

Motion

1976/77: 731

av herrar Svensson i Skara och Leuchovius om hemsjukvård

Efterfrågan på sjukvård kommer att stiga mycket snabbt. Under den närmaste tioårsperioden beräknas antalet personer i vårt land som är 70 år och äldre öka med närmare 200 000. Därtill kommer ett betydande antal handikappade och kroniskt sjuka.

Sjukvårdens organisation får inte betraktas som en gång för alla given och inte heller den nuvarande fördelningen av resurser till sjukvårdens olika huvudgrenar. Vi anser att man bör eftersträva effektivare och samtidigt personligare vårdformer som kan tillgodose det nu rådande och framtida vårdbehovet. Skall vi kunna lösa vårdproblemen måste alla resurser utnyttjas.

Vårdorganisationen måste utgå från patienternas behov och hedrivas i decentraliserade vårdformer. Därför är hemsjukvård ett bra sätt att tillvarata alla vårdresurser och samtidigt tillgodose patienternas önskan om en personlig och trivsamt vård.

Med hemsjukvård avser vi dels vård av anhörig i dennes eller patientens bostad, dels ock vård utförd av vårdteam i landstingets regi. Men begreppet omfattar även vård på två plan: först och främst vård i det egna hemmet och när detta inte längre är möjligt, vård i institutioner som liknar hemmiljön i möjligaste mån.

Över huvud taget kommer en decentraliserad sjukvård att skapa bättre förhållanden. Kontinuiteten i vården måste garanteras, så att patienten i långt större utsträckning än som sker nu får träffa samma läkare och personal. Jämsides med en utbyggd hemsjukvård är en samtidig satsning på distrikts- och dagsjukvården angelägen. Den kommer att bli ett värdefullt stöd för en utbyggd hemsjukvård.

För hemsjukvården i vidare mening är det angeläget att återuppliva det tidigare "husläkarsystemet". De boende i ett visst område bör fritt få välja läkare, verksam i offentlig eller privat vård. Den läkaren skall sedan i första hand kunna anlitas av respektive patienter vid sjukdom eller olycksfall.

Gränsen mellan landstingens och primärkommunernas ansvar för omsorgen om äldre och handikappade blir av naturliga skäl ofta flytande. Den nuvarande osäkerheten i fråga om ansvarsfördelningen måste undanröjas och en bättre samordning mellan de olika huvudmännens verksamhet komma till stånd. Detta förutsätter på kort sikt ett mera intimt samarbete mellan kommunerna och landstingen.

Hemsjukvården skall givetvis inte ersätta befintliga vårdresurser inom andra vårdformer. Det är mycket viktigt att den beslutade utbyggnaden

av långtidsvården fullföljs. Det är således inte meningen att någon institution skall stängas genom att hemsjukvården byggs ut. Tanken är att hemsjukvården får en *större andel* än hittills i planeringen av tillkommande vårdresurser, vilka då totalt kan medge fler vårdplatser till en given kostnad.

Skäl för utvidgad hemsjukvård

Många sjukhusvistelser skulle förkortas – eller kanske helt kunna undvikas – om patienterna kunde beredas möjlighet till omsorg och vård i de egna hemmen och slippa den annorlunda och för många främmande miljö som en aldrig så välordnad sjukhusinstitution utgör. För många människor är det lika naturligt att ta hand om sina gamla/sjuka föräldrar, ett handikappat barn, make/maka med tillsynsbehov etc. som att stanna hemma och ta hand om barnen under de första levnadsåren.

I hemsjukvården bortfaller en del investeringskostnader. Bostaden och dess inventarier kan ofta mycket väl användas vid bedrivande av sjukvård. Troligen kan man även få tillgång till sådan arbetskraft som inte står till förfogande för arbete inom institutionsvården. Möjligheterna till deltidssarbeten bör vara goda.

Rådfrågning rörande behandlingen av de sjuka i hemmet kräver tillgång på sjuksköterskor och läkare inom distriktsvården. Den anhöriga kan dock själv ofta sköta de arbetsuppgifter som inom institutionsvården främst utförs av vårdbiträden. En samtidig satsning på distrikts- och dagsjukvården kommer, som vi tidigare påpekat, att utgöra ett bra stöd åt en utbyggd hemsjukvård, liksom även en satsning på ett nytt "husläkarsystem".

Vård i hemmiljö

F. n. utförs huvuddelen av hemsjukvården av anhöriga. Vi tror emellertid inte att man på längre sikt kan räkna med en fortsatt ökning av anhörigvården. I stället bör man satsa mer på att utveckla vårdteam. Dessa vårdteam skall då bestå av icke-stationära grupper, innehållande läkare, distriktsköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, hemsjukvårdare samt administrativ personal, vilka svarar för vården av ett antal patienter. Försöksverksamhet med denna modell har på flera håll i landet uppfattats mycket positivt – inte bara av patienter utan även av den berörda personalen.

En viktig förutsättning för verksamheten är samhällets stöd till anhörigvårdarna. Vi anser att vårdersättningen till anhörigvårdare skall höjas och kunna vara pensionsgrundande och medge sociala förmåner. Former av anställning bör också övervägas. Dessutom bör huvudmännen i större utsträckning erbjuda service i form av avbytare, vårdredskap, distribution av färdiglagad mat etc. I sammanhanget bör aktiv hjälp ges till bostadshyfte till för sjukvård mera lämpliga bostäder.

Institutionell hemsjukvård – "bostadssjukhem"

I en situation där hemsjukvård inte längre kan bedrivas i patientens eget hem bör överflyttning ske till en institution som är så lik hemmiljön som möjligt. Man kan benämna sådana institutioner "bostadssjukhem".

Gränfallen inom landstingens och kommunernas omsorgsområden bör här mötas. Från huvudmannaskapssynpunkt innebär detta administrativa problem, som enligt vår uppfattning dock måste överbryggas för patienternas bästa.

En dylik institution skulle kunna avlasta akutsjukvården samtidigt som långvårdspatienterna ges plats i en miljö som bättre anknyter till den invanda hemmiljön. Därigenom kan nuvarande lasarettsinstitution eller motsvarande bli renodlade sjukhus för enbart vårdintensiva sjuka.

Genom denna överföring av patienter med mindre vårdbehov, exempelvis vissa grupper av långtidssjuka, patienter för rehabilitering, vissa äldre med behov av vårdservice och allmän tillsyn, till ett "bostadssjukhem" kan akutsjukvårdens inrättningar bättre disponeras för sina egentliga sjukvårdsuppgifter. Mellan akutsjukvården och de föreslagna "bostadssjukhemmen" måste en kontinuerlig kontaktverksamhet upprätthållas för bedömning av ändringar i patienternas vårdbehov; akuta behov av vård skall – när skäl föreligger – ske på lasarett för dem som vistas på "bostadssjukhemmen".

"Bostadssjukhemmen" bör utformas för ett *flexibelt* utnyttjande av ett större antal människor. Detta bör bl. a. innebära ett integrerat "miniatyr-samhälle" för såväl "friska" som "sjuka". Flexibiliteten bör ligga både i lägenhetsstorleken för dem som inte är sängliggande och i andelen "sjukrum" för boende med visst vårdbehov. Lägenheterna grupperas omkring gemensamma servicefunktioner för såväl hälso- och sjukvård som social-, kulturell- och fritidsservice från kommunens sida. Integreringen av olika kategorier med växlande grad av service- och vårdbehov bör även sträcka sig utanför "bostadssjukhemmets" egentliga område och främst ingå i den organisation som har att svara för hemsjukvård i patienternas hem på det sätt som tidigare beskrivits i denna motion.

En stor fördel med en lösning av det slag som här skisserats är att den enskilde vårdsökandes hem kan hållas intakt. Vissa möbler och andra privata tillhörigheter kan med fördel finnas i "bostadssjukhemmens" lägenheter. Det egna hemmet skingras inte, och den enskilde riskerar inte att hamna i en situation där den ena instansen hänvisar till den andra utan att besked kan lämnas om var vård i första hand kan erhållas. Lösningen innebär, om den kan förverkligas, *en organisation* och *ett odelat ansvar* för verksamheten.

Teknikens bidrag till en bättre omsorg i hemmet om äldre, sjuka och handikappade

De som inte har ständigt sällskap av någon annan, har ett från alla synpunkter stort, berättigat behov av kommunikation med omvärlden. I betydande utsträckning tillgodoses det behovet med konventionella faciliteter som TV, radio och telefon. Men kommunikationsbehovet ligger också på ett annat plan. Ensamboende människor med sparsamt umgänge löper risk att ställas utan hjälp om de insjuknar eller skadar sig i hemmet och inte förmår påkalla omgivningens uppmärksamhet. Dessa risker ökar självfallet med ökande ålder, vid väsentligt nedsatt rörelseförmåga och vid sjukdom. Att äldre och handikappade, i första hand de som är ensamboende, borde få sina hem utrustade med s. k. passiva larmsystem, anser vi självklart. Sådana system larmar förutbestämd larmmottagare, t. ex. larmcentral, om normal aktivitet uteblir i den bostad, där larmanordningen är monterad. Den ensamboende kan också i fullt betryggande utsträckning utlösa larmet på konventionellt sätt (aktivt). Televerket förfogar redan nu över denna "passiv-larm-teknik", men hittills har inte särskilt många anordningar monterats. Vi vill påstå att detta beror på att man från verkets sida inte särskilt aktivt marknadsför tekniken i fråga. Vi anser att en sådan marknadsföring måste finnas med inom ramen för en utbyggd hemsjukvård. En större produktion skulle medge lägre kostnader och dessutom främja sysselsättningen. Men framför allt skulle säkert alla huvudmän för vården av äldre, sjuka och handikappade få upp ögonen för och utnyttja en sådan möjlighet till ökad säkerhet för alla dem som har behov därav.

Självfallet måste det utredas vilka förutsättningar det finns för att åstadkomma det *exempel på lösning* som i denna motion endast har kunnat skisseras i sina enkla huvuddrag. Men vi anser trots detta det värdefullt att tillföra den fortsatta diskussionen dessa synpunkter som ett bidrag till arbetet med att utveckla hemsjukvården. Oavsett vilken lösning som man slutligen väljer, måste man dock mera aktivt verka för en bättre lösning av huvudmannaskapsfrågorna och ansvarsfördelningen mellan landsting och primärkommuner.

Riktlinjer för den fortsatta utvecklingen

Vi vill föreslå följande riktlinjer för den fortsatta utvecklingen av hemsjukvården:

1. Kåren av hemsjukvårdare skall utökas. Dessa bör vara utbildade och huvuddelen vara anställda av landstinget eller den primärkommunala hemtjänstorganisationen.
2. Anhörig skall också kunna anställas som vårdare och få lämplig, anpassad utbildning.
3. Den som vårdar någon anhörig måste ges möjlighet till semester. Hu-

vudmännen skall kunna tillhandahålla avbytare eller ordna vårdplats för kortare tid.

4. Hemsjukvårdsbidragen bör höjas och bidragen bör göras ATP-grundande.

5. Patienten skall ges förtur vid behov av institutionsvårdens större resurser. Ett antal vårdplatser bör därför prioriteras helt och hållet för dem som vårdas i hemmiljö.

6. Huvudmännen bör vidta åtgärder i syfte att ge den som vårdar en patient i hemmet ökade möjligheter att söka råd under vårdtiden hos distriktssköterska eller läkare.

7. Utförliga rekommendationer skall utfärdas för tillämpning vid rådgivning till patienter för val av vårdform. Önskemål om att få tillbringa sina sista dagar i det egna hemmet bör särskilt beaktas.

8. De privatpraktiserande läkarna bör ingå i systemet med vård i hemmiljö, så att den enskilde patientens fria val av läkare tryggas.

9. Ett system med "orts"-sjukvårdare bör prövas i anslutning till verksamheten vid vårdcentralerna.

10. En samtidig utbyggnad av distrikts- och dagsjukvården skall göras för att stödja en utbyggd hemsjukvård. "Husläkaresystemet" skall återupplivas i modern form.

11. Fortsatt utredningsverksamhet skall bedrivas. Förutsättningarna för att åstadkomma en organisation med "bostadssjukhem" bör klarläggas, liksom möjligheterna att bedriva sådan verksamhet i samarbete mellan landstingen och primärkommunerna och möjligheterna till en samordning av resp. huvudmäns verksamhet. Problemen med ansvarsfördelningen måste undanröjas.

12. Passiva larmsystem med möjligheter även till aktiv larmutlösning bör utnyttjas i ensamboende äldres, sjukas och handikappades hem i syfte att öka säkerheten, och dessa system bör även med fördel kunna utnyttjas vid sådan institutionell vård som bör bedrivas i vad ovan benämnts "bostadssjukhem".

Hemställen

Åberopande vad som i motionen anförts hemställs

att riksdagen ger regeringen till känna vad i motionen anförts om utvidgade möjligheter till vård i hemmiljö.

Stockholm den 25 januari 1977

STEN SVENSSON (m)

KARL LEUCHOVIUS (m)

i Skara