

# Motion till riksdagen

## 1985/86:Bo213

Bengt Westerberg m. fl. (fp)

De äldres boende

---

### I. Inledning

Det vi i dagligt tal kallar äldre är människor med en åldersskillnad på 30 år eller mer. Att klumpa ihop människor med en så stor åldersskillnad till en grupp med en benämning leder lätt till negativa förväntningar från såväl äldre som allmänhet. Det är lika stor spännvidd i hälsotillstånd, intressen, boende och familjesituation bland de äldre som bland människor i annan ålder. Trots denna insikt använder vi, i brist på bättre, benämningen "äldre" i denna motion.

De allra flesta äldre bor i vanliga bostäder och klarar sig själva utan nämnvärd hjälp vare sig från anhöriga eller från samhället. Behovet av särskilda stödåtgärder uppstår först när ålder och sjukdom leder till funktionsnedsättningar som medför behov av hjälp. Det är också först då som brister i tillgänglighet och service blir ett allvarligt problem.

Den del av livet som inträder efter 65 års ålder skall inte betraktas som en fristående och artskild del av livet. Livet är ett. De av riksdagen fastställda riktlinjerna för äldreomsorg, hälso- och sjukvård grundas på en sådan helhetssyn. Åtgärder och insatser skall grundas på vad som brukar kallas normalisering, självbestämmande, inflytande, delaktighet och aktivering.

Detta innebär bl. a. att vi som äldre, även med omfattande behov av service och vård, skall ges möjlighet att bo kvar i vår vanliga bostad och i vår invanda miljö så länge som möjligt. Den personliga integriteten och rätten att få fortsätta att vara den man är skall respekteras även om man bor i någon form av specialbostad för äldre.

Erfarenheten säger oss att dessa mål inte är uppfyllda. De äldres verklighet kan uppvisa många avsteg från dessa principer. Varje sådant avsteg bör ses som en utmaning. Det kanske mest upprörande avsteget finns i de förhållanden som på många håll råder inom långvården och på liknande institutioner.

I dag bor omkring 60000 människor i flerbäddsrum på institutioner. De flesta av dessa är äldre. De har i allmänhet inte valt detta eller fått möjlighet att välja rumskamrater. De tvingas varje minut av dygnet leva inför öppen ridå med sin glädje, sorg och smärta, gråt, förvirring och oro, måltider och hygien, ständigt tillsammans med andra. Detta är oacceptabelt.

Vi måste minska institutionsboendet och garantera dem som ändå måste

vistas på institution rätten till ett eget rum eller att dela rum med någon som man själv har valt. Det är bl. a. de äldre som bor på långvården som tillhör vad folkpartiet kallar för "Det glömda Sverige".

De nuvarande förhållandena är inte bara inhumana utan också mycket kostnadskrävande. Huvuddelen av kostnaderna för äldreomsorgen går till institutionsvård och en mindre del till öppenvård. Ett minskat institutionsboende kan på sikt framför allt leda till ett mänskligare samhälle men också innebära samhällsekonomiska besparingar.

Det kan dock, på kort sikt, kosta pengar att bygga om t. ex. föråldrade sjukhem så att de ger en hygglig boendestandard. Under en övergångsperiod uppstår kostnader både för institutioner och för en utbyggd hemhjälp. Den kostnaden får vi bära. Folkpartiet anser, även i dessa tider av omprövning och ekonomisk återhållsamhet, att reformarbetet för de glömda och eftersatta grupperna måste fortsätta och intensifieras.

I denna motion behandlas i första hand boende och service för äldre.

## 2. Boende och service för äldre

De äldres andel av befolkningen kommer framöver att vara relativt oförändrad. De utgör ungefär 17% av befolkningen. Däremot kommer åldersfördelningen bland dem som är över 65 år att förändras. En allt högre andel kommer att vara över 80 år. 1960 var 16% av de äldre över 80 år. 1983 var det 21% och år 2000 kommer de att utgöra 28% av alla äldre.

Detta ställer högre krav på äldreomsorgen i framtiden. Om det skall vara möjligt att även i fortsättningen minska institutionsboendet för de äldre krävs större satsningar på service och vård i hemmet.

### Äldres boende

Den höga bostadsstandarden i Sverige har medfört att de allra flesta äldre bor modernt. De äldre bor dock sämre än befolkningen i dess helhet. 89% av alla äldre bor modernt medan andelen av hela befolkningen är 94%.

43% av alla icke-moderna bostäder bebos av äldre hushåll. 1980 var det således 105 000 äldre hushåll, motsvarande 137 000 personer, som saknade modern lägenhet. Framför allt rörelsehindrade äldre bor sämre än befolkningen i övrigt.

Personer med låg ATP eller ingen ATP har i vissa fall svårt att bära kostnaden för en modern bostad. I 40 kommuner är KBT (kommunalt bostadstillägg för pensionärer) så lågt att ett oducerat KBT inte räcker för den genomsnittliga hyran för en modern tvårumslägenhet.

### Tillgänglighet

Av två miljoner lägenheter i flerbostadshus finns 1.5 miljoner i hus med minst tre våningar. Av dessa saknar ungefär en miljon hiss.

320 000 äldre (65–84 år) bor i lägenheter utan tillgång till hiss. 94 000 av dessa är rörelsehindrade och 54 000 är så svårt rörelsehindrade att de behöver hjälpmedel eller hjälp av en annan person för att förflytta sig.

180000 svårt rörelsehindrade bor i flerfamiljshus som endast kan nås med trappa.

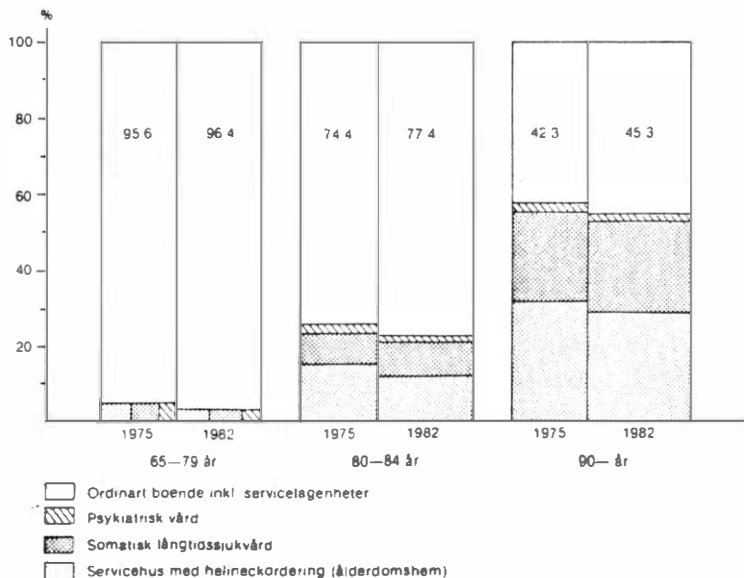
Mot. 1985/86  
Bo213

Även brister i tillgänglighet när det t.ex. gäller att nå affärer försvårar för dem som är rullstolsburna eller har svårt att röra sig.

### Särskilt boende för äldre

Den övervägande delen av alla äldre bor i vanliga bostäder. Endast 5% i åldern 65–79 år bor i särskilda bostäder för äldre, d.v.s. långvård, ålderdomshem och andra institutioner samt servicelägenheter. Av dem som är i åldern 80–89 år bor 25% i särskilda bostäder. Av dem som är 90 år eller äldre bor ungefär hälften i särskilda bostäder för äldre.

Diagram 6.5 Andelen äldre i olika boende- och vårdformer åren 1975 och 1982



Standarden på institutionsboende framgår av nedanstående tabell (tabellen omfattar institutionsboende även för andra grupper än äldre; siffrorna är avrundade).

#### Institutionsboende (siffrorna har avrundats till jämna 1 000-tal)

	Enkelrum	Dubbelrum	3-4 bäddar	5 eller fler	S:a
Ålderdomshem	54 000	—	—	—	54 000
Långvård	10 000	13 000	21 000	4 000	48 000
Psykiatrisk institution	6 000	5 000	9 000	5 000	25 000
Psykiskt utvecklingsstörda	5 000	3 000	1 000	—	9 000
Summa	75 000	21 000	31 000	9 000	136 000

De siffror som redovisas ovan bygger delvis på undersökningar som är uppemot tio år gamla. Antalet som vårdas inom långtidssjukvården uppgick 1983 till ca 52 000.

## Ålderdomshem

1984 bodde ca 54000 äldre på ålderdomshem. Det finns omkring 1000 ålderdomshem i landet. 73% av de boende i dessa är över 80 år. Ungefär hälften av hemmen är byggda efter 1960.

På ålderdomshem (servicehus med helinackordering) betalar den boende oftast en helinackorderingsavgift. Avgiften för boende och service på ålderdomshemmen är inkomstprövad. Enligt socialtjänstlagen har kommunen möjlighet att ta ut skäligen avgifter. I socialtjänstförordningen sägs att den som bor på ett ålderdomshem skall förbehållas ett visst belopp för egen konsumtion.

Standarden på ålderdomshemmen är ofta låg. Den boende har dock ett eget rum. I 72% av rummen finns toalett men i endast 12% av rummen finns dusch. Den genomsnittliga rumsstorleken är 12 kvadratmeter. Kokmöjligheter saknas i allmänhet i anslutning till rummet.

Av de ca 500 hem som är byggda i två plan saknar 200 hiss. I 350 hem kan en rullstolsbunden inte ta sig ut eller in utan hjälp.

Efterfrågan på platser på ålderdomshem minskar. Det finns på flera håll tomma platser. Inga nya ålderdomshem planeras under perioden 1985–1988.

Under 1981 och 1982 minskade antalet platser på ålderdomshem med 2407. Detta betyder dock inte att alla platser försvinner. Nedläggning av hem medförde att 501 platser försvann. 307 platser försvann genom ombyggnad till servicehus. Resterande 1400 platser minskade genom förbättringsåtgärder inom hemmen.

Under 1984 minskade antalet platser med 2279. Denna minskning beror på att 41 ålderdomshem lagts ner men också på att ålderdomshemmen helt eller delvis byggts om till servicehus med lägenheter. Det finns således 3388 servicelägenheter i anslutning till ålderdomshem.

## Långtidssjukvård

1983 vårdades ca 49000 äldre inom långtidssjukvården. För många rör det sig om ett tämligen permanent boende. 40% hade bott på långvården över två år. 30% hade en kortare vårdtid än sex månader. De långa vårdtiderna gäller i synnerhet de äldre patienterna. Långtidssjukvården är inte avsedd för varaktigt boende men fungerar i praktiken så i många fall. De som vistas inom långtidssjukvården har i många fall inte någon egen bostad kvar.

Endast en tredjedel av platserna finns vid lokala sjukhem. Resten av platserna finns vid institutioner av sjukhuskaraktär, d.v.s. långvårdskliniker och centrala sjukhem. Antalet platser inom långtidssjukvården ökade under perioden 1973 till 1983 med i genomsnitt 1400 platser per år. Under perioden 1984–1988 beräknas dock ökningen bli mindre, ca 900 platser per år.

Bostadsstandarden är mycket låg. Den mest aktuella undersökningen som finns är från 1975. Enligt denna har endast var femte patient eget rum. Något mer än hälften av patienterna delar rum med två eller fler personer.

I hälften av rummen finns ingen hygienisk utrustning förutom tvättställ. Endast 2800 av patienterna hade egna tavlor på rummet och 1000 hade egna möbler.

Det har inte skett någon avgörande förändring av dessa förhållanden sedan 1975 även om flera landsting med folkpartiets stöd har påbörjat ett arbete för att ge alla boende inom långvården rätten till ett eget rum.

Enligt socialstyrelsens principprogram från 1974 skall långtidssjukvårdens uppgift vara att i så hemlika former som möjligt tillgodose mera långvariga behandlings-, aktiverings-, omvårdnads- och tillsynsbehov. Den vård som i dag ges inom långvården är dock knappast särskilt hemlik.

Den boende betalade tidigare i många landsting en differentierad avgift. Efter riksdagens beslut nyligen skall en fast avgift tas ut. Avgiften tas ut först när det avgiftsfria året har löpt till ända.

### Mentalsjukhus m. m.

På mentalsjukhus och andra psykiatriska institutioner fanns 1982 ca 25 000 personer. Av dessa var något mer än hälften över 65 år, d.v.s. ca 13000 personer. De flesta betraktas som långtidsvårdade. En tredjedel av alla patienter hade vårdats över tio år. Många av de äldre tillhör den gruppen.

Genom utvecklingen mot öppnare vårdformer beräknas antalet platser till 1988 minska till ca 20000 platser.

Bostadsstandarden är mycket låg även på dessa institutioner. Endast en fjärdedel av platserna fanns i enkelrum. Över hälften av platserna saknade sanitära bekvämligheter. Ett fåtal har egna möbler.

### Servicehus

I servicehus har den boende egen lägenhet med hygienutrymmen och kokmöjligheter. Det rör sig alltså om en fullvärdig bostad. Den boende har hyreskontrakt och betalar en hyra som fastställs på samma sätt som övriga hyror. Rätt till KBT finns. Det finns även servicehus där lägenheterna upplåts med bostadsrätt.

Antalet servicehus har ökat snabbt. De började byggas under 1970-talet. 1984 fanns det 539 servicehus med knappt 29000 servicebostäder. Av de boende i servicehus var 51 % över 80 år. Enligt kommunernas planer skall ca 10500 servicelägenheter byggas under perioden 1985–1988.

## 3. Brister i äldreomsorgen

Det pågår på många håll ett intensivt arbete för att förändra äldreomsorgen. Sprö har medverkat i utvecklingsarbete i Olofström, Sundsvall och Vetlanda som syftar till att göra det möjligt för fler att bo kvar hemma. I Hudiksvall har långvården förändrats från att vara en boendeform till att ge rehabilitering under kortare perioder.

Försöksverksamheten inleddes med en kartläggning av situationen. I Olofström var situationen följande innan förändringen inleddes:

- Långa köer till servicehus, ålderdomshem och långvårdsklinik.
- Långa vårdtider i slutna vård – överbeläggningar.
- Ett stort antal patienter på för hög vårdnivå. Ansvar för patienten uppdelat på tre till fyra instanser.
- Flaskhalsar mellan vårdnivåer i långtidssjukvården.
- Centraliserad handläggning av långvårdsärenden.
- Otillräckliga resurser för vård i hemmet.
- Obetydligt samarbete mellan primärkommun och primärvård.

Spri konstaterar att denna situation i stort även fanns i de andra orterna där försöksverksamheten bedrevs och att dessa problem fortfarande troligen finns i många kommuner och landsting.

I försöksverksamheten studerades även orsakerna till att äldre flyttade till institution. Resultatet visade att de äldre ofta inte hade behövt flytta. Besluten om flyttning fattades i många fall på ett bristfälligt underlag och utan den äldres medverkan. Man prövade ofta inte alternativa möjligheter att tillgodose hjälpbehoven.

Många tvingades flytta därför att det inte fanns tillgång till service och vård i hemmet. Det saknades t. ex. möjligheter att få hjälp på kvällar och nätter. Andra flyttade till servicehus eller ålderdomshem när det hade räckt med en bättre bostad. Flyttningarna till för hög vårdnivå skedde ofta därför att det inte fanns plats på den rätta, lägre, vårdnivån.

Det finns också tecken som tyder på att det har funnits en rädsla för att inte acceptera möjligheten att flytta till ett ålderdomshem eller sjukhem då man varit osäker på om man kunde få en plats senare då man verkligen skulle behöva en sådan. Denna oro medverkar till att skapa ett ökat tryck på institutionsvården. Enligt personalen skulle flyttningen i många fall ha kunnat undvikas eller skjutas upp om det hade funnits möjligheter till mer service och vård i hemmen.

Det finns klara vetenskapliga belägg för att institutionsvistelse ofta är nedbrytande. Det medför ofta en onödig nedgång i funktionsförmågan. Den enskildes möjligheter till ett självständigt liv reduceras alltför snabbt.

Boende på institution innebär för många att den egna identiteten går förlorad. Den som bor på institution kan inte påverka sin miljö och får inte ta ansvar. Kontakten med vänner minskar. Man kan inte omge sig med de möbler och andra ägodelar som man är van vid. Det uppstår ofta ett starkt beroendeförhållande till personalen.

En undersökning i Sundsvall visar t. ex. att hälften av patienterna på ett ålderdomshem skulle kunna laga sin mat och diska helt själva eller med viss hjälp. De hade dock ingen möjlighet till detta.

Den boende på en institution möts alltför ofta av uttryck som: "Bry dig inte om det. Det sköter flickorna, och du betalar ju för servicen."

Även om det officiella målet sedan lång tid tillbaka har varit att ge äldre möjlighet att bo kvar i sin vanliga bostad så har den praktiska politiken inte anpassats till denna målsättning. De resurser som satsas på hemsjukvård och hemtjänst är små jämfört med de resurser som satsas på institutionsboende. Långvården beräknas kosta 10 miljarder kronor, ålderdomshemmen 5 miljarder och hemtjänst och hemsjukvård 5 miljarder. Institutionsvård är således mycket dyrbar i förhållande till öppen vård.

Vid en internationell jämförelse har Sverige mycket institutionsvård för äldre. Sverige tillhör de länder som har det högsta antalet institutionsplatser i förhållande till antalet äldre.

Utvecklingsarbetet i Olofström, Sundsvall och Vetlanda innebar i kortet att organisationerna för hemsjukvård och för social hemtjänst samordnades. En basorganisation inrättades av vårdbiträden i hemtjänsten och undersköterskor i hemsjukvården som tillsammans skulle svara för vård och service. Ansvaret för arbetet decentraliserades vilket ledde till att distriktssköterskan och hemvårdsassistenten lärde känna varandra. Rutiner för samverkan mellan länssjukvården, primärvården och primärkommunen skapades.

Resultatet av utvecklingsarbetet i dessa orter visar att satsningen på öppen vård har gjort det möjligt för fler äldre att få sina vård- och servicebehov täckta i hemmet. Samtidigt har antalet boende på långvård och ålderdomshem minskat medan däremot boendet på servicehus har ökat.

Genom att långvården i Hudiksvall har inriktats på rehabilitering finns det numera lediga platser både på sjukhem och på ålderdomshem. Fler kan bo kvar i sina vanliga bostäder. Systemet bygger bl. a. på växelvård. Den som tillfälligt behöver vård kan få detta under en kortare tid och därefter återvända till sin bostad. Anhöriga som vårdar någon i hemmet kan t. ex. åka på semester genom att det alltid finns lediga vårdplatser.

Även Landstingsförbundets inventering av patienterna inom långvården visar att många skulle kunna klara sig i en annan boendeform. Var femte patient bedömdes kunna skrivas ut till en annan boendeform. Många av dessa skulle med bättre stöd kunna bo i en egen bostad.

#### 4. Boende och vård på sikt

Målet bör vara att alla ges tillgång till ett självständigt och permanent boende i en vanlig bostad eller i någon form av serviceboende. Serviceboendet bör utformas som små grupper av bostäder i nära anslutning till vanliga bostäder. Alltför stora servicehus, som lätt får karaktär av institution, bör undvikas.

Valfriheten bör vara stor. Det bör finnas servicebostäder med olika standard och upplåtelseformer. Servicelägenheter som upplåts med bostadsrätt ger den boende större möjligheter att ta ansvar för sitt boende, att påverka sin boendemiljö och servicegraden.

Vård och service bör inte vara knuten till en viss boendeform. Härigenom undviks att en gammal person tvingas till en serie av flyttningar när behovet av vård och service ökar. I olyckliga fall kan det i dag inträffa att en gammal person först flyttar från en egen bostad till ett servicehus, därefter till ett ålderdomshem och slutligen till långvården.

Hemtjänsten och hemsjukvården bör vara decentraliserad till små enheter. Vården skall kunna ges dygnet runt. Det bör finnas larm och nattpattruller.

Det kan även i framtiden finnas behov av serviceboende med den höga servicenivå som ålderdomshemmen har. Ålderdomshemmen bör dock byggas om så att de medger ett självständigt boende. Detta innebär att den boende bör ha dusch på rummet och kokmöjligheter.

Bostaden bör upplåtas med hyreskontrakt och hyra utgå efter de principer som gäller på bostadsmarknaden i övrigt. Härigenom får den boende också rätt till KBT.

Långvården skall inte vara en boendeform. Långvårdsklinikerna skall svara för utredningar och rehabilitering. Klinikerna skall också vara en resurs för primärvården och hjälpa till med utbildning och utvecklingsarbete m. m. De centrala sjukhemmen bör i stor utsträckning ges annan användning eller läggas ned.

De lokala sjukhemmen kommer då i hög grad att användas för växelvård och för avlastning av anhöriga. Genom att vårdtiden vid varje tillfälle är begränsad kan väsentligt fler personer ges vård. Det bör vara möjligt att med kort varsel komma in för tillfällig vård.

Boendet på de lokala sjukhemmen bör ske i så hemliknande former som möjligt. Huvuddelen av rummen bör vara enkelrum. De som mer permanent bor på lokala sjukhem skall garanteras rätten till ett eget rum. Därutöver bör det finnas dubbelrum för dem som önskar dela rum. Hemmen bör vara små. För dem som t. ex. är gravt åldersdementa bör man eftersträva ett boende i små gruppbostäder.

De som kommer att bo i institution i framtiden kommer antagligen att vara mer sjuka och i behov av mycket omvårdnad. Detta tillgodoses givetvis inte bara genom ett eget rum. Det krävs en öppenhet inför olika möjligheter att bryta anonymiteten i vården och för att ge dem som vårdas en egen identitet.

## 5. Omvandlingen

Det tar självfallet tid att bygga ut hemtjänsten och hemsjukvården, vilket är en förutsättning för ett minskat institutionsboende. Detta är i sin tur en förutsättning för att de som bor kvar på institutioner skall kunna få det bättre. De institutioner som blir kvar måste byggas om så att alla som så önskar kan få ett eget rum.

Denna förändring av äldreomsorgen bör genomföras under en tioårsperiod. Därefter skall allt serviceboende äga rum i bostäder som medger ett självständigt boende och upplåts med hyres- eller bostadsrätt. Detta betyder bl. a. att ålderdomshemmen bör byggas om så att alla boende har tillgång till egen toalett och dusch samt kokmöjligheter.

Vid snabba kursändringar är det nödvändigt med kontinuerlig utvärdering och prioritering av omvårdnadsforskning.

Regeringen bör vidta åtgärder för att främja en utveckling av äldreomsorgen som bättre stämmer överens med de äldres önskningar och behov, i enlighet med vad som skisseras i denna motion, samt stimulera landsting och kommuner till insatser i en sådan riktning.

Den inriktning av äldreomsorgen som här skisseras bör bl. a. avspeglas i de allmänna råd som socialstyrelsen utfärdar.

### Ombyggnad av ålderdomshem

Staten stödjer denna ombyggnadsverksamhet genom att bevilja statliga

lån, med räntebidrag, för ombyggnad av ålderdomshem. För att erhålla dessa lån krävs att ombyggnaden resulterar i fullvärdiga bostäder. Med detta menas enligt bostadsfinansieringsförordningen att bostäderna antingen innehåller ett rum och kök eller 1.5 rum och kokvrå. Dessutom skall hygienutrymme finnas i varje lägenhet.

Det skall dessutom röra sig om permanenta bostäder. Ett självständigt boende skall garanteras genom att bostaden upplåts med hyres- eller bostadsrätt. Det bör givetvis också vara möjligt att bygga servicelägenheter i t. ex. radhus som upplåts med äganderätt.

När denna fråga senast behandlades i riksdagen (BoU 1984/85:24) anförde riksdagen bl. a. med anledning av en motion från folkpartiet att det bör finnas möjligheter att göra undantag från upprustnings- och utrustningsnormerna. De nya regler för ombyggnad som blev följden av riksdagens beslut har nyligen trätt i kraft.

I bostadsfinansieringsförordningen sägs således att "mindre avsteg från kravet på viss utrymmes- och utrustningsstandard får göras i fråga om kollektiva boendeformer samt vid ombyggnad, om avsteg beror på byggnadstekniska förutsättningar eller liknande omständigheter i det enskilda fallet". Då dessa regler nyligen har trätt i kraft, den 1 juli 1985, finns ingen klar praxis för hur möjligheterna till avsteg skall tolkas.

Vi vill understryka vikten av att dessa regler tillämpas med flexibilitet. Det finns en risk för att alltför höga krav i praktiken försvårar en ombyggnad. En mycket omfattande ombyggnad ställer högre krav på evakuering av ålderdomshemmet och innebär därför större omställningsproblem för de boende. En mindre ombyggnad blir lättare att göra utan att de boende måste flytta.

Flexibilitet i tillämpningen av reglerna innebär att förbättringar i boendestandarden kan genomföras snabbare. Det är angeläget att förändringarna kan genomföras så snabbt att även den nuvarande generationen av pensionärer får nytta av dem. Vi vill också understryka att kommunerna har goda möjligheter att bedöma hur ombyggnaderna skall ske. Vi utgår från att kommunerna inte anpassar sig till miniminivån utan strävar efter att erbjuda valfrihet i boendet.

Utgångspunkten bör, liksom i övrig bostadspolitik, vara att tillgodose de boendes önskemål. Det bör t. ex. vara naturligt att det finns bostäder på det som i dag kallas för ålderdomshem med olika utrymmesstandard.

I vissa fall kan en snabb och mycket omfattande ombyggnad av ålderdomshemmen även leda till att trycket på långvården ökar. Detta gör det svårare att få till stånd en ombyggnad av långvården där de verkligt miserabla miljöerna finns. Även innan ålderdomshemmen byggts om bör upplåtelseformen ändras så att de boende erhåller hyreskontrakt och därmed också rätt till KBT.

Det finns en risk för att de nya reglerna uppfattas som en skärpning av kraven för att erhålla bostadslån. Enligt vår mening innebär inte riksdagens beslut detta. Regeringen bör därför följa tillämpningen av reglerna för ombyggnad av ålderdomshem. Vi förutsätter att regeringen återkommer med förslag om det visar sig att de nya reglerna i onödan försvårar ombyggnad av ålderdomshem.

Normalt ges inte lån för ombyggnad till hus som är yngre än 30 år. Det är dock inte ovanligt att dispenser ges så att ålderdomshem som är yngre än 30 år kan byggas om med stöd av bostadslån. Ungefär hälften av ålderdomshemmen har tillkommit efter 1960. Om inte dessa ges en garanterad rätt till bostadslån för ombyggnad försvåras strävandena efter en bättre bostadsstandard för de äldre.

### Hemtjänst och hemsjukvård

Hemsjukvård började bedrivas i blygsam skala under slutet av 1940-talet. Det betraktades då som ett provisorium i avvaktan på en utbyggd långvård. 1983 hade 48 000 patienter hemsjukvårdsbidrag varav drygt hälften vårdades av anhöriga. Verksamheten har därefter ändrat karaktär och hemsjukvården ingår numera i högre grad som del av primärvården även om det finns hemsjukvård som är knuten till sjukhus. Landstingen svarar för hemsjukvården.

Det finns även dagsjukvård där patienten vårdas på sjukhus dagtid under ett par dagar i veckan men bor hemma på nätterna.

Kommunerna erbjuder en alltmer omfattande social hemhjälp. 1983 fick ungefär 300 000 äldre social hemhjälp. Hjälpen riktas numera i högre grad till personer över 80 år. 46% av dessa fick hjälp med i genomsnitt 146 timmar per år. De flesta klarar således sitt boende med relativt litet hjälp. Många erhåller givetvis hjälp av anhöriga och andra närstående.

Huvuddelen av hemhjälpen består av hjälp med hushållssysslor som inköp, matlagning och städning. I takt med det minskade institutionsboendet ökar inslagen av personlig omvårdnad.

Totalt finns ca 64 000 vårdbiträden anställda inom den sociala hemhjälpen. En del av dessa är anhöriga, ca 8 000, som erhåller lön. Antalet anhöriga som avlönas inom den sociala hemtjänsten har dock minskat.

Hemtjänsten fungerar många gånger bra. Det är en mycket ansvarsfull uppgift. Arbetsplatsen är en annan persons hem. Det krävs ett stort mått av respekt för den äldres integritet och ett ömsesidigt förtroende. Det är uppenbart att detta förtroende inte alltid finns. Många gamla vittnar om att hemtjänsten för dem inte fungerar som de önskar. Kritiken rör alltför täta byten av personal och att personalen inte är tillräckligt kunnig.

Många äldre upplever också att de har alltför små möjligheter att påverka arten och kvantiteten av den hemhjälp som de tilldelas. Det bestäms ofta ensidigt av hemvårdsassistent eller motsvarande personal. Biträden i öppen vård är inte alltid känsliga för servicemottagarens önskemål och behov. Personalen måste därför få bättre utbildning och klara riktlinjer för sitt arbete.

Ungefär hälften av personalen saknar i dag utbildning. Den utbildning som ges på den sociala servicelinjen inom gymnasieskolan har endast funnits under några år, varför andelen personal med utbildning av social karaktär är alltför liten. De vårdbiträden som har utbildning har ofta en sjukvårdsutbildning. Det är viktigt att höja kunskapsnivån hos dem som arbetar inom hemtjänsten. Detta kan också medverka till att minska de rekryteringsproblem som hemtjänsten har på många håll.

Den sociala hemhjälpen ges av kommunerna som erhåller statsbidrag för detta (ca 1,8 miljarder för 1986/87). Hemhjälpen erbjuds till kraftigt subventionerade avgifter. Många enskilda upplever dock att de inte har någon valfrihet. Eftersom verksamheten i praktiken är ett monopol har den missnöjde svårt att få till stånd förändringar. Det finns en risk för att gamla tiger och lider hellre än att klaga därför att de är rädda för att stöta sig med personalen. De äldres medbestämmanderätt i programmeringen av den individuella vården måste utvecklas.

Det är möjligt att skapa alternativ också i hemtjänsten. Skälen för valfrihet inom hemhjälpen är starka. Det är därför önskvärt att pröva att även andra än kommunen ges möjlighet att på samma villkor erbjuda social hemhjälp. Intresse för att driva sådan verksamhet kan finnas från ideella organisationer och privata serviceföretag. Man kan t.ex. tänka sig att pensionärsorganisationer driver sådan verksamhet. Denna verksamhet bör då ges motsvarande stöd som den kommunala men utan att kommunens ansvar för den enskilde minskar.

Statsbidraget till social hemhjälp utgår för närvarande dels som ett bidrag per äldre (250 kr. per år), dels som ett bidrag per årsarbetare (30 000 kr). För anställda på ålderdomshem utgår inget statsbidrag. Gränserna mellan den service som ges på ålderdomshem och inom den sociala hemhjälpen blir alltmer flytande. Personalen arbetar ibland både på ålderdomshem och inom hemhjälpen. Det finns skäl att se över statsbidraget till den sociala hemhjälpen så att det blir mer neutralt.

### Avgifter

Vi anser att principerna för avgiftsuttag bör vara desamma oavsett vem som är huvudman för verksamheten. Olika regler för avgiftsuttag kan annars på ett olyckligt sätt styra valet av vård- och boendeform.

Inom sjukvården har de differentierade avgifterna avskaffats. Skillnaderna i avgiftsprinciper minskar åtminstone till en del genom att ålderdomshemmen byggs om till servicehus. På kort sikt, även innan ålderdomshemmen byggts om, bör dock principerna för avgiftsuttaget förändras så att den boende betalar en hyra som fastställs efter de principer som normalt gäller för upplåtelse av bostad. Hyreskontrakt bör skrivas och KBT utgå.

Den boende på ett ålderdomshem får då, utöver hyran, betala en avgift för service. Härigenom jämsställs den boende på ett ålderdomshem med den som bor i en egen lägenhet eller i ett servicehus och erhåller motsvarande service.

Avgifterna för hemtjänsten bör vara enhetliga oavsett inkomst. Det bör gälla även för den service som ges på ålderdomshem. Det kan dock krävas att möjlighet till avgiftsnedsättning finns för pensionärer med låg eller ingen ATP.

## 7. Kompetensfördelning mellan kommun och landsting

Kommunen skall enligt gällande lagstiftning i princip svara för allt boende. I praktiken bor dock många människor som främst behöver omvårdnad och service på långvårdsinstitutioner som drivs av landstingen. Deras behov av sjukvård är ofta begränsat. Som tidigare har visats skulle många av dessa kunna bo i en egen bostad eller i en servicebostad om bl. a. hemtjänsten och hemsjukvården var tillräckligt utbyggd.

En utbyggd hemsjukvård innebär också att skillnaden mellan dem som kräver vård på ett lokalt sjukhem, i en servicebostad eller i ett eget boende blir alltmer diffus. Strävan bör vara att insatserna av sjukvård, omvårdnad och service blir alltmer oberoende av boendeform. Denna strävan försvåras av att två huvudmän erbjuder boende för äldre.

Detta har bl. a. uppmärksammats av en arbetsgrupp inom Landstingsförbundet i den s. k. primärvårdsrapporten. Där konstateras bl. a.:

Vi anser det finns skäl att vidareutveckla och renodla den s. k. kompetensprincipen så att primärkommunen successivt tar över ansvaret för den rena boendedelen för de patienter som har ett mer permanent boende på institution och som saknar egen bostad medan landstinget koncentrerar sina resurser till att med utbildad personal svara för och utveckla sjukvårdsinsatserna oberoende av boendeform. En sådan utveckling skulle på sikt bidra till att något egentligt boende under längre perioder inte skulle förekomma på landstingets institutioner.

I rapporten sägs vidare att primärkommunerna i första hand bör ta över ansvaret för boendet vid nybyggnation och ombyggnad av sjukhem. Utifrån skiftande lokala förhållanden bör också övervägas om kommunerna bör överta ansvaret för boendedelen vid befintliga sjukhem.

En klarare kompetensfördelning där kommunerna svarar för boendet har många fördelar. Det bör vara lättare att förändra boendet för de äldre om det finns en huvudman som är ansvarig för verksamheten. Det torde också vara det enda sättet att få till stånd ett helt enhetligt avgiftssystem. Även om avgifterna på ålderdomshem och för den sociala hemhjälpen tas ut efter andra principer än i dag så kommer avgiftssystemet att skilja sig från det som gäller inom landstingen. Det avgiftsfria år som finns inom sjukvården saknar också motsvarighet inom kommunala omsorgen.

En klarare kompetensfördelning innebär att kommunerna får ökade kostnader. Samtidigt minskar landstingens. Detta måste lösas genom bidrag från landstingen eller genom skatteväxling. Det kan också finnas verksamhetsområden som kan överföras från kommunerna till landstingen.

Vi anser sammanfattningsvis att tankarna om en klarare kompetensfördelning är intressanta och riktiga. De bör dock utvecklas närmare. En sådan kompetensfördelning kräver nya överväganden t. ex. när det gäller de olika avgiftssystem som finns.

Äldreomsorgen utreds för närvarande av flera utredningar. Äldreberedningen beräknas komma med ett betänkande med förslag till riktlinjer för äldreomsorgen under 1986. En tvärdepartemental arbetsgrupp arbetar

bl. a. med ett program för förbättringar av livsmiljön inom landstingens institutioner för vården av långtidssjuka.

Mot. 1985/86  
Bo213

De frågor som nämns ovan behandlas dock inte i dessa utredningar i tillräcklig omfattning. Vi anser därför att bl. a. konsekvenserna av en klarare kompetensfördelning mellan kommun och landsting bör utredas. Det är också en förutsättning för att denna omvandling skall kunna ske smärtfritt att dessa konsekvenser belyses. Arbetet bör bedrivas med parlamentarisk insyn.

## 8. Tillgänglighet

Personer med rörelsehinder eller andra handikapp skall ha samma valfrihet i sitt boende som icke-handikappade. Detta kräver att både gammal och ny bebyggelse uppfyller kraven på handikappanpassning. Husen skall ha hiss. gångvägarna skall vara handikappanpassade och handikappfordon av olika slag ska kunna komma fram till portarna. Det skall vara möjligt för en rörelsehindrad att ta sig till affärer m. m.

Det är viktigt att det finns klara normer för handikappanpassning och att dessa följs. Det är angeläget att en gammal människa inte skall behöva flytta från sin lägenhet till långvården efter t. ex. ett lårbensbrott därför att huset saknar hiss.

Staten ger bidrag för handikappanpassning av lägenheter, för installation av hiss samt för att förbättra tillgängligheten i den yttre miljön. För bidrag till hissinstallationer har avsatts en total ram på 300 milj. kr. under 1984–1986. T. o. m. budgetåret 1984/85 har dock endast 20 milj. kr. beviljats. Verksamheten har dock ökat därefter och en fortsatt ökning kan förväntas.

Ökad klarhet om möjligheterna att i framtiden erhålla hissbidrag bör skapas redan nu genom att riksdagen beslutar att den ram på 300 milj. kr. som avsatts för åren 1984–1986 även får utnyttjas under 1987.

En väl utbyggd färdtjänst är även väsentlig för äldre som har svårt att använda kollektivtrafik. Detta behandlas i folkpartiets partimotion om handikappade.

## 9. Hemställen

Med stöd av det ovan anförda yrkas

1. att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till känna vad som i motionen anføres om ett tioårsprogram för eget rum och självständigt boende.

2. att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till känna vad som i motionen anføres om behovet av en översyn av konsekvenserna av en klarare kompetensfördelning mellan kommun och landsting avseende boendet för äldre.

3. att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till känna vad som i motionen anføres om beviljande av lån för ombyggnad av ålderdomshem som är yngre än 30 år.

[4. att riksdagen uttalar att kommunerna bör tillämpa enhetliga

avgifter för den sociala hemhjälpn och normala hyror för boende på  
ålderdomshem<sup>1</sup>.]

Mot. 1985/86  
Bo213

5. att riksdagen beslutar att ramen för bidrag till installation av  
hiss m. m. även får utnyttjas under 1987,

6. att riksdagen beslutar att som sin mening ge regeringen till  
känna vad som i motionen anförs om ombyggnad av ålderdomshem.

Stockholm den 24 januari 1986

*Bengt Westerberg (fp)*

*Ingemar Eliasson (fp)*

*Karin Ahrland (fp)*

*Björn Molin (fp)*

*Daniel Tarschys (fp)*

*Kerstin Ekman (fp)*

*Birgit Friggebo (fp)*

*Jan-Erik Wikström (fp)*

<sup>1</sup> 1985/86: So235.



