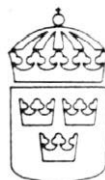


Motion till riksdagen

1989/90:So201

av Sten Svensson m.fl. (m)

Äldreården m.m.



Mot.
1989/90
So201

Sammanfattning

Moderata samlingspartiet vill fördjupa välfärden. Den enskildes ställning skall stärkas inom ramen för det gemensamma socialpolitiska ansvaret. Vi föreslår därför bl.a. att valfriheten starkare markeras i lagstiftningen och att socialförsäkringssystemet byggs ut. En allmän obligatorisk sjukvårdsförsäkring ger alla rätt till valfri sjukvård utan att det kostar den enskilde något extra. Människor skall kunna påverka hela sin livsmiljö och vårdinriktningen i betydligt större utsträckning än vad som sker i dag.

Hittills har kommunerna nästan uteslutande byggt upp hemtjänsten som ett kommunalt monopol, där valfriheten inskränker sig till att de som önskar tjänsten kan tacka ja eller nej till den service som erbjuds. Alternativt ger möjlighet att bredda verksamheten och därmed öka valfriheten.

Hemtjänsten utför ett arbete som de flesta äldre värdesätter. En utmärkande kritik är emellertid att det blir allt fler personbyten. Hemvårdspersonalen tillhör också en yrkeskår som är utsatt för stor personalomsättning och sjukfrånvaro. Även av det skälet är det viktigt att kunna erbjuda alternativa former för hemtjänst.

Ålderdomshemmen är den vård- och boendeform som passar bäst för många äldre med behov av en betydande tillsyn utan att för den skull behöva sjukvårdens resurser. Den debatt som varit om ålderdomshemmen har illustrerat hur viktigt det är att låta människors behov, inte myndigheters direktiv, styra vården och omsorgen.

Äldreomsorgen är inne i en krissituation, därför att många patienter bor fel, vårdas fel och far illa. Patienter som borde skrivas ut från akutsjukhus eller sjukhem blir liggande kvar därför att de inte kan beredas den vård och omsorg de behöver i hemmet eller i serviceboendet. Å andra sidan finns det pensionärer som inte klarar eget boende, inte ens i servicehus. För t.ex. många åldersdementa kan dagvård eller gruppboende vara den idealiska lösningen. Det är sålunda angeläget att alternativen blir fler och att möjligheterna till dagvård och gruppboende ökar.

Alternativ äldreomsorg och äldreård som uppfyller rimliga kvalitetskrav skall ges rätt till samma stöd från det allmänna som motsvarande offentligt bedrivna verksamhet. Genom att det i stort sett föreligger ett vårdmonopol saknar vårdpersonalen möjligheter att påverka vårdens utformning eller att

gå till alternativa arbetsgivare. Därför är det också från personalens synpunkt viktigt med flera alternativ. Flera arbetsgivare gör det möjligt att byta arbete utan att lämna vårdområdet. För den som så önskar ges möjlighet att starta en egen verksamhet. För den som vill vara kvar inom den offentliga vården är det bättre med en mer decentraliserad organisation, som fungerar i konkurrens med andra alternativ. Förutsättningen för att vården skall fungera väl är också att dess lönestruktur överensstämmer med marknadens. Det gör den knappast i dag.

Utgångspunkten för vår politik är att ansvaret skall läggas så nära den enskilda människan som möjligt.

Lagfäst rätt till valfrihet

Äldrevårdens inriktning skall vara att patienterna så långt möjligt skall kunna erbjudas vård i det egna hemmet. Om vård på institution är nödvändig skall den ges vid små hemlika enheter nära hemorten eller där den äldre så önskar. Ökningen av antalet mycket gamla ställer stora krav på såväl akutvården som på olika alternativ som svarar för mer långvarig vård och omsorg. Tidig rehabilitering, väl utvecklad dag- och hemsjukvård och effektivt samarbete med anhöriga, distriktssköterskor och den kommunala hemtjänsten kan ge förbättrad vård och ett mer effektivt utnyttjande av resurserna.

Mångfald och valfrihet hör samman. Behovet att kunna välja och att kunna påverka sin situation blir inte mindre därför att åldern stiger och krafterna avtar. Tvärtom är det snarast så att behovet av mångfald ökar i skeden då bl. a. fysiska begränsningar sätter in.

Den kommunala och landstingskommunala vården och omsorgen skall givetvis finnas kvar. Den är många gånger mycket bra, men den kan bli bättre om det finns alternativ. Den offentliga verksamheten kan dra nytta av vad alternativen utvecklar och prövar. Detta har vi sett inom bl. a. barnomsorgen och sjukvården. Detsamma gäller äldrevården.

Alternativen kan och bör finnas på alla områden som servicehus, ålderdomshem och sjukhem. Finansieringsformer måste utvecklas så att alla människor får en verklig valmöjlighet. Genom mångfald nås såväl sociala som ekonomiska fördelar. Erfarenheten visar att alternativen snarare är mindre kostnadskrävande än de traditionella vård- och omsorgsformerna i offentlig regi, inte minst därför att kostnaderna för administration och byråkrati minskar.

Alternativ inom äldreomsorgen som uppfyller de kvalitetskrav som alltid måste ställas, det må gälla såväl institutionell omsorg som hemtjänstverksamhet, bör enligt vår mening berättiga till bidrag från stat och kommun på samma villkor som motsvarande kommunal verksamhet.

Den tystnadsplikt som gäller offentliganställd vårdpersonal gäller inte för anställda inom enskild äldrevård. I luvudmännen får därför avtala med de enskilda entreprenörerna om iakttagande av tystnadsplikt. Dessa kan sedan föra talan mot anställda som eventuellt bryter sekretessen. Det är angeläget att snarast ändra sekretesslagen så att den även omfattar personal inom privat äldrevård.

Vi anser att valfrihetsprincipen skall skrivas in i såväl socialtjänstlagen

som hälso- och sjukvårdslagen. Finansieringen av vården skall vara gemensam och solidarisk men valet den enskildes. Riksdagen bör därför hos regeringen begära förslag till lagstiftning med denna innebörd.

Mot. 1989/90
So201

Den enskilde kommer i kläm

Äldreomsorgen är ett vårdssystem i kris. Allt oftare kommer rapporter som visar hur illa det är ställt. Gamla människor far illa av att vårdas och bo på fel sätt.

Många åldersdementa måste efter akutvård på sjukhus ligga kvar därför att det inte finns andra vårdmöjligheter, ej heller någon som kan se till dem hemma. Det kan ta alltför lång tid att få en plats inom en lämplig boendeform. Följden har blivit att patienter som väntar på plats inom akutvården sitter fast i kön därför att det saknas plats för dem på sjukhusen. I stället upptas sängplatserna av patienter som är färdigbehandlade men inte klarar eget boende i traditionell mening och en akutavdelning på sjukhus är en både olämplig, inhuman och dyr vårdform för dessa människor.

Äldreomsorgen präglas i dag i stor utsträckning av ett kollektivistiskt tänkande. För liten hänsyn tas till de enskildas önskemål. Äldre är oftast hänvisade till det boende eller den vård som det offentliga anvisar. Sedan alla landsting numera har antagit Landstingsförbundets rekommendationer som avser att möjliggöra för patienter att bo på sjukhem inom annat landstingsområde än det egna kan förhoppningsvis situationen förbättras något. Det kommer emellertid inte att förbättra dagens kris mer än marginellt.

Moderata riktlinjer

Välfärden måste fördjupas genom att den enskildes val blir avgörande. Bra ålderdomshem, serviceboende, dag- och hemsjukvård, gruppboende och små och hemliknande sjukhem liksom goda möjligheter till rehabilitering och akutsjukvård måste ges möjlighet att existera och utvecklas sida vid sida i olika former för att ge valfrihet och mångfald. Bara på så sätt kan individernas växlande behov tillgodoses, och ingen tvingas in i en vårdform hon inte önskar.

Med en väl fungerande hemtjänst – inte minst hemsjukvård – är det möjligt för de flesta äldre att bo kvar hemma. Den hemtjänst som hittills byggts upp av kommunerna fungerar nästan helt och hållet som ett kommunalt monopol. I flera avseenden räcker servicen inte till. Äldre får ofta inte hjälp när de behöver och inte på det sätt de skulle önska sig. I stället för monopol måste kommunerna medverka till flexibla lösningar. Verksamhet i enskild regi, möjlighet för de äldre att själva välja hemvårdsbiträde eller anställa en granne eller anhörig är några exempel på hur servicen för de äldre skulle kunna förbättras. Olika typer av föreningar, kooperativ, ideella organisationer, stiftelser m. fl. kan också hjälpa till att skapa komplement till serviceutbudet.

I det moderata samhället är det den enskilde som väljer den vård denne vill ha. I socialdemokraternas samhälle är det tvärtom. Det är det offentliga som bestämmer vilken vård som skall ges. Med den inställningen är det inte konstigt att gamla ofta kommer i kläm.

Med valfrihet inskriven i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen hade detta inte behövt vara så. Välfärd kräver valfrihet!

Moderat politik innebär att den enskilda människan skall få välja den omvårdnad och den boendeförn som passar just henne. För att ge reell valfrihet behövs:

- * sjukhem, gruppboende, dagvård, servicehus, ålderdomshem,
- * en väl fungerande hemtjänst och hemsjukvård,
- * att anhörigvården underlättas med t.ex. avlastningsplatser, dagvård, växelvård,
- * att den tekniska utvecklingen tas tillvara och utvecklas när det gäller hjälpmedel för såväl de gamla som personalen,
- * att statsbidragen är neutrala när det gäller kostnader för den enskilde,
- * utbyggt trygghetslarm,
- * utbyggd färdtjänst,
- * möjlighet för den som förvärvsarbetar att få kortare tids ersatt ledighet för vård av anhörig som är sjuk eller handikappad,
- * förbättrad demensvård genom utbyggt gruppboende, dagvård m. m.,
- * ökade forsknings- och informationsinsatser inom demensvården.

De riktlinjer som i det föregående angetts för utvecklingen av vården och omsorgen om de äldre bör läggas till grund för den fortsatta inriktningen av socialpolitiken inom detta område.

Hemtjänsten nödvändig – men otillräcklig

Att de allra flesta är nöjda med den hjälp och service de får visar studier som gjorts i några kommuner. De kritiska synpunkter som framförts är främst att de äldre vill ha mer hjälp än de får. De har också små möjligheter att påverka vilken hjälp de får och på vilket sätt den ges. Detta beror inte bara på brist på personal. Det är också brist på organisation. Kommunerna måste medverka till flexibla lösningar. Man kan t.ex. bilda små arbetslag där schema och arbetstider läggs efter de äldres behov och med en grundbemanning som gör det möjligt att täcka kortare frånvaro med ordinarie personal. Det skall också vara möjligt att få anställa en granne eller anhörig efter samma taxa som gäller i övrigt inom hemtjänsten.

Självkänslan stärks hos den som behöver hjälp i hemmet om vederbörande själv får bestämma utformningen och tiden för insatserna och likaså vem som skall hjälpa till hemma. Redan från början kan man då i större utsträckning komma överens om arbetets uppläggning. Detta kan också påverka de personliga relationerna positivt. Att själv kunna bestämma när och hur maten skall lagas och serveras, när promenaden skall tas eller vid vilken tid man skall gå till sängs måste vara en självklarhet även för de äldre.

Kyrkor, samfund, pensionärsföreningar och andra ideella organisationer och enskilda personer kan också i större utsträckning och med samma stöd från det allmänna engageras i hemvårdsarbetet.

Även bostadsföretag och bostadsrättsföreningar kan engageras i äldreomsorgsarbetet. Företag kan skapa servicehus för sina pensionärer. Ett alternativ, som kan få speciell betydelse, är "grannskapskollektiven," där de

boende i ett område hjälps åt med service och fritidssysselsättningar. Inte minst i storstädernas höghusförorter kan föreningar och organisationer, bildade av de boende själva, göra väsentliga insatser för de äldre.

Hemtjänst i enskild regi skulle innebära en välkommen förstärkning. Genom sin organisation som företag med ett begränsat antal hemvårdare bör sådan hemtjänst kunna erbjuda stor kontinuitet och kanske också en bättre helhetssyn och högre servicenivå. Även för dem som arbetar i hemtjänsten är det bra att kunna välja arbetsgivare. Detta kan också underlätta rekryteringen till detta viktiga yrke.

Inför framtiden vet vi att antalet äldre invandrare kommer att öka. Det kommer att ställa delvis nya krav på hemtjänstpersonal vad gäller språkkunskaper och kunskaper om andra kulturer. Det är också tänkbart att invandrarorganisationerna kan vara intresserade av att starta hemtjänstverksamhet.

Matlag, telefonkedjor, larm, s.k. väntjänst och organiserade besöksrundor med hjälp av pensionärsorganisationer kompletterar och underlättar för hemtjänsten. Ett sätt att ytterligare förstärka hemtjänstens insatser vore att låta pensionärer medverka ännu mera aktivt.

Hemvårdspersonalens arbetsuppgifter är mångskiftande och ställer krav på både praktiska färdigheter och mognad. Att arbeta ensam i en annan persons hem, även om man ingår i ett arbetslag, är ett stort ansvar.

För dem som saknar tillräcklig praktisk erfarenhet från arbete i hemmet bör utbildningen vara avslutad innan de självständigt börjar sin tjänst. Utbildning i matlagning, städning etc. och enklare sjukvård är då nödvändig.

Det beräknas att hemtjänsten kommer att behöva 70 000 – 100 000 fler anställda fram till år 2000. Eftersom den relativa arbetskraftstillgången minskar kommer det också att bli allt viktigare att utbilda arbetskraft inom olika åldersgrupper till vårddyrkena.

En fråga som alltid tas upp vid diskussioner om hemhjälp är de ofta förekommande personalbyten som inte är betingade av personalomsättning, sjukdom, semester eller annat godtagbart skäl. Det har berättats om sådana självtagna rutiner som att alla 12–18 hemvårdare, som ingår i gruppen, i tur och ordning "skall arbeta hos alla brukare inom distriktet" eller att hemtjänstassistenten motiverat ideliga byten med "farhågor för emotionella bindningar". Kontinuiteten i vården är oerhört viktig. Om den äldre eller den handikappade trivs bra tillsammans med hemvårdaren och arbetet i övrigt löper bra saknas, enligt vår mening, all anledning att byta personal.

Hjälpen kommer inte heller alltid på utsatt tid. För dem som får hjälp en eller två timmar i veckan kan detta betyda att hjälpen infinner sig precis när som helst under veckan. Detta är inte acceptabelt. Bättre planering och uppföljning är angelägen.

Gör hemhjälpstaxan rättvis

Många ATP-pensionärer har, genom reglerna för skatt och KBT, marginal-effekter på mellan 90 och 103 % av en pensionsökning. Är dessutom hemhjälpstaxan differentierad blir situationen orimlig. I kommuner där hemhjälpstaxan beräknas efter bruttoinkomsten kan den som har en högre ATP-

pension få mindre kvar att leva på än den som har låg ATP. Det är vidare otillfredsställande med en stor avgiftsvariation mellan kommunerna. Enligt äldreberedningen kan en ensamstående pensionär med låg inkomst i en kommun debiteras 60 kronor per månad för 14 timmars hemhjälp och i en annan 1 200 kronor!

En enhetstaxa är den bästa taxeformen. Differentierade avgifter är inte försvarbara.

Alternativa vårdformer bör stödjas

I Danmark har man dragit konsekvenserna av att de gamlas sjukdomar ofta är kroniska och är mycket noga med att i stället flytta deras hem till institutionerna. En dörr att stänga om en egen bostad är en absolut förutsättning för en människovärdig långvård. Men det är inte det enda, säger man i Danmark. Därutöver krävs det respekt, inga onödiga rutiner, rätt till egen dygnsrytm och rätt att gå ur tiden där man själv vill. Där trängs inte gamla och sjuka människor ihop i kala sjukhussalar utan möjlighet att dra sig tillbaka och vara i fred. I stället bor de på "plejehjemmen", en vårdform där individens integritet och självbestämmande är själva grundvalen för vårdarbetet.

På de danska plejehjemmen ser man till att de gamla får det så hemligt som möjligt. Att ha en egen bostad, en privat sfär, där man själv bestämmer är en mänsklig rättighet och en förutsättning för att de äldre skall kunna orka leva med sina sjukdomar.

I Danmark utgår äldrevården från tesen "Et gammelt menneske skal ha et hjem". Vården skall komma till vårdtagaren i stället för tvärtom. Man reducerar antalet vårdnivåer till tre: det egna hemmet, plejehjemmet och långvårdskliniken. På plejehjemmet får man läkarvård och annan erforderlig sjukvård. De äldre flyttas inte runt. Det säger sig självt att den danska modellen är humanare än den svenska, och ESO:s studier visar att den inte heller är dyrare.

Vi i Sverige bör sträva efter en liknande utveckling av den svenska äldrevården. När vården inte kan ges i det egna hemmet bör den ges i små enheter – moderna ålderdomshem eller gruppboenden – lokaliserade ute i bostadsområdena så att de äldre kan bibehålla kontakten med anhöriga och vänner och om de så vill fortsätta att bo på platsen. Varje flyttning är fatal för bl.a. minnesfunktionerna hos de äldre, utöver att de skapar oro. Det är också angeläget med en sammanhållen vårdkedja där vården så långt som möjligt kan ges på samma plats. Valfrihet förutsätter mångfald. Mångfald förutsätter att inte bara kommuner och landsting utan även kyrkor, samfund och andra ideella organisationer och engagerade företag, t.ex. försäkringsbolag, skall kunna vara huvudmän för äldreomsorg och äldrevård. Enskilda initiativ måste få växa fram.

Det finns goda exempel på lyckade satsningar på en modern typ av ålderdomshem. I t.ex. Lund finns flera ålderdomshem som, utöver att fungera som just ålderdomshem, tjänstgör som centra för hemtjänst och annan service för de kringboende. Många av de boende på ålderdomshemmen har ett starkt omvårdnadsbehov. På t.ex. Mårtenslund bildar vårdbiträden och boende små grupper med två vårdbiträden och fem boende i varje grupp.

De två biträdena har ett eget ansvar för gruppen, vilket har visat sig fungera väl. Alla får vara kvar vid sjukdom, även om de ofta behöver akutvård, och de placeras inte på långvården. På ett ålderdomshem bör ges möjlighet till både boende och kvalificerad vård, även under livets slutskede. En pensionärsförening i Linköping har startat en hälsomottagning för pensionärer. Där kontrollerar man bl.a. kolesterolhalten och ger råd om en livsföring som skulle göra pensionärerna friskare. Verksamheten leds av en pensionerad läkare. Samma mottagning har också en hörselvårdsverksamhet. Detta kan bli en modell för andra delar av landet.

Där man skapar förutsättningar blommar idéerna. Enskilda alternativ till den offentliga vården dyker upp då och då. Det är god politik, men den förverkligas inte av politiker, utan av enskilda entreprenörer. Det fina är att detta inte är något som planerats fram av några centralt placerade politiker. De goda resultaten visar sig om politikerna vågar ge utrymme för människor att förverkliga projekt efter eget huvud.

Ett sådant exempel är bostadsrättsföreningen Björkåsa i Uppsala. Björkåsa erbjuder äldre människor ett alternativt boende i deras gamla, invanda miljö. Det är särskilt viktigt att man på äldre dagar får bo kvar i sin invanda miljö, att få gå till sitt gamla postkontor och möta bekanta ansikten på gatan. framhåller Viveca Halldin-Norberg, som är en av eldsjälarna bakom projektet.

Ett annat exempel, värt att uppmärksamma, är den pensionärsförening i Skövde som tagit initiativ till "Pensionärsstiftelsen Billingen".

Ovannämnda exempel har redan fått efterföljare.

Samtidigt har emellertid pågått en utveckling där många mindre enskilda sjuk- och vårdhem har lagts ned utifrån principen om avinstitutionalisering. Vi anser att detta är fel. Det är högst oansvarigt av kommuner och landsting att försaka att små, väl fungerande enskilda sjuk- och vårdhem tvingas upphöra, samtidigt som behovet av vård och omsorg är ökande. De enskilda sjukhemmen bör stimuleras till, inte hindras från, att alltmer ägna sig åt sjukhemsvården. Ytterligare enskilda alternativ bör tillkomma.

Vi anser att regeringen skall ta erforderliga initiativ för att ta till vara den personella, organisatoriska och fysiska resurs som enskilda alternativ representerar. Detta kan ske i samarbete med de enskilda vårdhemmens intresseorganisationer samt landstings- och kommunförbunden.

Sjukhem

Även om en god dag- och hemsjukvård kan ge många möjlighet att bo hemma och även med väl fungerande ålderdomshem kommer ändå behovet av långvård i någon form att finnas kvar. Denna vårdform behöver dock förändras och förbättras. Patienterna måste erbjudas en mer hemliknande miljö, främst genom mindre sjukhem med god omvårdnad och bra behandling och utan den institutionsprägel som stora långvårdskliniker eller sjukhus har.

Patienterna måste få välja mellan eget rum eller att bo tillsammans med andra. Eget rum är inte det bästa för alla. Ensamhet kan vara mycket påfrestande. Att timme efter timme, dygn efter dygn ligga med stängd dörr, som

endast öppnas för snabba aktiviteter från personalens sida, kan bli outhärdligt.

Mot. 1989/90
So201

Patienternas människovärde måste värnas. Detta innebär också att patienterna skall ha rätt till normala rutiner.

I små hemliknande sjukhem kan miljön utformas så att hänsyn tas till de särskilda behov och förutsättningar som de boende har. Som exempel kan nämnas färgsättningen. När ögat blir sämre behövs starkare färger. Sådant behöver uppmärksammas vid inredningsval, köp av textilier m.m. De äldre skall ha utrymmen för egna möbler, tavlor och andra kära ägodelar i sitt rum. Korridorerna och andra utrymmen skall möbleras och utformas så att hemmaprägelns styrks.

Undanröj hinder

Några givna patentlösningar för hur vi skall lösa den kris som äldrevården i dag befinner sig i och hur morgondagens vård skall utformas finns inte, men vi vill ändå peka på några tänkbara åtgärder.

- * största möjliga stöd till dem som själva vill vårda sina gamla hemma skulle avlasta institutionsvården
- * mindre vårdenheter så nära de gamlas bostad som möjligt skulle ge en mera personlig vård och det skulle vara lättare för anhöriga att komma på besök
- * att inrätta en svensk motsvarighet till de danska plejehjemen, förslagsvis kallad "servicehem", skulle ge större trygghet för många. De skulle kunna vårdas i en mera hemliknande miljö och yngre vårdbehövande skulle kunna få en mera adekvat vård.

Servicehusen kan utvecklas vidare genom att dagens funktioner i form av långvårdsklinik, gruppboende, ålderdomshem och rehabilitering samlas under samma tak. Den som flyttar sitt hem till servicehuset och är frisk får stanna i sitt "hem" också när vederbörande blir sjuk. Detta kan åstadkommas genom att servicehuset kompletteras med inbyggda sjukvårdsresurser. I servicehuset skall man kunna erbjuda en gammal människa en bostad – ett eget hem – där hon har möjlighet att stanna livet ut. Det har stor betydelse för de anhöriga att kunna fortsätta besöken i ett hem som hålls intakt. Med en sådan inriktning av den praktiska politiken torde det vara möjligt att nå den självklara målsättningen, att ge våra gamla *ett eget hem i äldrevården*.

Sjukhusvården

En väl fungerande sjukvård är en förutsättning för att målsättningen inom äldreomsorgen skall kunna uppnås. Kraven på sjukvården kommer att öka även om svenska pensionärer blir friskare. För närvarande finns i vårt land ca 300 000 invånare som är 80 år eller äldre och denna åldersgrupp kommer att öka med över 100 000 personer under de närmaste åren. Kraven på hem-sjukvården kommer att öka. Samma sak gäller sjukhusvården.

Var tredje ålderspensionär blir någon gång under ett kalenderår intagen för akutvård. En tredjedel av Sveriges 80-åringar och äldre vistas i någon form av institution, en tredjedel av dessa vårdas på sjukhem. Livslängden för

de äldre har ökat med flera år det senaste decenniet. Den slutna somatiska akutsjukvården är ett av samhällets viktigaste stöd för att äldre skall kunna fortsätta att bo hemma så länge som möjligt. Antalet akutvårdsplatser får inte fortsätta att minska om detta går ut över de äldres behov av sjukvård. Denna utveckling måste bromsas. Enda möjligheten att klara framtidens vårdbehov för de äldre är att släppa in privata alternativ.

En humanare demensvård

Antalet 80-åringar och äldre kommer att öka med ca 40 procent i Sverige fram till år 2000. Samtidigt kommer antalet ungdomar i 15–20-årsåldern att minska med 20 procent. Detta kommer att ställa stora krav på utformningen och personalförsörjningen till äldrevården, i all synnerhet som konkurrensen om ungdomarna blir allt hårdare. En 80-åring har ett vårdbehov som är 16–20 gånger större än en 60-åring.

Många vårdbehövande äldre har drabbats av demenssjukdomar. Oavsett om grundorsaken är Alzheimers sjukdom eller multiinfarktsjukdom är möjligheterna till effektiv bot ytterst begränsade. Det är angeläget att utveckla det friska i stället för att främst behandla det sjuka hos dessa människor. De bör vistas i en stabil miljö, utan omflyttningar. De behöver mer än andra kontinuitet i vården och en fast vårdpersonal. De lämpar sig inte för stora institutioner utan får effektivare vård och stöd i smågrupper.

Ansvar för inrättandet av gruppboende avilar i dag kommunerna. Huvudmännens ambitioner att bygga ut denna boende- och vårdform är naturligtvis beroende av de ekonomiska resurser som de förfogar över. Staten bidrar till olika boendeformer för service och omvårdnad genom t.ex. statsbidrag till social hemhjälp, kommunalt bostadstillägg och räntestöd vid ny- och ombyggnad. En särskild satsning på gruppboende för dementa är så angelägen att staten under ett utvecklingsskede bör ekonomiskt stödja den nödvändiga utbyggnaden av verksamheten. Ett uttalande med denna innebörd (1989/90:SoU12) har riksdagen numera gjort. De hinder som finns i bostadslåneförordningen liksom de stelbenta standardkraven måste därvid snarast undanröjas. Kommunerna måste ges frihet att kunna utforma sina egna lösningar, med flexibilitet och anpassning till olika lokala förhållanden och förutsättningar.

Äldreberedningen var enhällig om att huvudmannskapet för gruppboende i sin helhet skulle bäras av primärkommunerna.

Vi anser att regeringen snarast skall förelägga riksdagen förslag om enhetligt primärkommunalt huvudmannskap för gruppboende för äldre.

Alzheimers sjukdom

Sjukliga vävnadsrubbingar som upptäcktes och analyserades i slutet av 1800-talet och i början av 1900-talet av Alois Alzheimer och som rörde förändringar i nervcellerna och deras utskott har lett till att vetenskapen nu anser sig kunna konstatera att det är fråga om en ny sjukdom kännetecknad av tilltagande intellektuell avtrubning och vars sjukdomssymptom kan inträda före 65-årsåldern, ja redan i 40-årsåldern och undantagsvis ännu tidigare. Begreppet "presenil demens" har präglats som beteckning på denna nya

form av åldersförändringar. Sedermera har andra liknande sjukdomar tillhörande kategorin "presenil" kunnat konstateras.

Mot. 1989/90
So201

Begreppet demenssjukdom är det medicinskt vedertagna och kommer därför att användas här trots att det för lekmän ofta anses ha en mer nedsättande innebörd än ordet "alderssjukdom". Den vanligaste av dessa sjukdomar är utan gensägelse Alzheimers sjukdom. Den drabbar mellan fem och tio procent av äldre över 65 år. Antalet Alzheimerssjuka i Sverige uppskattas i dag till 40 000. Till en början ansågs nämnda sjukdom omfatta uteslutande åldrar under 65 år men under 1970-talet bedömdes samma sjukdomsbild känneteckna äldre även över 65-årsgränsen. Därefter – och främst på 1980-talet framför allt till följd av den biokemiska forskningens landvinningar – har vissa forskare åter velat betrakta den tidiga och den sena formen av Alzheimerssjukan som olika sjukdomar, ehuru med många gemensamma drag. Man brukar tala om "demens av Alzheimertyp". Numera föreligger dock allmän enighet om att det råder klara gränser mellan det "normala" åldrandets psykiska och fysiska personförändringar och de som har sin grund i Alzheimers sjukdom och andra ålderssjukdomar.

Behov av kunskaper och forskning

En stor del av Sveriges befolkning över 65 år har en demenssjukdom med svåra handikapp. Till detta kommer ett okänt antal med lätta-medelsvåra demenstillstånd. Antalet sjuka stiger kontinuerligt under den närmaste 20-årsperioden, huvudsakligen beroende på den ökade medellivslängden.

Det finns många skäl att satsa ökade utredningsresurser på demenssjukdomarna. Vid en noggrann medicinsk utredning kan ofta kroppsliga och psykiska sjukdomar påvisas som förklaring till patientens demensliknande sjukdomsbild. Dessutom kan vissa av dessa sjukdomar behandlas med gott resultat. Genom utredningen kan dessutom den sjuke och anhöriga få en tillförlitlig information om sjukdomen, och om de möjligheter som finns att få behandling och ekonomisk och praktisk hjälp.

Dagsläget

Kunskap om ålderssjukdomar finns i första hand inom psykiatri, neurologi och geriatriken. Det finns ingen medicinsk disciplin som officiellt har ett samlat ansvar, utan ansvaret för utredning och vård av dementa har på lösa grunder på många håll flyttats från psykiatri till geriatriken, d.v.s. till en resurssvag specialitet, och med få undantag (bl.a. Västerbotten) har resurserna inte följt med patienten. De nuvarande specialiteterna behöver i stället ökade resurser. Utredning om vård av dementa är krävande och förutsätter kvalificerad personal. Det är nödvändigt att i varje län ha tillgång till en särskilt ansvarig utredningsavdelning med resurser inom röntgen- och neurofysiologiområdet. På vissa håll i landet ligger utredningsansvaret kvar inom psykiatri (bl.a. Lund). Genom att primärvården får ett allt större ansvar för sjukhemsvården ligger även där ett stort vårdansvar.

Det säger sig självt att den allvarliga situation som vi här beskrivit måste få konsekvenser såväl för den medicinska forskningens inriktning som ut-

formningen av det allmännas vårdinsatser samt också för den information och det stöd som det allmänna måste vara berett att ge anhöriga till närstående som drabbas av demenssjukdomar.

Mot. 1989/90
So201

Krav på ökade forskningsresurser

I en moderat motion till riksmötet 1987/88 (Mot 1987/88:So 477) redovisades en del av det forsknings- och utvecklingsarbete som bedrivs i vårt land rörande ifrågasvarande sjukdomar, bl.a. i Lund, Göteborg och Umeå. Sedan dess har forskningen ytterligare intensifierats inom ramen för de resurser som stått till förfogande. Dessa är dock klart otillräckliga och mycket återstår innan forskningen har de möjligheter som sjukdomarnas omfattning och svårighetsgrad kräver. I förhållande till annan medicinsk forskning är detta område klart åsidosatt. Det är desto mera angeläget att en ändring snart kommer till stånd som vissa nya forskningsrön tyder på framsteg både i diagnostiskt hänseende och i fråga om möjligheterna att finna adekvata botemedel. Vissa forskare vågar rent av göra gällande att det inom ett tiotal år bör vara möjligt att nå sådana framsteg att ålderssjukdomarnas problem står inför sin lösning.

Erfarenheter från bl.a. USA och Italien visar att framgångsrik forskning kräver dels ett tillräckligt stort underlag av ålderssjuka, dels brett upplagda forskningsresurser. I dag finns i Sverige sådana resurser blott inom speciella "Alzheimercentra" där såväl klinisk som preklinisk forskning kan bedrivas. I Lund har den psykiatriska sjukvården under ledning av docent Lars Gustafsson avdelat betydande resurser för diagnostik och akutsjukvård för äldre. En metod för mätning av hjärnans regionala blodflöde har förbättrat diagnostiken av demenssjukdomar och gjort det möjligt att skilja dessa från falsk demens orsakad av t.ex. depressionstillstånd hos äldre.

Den psykiogeriatriska kliniken i Lund har ett övergripande ansvar för diagnostik, behandling och vårdutveckling avseende demenssjukdomar. Särskilda öppenvårds-team bestående av läkare, sjuksköterska, psykolog och kurator samarbetar med distriktssjukvård och socialtjänst. En professur i geriatrisk psykiatri har inrättats. De nuvarande resurserna behöver emellertid kompletteras med en professur i neuropsykologi med inriktning på neuropsykologiska och neurofysiologiska metoder för tidigdiagnostik av demenssjukdomar.

Karolinska institutet har genom en nysatsning mot neurogeriatrisk forskning inrättat institutionen för geriatrik, placerad vid Huddinge sjukhus. Institutionen har tilldelats två professurer, dels en klinisk tjänst i långvårdsmedicin/geriatrik, dels en professur riktad mot basal geriatrisk forskning.

Enligt vår mening bör vid varje regionsjukhus finnas regionala centra för diagnostik, behandling, vårdutveckling, forskning och undervisning med inriktning på demenssjukdomar. Dessa centra skall tillförsäkras resurser inom psykiatri, neurologi, geriatrik och neuropsykologi samt diagnostiska resurser inom röntgen och neurofysiologi.

Samtliga universitetssjukhus måste dessutom ges resurser för undervisning och forskning rörande demenssjukdomar och psykiska sjukdomar hos äldre. Befolkningsutvecklingen motiverar särskilda professurer i geriatrisk psykiatri vid dessa sjukhus.

Då det gäller vården av de sjuka måste en kedja skapas av differentierade möjligheter anpassade till sjukdomarnas förlopp samt de anhörigas och sjukas villkor och förutsättningar. När den medicinska vetenskapen nu anser sig vara på det klara med att det verkligen är fråga om sjukdomstillstånd och inte om "normala" åldersförändringar kan ett välfärdssamhälle värt namnet inte rimligen slå sig till ro. Då kan av humanitära och sociala skäl med fog resas anspråk på att nödvändiga ytterligare inte bara forsknings- utan också vårdresurser tillskapas.

Detta har inte bara medmänskliga och självklara etiska aspekter. Även av privat- och samhällsekonomiska skäl är det betydelsefullt att inte blott hejda ett sjukdomsförlopp som innebär att människor i förtid tvingas bryta kontakten med sitt aktiva liv utan också att ge dem som drabbas bästa möjliga livsuppehållande vård.

Som redan sagts kännetecknas främst Alzheimers sjukdom av ett fortlöpande och allt mer svårartat förlopp från de första knappt märkbara tecknen på försvagning av den mänskliga personligheten till nedbrytning och total hjälplöshet. Just denna, än så länge i stort sett självverkande, och medicinskt svärpåverkbara process måste styra vårdpolitikens uppbyggnad och inriktning.

Under sjukdomens första stadier är vård av den sjuke i hemmet och helst av egna anhöriga den bästa och för den sjuke och dennes familj självklara vårdformen. Just den normala vardagliga kontakten mellan den sjuke och dennes närmaste samt att vanliga rutiner kan upprätthållas så länge som möjligt utgör en psykisk stimulans för den sjuke som kan vara ägnad att fördröja sjukdomens utveckling. Den invanda miljön underlättar den sjukens orientering och ökar dennes trygghet.

Om anhöriga saknas eller inte orkar med sitt vårdarbete bör hemsjukvård och dag(sjuk)vård i första hand utnyttjas. Den sjuke bör dessutom ges hjälp genom hemtjänst – kommunal eller enskild – med mat, hygien och städning.

Nästa steg i vårdkedjan kan vara avlastnings- och växelvårdplatser på geriatrika eller psykogeriatriska vårdavdelningar eller lokala sjukhem. Den sjuke kan vistas några veckor i sitt hem och några veckor på vårdavdelning. Sådan vård kan ge både stimulans åt den sjuke och behövlig avkoppling åt anhöriga. Det är viktigt att den berörda personalen får en adekvat utbildning och att vårdavdelningen är liten och kan erbjuda en hemliknande miljö.

Institutionsanknuten hemsjukvård utgör en utveckling av växelvården och innebär att personalen vid en geriatrisk avdelning ansvarar för den sjuke även när denne befinner sig i sitt hem. Detta kan vidareutvecklas med särskilda öppenvårdsteam som besöker patienterna i hemmet eller på vårdinrättningen och ger stöd och råd till anhöriga och sjuka.

För lindrigt sjuka – det vill säga i början av ett sjukdomsförlopp – utgör ålderdomshem eller servicehus med helinackordering en mellanvårdsform som buffert till senare institutionsvård.

Dagsjukvård för demenssjuka i kommunens eller enskildas regi är ett angeläget vårdalternativ. Härigenom kan även relativt svårt demenssjuka individer bo kvar hemma där omständigheterna i övrigt så tillåter. Dagsjukvård

den erbjuder aktivering och social gemenskap samt avlastning och stöd till anhöriga samt möjlighet för dem att sköta egna angelägenheter. Vårdalternativet kräver självfallet lämplig och välutbildad personal.

Tyvärr har i debatten institutionsvårdens intresserade, välutbildade men ofta slitna personal alltför litet uppmärksammats och uppskattats. En förändring av institutionsvården genom övergång till mindre vårdenheter och hemliknande miljö är nödvändig för att behålla och nyrekrytera personal till denna vårdsektor. Ett bättre alternativ är gruppboende för demenssjuka. Det innebär att en mindre grupp sjuka (sex till åtta patienter) vårdas under hemlika former i ett slags boendekollektiv. De får möjlighet att själva deltaga i arbetet och får därmed, samt genom samvaron med andra, stimulans och uppmuntran.

Eftersom något effektivt botemedel ännu icke torde stå till förfogande för patienter med åldersdemens går sjukdomsförloppet – som redan sagts – nära nog obevekligt mot en försämring. Som vi också påvisat bör dock alla stimulationsmöjligheter och trygghetsaspekter i det längsta beaktas samt vården steg för steg anpassas därtill. Först i det allra sista helt hjälplösa skedet måste något slags institutionsvård i egentlig bemärkelse komma till stånd.

Det är angeläget att hälso- och sjukvården anpassas bättre till behoven hos dem som drabbas av en demenssjukdom. Vården måste bli mer differentierad. De demenssjuka måste så länge som möjligt kunna bo kvar och vårdas i sitt eget hem. Detta förutsätter en god samplanering av den vård som ges av den egna familjen och av andra vårdgivare. För många demenssjuka är dagsjukvård kombinerad med eget boende ett gott alternativ. Det är därför angeläget med en satsning på dagvård för åldersdementa. Ett rimligt mål bör vara att alla dementa skall kunna erbjudas plats i dagvård inom en tioårsperiod.

Behovet av information

Vad här sagts understryker vikten av att de anhöriga i ett tidigt skede kan få allsidig information och råd om sjukdomen och om de vårdmöjligheter som står till förfogande och vad som är bäst för den sjuke. Såvitt vi kan finna är bristerna i just detta hänseende på sina håll obestridliga. De anhöriga står rådvilla och hjälplösa och deras redan förut bekymmersamma situation blir lätt förtvivlad. På många håll tycks till och med läkare och vårdpersonal vara mindre väl orienterade om vilka möjligheter som står till buds och vilka råd som skall ges den sjukas anhöriga. Dagens svenska sjukvård är med andra ord inte anpassad till de svårigheter och behov som möter den växande skaran av demenssjuka. I det hänseendet har socialstyrelsen ett särskilt ansvar.

Vårdgaranti till alla

Den sjukvårdsdebatt som på moderat initiativ anordnades i riksdagen våren 1987 föranleddes av de nu allt mer uppenbara bristerna i den offentliga svenska sjukvården.

Långa operations- och vårdköer kan inte accepteras, allra minst när patienterna riskerar hälsan eller livet i väntan på vård. Men detta är ingen

ovanlighet. Vidare finns åtskilliga exempel på att vården av äldre människor får stå tillbaka, vilket strider mot hälso- och sjukvårdslagen.

I mycket beror sjukvårdens otillräcklighet på centralstyrning, stordrifts-tänkande, byråkrati, prestige, dålig organisation och brist på flexibilitet. Den politiska styrningen av sjukvården är för stark. Patienternas önskemål, den medicinska kompetensen och de enskilda initiativen ges inte ett tillräckligt utrymme. Vi har i annat sammanhang upprepat vårt förslag att det s.k. Dagmar-systemet (för ersättningar från sjukvårdsförsäkringen) skall avskaffas, eftersom det inskränker patienternas möjligheter att fritt välja läkare och sjukgymnast.

Vi har också föreslagit en väsentlig förbättring för patienterna genom en allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring som ger patienterna valfrihet utan att öka den enskildes kostnader.

Dessa synpunkter utvecklas mera utförligt i vår partimotion om hälso- och sjukvård.

Ett samlat kommunalt ansvar

Huvudmannaskapet för äldrevården och äldreomsorgen är i dag delat mellan landstingen och kommunerna. Gränsdragningarna är svåra i fråga om vad som skall hänföras till sjukvård eller till äldreomsorg. Många gamla har hamnat "mellan stolarna" i huvudmannaskapstvister. Detta är oacceptabelt. JO har också påtalat detta problem. Nuvarande uppdelning mellan kommuner och landsting försvårar utvecklingen. Ett exempel är trögheten att ordna med ett angeläget gruppboende för de äldersdementa.

Dagens gränsdragningar mellan primärkommunernas och landstingens uppgifter i äldrevården skapar onödiga problem. Många människor far illa medan kommun och landsting diskuterar vem som ansvarar för vad. Men problemen är stora också när ansvaret är klart: Äldre tvingas vänta på behandling. Svårt sjuka får inte vård i tid. Äldre får inte välja ålderdomshem eller sjukhem, utan måste hålla tillgodo med den vård och service som det offentliga erbjuder. Anställda känner sig maktlösa i stora organisationer, där beslutsvägarna är långa mellan den enskilda arbetsplatsen och de politiska beslutande församlingarna. Nya idéer har svårt att tränga igenom.

Samtidigt med att problemen ökar fortsätter skattetrycket att stiga. Det är en dubbelsocial nedrustning när det offentliga inte klarar problemen, samtidigt som hushållens ekonomi undergrävs så att de saknar möjligheter att lösa problemen på annat sätt. Endast det lilla fåtal som har mycket god ekonomi har någon reell valfrihet.

För att en förändring skall innebära en rejäl förbättring för de enskilda måste den uppfylla flera viktiga krav. Det får inte bara bli så att verksamheter flyttas från en stor organisation till en annan.

Det är de äldres och de sjukas villkor som skall forma vården och omsorgen. Det ligger en stor trygghet i att kunna utöva ett eget val. För att det skall bli möjligt krävs en ändrad syn på vad som ligger i begreppet *huvudmannaskap*. I dag betyder det att landstinget och kommunen finansierar och i egen regi producerar vård eller omsorg. Vi menar att det i stället skall ses som ett yttersta ansvar för att alla har tillgång till nödvändig vård eller om-

sorg, men att verksamheten skall kunna bedrivas av många olika vårdgivare på lika villkor. Ett huvudmannaskap utformat enligt dessa principer för äldreården och äldreomsorgen kan sammanföras och ligga hos primärkommunerna. Då tas alla goda krafter tillvara genom att enskild och offentlig verksamhet kan verka på samma villkor.

Mångfald ger kvalitet genom att det blir de enskildas önskemål som styr. För att mångfalden ska kunna utvecklas krävs att också finansieringen ändras i enlighet med vad moderata samlingspartiet förespråkar. En allmän och obligatorisk sjukvårdsförsäkring ger en bättre vård, genom att patienten kan välja vårdgivare och att resurserna följer patientens val. Sjukvårdsförsäringen ska omfatta alla, även pensionärer, och innebära ett solidariskt betalningsansvar. Också valfriheten i den sociala servicen kan garanteras med ett liknande system. Finansieringen förblir gemensam men valet den enskildes.

Det är också en allvarlig brist att ett förslag som innebär att huvudmannaskapet för primärvården enligt vår definition överförs till primärkommunerna inte har kunnat utredas i samband med äldredelegationens arbete.

Många har påpekat att äldredelegationens majoritetsförslag leder till nya gränsdragningsproblem. Äldredelegationens majoritetsförslag garanterar inte heller vård i tid eller rätten att välja. I det förslaget är synen på huvudmannaskapet och finansieringen densamma som i dag. Inte minst i Kommunförbundets yttrande förekommer många exempel på problembeskrivningar som är en följd av otillräckliga förändringar inom dagens monopolsystem. Med våra förslag skulle dessa problem kunna undvikas.

Också för de psykiskt utvecklingsstörda innebär det delade huvudmannaskapet nackdelar. Precis som för de äldre ger ett klarare ansvar bättre möjlighet till god service.

Det ansvar som på detta sätt bör övergå från landstingen till kommunerna måste givetvis också påverka hur de ekonomiska resurserna fördelas. Löningarna måste kunna varieras från landsting till landsting, kommun till kommun. Skatteväxling måste förutsättas. Landstingen kan inte behålla resurser för verksamheter som förs över till kommunerna, utan måste sänka sitt skatteuttag. Kommunerna får själva avgöra i vilken mån de nya uppgifterna kräver utökade resurser.

Beskattningen måste mildras

Hemvårdsbidrag till närstående vårdare – det gäller främst pensionärer – kan numera i vissa fall bli skattefri. Det gäller närstående personer som är gifta eller samboende med den vårdbehövande. I övriga fall beskattas närståendevårdaren för den ersättning som denne uppbär av den vårdbehövande för de tjänster som utförts, även om ersättningen som sådan är skattefri för mottagaren i första ledet, dvs. den vårdbehövande.

Även om rättsläget enligt riksskatteverkets uppfattning är oklart i fråga om beskattningen av utgående hemvårdsbidrag förefaller tillämpningen vara densamma som den som kommunalskattelagen ger utrymme för i fråga om hemsjukvårdsbidrag.

Genom det senaste riksdagsbeslutet (enligt prop. 1987/88:176) borde det stå helt klart att även hemvårdsbidrag – och inte enbart hemsjukvårdsbi-

drag – blir skattefria när de utbetalas till den vårdbehövande. Fullständig klarhet bör emellertid skapas genom en enkel komplettering av kommunal-skattelagen.

Att en vårdbehövande mot skälig ersättning skall kunna få hjälp av exempelvis en pensionerad granne är bra. Det nyss nämnda riksdagsbeslutet lanserar en god tanke. I praktiken kommer den emellertid inte att leda till önskat resultat. De orimliga margineffekter som pensionärernas extrainkomster drabbas av i form av skatteskärpning och minskade bidrag, även vid måttliga inkomster och "förmögenheter", hämmar intresset för många att vara en hjälpende hand. Av den erbjudna ersättningen blir det med gällande skatte- och bidragsregler knappast någonting över.

Vi har i tidigare sammanhang föreslagit särskilda åtgärder för att minska margineffekterna för pensionärerna. Det är därför glädjande att regeringen nu ställer upp på våra krav på att det extra avdraget vid beskattningen inte skall trappas av för pensionärer som förvärvsarbetar. Motsvarande reform har tidigare – på vårt förslag – genomförts vad gäller det kommunala bostadsbidraget.

Genom sitt val av vård styr patienten vart resurserna går. Enskild serviceverksamhet måste få samma rätt till bidrag som inrättningar i kommunal regi. Inkomstrelaterade taxor skall i princip inte förekomma.

Det faktum att en människa blivit pensionär innebär inte att han eller hon blivit arbetsoförmögen. Tvärtom utgör pensionärerna många gånger samhällets mest erfarna, mest välutbildade och rutinerade arbetskraft, var och en inom sitt område. Intjänad pension är en sak. Möjligheten att få göra nytta mot rimlig betalning även efter uppnådd pensionsålder en annan.

Det måste löna sig att arbeta – även för den som är pensionär. Det bör övervägas att införa skattelättnader/skattefrihet för den pensionär som åtar sig att fullgöra vissa uppgifter inom äldreomsorgen. Under alla förhållanden bör många pensionärer kunna åta sig avlönade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen till glädje för alla berörda parter.

Det bör ankomma på regeringen att göra närmare överväganden och avge förslag i dessa frågor.

Personalen – den viktigaste resursen

Vårdarbete ställer stora krav på personalen. Inom få arbetsområden kommer man människor så nära. Arbetet sliter emellertid såväl psykiskt som fysiskt.

Personalbristen inom vårdsektorn, inte minst inom den tungarbetade långvården, är svårhanterlig och allvarlig på många håll i vårt land, framför allt i storstadsregionerna. Vårdsektorn har med sitt löneläge fått det allt svårare att konkurrera med främst det enskilda näringslivet. De stela lönestruk-

turen måste mjukas upp och anpassas till marknadens krav. Det är viktigare att lyfta upp hela lönenivån än att nyanställa ytterligare personal för att klara omsättningen.

För att öka ungdomars intresse av att arbeta inom hemvården bör man sträva efter att:

- * minska personalomsättningen,
- * höja tjänstgöringsgraden,
- * minska arbetsskadefrekvensen.

Dessutom fordras åtgärder som rör arbetsmiljön och som syftar till att utveckla hemtjänsten i sin helhet.

Det kan gälla frågor om:

- * bostädernas utrustningsstandard,
- * tillgången till tekniska hjälpmedel,
- * tillgången till arbetsredskap,
- * "ryggskola" – gymnastik på arbetstid,

men också om:

- * möjligheterna att utvecklas i arbetet,
- * att ha utrymme för egna initiativ,
- * att få ta eget ansvar,
- * en definierad yrkesroll,
- * möjligheterna till samverkan med andra.

Att sådana krav tillgodoses är förmodligen minst lika viktigt för yrkets attraktionskraft som lönenivå.

Det kommer likväl på sikt att bli personalbrist med hänsyn till åldersutvecklingen. Det är angeläget att ansvariga huvudmän redovisar analyser av personalbehovet på längre sikt, från 1990–2010 till att börja med. Vad behöver vi, vad har vi brist på och hur skall arbetsmarknads-, invandrings- och utbildningspolitik formas för att vårdsektorn skall kunna få den kvalificerade arbetskraft som måste finnas? Det är ingen nyhet att antalet personer över 70 år ökar mycket snabbare än befolkningen i sin helhet. Och ökningen för dem som är över 90 år är starkast. Frågan är: hur måste arbetsförhållanden och löneläge förändras för att äldreomsorgen på 90-talet och framåt skall kunna bemannas med kvalificerad personal?

De som arbetar inom äldreården skulle tjäna på mångfald och flexibilitet. För dem som valt att arbeta inom den viktiga vårdsektorn är möjligheten till val av arbetsgivare nu mycket begränsad. Bl.a. innebär detta en hämsko för utvecklingen av nya arbetsmetoder. Större möjligheter att byta arbetsplats och att omsätta och utveckla egna idéer i fråga om vård och omsorg skulle göra vårdrkena mer attraktiva, vilket med tanke på rekryteringsproblemen är nödvändigt. För personalen är det viktigt med flera alternativa arbetsgivare. Det betyder mycket för vårdrkenas status, vilket också leder till att hög personalomsättning och sjukfrånvaro kan bringas ner.

Äldreomsorgen står och faller med hemtjänsten. Det kan därför inte nog framhållas att yrket som hemvårdare är viktigt och borde tillerkännas högre

status. Arbetet i hemtjänsten måste bli ett eftertraktat yrke. Arbetet ställer betydande krav, inte minst fysiskt och psykiskt, och lönen måste bli anpassad därefter.

Mot. 1989/90
So201

Utbildning

Utbildningen behöver förbättras. Detta gäller inte minst ergonomi, psykologi, kost- och konsumentkunskap. En utbildning liknande den som ges vid hushållsskolorna och lanthushållsskolorna skulle kunna vara lämplig. Inom lanthushållsskolorna finns ett kursutbud som skulle vara lämplig fortbildning för dem som i dag finns inom hemtjänsten.

Det har rätt stora rekryteringsproblem till vårdutbildningarna över huvudet taget, men särskilt till sociala servicelinjen. Glädjande nog har nu antalet sökande till sjuksköterskeutbildningarna ökat på sina håll. Den gemensamma tre-åriga utbildningen för vård- och servicelinjerna inom vårdgymnasiet har visat sig locka kunniga och intresserade sökande.

Det är viktigt att denna utbildningslinje fortsätter och att såväl rekryteringsbehov som antagningskrav noga uppmärksammas.

Kvaliteten i utbildningen är mycket viktig inom ett område där yrkesutövarna kommer att svara för vård, omvårdnad och service till äldre, sjuka, barn och handikappade i hemmen.

Såväl vad gäller vårdlinjen som sociala servicelinjen vill vi åter framföra tanken på lämplighetsbedömning. En återgång till någon form av provelevtid, som förekom i tidigare vårdutbildning, bör övervägas. Ett annat alternativ vore att införa en yrkesinriktad arbetspraktik som förkunskapskrav. Även genomgångna specialkurser på gymnasiet bör kunna tillgodoräknas i detta sammanhang. Att ställa ökade krav har visat sig göra värddyrkena mer attraktiva och kan höja deras status.

En ytterligare neddragning av kvalitetskraven vore från vårdsynpunkt nära nog katastrofal. Alla ansträngningar bör vidtas för att upprätthålla kvaliteten i utbildningen och öka rekryteringen till ett yrkesområde som vidgas i takt med att antalet äldre ökar, samtidigt som kommuner och landsting satsar allt mer på vård och service i hemmen.

Formella yrkanden med anledning av vad vi här anfört om vårddyrkesutbildningen i allmänhet och utbildningen av personal som skall verka inom hemtjänsten i synnerhet läggs i vår motion angående utbildningen inom hälso- och sjukvård.

Hemställen

Med hänvisning till det anförda hemställs

1. att riksdagen beslutar godkänna de riktlinjer som angetts i motionen för utvecklingen av vården och omsorgen om de äldre,
2. att riksdagen hos regeringen begär förslag syftande till att alternativ äldreomsorg och äldreomsorg som uppfyller rimliga kvalitetskrav ges rätt till samma stöd från det allmänna som motsvarande offentligt bedrivna verksamhet,
3. att riksdagen beslutar om sådana ändringar i socialtjänstlagen

och hälso- och sjukvårdslagen att den enskildes valfrihet stärks i enlighet med vad i motionen anförts,

4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om nödvändigheten av valfrihet och flexibilitet i hemtjänsten,

5. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att institutionsplatser inte får avvecklas snabbare än att hemvården – både social hemhjälp (hemtjänst) och hemsjukvård – hinner byggas ut,

6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att en fortsatt nedläggning av enskilda sjuk- och vårdhem bör bringas att upphöra och den personella och fysiska resurs som enskild dag- och sjukvårdshemsverksamhet representerar tillvaratas,

7. att riksdagen hos regeringen begär förslag om enhetligt primärkommunalt huvudmannaskap för gruppbofasta för äldre,

8. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av länsvisa, för diagnostik och utredning av ålderssjukdomar och demensliknande tillstånd ansvariga utredningsavdelningar,

9. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av en professur i Lund i neuropsykologi med inriktning på tidig diagnostik av ålderssjukdomar och utveckling av neurofysiologiska metoder,

10. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om behovet av regionala centra för forskning och behandlingsutveckling inom neurogeriatriken,

11. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen i övrigt anförts om behovet av ökade forskningsinsatser i fråga om demenssjukdomar och demensliknande tillstånd,

12. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om nödvändigheten av att den svenska hälso- och sjukvårdspolitiken bättre anpassas till de ålderssjukas behov,

13. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om taxor för social hemhjälp,

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om införandet av en generell skattefrihet för hemsjukvårds- och hemvårdsbidrag för pensionärer ¹].

Stockholm den 12 januari 1990

Mot. 1989/90

So201

Sten Svensson (m)

Gullan Lindblad (m)

Charlotte Cederschiöld (m)

Ingvar Eriksson (m)

Margit Gennser (m)

Ingrid Hemmingsson (m)

Bertil Persson (m)

Per Stenmarck (m)

Ingegerd Troedsson (m)

Görel Bohlin (m)

Hans Dau (m)

Karin Falkmer (m)

Ann-Cathrine Haglund (m)

Ing-Britt Nygren (m)

Mona Saint Cyr (m)

Karl-Gösta Svenson (m)

Göran Åstrand (m)

¹⁾ 1989/90:Sk308