

ÅLDRIKSVÅRDEN OCH HUVUDMANNASKAPET

Av direktör JOHN MAGNUS LINDBERG

Då åldringsvårdsfrågan diskuterats har frågan om huvudmannaskapet intagit en central roll i diskussionen. I regel har man stannat vid att framhålla vikten och angelägenheten av att ett intimt samarbete etableras mellan primärkommunernas socialvårdsmyndigheter och huvudmännen för den öppna och slutna sjukvården. Man har därvid främst pekat på att ett rationellt och riktigt utnyttjande av de tillgängliga resurserna förutsätter ett sådant samarbete. Frånvaron av mera konkreta förslag i frågan om huvudmannaskapet får främst tillskrivas ett målmedvetet fasthållande vid principen om det kommunala självstyret. Det synes emellertid realistiskt att utvecklingen mot storkommuner med dess krav på en centralisering av den kommunala förvaltningen också medför "stordrift" inom övriga kommunala verksamhetsgrenar. Många skäl talar för att åldringsvården i detta begrepps trängre bemärkelse — d. v. s. med betoning på begreppet vård — är ett av de områden där ett strängt fasthållande vid principen om den kommunala självbestämmanderätten kanske måste träda tillbaka för att inte den enskilde individens rätt

till en tillfredsställande vård skall trädas för när.

Det aktuella vårdläget ger anledning till mycket allvarliga farhågor beträffande den enskildes möjlighet att erhålla en tillfredsställande vård. Mest accentuerat är detta förhållande inom långtidssjukvården, men även ålderdomshemmen, akutsjukvården samt mentalsjukvården uppvisar alla stora brister då det gäller åldringsvården.

Långtidssjukvården.

En påtaglig eftersläpning i förhållande till de aktuella vårdbehoven föreligger främst inom långtidssjukvården och inom mentalsjukvården. Mot en aktuell tillgång på totalt ca 15.500 vårdplatser för långvarigt kroppssjuka på institutioner drivna av landstingen och de landstingsfria städerna svarar ett behov på ca 34.000 vårdplatser enligt Läkarprognosens beräkningar. Det föreligger med andra ord f. n. ett underskott på vårdplatser inom långtidssjukvården, som uppgår till i det närmaste 20.000 platser. Det bör särskilt understrykas att den beräkningsgrund som Läkarprognosutredningen använt sig av och som legat till grund för ovannäm-

da beräkning av vårdplatsbehovet i skilda sammanhang ansetts svara mot ett minimibehov. Skulle samtliga långtidssjuka åldringar beredas plats inom den offentliga långtidssjukvården skulle man enligt föreliggande utredningar behöva räkna med ett totalt vårdplatsantal på mellan 40.000 och 45.000 platser.

Mentalsjukvården.

Även inom mentalsjukvården råder f. n. en omfattande eftersläpning. Företagna inventeringar visar att ett stort behov av avlastning av mentalsjuka åldringar från akutsjukvården, långtidssjukvården, och inte minst från ålderdomshemmen föreligger. Inom den senare vårdformen förekommer en stor grupp åldringar, vilka har ansetts ha sådana anpassningssvårigheter på grund av senil demens, endogen psykos resp. annan psykisk rubbning att de borde överföras till mentalsjukvården, i regel i första hand till mentalsjukhem.

Behovet av adekvat åldringsvård.

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

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

Den sjukvård, som kan lämnas på ålderdomshemmen är i det helt övervägande antalet fall inte godtagbar. Ålderdomshemmen är ej inrättade för tung sjukvård, vartill kommer att ålderdomshemmens personal är otillräcklig och ej kvalificerad för denna typ av vård. Särskild uppmärksamhet kräver i detta sammanhang den mycket stora gruppen mentalsjuka såsom visats ovan.

Den institutionella vården.

Sett ur primärkommunernas synvinkel har de bristande vårdresurserna medfört att dessa, i första hand inom ramen för ålderdomshemmen, tvingats lösa vårdfrågorna för de sjuka åldringar, som ej kunnat omhändertagas av sekundärkommunerna. Att primärkommunerna verkligen har ett tvingan-

de sistahandsansvar framgår av lagen av den 4 januari 1956 om socialhjälp, som ålägger kommun att anordna och driva hem för åldringar och andra personer, vilka är i behov av vård eller tillsyn som inte tillgodoses på annat sätt. Var sjunde av ålderdomshemmens gäster hör f. n. till denna kategori. (Därutöver måste man räkna med åtskilliga åldringar, vilka medan de väntar på att erhålla erforderlig sluten vård återfinnas bland dem hemvårdarinnor och hemsamariter ägnar sina krafter.)

Då primärkommunerna ej sett någon lösning på detta problem — som egentligen ej är deras — har man i allt fler och fler kommuner börjat förse ålderdomshemmen med sjukavdelningar för långtidsvård. Detta avspeglas bl. a. i de investeringar som kommunerna under de senaste åren har gjort i ålderdomshem. Byggnadskostnaderna under åren 1959—61 beräknades till drygt 60 miljoner kronor per år. Samtidigt investerades i hem för långtids-sjuka omkring 20 miljoner kr.

Denna utveckling har lett till en snedvridning av vårdresursernas fördelning mellan ålderdomshemmen och långtidssjukvården. Detta förhållande framstår i än skarpare relief mot bakgrunden av att de tillgängliga resurserna totalt uppgår till 99 vårdplatser per 1.000 personer i åldern 70 år och däröver, vilka fördelas med 66 platser på ålderdomshem och 33 inom långtids-sjukvården, medan det framräkna-

de behovet inom den senare vårdformen ligger mellan 50 och 75 och behovet av ålderdomshemspatser på ca 50. Därtill kommer det faktum att den sjukvård, som kan lämnas på ålderdomshemmen till följd av brister i vårdutrustning och inredning samt inte minst till följd av bristen på kvalificerad sjukvårdspersonal måste betecknas som ej likvärdig den som lämnas på akutsjukhusens geriatriska avdelningar och på hemmen för långtidssjuka. Ålderdomshemmens sjukvård har också med visst fog erhållit beteckningen 'tredje klassens vård'. I detta sammanhang finns det vidare anledning att beakta de stora kvalitativa skillnader som föreligger ålderdomshemmen emellan. Det är skillnader som inte enbart kan hänföras till skillnader i ålder mellan hemmen. Även till synes självklara krav på viss minimistandard i fråga om inredning och utrustning har många gånger ej uppfyllts.

Den öppna vården.

Den aktuella eftersläpningen inom åldringsvården kan synas mest påtaglig och iögonfallande inom den slutna vården. Men man kan också visa på motsvarande eftersläpningar inom den öppna vården. Efter en period av snabb expansion tenderar sålunda hemvårdarinnerksamheten att stagnera. Hemsamaritverksamheten, som kompletterat hemvårdarinnerksamheten, har i många fall erhållit en föredömlig utformning. I en lång

rad kommuner saknas emellertid hemsamaritorganisationen helt, i andra är den ännu outvecklad. Den öppna åldringsvårdens kanske mest karakteristiska drag är i övrigt bristen på en fast och enhetlig organisation. Samtidigt har emellertid en mångfacetterad försöks- och experimentverksamhet — ofta igångsatt på enskilt initiativ — givit erfarenheter för den fortsatta utvecklingen.

Även då det gäller den öppna vården föreligger vissa gränsdragningsproblem. Det är emellertid svårt att statistiskt fastställa i vilken omfattning primärkommunerna tvingas svara för sådana delar av den öppna sjukvård, som ligger inom sekundärkommunernas ansvarsområde. Det råder för övrigt också oklarhet om var gränsen går mellan hemvårdarinne- och hemsamaritverksamheterna och den öppna sjukvård, som sekundärkommunerna har att svara för.

Såsom en definition på hemvårdarinnornas sjukvårdande insats kan följande beskrivning användas: Hemvårdarinnan "skall se till att ordinationer och föreskrifter av läkare följes och behöver därför ha vissa insikter i sjukdomars förlopp och även känna till de beteendemönster sjuka människor kan uppvisa". För hemsamariterna gäller på samma sätt: "Hemsamarit bör ej handha direkt sjukvård mer än vad som ordinerats av läkare och sjuksköterska . . .".

Att såväl hemvårdarinnorna som

hemsamariterna tvingas att svara för vårduppgifter av sjukvårdskarakter är i en annan mening än ovan angivna definitioner anger, har bl. a. den offentliga utredningen "Sjukhus och öppen vård" visat.

Det måste förutsättas att då läkares och distriktssköterskans sjukvårdande insats ej räcker till, måste i många fall hemvårdarinnor och hemsamariter ersätta dessa.

Den öppna vård som lämnas av hemvårdarinnor och hemsamariter har sedan 1950-talets början utvecklats snabbt inom många kommuner. Det föreligger emellertid anmärkningsvärt stora skillnader mellan kommunerna då det gäller dessa verksamheters kvantitativa omfattning. Sålunda saknas fortfarande hemsamaritverksamhet i ca tjugo procent av landets kommuner. Denna synnerligen ojämna utveckling av hemvårdarinne- och hemsamaritverksamheten tyder på betydande vårdbrister inom stora delar av vårt land. De här påvisade kvalitetsskillnaderna inom den öppna åldringsvården ger anledning fråga om huvudmännen, primärkommunerna, har de organisatoriska förutsättningarna att utveckla den öppna åldringsvården i den takt och med den bredd som måste förutsättas mot bakgrunden av de stora anspråk, som bl. a. de starkt ökande åldringsgrupperna kräver. Därtill kommer att en samordnad och enhetlig organisation på åldringsvårdens område skulle ha de bästa förutsättningarna för att på

ett tillfredsställande sätt tillvarata de knappa materiella och personella resurser som finns att tillgå.

Av särskild betydelse är inte minst sådana frågor som rekrytering, utbildning, arbetsledning och överhuvud hemvårdens lokala organisation. En centralisering av dessa funktioner skulle otvivelaktigt medföra större effektivitet.

Vilka skäl talar för ett bibehållande av nuvarande gränsdragning för huvudmannaskapet?

Den kommunala självbestämmanderätten har ett så stort egenvärde att ev. merkostnader och organisatoriska brister inom den sektor av den institutionella och öppna åldringsvården som ålderdomshemmen resp. hemvårdarinne- och hem-samaritverksamheten täcker, ej ger tillräcklig anledning till att företaga någon förändring. Därtill kommer att en inte ringa del av förekommande brister orsakats av otillräckliga resurser inom sekundärkommunernas ansvarsområde.

Man kan vidare peka på att ett överförande av ansvaret från primärkommunerna till sekundärkommunerna ej skulle komma att ge några omedelbara mera väsentliga förbättringar.

Ett ytterligare skäl är att den stora kunskaps- och erfarenhetsfond beträffande de enskilda åldringarna och deras förhållanden som finns samlad inom primärkommunerna måhända skulle gå förlorad vid en ändring av huvudmannaskapet.

Många skäl talar emellertid för en överföring av huvudmannaskapet för ålderdomshemmen resp. för hemtjänsten från primärkommunerna till sekundärkommunerna.

Det föreligger stor svårighet att f. n. draga en klar gräns mellan det primär- och sekundärkommunala ansvaret. Vidare sker en alltför omfattande satsning på sjukvård inom ramen för ålderdomshemmen, vilken leder till betydande felinvesteringar och till sämre sjukvårdsstandard för de berörda åldringarna. Påtaglig risk skulle föreligga att detta förhållande skulle komma att accentueras under den stora utbyggnadsperiod som förestår.

I detta sammanhang framträder också behovet av en samordnad planering, vilken bl. a. skulle ge större möjlighet att fördela de tillgängliga resurserna så att de mest eftersatta områdena prioriterades. Inom den öppna åldringsvården leder det nuvarande systemet till avsevärda kvalitetsskillnader mellan kommunerna till förfång för den enskilde vårdbehövande.

Den öppna åldringsvården ger stora möjligheter till avlastning av den institutionella vården. Denna möjlighet utnyttjas ej i den utsträckning som erfarenheterna på detta område ger anledning till. Förutsättningarna för en samordnad och därmed välplanerad insats på åldringsvårdens område är stora. Dessa möjligheter tar man ej vara på med nuvarande fördelning av huvudmannaskapet.

Det måste kraftigt understrykas att det finns ett starkt samband mellan den öppna sjukvården och hemtjänsten — mellan somatiska och mentala sjukdomsbilder och so-

ciala behov. Ett odelat huvudmannaskap skulle skapa de bästa förutsättningarna för en god och samlad lösning av den öppna och slutna åldringsvården.