden för att sedan det tredje året slå igenom fullt ut.

Utskottet föreslår vidare att sammanlagt 200 milj. kr. tillförs kommunerna för åren 1989 och 1990 för personalutvecklande åtgärder inom äldreomsorgen. Dessa medel bör fördelas mellan kommunerna efter samma princip som idag gäller för schablondelen av statsbidraget.

Utskottet anför vidare att om riksdagen skulle besluta om förändringar i fråga om huvudmannaskapet för olika funktioner inom äldreomsorgen måste det göras en förutsättningslös översyn av de statsbidragsregler som utskottet föreslagit, så att statsbidragsregler anpassade till huvudmannaskapsförändringarna kan träda i kraft samtidigt med dessa. Utskottet anser att en eventuell sådan förändring av statsbidraget skall utformas så att bidraget blir

neutralt i förhållande till olika service- och vårdformer.

Enligt min mening medför den av utskottet förordade revideringen av statsbidraget till den sociala hemhjälpen att kommunerna ges förutsättningar att utveckla ett varierat utbud av boende- och vårdformer för äldre människor. Som jag nyss anfört kommer ålderdomshem att behövas även i framtidens äldreomsorg. Hemmen bör dock successivt utvecklas så att de kan erbjuda ett bra boende, eget hyreskontrakt på bostaden samt god service och vård. Statsbidragsförändringen i kombination med lånereglerna för byggande av ålderdomshem skapar förutsättningar för detta. Kommunerna ges möjligheter att med utgångspunkt i de förutsättningar som råder i varje enskild kommun utforma äldreomsorgen på bästa sätt.

Såsom jag tidigare redovisat avser jag att senare i dag föreslå regeringen att tillsätta en delegation för att bereda frågan om en förändring av huvudmannaskap m.m. inom äldreomsorgen. Delegationens arbete bör inriktas på att de förändringar som blir aktuella skall kunna genomföras fr.o.m. 1 januari 1991. I samband med detta kan förändringar av statsbidraget, som utskottet anfört, bli motiverade.

12 Uppföljning och utvärdering

Min bedömning: Samhällets uppföljning och utvärdering av äldreomsorgen behöver förbättras. Statistiken inom hälso- och sjukvård samt socialtjänsten bör samordnas för att förbättra möjligheterna till uppföljning inom äldreomsorgen.

Socialstyrelsen bör i samarbete med statskontoret se över nuvarande statistik för äldreomsorgen och föreslå hur ett framtida informations- och uppföljningssystem skall kunna utformas.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer i huvudsak med min bedömning.

Remissinstanserna: De remissinstanser som yttrat sig om statistikfrågor delar i huvudsak beredningens bedömning.

Skälen för min bedömning: Den nuvarande statistiken inom äldreomsorgen är sektoriellt uppbyggd vilket innebär att den är uppdelad i olika verksamhetsområden. Det är därför svårt att få en samlad bild av det totala service- och vårdutnyttjandet inom ett visst geografiskt område. Att göra sammanställningar av uppgifter från olika statistikkällor är tids- och resurskrävande, vilket försvårar möjligheterna att få en aktuell bild av förhållandena. Tillförlitligheten i statistiken är inte heller alltid så god som den bör vara. Vidare saknas löpande statistik över vilka grupper som utnyttjar olika tjänster.

Jag bedömer det vara av stor vikt att få en riktig bild av utvecklingen inom äldreomsorgen. Statistiken måste på ett bättre sätt än för närvarande spegla det aktuella läget och även innehålla uppgifter om planerade förändringar i verksamheten. Det är särskilt angeläget att statistiken belyser förhållanden som rör resurser, konsumtion och ekonomi. Av betydelse är vidare att

statistiken ger möjligheter till jämförelser mellan olika kommuner och landsting samt mellan olika enheter hos resp. huvudman. Sådana uppgifter är nödvändiga för att kunna utvärdera och fortlöpande följa upp utvecklingen inom äldreomsorgen. Det är en viktig uppgift för socialstyrelsen att följa och analysera utvecklingen på området. I detta arbete bör jämförelser mellan olika huvudmän bl.a. med hjälp av s.k. nyckeltal kunna utvecklas.

En viktig fråga när det gäller statistikinsamling är avvägningen mellan mängden insamlade uppgifter och uppgifternas kvalitet. En strävan bör vara att samla in ett begränsat antal uppgifter, som i gengäld håller hög kvalitet, är relevanta och har strategisk betydelse.

En översyn av den nuvarande statistiken inom äldreomsorgen bör komma till stånd med den utgångspunkt jag nu har redovisat. Jag avser att återkomma till regeringen med förslag om att ge socialstyrelsen i uppdrag att i samarbete med statskontoret se över nuvarande statistik vad gäller äldreomsorgen och föreslå hur ett informations- och uppföljningssystem skall utformas. Samråd bör därvid ske med statistiska centralbyrån, Spri, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet.

13 Planering i samverkan

Mitt förslag: Primärkommunen skall planera sina insatser för äldre. Planeringen skall utformas i samverkan med landstingskommunen samt andra samhällsorgan och organisationer. En bestämmelse härom förs in i socialtjänstlagen (1980:620).

Sambandet mellan kommunens och landstingskommunens planering av sina service- och vårdinsatser och kommunernas bostadsförsörjningsplanering bör förstärkas.

Planeringen bör utformas efter de lokala förutsättningarna.

Äldreberedningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med mitt förslag.

Remissinstanserna: Av trettiofyra remissinstanser, som yttrat sig om ett lagfäst planeringsansvar, tillstyrker tjugosex förslaget, medan två är emot och fem är tveksamma.

Skälen för mitt förslag: Primärkommunerna har ansvaret för socialtjänsten och landstingskommunerna ansvarar för hälso- och sjukvården. Härigenom är ansvaret för samhällets service och vård till äldre delat mellan två huvudmän.

Jag har tidigare framhållit att den service och vård som samhället erbjuder äldre står inför betydande förändringar. För att skapa goda förutsättningar för genomförande av dessa förändringar har jag förordat en betydande överflyttning av ansvar och uppgifter från landstingskommuner till primärkommuner. Avsikten med detta är att det politiska och ekonomiska ansvaret för äldreomsorgen skall bli mer enhetligt än för närvarande. Enligt min bedömning skulle en sådan förändring avsevärt förbättra möjligheterna till samordning och samverkan inom samhällets service och vård till äldre.

Jag vill dock framhålla att alla problem som för närvarande finns på

området inte löses genom den förordade förändringen. Även i framtiden kommer behovet av samordning mellan länssjukvårdens olika kliniker och den lokala servicen och vården att vara betydande. Om primärkommunerna stegvis skall ersätta delar av den vård, som nu bedrivs inom landstingskommunernas länssjukvård, med alternativ inom socialtjänsten föreligger behov av samordning och planering. För att en sådan process skall kunna genomföras utan att äldre skall riskera att fara illa krävs en väl fungerande och mellan huvudmännen samordnad planering.

Det finns även påtagliga funktionella samordningsbehov mellan socialtjänsten och primärvården å den ena sidan och länssjukvårdens olika kliniker såsom medicin-, kirurg- och ortopedkliniker samt psykiatriska och geriatriska kliniker å andra sidan. Det kan t.ex. vara fråga om att utveckla de rehabiliterande inslagen i service och vård till äldre samt att förbättra vården för människor med åldersdemens. Samverkan mellan personal inom dessa olika delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten är av stor betydelse för att äldreomsorgen skall fungera väl.

Samordningsbehov mellan olika kommunala facknämnder samt mellan kommunen och landstingets primärvård kommer även framdeles att vara uttalade.

Förändringar i befolkningens sammansättning kommer att ställa stora krav på äldreomsorgens resurser. Mycket talar för att utvecklingen framöver måste ske under relativ knapphet vad gäller ekonomiska och personella resurser. Enligt min mening är det nödvändigt att gemensamma prioriteringar läggs till grund för huvudmännens verksamhetsutveckling. Gemensamma avvägningar av hur personalbehoven skall kunna tillgodoses och hur det tillgängliga ekonomiska utrymmet bäst skall användas är ytterligare motiv för en samordnad planering.

Slutligen vill jag framhålla att det är av stor betydelse att de organisationer som företräder äldre människor ges tillfälle att tillsammans med huvudmännen i ett sammanhang överväga utvecklingen av samhällets service och vård till äldre. Jag vill understryka att det är de enskildas behov av service och vård, som skall utgöra utgångspunkt i planeringen. En aktiv medverkan från pensionärsorganisationerna och från andra berörda parter i samhället ser jag därför som mycket angelägen.

Landstingskommunerna har enligt 7 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skyldighet att planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Denna planering omfattar självfallet även äldre människors behov av hälso- och sjukvård. Enligt 8 § skall landstingskommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Socialtjänstlagen (1980:620) ger primärkommunerna ett omfattande ansvar för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Socialnämnden skall verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. För primärkommunerna finns för närvarande emellertid ingen skyldighet att planera socialtjänstens insatser för äldre människor annat än på individnivå.

I samband med socialtjänstlagens införande övervägdes behovet av

särskilt reglerad planering av den kommunala äldreomsorgen. Åtskilliga remissinstanser framförde att det borde införas en lagstadgad sådan skyldighet, i likhet med vad som gäller för barnomsorgen. Föredragande departementschefen förordade emellertid i socialtjänstpropositionen (1979/80:1) att planeringen av äldreomsorgen borde ingå som en naturlig del i planeringen av hela socialtjänsten och hänvisade till pågående planeringsaktiviteter i kommunerna samt till ett då aktuellt samarbetsprojekt mellan centrala myndigheter och organisationer. I detta samarbetsprojekt, Primärvård – äldreomsorger, förordades en samordning av huvudmännens verksamhetsplanering. I samband med projektet rekommenderade Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet sina medlemmar att i samarbete planera utvecklingen av äldreomsorgen.

Jag har erfarit att bostadsstyrelsen och socialstyrelsen i en ännu icke publicerad rapport till regeringen redovisar att ca 70 % av kommunerna numera har utarbetat äldreomsorgsplaner eller program på området. Alla är dock inte antagna av kommunfullmäktige eller kommunstyrelse. I tre av fyra kommuner har planen tagits fram i samarbete med landstingskommunen. Detta visar att flertalet huvudmän nu uppmärksammat behovet av planering på äldreomsorgsområdet.

Jag finner det emellertid angeläget att huvudmännen intensifierar sin planering av insatserna för äldre samt att planeringen bedrivs i nära samverkan mellan huvudmännen. Landstingskommunen har för närvarande en lagfäst skyldighet att planera sina insatser i samverkan med andra samhällsorgan, bl.a. med primärkommunen. Jag föreslår att primärkommunen åläggs skyldighet att planera sina insatser för äldre i samverkan med bl.a. landstingskommunen. En föreskrift härom bör tas in i socialtjänstlagen. Härigenom får både landstingskommun och primärkommun ett lagfäst ansvar att i samverkan planera sina insatser för äldre.

Behovet av samordning med näraliggande områden bör även beaktas. Jag tänker här särskilt på utvecklingen inom den psykiatriska vården och handikappomsorgerna.

Planeringsskyldigheten bör inte ytterligare preciseras genom på central nivå särskilt utfärdade bestämmelser. Svenska kommunförbundet och statskontoret har i sina remissvar anfört betänkligheter mot ett nytt omfattande och formaliserat planeringssystem. Med tanke på de skilda förutsättningar kommunerna och landstingen har är det enligt min mening nödvändigt att dessa själva kan bestämma form, avgränsning och uppläggning av sin planering.

En skyldighet för kommunerna att upprätta en plan för sina insatser för äldre människor behöver inte heller innebära att kommunerna åläggs att utarbeta ett särskilt plandokument för äldreomsorgen.

Min bedömning är att planeringsarbetet bör kunna bedrivas på kommunnivå eller i större kommuner på kommundelsnivå. Planeringen bör förutom huvudmännens lokala resurser även omfatta de vårdresurser som visserligen finns inom länssjukvården, men som har stor betydelse för den lokala servicen och vårdens utveckling. Utgångspunkten bör vara äldre människors behov av service och vård, oberoende av i vilken form eller hos vilken huvudman behoven tillgodoses.

Planeringen av äldreomsorgen bör knytas nära till annan planering i kommunen, i första hand kommunens bostadsförsörjningsplanering. Jag har erfarit att det för närvarande inte sällan finns brister i samordningen mellan bostadsförsörjningsplaneringen och kommunernas och landstingskommunernas verksamhetsplanering. Det är därför viktigt att den här förordade planeringen samordnas med primärkommunernas bostadsförsörjningsplanering. Härigenom kan en ömsesidig anpassning av förändringarna inom service- och vårdområdet och bostadssektorn komma till stånd. Det är också angeläget att planeringen av äldreomsorgen knyts an till de tillgänglighetsplaner, som kommunerna kan upprätta för att förbättra tillgängligheten i bostadsområden för personer med handikapp. Den planering som jag nu förordar bör vidare kunna utgöra ett viktigt underlag i den översiktsplanering som kommunerna förutsätts bedriva enligt plan- och bygglagen (1987:10).

14 Forsknings- och utvecklingsarbete

Min bedömning: Socialstyrelsen bör på central nivå svara för samordning av dokumentation och information om forsknings- och utvecklingsarbete inom äldreområdet.

Utvecklingsarbete och försöksverksamhet inom äldreområdet bör utgöra naturliga inslag i verksamheten hos de huvudmän som ansvarar för service och vård. Samordning av utvecklingsarbetet på regional nivå bör eftersträvas. Socialstyrelsen bör initiera och utvärdera sådant regionalt samarbete. Styrelsen bör för ändamålet disponera tre milj. kr. årligen under en tvåårsperiod av utvecklingsmedlen inom ramen för statsbidraget till den sociala hemhjälpen.

Äldreberedningens bedömning: Överensstämmer till sin inriktning med min bedömning.

Remissinstanserna: Tillstyrker i allt väsentligt beredningens bedömning.

Skälen för min bedömning: Ökade kunskaper behövs för att kunna utveckla äldreomsorgen. Inte minst behövs kunskaper om hur den enskilde upplever den förändrade utformningen av service- och vårdinsatserna. Det är därför angeläget med satsningar på forsknings- och utvecklingsverksamhet inom äldreområdet.

Äldre människors situation och roll i samhället bör studeras med avseende såväl på de äldres sociala nätverk som samspelet mellan formell och informell service och vård. Det behövs kartläggningar och analyser av hur samhällets insatser för de äldre fördelas mellan olika grupper. Vidare måste bättre metoder utvecklas för att mäta och värdera behov av olika service- och vårdinsatser, inte minst vad gäller de allra äldsta och äldre invandrare. Beskrivningar, analyser och utvärderingar av både traditionella och nya verksamheter behöver göras liksom studier av äldre människors möjligheter till inflytande i olika service- och vårdsituationer. Kunskaper om hur rehabiliteringen för äldre människor kan utvecklas är nödvändiga tillsammans med studier av effekter av förebyggande aktiviteter. Den pågående

omstruktureringen av service och vård medför behov av studier kring organisation, beslutsprocesser, ekonomi, effekter samt personal- och arbetsmiljöfrågor. Såväl partsekonomiska som samhällsekonomiska analyser är nödvändiga, exempelvis för att klarlägga hur avgifter, skatter och bidrag påverkar olika grupper och vilka effekter detta får för utnyttjandet av service och vård. Studier som belyser styreffekter av befintliga eller alternativa institutionella system är också angelägna. Självfallet behövs det både metodologisk och teoretisk grundforskning om åldrandet, om äldre människors levnadsförhållanden och om service och vård.

Forskningen om äldres levnadsförhållanden och om service och vård har framför allt finansierats av Delegationen för social forskning (DSF). Andra finansiärer har varit Medicinska forskningsrådet, Riksbankens jubileumsfond, Byggforskningsrådet och Humanistiskt-samhällsvetenskapliga forskningsrådet. Forskningsrådsnämnden (FRN) har bl.a. samordnat finansieringen av vissa större projekt. Under 1980-talet har forskningsråden avsatt större resurser till äldreforskningen än tidigare.

En del stora projekt har haft tvärvetenskaplig karaktär. På några orter, t.ex. vid universiteten i Göteborg, Lund och Uppsala, finns också informella grupper av forskare från olika institutioner som regelbundet utbyter erfarenheter. Det finns även exempel på ett mer strukturerat tvärvetenskapligt samarbete mellan olika institutioner, liksom på utvecklat samarbete i forskningsfrågor mellan kommuner, landsting och universitet. Även enskilda kommuner och landsting har organiserade former för forsknings- och utvecklingsarbete med tvärvetenskaplig inriktning.

Bl.a. på grund av äldreforskningens tvärvetenskapliga karaktär bör det utarbetas ett samlat program på liknande sätt som skett inom handikappforskningen. Regeringen har därför nyligen gett DSF och FRN i uppdrag att utarbeta ett sådant initiativprogram. Detta skall innehålla en kartläggning och värdering av nuvarande äldreforskning samt förslag till samordning och prioriteringar av angelägna områden för den fortsatta forskningen.

Den långsiktiga kompetensuppbyggnaden inom olika forskningsområden är angelägen. Stöd till en sådan utveckling ges i form av anmaningar till sektorsforskningsorganen att i ökad utsträckning göra långsiktiga åtaganden såsom att finansiera tjänster inom universitet och högskolor. Genom sådana åtgärder kan rekryteringen av forskarstuderande till området underlättas.

Det är önskvärt att äldreforskningen har nära anknytning till högskolan, särskilt till de institutioner som utbildar personal för service och vård. Det är likaså viktigt med en nära anknytning till den praktiska verksamheten, exempelvis genom att yrkesföreträdare och ansvariga för olika verksamheter inom kommuner och landsting ingår i projektorganisationer. Vidare bör huvudmännen stimulera sin personal till fort- och vidareutbildning för att på så sätt utveckla kontakterna mellan verksamheten, utbildningen och forskningen.

I kommuner och landsting pågår ett omfattande utvecklingsarbete i fråga om service och vård till äldre. Huvuddelen av detta arbete finansierar huvudmännen själva. Sedan år 1984 finns särskilda utvecklingsmedel inom ramen för statsbidraget till den sociala hemhjälpen, vilka har stimulerat utvecklingsarbetet inom kommunerna. Hittills har 70 milj. kr. fördelats till

sammanlagt ca 315 projekt. Många kommuner har fått stöd till en översyn av äldreomsorgen och till en förbättrad samverkan mellan olika verksamheter och organisationer. Utifrån erfarenheterna från genomförda och pågående projekt koncentreras bidragsgivningen numera till ett mindre antal delområden.

Det utvecklingsarbete som bedrivs av enskilda kommuner formas utifrån de lokala förutsättningarna. I synnerhet för mindre kommuner kan det dock vara svårt att upprätthålla beredskapen och kompetensen för ett kontinuerligt och till sitt innehåll växlande förändringsarbete. Även andra kommuner har behov av exempelvis metodologiskt stöd och av att kunna få del av andras erfarenheter. Svenska kommunförbundet har initierat en stödorganisation, där personer som är engagerade i likartade utvecklingsarbeten inom olika kommuner, träffas regelbundet för att utbyta erfarenheter och få stimulans i det fortsatta arbetet. Detta arbetssätt kan kombineras med fortbildningsinsatser såsom i den handläggarutbildning som Spri bedriver tillsammans med Svenska kommunförbundet och med ekonomiskt stöd från regeringen. Det är också önskvärt att mer systematiskt främja utvecklingsarbete inom ett län eller inom en region, som ett led i att utjämna de mellankommunala variationerna i fråga om utbud, arbetsorganisation m.m.

Från utvecklingsmedlen till den sociala hemhjälpen har getts bidrag till några helt eller delvis länsövergripande samordningsprojekt. Ett par ansökningar om bidrag till skapandet av utvecklingscentra för social hemtjänst och hemsjukvård har nyligen inkommit. Jag ser uppenbara fördelar om det på detta sätt kan byggas upp ett ändamålsenligt och samordnat stöd för det långsiktiga utvecklingsarbetet i samverkan mellan kommuner, landsting och högskolor. Den fortsatta bidragsgivningen bör därför bl.a. syfta till att stödja uppbyggnaden av en regionalt samordnad utvecklingsverksamhet, där inte minst kopplingen mellan forskare och praktiker kan få stor betydelse. I ett sådant arbete har socialstyrelsen en viktig roll som idégivare och som central förmedlare av kunskaper och erfarenheter. Det är därför min avsikt att föreslå regeringen att låta socialstyrelsen för detta ändamål disponera 3 milj. kr. av utvecklingsmedlen inom ramen för statsbidraget till den sociala hemhjälpen under vardera av de kommande två budgetåren.

Vid sidan av denna regionala organisation för kunskapsuppbyggnad och erfarenhetsutbyte är det angeläget att skapa ett centralt sammanhållet system som kan tillhandahålla en kontinuerligt uppdaterad information om forsknings- och utvecklingsarbete inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen har nyligen på initiativ av DSF påbörjat uppbyggnaden av ett sådant system. Syftet med detta bör även vara att stimulera till ökade kontakter mellan dem som berörs och att främja personalens delaktighet och engagemang i förändringsarbetet. Socialstyrelsen bör ge hög prioritet åt att i samarbete med berörda intressenter utveckla detta informationssystem.

15 Upprättade lagförslag

I enlighet med vad jag nu har anfört har inom socialdepartementet upprättats förslag till

1. lag om ersättning och ledighet för närstående vård,

2. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
3. lag om ändring i lagen (1981:691) om socialavgifter,
4. lag om ändring i kommunalskattelagen (1928:370),
5. lag om ändring i semesterlagen (1977:480),
6. lag om ändring i studiestödslagen (1973:349),
7. lag om ändring i utsökningsbalken,
8. lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620).

Förslagen har upprättats
nr 1 i samråd med chefen för socialdepartementet och, såvitt avser ledighet från anställning, chefen för arbetsmarknadsdepartementet,
nr 2, 3 och 8 i samråd med chefen för socialdepartementet,
nr 4 i samråd med chefen för finansdepartementet,
nr 5 i samråd med chefen för arbetsmarknadsdepartementet,
nr 6 i samråd med chefen för utbildningsdepartementet och
nr 7 i samråd med chefen för justitiedepartementet.

Lagförslagen under 1 (bestämmelserna om ledighet från anställning), 4,5 och 7 faller inom lagrådets granskningsområde. Förslagen är emellertid av sådan beskaffenhet att jag anser att lagrådets hörande skulle vara utan betydelse.

16 Specialmotivering till lagförslagen

16.1 Förslaget till lag om ersättning och ledighet för närståendevård

3 §

Lagen avser endast vård som lämnas inom riket.

Vidare skall såväl den närstående vårdaren som den vårdade vara inskrivna hos allmän försäkringskassa enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, AFL. Villkoret innebär bl.a. krav på att båda är bosatta i riket och har uppnått den åldersgräns på 16 år som föreskrivs i 1 kap. 4 § AFL.

4 §

Paragrafen anger de grundläggande förutsättningarna för rätt till ersättning.

En förutsättning för rätten till ersättning, och därmed också för rätten till ledighet, är att vården lämnas till en svårt sjuk person. Med uttrycket förstås i detta sammanhang att den vårdades hälsotillstånd är så nedsatt att det föreligger ett påtagligt hot mot den sjukes liv. Om så är fallet skall bedömas utifrån den sjukes individuella förutsättningar. En sjukdom, som om den drabbar en yngre och i övrigt frisk person får ett lindrigt förlopp, kan för en äldre eller redan tidigare sjuklig person vara livshotande. Kravet på att det skall föreligga ett påtagligt hot mot den sjukes liv som förutsättning för att lagens förmåner skall kunna tas i anspråk utesluter inte fall där hopp finns om en förbättring av hälsotillståndet. Det krävs vidare inte att hotet skall innebära en i tiden omedelbart föreliggande fara för den sjukes liv. Även sjukdomstillstånd som kan förväntas gå in i ett akut skede först efter någon

tid kan uppfylla lagens villkor. Som exempel härpå har jag i den allmänna motiveringen pekat på cancersjukdomar. Det ligger i sakens natur att en svårt sjuk person som skall vårdas i hemmet inte ständigt är i behov av omfattande sjukvårdande insatser. T.ex kan detta bero på att vissa kvalificerade insatser inte längre bedöms vara meningsfulla. Det kan också bero på att s.k. växelvård bedöms vara en lämplig vårdform. Med växelvård avses att patienten tidvis är föremål för vårdinsatser på ett sjukhus medan han tidvis ges vård i hemmet. För rätt till ersättning fordras att allvaret i sjukdomstillståndet styrks genom ett läkarutlåtande eller undantagsvis på annat sätt. Till detta återkommer jag vid 14 §.

Den person som ger vården skall vara närstående i förhållande till den sjuke. I begreppet närstående ligger att vårdaren och den sjuke skall ha nära relationer till varandra. Hit hör av naturliga skäl främst anhöriga, dvs. makar, föräldrar, barn, syskon etc. Även andra kategorier är emellertid att räkna som närstående i lagens mening. Goda vänner och grannar utan släktrelationer till den sjuke kan vara att hänföra till denna grupp. Någon utredning huruvida den som önskar vårda en svårt sjuk person är att anse som närstående skall normalt inte behöva göras. En uppgift i ansökan bör i regel vara tillräcklig. Det får nämligen som regel förutsättas att den som är beredd att bistå den sjuke, på det sätt som det här är fråga om, också har sådana relationer till den sjuke som fordras enligt lagen. Självfallet måste det också förutsättas att vården kommer till stånd i samförstånd mellan alla berörda, dvs. den sjuke eller dennes företrädare, den tilltänkte vårdaren, medicinskt ansvariga samt den sociala hemtjänsten. Som framgår av 15 § skall den sjuke, om han är i stånd därtill, ge sitt samtycke till vården.

Uttrycket vård har i detta sammanhang en vid mening. Något krav på att vårdinsatserna helt eller delvis skall bestå av traditionella sjukvårdande åtgärder ställs inte. Insatserna får nämligen antas komma att i främsta rummet koncentreras till tillsyn och omvårdnad. Vårdrekvisitet i lagen får alltså anses uppfyllt redan genom samvaron mellan vårdaren och den sjuke. Ärenden som vårdaren uträttar åt den sjuke, t.ex. apoteksbesök eller matinköp, ingår i begreppet vård enligt denna lag även om samvaron mellan vårdaren och den sjuke bryts för en kortare tid. Att samhället ställer vårdpersonal till förfogande vid samma tidpunkt, som den närstående ger vård åt den sjuke, utgör inte hinder för lagens tillämpning. Vård av sjukvårdande karaktär och hjälp från den sociala hemtjänsten är ofta nödvändig vid sidan av de vårdinsatser, som den närstående kan göra.

Vården skall bedrivas i hemmet. Härmed avses en enskild persons hem. Från lagens tillämpningsområde undantas alltså vårdinsatser som görs på sjukvårdsinrättningar, ålderdomshem eller andra offentliga eller privata institutioner, där personal finns tillgänglig dygnet runt. Till sådana institutioner räknar jag däremot inte t.ex. eget boende i servicelägenheter, servicehus eller gruppboende. Det krävs inte att vården skall ges i just vårdarens eller den sjukes bostad. Är det av olika skäl lämpligare att vården lämnas hemma hos en tredje person, som är villig att upplåta sin bostad, möter inte detta något hinder. Ersättning utges även i ett sådant fall. Det behöver vidare inte vara fråga om permanentbostäder. Även tillfälliga bostäder, såsom en sommarbostad, omfattas. Avsikten är att vårdaren skall få del av lagens

förmåner också när han följer med den sjuke vid de resor som äger rum i samband med att vård i hemmet börjar eller slutar. Om den sjuke har vårdats eller skall vårdas på en vårdinrättning får resan anses påbörjad och avslutad när den sjuke lämnar resp. återkommer till inrättningen. Förmånerna utges också under vårdtiden när vårdaren följer med den sjuke utanför hemmet, t.ex. vid läkarbesök.

För rätt till ersättning förutsätts att vårdaren avstår från sitt förvärvsarbete på grund av den påtagna uppgiften att vårda den sjuke. Detta innebär att ersättning inte kan utges för de dagar som vårdaren inte skulle ha förvärvsarbetat. Som jag tidigare redogjort för i den allmänna motiveringen (avsnitt 10.2) förekommer det att såväl primärkommuner som landstingskommuner utger stöd i skilda former för vård som lämnas en sjuk person av en närstående. Ibland väljer huvudmännen att utforma stödet på det sättet att den närstående vårdaren anställs för att utföra vårdinsatsen. Stundom tar sig stödet uttryck i ett ekonomiskt bidrag som utges för vården, s.k. hemsjukvårdsbidrag, hemvårdsbidrag eller motsvarande. I den mån ett anställningsförhållande föreligger kan den närstående vårdaren inte för samma tid som anställningen gäller anses avstå från förvärvsarbete i lagens bemärkelse. Ett ekonomiskt bidrag av det slag jag nyss nämnt kan däremot förenas med kravet på att vårdaren skall avstå från förvärvsarbete.

I paragrafens andra stycke regleras när avstående från studier ur ersättningssynpunkt skall likställas med avstående från förvärvsarbete.

6 §

I likhet med vad som gäller för den tillfälliga föräldrapenningen är antalet dagar med ersättning knutet till den som vårdas. Ersättning skall kunna utges för högst 30 dagar sammanlagt. Begränsningen gäller således inte per år utan gäller för varje vårdad totalt.

Antalet dagar med ersättning kan delas mellan flera närståendevårdare. Det får förutsättas att vården föregås av samråd mellan de berörda och anpassas på ett så ändamålsenligt sätt som möjligt. Som jag återkommer till under 15 § skall den sjuke vanligtvis ge sitt samtycke till vården.

7 §

I paragrafens första stycke anges hur mycket en närståendevårdare skall ha minskat sitt förvärvsarbete för att bli berättigad till ersättning. Hel ersättning utges om vårdaren har behövt avstå från förvärvsarbete under en hel dag för vårdens skull. Om vårdaren har behövt avstå från minst hälften eller en fjärdedel av arbetstiden utges halv resp. fjärdedels ersättning.

Ersättningen enligt förevarande lag är utformad som en ersättning för inkomstbortfall. I paragrafens andra stycke har därför tagits in en föreskrift om att samma vårdare inte får tillgodoräkna sig ytterligare ersättning om han vårdar flera sjuka under samma tid.

8 §

I likhet med vad som gäller enligt det sedan den 1 december 1987 gällande systemet för beräkning av sjukpenning och tillfällig föräldrapenning skall ersättningen enligt denna lag timberäknas i den mån den närstående vårdaren har en sjukpenninggrundande inkomst, som helt eller delvis är att hänföra till anställning. I likhet med vad som gäller för tillfällig föräldrapenning skall någon begränsning till en period om högst 14 dagar inte förekomma vid beräkning av ersättning enligt detta stycke, utan timberäkning skall tillämpas för hela den tid som ersättningen skall utges.

Paragrafens andra stycke anger hur ersättning beräknas för en närståendevårdare som enbart har sjukpenninggrundande inkomst av annat förvärvsarbete. Ersättningen utges då i enlighet med 3 kap. 4 § första stycket AFL.

9 §

Paragrafen, som har utformats efter mönster av 4 kap. 14 a § AFL, innehåller vissa undantag från timberäkning av ersättning. I denna del hänvisas till vad som sagts i lagstiftningsärendet då nämnda lagrum infördes (prop. 1986/87:69, SfU 12, rskr. 182).

10 §

Av paragrafen framgår att ersättning inte kan betalas ut till flera närståendevårdare för samtidig vård av samma person. Föreskriften hindrar däremot inte att en vårdare tar ut ersättning för en del av dagen medan ytterligare en vårdare tar ut ersättning för en annan del av samma dag.

11 §

Paragrafen innehåller regler om samordning med andra förmåner. Den innebär att ersättning inte utges i den mån den närstående vårdaren för samma tid erhåller t.ex. sjukpenning eller föräldrapenningförmåner. Som framgår av sista meningen föreligger däremot inte hinder mot att t.ex. halv tillfällig föräldrapenning utges för en viss del av dagen och halv ersättning enligt denna lag lämnas för en annan del av samma dag.

12 §

Hänvisningen till 3 kap. 15 § första stycket a)–d) och tredje stycket AFL medför bl.a. att ersättning inte kan utges för tid då den närstående vårdaren fullgör värnpliktstjänstgöring.

14 §

Det är sökanden som skall styrka att den sjukes hälsotillstånd är sådant som förutsätts enligt 4 §. Till ansökan skall därför fogas ett läkarutlåtande av en läkare som ansvarar för den sjukes vård och behandling. Utlåtandet skall

lämna upplysning om sjukdomstillståndet. Om det inte av läkarutlåtandet framgår att de medicinska förutsättningarna enligt 4 § är uppfyllda får försäkringskassan hämta in kompletterande utredning. Denna kan bestå av t.ex. kontakter med den läkare som har utfärdat utlåtandet.

I andra stycket föreskrivs om undantag från kravet på läkarutlåtande. Undantag gäller om försäkringskassan redan har eller lätt kan få tillräcklig utredning om förhållande som avses i första stycket. Så kan vara fallet t.ex. när kassan tidigare haft ett ärende om ersättning enligt denna lag som avsett samma sjuka person.

15 §

Paragrafen innehåller som huvudregel att den sjukes samtycke till vården skall föreligga i ersättningsärendet hos försäkringskassan. Sådant samtycke bör i allmänhet ges i skriftlig form. Undantagsvis får muntlig uppgift till försäkringskassan om att samtycke föreligger godtas. Detta kan bli aktuellt när den sjuke av olika skäl inte kan skriva sitt namn.

Om den sjukes hälsotillstånd är sådant att han inte kan lämna sitt samtycke skall i stället detta framgå. En sådan uppgift kan lämpligen lämnas av den behandlande läkaren, distriktssköterska eller annan som känner den sjukes situation väl.

16 §

I likhet med vad som gäller för bl.a. sjukpenning och föräldrapenningförmåner enligt AFL innehåller första stycket i förevarande paragraf en huvudregel om att ersättning inte får utges för tid, innan anmälan om vården gjorts hos försäkringskassan. Om det har förelegat hinder för att göra anmälan eller om annars särskilda skäl motiverar att ersättning utges kan undantag från huvudregeln göras. Som vägledning för tillämpningen av undantagsregeln finns en omfattande rättspraxis beträffande sjukpenning och föräldrapenningförmåner.

17 §

Paragrafens innehåll motsvarar i sak reglerna om återbetalningsskyldighet i 20 kap. 4 § AFL.

20 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om omfattningen av rätten till ledighet. Ledighetsrätten är kopplad till ersättningsrätten. En arbetstagare, som genom beslut av försäkringskassan beviljats ersättning, kan antingen vara helt ledig från sitt arbete eller arbeta halvtid eller trekvartstid. Rätt till ledighet är för handen även om försäkringskassans beslut är av provisoriskt slag. Detsamma gäller om försäkringskassans bifallsbeslut har överklagats, under förutsättning att inte kassan eller försäkringsdomstol enligt 18 § andra stycket har förordnat om inhibition av ersättningsbeslutet.

Av paragrafen framgår att arbetstagaren själv kan avgöra vilken tid som ledigheten skall avse. Härmed avses ledighetens förläggning till såväl veckodag som tidpunkt på dygnet. I begreppet "förkortning av arbetstiden" ligger normalt att avkortningen i princip tas ut dagligen, dvs. sprids jämnt över arbetsveckans samtliga dagar. Det får vidare antas att arbetstagaren som regel väljer att förlägga partiell ledighet till antingen arbetsdagens början eller dess slut. Om arbetstagaren emellertid av olika skäl skulle föredra en annan förläggning av arbetstidsförkortningen än vad som nu sagts skall detta godtas.

22 §

Paragrafen innehåller en ordningsregel om arbetstagarens skyldighet att underrätta arbetsgivaren om när och hur länge han vill vara ledig. I sakens natur ligger att behovet av en ledighet för nu avsett ändamål kan uppkomma hastigt. En närståendes sjukdom kan t.ex. gå in i ett slutskede. Till skillnad från andra ledighetslagstiftningar innehåller förevarande lag därför inte några regler om bestämda tidsfrister för underrättelseskyldighet gentemot arbetsgivaren, vare sig beträffande uttagande av ledigheten eller återgång i arbete efter ledighetens slut. I den mån arbetstagaren i förväg kan planera sin ledighet föreligger emellertid en skyldighet att så snart som möjligt underrätta arbetsgivaren om när ledigheten skall tas ut. Kan arbetstagaren dessutom ge besked om hur länge vården skall pågå skall han även meddela arbetsgivaren om ledighetsperiodens längd.

24–27 §§

I paragraferna regleras frågor om anställningsskydd m.m., skadestånd och rättegång. Föreskrifterna har sin motsvarighet i annan ledighetslagstiftning, bl.a. i föräldraledighetslagen.

16.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

11 kap.

2 §

Den ersättning som utges enligt lagen om ersättning och ledighet för närståendevård skall vara pensionsgrundande. I förevarande paragraf har därför tagits in en föreskrift om att ersättningen skall anses såsom inkomst av anställning. I paragrafen har också en redaktionell ändring gjorts. Ordet "föräldrapenning" har ändrats till "föräldrapenningförmåner" i enlighet med den terminologi som numera förekommer i AFL.

19 kap.

2 §

Kostnaderna för ersättning enligt lagen om ersättning och ledighet för närståendevård skall, liksom kostnaderna för sjukförsäkringen, till viss del

täckas av statsmedel. Paragrafen har av denna anledning kompletterats. I paragrafen föreslås vidare en terminologisk ändring i enlighet med regeringens proposition (1987/88:116) om studiemedel. Beteckningen "återbetalningspliktiga studiemedel" byts ut mot "studielån".

16.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1981:691) om socialavgifter

4 kap.

1 §

Av paragrafen framgår att sjukförsäkringsavgifterna även skall användas för att täcka kostnaderna för ersättning enligt lagen om ersättning och ledighet för närståendevård i den mån kostnaderna inte, som jag nyss behandlat, täcks av statsmedel. I paragrafen föreslås även en terminologisk justering i enlighet med regeringens proposition (1987/88:116) om studiemedel. Beteckningen "återbetalningspliktiga studiemedel" byts ut mot "studielån".

16.4 Förslaget till lag om ändring i kommunalskattelagen (1928:370)

19 §

Genom ändringen likställs hemvårdsbidrag som utges av en primärkommun med hemsjukvårdsbidrag som lämnas av en landstingskommun. Även hemvårdsbidraget undantas således från skatteplikt om det betalas ut till den vårdbehövande. I paragrafen föreslås även en terminologisk justering i enlighet med regeringens proposition (1987/88:116) om studiemedel. Beteckningen "återbetalningspliktiga studiemedel" byts ut mot "studielån".

Anvisningar till 32 §

12

Den ersättning som utges enligt lagen om ersättning och ledighet för närståendevård skall vara skattepliktig. I denna punkt har därför tagits in en föreskrift om att ersättningen utgör skattepliktig intäkt av tjänst. I punkten har också en redaktionell ändring gjorts. Ordet "föräldrapenning" har ändrats till "föräldrapenningförmåner" i enlighet med den terminologi som numera förekommer i AFL.

16.5 Förslaget till lag om ändring i semesterlagen (1977:480)

17 §

Frånvaro från arbetet skall vara semesterlönegrundande när det är fråga om ersättning och ledighet för närståendevård. Paragrafen har därför kompletterats med en sådan föreskrift.

16.6 Förslaget till lag om ändring i studiestödslagen (1973:349)

3 kap. 31 §
4 kap. 44 §
7 kap. 17a §

Ändringarna innebär att en studerande har rätt att behålla angivna studieförmåner också vid ledighet för närståendevård. Förutsättningen enligt 7 kap. 17a § är att den studerande har avstått från studierna för att klara detta och att han i övrigt uppfyller de villkor som ställs för rätt till förmånerna enligt lagen om ersättning och ledighet för närståendevård. Ändringarna i 3 kap. 31 § och 4 kap. 44 § behöver inte närmare kommenteras.

16.7 Förslaget till lag om ändring i utsökningsbalken

7 kap. 1 §
15 kap. 2 §

Ändringen innebär att löneutmätning eller införsel får äga rum även i ersättning som utges enligt lagen om ersättning och ledighet för närståendevård, såsom redan är fallet med t.ex. sjukpenning och föräldrapenningförmåner.

16.8 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

Äldreomsorgens planering ingår som en viktig del i socialtjänstens verksamhetsplanering. Det kommunala ansvaret för planering av samhällets insatser i kommunen för äldre har av skäl som angetts i det föregående (avsnitt 13) ansetts böra komma till uttryck i socialtjänstlagen (1980:620) och innefatta en skyldighet att samverka med bl.a. landstingskommunen. Detta har skett genom tillägg av en ny paragraf, 20 a §. Betydelsen av att kommunen nära samverkar med landstingskommunen har tidigare utförligt framhållits (avsnitt 13). Likaså har där understrukits det angelägna i att de organisationer som företräder de äldre får tillfälle att delta i planeringsarbetet.

Syftet med kommunens planering skall vara att tillgodose äldre människors behov av boende, service och vård. I paragrafen ställs inte upp några krav på formerna för planeringen, men den bör ha sin utgångspunkt i de lokala förutsättningarna. Kommunen avgör alltså själv hur planeringsarbetet skall bedrivas. Det kan dock vara lämpligt att kommunen samordnar denna planering med annan planering som kommunen är skyldig att svara för, exempelvis enligt lagen (1947:523) om kommunala åtgärder till bostadsförsörjningens främjande m.m. och plan- och bygglagen (1987:10).

17 Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen

dels föreslår riksdagen att anta förslagen till

1. lag om ersättning och ledighet för närståendevård,
2. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,

3. lag om ändring i lagen (1981:691) om socialavgifter,
4. lag om ändring i kommunalskattelagen (1928:370),
5. lag om ändring i semesterlagen (1977:480),
6. lag om ändring i studiestödslagen (1973:349),
7. lag om ändring i utsökningsbalken,
8. lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620),

dels föreslår riksdagen godkänna de riktlinjer som jag förordat för

9. utvecklingen av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser för äldre (avsnitten 6, 7.1, 8.1, samt 10.1).

Vidare hemställer jag att regeringen bereder riksdagen tillfälle att ta del av vad jag i det föregående i övrigt anfört om äldres situation och samhällets insatser för äldre.

18 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition förelägga riksdagen vad föredraganden har anfört för de åtgärder och det ändamål som föredraganden hemställt om.

Innehållsförteckning

Regeringens proposition ... 1
Propositionens huvudsakliga innehåll ... 1
Propositionens lagförslag ... 3
Utdrag ut protokoll vid regeringssammanträde den 11 maj 1988 ... 21
1 Inledning ... 21
2 Allmänna utgångspunkter ... 22
3 Äldre och åldrande ... 26
4 Delaktighet, fritid och kultur ... 29
4.1 Inflytande och delaktighet ... 29
4.2 Fritid och kultur ... 32
5 Bostadspolitiska mål och bostadsförsörjning ... 34
5.1 Äldres boendeförhållanden ... 34
5.2 Bostadsförsörjningsplanering ... 34
5.3 Statens ekonomiska stöd ... 35
5.4 Äldres framtida boendeförhållanden ... 36
6 Organisation och ansvarsfördelning inom äldreomsorgen ... 39
7 Stöd i det egna boendet ... 48
7.1 Allmänt om den fortsatta utvecklingen av stödet i det egna boendet ... 48
7.2 Social hemtjänst ... 52
7.3 Primärvården ... 55
7.4 Dagverksamheter ... 58
7.5 Utveckling av samverkan ... 60
7.6 Samordnad boendeservice ... 60
8 Särskilda boende- och vårdformer för äldre ... 62
8.1 Allmänt om den fortsatta utvecklingen av särskilda boende- och vårdformer ... 62
8.2 Servicebostäder, ålderdomshem och gruppboende ... 68
8.3 Somatisk långtidssjukvård ... 70
8.4 Korttidssjukvård ... 74
8.5 Psykiatrisk vård ... 76
8.6 Utvidgade flyttningsmöjligheter ... 79
9 Personalfrågor inom äldreomsorgen ... 81
9.1 Aktuell situation ... 81
9.2 Personalpolitiska insatser ... 82
9.3 Insatser inom utbildningsområdet ... 86
9.4 Avslutande överväganden ... 90
10 Stöd till närståendevårdare ... 91
10.1 Stödet i allmänhet ... 91
10.2 Ersättning för långvarig vård som lämnas av närstående ... 94
10.3 Ledighet för närståendevård under längrevårdperiod ... 96
10.4 Ersättning och ledighet vid kortvarig närståendevård ... 97
11 Resurser och statsbidrag ... 102
12 Uppföljning och utvärdering ... 107
13 Planering i samverkan ... 108
14 Forsknings- och utvecklingsarbete ... 111
15 Upprättade lagförslag ... 113

16 Specialmotivering 114
16.1 Förslaget till lag om ersättning och ledighet för närståendevård 114
16.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring 119
16.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1981:691) om socialavgifter 120
16.4 Förslaget till lag om ändring i kommunalskattelagen (1928:370) 120
16.5 Förslaget till lag om ändring i semesterlagen (1977:480) .. 120
16.6 Förslaget till lag om ändring i studiestödslagen (1973:349) 121
16.7 Förslaget till lag om ändring i utsökningsbalken 121
16.8 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620) 121
17 Hemställan 121
18 Beslut 122

Bilagorna 1–4 publiceras i separat volym.

gotab Stockholm 1988 15255

Anhörigvårdskommittens sammanfattning av betänkandet (SOU 1983:64) Ledighet för anhörigvård

Anhörigvårdskommittén redovisar i detta betänkande – i enlighet med vad som anges i direktiven – en kartläggning av erfarenheterna av hemsjukvårdens utbyggnad i fråga om omfattning, organisation m.m. Häri ingår även anhörigvårdarnas och den sociala hemtjänstens medverkan och uppgifter. Kommittén har också relativt ingående belyst befolkningsutvecklingen med tyngdpunkt på förändringarna inom den äldre befolkningen under de närmast kommande decennierna med åtföljande växande vårdbehov och ställt detta i relation till den planerade utvecklingen inom hälso- och sjukvårdens område.

Kommittén har därvid kunnat konstatera att det begränsade ekonomiska utrymmet utan tvekan har resulterat i reviderade utbyggnadsplaner för både landsting och kommuner ifråga om långvårdsplatser och särskilda boendeformer. Detta förhållande bör enligt kommitténs bedömning på sikt leda till att allt fler äldre, sjuka eller handikappade måste beredas ökade möjligheter till kvarboende i det egna hemmet, vilket också överensstämmer med en av de viktigaste vårdpolitiska målsättningarna för hälso- och sjukvården. En inriktning mot ett ökat kvarboende i hemmet kräver dock en fortsatt utbyggnad och utveckling av primärvården och den sociala hemtjänsten. Ett ökat kvarboende förutsätter ofta hjälpinsatser i hemmet, något som i betydande utsträckning tillgodoses genom medverkan av enskilda människor, vilket i regel sker utan något som helst samhälleligt stöd.

Nyligen företagna attitydundersökningar visar också att människors benägenhet att göra regelbundna vårdinsatser för sina nära anhöriga är stor. Trots detta visar kartläggningen av hemsjukvården att antalet anhörigvårdare som engagerats av huvudmännen under senare år i stort sett är oförändrat, medan antalet patienter successivt har ökat. Orsakerna till denna utveckling är givetvis flera. Svårigheterna att få erforderlig ledighet från förvärvsarbetet och en många gånger otillräcklig ekonomisk kompensation för vårdinsatserna är två olika faktorer. Härtill kommer att satsningar från landsting och primärkommuner framför allt syftat till att ge konkreta stödinsatser i hemmet.

Arbetstagarnas möjligheter till ledighet för anhörigvård har närmare undersökts av kommittén, som bl.a. gjort en förfrågan hos både olika arbetsgivare och olika lokala arbetstagarorganisationer. Av undersökningen framgår att stora skillnader föreligger beroende på skiftande policy hos arbetsgivarna och de olika kollektivavtalens utformning.

Mot bakgrund härav och det växande totala vårdbehovet i samhället samt utvecklingen mot ökat kvarboende i hemmet för allt fler äldre, sjuka och handikappade föreslår kommittén införandet av en *lagstadgad rätt till ledighet* från förvärvsarbetet för den arbetstagare som önskar vårda en sjuk eller handikappad anhörig i hemmet. Kommittén har dessutom ansett att denna rätt i vissa fall även bör föreligga när den anhörige vårdas på en sjukvårds- eller vårdinrättning m.m.

Rätten till ledighet har delats upp på *kortare* och *längre* perioder med

hänsyn till de olika tidsmässiga behov av anhöriginsatser som kan vara motiverade. Med en kortare period avses *högst 30 arbetsdagar* per kalenderår. En längre period omfattar *mer än 30 arbetsdagar* i följd räknat per kalenderår utan begränsning uppåt.

Rätten till ledighet för *kortvariga och tillfälliga* vårdinsatser har begränsats till följande *fem vårdsituationer: svårare sjukdomstillstånd, väntan i hemmet på plats vid sjukhus eller vårdhem, tillfällig avbruten vård vid dessa vårdinrättningar för vård i hemmet, konvalescentvård i hemmet istället för vid sjukhus eller konvalescenthem samt vård eller behandling av barn med handikapp under 16 år på en vårdinrättning.* Vad gäller den förstnämnda situationen kan vården ske i hemmet, på en sjukvårds- eller vårdinrättning eller på ett servicehus med helinackordering (ålderdomshem). Ledigheten föreslås kunna tas ut helt eller med halva dagar. En heltidsarbetande har således en möjlighet att ta ut denna ledighet i form av 60 halva dagar.

Rätten till ledighet för *längre* tidsperioder har begränsats till *två skilda situationer.* I det *första fallet* måste det vara fråga om *av sjukvårdshuvudmannen berdriven verksamhet med sjukvård i hemmet med krav på att anhörigvårdaren erhållit anställning av denne eller av kommunen* för medverkan i denna vård. En övergång från kontanta bidrag till anställning som anhörigvårdare är enligt kommitténs bedömning angeläget ur flera synpunkter, bl.a. ger detta vårdaren en bättre social grundtrygghet och minskar de stora variationerna mellan sjukvårdshuvudmännen i fråga om ersättning för vården. Det *andra fallet* avser den situation då *en arbetstagare i hemmet vill vårda barn med handikapp under 16 år. Som villkor* för ledigheten gäller dock att *vårdbidrag* enligt lagen om allmän försäkring utges. Ledigheten kan tas ut helt eller som halvtidsledighet.

Av grundläggande betydelse för införande av en ledighetsrätt för anhörigvård är det *anhörigbegrepp* som skall tillämpas i lagstiftningen. På grund av att allt fler människor i dag bor ensamma eller lever tillsammans med någon utan att ett släktskapsförhållande föreligger, har kommittén funnit anledning föreslå ett anhörigbegrepp som inte bara omfattar den med vilken arbetstagaren har ett *släktskapsförhållande,* utan även den med vilken arbetstagaren har *nära personliga relationer.*

Den andra huvudfrågan kommittén haft att ta ställning till gällde behovet av och möjligheterna att införa ett system med *ersättning från den allmänna försäkringen* för vård i hemmet. Ett sådant system skulle i första hand, enligt direktiven, avse tillfälliga och ofta akut uppkomna vårdbehov av förhållandevis kortvarig natur, i andra hand även längre perioder.

Kommittén har *inte* ansett sig ha möjlighet att nu föreslå införandet av ett sådant ersättningssystem. Det är främst kostnaderna och svårigheterna att beräkna dessa för ett mer omfattande ersättningssystem jämte den stora osäkerheten i fråga om besparingseffekterna av ett sådant system, som ligger bakom detta ställningstagande. Eftersom det statsfinansiella läget f.n. inte medger direkta kostnadsökningar vilket ett ersättningssystem tveklöst leder till, saknas enligt kommitténs bedömning förutsättningar att nu lämna förslag på ett sådant mer omfattande system.

Till följd härav har kommittén även övervägt möjligheterna att begränsa frågan om ersättning till en speciell och prioriterad situation, nämligen *vård i*

livets slutskede i hemmet. Även vid denna kraftiga begränsning har kommittén ansett att de för stat och kommuner uppkomna kostnader inte i tillräcklig omfattning uppvägs av motsvarande kostnadsminskningar inom andra områden. Kommittén har dock uttalat att en ersättningsrätt vid denna vårdsituation är en mycket angelägen fråga inte minst av humanitära skäl. Det är därför enligt kommitténs uppfattning mycket *viktigt att frågan ges en tillfredsställande lösning så snart samhällsekonomin medger detta.* Kommittén vill dessutom framhålla att en ersättning från den allmänna försäkringen för övriga ovannämnda anhörigvårdssituationer av kortvarig eller tillfällig natur också bör kunna övervägas i framtiden. En närmare utredning vad gäller de ekonomiska konsekvenserna av en sådan ersättning synes dock behöva företas.

När det gäller *huvudmännens egna insatser* för att i övrigt förbättra stödet till anhörigvårdarna har kommittén funnit anledning att framföra vissa önskemål och synpunkter. Kommittén vill understryka att den ställer sig bakom det utvecklings- och uppbyggnadsarbete som pågår inom hemsjukvårdens område. I samband med detta arbete vore det enligt kommittén angeläget med insatser som i största möjliga utsträckning *minskar* de stora skillnaderna som föreligger mellan huvudmännen vad gäller planer, organisation och ekonomiskt stöd. Detta kan enligt kommitténs uppfattning bl.a. ske genom en fortsatt utbyggnad och utveckling av *primärvården* och ett vidgat samarbete med primärkommunerna.

Det direkta stödet till anhörigvårdarna bör kunna förbättras i olika avseenden t.ex. genom *anställningsförfarande, möjligheter till regelbunden avlösning* både för kortare och längre perioder samt *utbildning.* En ökad satsning för att förbättra det *psykosociala* stödet till anhörigvårdarna vore enligt kommittén också angeläget. En annan viktig framtida uppgift för sjukvårdshuvudmännen bör vara att genom olika utbildningsinsatser försöka öka vårdpersonalens intresse för de anhörigas situation inom vården, något som sannolikt kräver en attitydpåverkan.

Äldreberedningens sammanfattning av slutbetänkandet (SOU 1987:21) Äldreomsorg i utveckling

Detta betänkande handlar om äldre människors levnadsförhållanden och om service och vård till äldre. Med äldre menar vi personer som är i åldrarna 65 år och däröver. I Sverige fanns 1 454 000 äldre människor år 1985, vilket motsvarar 17,4 procent av befolkningen. Det är en stor befolkningsgrupp där skillnaderna är betydande i fråga om hälsa, levnadssätt, ekonomi, intressen m.m. Det stora flertalet äldre lever dock ett gott, meningsfullt och oberoende liv.

Även om det inte blir någon ytterligare ökning av det totala antalet äldre fram till år 2000 kommer sannolikt deras anspråk på samhällets service och vård att öka. Detta beror på att antalet personer i åldrarna 80 år och däröver samt antalet ensamboende förväntas öka kraftigt.

Enligt socialtjänstlagen är integrering och normalisering viktiga delmål för äldreomsorgen. Riksdagens beslut våren 1985 om förbättrade boendeförhållanden för gamla, handikappade och långvarigt sjuka innebär att alla människor har rätt till en egen bostad av god kvalitet där friheten och integriteten är skyddad. För att människor med funktionsnedsättning eller sjukdom skall kunna bo kvar i vanliga boendemiljöer måste en utveckling ske av de öppna service- och vårdformerna. Detta betänkande har sin tyngdpunkt i dessa frågor.

Meningsfull sysselsättning

Äldre människor behöver inte längre förvärvsarbeta för sin försörjning. Möjligheterna till förvärvsarbete är också begränsade. Endast en liten andel äldre förvärvsarbetar efter pensionsåldern. Enligt olika intervjuundersökningar uttalar inte heller de äldre önskemål om förvärvsarbete i någon större utsträckning. Pensionssystemets konstruktion samt föreställningar om att äldre skall träda tillbaka till förmån för de unga har dock sannolikt stor betydelse för de äldres ställningstagande i detta sammanhang.

Det finns en tendens till att tidigarelägga pensioneringen genom delpension och förtidspension. I vissa delar av landet är andelen personer med förtidspension i åldrarna 60-65 år hög, och en stor del av dessa är förtidspensionerade av arbetsmarknadsskäl. Även om äldreberedningen inte haft till uppgift att utreda pensionssystemet anser beredningen att det är olyckligt att enbart sådana skäl skall vara avgörande för att lämna arbetslivet. Strävan bör vara att den enskilde, inom ramen för den rörliga pensionsåldern, skall ha ett avgörande inflytande över när han/hon vill lämna arbetslivet.

Ålderspensionärerna är en aktiv befolkningsgrupp, som ofta träffar sina barn och barnbarn, ägnar sig åt frivilliga insatser och i stor utsträckning deltar i föreningslivet. De flesta har också ekonomiska förutsättningar att leva ett aktivt liv. Beredningen framhåller vikten av att kommunernas fritids- och kulturnämnder strävar efter ett så varierat utbud i sin verksamhet så att

flertalet människor oavsett ålder eller grupptillhörighet kan delta, på lika villkor för alla.

Socialnämndens ansvar för att skapa meningsfull fritidssysselsättning för äldre bör i första hand avse de människor som på grund av funktionshinder har svårt att upprätthålla kontakter och delta i olika aktivitieter. Både socialtjänsten och sjukvårdshuvudmännen har här ett ansvar att samarbeta med de samhällsorgan som kan erbjuda fritids- och kulturaktiviteter.

Ökat inflytande

Äldre människor deltar i mindre utsträckning än andra aktivt i det politiska livet. Få ålderspensionärer är t.ex. förtroendevalda i olika beslutande organ. Men detta beror knappast på formella begränsningar av de äldres rättigheter att utöva inflytande och påverka samhällsutvecklingen. Dessa är få. Däremot tycks det finnas en underförstådd överenskommelse om att de politiska uppdragen skall överlämnas till yngre människor, när man uppnått pensionsåldern. Enligt beredningens mening är detta uttryck för en bristande tilltro till äldre människors förmåga att delta i det politiska livet. Erfarenhet, kunnighet och vilja – inte den kronologiska åldern – borde vara avgörande vid valet av förtroendevalda. Äldreberedningen föreslår därför att de åldersgränser som finns för vissa offentliga uppdrag slopas och att erforderliga författningsändringar genomförs.

Men det är också angeläget att öka de äldres inflytande genom pensionärsråden och genom att pröva möjligheterna att överlåta drift av vissa kommunala verksamheter till föreningar, kooperativ m.m. där äldre deltar. Inte minst viktigt är det att öka möjligheterna till inflytande för de människor, som behöver service och vård, när det gäller inriktning av dessa tjänster. Den enskilde måste ges reella möjligheter av service och vård samt goda möjligheter att påverka den konkreta hjälpens utformning. Kommunerna och landstingen bör sträva efter att stärka pensionärsrådens ställning.

Bättre hälsa

En betydande andel äldre förblir friska högt upp i åren, även om det mest påtagliga i åldrandet är att risken för att bli sjuk ökar. Åldrandeprocessen, dvs. avtagande fysisk, psykisk och social förmåga, har olika förlopp hos varje enskild individ. Men det finns också generella skillnader i de äldres hälsa som beror på de villkor man tidigare haft i livet vad gäller yrke, levnadssätt m.m. Äldre människor utsätts också oftare än yngre för stora psykiska påfrestningar. När någon i den nära kretsen av make/maka, släkt och vänner blir sjuk blir närheten till döden inte sällan påtaglig. Risken att bli ensam ökar.

Äldre människor blir allt friskare och medellivslängden ökar. Det är troligt att denna utveckling fortsätter främst av det skälet att de som nu blir pensionärer har haft bättre levnadsvillkor än de äldre pensionärerna. Senare års forskning har också visat att det går att påverka åldrandet genom att ändra livsstil, och att den fysiska och psykiska förmågan kan utvecklas även vid hög ålder. Som en följd av detta kommer behoven av service och vård sannolikt att minska bland de yngre pensionärerna. Hur vårdbehoven under

livets sista år kommer att utvecklas vet vi dock mycket litet om. Samtidigt ökar de kvalitativa kraven på den service och vård som samhället erbjuder, och nya och förbättrade behandlingsmetoder ger ökade möjligheter att lindra och bota sjukdomar hos äldre. Även bättre bostäder och bättre ekonomiska förhållanden bland de äldre påverkar behoven och möjligheterna att efterfråga service och vård.

God bostadsstandard och en trygg service och vård

De bostadssociala målen innebär att alla människor oberoende av behovet av service och vård har rätt till en egen bostad, där också stöd och hjälp i det dagliga livet kan erbjudas i former som ger den enskilde största möjliga integritet och självständighet. För samhällets service- och vårdinsatser bör följande mål gälla:

- *Alla människor skall ha rätt till en god service och vård. Den skall ges på ett sakkunnigt sätt och med respekt för den enskildes integritet. Den enskildes möjligheter att bibehålla och/eller utveckla sin funktionsförmåga skall stärkas.*
- *Alla människor skall, oberoende av behovet av service och vård, ha rätt till delaktighet och gemenskap med andra människor. Detta innebär att den enskildes behov av kontakter, aktiviteter och ett varierat dagsinnehåll skall främjas. Individens intressen och vanor skall respekteras och understödjas.*
- *Äldre människors behov av service och vård bör främst tillgodoses genom åtgärder som är till för alla. Insatserna skall inte göras beroende av den enskildes ålder.*

Bostadsstandarden i landet har avsevärt förbättrats under de senaste åren och är generellt sett hög. Denna utveckling har även kommit äldre människor till del och den övervägande majoriteten bor numera i bostäder med god utrymmes- och utrustningsstandard. För dem som i dag bor eller vistas länge på institutioner av olika slag behöver dock bostadsförhållandena förbättras väsentligt. Kommunerna bör därför i sina bostadsförsörjningsprogram särskilt beakta äldre och handikappade människors bostadsbehov.

Brister i bostädernas tillgänglighet och otillräcklig närservice innebär hinder för människor att bo kvar i sin bostad när behoven av stöd i det dagliga livet blir omfattande. Kommunerna måste därför lägga ökad vikt vid boendemiljöns tillgänglighet och planera hur denna skall kunna förbättras i äldre bostadsområden. Varsamhet vid ombyggnader är dock angelägen inte minst ur äldre människors synpunkt. Det är också viktigt att boendeservicen i bostadsområden med hög andel äldre förbättras.

Stöd i eget boende

Den höjda standarden på bostäderna gör det möjligt att erbjuda god service och vård i hemmen på ett helt annat sätt än tidigare. Det stora flertalet äldre vill bo kvar hemma och skall där kunna få omfattande hjälp i det dagliga livet. Men det kommer även att behövas servicebostäder med god bostadsstandard

där service och vård kan ges under trygga former genom att personal finns nära tillgänglig dygnet runt. Den sociala servicen och omvårdnaden i såväl eget boende som i servicebostäder bör ges av primärkommunen genom den sociala hemtjänsten. Primärvården svarar för de medicinska insatserna.

Äldreberedningen anser att en mindre grupp vårdbiträden, som bildar ett arbetslag, skall svara för insatserna i hemmet inom ett geografiskt avgränsat område. Personalen skall ha en sådan utbildning och erfarenhet att de kan utföra alla de insatser den enskilde behöver i form av social service och omvårdnad inklusive enklare uppgifter av sjukvårdskaraktär. Särskilt angelägen är en förstärkning av den sociala hemtjänstens kompetens genom utbildning av personalen.

Inom arbetslaget bör ett vårdbiträde ha huvudansvaret för en hjälpmottagare, och det är angeläget att så få personer som möjligt deltar i service- och vårdarbetet hos en enskild. Det är också viktigt att utveckla ledningsorganisationen. I samband härmed finns det mycket som talar för att antalet nivåer i organistionen bör minimeras.

Sjukvårdsinsatserna i hemmen skall vara av lika god kvalitet som inom sjukvårdens institutioner. Detta förutsätter en utbyggd primärvård med distriktsläkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Denna personal ger också stöd och handledning till hemtjänstpersonalen, när så behövs. Hembesök är ett nödvändigt och naturligt inslag i arbetet. Rehabilitering och hälsovård för äldre är viktiga uppgifter.

Den enskildes inflytande över service och vård måste stärkas och planeringen av insatserna ske i samråd mellan den enskilde, närstående, social hemtjänst och primärvård.

Dagverksamheter i bostadsområdena skall erbjuda rehabilitering, stöd i den dagliga omvårdnaden och social gemenskap. En samordning mellan kommunernas dagverksamheter och landstingens dagsjukvård samt en utveckling av dessa bör ske för människor med stora omvårdnadsbehov.

En vidareutveckling av färdtjänsten behövs så att det är bekvämt och tryggt att resa. Det bör vara en strävan att avgifterna för denna service likställs med vad det kostar att göra motsvarande resa med allmänna kommunikationer. Kollektivtrafiken bör i ökad grad handikappanpassas.

Stöd till närstående

Det är samhällets ansvar att se till att alla människor erbjuds en god service och vård. Närstående har emellertid i alla tider gjort betydande insatser. Enligt beredningens mening är det angeläget att de närstående som kan och vill göra insatser under kortare eller längre tid även i fortsättningen ges möjligheter till detta. Men närståendes insatser skall vara frivilliga och ett komplement till samhällets insatser.

En närstående, som åtar sig ett omfattande omvårdnadsarbete, måste få stöd från den sociala hemtjänsten och primärvården. Avlastning i arbetet bör kunna erbjudas genom bl.a. social hemhjälp, genom att den som behöver hjälp får delta i dagverksamheter och genom att ordna sammanhängande ledighet för vårdaren m.m.

Kommuner och även landsting bör kunna anställa närstående för långvari-

ga vårdinsatser. Även kortvariga insatser bör kunna ersättas. En samordning av reglerna för detta behövs. Enligt beredningens mening bör en lagstadgad rätt till ledighet för kortvarig vård av närstående i vissa situationer införas. Ersättning från socialförsäkringen bör införas så snart ekonomiskt utrymme finns för detta.

Servicebostäder behövs

För människor med omfattande omvårdnadsbehov behövs bostäder där en god och trygg service och vård kan erbjudas i kombination med en bra boendemiljö. Med detta syfte har också kommuner och landsting under 1980-talet utvecklat alternativ till de traditionella institutionerna. Dessa har givits en rad olika benämningar såsom bostadssjukhem, servicelägenheter med förstärkt hemsjukvård, gruppboende m.m. Gemensamt för dem är att man där kan ge en sådan omfattande service och vård som i många fall kan vara svår att erbjuda i vanliga bostäder. Äldreberedningen vill som sammanfattande benämning på sådana bostäder använda beteckningen servicebostäder. Denna beteckning har tidigare använts men då i en snävare bemärkelse, som inte inneburit samma möjligheter till omfattande service och vård.

Enligt beredningens mening bör servicebostäder vara ett primärkommunalt ansvar både vad gäller planering och verksamhetsansvar. Primärvården svarar dock för sjukvårdsinsatserna.

Servicebostäder bör utgöra små enheter, som är väl integrerade i den övriga bostadsbebyggelsen. Gruppboende, som är en form av servicebostad, där en mindre grupp delar vissa gemensamma utrymmen och där personal finns nära tillgänglig alla tider på dygnet, bör byggas ut. Detta är en boendeform som enligt beredningens mening är lämplig även för personer med åldersdemens.

Ålderdomshem bör finnas kvar, men de måste successivt byggas om för att kunna erbjuda en bättre bostadsstandard (servicebostäder). Förändringar i boendet bör dock ske med stor varsamhet och med respekt för de boendes önskemål. Även de befintliga servicehusen skall genom utveckling av personalorganisationen kunna bli servicebostäder i den mening beredningen lägger i detta begrepp. Detta förutsätter en successiv förändring av personalens kompetens med ökade inslag av omvårdnads- och sjukvårdskunnande.

I dag finns många olika slag av boende- och vårdformer mellan vilka den enskilde inte sällan flyttar allteftersom omvårdnadsbehovet förändras. I framtiden bör samtliga servicebostäder kunna erbjuda en så omfattande omvårdnad att den enskilde i princip kan vistas där till livets slut. Även om det kommer att finnas många olika typer av servicebostäder bör de alla vara ett alternativ, och det enda som behövs, till vårdinstitution.

Ännu är erfarenheterna begränsade i fråga om vilka krav som bör ställas på servicebostäder, särskilt gruppboende, som är avsedda för äldre människor med omfattande behov av service och vård. Riksdagen har våren 1987 beslutat att en utvärdering bör göras rörande utvecklingen av och avvägningen mellan olika boendeformer för äldre. Regeringen har uppdragit åt socialstyrelsen att gemensamt med bostadsstyrelsen göra denna utvärdering.

Beredningen förutsätter att socialstyrelsen i samband härmed ser över kriterierna för i vilka fall statsbidrag till social hemhjälp kan utgå i servicebostäder, framför allt gruppboende, även om bostäderna inte uppnår kraven på en fullvärdig bostad.

Vidareutveckling av sjukvårdens institutioner

Om social hemtjänst, primärvård och servicebostäder byggs ut och vidareutvecklas kommer behovet av platser vid institutioner att minska. Framför allt gäller detta vårdplatser vid de centrala sjukhemmen och de platser vid långvårdsklinikerna som enbart används för sjukhemsvård.

De långvårdsmedicinska klinikernas arbete bör renodlas och inriktas mot geriatrisk rehabilitering och sådan vård som kräver nära tillgång till sjukhusets resurser. Målet skall vara att förbättra den enskildes förmåga så att patienten kan återvända till den egna bostaden eller få den fortsatta vården vid lokalt sjukhem. Detta innebär att klinikerna får förhållandevis korta vårdtider. En utvecklad samverkan med länssjukvårdens kliniker, primärvård och socialtjänst är angelägen.

Lokala sjukhem behövs som stöd för social hemtjänst och sjukvård i hemmet. De bör främst vara avsedda för personer som tillfälligt behöver omfattande tillsyn och hjälp t.ex. vid intensiva skeden av rehabilitering, i form av växelvård, för avlastning av den social hemtjänsten eller närstående vårdare, vid tillfälliga försämringar av hälsotillståndet hos den som vårdas hemma eller vid vård i livets slutskede. Sjukhemmet skall med kort varsel kunna erbjuda en vårdplats. Men sjukhemmen skall inte ersätta den egna bostaden. Endast då det är fråga om mycket omfattande behov av omvårdnad och om den enskilde så önskar bör en mer långvarig vistelse vid sjukhemmet bli aktuell.

De brister som i dag finns i miljö och livsvillkor för patienter vid långvårdskliniker och sjukhem måste avhjälpas. Vid det helt övervägande antalet anläggningar är miljön starkt sjukhuspräglad. Verksamhet och rutiner lämnar ringa utrymme för självbestämmande och ett meningsfullt innehåll i vardagen.

Enligt beredningens mening bör på sikt en god sjukhemsstandard, som innebär att patienten har ett eget rum med hygienrum samt tillgång till kök och gemensamhetsutrymmen i en trivsam miljö, finnas vid alla sjukhem. Detta innebär att äldre anläggningar måste byggas om. Allmänt kan dock sägas att det är svårt att förändra vårdavdelningar som utformats för akutsjukvårdens krav till de sjukhemsmiljöer som i dag efterfrågas. Detta kan leda till stora investeringar som låser verksamheten under en lång tid i institutioner som trots ombygganden ger en bristfällig fysisk miljö. En mer begränsad men omsorgsfull komplettering av miljön på vårdavdelningarna kan därför enligt beredningens mening bli aktuell i ett övergångsskede. Detta innebär en utglesning av platser så att fyrpersonsrum görs om till tvåpersonsrum och två- och trepersonsrum till enpersonsrum. I ett längre tidsperspektiv kan det dock vara bättre att byggnaden inte används till vårdverksamhet.

När en institution omvandlas eller avvecklas är det nödvändigt att detta sker med stor hänsyn och varsamhet.

Jämsides med denna lokalmässiga utveckling är det angeläget att arbetet med att förändra arbetsrutiner, öka patienternas delaktighet och inflytande m.m. fortsätter.

Stora utbildningssatsningar behövs

I dag finns på en del håll problem att åstadkomma en väl fungerande social hemtjänst på grund av svårigheter att rekrytera och behålla kvalificerad personal. Äldreberedningen anser därför att hög prioritet bör ges åt personalpolitiskt och arbetsorganistoriskt utvecklingsarbete inom den sociala hemtjänsten. Fortbildning av samtlig personal bör ske och de som inte har grundutbildning måste få en sådan. Förändringar i utbildningssystemet bör snarast genomföras för att förstärka grundutbildningen av den sociala hemtjänstens personal. Åtgärder som stimulerar rekryteringen till den sociala hemtjänsten måste också vidtas.

Beredningen ställer sig positiv till förslaget att gymnasieutbildningen förlängs till tre år. En samordning bör därvid ske av den sociala servicelinjen och vårdlinjen. Beredningen föreslår också att universitets- och högskoleämbetet får i uppdrag att se över inriktning och innehåll i den sociala omsorgslinjen inom högskolan.

Planering av service och vård

Enligt beredningens mening är det angeläget att kommuner och landsting i samverkan planerar den lokala servicen och vården. Landstingen har enligt hälso- och sjukvårdslagen skyldighet att planera i samverkan med kommunerna. För kommunerna finns inte motsvarande lagfästa skyldighet. Beredningen föreslår att en sådan skyldighet förs in i socialtjänstlagen.

En viss stomme i planeringen bör vara gemensam för hela landet vad gäller bl.a. resurser, personal och ekonomi. Beredningen föreslår att socialstyrelsen får i uppdrag att tillsammans med de båda kommunförbunden och statistiska centralbyrån precisera vilka uppgifter det bör gälla.

Vidare föreslår beredningen att en del av befintliga utvecklingsmedel avsätts för att stödja försöksverksamhet med ändrat huvudmannaskap. Syftet skall vara att åstadkomma en gemensam ledning av den lokala servicen och vården där primärkommunerna tar ett större ansvar än i dag. Det är angeläget med kvalificerad utvärdering av sådana försök.

Ökat forsknings- och utvecklingsarbete

Det är angeläget med satsningar på forsknings- och utvecklingsverksamhet inom äldreområdet. Det behövs bl.a. ökade kunskaper för att kunna utveckla service och vård till äldre.

Enligt beredningens mening är det önskvärt med ett mer systematiskt arbete för att stödja de personer som ansvarar för utvecklingen av olika verksamheter i kommuner och landsting. En länsvis samordning av utvecklingsarbetet bör därför göras i samråd mellan landstingen och länens kommuner, bl.a. med stöd som lämnas till utvecklingsarbetet genom de

särskilda utvecklingsmedel som socialdepartementet avsatt för den sociala hemtjänsten.

Enligt beredningens mening måste goda förutsättningar skapas för en kvalitativ och kvantitativ utveckling av äldreforskningen i landet. Detta kräver att en långsiktig forskarkompetens utvecklas, och beredningen föreslår att fasta grupper av äldreforskare och långsiktiga projekt stöds i första hand.

Beredningen föreslår också att forskningsrådsnämnden och delegationen för social forskning får i uppdrag att utarbeta ett samlat program för äldreforskningen. Vidare föreslås socialstyrelsen få i uppdrag att tillsammans med berörda organ utveckla ett samordnat statistiksystem för service och vård.

Äldreomsorg i utveckling

Hemmet, bostaden, utgör för det stora flertalet grunden för trygghet i människans privata liv. Det är mot bakgrund av detta synsätt beredningen redovisat sina tankar om utvecklingen av service, vård och andra insatser, som skall möjliggöra en fortsatt tillvaro i hemmiljö även vid minskad rörlighet, sviktande hälsa eller andra med hög ålder förknippade förändringar.

Det är alltså med hänsyn till människornas behov och önskemål självklart att huvudinriktningen för utvecklingen av samhällets äldreomsorg måste vara utbyggnad av hemtjänst, hemsjukvård och övriga service- och stödinsatser som gör det möjligt för de äldre att känna trygghet och få god service och vård i hemmiljön. Men det är lika självklart att samhället måste känna ett oförminskat ansvar för de institutionella alternativ som utgör ett nödvändigt komplement. Ansvaret måste avse dels att vårdplatser finns i tillräcklig utsträckning, dels att standarden efterhand förbättras både vad gäller den fysiska miljön och vården.

Beredningen har, med stöd av vunna erfarenheter från en redan pågående utveckling, förutsatt en successiv förskjutning från institutionsvård till insatser i hemmen. Det är varken lämpligt eller möjligt att försöka lägga fast i vilken takt denna utveckling bör ske.

Det är däremot viktigt att slå fast att det krävs en samordnad och konsekvent planering som säkerställer att utvecklingsprocessen styrs av och anpassas till människornas behov och önskemål. Varje steg i processen måste leda till reellt förbättrad service och vård för äldre. När institutionsplatser avvecklas skall det vara därför att de inte längre behövs, dvs. när bättre alternativ har erbjudits och accepterats.

Förutsättningarna för att genomföra en förändring är skiftande. Den samlade resurstillgången varierar kraftigt mellan olika kommuner och sjukvårdsområden, liksom fördelningen mellan institutioner och öppna service- och vårdformer. Även tillgången till utbildad personal varierar.

Omstruktureringen av samhällets insatser för äldre samt ökningen av antalet personer i åldrarna 80 år och däröver innebär att behovet av bostäder med god tillgänglighet och tillgång till service och vård ökar kraftigt. En grov uppskattning är att det behövs ett tillskott på uppemot 100 000 sådana

bostäder fram till sekelskiftet. Cirka en tredjedel av dessa bör utgöras av gruppboende.

Även behovet av dagverksamheter kommer att öka under denna tidsperiod. Uppskattningsvis kan ytterligare uppemot 100 000 personer behöva olika former av sådan verksamhet.

Sjukvårdshuvudmännen planerar för närvarande inget tillskott av platser för långtidssjukvård. En standardförbättring i befintliga sjukhem kan komma att reducera det nuvarande antalet vårdplatser med upp till 12 000. Inom den psykiatriska vården planeras en reducering av vårdplatserna främst vid de tidigare mentalsjukhusen.

Den sociala hemtjänsten behöver byggas ut kraftigt dels för att ge service och vård till de allt fler äldre i höga åldrar, dels för att ge alternativ till institutionsboende. Ytterligare mellan 70 000–140 000 människor beräknas vid sekelskiftet behöva insatser från den sociala hemtjänsten i vanliga bostäder eller i servicebostäder. Den stora spännvidden i uppskattningen beror på i vilken takt servicen och vården förändras.

Personal

Behovet av personal inom den sociala hemtjänsten inklusive dagverksamheterna kommer att öka mycket kraftigt. Översiktliga beräkningar tyder på ett rekryteringsbehov av personal till primärkommunal service och vård på mellan 70 000–100 000 personer fram mot sekelskiftet. Dessa kommer att arbeta såväl i vanliga bostäder som i servicebostäder. Samtidigt minskar personalbehovet vid institutionerna när ålderdomshem omvandlas och antalet platser vid sjukvårdens institutioner minskas. Totalt beräknas behovet av personal bli något högre vid en utbyggnad av öppna stödinsatser jämfört med service och vård vid institutioner.

Inom primärvården och långtidssjukvården behövs mer personal med medellång sjukvårdsutbildning, inte minst arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Kostnader

Kostnaderna för service och vård till äldre uppskattades till cirka 52 miljarder kronor år 1985. Vid en oförändrad standard och sammansättning på de olika service- och vårdformerna beräknas kostnaderna öka med cirka 13,5 miljarder kronor till sekelskiftet. Översiktliga kalkyler visar att kostnadsökningarna bör kunna begränsas med den inriktning som pågår mot ökat eget boende.

Utbyggnaden av öppna stödinsatser innebär en successiv omfördelning av uppgifter och kostnader från landsting till primärkommuner. Beroende på utvecklingstakten och uppgiftsfördelningen kan den årliga kostnaden för kommunerna komma att öka med mellan 2,5 och 10,5 miljarder kronor, och landstingens variera mellan en ökning av kostnaderna med 2 miljarder kronor och en minskning med 8 miljarder kronor vid sekelskiftet jämfört med år 1985. Staten kommer också att få ökade kostnader. Dessa uppskattningar baseras på beräkningar som redovisas i en bilaga till detta betänkande.

Räkneexemplen bygger på flera antaganden som gör uppskattningarna osäkra. Trots detta kan enligt beredningens mening beräkningarna illustrera konsekvenser av alternativa utvecklingslinjer. Beredningen har dock inte tagit ställning till de enskilda antaganden som beräkningarna grundar sig på.

Nytt ersättningssystem

Finansieringen av service och vård delas mellan kommun, landsting, stat och enskilda. Enligt beredningens mening bör staten inta en mer aktiv roll för att undanröja de svårigheter som nu finns i de ekonomiska relationerna mellan huvudmännen. Detta bör ske genom regelbundna överläggningar mellan kommunförbunden och staten där överenskommelser också träffas om statens stöd till den av huvudmännen bedrivna äldreomsorgen.

Enligt beredningens mening är statens bidrag till kommunernas sociala hemhjälp i huvudsak ändamålsenliga. Den inriktning av service och vård som beredningen förordar innebär dock kraftigt ökade kostnader för primärkommunerna. Sjukvårdshuvudmännen avlastas samtidigt kostnader. De ersättningar som nu utgår mellan landsting och kommuner inom området sjukvård i hemmet och social hemtjänst har på många håll skapat problem mellan huvudmännen. Beredningen anser det viktigt att diskussionerna om uppgiftsfördelning och ekonomiskt ansvar i fortsättningen inte försvårar utvecklingen av service och vård till äldre.

Beredningen skisserar i ett idéförslag hur ett nytt ersättningssystem bör se ut. Enligt förslaget bör nuvarande ersättningar mellan kommun och landsting upphöra och inordnas i statsbidraget till social hemhjälp. En ny ersättning som stimulerar kommunerna att bygga ut service och vård i eget boende bör införas. Denna kan förslagsvis utgå i de fall kommunen kan redovisa en minskad konsumtion av landstingets institutionsvård. Behovet av arbetsledande personal inom den sociala hemtjänsten bör beaktas i det nya ersättningssystemet, liksom behovet av utbildning för hemtjänstens personal. Även de stora skillnaderna mellan kommunerna i avgiftsnivåer inom social hemtjänst och färdtjänst bör tas upp.

De olika delarna i denna idéskiss bör genomföras samtidigt, förslagsvis fr.o.m. den 1 januari 1990. Genomförandet måste ske inom en given ekonomisk ram och kräver ytterligare beredningsarbete.

Beredningen föreslår att regelbundna överläggningar förs mellan staten och företrädare för huvudmännen. I dessa bör beredningens idéskiss kunna konkretiseras och förutsättningar för genomförande skapas.

Förteckning över remissinstanser och sammanställning av remissyttranden över anhörigvårdskommitténs betänkande (SOU 1983:64) Ledighet för anhörigvård

Remissinstanserna

Efter remiss har yttranden över betänkandet avgetts av *riksförsäkringsverket (RFV), socialstyrelsen, statens handikappråd (SHR), arbetsmarknadsstyrelsen (AMS), statens invandrarverk (SIV), arbetsdomstolen (AD), statskontoret, riksrevisionsverket (RRV), statens arbetsgivarverk (SAV), Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Centralorganisationen SACO/SR, Svenska arbetsgivareföreningen (SAF), Sveriges hantverks- och industriorganisation -- Familjeföretagen (SHIO), Lantbrukarnas riksförbund (LRF), Handikappförbundens Centralkommitté (HCK), De Handikappades Riksförbund (DHR), Sveriges Folkpensionärers Riksförbund (SFRF), Stockholms, Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar, Blekinge, Kristianstads, Malmöhus, Hallands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Västerbottens* och *Norrbottens läns landsting* samt *Gotlands, Malmö* och *Göteborgs kommuner.*

Landsorganisationen i Sverige har bifogat yttranden från *Försäkringsanställdas förbund, Handelsanställdas förbund, Svenska kommunalarbetareförbundet* och *Svenska Metallindustriarbetareförbundet.*

Dessutom har yttranden inkommit från *Försäkringskasseförbundet, Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR), Ensamståendes intresseorganisation, Riksförbundet mot astma-allergi (RMA), Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar (RBU)* och *Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL).*

1 Allmänna synpunkter

Remissinstanserna instämmer i kommitténs uppfattning att det är angeläget att allt fler äldre, sjuka och handikappade kan beredas möjlighet att bo kvar i det egna hemmet. Enligt flera remissvar talar starka vårdpolitiska skäl för en fortsatt utbyggd vård i hemmet.

I allmänhet ser remissinstanserna det också som angeläget med en lag som garanterar lika rätt för alla arbetstagare att få ledigt för vård av anhörig i vissa situationer. Man framhåller dock att ersättningsfrågan måste lösas.

Flera av de remissinstanser som är positiva till att rätten till ledighet blir lagfäst framhåller samtidigt att anhörigvården endast skall vara ett komplement till den vård och omsorg huvudmännen har att svara för. Ett varierat utbud av olika vård och rehabiliteringsformer framstår som betydelsefullt. I flera remissvar understryks att det är viktigt att hålla i minnet att sjukvård i hemmet för många äldre med stora vårdbehov inte är en lämplig eller möjlig vårdform.

RRV tar inte ställning till förslaget om en lagstadgad ledighetsrätt. Enligt verkets bedömning redovisar kommittén inte ett tillräckligt underlag för sina överväganden och förslag. Enligt RRV har kommittén inte närmare belyst behovet av en lagstadgad ledighetsrätt. Kommittén har inte heller tillräckligt försökt bedöma konsekvenserna av sina förslag, t.ex. i vilken omfattning ledighetsrätten skulle komma att utnyttjas, vilka effekter en ledighetsrätt skulle få i form av bortfall av produktionsresurser och planeringsproblem på arbetsplatserna, vilken administration och kontroll som skulle krävas etc.

2 Stöd till anhörigvårdare

Kommittén anser att anhörigvårdarna bör erbjudas olika stödåtgärder bl.a. utbildningsinsatser och tillfällig avlösning.

Remissinstanserna betonar det angelägna i att samhället skapar bättre förutsättningar för människor som önskar engagera sig för vård av anhöriga i hemmet. En rad remissinstanser understryker att stödet till anhörigvårdarna bör förbättras genom möjlighet till regelbunden avlastning, utbildningsinsatser och ökat psykosocialt stöd.

Svenska kommunförbundet anför att det stöd från samhällets sida som här skulle kunna sättas in t.ex. är tillfälliga s.k. sviktplatser på sjukvårdsinrättningar eller servicehus, planerad ledighet med avlösning och psykologiskt stöd i form av samtal med erfaren personal.

HCK framhåller att en viktig förutsättning för en förbättrad anhörigvård, är att de särskilda stödåtgärder som kommittén föreslår verkligen kommer till stånd. HCK vill särskilt understryka vikten av regelbunden avlösning och planerad ledighet och semester, samt möjligheter till utbildning och kontinuerliga stödinsatser.

Kalmar läns landsting anser att i och med att verksamheten med sjukvård i hemmet ges ett ökat medicinskt innehåll förutsätts att sjukvårdskunnig personal engageras som hjälp och stöd till anhörigvårdaren. Landstinget framhåller även behovet av tillfällig avlösning för anhörigvårdaren antingen med s.k. semesteravdelningar eller med anställd personal från primärvården. Ökade insatser med kvälls- och nattpatruller som stöd för anhörigvårdaren medger vård i hemmet av patienter med stort vårdbehov och även vård i livets slutskede.

TCO understryker samhällets ansvar för hälso- och sjukvården. Patientens rätt till professionell vård måste upprätthållas. Visst utrymme för anhörigvård bör finnas men då under sådana förhållanden att det blir en rimlig arbetsbörda för den anhörige med möjligheter till professionellt stöd, avlösning m.m.

3 Ersättning för långvarig vård som lämnas av anhörig

Då det är fråga om långvariga vårdinsatser anser kommittén att anhörigvårdaren bör anställas och avlönas av landstingskommun eller primärkommun.

De remissinstanser som kommenterat förslaget är i princip positiva. I flera remissvar tas frågan om anhörigvårdarens sociala trygghet upp.

Svenska kommunförbundet finner förslaget vara av intresse ur vårdpolitisk

synpunkt. Förbundet påpekar dock att det kan innebära kostnadsökningar för kommuner och landsting.

HCK och *SFRF* anser att anhörigvårdarnas sociala situation bäst tillgodoses genom ett anställningsförhållande.

SACO/SR betonar att vårdaren genom anställning får ett ekonomiskt och socialt skydd som blir särskilt viktigt vid ledigheter som sträcker sig över flera år.

Gävleborgs läns landsting anser att anställningstryggheten bör förbättras för anhörigvårdarna. Anhöriga, som varit anställda längre perioder för att vårda en anhörig, bör kunna erbjudas fortsatt anställning som vårdbiträden i hemtjänst/hemsjukvård. Möjligheter till facklig anslutning med rätt till arbetslöshetsunderstöd är en annan trygghetsaspekt som bör ses över. Viktigt är också att utbildning aktivt erbjuds de anhöriga som är intresserade av fortsatta vårduppgifter.

4 Rätt till ledighet för anhörigvård under längre vårdperiod

Kommittén föreslår rätt till ledighet från förvärvsarbete för arbetstagare som vårdar en sjuk eller handikappad anhörig i hemmet, under villkor att den anhörige erhåller anställning som anhörigvårdare av sjukvårdshuvudmannen eller kommunen. För vård av barn under 16 år med handikapp förutsätts rätten till ledighet gälla även om barnet inte omfattas av sjukvårdshuvudmannens verksamhet med sjukvård i hemmet. I detta fall skall det för rätt till ledighet vara tillräckligt att vårdbidrag enligt lagen om allmän försäkring utges.

I allmänhet tillstyrker remissinstanserna principiellt förslaget om att i lag tillförsäkra arbetstagaren rätt till ledighet för vård av sjuk eller handikappad anhörig. Som skäl för att tillstyrka förslaget anför en rad remissinstanser att det är viktigt att i lag reglera rätten till ledighet för att vårda en anhörig.

RFV anför att verket är medvetet om att en omfattande ledighet kan vara ett problem för såväl privata som offentliga arbetsgivare. Verket finner emellertid inte anledning att gå in i en närmare diskussion om ledighetsproblematiken i stort. Den av kommittén föreslagna ledigheten torde kunna bedömas som mer angelägen än ledighet för vissa andra nu giltiga ändamål.

Socialstyrelsen finner det angeläget med en lag som garanterar lika rätt för alla arbetstagare att få ledigt för vård av anhörig i vissa angivna situationer under hel eller halv dag. Däremot anser socialstyrelsen att kommittén inte i tillräcklig utsträckning har diskuterat förutsättningarna för att föreslå en rätt till ledighet utanför hemsjukvårdsverksamheten.

Landstingsförbundet, Uppsala, Malmöhus och *Kronobergs läns landsting* delar inte kommitténs uppfattning att krav på anhöriganställning skall gälla vid längre ledighet.

Landstingsförbundet framhåller att ett sådant krav kan medföra en inte avsedd styrning av hemsjukvårdens organisation och utbyggnad. Anställning som anhörigvårdare är ett komplement till andra insatser från sjukvårdshuvudmannen. Omfattningen av en sådan anställning kan inte uteslutande relateras till behovet av ledighet.

Malmöhus läns landsting föreslår att anhörigvårdarna skall ges rätt till

ledighet även i de fall hemsjukvårdsbidrag utgår.

Hallands läns landsting anser att det är anmärkningsvärt att kommittén valt att knyta rätten till ledighet till huruvida anhörigvårdaren är anställd eller ej. Landstinget anför att eftersom anhöriganställning är ett dyrare alternativ än ersättning i form av anhörigbidrag bör sjukvårdshuvudmännen ges fortsatt full frihet att genomföra även denna reform i takt med att ekonomiska resurser ger möjlighet därtill.

Åtskilliga av de remissinstanser som tillstyrker förslaget om rätt till ledighet för vård av anhörig pekar på olika svårigheter som följer av det framlagda förslaget. De arbetsmarknads- och personalpolitiska konsekvenserna av förslaget efterlyses. Flera remissinstanser anser också att rätten till längre ledighet bör övervägas ytterligare i ett större sammanhang och i samband med den övriga ledighetslagstiftningen.

Bl.a. *AMS, RRV, Landstingsförbundet, Spri* och *Malmöhus, Jönköpings, Kalmar* och *Kopparbergs läns landsting* efterlyser en analys av personal- och arbetsmarknadspolitiska konsekvenser av kommitténs förslag.

AMS och *RRV* framhåller att det i betänkandet saknas kalkyler över vilka sysselsättningseffekter förslagen får.

Spri anför att när det gäller längre ersatt ledighet finns en rad personalpolitiska, organisatoriska och administrativa konsekvenser som kräver ytterligare klarlägganden. Med tanke på de i vissa stycken svåröverskådliga ekonomiska konsekvenserna vid längre ledighet, talar mycket för en etappvis utbyggd ersatt ledighetsrätt.

Statskontoret ifrågasätter om det är rimligt att införa en lagstadgad rätt till ledighet utan några som helst tidsbegränsningar. Statskontoret anser att den ovillkorliga rätten till hel ledighet i analogi med vad som gäller om rätt till ledighet för vård av barn knappast bör gälla för längre tid än ett och ett halvt år i följd. Rätt till avkortning av arbetstiden med hälften synes däremot kunna gälla för något längre tid.

Landstingsförbundet, TCO och *Stockholms, Södermanlands* och *Kristianstads läns landsting* anser att förslaget medför svårigheter beträffande de vikarierande arbetstagarnas krav på tryggare anställningsvillkor i förhållande till den ledige arbetstagarens anställningsskydd.

Svenska kommunförbundet, Södermanlands läns landsting och *Göteborgs kommun* anser att ytterligare en ledighetsformån kan komma att medföra störningar i kontinuiteten i arbetet. Enligt *kommunförbundet* går det inte att bortse från att en ledighetslag kan innebära en ytterligare ökad personalrörlighet inom bl.a. barn- och äldreomsorg. Effekten blir en minskad kontinuitet inom dessa verksamheter samt en försvårad personalplanering. Vidare är kvinnorna starkt dominerande inom den kommunala sektorn. Det finns anledning att tro att ledighetsuttag enligt denna lag av tradition faller på dessa. Detta kan innebära en försämring av kvinnornas ställning på åtminstone den kommunala arbetsmarknaden.

Förslaget om rätt till ledighet avstyrks av *SAV, SAF* och *SHIO.*

SAV framför att med hänsyn till personalläget hos myndigheterna är det över huvudtaget inte önskvärt att ytterligare ledighetsformer lagregleras. SAV påpekar att rätt till ledighet tillerkänts arbetstagare för en mångfald olika, i och för sig berättigade ändamål. I den nu föreslagna lagen anges

ytterligare ett sådant skäl. En arbetstagare kan vara ledig från arbetet under mycket lång tid, kanske med vissa kortare avbrott, på grund av att arbetstagaren har rätt till ledighet enligt olika regler som tillgodoser sådana ändamål. Självklart innebär detta betydande svårigheter för både planering och bedrivande av arbetsgivarens verksamhet. SAV anser att det vore värdefullt om denna aspekt, dvs. att den samlade effekten av att rätten till ledighet ytterligare vidgas, beaktades.

SAF framför som sin bestämda uppfattning att det totala lagstadgade ledighetsuttaget inte kan få ytterligare öka utan att det i stället måste begränsas. SAF anser inte att kommittén påvisat något behov av en lagstiftning om ledighet för anhörigvård.

SHIO pekar på problem för mindre och medelstora företag. Uttag av ledighet vållar i de flesta fall ekonomiska och organisatoriska problem och olägenheter för arbetsgivaren i större eller mindre utsträckning. Allmänt sett är mindre företag mycket mera känsliga för de störningar i produktionen som uppstår till följd av ledighetsuttag än vad fallet är med större företag. Mindre företag saknar exempelvis möjligheter att genom en personalreserv lösa ledighetsproblem. I stället blir man tvungen att anställa en yrkeskunnig vikarie. Detta tar tid och innebär betydande svårigheter. Lyckas man behöver vederbörande i flertalet fall viss utbildning. Kostnaderna för detta blir för de mindre företagen relativt sett stora.

5 Ersättning och ledighet vid kortvarig anhörigvård

Kommittén föreslår att varje arbetstagare för tillfällig vård av anhörig ges rätt till ledighet under högst 30 dagar per kalenderår. Som förutsättning för ledighet gäller att vården avser någon av fem olika vårdsituationer, nämligen svårare sjukdomstillstånd, väntan i hemmet på plats vid sjukhus eller vårdhem, tillfälligt avbruten vård vid sjukhus eller vårdhem för vård i hemmet, konvalescens i hemmet i stället för vid sjukhus eller konvalescenthem, samt vård eller behandling på en vårdinrättning av handikappade barn som inte fyllt 16 år. Enligt kommitténs bedömning bör så snart samhällsekonomin medger högsta prioritet ges åt införande av en ersättningsrätt för vård i livets slutskede i hemmet.

Statskontoret, Värmlands, Örebro och *Västerbottens läns landsting* anser att villkoren för rätt till kortare ledighet är väl avvägda.

I några remissvar framförs krav på komplettering av dels den personkrets som kan komma i fråga, dels de situationer som bör berättiga till kortare ledighet.

Socialstyrelsen anser att kommittén inte tillräckligt belyst de handikappades situation. Ofta behövs anhörigmedverkan för denna grupp i avvaktan på bostad med boendeservice eller bostad i servicehus. Ibland får handikappade tas in för institutionsvård inom långtidssjukvården på grund av att de är beroende av praktisk hjälp i boendet. En rätt till ledighet för anhörig i avvaktan på bostad med boendeservice eller bostad i servicehus skulle bl.a. kunna motverka inskrivning i långtidssjukvården.

DHR anser att väntan på boendeservice skall vara ett godtagbart skäl för rätt till ledighet.

Älvsborgs läns landsting framför att en närmare precisering av begreppet "svårare sjukdomstillstånd" vore önskvärt då termen används i kollektivavtal med såväl snävare som generösare innebörd än vad kommittén angivit. För landstingets del kommer rätten till den kortare typen av ledighet troligtvis inte att medföra någon avsevärd avvikelse från den praxis som redan tillämpas. I de fall begärd ledighet inte ryms inom kollektivavtalsreglerna om betald ledighet p.g.a. synnerliga skäl finns möjlighet till ledighet utan lön. Under alla omständigheter är en samordning mellan den föreslagna rätten till korttidsledighet och bestämmelserna i kollektivavtal nödvändig då flera kollektivavtal innehåller regler om ledighet med betalning där kommitteförslaget endast ger rätt till ledigheten som sådan.

Kronobergs läns landsting påtalar vissa risker med begränsad ledighet. Särskilt påpekar man risken med att begränsa ledighet för vård av anhörig i livets slutskede till 30 dagar. Denna inskränkning kan innebära att svårt sjuka patienter som vill vistas i sitt eget hem eller annans hem inte kan erbjudas denna möjlighet förrän den sjukes vårdbehov blivit så omfattande, att vårdaren saknar möjlighet att successivt anpassa sig till den större vårdtyngden och därför avstår från ett vårdåtagande. Begränsningsperioderna bör därför styras av behovet för att stimulera denna typ av vårdinsatser.

Kommittén har föreslagit att begreppet anhörig bör ges en så vid innebörd som möjligt vid införande av en rätt till ledighet för anhörigvård. Förutom släkt bör personer till vilka arbetstagaren har en nära personlig relation omfattas av begreppet.

Det stora flertalet remissinsanser ansluter sig till kommitténs vida definition av begreppet anhörig. Av remissvaren framgår att det är positivt att anhörigbegreppet har utökats till att omfatta även den med vilken arbetstagaren har nära personlig anknytning. En rad instanser anser dock att lagförslagets definition av anhörigbegreppet kan medföra tolkningsproblem.

Stockholms läns landsting vill ytterligare vidga anhörigbegreppet till att även omfatta s.k. familjehemsföräldrar som vårdar utvecklingsstörda barn och ungdomar i familjehem enligt omsorgslagen.

Göteborgs och Bohus läns landsting delar kommitténs uppfattning om att begreppet anhörig bör ges en så vid innebörd som möjligt. För att undvika missuppfattningar om vad begreppet omfattar, bör istället begreppet närstående användas.

RFV, AD, SAV, TCO, Gävleborgs läns landsting och *Göteborgs kommun* anser att det kan uppstå tolkningsproblem kring anhörigbegreppet.

RFV anser att en arbetsgivare bör ha rimlig möjlighet att bedöma om en arbetstagare, som önskar ta i anspråk den föreslagna ledigheten, tillhör kategorin anhörig. Eftersom detta är en för arbetsgivaren angelägen fråga anser verket att kretsen ledighetsberättigade personer bör preciseras. Om det i en framtid skulle bli aktuellt att koppla rätten till ledighet till en rätt till ersättning enligt lagen om allmän försäkring måste också kretsen ersättningsberättigade personer vara mer preciserad.

Enligt *AD:s* mening ger kommitténs beskrivning av vad som avses med anhörig utrymme för viss tveksamhet. AD understryker det angelägna i att den oklarhet rörande innebörden av uttrycket nära personliga relationer som föreligger i betänkandet uppmärksammas under det fortsatta lagstiftningsarbetet.

Göteborgs kommun anser att rätten till de kortfristiga ledigheterna bör begränsas till den traditionella anhörigkretsen, dvs. make/maka, förälder, barn och syskon till den vårdade.

SAF är negativ till kommitténs förslag som man menar innebär att arbetstagarna i princip har rätt till ledighet för att vårda vem som helst. Det framstår enligt SAF:s uppfattning som helt omotiverat att införa en så vidsträckt rätt till ledighet.

Kommittén föreslår att som villkor för ledighet skall gälla att en arbetstagare, på begäran av arbetsgivaren, skall kunna styrka det uppkomna behovet av vårdinsatser från arbetstagarens sida.

RFV anser att några närmare definierade vårdinsatser inte skall vara avgörande för rätten till ledighet. Genom sjukvårdshuvudmannens, försäkringskassans respektive vårdgivarens bedömning bör en tillfredsställande prövning av anhörigvårdens berättigande anses ske.

Landstingsförbundet anser att riskerna för missbruk är uppenbara. Förbundet påpekar att av kommitténs förslag inte framgår huruvida intyget skall styrka att en viss person behöver en angiven vård eller om intyget även skall styrka att vårdinsatsen skall utföras av den arbetstagare som begär ledighet. I det senare fallet ankommer det på sjukvårdshuvudmannen att i arbetsgivarens ställe definiera begreppet anhörig och bestämma en arbetstagares rätt till ledighet enligt lagen. Detta är enligt Landstingsförbundet en oacceptabel utformning av en lagfäst rätt till ledighet om 30 dagar per år.

Kommittén föreslår att ledighet bara skall kunna tas ut under hel eller halv dag. Vidare föreslås att arbetsgivaren och arbetstagaren skall samråda om arbetstidens förläggning.

Remissinstanserna pekar på svårigheter för såväl arbetstagare som arbetsgivare. Åtskilliga remissinstanser framför att sjukvårdsbehov inte alltid kan koncentreras till och tillgodoses viss del av dagen. I några remissvar pekas på de svårigheter som uppstår för arbetsgivaren genom att bestämmelserna inte tar hänsyn till dennes verksamhet.

Statskontoret delar kommitténs mening att ledigheten bör begränsas till hel- eller halvdagsledighet.

Svenska Metallindustriarbetareförbundet påpekar att det genom föräldraledighetslagen blivit naturligt med ledighet också för en fjärdedels dag. Det saknas därför anledning att i den nu aktuella ledighetsformen inte tillåta den typen av ledighet. Framför allt när fråga bara är om ledighet utan betalning.

HCK, som konstaterar att kommittén avvisar tanken på en ledighetsrätt för mindre än fyra timmar per dag har svårt att se motiven för en sådan begränsning. Enligt HCK bör stor flexibilitet eftersträvas. Omfattningen av ledigheten bör således, utan några begränsningar, kunna anpassas efter vårdtagarens och den anhöriges förutsättningar och behov.

Landstingsförbundet tar upp frågan om arbetstidens förläggning. Förbundet anser att samma överväganden bör gälla som för övriga ledigheter. I lag bör endast anges att arbetsgivaren beslutar om ledighetens förläggning med skälig hänsyn till syftet med ledigheten och arbetstagarens behov av att få ledigheten förlagd till viss del av dagen.

SAF, som inte godtar rätten till ledighet, anser att rätten att ta ut halv ledighet framstår som omotiverad och alltför långtgående.

I ersättningsfrågan pekar komittén på möjligheten av att etappvis bygga ut ersättningssystemet. Enligt kommitténs bedömning är det särskilt angeläget att reglera ersättningen till anhörigvårdare vid terminalvård i hemmet och i betänkandet diskuteras en kostnadskalkyl för ersättning vid vård i livets slutskede i hemmet genom allmän försäkring. Därnäst prioriterar kommittén ersättningen till anhörigvårdare vid tillfällig vård av barn mellan 12 och 16 år.

Frågan om ersättning för vård av anhörig har engagerat så gott som samtliga remissinstanser. Åtskilliga remissinstanser konstaterar i kritiska ordalag att det i kommitténs betänkande saknas en grundlig analys av de ekonomiska konsekvenserna.

Enligt åtskilliga remissinstanser bör man åtminstone pröva möjligheterna att införa en ersättning baserad på sjukpenningens och föräldraförsäkringens grundprinciper vid kortare ledighet. Det gäller framför allt de av kommittén prioriterade situationerna och i synnerhet vid vård i livets slutskede.

Bl.a. *socialstyrelsen, Landstingsförbundet, SHR, HCK, landstingen i Södermanlands, Kronobergs, Västernorrlands* och *Västerbottens län* konstaterar att kommittén inte ordentligt analyserat möjligheterna att införa ett ersättningssystem för anhörigvård.

Socialstyrelsen beklagar att kommittén inte ordentligt utrett och analyserat möjligheterna att införa ett ekonomiskt ersättningssystem för anhörigvård. Detta är en klar brist och det kommer att innebära att få arbetstagare kan utnyttja rätten till ledighet för anhörigvård, då de ekonomiska förutsättningarna härför saknas. Enligt socialstyrelsens bedömning måste stora samhällsekonomiska vinster kunna göras om behovet av institutionsplatser minskar till följd av utbyggd hemsjukvård med stöd av anhöriga. Dessa besparingar borde bli större än kostnaderna för en individuellt utformad dagersättning för anhörigvård, som baseras på sjukpenningförsäkringens och föräldraförsäkringens grunder.

Socialstyrelsen vill särskilt betona angelägenheten av att ersättningsfrågan för tillfällig vård av barn i åldern 12-16 år får sin lösning när det gäller handikappade och svårt sjuka barn. Styrelsen vill också understryka vikten av en snabb etappvis utbyggnad av ersättningssystemet.

SHR anför att alla väsentliga möjligheter till en konstruktiv utveckling av förslaget uteblir om inte ersättningsfrågorna kan behandlas ytterligare. Handikapprådet anser att det finns möjligheter till samhällsekonomiska besparingar vid införandet av ett ersättningssystem.

HCK konstaterar att reformen knappast kommer att få någon nämnvärd betydelse om inte ledighetsrätten kan kombineras med rätt till ersättning. De enda som sannolikt kommer att kunna utnyttja ledigheten är personer och hushåll med höga inkomster och god ekonomi. HCK kräver mot den bakgrunden att frågan om ersättning vid anhörigvård omedelbart blir föremål för förnyad prövning.

Spri, LRF, Östergötlands och *Uppsala läns landsting* samt *Malmö kommun* anser att en ersättning från den allmänna försäkringen motsvarande vad som gäller vid egen eller barns sjukdom bör införas. Spri anser att redan i ett relativt kort tidsperspektiv torde ersatt ledighetsrätt leda till en minskning av behovet av mera kostnadskrävande slutna vårdformer.

Stockholms, Norrbottens och *Västmanlands läns landsting* anser att

ersättningsfrågan måste ges en tillfredsställande lösning så snart samhällsekonomin medger detta. Enligt *Stockholms läns landstings* uppfattning har kommittén gjort en bra avvägning med hänsyn till de begränsade möjligheter till kostnadsökningar som finns och landstinget instämmer i utredningens förslag att ekonomisk ersättning till den som i hemmet vårdar anhörig i livets slutskede är mycket angelägen. Denna fråga bör därför lösas så snart det är ekonomiskt möjligt.

Statskontoret anser att en första etapp i utbyggnaden synes kunna avse ersättning vid vård i hemmet i livets slutskede. Statskontoret vill därför för sin del förorda en fortsatt utredning angående kostnaderna för en sådan delreform och möjligheterna att finansiera denna genom besparingar och omprioriteringar.

Landstingsförbundet anför att om rätten till ledighet kan förenas med ersättning är det rimligt att begränsa denna till vissa angelägna vårdinsatser. Förbundet förordar således rätt att med ersättning från den allmänna försäkringen vara ledig för tillfällig vård av anhörig under dennes svårare sjukdomstillstånd. Denna ledighet skall också innefatta den av kommittén prioriterade situationen vård i livets slutskede. En motsvarande rätt till tillfällig ledighet för vård eller behandling av barn med handikapp under 16 år på vårdinrättning anser styrelsen bör inarbetas i föräldraledighetslagen.

Göteborgs och Bohus, Jönköpings, Värmlands och *Västernorrlands läns landsting* samt *Malmö och Göteborgs kommuner* anser att man i första hand skall låta ledighet för vård i livets slutskede omfattas av ersättning baserad på sjukpenning- och föräldraförsäkringens grundprinciper.

Älvsborgs läns landsting föreslår att för att mildra de ekonomiska konsekvenserna kan ledighetens längd anpassas till gällande kollektivavtal på offentliga sektorn, dvs. ledighet under 15 eller högst 20 dagar, i stället för föreslagna 30 dagar, men med ersättning från den allmänna försäkringen.

Svenska kommunförbundet erinrar om att förbundet i sitt remissyttrande över utredningen om vård i livets slutskede uttalade sig för att ersättning till anhörig genom den allmänna försäkringen skulle utgå med belopp motsvarande sjukpennig. Förbundet är medvetet om de svårigheter kommittén ställts inför i detta sammanhang, men ifrågasätter med tanke på de successivt ökande kostnaderna inom institutionsvården om de av kommittén gjorda ekonomiska beräkningarna i ett längre tidsperspektiv håller. Forskningsresultat från olika håll i landet visar tvärtom att betydande insatser kan sättas in till stöd för vård i hemmet, innan taket är nått för vad en institutionsplats kostar. Ytterligare ett argument som talar för en ersättning via den allmänna försäkringen är jämlikhetsaspekten. En rätt till ledighet utan ersättning är ju knappast ett acceptabelt alternativ för t.ex. en ensamförsörjare.

LO som också hänvisar till sitt yttrande över utredningen om vård i livets slutskede beklagar att kommittén inte ansett sig ha möjlighet att föreslå ett ersättningssystem redan nu.

TCO anser att det är en brist att utredningen inte föreslår en ovillkorlig rätt till ersättning vid ledighet under kortare perioder. Risk finns annars att många grupper inte utnyttjar rätten till ledighet. TCO förordar en ersättningslösning inom ramen för lagen om allmän försäkring.

SACO/SR menar att organisationen tvingas acceptera att det statsfinan-

siella läget inte tillåter en ersättning vid vård av anhörig motsvarande ersättning vid egen sjukdom. Frågan måste lösas så snart samhällsekonomin medger detta.

Förteckning över remissinstanser och sammanställning av remissyttranden över betänkandet (SOU 1987:21) Äldreomsorg i utveckling

Remissinstanserna

Efter remiss har yttranden avgetts av *socialstyrelsen, skolöverstyrelsen (SÖ), universitets- och högskoleämbetet (UHÄ), arbetsmarknadsstyrelsen (AMS), arbetarskyddsstyrelsen, bostadsstyrelsen, statistiska centralbyrån (SCB), statskontoret, riksrevisionsverket (RRV), statens handikappråd (SHR), forskningsrådsnämnden (FRN), länsstyrelserna i Stockholms, Norrbottens* och *Örebro län, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Centralorganisationen SACO/SR, Handikappförbundens Centralkommitté (HCK), De handikappades Riksförbund (DHR), Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Sveriges pensionärsförbund (SPF), Statspensionärernas riksförbund (SPR), Röda korset, Sveriges allmännyttiga bostadsföretag (SABO), HSB, Stockholms, Malmö, Göteborgs, Haninge, Täby, Vellinge, Svedala, Härryda, Linköpings, Halmstads, Örebro, Falu, Sundsvalls, Eskilstuna, Eksjö, Älmhults, Osby, Mariestads, Skara, Rättviks, Bollnäs, Katrineholms, Vänersborgs, Härnösands, Fagersta, Sjöbo, Strömsunds, Överkalix och Pajala kommuner, Gävleborgs, Stockholms, Blekinge, Norrbottens* och *Jönköpings läns landsting.*

Yttranden har också kommit in från *Riksförbundet pensionärers gemenskapsgrupper (RPG), Luleå kommuns kommunala pensionärsråd, Hörselfrämjandets riksförbund (HfR), Synskadades riksförbund (SRF), Sveriges dövas riksförbund (SDR), Sveriges pensionärsförbund Brännkyrkaföreningen, Husmodersförbundet hem och samhälle, Folkpartiets kvinnoförbund, Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, primärvårdschefen Gösta Brydolf* samt *f.d. socialchefen Bertil Brorsson.*

Universitets- och högskoleämbetet har bilagt yttranden från *universiteten i Stockholm, Linköping, Lund, Göteborg* och *Umeå*, samt från *högskolorna i Örebro* och *Östersund, Karolinska institutet, regionala hälsouniversitetet i Linköping, utbildningsnämnderna i Kristianstads, Värmlands, Kopparbergs* och *Västerbottens läns landsting, skolstyrelsen i Malmö kommun* och *Göteborgs och Bohus läns vårdskoleförbund.*

1 De äldres inflytande

Slopade åldersgränser för förtroendeuppdrag

Beredningens förslag:
- De författningsmässiga åldersgränserna för vissa offentliga uppdrag bör slopas.

Av de 18 remissinstanser som berör frågan tillstyrker 17 beredningens förslag.

PRO hävdar "att det inte finns sakliga skäl att genom generella åldersgrän-

ser inskränka på äldre människors möjligheter till inflytande och delaktighet i samhällets beslutsinstanser. Tvärtom måste det anses rimligt att ta tillvara de erfarenheter och kunskaper som äldregenerationen har tillägnat sig."

Härnösands kommun menar att "beredningens förslag om slopande av de författningsmässiga åldersgränserna för vissa offentliga uppdrag tillför enligt vår mening inte de äldre något avgörande inflytande. De författningsmässiga åldersgränserna är få. I stället har praxis bildats som innebär att de flesta lämnar sina kommunala uppdrag vid uppnådd pensionsålder eller strax därefter... Vi upplever dock problemet att engagera yngre människor inom politiken som större, annars riskerar vi en allt mer ökande medelålder i de politiska församlingarna med åtföljande klyfta mellan väljare och valda."

Pensionärsråd

Beredningen

- Kommuner och landsting bör sträva efter att stärka pensionärsrådens ställning.

De remissinstanser som behandlar frågan delar beredningens överväganden, men har olika förslag om hur råden kan stärkas.

PRO är starkt besviken över att kommunala nämnder, styrelser och myndigheter i så ringa grad är beredda att utnyttja befintliga samrådsorgan på ett konstruktivt sätt.

"Mot bakgrunden av dessa erfarenheter är det i hög grad angeläget att förutsättningar skapas för pensionärsorganisationer av riksomfattande karaktär och som alla pensionärer kan bli medlemmar i erhåller ett reellt inflytande i de frågor som berör pensionärer och som beslutas på samtliga samhällsnivåer. "I avvaktan på att utredningen om formerna för pensionärernas medinflytande i olika samhällsfrågor av särskilt intresse för pensionärerna (Dir. 1987:12) slutför sitt arbete" är det emellertid ett rimligt krav att pensionärsorganisationerna blir accepterade som remissinstans samt att på samtliga samhällsnivåer samråd äger rum med berörda pensionärsorganisationer innan beslut fattas i frågor som berör de äldres behov och förhållanden."

SPF "delar beredningens mening att pensionärsrådens ställning bör stärkas. De bör utgöra remissorgan. Utöver socialnämndernas ärenden bör pensionärsråden ha inflytande på bostadsplanering, utformning och skötsel av gator, parker, hållplatser o.d. Kommunala pensionärsråd bör vara knutna till kommunstyrelsen.

I anslutning till landstingen bör utöver pensionärsråd samverkansgrupper inrättas som ger pensionärs- och handikapporganisationer inflytande på planering av bl.a. hälso- och sjukvård i de olika sjukvårdsområdena."

Statskontoret menar att det bör ankomma på kommunerna att avgöra vilken organisatorisk utformning råden bör ha.

Kommunförbundet anser att "pensionärs- och handikappråden i kommunerna kan inte tilldelas beslutande befogenheter. Råden bör ändå kunna spela en väsentlig roll för att stärka äldres och handikappades möjligheter till delaktighet och inflytande i kommunala frågor som har betydelse för deras levnadsförhållanden."

Härryda kommun menar att det är viktigt att pensionärsorganisationernas ställning stärks. Man kan dock ifrågasätta om pensionärsråden är det bästa sättet att nå ett ökat inflytande. Pensionärsråden är, liksom handikappråden, partsorgan. Där möts företrädare för renodlade intresseorganisationer och politiska partier. Råden är forum för organisationerna att driva sina specifika frågor och försöka påverka politikerna, för vilka "pensionärsfrågor" eller "handikappfrågor" är delar i en större verklighet och därmed insatta i sammanhang där de måste prioriteras i förhållande till andra frågor. Det finns en uppenbar risk att organisationernas synpunkter därigenom blir föremål för kompromisser och förhandlingar redan i rådens behandling av dem. Det finns därför all anledning att försöka hitta andra former för inflytande, som ger möjlighet till direkt påverkan på nämnder och styrelser. Formerna bör vara flexibla och styras av den uppgift som skall lösas.

Härnösands kommun delar beredningens mening, att kommuner och landsting bör på ett bättre sätt utnyttja pensionärsråden även för andra frågor än de som handläggs av socialnämnden. Trafikfrågor, planering av bebyggelse, fritid och kultur nämns som exempel. Kommunen vill särskilt understryka vikten av att rådet bereds tillfälle att ge synpunkter redan i ett tidigt skede av planeringen.

Alternativa driftsformer

Beredningen

- Föreningar, kooperativ m.m. där äldre har inflytande bör kunna ta över driften av vissa kommunala verksamheter.

De remissinstanser som yttrar sig i frågan delar i huvudsak beredningens överväganden.

PRO delar beredningens synpunkter i fråga om ett direkt medborgerligt deltagande i de kommunala verksamheterna. "PRO har goda erfarenheter från de platser där man ansvarar bl.a. för serviceverksamhet och fritids- och kulturaktiviteter i olika former."

"PRO anser därför att kommunerna och landstingen i enlighet med beredningens uppfattning bör medverka till en utveckling av sådan verksamhet. Det övergripande planeringsansvaret skall också överlåtas på pensionärsorganisationerna."

"*LO* kan i allt väsentligt instämma i beredningens synpunkter vad gäller pensionärernas inflytande över äldreomsorgen i stort och i enskilda delar. Vi kan också tillstyrka att pensionärernas egna organisationer driver olika serviceinsatser när det gäller sysselsättning, fritids- och kulturaktiviteter. Överhuvudtaget så länge det gäller service och allmän omsorg kan kompletterande inslag, som drivs av föreningar och kooperativ accepteras. Däremot anser vi det vara en klar samhällsuppgift att driva verksamheter som förutsätter särskild sjukvårds- eller social kompetens. Det är ett trygghetskrav för pensionärerna."

Röda korset "anser att det är en klar brist i betänkandet att inte äldreberedningen mera uppmärksammat frivilligorganisationernas sociala insatser i samhället och det engagemang som oftast finns hos frivilliga medarbetare".

Beredningen

- De människor som behöver service och vård skall ha ökat inflytande över hjälpens utformning.

De remissinstanser som yttrat sig i frågan delar beredningens överväganden, men flera redovisar komplikationer.

Kommunförbundet "delar beredningens uppfattning att den enskilde skall ha inflytande över den vård och omsorg som erbjuds. Det är angeläget att detta inflytande kan komma till stånd på ett smidigt, obyråkratiskt sätt. Socialtjänstlagens regler för handläggning av biståndsärenden kan dock därvid i viss mån verka hindrande."

SACO/SR "instämmer i de uttalanden av allmän karaktär avseende de äldres inflytande och delaktighet som beredningen gör. Dock saknas anvisningar om de praktiska vägar där detta goda skall erhållas...

Ett inflytande får inte begränsas till endast specifika äldrefrågor. Samhället har i dag klara funktionsuppdelningar där den status som tillskrivs medborgarna i mångt och mycket hänger samman med roller i samhället. Värderingar och normer vidmakthåller och förstärker diskriminering av olika slag, t.ex. när det gäller köns- och åldersdiskriminering. Ett genomgripande nytänkande krävs för att nå mål som hänger samman med respekt för varje individ."

Eksjö kommun menar att "den enskildes inflytande över service och vård påtagligt ökat efter socialtjänstlagens tillkomst". Den enskildes möjligheter att anföra besvär över socialnämndens biståndsbeslut beträffande t.ex. hemtjänst, motsvaras inte av något liknande stadgande beträffande hemsjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Genom den långtgående samordningen av hemtjänst och hemsjukvård som äldreberedningen förordar och som i många kommuner redan tillämpas, kan det stundom vara svårt att klarlägga respektive huvudmans ansvar för vidtagna eller uteblivna åtgärder. För den enskilde kan detta innebära en rättsosäkerhet. Socialnämnden anser att det finns skäl för socialdepartementet att ytterligare analysera hithörande frågeställningar."

2 Förvärvsarbete bland äldre

Beredningen

- Strävan bör vara att människor själva skall ha ett stort inflytande över när man vill lämna arbetslivet.
- Regelsystem som skapar flexibilitet för den enskilde bör därför främjas så att rörlig pensionsålder mellan 60 och 70 år kan bli en realitet.

AMS, länsstyrelsen i Norrbottens län, LO, HCK, SACO/SR, PRO, Röda korset, Blekinge läns landsting, Halmstads och *Katrineholms kommuner* samt *RPG* delar beredningens ställningstagande att människor själva skall ha ett stort inflytande över när man vill lämna arbetslivet, samt att regelsystemet bör skapa flexibilitet för den enskilde.

PRO uttalar "att organisationens principiella inställning är positiv till ett

regelsystem som skapar flexibilitet för den enskilde men med hänsyn till olika faktorer som är av betydelse för en tillfredsställande lösning bör frågans avgörande ske i anslutning till pensionsberedningens kommande betänkande."

SACO/SR välkomnar alla initiativ som kan bidra till en förändring av attityden till de äldre som arbetskraft och som kan motverka den nuvarande tendensen att allt fler tidigarelägger pensionering på grund av yttre krav och av arbetsmarknadsskäl.

"Det statistiska underlagsmaterial som äldreberedningen bygger sina slutsatser på och som tidigare redovisats saknar bl.a. kvalitativa data kring arbete och pensionering. Detta är beklagligt. Hade dessa data funnits hade ytterligare synpunkter kunnat bidra till äldreberedningens ställningstagande i dessa frågor. Bl.a. saknar SACO/SR resonemang om de äldre som en positiv resurs i arbetslivet, t.ex. i olika delar av vård och omsorg."

3 Förberedelse inför pensioneringen

Beredningen
- Förberedelse inför pensioneringen bör ses som en del av personalpolitiken. Arbetsgivarna bör i samarbete med de fackliga organisationerna ordna kurser och andra aktiviteter för detta.

Flertalet remissinstanser som yttrar sig om förberedelse inför pensioneringen delar beredningens bedömningar.

Frågan är enligt *PROs* uppfattning både angelägen och viktig. "PRO anser att förberedelse inför pensionering inte bör vara begränsad till samarbete mellan arbetsgivare och fackliga organisationer utan att också pensionärsorganisationer skall vara med i detta arbete."

Röda korset anser att "myndigheterna borde öka resurstilldelningen och på ett bättre och mera aktivt sätt ta sitt ansvar för att förbereda människor inför pensioneringen. Ett väl förberett inträde i pensionsåldern minskar risken för passivitet och isolering när det vanliga arbetet inte finns att tillgå."

4 Fritid och kultur

Beredningen
- Samhällets fritids- och kulturutbud är till för äldre människor på samma villkor som för den övriga befolkningen.
- Ett decentraliserat och varierat fritids- och kulturutbud bör underlättas där bland andra föreningar och intresseorganisationer har en viktig del av verksamheterna.
- Kommuner och landsting skall ta ansvar för att människor med stora hjälpbehov blir delaktiga i fritids- och kulturaktiviteter.

Så gott som samtliga remissinstanser som yttrar sig i fråga om de äldres fritid och kultur delar beredningens överväganden.

PRO ser det som mycket positivt att kunna medverka i fritids- och kulturaktiviteter i ännu större utsträckning än för närvarande. "PRO anser

att resurser bör tillförsäkras pensionärsorganisationer för kontakt- och väntjänst samt till förbättrade kontakter över generationsgränserna."

DHR instämmer i beredningens uppfattning om behovet av utökat fritids- och kulturutbud för äldre. "Fritids- och kulturutbudet skall vara öppet för alla oavsett ålder. Många personer med handikapp är i dag utestängda från fritids- och kulturlivet. Fritidsområden är sällan tillgängliga, inte heller biografer och teatrar, många lokaler saknar hörselslingor osv. Framför allt vill DHR betona vikten av att de som vistas på institution får del av olika fritids- och kulturaktiviteter. Möjlighet måste finnas att i betydligt högre utsträckning delta i olika fritids- och kulturaktiviteter utanför institutionen. Detta kräver bl.a. en utbyggd färdtjänst och ledsagarservice. Kultur- och fritidsutbudet på själva institutionen måste också utökas och breddas. Betydligt starkare krav måste här ställas på kommun och landsting än vad som framförs i betänkandet."

RPG menar att samhället bör ta initiativ till att skapa meningsfulla arbetsuppgifter för de äldre. "Knappast något är så viktigt för pensionärer som att uppleva att man behövs och duger något till. Genom samverkan kommuner och frivilligorganisationer (pensionärs- och kyrkliga organisationer m.fl.) torde man kunna finna lämpliga arbetsuppgifter. Inventering och samråd bör vara nyckelord i en sådan process."

Kommunförbundet anser att en satsning på äldre inte enbart är en resursfråga, utan i hög grad en fråga om synsätt. Styrelsen menar att det här finns utrymme för utvecklingsinsatser i kommunerna.

Göteborgs kommun delar i stort beredningens uppfattningar i fritids- och kulturfrågor. "Beredningen betonar att "samhället" har ett särskilt ansvar för att de mest svaga i grupperna får möjlighet till fritids- och kulturupplevelser. Även föreningar och organisationer bör dock kunna utforma sina aktiviteter så att de svagare grupperna blir mer delaktiga i dessa."

5 Bostadsfrågor

Beredningen
- Kommunerna bör i sina bostadsförsörjningsprogram särskilt beakta äldre och handikappade personers bostadsbehov.
- Teknikutveckling i byggnadsbranschen bör stimuleras för att möjliggöra kvarboende vid ombyggnad av bostadshus.
- En effektiv bostadsförmedling och en utvecklad boendeservice är viktiga förutsättningar för att äldre människor skall få goda boendeförhållanden.

Flertalet av de remissinstanser som berör bostadsfrågorna i sina remissvar delar beredningens bedömning. *Landstingsförbundet* och *Spri* ser med tillfredsställelse att primärkommunernas ansvar för bostadsförsörjning och planering för alla grupper som behöver särskilda boende- och vårdformer ånyo fastslås. *Halmstad kommun* och *kommunförbundet* anser att kommunernas ansvar för bostadsförsörjningen i förhållande till landstingets ansvar för institutionsvården bör preciseras.

Örebro, Svedala, Eksjö och *Stockholms kommuner, SHR* och *PRO* anser att arbetet med att förbättra tillgängligheten i bostadsbeståndet måste

utvecklas. *HCK* menar att målsättningen bör vara att hiss skall installeras i alla hus med mer än en våning, medan *Stockholms kommun* anser att höjda hissbidrag och fler incitament behövs för att främja hissinstallationer. *Haninge kommun* menar att hissbidraget bör finnas kvar tills vidare.

Örebro och *Katrineholms kommuner* samt *kommunförbundet* understryker att boendeservicen måste förbättras. *Socialstyrelsen* menar att boendeservicedelegationen bör prioritera projekt som är inriktade på varsam ombyggnad och där de boende ges en framträdande roll. Även *bostadsstyrelsen* delar den åsikten.

Eksjö kommun och *HCK* är kritiska till att kommunerna numera skall svara för 40 % av kostnaderna för bostadsanpassningsbidraget. *HSB* och *PRO* anser att de kommunala bostadstilläggen måste förbättras. *PRO* anser att det fortfarande finns allt för många äldre som bor kvar i undermåliga bostäder där det är svårt att ge en god omvårdnad.

Bostadsstyrelsen och *Halmstad* kommun betonar vikten av en väl fungerande bostadsförmedling.

6 Mål och inriktning för äldreomsorgen

Beredningen

- Alla människor skall ha rätt till en god service och vård. Den skall ges på ett sakkunnigt sätt och med respekt för den enskildes integritet. Den enskildes möjligheter att bibehålla och/eller utveckla sin funktionsförmåga skall stärkas.
- Alla människor skall, oberoende av behovet av service och vård, ha rätt till delaktighet och gemenskap med andra människor. Detta innebär att den enskildes behov av kontakter, aktiviteter och ett varierat dagsinnehåll skall främjas. Individens intressen och vanor skall respekteras och understödjas.
- Äldre människors behov av service och vård bör främst tillgodoses genom åtgärder som är till för alla. Insatserna skall inte göras beroende av den enskildes ålder.

Samtliga remissinstanser som yttrar sig om beredningens förslag till mål och inriktning för äldreomsorgen tillstyrker dessa.

SHR, HCK, DHR och *HfR* anser att handikappfrågorna inte tillräckligt beaktas. *Länsstyrelsen i Norrbottens län, Eksjö* och *Katrineholm kommuner* anser att glesbygdsfrågorna inte fått tillräcklig belysning. Flera instanser, bland annat *PRO* betonar att omställningen i äldreomsorgen måste göras försiktigt. *Norrbottens läns landsting, Stockholms* och *Eskilstuna kommuner* menar att takten i omställningen måste bestämmas lokalt och att besparingsambitioner inom institutionsvården inte får utgöra motiv. *Svedala* och *Osby kommuner* trycker på att institutionsalternativet måste finnas kvar för att de äldre skall få valfrihet.

Kommunförbundets "allmänna grundsyn är att samhällets samlade insatser för äldreomsorg måste väl anpassas till de starkt varierande individuella behoven. Samhällets äldreomsorg måste präglas av att den enskilda människans identitet och integritet skall respekteras och värnas. Den måste också

väl tillgodose människornas behov av trygghet och gemenskap."

Landstingsförbundet menar att "äldreomsorg i utveckling är det senaste i en rad av vårdpolitiska dokument som behandlar äldrefrågan med ansats till framtidsperspektiv. Slutbetänkandet får främst ses som en kodifiering av senare års utveckling och synsätt inom de samhällssektorer som berörs av omsorg om de äldre. Endast ett fåtal nya överväganden och konkreta förslag framkommer och betänkandets innehåll har mest karaktär av preciseringar av kända problem och behov med en uppstramning av tidigare fastlagda principer."

Röda korset konstaterar att "målen för äldreomsorgen i framtiden är för allmänt hållna. Betänkandet innehåller få konkreta förslag. Även de delmål som avges i betänkandet är i de flesta fall allmänna och ger begränsade möjligheter att bedöma hur den framtida äldrevårdens inriktning och verksamhet kommer att svara mot de uppställda målen. En resultatutvärdering av den framtida äldrevården förutsätter mer konkretiserade och preciserade delmål."

7 Servicebostäder – ålderdomshem

Beredningen

- Människor med omfattande omvårdnadsbehov behöver servicebostäder, dvs. olika typer av särskilda boende- och vårdformer som förenar en god och trygg service och vård med en bra boendemiljö.
- Servicebostäder bör utgöra små enheter, som är väl integrerade i den övriga bostadsbebyggelsen.
- Gruppboende, som är en form av servicebostad där en mindre grupp delar vissa gemensamma utrymmen, bör byggas ut.
- Servicebostäder är ett primärkommunalt ansvar såväl vad gäller att inrätta sådana som att svara för social service och omvårdnad inklusive enklare uppgifter av sjukvårdskaraktär. Primärvården svarar för övriga sjukvårdsinsatser.

Kommunförbundet är tveksamt till och *Landstingsförbundet* tror inte att det är möjligt att använda begreppet servicebostäder som sammanfattande benämning på bostäder där en god service och vård kan erbjudas i kombination med boendet. Det kan föra tankarna till att det är fråga om en ny typ av specialbostäder för äldre. *Kommunförbundet* anser också att beredningen är oklar när det gäller definitionerna av begreppen "boende" och "institution". *Jönköpings kommun* ansluter sig till ett enhetligt servicebostadsbegrepp.

Servicebostäder

Flertalet remissinstanser som yttrar sig i fråga om servicebostäder delar beredningens uppfattning. *Bostadsstyrelsen* och *socialstyrelsen* delar beredningens uppfattning att servicebostäder som förenar en god och trygg service och vård med en bra boendemiljö och som utgör små enheter väl integrerade i den övriga bostadsbebyggelsen behövs. *Bostadsstyrelsen* anser att stora krav

ställs på den kommunala bostadsförsörjningen att planera för tillräckligt många servicebostäder framöver.

DHR betonar att den enskilde själv måste kunna välja boendeform. DHR tar även bestämt avstånd från att kraven på fullvärdigt boende skulle mjukas upp när det gäller villkoren för statsbidrag till personalen inom den sociala hemhjälpen.

PRO ansluter sig till beredningens förslag och menar att man vid utformningen av de olika alternativen till servicebostäder måste beakta närheten till hembygd och anhöriga.

HSB beklagar att beredningen i så stor grad förbisett möjligheterna att utveckla äldreomsorgen i andra former än de traditionella hos kommunerna. HSB har sedan lång tid tillbaka samverkat med kommuner och landsting genom att tillhandahålla servicelägenheter i bostadsrättsföreningar. I dessa bör bostäderna upplåtas direkt till de äldre och inte via kommun eller landsting. Huvudmännen bör kunna stödja den enskildes förvärv av bostadsrätt genom lån i kombination med säkerhet i form av panträtt i bostadsrätten.

SPR förordar ökad satsning på servicebostäder där möjlighet finns att få ökade sjukvårdsinsatser. *Eksjö kommun* anser att man kan tillgodose behov av stora hjälpinsatser i servicebostäder, men att dessa inte får bli en form av sjukvårdsinstitutioner. *Sundsvalls kommun* anser att det inte behövs någon specialboendeform utöver servicehus och servicelägenheter.

Gruppboende

Socialstyrelsen, HSB, HCK och *DHR* delar beredningens uppfattning att gruppboendet bör bestå av fullvärdiga bostäder. Det finns annars risk att dessa får en institutionsprägel. *Härnösands* och *Malmö kommuner* menar däremot att fullvärdighetskravet borde släppas. *Bostadsstyrelsen, Göteborgs kommun* och *PRO* menar att en kraftig satsning på gruppbostäder behövs. *Sundsvalls kommun* har goda erfarenheter av gruppboende men menar att sjukvårdshuvudmännen bör ansvara för dessa. *SDR* menar att särskilda gruppbostäder för döva behövs. Flera kommuner bör gå samman för att tillskapa sådana. *HCK* anser att gruppbostäder bör byggas för högst fyra boende. Både *HCK* och *DHR* betonar att den enskilde måste få välja om han vill flytta till en gruppbostad.

Ålderdomshem

Nästan samtliga remissinstanser som yttrar sig i fråga om ålderdomshemmen instämmer i beredningens bedömning att dessa bör finnas kvar men utvecklas. *Sundsvalls kommun* anser dock att någon mellanform mellan eget boende och långtidssjukvården, i form av moderniserade ålderdomshem, inte behövs.

Malmö kommun anser att samma statliga lån borde utgå vid nybyggnad av ålderdomshem som vid ombyggnad.

SPF anser att beredningen inte tillräckligt beaktat de forskningsresultat som under senare år påvisat att många äldre känner stor otrygghet i egen

lägenhet och att en lösning på detta kan vara ett boende i ålderdomshem. Äldre typer av ålderdomshem bör dock enligt förbundet moderniseras. *Rättviks kommun* redovisar liknande åsikter.

8 Långtidssjukvårdens inriktning

Beredningen
- Fler människor skall i framtiden kunna erbjudas service och vård i den vanliga bostaden eller i servicebostad, som alternativ till långvarig vård vid sjukvårdens institutioner.
- Sjukhem skall finnas lokalt som stöd för service och vård i hemmen. Stor vikt bör läggas vid rehabilitering. Sjukhemmen skall erbjuda växelvård, avlastning och vård i livets slutskede.
- De långvårdsmedicinska klinikerna skall vidareutvecklas och inriktas mot geriatrisk rehabilitering.
- Miljön och levnadsvillkoren vid institutionerna skall förbättras. Målet bör vara att enkelrum med egen toalett och dusch i framtiden kan erbjudas långvarigt sjuka.

De remissinstanser som yttrar sig om långvårdsklinikernas inriktning delar beredningens förslag. Även bedömningen att de centrala sjukhemmen successivt bör ersättas med annan vård får stöd bland remissinstanserna. Däremot finns delade meningar om de lokala sjukhemmens inriktning. Flera remissinstanser, t.ex. *LO, TCO, Överkalix* och *Haninge kommuner* stöder beredningens uppfattning att sjukhemmen huvudsakligen skall erbjuda växelvård, avlastning och vård i livets slutskede.

Majoriteten bland remissinstanserna menar dock att de lokala sjukhemmen måste inriktas mot att i mer eller mindre hög grad svara för långvarig vård för personer som har mycket stora hjälpbehov. Hit hör *de båda kommunförbunden, PRO, SPF, Spri, HSB, Gävleborgs* och *Norrbottens läns landsting*.

Kommunförbundet menar att "beredningen inte redovisat sjukhemmens båda roller på ett tillfredsställande sätt. Till lokala sjukhemmens primära uppgifter hör förutom rehabilitering även att svara för långvariga vistelser ibland till livets slut för människor som inte klarar eget eller alternativt boende i servicehusbostäder."

SPF anser att situationen för de personer som inte kan rehabiliteras inte tillräckligt beaktas. *PRO* menar att det måste finnas tillgång till permanenta vårdplatser för de som har allvarliga former av åldersdefekter och ohälsa. "PRO anser det naturligt att inte avveckla de centrala sjukhemmen förrän de lokala sjukhemmen byggts ut även med resurser för mer omfattande vårdinsatser."

Landstinget i Gävleborgs län menar att inriktningen för de lokala sjukhemmen bör vara densamma som för ålderdomshemmen, dvs. egen bostad, eget hyreskontrakt och en aktiv boendemiljö.

Flera remissinstanser framhåller att beredningens målsättning för långtidssjukvårdens förändring måste genomföras långsiktigt och med stor varsamhet. I avvaktan på att större förändringar kan genomföras måste åtgärder

vidtas för att göra tillvaron bättre för de åldringar som finns på institutionerna. *Socialstyrelsen* noterar att den psykiatriska vården knappast alls behandlats av beredningen.

9 Social hemtjänst

Beredningen
- Den sociala hemtjänsten skall byggas ut och kvaliteten förbättras. Arbetet skall organiseras så att hjälp kan ges alla tider på dygnet.
- Social service och omvårdnad, inklusive enklare uppgifter av sjukvårdskaraktär, är den sociala hemtjänstens ansvarsområde.
- Den enskilde skall få ett vidgat inflytande över service och vård.

De remissinstanser som yttrar sig om den sociala hemtjänsten delar beredningens förslag till inriktning. Flera instanser menar att beredningens ambitioner är höga i förhållande till hemtjänstens nuvarande läge.

Stockholms kommun anför att många av beredningens målsättningar är goda. "Som exempel kan nämnas den om att ha en flexibel organisation där hjälpinsatser kan anpassas efter aktuell situation och där samordningsproblemen minimeras liksom att bygga ut den sociala hemtjänsten och förbättra kvaliteten och organisera arbetet så att hjälp kan ges alla tider på dygnet. Man måste dock vara klar över att dessa högt ställda mål innebär mycket stora krav på arbetsledning, personal och resurstillgång."

HSB och *Göteborgs kommun* menar att en utvecklad boendeservice bör kunna avlasta den sociala hemtjänstens uppgifter av ren servicekaraktär. *HSB* menar att "arbetsuppgifter inom den sociala hemtjänsten erfarenhetsmässigt och i betydande utsträckning lika väl kan utföras av personal anställd i bostadsorganisationens fastighetsförvaltning. Givetvis krävs viss utbildning härför men den kan lätt planeras och samordnas med den utbildning som sker av personal i den sociala hemtjänsten."

HCK anser det viktigt att en gränsdragning mellan den sociala hemtjänsten och den utvidgade fastighetsskötseln klargörs. När det gäller service som omfattas av den sociala hemtjänsten måste överklagningsrätt föreligga.

SRF är mycket tveksamt till att kommunala verksamheter läggs över på föreningar och kooperativ m.m. Det finns flera påtagliga risker med folkrörelseövertagande av verksamheter som tillgodoser grundläggande servicebehov.

SHR, *SDR* och *SRF* menar att handikappsynpunkterna inte tillräckligt beaktas. *SHR* menar att hemtjänsten "måste kunna tillgodose behoven också hos dem som i avsaknad av tal inte så lätt kan beskriva sitt behov och förklara, hur det skall tillgodoses. Hemtjänsten måste vara till även för barndomsdöva, som kommunicerar på teckenspråk, vuxendöva, hörselskadade, dövblinda, äldre med långvariga sjukdomar och andra med funktionshinder."

SDR framhåller att teckenspråkig personal saknas, att det saknas kunskaper om dövas behov och att fler döva bör anställas inom hemtjänsten. *HfR* betonar att hörselomsorgen bör utvecklas i hemtjänsten och *SRF* betonar att heminstruktörerna måste finnas kvar även om den allmänna kompetensen

bland personalen i hemtjänsten förbättras.

SPF menar att pensionärer bör kunna anställas i hemtjänsten på ungefär samma villkor som övrig personal. Anställningen kan vara tidsbegränsad.

Arbetarskyddsstyrelsen "finner det mycket anmärkningsvärt att arbetsmiljöfrågorna över huvud taget inte berörs i utredningen." Styrelsen betonar vikten av att de äldres bostäder utformas så att även personalens arbete kan utföras utan att arbetsskador uppkommer. Utrymme måste t.ex. finnas för lyfthjälpmedel. Representanter för skyddsorganisationen och skyddsombud bör ingå i vårdplaneringsgrupper.

10 Dagverksamheter

Beredningen

- Dagverksamheter i kommuner och landsting skall utvecklas och samordnas.

Flertalet av de remissinstanser som kommenterar beredningens överväganden om dagverksamheter är positiva. Det gäller t.ex. *Landstingsförbundet*, *Eskilstuna* och *Mariestads kommuner* och *Gävleborgs läns landsting*.

Blekinge läns landsting och *Eksjö kommun* framhåller att samordning av olika former av dagverksamheter inte kan ske fullt ut. *Blekinge läns landsting* anser att "det är nödvändigt med en utbyggd samverkan inom föreningslivet, så att redan uppbyggda verksamheter inom förenings- och organisationslivet inte får konkurrens från kommunal eller landstingsdriven verksamhet utan i stället får stöd att utveckla sin verksamhet. Vad gäller dagverksamheter för åldersdementa är landstingets erfarenhet att det är svårt att integrera dessa i dagverksamheter som riktar sig till alla äldre. Därför bör en fortsatt utbyggnad av särskilda dagverksamheter för åldersdementa ske."

Katrineholms kommun menar att det bör utredas närmare under vilka former verksamheten vid dagcentraler bör bedrivas i framtiden.

11 Primärvård

Beredningen

- Primärvården skall byggas ut och svara för medicinsk vård i hemmen. Rehabilitering och hälsovård för äldre är viktiga uppgifter.

RPG och *Strömsunds kommun* instämmer i beredningens bedömning att primärvården även fortsättningsvis måste byggas ut.

TCO menar att distriktssköterskorna fått förändrade arbetsuppgifter. "Distriktssköterskan måste i högre grad ha tid och utrymme för ett aktivt, uppsökande arbete som kan trygga de äldres och handikappades situation. Hon måste också på ett bättre sätt ges möjligheter att utgöra ett stöd för hemtjänstpersonalen, de anhöriga och undersköterskorna. . . . Tilltron till hemsjukvården, både hos patienter och anhöriga, riskerar att rubbas om inte resurserna byggs ut."

Göteborgs kommun och *PRO* instämmer i beredningens bedömning att den förebyggande hälsovården behöver utvecklas. PRO kräver "att äldrehälsovården, liksom t.ex. företagshälsovården, skall betraktas som en verksam-

het där man via regelbundna kontakter med de enskilda individerna och deras livsmiljö kan finna de riskindivider och riskmiljöer som behöver insatser och hjälp."

12 Färdtjänst

Beredningen

- Färdtjänsten skall vidareutvecklas så att den enskilde kan resa enkelt och bekvämt till ett pris som är jämförbart med kollektivtrafikens avgifter.

Remissinstanserna delar beredningens överväganden om färdtjänstens utveckling.

LO delar beredningens uppfattning att en länsfärdtjänst är att föredra. Ett förslag till en sådan reform borde snarast utarbetas.

Härryda och *Katrineholms kommuner* menar att det är tveksamt att fortsätta att bygga ut färdtjänsten. Målsättningen bör vara att ytterligare handikappanpassa de allmänna kommunikationssystemen.

HCK menar att regler om handikappstödet bör införas i en reviderad § 21 i socialtjänstlagen. Där bör också införas en rätt till färdtjänst.

SPF instämmer i beredningens överväganden men menar att riksfärdtjänstens regler måste förenklas.

13 Personalfrågor

Behov och tillgång

Statskontoret och *SPR* anser att behovet av personal i framtidens äldreomsorg inte tillräckligt belysts i beredningens betänkande.

"Såvitt *statskontoret* kunnat finna baserar sig beredningens antaganden om personalbehov på en, i förhållande till dagsläget, höjd ambitionsnivå. Av beräkningarna framgår däremot inte vad en oförändrad ambitionsnivå skulle innebära eller vilka möjligheter som finns till omprövning och omprioritering inom systemets ram. Statskontoret finner en närmare belysning av personalbehovet inom äldreomsorgen – och då i relation till även angränsande områden såsom primärvården, psykiatrin och omsorgsvården – angelägen. . . .

Enligt *statskontorets* uppfattning är rekryteringsbehovet därmed inte enbart ett problem för socialsektorn utan i hög grad ett välfärdspolitiskt och samhälleligt problem som berör såväl arbetsmarknadens inriktning i stort och grundutbildningarnas och fortbildningens dimensionering m.m. Frågor som inte kan lösas av enskilda kommuner."

AMS konstaterar att "det råder stor brist på vård- och omsorgspersonal, inte minst inom äldreomsorgen som f.n. byggs ut. Rekryteringssvårigheterna är särskilt uttalade inom hemtjänsten. . . . Rekryteringen till hälso- och sjukvårdsarbete har hittills varit starkt beroende av tillflödet till arbetskraften av yngre och medelålders kvinnor. Hälso- och sjukvården som svarade för mindre än 15 procent av sysselsättningen tog över 25 procent av inflödet av personer i åldern 25–54 år. Barn- och äldreomsorgen som torde förbli bland de sysselsättningsmässigt mest expansiva områdena, söker i huvudsak

sin arbetskraft i samma åldersgrupper som hälso-och sjukvården. Man kan alltså förutse omfattande rekryteringssvårigheter inom dessa områden under 1990-talet."

Utveckling av personalpolitik och arbetsorganisation

Beredningen

- Kommunerna bör ge högsta prioritet åt personalpolitiskt och arbetsorganisatoriskt utvecklingsarbete inom den sociala hemtjänsten. Berörda myndigheter och organisationer på central nivå bör samordna sina insatser och ge stöd till detta.
- Rekryteringen till den sociala hemtjänsten måste stimuleras. Nya former av arbetsplatsförlagd utbildning bör vara ett led i ett sådant arbete.

Flertalet remissinstanser delar beredningens mening att högsta prioritet bör ges åt personalpolitiskt och arbetsorganisatoriskt utvecklingsarbete.

Statskontoret menar att "en omprövning av anställningsvillkoren blir sannolikt nödvändigt, liksom att finna andra vägar att göra arbetet mer attraktivt t.ex. ändrad arbetsorganisation, bättre karriärmöjligheter etc. Detta ökar kostnaderna för befintlig personal, men minskar samtidigt kostnaderna för nyrekrytering, som i dag uppgår till betydande belopp."

Kommunförbundet saknar "resonemang om verksamhetsmål och personalpolitik som kunde ha varit av intresse för framtiden. Styrelsen vill poängtera betydelsen av att målen för utbildningen står i samklang med de verksamhetspolitiska målen inom hemtjänsten. . . . Rekryteringsproblematiken är enligt styrelsen inte bara ett ansvar och en uppgift för kommunerna utan det ligger i hela samhällets intresse att engagera sig i frågan. Här måste även skolan, personal- och pensionärsorganisationer, arbetsförmedling med flera organ hjälpa till."

AMS har i samråd med Kommun- och Landstingsförbunden utarbetat ett handlingsprogram i rekryteringsfrågor, där bl.a. betydelsen av heltidstjänster poängteras. Förbundsstyrelsen ser det som angeläget att motsvarande program tas fram på såväl regional som lokal nivå runt om i landet.

TCO konstaterar "att de som i dag nyanställs stannar alldeles för kort tid i verksamheten och detta är ett problem som inte bara leder till att det uppstår problem att ersätta den personal som slutar. . . . Arbetsbelastningen för de som har arbetsledande funktion blir tung. Konsekvenserna blir att allt för stor del av arbetsledarnas tid åtgår till administrativa och återkommande introduktionsinsatser för nyanställda som i de flesta fall saknar adekvat grundutbildning. . . . För att arbetsledarna skall kunna leva upp till sin viktiga roll så behöver arbetsbelastningen minska för många av dem. Detta kräver bl.a. högre personaltäthet. I detta fall vill TCO också peka på behovet av regelbunden handledning för arbetsledarna."

Stockholms kommun menar "att nyrekrytering, utbildning, metodutveckling och anställningsvillkor är nyckelbegrepp som kommunerna kommer att få arbeta mycket med under många år framöver. Genom den utveckling som beredningen skisserar ställs Stockholms stad inför betydande svårigheter." Kommunen menar vidare att äldreberedningen inte tillräckligt beaktar den

avgörande betydelse som rekryteringsmöjligheterna och förmågan att behålla redan anställd personal faktiskt har.

Härnösands kommun menar "att arbetsskadorna är ett allvarligt problem som måste ägnas särskild uppmärksamhet i detta sammanhang. För att utvecklingsarbetet skall få den tyngd som krävs behövs tillskott av resurser från centralt håll och en mer samordnad organisation krävs med stöd till utvecklingsansvariga."

Beredningens överväganden bl.a. om att kommunerna bör ge högsta prioritet åt personalpolitiskt och arbetsorganisatoriskt utvecklingsarbete inom den sociala hemtjänsten delas av *Halmstads kommun*. "Dock vill kommunen framhålla att detta är en resursfråga av betydande ekonomisk omfattning som centralt bör stimuleras genom särskilda insatser."

Grundutbildning

Beredningen
- Personal som saknar grundutbildning inom den sociala hemtjänsten bör få detta inom de närmaste åren, och fortbildning av all personal om den förändrade inriktningen av service och vård för äldre bör genomföras.
- Gymnasieutbildningen bör förlängas till tre år enligt expertgruppen för översyn av den gymnasiala yrkesutbildningens förslag, och vårdlinjen och den sociala servicelinjen bör samordnas.

Beredningens förslag att samordna social servicelinje och vårdlinjen i gymnasieskolan får stöd av samtliga remissinstanser som yttrar sig förutom *Rättviks kommun* och *DHR*.

Kommunförbundet är positiv till en viss samordning av vård- och sociala servicelinjen. "Däremot bör, enligt styrelsen, vissa delar av utbildningen vara åtskilda. Det är för stora skillnader vad gäller uppgifter, arbetsmiljö, kultur och traditioner mellan sjukhus och hemtjänst för att vårdbiträden och undersköterskor i öppen respektive sluten vård skall kunna få erforderlig yrkeskompetens vid en helt sammanhållen utbildning."

Landstingsförbundet, socialstyrelsen, Spri och *SÖ* tillstyrker att de båda linjerna samordnas. Detta måste dock förenas med att utbildningen förlängs med ett år.

Rättviks kommun ser i förslaget risker i att den sociala servicelinjen blir en vårdinriktad yrkeslinje, vilket bestämt avstyrks.

DHR är "djupt oroad över förslaget till sammanslagning av gymnasiets sociala servicelinje och vårdlinje. Redan nu styrs verksamheten inom hemtjänsten av ett utpräglat vårdtänkande som i hög grad försvårar för oss att hävda vår integritet och självbestämmanderätt. Med en sammanslagning av dessa båda linjer befarar vi att vårdtänkandet helt tar överhanden."

Flera kommuner, bl.a. *Örebro kommun*, menar att nya vägar behöver prövas för grundutbildning inom området. Kommunerna bör ges möjlighet att pröva nya former av lärlingsutbildningar av olika slag. Det är också viktigt att grundutbildning för vårdbiträden i hemtjänst har en egen profil. Den måste byggas på den verklighet och de problem som den har i uppgift att lösa. *Malmö kommun* menar att beredningens förslag om olika former av

utbildning, knutna till arbetsplatserna, eller genom den kommunala vuxenutbildningen eller med stöd av arbetsmarknadspolitiska medel är utmärkta förslag och måste prövas.

Bland andra *Malmö* och *Stockholms kommuner* menar att ytterligare satsningar måste göras inom KOMVUX. En utökning behöver exempelvis ske av antalet utbildningstimmar inom den kommunala vuxenutbildningen.

Härnösands kommun anför "att många kommuner har satsat på grundutbildning av vårdbiträden och byggt upp och bekostat denna utbildning. Detta är inte arbetsgivarens skyldighet utan speglar bristen på satsning på en adekvat grundutbildning i hemtjänst. Den breda satsningen på grundutbildning som enligt äldreberedningens överväganden skall åvila kommunerna blir ekonomiskt betungande, speciellt som utbildningen skall genomföras under några få år. Därför krävs här en ekonomisk förstärkning om inte hemtjänstverksamhetens resurser på fältet skall drabbas."

SÖ anser att utredningen i allt för liten grad berört innehållet i den sociala servicelinjen. "SÖ anser att det behöver göras en mer ingående analys om vilka sjukvårdsuppgifter som vårdbiträden i öppen vård kan utföra. Detta gäller inte minst utifrån ansvarsfrågan och med den sammanhängande problematik."

Fortbildning

Beredningen
- All personal inom äldreomsorgen bör få fortbildning.

Remissinstanserna delar beredningens förslag när det gäller fortbildning. *SÖ* menar att det är kommunernas ansvar att anordna lämplig fortbildning. *Landstingsförbundet* anser att de specifika kunskaper som kan krävas om hälso- och sjukvård bland hemtjänstpersonalen måste beaktas i fort- och vidareutbildning.

HfR vill att fortbildning i hörselkunskap för vårdbitrden i den kommunala hemtjänsten prioriteras.

RPG menar att anställd personal bör få kompletterande kurser motsvarande en kommande treårig utbildning, varefter de bör få bättre lön. Personal som flyttas från ålderdomshem till hemtjänst bör också kunna ges någon typ av kompletteringsutbildning.

Social omsorgslinje i högskolan

Beredningen
- Universitets- och högskolecämbetet får i uppdrag att se över innehållet i och inriktningen av den sociala omsorgslinjen inom högskolan.

UHÄ anser att "ett eventuellt uppdrag till ämbetet bör avse att förutsättningslöst utreda lämplig utbildning utan hänsyn till sektorstillhörighet."

Samtliga bland *UHÄ:s* underremissinstanser ställer sig bakom förslaget om en översyn av sociala omsorgslinjens innehåll och inriktning. En majoritet av dessa underremissinstanser bl.a. *universitetet i Stockholm, högskolorna i Örebro* och *Östersund, Kopparbergs läns landsting* samt

skolstyrelsen i Malmö kommun tillstyrker i olika utsträckning förslaget att samordna linjen med sektorn för administrativa, ekonomiska och sociala yrken (AES-sektorn). Tre underremissinstanser (*universitetet i Linköping, Kristianstads* samt *Västerbottens läns landsting*) är av helt motsatt mening och kan inte se några fördelar med att byta sektorstillhörighet. Två underremissinstanser (*universitetet i Göteborg* samt *Göteborgs och Bohus läns vårdskoleförbund*) ställer sig neutrala och två har inte berört förslaget över huvud taget. Remissinstanserna instämmer enhälligt i att behoven av utbildnings- och fortutbildningsinsatser tillsammans med personalpolitiska åtgärder är nödvändiga och kvalitetshöjande åtgärder inom äldreomsorgen.

SACO/SR ser det som mycket angeläget att den sociala omsorgslinjen forskningsanknyts enligt beredningens förslag.

Sundsvalls, Strömsunds och *Eskilstuna kommuner* menar att det är viktigt att fortbildning ordnas för anställda arbetsledare inom äldreomsorgen.

Täby kommun menar att beredningen bort gå ett steg längre och föreslå ett uppdrag att utveckla en gemensam utbildning för alla handläggare inom socialtjänsten.

14 Stöd till närstående

Beredningen

- Närstående som frivilligt åtar sig ett omfattande omvårdnadsarbete skall få stöd från den sociala hemtjänsten och primärvården.
- Kommuner, och under pågående utvecklingsskede även landstingen, bör kunna anställa närstående för långvariga insatser. Även kortvariga insatser bör kunna ersättas. En samordning av reglerna för detta behövs.

Många remissinstanser tar upp frågan om hur det personliga stödet till närstående bör utvecklas. Samtliga instämmer i beredningens överväganden.

DHR, Gävleborgs läns landsting, Göteborgs kommun och *SPR* betonar att möjligheterna att få avlösning i vården av en närstående måste förbättras.

HCK, Gävleborgs läns landsting och *Röda korset* understryker vikten av att utbildning erbjuds de närstående vårdarna. *Blekinge läns landsting* menar däremot att egna erfarenheter visar att gruppaktiviteter för närstående sällan ger det stöd som är avsett, utan att stödet främst bör ges på individuell basis.

SPF och *Rättviks* kommun menar att även pensionärer bör kunna anställas som vårdare.

Skara kommun hävdar att "beredningens överväganden i detta avsnitt inte är helt okontroversiella. Under år som gått har ofta framhållits att det varit fel att lägga tunga vårduppgifter på anhöriga och att detta, inte minst på landsbygden, skapade en grupp av hemmadöttrar och hemmasöner, som efter föräldrarnas frånfälle hade stora svårigheter att komma ut på arbetsmarknaden. Om närstående skall användas i omvårdnadsarbete, bör detta ske genom regelrätta anställningar som vårdbiträden. Socialnämnden ser inget fel i att närstående anställes som vårdbiträden, men vill uttrycka en reservation mot att man i allt för hög grad räknar med deras arbetsinsatser, när det gäller att dimensionera den sociala hemtjänsten." *Malmö kommun* uttrycker liknande synpunkter.

15 Rätt till ledighet för vård av närstående

Beredningen

- Lagstadgad rätt till ledighet för vård av närstående bör införas enligt de förslag som utarbetats av anhörigvårdskommittén (SOU 1983:64). Ersättning från socialförsäkringen bör införas så snart ekonomiskt utrymme finns för en sådan reform.

Samtliga remissinstanser som tar upp frågan om rätt till ledighet för vård av närstående tillstyrker beredningens förslag om rätt till ledighet för vård av närstående. Flera remissinstanser menar dock att rätten till ledighet måste förenas med ersättning från socialförsäkringen.

Samtliga remissinstanser som tar upp frågan om ersättning för vård av närstående delar beredningens bedömning att det är en angelägen reform.

Kommunförbundet och *DHR* menar att den lagstadgade rätten till ledighet måste kombineras med ersättning från socialförsäkringen. *SHR* och *Spri* har liknande synpunkter. Kommunförbundet kan inte se att beredningens tankar om att kommuner och landsting skulle stå för sådan ersättning är något realistiskt alternativ. De resurser som kan tillskapas i kommunerna behövs för att klara de åtaganden som med nuvarande ansvarsfördelning åvilar kommunerna.

16 Planering

Beredningen

- Kommuner och landsting skall i samverkan planera den lokala servicen och vården.
- En lagfäst skyldighet om planering av omsorgen om personer med funktionshinder eller långvarig sjukdom bör införas i socialtjänstlagen med angivande av att planeringen skall ske i samråd med sjukvårdshuvudmannen.

Av 34 instanser som yttrar sig om kommunerna bör ges obligatorisk skyldighet att bedriva planering av sina insatser för människor med funktionshinder tillstyrker 26 förslaget medan två är emot och fem är tveksamma.

Statskontoret "delar beredningens uppfattning att det är angeläget att ansvariga huvudmän samplanerar äldreomsorgen. Samtidigt vill dock verket varna för uppbyggandet av omfattande nya planeringssystem."

SHR "instämmer i äldreberedningens överväganden och tillstyrker dess förslag. Det är bra att kommunerna åläggs att upprätta en plan för handikappåtgärderna."

Socialstyrelsen är positiv till beredningens förslag. "Skillnaderna mellan kommunerna vad gäller tillgång på resurser för äldre och handikappade personer är mycket stora. Det finns heller inga tydliga tendenser att dessa skillnader minskar. Den planering som kommunerna hittills bedrivit när det gäller äldreomsorg har varit av mycket skiftande kvalitet. I flertalet av planer saknas en tillräcklig koppling till landstingens planering. Socialstyrelsen vill understryka betydelsen av att denna planering byggs upp tvärsektoriellt, dvs.

omfattar flera olika samhällssektorer än hälso- och sjukvård och socialtjänst."

Några instanser, *Norrbottens läns landsting* och *Linköpings kommun*, tillstyrker förslaget men vill inte att planerna skall rapporteras in till socialstyrelsen.

Kommunförbundet "avvisar beredningens förslag att genom ett tillägg i socialtjänstlagen (SoL) lagstadga om en kommunal skyldighet att upprätta en omsorgsplan i samråd med landstinget. Ett tillägg i SoL förändrar enligt styrelsens mening knappast förhållandena i positiv riktning men kan öka riskerna för en formaliserad planeringsbyråkrati. I stället handlar det om att utveckla ett gemensamt politiskt ansvar huvudmännen emellan."

17 Statistik

Beredningen

- Socialstyrelsen får i uppdrag att tillsammans med statistiska centralbyrån, kommunförbunden och Spri se över nuvarande statistik vad gäller service och vård.
- Socialstyrelsen får i uppdrag att precisera vilka uppgifter från en gemensam planering, som årligen skall inrapporteras från huvudmännen.

De remissinstanser som yttrar sig om statistikfrågorna delar i huvudsak beredningens överväganden och förslag.

Statskontoret anser att nuvarande statistiksystem är varken tillfredsställande ur kvalitetssynpunkt eller ändamålsenligt för uppföljning. "Vilka uppgifter staten regelmässigt bör ha om äldreomsorgen måste avgöras på basis av en genomtänkt uppfattning om vad som är det egentliga riksintresset och hur mycket som staten behöver tillgång till årligen, respektive mer intermittent. Ju mer omfattande ett permanent system görs, desto mer administrativt tungrott blir det. . . . Det är enligt statskontorets mening angeläget att staten tar initiativ till ett gemensamt utvecklingsarbete stat-landsting-kommuner i syfte att bygga upp ett rikssystem för uppföljning och redovisning av kommunal och landstingskommunal verksamhet. I detta system bör också information om äldreomsorgen ingå. Statskontoret är berett att medverka i det fortsatta arbetet."

SCB anser att det är angeläget att informationsbehoven klarläggs och att en viss stomme i denna planering blir gemensam för hela landet. Detta gäller bl.a. förändringar av resurser, personal och ekonomiska konsekvenser. *SCB* menar dock att det vore en fördel om översynen inordnas i den organisation som fastställts för samordning av statistik inom socialsektorn, nämligen socialsektorns statistikdelegation.

RRV har funnit vissa brister i den officiella statistiken över kommunal färdtjänst och vill poängtera vikten av att datakvaliteten beaktas. RRV tillstyrker förslaget om översyn av nuvarande statistik vad gäller service och vård för äldre. RRV menar att det är angeläget att arbetet inom socialsektorns statistikdelegation intensifieras.

Socialstyrelsen menar att nuvarande statistiksystem är otillräckligt. "Socialstyrelsen har i samarbete med Statistiska centralbyrån genomfört en

rad förbättringar av nuvarande statistik vad gäller den sociala äldre- och handikappomsorgen. Dessa förändringar är emellertid inte tillräckliga för att få tillförlitliga och meningsfulla kunskaper om utvecklingen. Bl.a. är det nödvändigt att åstadkomma en koppling mellan primärkommunernas och landstingens statistiksystem. Socialstyrelsen är för sin del beredd att ta ansvaret för samordning av ett sådant arbete."

HCK och *DHR* tillstyrker förslaget, men betonar att den enskildes integritet måste beaktas vid utformningen av statistiksystemet.

18 Uppgiftsfördelning mellan huvudmännen

Beredningen

- Kommunerna skall svara för all social service och omvårdnad inklusive enklare uppgifter av sjukvårdskaraktär i eget boende och i servicebostäder. Primärvården skall svara för övrig hälso- och sjukvård.

Av 29 remissinstanser som yttrat sig om uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting tillstyrker 24 beredningens förslag. Två är emot och tre är tveksamma.

Kommunförbundet noterar att "sedan slutet av 1970-talet tillämpas den så kallade kompetensprincipen, där ansvaret fördelas utifrån huvudmännens sociala respektive medicinska kompetens. Det innebär att den hjälpsökande ofta får sina hjälpbehov tillgodosedda genom besök av personal från båda huvudmännen. Principen har resulterat i flera gränsdragningsproblem mellan sjukvård och socialtjänst och medverkat till det ofta påtalade problemet att så många människor skall fungera i den hjälpbehövandens hem.

Förbundsstyrelsen ser som nödvändigt med en uppluckring av kompetensprincipen vilket även skett i en del kommuner och landsting. Ansvaret bör utformas utifrån en mer ändamålsenlig, enkel och naturlig fördelning som är anpassad till servicemottagare, personal och lokala förhållanden."

Landstingsförbundet konstaterar att äldreberedningen föreslår att de "uppgifter, som inte kräver sjukvårdsutbildning att utföra, betraktas som en primärkommunal angelägenhet. Förbundsstyrelsen har inget att erinra mot denna uppstramning i tolkningen av kompetensprincipen, speciellt som just dessa uppgifter ofta föranlett onödiga gränsdragningsdiskussioner huvudmännen emellan. En sådan principmodell kan också bidra till en bättre kontinuitet i omsorgen om den enskilde och ge förutsättningar för ett bättre resursutnyttjande totalt sett. Undersköterskor i hemsjukvård kommer att avlastas uppgifter av egenvårdskaraktär, men undersköterskorna liksom i ökad utsträckning distriktssköterskor kommer att behövas i en konsult-, handlednings- och utbildningsroll för hemtjänstens personal samt för att tillgodose behovet av medicinsk kompetens inom hemsjukvården. . . .

Äldreberedningen föreslår att huvuddelen av dagverksamheten bör drivas i primärkommunal regi, men också att viss samordning med landstinget bör ske. Förbundsstyrelsen instämmer i huvudprincipen att verksamheter som i huvudsak har karaktär av fritidsaktiviteter eller syftar till att öka gemenskapen bör drivas inom primärkommunal ram eller av föreningar och frivilliga

organisationer. I övrigt kan prövas en samordning av de verksamheter där innehållet kan beröra såväl det primärkommunala området som landstingens behandlings- och rehabiliteringsinsatser."

LO menar att "huvudmännen här måste ta ett större ansvar för att organisera verksamheten så att största möjliga kontinuitet i besöken hos de enskilda pensionärerna kan åstadkommas. Till stor del är detta en arbetsorganisationsfråga, som till viss del skulle kunna lösas om den s.k. kompetensprincipen inte tillämpades så stelbent. . . . Bästa sättet att lösa frågan torde vara att höja hemtjänstpersonalens medicinska kompetens."

Mariestads kommun ser beredningens förslag som ett steg i rätt riktning, men anser inte att problemet kan få sin slutgiltiga lösning förrän vi fått enhetligt huvudmannaskap för äldreomsorgen.

Eksjö kommun menar att "en strikt tillämpning av den s.k. kompetensprincipen innebär dock att även "enklare uppgifter av sjukvårdskaraktär" skall utföras av sjukvårdshuvudmannen. Socialnämnden är dock beredd att tillstyrka en överflyttning av dessa uppgifter till socialtjänstens vårdbiträden under förutsättning att kostnadseffekterna neutraliseras i det nya ersättningssystem, som äldreberedningen vill genomföra."

Härryda kommun menar att beredningen tagit ett halvt steg på vägen mot att få ett bättre förhållande men att det känns som om tiden vore mogen för att föra över ytterligare uppgifter till kommunen och därmed ytterligare resurser.

Jönköpings läns landsting hävdar att kompetensprincipens tillämpning i gränsområdet mellan sjukvård och social omsorg kan skapa problem. Renodling av ansvaret har fördelar såväl vid vårdplaneringen som för den enskilde med bland annat bättre kontinuitet som följd. Liksom beredningen vill dock landstinget understryka vikten av att kvaliteten upprätthålls genom att kvalificerad personal inom primärvården finns tillgänglig dygnet runt.

Blekinge läns landsting anser att en huvudmannaskapförskjutning från landsting till kommuner vore olycklig främst ur ett brukarperspektiv. Det är landstingets bestämda uppfattning att den kontinuerliga tillgången till sjukvårdskompetens i hemtjänst/hemsjukvård i samverkan är en viktig trygghetsskapande faktor för brukarna. Att endast komma i kontakt med sjukvårdskompetens via ombud, vårdbiträden i öppen vård, medför olägenheter av psykologisk karaktär för brukarna. Landstinget ser därför nuvarande organisation med samplanering i vårdplaneringsgrupper och områdesgrupper där såväl social som medicinsk kompetens är företrädd som den mest ändamålsenliga.

Strömsunds kommun menar att "om bristande insatser från sjukvårdshuvudmannen successivt skulle ersättas med social hemtjänst kan resultatet på sikt bli en försämrad vårdkvalitet. I en vidareutveckling leder ett sådant förhållande snart till behov av institutionsplats."

Beredningen

- Försök med ändrat huvudmannaskap, där primärkommunen tar ett vidgat ansvar för service och vård, bör genomföras. Sådana försök skall utvärderas.

Av de 45 remissinstanser som yttrar sig i frågan om huvudmannaskap för äldreomsorgen tillstyrker 26 beredningens förslag om försöksverksamheter med primärkommunalt huvudmannaskap för hela eller delar av primärvården. Ytterligare 14 instanser vill gå fram snabbare eller framhåller allmänt vikten av ett enhetligt primärkommunalt huvudmannaskap, medan fem remissinstanser är negativa eller tveksamma.

Kommunförbundet menar att det är bättre att primärkommunerna "övertar" hela verksamheten än att delar av sjukhemmens verksamhet skulle gå över. "Risken är annars stor för "nya" gränsdragningstvister. Styrelsen anser det viktigt att staten visar ett särskilt intresse för att den föreslagna försöksverksamheten kan genomföras som underlag för den nödvändiga prövningen av frågan om huvudmännens framtida ansvarsområden.

Försöksverksamheter med primärkommunalt huvudmannaskap för bland annat primärvården och vissa lokala sjukhem där serviceinsatser dominerar, har redan initierats mellan ett par enskilda kommuner och landsting i landet. Styrelsen ser det som ytterst värdefullt att sådana försöksverksamheter utvärderas då de kan bidra med betydande erfarenheter till nytta för de fortsatta diskussionerna kring huvudmannaskaps- och ansvarsfördelningsfrågorna."

PRO anser "att en central sådan nyckelfråga gäller problematiken kring de två huvudmännen som skall ansvara för att det integrerade arbetssätt, som förutsätts skall fungera. PRO anser att lösningen av detta problem är det mest centrala för den fortsatta utvecklingen och anser att dess lösning måste ges högsta prioritet. . . . PRO tillstyrker att försök med ändrat huvudmannaskap, där primärkommunen tar ett vidgat ansvar för service och vård, bör genomföras. Sådana försök skall utvärderas. . . PRO anser att hittillsvarande erfarenheter ger anledning till oro för framtiden om splittringen och oklarheterna i huvudmannafrågan består. Mot denna bakgrund är det angeläget som framgår av ovanstående att regeringen tar ansvar för att fortsatta överväganden kommer till stånd för att snabbt få en konstruktiv lösning i riktning mot enhetligt huvudmannaskap."

SPF menar att "under försöken med ändrat huvudmannaskap bör man också pröva att inrätta äldreomsorgsnämnder med budget- och verksamhetsansvar för hemsjukvård och service och med ledamöter från landsting och kommun. Dessa nämnder får inte medföra ökad totalkostnad för administration."

Socialstyrelsen "är för sin del positiv till försök. Dessa försök måste emellertid mycket noggrant utvärderas, inte minst vad gäller den enskildes tillgång till och kvaliteten av den hälso- och sjukvård och sociala service som ges inom ramen för de nya förutsättningarna."

Stockholms kommun konstaterar att beredningen tar upp frågan om inte kommunerna också skall svara för social service och omvårdnad vid de lokala

sjukhemmen. Ett sådant förslag måste infogas i en större diskussion om huvudmannaskapet för delar av hälso- och sjukvården skall överföras till socialtjänsten. Beredningen anför att försök med primärkommunalt huvudmannaskap för delar av primärvården, utöver ansvaret för socialtjänsten, är angeläget att pröva. Kommunen instämmer i detta och ser positivt på förslaget att sådan försöksverksamhet ges ett statligt stöd.

Örebro kommun tillstyrker beredningens överväganden och förslag. "Socialförvaltningen anser också att de försöksverksamheter som föreslås i utredningen bör genomföras snarast och i så stor omfattning som möjligt."

Gävleborgs läns landsting anser att "man på sikt bör pröva att överföra de lokala sjukhemmen till primärkommunerna med samma ansvarsfördelning som avses gälla i eget boende och i servicebostäder. Primärkommunen blir därmed huvudman för allt permanent boende. Landstinget skulle dock även här svara för stödinsatser vad gäller mer kvalificerad sjukvård, handledning och instruktion."

"*Statskontoret* har i KRON-studien kunnat konstatera att övriga nordiska länder endast har en huvudman – kommunen – som således ansvarar även för hemsjukvård och för långvård i sjukhem. Sjukhemmen i Norge har under en period haft fylkeskommunalt huvudmannaskap, men nackdelarna med detta har upplevts vara så stora att kommunerna fr.o.m. den 1 januari 1988 åter övertar huvudmannaskapet för sjukhemmen.

Enligt statskontorets mening är det mycket som talar för ett enhetligt huvudmannaskap inom äldreomsorgen. Statskontoret avser att behandla denna fråga i den kommande rapporten om äldreomsorgen i Norden."

LO har liksom beredningen kunnat konstatera att den nuvarande uppdelningen av huvudmannaskapet för äldreomsorgen mellan landstinget och kommunen medför en rad problem. LO kan tillstyrka beredningens förslag som övergångslösningar.

"På sikt är det dock enligt LOs mening nödvändigt att sammanföra hela äldreomsorgen under en huvudman. Alla skäl talar då för att kommunen bör vara huvudman, inte minst närhets- och normaliseringsprinciperna. Det är då viktigt att se till att hela äldreomsorgen dessutom kommer att hamna under samma kommunala nämnd, socialnämnden. Annars uppstår bara nya samordningssvårigheter. Med vetskap om den tid förändringar av denna storleksordning brukar ta anser LO att förberedelserna för en huvudmannaskapsreform bör påbörjas omgående. Den bör lämpligen genomföras innan problemen inom äldreomsorgen vuxit oss över huvudet. Om en sådan huvudmannaskapsreform också bör omfatta primärvården i övrigt, anser LO det i dag för tidigt att uttala sig om."

Rättviks kommun menar att "de hittills uppnådda erfarenheterna pekar i den riktningen att man från delat bör sträva mot enkelt huvudmannaskap dvs. successivt överföra i första steget hemsjukvården till kommunerna och därefter även motsvarande uppgifter i de lokala sjukhemmen. En sådan övergång synes dock ej möjlig om inte hela landstingsområden samtidigt gör förändringen."

Halmstad kommun motsätter sig bestämt att kommunens socialtjänst skall svara för social service och omvårdnad vid de lokala sjukhemmen. "Förslaget innebär att landstinget skulle ha ett planeringsansvar för en verksamhet som

man till en mindre del är ekonomiskt ansvarig för. En överföring av primärvården till kommunerna där överföringen av sjukhemmen vore första steget skulle vara ett bättre alternativ."

Vellinge kommun menar att "äldreberedningen märkligt nog inte alls diskuterar möjligheten att förena socialtjänst och primärvård i en gemensam organisation. En sådan lösning skulle kunna medföra verkliga effektiviseringar till fromma för alla åldersgrupper i samhället. Risken för den enskilda människan "att hamna mellan två stolar" skulle försvinna liksom ändlösa diskussioner om kostnads- och ansvarsfördelning mellan två huvudmän vars målsättning i grunden är förvånansvärt likartad."

Sundsvalls kommun "ser behovet av insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst i en framtida utvecklad äldreomsorg. Båda måste ha sitt klara tydliga ansvar för insatserna. En klarare fördelning av ansvarsområden bör eftersträvas och klarläggas. Först om detta kan åstadkommas kan det föreslagna samarbetet mellan ansvariga genomföras. . . Socialnämnden anser det inte angeläget att ändra huvudmannaskapen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Såsom antytts tidigare bör i stället eftersträvas en klarare ansvarsfördelning mellan de ansvariga huvudmännen."

Bollnäs kommun anser att förslaget "att förändra huvudmannaskapet och lägga sjukvårdsinsatser totalt på kommunen inom äldreomsorgen får ses som en olycklig segregering som förmodligen även bidrar till en kvalitetsförsämring. Likaså bör ett överförande av huvudmannaskapet för primärvården till primärkommunen kunna innebära nya gränsdragningsproblem och försämrad kvalitet. Primärvårdens koppling till sjukvårdens forsknings-, utvecklings-, utbildnings- och specialkompetens är kvaliteter som bör behållas. Rekrytering av sjukvårdspersonal till primärkommunen torde även bli problematiskt."

Norrbottens läns landsting tar bestämt "avstånd från beredningens uppfattning om ett enhetligt och i så fall primärkommunalt huvudmannaskap för äldreomsorgen innefattande även verksamheten vid lokala sjukhem. Med den betoning av rehabilitering och medicinsk vård och tillsyn, som landstinget anser skall kännetecknа de lokala sjukhemmen, är ett fortsatt landstingskommunalt huvudmannaskap för sjukhemsverksamheten det enda möjliga. Den klarare gränsdragning som uppnås med beredningens förslag beträffande omvårdnad i eget boende och serviceboende, riskerar att ersättas med en ny och även mera oklar rollfördelning, om gränsen flyttas in i de lokala sjukhemmen."

20 Ekonomi och ersättningssystem

Allmänt om äldreomsorgens finansiering

Kommunförbundet har gjort studier i två län av omfattningen av de kommunala insatserna för de personer som tidigare skulle ha fått sin vård tillgodosedd inom långtidssjukvården. Även om den genomförda studien ännu inte är färdigbearbetad och representativ för hela landet så visar den på högre kostnader för kommunerna än vad som tidigare presenterats. Härtill kommer kostnaden för att tillmötesgå behoven av utbildning inom hemtjäns-

tens personal. Mot bakgrund härav finner förbundsstyrelsen det nödvändigt att dessa högre kostnader beaktas vid beslut om kostnadsfördelning inom äldreomsorgen i framtiden.

"Styrelsen har i det föregående markerat sitt intresse för en utveckling beträffande arbetsfördelningen som i praktiken innebär väsentligt vidgade åtaganden för primärkommunerna. En förutsättning för att en sådan utveckling skall komma till stånd är givetvis att de betydande finansiella konsekvenserna kan hanteras på ett tillfredsställande sätt."

PRO konstaterar "att det på en rad punkter kan resas tveksamhet till de möjligheter som föreligger att med begränsade resurser förverkliga Äldreberedningens intentioner. Det är helt avgörande för utvecklingen i vilken utsträckning som samhället ställer erforderliga resurser till förfogande."

Landstingsförbundet menar att kraven på landstingen kommer att öka framöver. Detta beror bl.a. på förändringar i befolkningens ålderssammansättning, höjda kvalitetskrav inom institutionsvården och ökad vårdtyngd bland de på institution kvarvarande patienterna. "Mot bakgrund av detta gör förbundets styrelse den bedömningen att landstingens totala kostnader för vård och service till de äldre kommer att öka fram till år 2000 inom såväl primärvården som akutsjukvården."

Landstinget i Norrbottens län menar att den skisserade förändringen och utvecklingen av äldreomsorgen, som landstinget ställer sig bakom, kommer att kräva inte bara tid utan också omfattande ekonomiska insatser från huvudmännens sida. Landstinget betraktar de i bilagan till betänkandet redovisade räkneexemplet just som exempel. "Det synes sannolikt att de beräknade kostnadsminskningarna för landstingens del kommer att stanna vid betydligt blygsammare belopp när hänsyn tas till hela hälso- och sjukvårdssektorn, vilket beredningens räkneexempel ej tycks beakta. Det är således ofrånkomligt att staten aktivt bidrar till kostnadstäckningen."

Sundsvalls kommun menar att "äldreomsorgen tar i dag stora kostnader för såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Med den utveckling som kan förväntas under de närmaste åren krävs ökade resurser för att kunna möta de krav på insatser som beredningen skissat och påvisat med hänsyn till åldersförändringar, kvalitetskrav m.m. För kommunernas del kan förväntas en förskjutning av ansvar inom äldreomsorgen från hälso- och sjukvård till socialtjänst. En sådan förskjutning av ansvar och resursanspråk har också ägt rum under de senaste sex-sju åren. Om det skall vara möjligt att klara behoven av vård och omsorg av de äldre i en framtid är det viktigt att resurser tillskapas inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård för den kvantitativa ökning som kan förväntas ske, men också för den kvalitativa vården som ligger i det förändrings- och utvecklingsarbete som föreslås."

Ett nytt ersättningssystem

Beredningen

- Staten bör, genom regelbundna överläggningar med huvudmännen, inta en mer aktiv roll när det gäller förändringsarbetet och kostnadsfördelningen mellan kommuner och landsting.
- Ett nytt ersättningssystem införs från och med år 1990. Skissartat innebär

detta att, inom tillgänglig ekonomisk ram,

- de nuvarande ersättningarna mellan huvudmännen inordnas i statsbidraget till kommunernas sociala hemhjälp,
- en ny prestationsrelaterad ersättning till kommunernas sociala hemtjänst införs. Denna knyts förslagsvis till den minskande konsumtionen av institutionsvård,
- behovet av arbetsledande personal inom den sociala hemtjänsten beaktas,
- utbildning av den sociala hemtjänstens personal stimuleras.

– Den konkreta utformningen av ersättningssystemet kräver vidare beredning och behandlas i överläggningar mellan staten och huvudmännen.

Flertalet remissinstanser som yttrat sig i frågan ser positivt på beredningens förslag att staten skall inta en mer aktiv roll när det gäller förändringsarbete och kostnadsfördelningen mellan kommuner och landsting.

HCK stöder förslaget om att staten skall inta en aktivare roll för att undanröja de svårigheter som nu finns i de ekonomiska relationerna mellan huvudmännen. HCK anser att under en övergångsperiod, samordningen av ekonomiska frågor mellan huvudmännen måste skrivas in i lag.

TCO menar att "de problem som sammanhänger med oklarheterna om ersättningen mellan kommuner och landsting måste enligt TCO:s uppfattning snarast lösas. Äldreberedningen har trots flera års diskussioner ej funnit någon definitiv lösning på dessa problem utan skjuter problemet ytterligare några år framåt i tiden. Detta är enligt TCOs uppfattning mycket otillfredsställande. TCO anser att problemen leder till oklarheter som påverkar personalens arbetssituation negativt och det är därför högst angeläget att lösningen på dessa problem påskyndas."

Överkalix kommun menar att "I framtiden kommer kommunerna att få ett alltmer omfattande ansvarsområde och betungande ekonomiska kostnader för att förverkliga de målsättningar som överenskommits. Små kommuner med begränsade resurser och med hög andel äldre kommer att få det mycket bekymmersamt att klara situationen."

"*RRV* anser det angeläget att i ett framtida ersättningssystem även olikheter i kommunernas ekonomiska förutsättningar och behovsstruktur beaktas. Vidare anser RRV att statsbidragsgivningen skall ge kommunerna möjlighet att tillvarata effektiviseringsvinster samt medge lokala lösningar. Genom att låta statsbidraget innehålla en generell och behovsrelaterad del kan dessa aspekter beaktas. . . Enligt RRVs mening är det angeläget att målsättningen att stimulera utbyggnad av prioriterad verksamhet vägs mot de negativa effekter prestationsrelaterade statsbidrag kan ha i form av kommunala variationer och bristande flexibilitet."

"Liksom beredningen anser *socialstyrelsen* det väsentligt att ett specialdestinerat statsbidrag till social hemhjälp behålls. Det är vidare angeläget att den arbetsledande personalen ingår i bidragsunderlaget med hänsyn till den sociala hemhjälpens alltmer kvalificerade och omfattande arbetsuppgifter."

Kommunförbundet menar att "det av beredningen skisserade statsbidragssystemet lämnar många frågor obesvarade. Innan ställning till ett eller annat system kan antas måste de ekonomiska effekterna av tänkta systemet

redovisas." Förbundet förordar att de nuvarande ersättningarna mellan huvudmännen regleras genom skatteväxling eller andra långsiktiga ekonomiska uppgörelser. "Däremot är det av utomordentligt stor betydelse att ett nytt ersättningssystem kan reglera framtida kostnadsförändringar mellan huvudmännen till följd av omstruktureringen."

Utredningen har pekat på möjligheterna att sätta ett bidrag i relation till minskningen av institutionsplatser. "Ett sådant bidrag kan bli orättvist för kommuner som i dag redan har ett litet antal platser, om inte detta är beaktat i avtalet mellan huvudmännen. Det synes dock vara principiellt riktigt att en kommun som exempelvis använder ett litet antal långvårds- och sjukhemsplatser skall ha ett större ekonomiskt bidrag än en kommun där utbyggnadsgraden av sådana institutioner är betydligt större.

Också statsmakterna måste ta ett större ekonomiskt ansvar för äldreomsorgens utbyggnad. I detta sammanhang vill styrelsen framhålla att det vid en samlad bedömning av äldreomsorgen bör övervägas att låta statsbidrag utgå till all personal som arbetar i äldreomsorgen."

Landstingsförbundet "ser positivt på förslaget att de nuvarande transfereringarna mellan huvudmännen upphör. . . Förbundet finner det därför naturligt att staten avlöser landstingens finansiella bidrag till kommunerna och därvid beaktar effekterna bl.a. av genomförda skatteväxlingar. Vidare bör ges en ytterligare statlig stimulans till kommunerna för de ökade kostnaderna vid en utveckling från institutionsvård till allt större andel insatser i hemmen."

Viktiga förutsättningar i beredningens idéskiss måste analyseras vidare varför förbundet delar beredningens uppfattning att "den konkreta utformningen kräver ytterligare beredning och bör behandlas i överläggningar med huvudmännen."

Stockholms kommun menar att äldreberedningens förslag om kostnadsersättningen har flera positiva inslag. Ett bidrag till kommunerna som är relaterat till graden av minskad konsumtion av institutionsvård måste emellertid avvisas eftersom det inte samtidigt borgar för en kvalitetshöjning. En sådan ordning är bakvänd och bidrar inte till att underlätta satsningen på öppen vård i hemmet. Det är i stället angeläget att snabbt få fram ett nytt bidragssystem som stimulerar kommunerna att bygga ut äldreomsorgen.

Göteborgs kommun vill "starkt understryka beredningens förslag om att i det nya ersättningssystemet skall ligga statsbidrag för arbetsledare, liksom att behovet av utbildning för hemtjänstens personal skall beaktas. Dessa två grupper har en nyckelroll i den inriktning beredningen föreslår."

Flera kommuner är liksom *Täby kommun* skeptiska till en prestationsrelaterad ersättning till hemtjänsten, som knyts till konsumtion av institutionsvård. Frågor som hur man väljer mättillfälle, mätmetoder och korrigeringar för speciella befolkningsfaktorer är inte belysta i betänkandet. Statens och landstingets bidrag till finansieringen av kommunernas del i hemsjukvården kan i stället utformas som ett mer generellt bidrag.

Flera kommuner förordar liksom *Halmstad kommun* att statsbidrag även bör utgå till personal vid ålderdomshem på ett sådant sätt att det blir neutralt till boendeform och därigenom ger kommunerna större handlingsfrihet och de äldre ökade valmöjligheter. Detta kan för övrigt förhindra att alltför snabba förändringar drabbar äldre med stort vårdbehov.

Älmhults kommun anser att "ett nytt ersättningssystem bör införas samtidigt som huvudmannaskapet förändras enligt kommunens förslag ovan. Grunddragen i ett sådant system bör vara att detta stimulerar till en ökad öppen äldreomsorg. Systemet bör också kompensera primärkommunerna för deras – genom ändrade kompetensregler för äldreomsorgen/långtidsvården, omstrukturering av psykiatrin samt ändrad lagstiftning för omsorg om vissa utvecklingsstörda – under senare år ökade arbetsuppgifter och kostnader. Systemet bör vidare bidraga till att eliminera den ojämna utbyggnad av sjukhem som i dag finns i länen."

Flera kommuner delar *Härnösands kommuns* bedömning att det är angeläget att kostnader för arbetsledande personal inom hemtjänsten får inräknas i statsbidragsunderlaget. Tillgång till en kvalificerad arbetsledning är av avgörande betydelse för verksamhetens kvalitet och ett effektivt resursutnyttjande.

Gävleborgs läns landsting tillstyrker att ett nytt ersättningssystem införs i enlighet med den skiss som presenteras i betänkandet. Höjda statsbidrag till primärkommunerna får dock ej innebära minskad sjukvårdsersättning till landstingen.

SHR, HCK, DHR, PRO och *SPF* tar upp den enskildes ekonomiska förhållanden och avgifterna för service och vård.

PRO skriver att den enskildes ekonomi är starkt beroende av hur avgifter inom vården och omsorgens område utvecklas. Samtidigt som avgiftsfinansieringen under senare år ökat varierar avgifternas storlek starkt från kommun till kommun från landsting till landsting. PRO anser med hänvisning till nämnda förhållanden att en begränsning av avgiftsfinansieringen måste komma till stånd om alla skall ha samma förutsättningar att efterfråga det som ingår i äldreomsorgen. I stället bör i större omfattning kostnaderna bäras gemensamt och solidariskt av samhället i sin helhet. *HCK* och *DHR* har liknande synpunkter.

Enligt *SHR:s* uppfattning "får nuvarande skillnader i socialtjänstens kvalitet – dit avgiften hör för den – inte godtas. I de fortsatta överväganden om ersättningssystemet är det nödvändigt att utforma bindande föreskrifter om äldres och funktionshindrades rätt till socialtjänst. Under denna förutsättning hälsas äldreberedningens förslag om nytt ersättningssystem med tillfredsställelse."

21 Forsknings- och utvecklingsarbete

Beredningen

- Utvecklingsarbetet inom äldreområdet bör samordnas på länsnivå i samråd mellan landsting och länets kommuner.
- För att utveckla en långsiktig forskarkompetens bör fasta grupper av äldreforskare och långsiktiga projekt stödjas.
- Forskningsrådsnämnden och Delegationen för social forskning får i uppdrag att utarbeta ett samlat program för äldreforskningen.

"*UHÄ* anser att forskningsrådsnämnden och delegationen för social forskning bör ges i uppdrag att utarbeta ett samlat program för äldreforskningen i

samverkan med medicinska forskningsrådet. . . Samtliga underremissinstanser stödjer beredningens förslag om en ökad satsning på forskning inom äldreområdet."

Det tvärvetenskapliga förhållningssättet liksom förslaget om långsiktiga forskningsprojekt tillstyrks allmänt. En majoritet framhåller forskningens nära anknytning till universiteten. Andra (*Göteborgs och Bohus läns vårdskoleförbund* och *Kopparbergs läns landsting*) vill särskilt understryka vårdhögskolornas roll i sammanhanget.

"*SACO/SR* tillstyrker förslaget att satsning sker på forsknings- och utvecklingsarbete inom äldreområdet. I utredningen betonas dock i allt för hög grad den ekonomiska och sociala forskningen. Behovet av att satsa på grundforskning inom de olika sjukdomsgrupper som drabbar äldre är stort. Utredningen är alltför diffus beträffande hur en sådan satsning skall ske."

När det gäller information om forskning och utvecklingsarbete inom äldreomsorgen vill *statskontoret* understryka vikten av att erfarenheterna av den försöksverksamhet som bedrivs via socialdepartementets försöksmedel utvärderas och sprids. Det är verkets uppfattning att socialstyrelsen här bör spela en viktig roll. Insatserna kan vid behov finansieras genom socialdepartementets ovannämnda utvecklingsmedel.

DHR har sedan länge krävt att de stora skillnader som finns mellan dels olika kommuner dels olika landsting när det gäller samhällets vård och service måste utjämnas. Ett led i detta kan vara den länsvisa samordning av olika utvecklingsarbeten som föreslås av beredningen.

Stiftelsen Stockholms län äldrecentrum menar att "kännedom om vad som pågår inom äldreområdet kommunerna emellan och mellan landsting och kommuner är ofta överraskande dålig. Det finns behov av ett organ som samlar in uppgifter om vad som pågår och planeras på äldreområdet inom kommuner och sjukvårdsområden och som också aktivt förmedlar denna kunskap vidare. Många kommuner har också bristande resurser för utvecklingsarbete och behöver hjälp med t.ex. uppläggning av projekt och handledning av projektarbetare. Äldrecentrum har ambitionen att vara ett sådant informations- och serviceorgan i Stockholms län."

22 Genomförande

Några remissinstanser har yttrat sig över frågor som rör genomförandet av beredningens förslag.

SPF anser att beredningen "inte tillräckligt analyserat vare sig nuläge eller de nödvändiga stegen för att nå målen. Många delförslag innebär var för sig väsentlig förbättring av både standard och trygghet. Under hela utvecklingstiden måste de mest angelägna åtgärderna prioriteras. Det kan bli nödvändigt att uppskjuta eller avstå från perifera delar för att de centrala skall kunna genomföras fullvärdigt."

PRO "anser det viktigt att understryka äldreberedningens rekommendationer om stor varsamhet när det gäller att avveckla de institutionsresurser som finns i dag. Bedömningar måste alltid göras i relation till den utveckling som parallellt måste ske i utbyggnaden inom det kommunala vård- och omsorgsområdet."

Landstingsförbundet anför att "äldreberedningen framhåller att det inte är möjligt att centralt bestämma takten i utvecklingen från institutionsvård till insatser i hemmen. Beredningen konstaterar vidare att de ekonomiska och personella resurserna för utvecklingen av service och vård till äldre är begränsade, varför kommuner och landsting tvingas prioritera. Prioriteringarna bör ske lokalt och anpassas till de skilda lokala förutsättningarna och önskemålen. Landstingsförbundet delar denna uppfattning och vill särskilt understryka vikten av att de lokala förutsättningarna och önskemålen får bli avgörande för utvecklingen av vård och service till äldre."

Omstruktureringen av vård- och omsorgssektorn får enligt *kommunförbundet* "inte innebära att utbyggnaden forceras, så att bostädernas standard, utformning, allmänna tillgänglighet och anpassning till den enskildes förutsättningar och behov eftersätts. Olika särboendelösningar bör också utvärderas allt eftersom de utvecklas och prövas. Vidare måste hänsyn tas till att behoven och bostadsförhållanden varierar i de enskilda kommunerna varför lösningarna måste anpassas till lokala förhållanden."

Bilaga 1 Anhörigvårdskommitténs sammanfattning av betänkandet (SOU 1983:64) Ledighet för anhörigvård 1
Bilaga 2 Äldreberedningens sammanfattning av slutbetänkandet (SOU 1987:21) Äldreomsorg i utveckling 4
Bilaga 3 Förteckning över remissinstanser och sammanställning av remissyttranden över anhörigvårdskommitténs betänkande (SOU 1983:64) Ledighet för anhörigvård 14
Bilaga 4 Förteckning över remissinstanser och sammanställning av remissyttranden över betänkandet (SOU 1987:21) Äldreomsorg i utveckling 24