STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1964:5
Socialdepartementet

BÄTTRE ÅLDRINGSVÅRD

Sjukhem - Bostäder - Hemhjälp

FÖRSLAG AV

SOCIALPOLITISKA KOMMITTÉN

Stockholm 1964

STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1964

Kronologisk förteckning

1. Indexlån. Del I. Kihlström. 96 s. Fi.
2. Indexlån. Del II. Kihlström. 526 s. Fi.
3. Konsumtionsmönster på bostadsmarknaden. Esselte. 212 s. I.
4. Effektivare konsumentupplysning. Esselte. 111 s. H.
5. Bättre åldringsvård. Esselte. 121 s. S.

Anm. Om särskild tryckort ej angives, är tryckorten Stockholm.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1964:5

Socialdepartementet

BÄTTRE ÅLDRINGSVÅRD

Sjukhem - Bostäder - Hemhjälp

FÖRSLAG AV

SOCIALPOLITISKA KOMMITTÉN

ESSELTE AB STOCKHOLM 1964

Förord

Socialpolitiska kommittén fick den 2 december 1960 i uppdrag att utföra en kartläggning av vårdbehov och vårdmöjligheter för åldringar samt inkomma med de förslag som kommittén med anledning därav fann påkallade.

Resultatet av kommitténs kartläggning har redovisats i Åldringsvårdens läge (SOU 1963: 47). Kommittén har därefter den 23 november 1963 framlagt ett förslag angående statligt stöd till byggande av sjukhem, vilket överlämnats till socialministern. Kommittén har vidare tillsammans med bostadsstyrelsen i en framställning till inrikesministern den 27 december 1963 föreslagit särskilda åtgärder för förbättring av åldringarnas bostäder. Kommittén har slutligen den 30 december 1963 för socialministern framlagt förslag om statligt stöd till hemhjälp åt åldringar och invalider.

De nämnda förslagen beträffande sjukhem, bostäder och hemhjälp har överlämnats i stencilerad form. Då förslagen torde innehålla mycket av intresse och betydelse för utbyggnaden av åldringsvården i kommunerna och landstingen, har socialpolitiska kommittén funnit det angeläget att låta trycka förslagen. De har samlats i den volym som här redovisas.

De inledande avsnitten i de olika förslagen innehåller sammanfattningar av material, som publicerats i Åldringsvårdens läge. När det gäller sjukhemmen har kommittén gjort en särskild undersökning beträffande läget inom långtidssjukvården den 1 oktober 1963. I fråga om åldringarnas bostadsförhållanden har ytterligare uppgifter framkommit genom bostadsräkningen. Redogörelsen beträffande hemhjälpen har kompletterats med uppgifter för 1962 och 1963.

I Åldringsvårdens läge lämnas även en redovisning av olika problem inom åldringsvården, som är aktuella och som bör diskuteras. Flera av dessa frågor får sin lösning, om de här redovisade förslagen realiseras. Bland frågor som kommittén får ta upp i sitt fortsatta arbete beträffande åldringsvården kan nämnas ålderdomshemmens ställning och uppgifter samt utformningen av reglerna för statsbidrag till ålderdomshem. Vidare kommer kommittén att överväga en särskild vårdlagstiftning, innebärande bl. a. utbrytande av bestämmelserna om ålderdomshem ur socialhjälpslagen. I samband därmed får frågor rörande åldringsvårdens organisation tas upp till övervägande. Frågan om regionala statliga organ med uppgift att bistå kommunerna när det gäller planering m. m. av åldringsvård och annan socialvård får prövas.

I detta sammanhang kan framhållas, att socialpolitiska kommittén i sitt arbete utgått från ett oförändrat huvudmannaskap för åldringsvården. Kommittén räknar med att landstingen och de landstingsfria städerna skall svara för åldringssjukvården, medan primärkommunerna ansvarar för annan åldringsvård, däri inbegripet bostadsförsörjningen.

Socialpolitiska kommittén består av statssekreteraren i socialdepartementet Ernst Michanek, ordförande, ledamoten av riksdagens första kammare Torsten Bengtson, ledamoten av riksdagens andra kammare Ingemund Bengtsson, sekreteraren hos Tjänstemännens centralorganisation Britt-Marie Bystedt, ordföranden i Svenska kommunalarbetareförbundet Gunnar Hallström, direktören i Svenska arbetsgivareföreningen Sven Hydén, folkskolläraren Hans Nyhage, Kinna, ledamoten av riksdagens andra kammare Einar Rimmerfors, ledamoten av riksdagens andra kammare Elisabet Sjövall samt byråchefen i finansdepartementet Reidar Tilert.

Stockholm i januari 1964

Ernst Michanek

Innehåll

STATLIGT STÖD TILL BYGGANDE AV SJUKHEM

BÄTTRE BOSTÄDER ÅT ÅLDRINGAR

STATLIGT STÖD TILL HEMHJÄLP ÅT ÅLDRINGAR OCH INVALIDER

Statligt stöd till byggande av sjukhem

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Socialdepartementet

Genom beslut den 2 december 1960 uppdrog Kungl. Maj:t åt socialpolitiska kommittén att utföra en kartläggning av vårdbehov och vårdmöjligheter för åldringar samt att till Kungl. Maj:t inkomma med redogörelse för kartläggningens resultat ävensom de förslag kommittén med anledning därav fann påkallade.

Resultatet av kommitténs kartläggning har redovisats i Åldringsvårdens läge (SOU 1963: 47). Som framgår av kommitténs undersökningar intar långtidssjukvården en nyckelställning inom åldringsvården. En utbyggnad av långtidssjukvården är därför enligt kommitténs mening angelägen som ett första steg i upprustningen av åldringsvården.

Platssituationen inom långtidssjukvården samt det snabbt ökande antalet åldringar kräver, anser kommittén, extraordinära insatser från sjukvårdshuvudmännens och statens sida. Kommittén överlämnar härmed en promemoria med förslag angående statligt stöd till byggande av sjukhem. I promemorian föreslås, att staten lämnar sjukvårdshuvudmännen lån på vissa villkor till anordnande av vårdplatser vid fristående sjukhem.

I den slutliga behandlingen av detta ärende har deltagit undertecknad Michanek, ordförande, samt samtliga ledamöter utom ledamoten Torsten Bengtson, som varit förhindrad på grund av uppdrag som FN-delegat.

Stockholm i november 1963.

Ernst Michanek

Ingemund Bengtsson *Britt-Marie Bystedt* *Gunnar Hallström*

Sven Hydén *Hans Nyhage* *Einar Rimmerfors*

Elisabet Sjövall *Reidar Tilert*

Birger Forslund

Sjukhemmen en viktig del av åldringsvården

Socialpolitiska kommitténs undersökningar rörande sjukvårdens resurser och patientsammansättning (SOU 1963: 47) visar i hur hög grad sjukvården utgör en medicinsk åldringsvård. Vid patientinventeringen i hela landet den 12 april 1962 fann man, att 4,6 procent av alla åldringar fanns för tillfällig eller långvarig vård på sjukhus och sjukhem av olika slag. Totalantalet var 35 000 personer eller i stort sett lika många som på ålderdomshemmen.

Av alla patienter var åldringarna:

inom vården för långvarigt kroppssjuka 14 500 personer — 80 procent av patienterna i denna vårdform;

inom mentalsjukvården 10 500 personer — 29 procent av patienterna;

vid lasarett och sjukstugor 9 500 personer — 26 procent;

i sjukvården totalt 34 500 personer fyllda 67 år, motsvarande 38 procent av alla patienter.

Av alla 75—79-åringar återfanns 5 procent på sjukhus eller sjukhem, av 85—89-åringarna 10 procent, av de allra äldsta 14 procent.

Av alla som fyllt 80 år fanns 5 procent på sjukhem för långvarigt kroppssjuka. Drygt 13 procent av denna åldersgrupp fanns på ålderdomshemmen. Sjukhem och avdelningar för långvarigt kroppssjuka företer en ålderssammansättning som i hög grad liknar ålderdomshemmens. Av åldringarna bland långtidssjukvårdens patienter var hälften över 80 år, en fjärdedel 75—79 år.

På sjukhemmen för lättskötta psykiskt sjuka hade 38 procent av patienterna fyllt 67 år. Antalet i åldern 80 år och däröver utgjorde 10 procent av samtliga patienter.

I fråga om den framtida befolkningsutvecklingen kan framhållas, att antalet personer i åldern 67 år och däröver beräknas öka med 20 000 à 25 000 per år under 1960-talet. De äldsta åldersgrupperna kommer relativt sett att öka mest. Den genomsnittliga ökningen av antalet personer fyllda 80 år utgör under 1960-talet ca 5 900 personer om året. Åldersklasserna 85 år och däröver kommer att mer än fördubblas under perioden 1960—1980.

Sjukhem för långvarigt kroppssjuka

Landstingen och de landstingsfria städerna ansvariga för vården

Under början av 1900-talet tillgodosågs vården av de långvarigt sjuka, »kroniskt sjuka», principiellt utanför sjukhusväsendet i egentlig mening. De hörde hemma i fattigvården. Det ålåg fattigvårdssamhällena att ta hand om den som på grund av sjukdom inte kunde försörja sig själv och som saknade underhåll och vård av andra. Den fattige, kroniskt sjuke hamnade i brist på bättre på ålderdomshemmet, »fattigstugan». Småningom växte emellertid den uppfattningen fram, att man måste ordna med sjukhusvård för kroniskt och obotligt sjuka. Landstingen började — frivilligt — inrätta enstaka kronikerhem 1910. Den nya synen kom till praktiskt uttryck i 1927 års kungörelse om statsbidrag till anordnande av sjukhem för långvarigt kroppssjuka. Vården av dessa började därmed lyftas ut från fattigvården och över till sjukvården. En ändring av statsbidragsbestämmelserna gjordes 1945. Enligt de ändrade bestämmelserna skulle staten i princip begränsa sina bidrag till sådana hem, som uppfördes, inrättades eller drevs av landsting och städer utanför landsting. Möjligheten att i särskilda fall bevilja bidrag även till andra primärkommuner bibehölls dock.

Ett led i den reform av ålderdomshemsvården, vars grunder godkändes av 1947 års riksdag, var att ålderdomshemmen befriades från de olika kategorier av sjuka personer som utgjorde en betydande del av deras klientel. Socialvårdskommittén hade föreslagit att landstingen och städerna utanför landsting i lag skulle åläggas huvudmannaskap för vården av de kroniskt sjuka och att Kungl. Maj:t skulle fastställa planer för utbyggnaden av vårdformen inom de olika sjukvårdsområdena. Statens sjukhusutredning av år 1943 tog upp frågan och förordade att de angivna sjukvårdshuvudmännen skulle åläggas huvudmannaskapet på samma sätt som gällde för övrig kroppssjukvård. Utredningens förslag anknöt inte bara till ålderdomshemsreformen utan även till den fortgående utvecklingen för kronikervårdens del.

En på grundval av sjukhusutredningens förslag utarbetad proposition (nr 20) förelades 1951 års riksdag. Genom en ändring i sjukhuslagen, vilken trädde i kraft den 1 januari 1952, ålades landstingen och städerna utanför landsting huvudmannaskapet för vården av de kroniskt sjuka. Ändringarna syftade vidare till att reglera kronikeranstalternas ställning.

Platsantalet fördubblat under 1950-talet

Antalet vårdplatser för långvarigt kroppssjuka uppgick vid slutet av år 1950 till ca 9 200. Platsantalet hade till

Tab. 1. Platsantalet inom långtidssjukvården vid slutet av vart och ett av åren 1950—1961 fördelat efter sjukhustyp

(Källa: Allmän hälso- och sjukvård)

År	Lasarett	Sjukstugor	Fristående anstalter för lungtuberkulos	Fristående epidemivårdsanstalter	Sjukhem för psykiskt sjuka	Sjukhem för långvarigt kroppssjuka	Summa
1950	564	220	—	—	—	8 391	9 175
51	681	255	29	—	—	8 506	9 471
52	767	273	29	—	—	9 101	10 170
53	961	284	46	—	—	9 841	11 132
54	1 167	406	46	—	—	10 364	11 983
1955	1 792	400	171	49	—	10 496	12 908
56	1 069	432	247	49	—	11 997	13 794
57	1 100	430	304	49	—	12 339	14 222
58	1 375	593	317	49	—	12 441	14 775
59	1 458	637	406	70	—	13 452	16 023
1960	2 785	919	844	119	—	13 980	18 647
61	3 138	938	922	111	58	14 434	19 601

utgången av 1961 stigit till 19 600. Som framgår av *tab. 1* har utbyggnaden relativt sett varit störst i fråga om vårdplatser vid lasarett och sjukstugor. Platsantalet vid lasaretten har ökat från ca 600 till över 3 100, vid sjukstugorna från 220 till 950 samt vid sjukhemmen från 8 400 till 14 400.

Utbyggnaden har till en del åstadkommits genom att andra institutioner, främst sanatorier, tagits i anspråk för långtidssjukvården. Även epidemivårdsanstalter har utnyttjats för ändamålet.

Räknat i promille på befolkningen har sammanlagda antalet vårdplatser inom långtidssjukvården ökat från 1,3 år 1950 till 2,6 år 1961. Ser man endast till antalet personer fyllda 70 år har platsantalet under perioden ökat från 20 till 34 promille under den angivna perioden.

Sjukhem för långvarigt kroppssjuka drives av landsting och landstingsfria städer, primärkommuner samt av enskilda. Utvecklingen i fråga om sjukhemmen under perioden 1950—1961 framgår av *tab. 2*.

Antalet platser vid sjukhem, drivna av landsting och landstingsfria städer, har ökat med ca 4 000 under perioden. Landstingen och de nämnda städerna har emellertid under samma tid byggt ut lasaretten med över 2 500 vårdplatser för långvarigt kroppssjuka och sjukstugorna med över 700 platser för långtidsvård. Samtidigt har över 1 000 vårdplatser tagits i anspråk på sanatorier och epidemisjukhus för långtidsvården. Antalet långtidsplatser i landstingens och de landstingsfria städernas regi, som 1950 uppgick till 5 140, hade till slutet av år 1961 ökat till sammanlagt 13 625 eller med 165 procent.

Antalet vårdplatser på sjukhem i primärkommunal regi, som 1950 uppgick till 3 416, sjönk till 1 138 år 1955. Platsantalet har därefter ökat och utgjorde 4 436 vid slutet av år 1961. De enskilda sjukhemmen slutligen, som år 1950 redovisades med 619 vårdplatser, ökade platsantalet till slutet av år 1961 till 1 540.

När det gäller platsutvecklingen inom olika grenar av långtidssjukvården, måste beaktas, att redovisningstekniska anordningar kan spela en viss roll. Sålunda torde sjukhem, drivna av primärkommuner, under perioden i viss omfatt-

Tab. 2. Platsantalet på sjukhem för långvarigt kroppssjuka vid slutet av vart och ett av åren 1950—1961 fördelat på huvudmän

(Källa: Allmän hälso- och sjukvård)

År	Landsting och landstingsfria städer	Primär-kommuner	Enskilda	Summa
1950	4 356	3 416	619	8 391
51	4 624	3 255	627	8 506
52	6 963	1 502	636	9 101
53	7 655	1 426	760	9 841
54	8 368	1 249	747	10 364
1955	8 650	1 138	708	10 496
56	10 088	1 203	706	11 997
57	8 546	3 087	706	12 339
58	8 541	3 161	739	12 441
59	9 167	3 490	795	13 452
1960	8 366	4 337	1 277	13 980
61	8 458	4 436	1 540	14 434

ning ha överförts från ålderdomshemsstatistiken. Antalet vårdplatser på avdelningar för långvarigt sjuka vid ålderdomshemmen har minskat från 2 048 år 1954 till 1 344 år 1960.

Utvecklingen varierar i de olika sjukvårdsområdena

Utbyggnaden av långtidsvården har varit större i vissa sjukvårdsområden än i andra. Utvecklingen i fråga om platsantalet absolut sett inom olika sjukvårdsområden framgår av *tab. A* och *diagram 1* i tabellbilagan.

Nettotillskottet under perioden 1951—1961 uppgick till sammanlagt 8 500. Totalt sett har den största utbyggnaden ägt rum i Örebro län, där nettotillskottet uppgår till 736 platser. För Malmö stad redovisas ett nettotillskott av 468 platser. Den minsta utbyggnaden, mätt i antalet tillkomna vårdplatser, redovisas för Gotlands län (40 platser), Malmöhus län (115 platser), och Kalmar läns norra landstingsområde (132 platser). Närmare uppgifter beträffande varje sjukvårdsområde lämnas i *tab. B* (tabellbilagan).

Tages platsantalet år 1958 till bas för en indexberäkning (1958 = 100) visar sig platsantalet ha varit i stort sett oförändrat i Gotlands län tiden 1950—1958. Ökningen har varit störst i Örebro län, Hallands län, Gävleborgs län, Västernorrlands län samt Kalmar läns södra landstingsområde. Ökningen har, om man bortser från Gotlands län, varit minst i Stockholms län, Jönköpings län, Kalmar läns norra landstingsområde samt Västmanlands län. Utvecklingen i varje sjukvårdsområde redovisas i *tab. C* (tabellbilagan).

I förhållande till antalet personer fyllda 70 år uppgick platsantalet vid landstingens anstalter vid utgången av 1950 till 11 promille, i slutet av år 1960 till 23 promille. Relationstalen för varje sjukvårdsområde återfinnes i *tab. D* (tabellbilagan). Promilletalen var i många fall mycket låga 1950, t. ex. för Blekinge län 5, Hallands län 4, Örebro län 2, Gävleborgs län 4 samt Västernorrlands län 5 promille. Det högsta promilletalet fanns i Norrbottens län (33), Gotlands län (24), Stockholms stad (21) och Stockholms län (19). Vid slutet av år 1960 var promilletalet oförändrat för Stockholms län. På många håll hade promilletalen fördubblats sedan 1950.

Tab. 3. Sjukhemmens medicinska utrustning

Diagnostiserings- och behandlingsresurser	Antal hem	
	med	utan
Röntgen	54	121
Fysikalisk terapi	54	121
Laboratorium	62	113
Arbetsterapi	110	65
Sjukgymnastik	152	23
Summa hem	175	

Till denna kategori hör exempelvis Uppsala län, Kronobergs län, Blekinge län, Kristianstads län, Göteborgs stad, Göteborgs och Bohus län, Älvsborgs, Skaraborgs, Värmlands län samt alla Norrlandslänen utom Norrbottens. I några fall har ökningen rört sig om endast någon eller några enheter, t. ex. Malmöhus län och Jönköpings län. Utvecklingen belyses även i *diagram 2* (tabellbilagan).

Sjukhemmens standard

Socialpolitiska kommittén har genom anstaltsundersökningen i april 1962 inhämtat uppgifter om bl. a. sjukhemmens diagnostiserings- och behandlingsresurser. Uppgifter föreligger beträffande 175 av totalt 182 sjukhem vilka efter förekomsten av diagnostiserings- och behandlingsresurser fördelar sig på sätt framgår av *tab. 3.*

Röntgen saknas helt på sjukhemmen i 9 sjukvårdsområden, fysikalisk terapi i 8 samt laboratorium i 9. Anordningar för arbetsterapi saknas på sjukhemmen i 3 sjukvårdsområden samt anordningar för sjukgymnastik i likaledes 3 områden. Som framgår av *tab. 4* är de största hemmen bättre utrustade än de mindre.

Ser man till hela antalet vårdplatser på sjukhem, visar det sig, att hälften av vårdplatserna finns i sjukhem med tillgång till röntgen, hälften i hem med fysikalisk terapi och likaledes hälften i hem med laboratorium. $^3/_4$ av platserna finns i sjukhem med anordningar för arbetsterapi och 90 procent av platserna i hem med sjukgymnastik.

Kommittén har vidare i oktober 1963 kompletterat det föreliggande materialet med uppgifter om antalet bäddar i sjukhemsrummen, förekomsten av centralradio, TV m. m.

Materialet ger vid handen, att vårdplatserna fördelar sig efter antalet bäddar i varje rum på följande sätt.

Rum med antal bäddar	Vårdplatser antal	%
1	950	13
2	2 202	29
3	963	13
4	1 956	26
5	425	6
6	702	9
7—	296	4
Summa vårdplatser	7 494	100

Tab. 4. Sjukhemmen i storleksgrupper fördelade efter förekomsten av medicinsk utrustning

Vårdplatsantal	Antal hem	Därav hem med									
		Röntgen		Fysikalisk terapi		Laboratorium		Arbetsterapi		Sjukgymnastik	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
—19	12	4	33	3	25	3	25	6	50	10	83
20—29	46	10	22	8	17	12	26	16	35	39	85
30—39	40	9	23	8	20	12	30	23	58	33	83
40—49	22	6	27	7	32	8	36	17	77	18	82
49—	55	25	46	28	51	27	49	48	87	52	95
	175	54	31	54	31	62	35	110	63	152	87

Drygt två femtedelar av vårdplatserna finns i en- och tvåbäddsrum. Å andra sidan är en knapp femtedel av dem belägna i rum med 5 bäddar och mer. Drygt 3 100 patienter har enkelrum eller dubbelrum, medan över 1 400 bor i salar med minst 5 patienter.

Största andelen vårdplatser i enkelrum på sjukhem (20 %) föreligger i Kalmar läns södra landstingsområde och Hallands län; lägsta andelen redovisar Göteborgs stad (3 %). Flest vårdplatser i rum om minst 5 bäddar redovisar Malmö stad (83 %), Göteborgs stad (62 %) samt Göteborgs och Bohus län (61 %). I Malmö finns 14 salar med vardera 12 vårdplatser. I genomsnitt finns i riket 2,4 vårdplatser per rum.

Centralradio finns på nästan alla sjukhem, likaså TV-mottagare, vilkas antal nära motsvarar en apparat per avdelning.

I detta sammanhang kan nämnas att med. dr Albert Grönberg, Vänersborg, på medicinalstyrelsens uppdrag förrättat inspektion av ett 60-tal hem för långvarigt kroppssjuka, därav bl. a. 17 landstingsdrivna sådana med sammanlagt 1 000 vårdplatser. Resultatet har redovisats till medicinalstyrelsen i ett antal rapporter åren 1961—63.

I dessa konstateras, beträffande de inspekterade landstingshemmen, på sina håll vissa brister, som hänger samman med hemmens omoderna disposition. Många byggnader är ganska gamla. Badrummen kan ligga olämpligt till och vara föga ändamålsenligt utformade. Badkaren saknar ofta lyftanordningar. Följden blir att i dylika fall bad endast undantagsvis serveras oftare än var 14:e dag. Transportmöjligheterna i många hem är gammaldags eller obefintliga. Hissar saknas. Korridorer är för smala. Belysningen är på många håll otillfredsställande, särskilt vid sängar och i korridorer. Elementära hygieniska anordningar såsom bäckenkok och annan steriliseringsutrustning saknas i många fall. En del hem har för stora salar men saknar dagrum, isoleringsrum och solaltaner. Åtskilligt brister ifråga om hemmens utrustning med anordningar för diagnostisering och behandling: kortvåg, värmebågar, röntgen och laboratorium saknas på de flesta hem.

De landstingshem som inspekterats företer emellertid många positiva drag, i synnerhet i jämförelse med den sjukvård som bedrivs inom ramen för ålderdomshemmen. Denna rubriceras som ur medicinsk synpunkt otillfredsställande.

Behovsberäkningar

Beräkningar beträffande behovet av platser inom vården för långvarigt kroppssjuka har gjorts i olika sammanhang. Som exempel på dylika beräkningar kan nämnas följande. De återges här utan något som helst ställningstagande av socialpolitiska kommittén.

Statens sjukhusutredning uppskattade 1947 (SOU 1947: 61) antalet kroniskt sjuka till 3 à 4 promille av befolkningen och föreslog en utbyggnad av kronikervården till 3 promille — vid den tiden motsvarande 20 000 platser.

På grundval av en av medicinalstyrelsen gjord undersökning beräknades 1959 behovet av långtidsvårdplatser till minst 2,9 promille av befolkningen eller 40 promille av antalet personer fyllda 70 år.

På grundval av undersökningar i Uppsala län 1958—59 beräknade professor R. Berfenstam och dr H. Hedqvist, att vårdplatsbehovet var 2,8 promille av totalbefolkningen.

Läkarprognosutredningen återger (SOU 1961: 8) uppgiften att man i Göteborg vid planeringen av långtidsvår-

den räknar med ett platsantal som motsvarar 3,5 promille av befolkningen.

För hela landet räknade läkarprognosutredningen med att vårdplatsbehovet i långtidssjukvården — inklusive vissa grupper lättskötta mentalt sjuka (senila demenser, som ansågs böra överföras från mentalsjukvården till kroppssjukhemmen) — motsvarade 4 promille av totalbefolkningen eller 55 promille av befolkningen i åldern 70 år och däröver. Detta skulle innebära ett behov av ca 40 000 platser 1970.

I en av landstinget i Norrbottens län nyligen gjord utredning räknar man med ett platsbehov inom långtidssjukvården, som motsvarar 50 promille av antalet personer i åldern 70 år och däröver. (6 procent av dessa platser beräknas för den centrala länskliniken och ca 25 procent för vård på centrala sjukhem vid lasaretten. Övriga 70 procent skulle kunna tänkas decentraliserade till perifera sjukhem i kommunerna.)

I de refererade utredningarna har alltså angivits vårdplatsbehov för hela landet motsvarande 3,0, 2,9 samt 4,0 promille av totalbefolkningen samt 40 och 55 promille av befolkningen över 70 år. För olika delar av landet har beräknats ett behov av 2,8 promille (Uppsala län) och 3,5 promille (Göteborgs stad) i förhållande till totalbefolkningen samt 50 promille (Norrbottens län) i förhållande till antalet personer som fyllt 70 år.

ÖHS-kommittén (SOU 1963: 21) framhåller, att den nämnda undersökningen i Uppsala län visade ett platsbehov motsvarande 51 per 1 000 personer i åldern 70 år och däröver.

Frånräknas gränsfall sjunker dock siffran till 47. Göres i stället tillägg för sådana som i och för sig var kvalificerade för vård på hem för långvarigt sjuka men hade möjlighet att tills vidare avstå därifrån, steg behovstalet, framhåller ÖHS-kommittén till 75. Kommittén anför vidare, att läkarprognosutredningens norm, 55 promille av antalet 70-åringar, ungefär motsvarar det minimibehov som undersökningen för Uppsala län belyst, om hänsyn tas till kravet på en viss platsreserv.

Eftersläpning inom långtidssjukvården

Det är vanskligt att på grundval av föreliggande material göra en beräkning av platsbehovet. Till belysning av platssituationen inom långtidssjukvården kan emellertid anföras följande.

Vårdplatsantalet vid landstingens och de landstingsfria städernas institutioner för långtidssjukvård uppgick i april 1962 enligt de till socialpolitiska kommittén inkomna uppgifterna till 13 900, vilket motsvarar 1,9 promille av hela befolkningen och 24,3 promille av antalet personer i åldern 70 år och däröver enligt 1960 års folkräkning. Om därtill lägges vårdplatserna vid kommunala sjukhem uppnås 2,4 promille av hela befolkningen och 31,8 promille av antalet 70-åringar. Härtill kommer ett antal enskilda sjukhem med ett redovisat platsantal av 1 630. Medräknas även dessa platser, skulle vårdplatsantalet motsvara 2,6 promille av hela befolkningen och 34,7 promille av dem som fyllt 70 år.

Antalet patienter i alla åldrar inom långtidssjukvården i länen (de landstingsfria städerna alltså inte inräknade) uppgick till 13 025. Av dessa ansågs 948 behöva vård i annan form. De övriga 12 077 bedömdes erhålla adekvat vård. I öppen vård fanns 556 åldringar och 171 invalider, för vilka ansökan gjorts om plats inom långtidssjukvården. På ålderdomshemmen vårdades 1 812, som ansågs vara i behov av långtidsvård, på akutsjukhus 1 339 och inom mentalsjukvården 379. Det sammanlagda plats-

behovet på grundval härav avser alltså 16 300 patienter, motsvarande 2,7 promille av hela befolkningen i länen och 35,3 promille av antalet personer i åldern 70 år och däröver.

Enligt de lämnade uppgifterna erhöll vidare i april 1962 ca 8 000 personer hemsjukvårdsbidrag från landsting. Över 1 000 fick bidrag från enbart kommunen för vård i hemmet. För vård av långvarigt kroppssjuka på ålderdomshem utgick bidrag från landstingen under 1961 för ca 2 600 personer i länen utanför storstäderna.

Räknar man samman de olika kategorierna (öppen vård, ålderdomshem, akutsjukhus, mentalsjukvården) och utgår från att även de ca 8 000 med hemsjukvårdsbidrag skulle behöva plats på långtidssjukhemmen blir resultatet ett behov av 24 000 vårdplatser inom långtidssjukvården i länen utanför storstäderna. Då antalet vårdplatser, inberäknat de enskilda sjukhemmen, i april 1962 uppgick till 13 500 i de aktuella områdena, skulle där enligt denna beräkningsmetod saknas ca 10 000 vårdplatser inom långtidssjukvården. Bortser man från hemsjukvårdsfallen och förutsätter, att dessa erhåller en adekvat vård i sina hem, vore platsbristen ändå ca 2 500. Skulle landstingen och kommunerna ensamma svara för långtidsvården behövde de enligt denna beräkningsmetod ha 3 500 vårdplatser fler än de nu har.

Gör man beräkningarna för länen utanför de tre storstäderna med utgångspunkt i läkarprognosutredningens bedömningar, dvs. ett vårdplatsbehov motsvarande 55 promille av antalet personer fyllda 70 år, skulle det behövas 25 500 platser inom långtidssjukvården i de berörda områdena. Platsbristen skulle enligt detta sätt att räkna uppgå till ca 12 000. Räknar man i stället med ett platsbehov av 4 promille av hela befolkningen, skulle platsantalet behöva uppgå till ca 24 000.

Enligt läkarprognosutredningens sätt att beräkna vårdplatsbehovet skulle för hela landet, sålunda de tre storstäderna inberäknade, antalet vårdplatser behöva uppgå till totalt i hela landet 30 000, om man räknar med 4 promille av totalbefolkningen. Beräknat efter 55 promille av antalet personer i åldern 70 år och däröver skulle vårdplatsantalet inom långtidssjukvården behöva uppgå till mer än 31 000.

Socialpolitiska kommitténs undersökningar, vilka inte har karaktär av prognos, och läkarprognosutredningens bedömningar ger i stort sett samma resultat, nämligen en platsbrist på minst ca 10 000 platser inom långtidssjukvården. När det gäller socialpolitiska kommitténs undersökningar har därvid antalet personer med hemsjukvårdsbidrag medräknats. Bortser man från dessa uppgår hela antalet i behov av långtidssjukvård enligt kommitténs undersökningar till minst ca 22 300, dvs. motsvarande 3,0 promille av befolkningen och 39,4 promille av antalet personer fyllda 70 år.

Läget — 15 500 platser

Det totala antalet vårdplatser för långvarigt kroppssjuka på institutioner drivna av landstingen och sjukvårdsstyrelserna i de landstingsfria städerna utgör den 1 oktober 1963 nära 15 500. I detta antal ingår inte 4 000 platser på sjukhem i socialnämndernas regi och 1 500 vårdplatser på enskilda sjukhem. Medtas dessa platser, får man ett mått på hela långtidsvårdens omfattning. Denna omfattar över 21 000 vårdplatser.

Ser man till långtidsplatsernas fördelning på olika vårdområden, framgår beträffande landstingens och sjukvårdsstyrelsernas vårdplatser att hälften av

platserna, 7 500, finns på fristående sjukhem. Den andra hälften fördelar sig på lasarettskliniker (3 300 platser), avdelningar vid delade (1 600 platser) och odelade (600 platser) lasarett, sanatorier och epidemisjukhus (1 200 platser) samt på sjukhem i anslutning till sjukstuga (1 200 platser).

Planer på 10 000 nya platser

Kommittén har frågat landstingen och sjukvårdsstyrelserna om omfattningen av beslutad utbyggnad inom långtidsvården. Därvid gjordes åtskillnad på det antal vårdplatser, som beslutats före den 1 oktober 1963 men ännu inte färdigställts, samt antalet platser, som beslutats av 1963 års ordinarie landsting. En redogörelse för resultatet av undersökningen lämnas i särskild *bilaga*.

Antalet före den 1 oktober 1963 beslutade, ännu inte färdigställda platser inom somatisk långtidsvård utgör 5 300 i hela riket. 1963 års landsting har fattat beslut om inrättande av ytterligare 4 200 vårdplatser. Totalt föreligger sålunda beslut om en utbyggnad av den somatiska långtidsvården med 9 500 platser, motsvarande drygt 60 procent av platsbeståndet den 1/10 1963. I vilken utsträckning de beslutade vårdplatserna kommer att ersätta äldre platser i det befintliga platsbeståndet, har inte angetts, men nettotillskottet för tiden t. o. m. 1966 uppges till 6 000.

Hälften av de beslutade vårdplatserna (4 700) avser platser på fristående sjukhem. Fördelningen mellan sjukhem och övriga former av långtidsvård är således densamma som i platsbeståndet den 1/10 1963.

Årligt nettoplatstillskott: 2 000

Som nämnt beräknas nettotillskottet platser inom långtidsvården t. o. m. 1966 till drygt 6 000, motsvarande en årlig ökning av 2 000. Hälften av nettoökningen faller på platser vid fristående sjukhem.

Nettotillskottet platser, 6 000, fördelar sig med 1 750 på tiden 1/10 1963—31/12 1964, 1 550 på 1965 samt 2 700 platser på 1966.

Under den tid av $1^1/_2$ år som förlöpte mellan kommitténs anstaltsundersökning i april 1962 och undersökningstillfället den 1/10 1963 tillkom 1 500 platser, motsvarande ett årligt platstillskott av 1 000. Som ytterligare jämförelse kan nämnas, att under perioden 1951—61 ökade antalet platser med i genomsnitt knappt 800 per år.

Den 1/10 1963 var totalt 2 400 långtidsplatser under byggnad; 2 600 befann sig på projekteringsstadiet.

Om utbyggnaden av långtidsvården genomförs i den takt som beräknats, kommer antalet vårdplatser i promille av uppskattade antalet personer fyllda 70 år att öka från f. n. 25,3 till 32,4 den 1/1 1967. Malmö stad kommer att få det relativt sett största antalet vårdplatser, 68 promille; Norrbottens län kommer därnäst med 53 promille. Ytterligare 5 län får promilletal på över 40; men 9 sjukvårdsområden beräknas alltjämt ha färre vårdplatser än som motsvarar 25 promille av befolkningen.

Hälften av platserna nybyggs

Kommittén har frågat i vilken utsträckning vårdplatser, som beräknas tillkomma t. o. m. 1966 inrättas i nybyggnad, tillkommer genom om- eller tillbyggnad osv. Svar har lämnats beträffande 5 500 platser. Drygt hälften (2 800) anges tillkomma genom nybyggnad; drygt en tredjedel (1 900) genom om- eller tillbyggnad som är att jämställa med nybyggnad, 4 procent (200) genom annan om- eller tillbyggnad, en

tiondel (500) genom ianspråktagande av i vederbörandes ägo befintlig institution samt 35 vårdplatser genom övertagande av kommunalt ålderdomshem.

Alla utom tre har fastställd plan

Kommittén har vidare frågat, huruvida plan fastställts för vården av långvarigt kroppssjuka. Sådan plan föreligger i samtliga sjukvårdsområden utom Gotlands län, Värmlands län och Göteborgs stad. Värmlands läns landsting uppger, att utbyggnad av långtidsvården sker successivt efter av landstinget i varje särskilt fall fattat beslut. Sjukvårdsstyrelsen i Göteborg uppger, att plan för långtidsvården kommer att utarbetas inom den närmaste tiden. I 5 sjukvårdsområden, Södermanlands län, Kronobergs, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs län samt Stockholms stad, är planen fastställd 1963. I ytterligare 4 fastställdes plan 1962, nämligen i Kalmar läns södra landstingsområde, Hallands län, Norrköping och Malmö. 9 landsting har plan som fastställts före 1960. Den äldsta är 8 år.

Anordningskostnaderna varierande

Enligt uppgifter som inkommit till centrala sjukvårdsberedningen uppgick byggnadskostnaderna under perioden 1953—1960 till sammanlagt 29 mkr, avseende 1 250 vårdplatser, samtliga i nybyggnad. Kostnaden per vårdplats uppgick i genomsnitt till 23 400 kronor. Räknat per vårdplats varierade kostnaderna under perioden mellan lägst 13 700 kronor och högst 43 300 kronor. Låga kostnader hänför sig i allmänhet till om- och tillbyggnader eller nybyggnad i anslutning till redan befintlig institution, varigenom värmeanläggningar, köks- och ekonomilokaler etc. kan göras gemensamma. Höga kostnader avser vanligen fristående sjukhem samt sjukhem med läkarmottagning m. m. Räknat per m³ uppgick byggnadskostnaderna under den angivna perioden till i genomsnitt 165 kronor. Kostnaderna varierade mellan lägst 115 och högst 214 kronor.

För tiden därefter kan nämnas, att byggnadskostnaderna per vårdplats enligt uppgifter inkomna till centrala sjukvårdsberedningen under första halvåret 1961 i genomsnitt uppgick till 23 900 kronor med variationer mellan 5 800 kronor (ombyggnad av sjukstuga) och 42 100 kronor (sjukhem med läkarmottagning). Under tiden 1/1—30/9 1962 var byggnadskostnaderna per vårdplats 28 000 kronor (varierande mellan 13 000 och 30 400 kronor) samt under tiden 1/1—30/9 1963 33 600 kronor (varierande mellan 21 800 och 55 100 kronor). Räknat per m³ uppgick byggnadskostnaden under de angivna perioderna till lägst 60—70 kronor (ombyggnad av sjukstuga och ålderdomshem) och högst 241 kronor.

Statsbidragsbestämmelserna

Bestämmelser om statsbidrag till anordnande av sjukhem för långvarigt kroppssjuka finns meddelade i kungörelse den 21 december 1951 angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av anstalter för kroniskt sjuka (SFS 1951: 820; ändr. 1954: 505). Genom denna kungörelse upphörde den tidigare i ämnet från år 1927 (SFS 1927: 245), genom vilken statsbidrag först införts, att gälla. Själva normerna för statsbidrag ändrades dessemellan, nämligen 1945 (SFS 1945: 335). Normerna av år 1945 upptogs sedermera oförändrade i 1951 års kungörelse.

Statsbidragets storlek är beroende av om nybyggnad uppförs, byggnad köps eller i sökandens ägo befintlig byggnad

tas i anspråk. I alla tre fallen gäller den gemensamma begränsningen för bidragets storlek att detta inte får överstiga hälften av — vid nybyggnad — byggnadskostnaderna, vari utgifter för anskaffande av tomt och inventarier inte får inräknas — vid köp av byggnad — köpesumman, i vad avser själva byggnaden jämte kostnaderna för erforderliga om- eller tillbyggnadsarbeten, samt — vid ianspråktagande av befintlig byggnad i sökandes ägo — kostnaderna för erforderliga om- eller tillbyggnadsarbeten.

Statsbidragets storlek är emellertid dubbelt begränsat, nämligen så att det utöver den vid allt slags anläggande stadgade hälften-begränsningen maximerats till visst belopp per vårdplats. Detta maximibelopp utgör vid nybyggnad 2 000 kronor (1927: 1 500), köp 1 500 kronor (1927: 1 000) samt vid ianspråktagande av i sökandens ägo befintlig byggnad 1 000 kronor (1927: 750).

Statsbidrag får inte utgå till fler vårdplatser än som motsvarar en viss andel av folkmängden. Enligt 1951 års kungörelse motsvarar det maximala antalet platser, för vilka bidrag kan utgå, i landstingsfri stad 0,75 promille av folkmängden i staden (1927: 0,5 ‰) och i landstingsområde 1,5 promille (1927: 1,0 ‰). Kvoterna har senast fastställts 1945. Genom 1945 års höjning av kvoterna till 1,5 promille i landstingsområde och 0,75 promille i landstingsfri stad ökade antalet platser, för vilka bidrag skulle kunna utgå, från 5 800 till 8 700.

Ca 5 miljoner i statsbidrag sedan 1950

Vid ingången av budgetåret 1950/51 fanns på anslaget Bidrag till uppförande m. m. av hem för kroniskt sjuka en reservation på ungefär 2 150 000 kronor. Under tiden fram till och med budgetåret 1962/63 har anvisats sammanlagt ungefär 3 215 700 kronor. I statsbidrag har under åren 1950/51—1962/63 utanordnats sammanlagt 4 811 617 kronor för anordnande av platser för långtidssjukvård. Utvecklingen belyses närmare i *tab. 5.*

Vid ingången av budgetåret 1963/64 fanns en reservation på anslaget av 559 638 kronor. Då för samma budgetår anvisats ett reservationsanslag av 500 000 kronor, fanns alltså vid början av budgetåret 1963/64 för ändamålet disponibla 1 059 638 kronor.

Tab. 5. Statsbidrag till anordnande av hem för långvarigt kroppssjuka

Budgetår	Av riksdagen anvisat belopp kronor	Nettoutgift kronor
1950/51	2 155 655 (inkl. reservation)	24 170
1951/52	100	373 512
1952/53	100	39 097
1953/54	100	216 418
1954/55	100	55 237
1955/56	300 000	186 892
1956/57	100 000	433 367
1957/58	100	603 230
1958/59	100	269 000
1959/60	265 000	417 830
1960/61	650 000	287 797
1961/62	950 000	643 285
1962/63	950 000	1 261 782
Summa kr	5 371 255	4 811 617

Sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka

Läget — 5 000 platser

Staten har varit huvudman för mentalsjukvården, som huvudsakligen ombesörjts vid statliga mentalsjukhus. Vid sidan härom har landstingen emellertid inrättat särskilda sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka. Statsbidrag till sådana sjukhem infördes 1937, då riksdagen fann det angeläget, att man snarast inrättade sjukhem i erforderlig utsträckning.

Utvecklingen i fråga om antalet vårdplatser vid landstingens och de landstingsfria städernas sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka under 1950-talet framgår av *tab. E* och *diagram 3* (tabellbilagan), där uppgifter redovisas för varje sjukvårdsområde.

Antalet vårdplatser på landstingens mentalsjukhem var vid slutet av 1950 3 271 och vid slutet av 1961 5 230. Uppgifter om platsantalet i relation till den totala folkmängden i varje sjukvårdsområde redovisas i *tab. F* (tabellbilagan). Platsantalet för 1950 i hela riket motsvarar 46 per 100 000 av folkmängden. För 1960 är relationstalet 69. På enskilda anstalter hade platsantalet under perioden 1950—1961 stigit från 724 till 1 320.

Följande sjukvårdsområden har i stort sett haft oförändrade platsantal under perioden, nämligen Södermanlands, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar läns södra landstingsområde, Blekinge, Kristianstads, Göteborgs och Bohus, Kopparbergs och Västerbottens.

För Gotlands län har under perioden inte redovisats något sjukhem drivet av landstinget. Göteborgs stad redovisar först 1960 ett hem med 77 platser.

Behovet av vårdplatser

Även i fråga om mentalsjukvården har man i olika sammanhang försökt att uppskatta platsbehovet. Som exempel kan nämnas följande.

Enligt en inventering av medicinalstyrelsen 1942 skulle antalet lättskötta psykiskt sjuka, som krävde omhändertagande på vårdhem, uppgå till 1,12 promille av befolkningen. Behovet av vårdplatser på sådana vårdhem beräknades uppgå till 6 000, de tre största städerna därvid inte medräknade.

Mentalsjukvårdsdelegationen anförde 1958 i sitt betänkande angående mentalsjukvården (SOU 1958: 38) att undersökningar gav vid handen, att det totala vårdplatsbehovet för psykiskt sjuka på mentalsjukhus och mentalsjukhem synes uppgå till omkring 5 promille av befolkningen. Enligt läkares bedömande krävde omkring 2 à 2,5 promille av befolkningen synnerligen kvalificerade sjukvårdsresurser. Mentalsjukvårdsdelegationen utgår emellertid ifrån att 4 promille av befolkningen behöver vård på mentalsjukhus och att 1 promille kan omhändertas på vårdhem eller i

familjevård. Andelen vårdbehövande är enligt delegationen större i storstäderna, uppskattningsvis 4,5 promille för mentalsjukhus och 1 à 1,5 promille för vårdhem och familjevård.

Enligt socialpolitiska kommitténs undersökningar i april 1962 redovisas inom mentalsjukvården ca 30 500 vårdplatser på lasarettskliniker och mentalsjukhus och något över 6 000 på sjukhem. Platsantalet på totalt 36 500 motsvarar 5 promille av hela befolkningen. Antalet patienter var sammanlagt 36 100, varav en tredjedel i åldern 67 år och däröver. 1,4 procent av antalet personer fyllda 67 år redovisades som patienter inom mentalsjukvården.

Av de 36 100 patienterna ansågs 4 100 böra få vård i annan form inom mentalsjukvårdens ram. Av dessa var en fjärdedel fyllda 67 år. För nära 2 600 av patienterna på mentalsjukhus, varav över 800 i åldern 67 år och däröver, angavs mentalsjukhem som adekvat vårdform. För över 500 bedömdes vård på psykiatrisk lasarettsklinik vara adekvat, för ca 400 kontrollerad familjevård samt för över 500 efterbehandling och konvalescentvård eller öppen vård. Något över 500 borde ges vård inom kroppssjukvården.

Å andra sidan fanns på olika håll utanför mentalsjukvården redovisade behov av vård inom denna vårdform. Bortsett från storstäderna redovisades bland de åldringar, som fick hjälp av hemsamarit o. d., sammanlagt 86, för vilka ansökan gjorts om intagning på mentalsjukhus eller mentalsjukhem. På ålderdomshemmen vårdades 203 åldringar, för vilka ansökan ingetts om plats på mentalsjukhus, samt 128, för vilka ansökan gjorts om intagning på mentalsjukhem. Enligt läkares bedömande borde 256 vårdas på mentalsjukhus och 483 på mentalsjukhem. Vidare angavs 1 210 vårdtagare ha anpassningssvårigheter på grund av senil demens, 270 på grund av endogen psykos samt 645 på grund av annan psykisk rubbning.

På lasarettskliniker eller sjukhem för långvarigt kroppssjuka redovisades närmare 400 patienter, de flesta fyllda 67 år, vilka borde vårdas inom mentalsjukvården.

Tages hänsyn till de lämnade uppgifterna om önskvärd annan placering, skulle platsbehovet på mentalsjukhus vara 26 000 à 27 000 motsvarande 3,6 promille av befolkningen. På mentalsjukhem borde finnas plats för omkring 9 000 patienter, motsvarande 1,2 promille av befolkningen. Det totala platsbehovet vore 35 000 à 36 000 eller 4,8 promille. I förhållande till nuläget borde alltså en omfördelning av platsresurser ske från mentalsjukhus till mentalsjukhem.

De till kommittén lämnade uppgifterna ger i stort sett samma resultat som mentalsjukvårdsdelegationens beräkningar.

Med hänsyn till att mentalsjukvården i sin helhet är föremål för omdaning både medicinskt och organisatoriskt är det särskilt vanskligt att beräkna det framtida platsbehovet på sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka.

Planering — ca 700 platser

Efter 1961 och fram till 1/10 1963 synes ingen platsökning ha ägt rum enligt vad som framgår av de uppgifter som landstingen lämnat till kommittén. Antalet platser som beräknas tillkomma under åren 1964, 1965 och 1966 uppgår till 680. Därmed skulle antalet vårdplatser i förhållande till folkmängden, vilket vid slutet av 1961 var 69 per 100 000 invånare, vid slutet av 1966 ha stigit till 77. Sjukvårdsområden med någon nämnvärd platsökning under de kommande

åren är Stockholms län, Kalmar läns södra landstingsområde och Göteborgs stad. Planeringen för varje sjukvårdsområde framgår av *tab. E* och *F* i tabellbilagan och *diagram 3*.

Enligt uppgifter från landstingen till kommittén har plan för vården av lättskötta psykiskt sjuka fastställts för 18 sjukvårdsområden medan sådan plan saknas för 11 sjukvårdsområden. Närmare uppgifter finnes redovisade i textbilagan tab. 11. För ett sjukvårdsområde är planen fastställd 1938, för 2 områden under 1940-talet, för 10 områden under 1950-talet och för 3 områden därefter. Landstinget i Stockholms län, vars plan fastställdes 1957, uppger att ny plan är under utarbetande. Från Göteborgs stad, som saknar fastställd plan, framhålles att plan skall utarbetas under den närmaste tiden.

Statsbidragsbestämmelserna

Statsbidrag till anordnande av sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka utgår enligt kungörelse den 4 juni 1937 (SFS 1937: 296; ändr. 1943: 298 och 1950: 277).

Statsbidrag utgår endast med belopp motsvarande halva anordningskostnaden dock högst med visst belopp per vårdplats. Maximibeloppet är detsamma som i 1927 års kungörelse i fråga om sjukhemmen för långvarigt kroppssjuka, dvs. 1 500 vid nybyggnad, 1 000 vid köp och 750 kronor vid ianspråktagande av i vederbörandes ägo befintlig byggnad. Maximibeloppet har inte ändrats, sedan statsbidraget infördes 1937.

Generell begränsning genom en kvotregel var stadgad i 1937 års kungörelse men upphävdes 1943. Kvotregeln innebar, att statsbidrag inte fick utgå till mer än det antal vårdplatser, som motsvarade 1,0 promille av folkmängden i landstingsområde eller landstingsfri stad.

Ca 2 miljoner i statsbidrag sedan 1950

Vid ingången av budgetåret 1950/51 fanns på anslaget Bidrag till uppförande, inrättande eller inlösen av vårdhem för lättskötta sinnessjuka en reservation på ca 586 000 kronor. Under tiden fram till och med budgetåret 1962/63 har anvisats sammanlagt 1 960 500 kronor. I statsbidrag har under åren 1950/51—1962/63 utanordnats sammanlagt 1 968 500 kronor. Utvecklingen belyses närmare i *tab. 6*.

Vid ingången av budgetåret 1963/64 fanns en reservation på anslaget av 577 799 kronor. Då för samma budgetår anvisats ett reservationsanslag av 110 000 kronor, fanns alltså vid början av budgetåret 1963/64 för ändamålet disponibla ca 688 000 kronor.

Tab. 6. Statsbidrag till anordnande av sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka

Budgetår	Av riksdagen anvisat belopp kronor	Nettoutgift kronor
1950/51	585 934 (inkl. reservation)	—
1951/52	100	74 500
1952/53	100	—
1953/54	100	30 000
1954/55	100	172 500
1955/56	140 000	104 603
1956/57	300 000	225 000
1957/58	35 000	46 000
1958/59	35 000	—
1959/60	400 000	443 500
1960/61	375 000	198 932
1961/62	400 000	439 500
1962/63	275 000	234 000
Summa kr	2 546 334	1 968 535

Kommitténs förslag

Ny syn på vården av långtidssjuka

Utvecklingen från början av 1900-talet, då vården av långvarigt kroppssjuka var en uppgift för fattigvården, till dagens syn på långtidssjukvården som en viktig del av sjukvården har gått stegvis. Först genom 1927 års kungörelse tog man från myndigheternas sida det första steget på vägen, då man började lämna bidrag till anordnande av sjukhem för kroniskt sjuka. De nya bestämmelserna 1945 innebar inga väsentliga ändringar. Huvudmannaskapet för långtidssjukvården var ännu vid denna tidpunkt blandat och förblev så. Både landstingen och primärkommunerna anordnade och drev sjukhem med bidrag av statsmedel. Först 1951 infördes skyldighet för landstingen att sörja för de långvarigt kroppssjuka i samma omfattning som för andra sjuka.

Under 1950-talet har anknytningen till sjukvården och sjukhusvården blivit allt fastare. Sjukvårdshuvudmännen har i stor utsträckning inlemmat långtidssjukvården i lasarettsvården. I socialpolitiska kommitténs undersökning avseende förhållandena den 1 oktober 1963 redovisas över 5 000 vårdplatser vid klinik eller avdelning för långvarigt kroppssjuka vid lasarett.

Numera torde det inte råda några delade meningar om att de patienter, som enligt gången terminologi betecknades som kroniskt sjuka, skall erhålla undersökning och aktiv behandling på sjukhus med kvalificerade diagnostiserings- och behandlingsresurser. Inga möjligheter får lämnas oprövade. Å andra sidan är för långvarigt sjuka det vanliga akutsjukhuset inte alltid den bästa vårdformen. Vård på ett sjukhem kan vara lämpligare.

Mera hemmiljö på sjukhemmen

Sjukhem är enligt sjukvårdslagen sådan institution som till huvudsaklig del är inrättad för vård av långvarigt kroppssjuka, vilka är i behov av sjukhusvård främst i form av personlig skötsel. Patienterna förutsättes alltså där inte vara i behov av den intensiva behandling, som kan komma i fråga på en lasarettsklinik eller på en avdelning av lasarett. Sjukhemsvården skall som annan sjukhusvård syfta till en sådan förbättring i patientens tillstånd att han kan lämna sjukhemmet och återvända hem. Man får emellertid räkna med att många patienter måste vistas på sjukhemmet under lång tid kanske flera år. Som beteckningen anger är det därför angeläget att på sjukhemmen inte bara lämnas god sjukvård utan även erbjudes en tillfredsställande hemmiljö.

När det gäller akutsjukhus måste man i allmänhet räkna med kortare vårdtider. Ingen patient kan eller vill betrakta ett sådant sjukhus som ett hem.

Ålderdomshemmen och sjukhemmen företer stora likheter i vissa avseenden. Likaväl som det på ålderdomshemmen

finns gamla som är mer eller mindre varaktigt sängliggande, finns det på sjukhemmen patienter som är uppegående och kan vistas i dagrum, terapilokaler m. m. På ålderdomshemmen strävar man efter att bereda de gamla en trivsam hemmiljö. På sjukhemmen däremot, bjuds patienten icke sällan en sjukhusmiljö. Sängen och nattygsbordet är ofta det enda personliga som sjukhemspatienten har.

Man bör sträva efter att så långt möjligt skapa hematmosfär på sjukhemmen. De långvarigt sjuka har rätt att ställa krav på en ljusare och trivsammare miljö än den som nu finns på många sjukhem. Sjukhemmen bör utrustas med dagrum och andra gemensamhetslokaler, och patientrummen bör vara sådana att de ger patienten hemkänsla. Patienterna på sjukhemmen bör inte i detta avseende ha det sämre än de gamla på ålderdomshemmen. Man har i stor utsträckning lyckats få bort anstaltsprägeln på ålderdomshemmen. Man bör sträva efter att få bort anstaltsprägeln på sjukhemmen.

Men också större behandlingsresurser

Även om sjukhemmen enligt sjukvårdslagen skall ta hand om patienter, som kräver sjukhusvård främst i form av personlig skötsel, torde det vara angeläget att sjukhemmen i viss utsträckning kan ge sina patienter en aktiv behandling. Ju mera behandling man kan ge på sjukhemmen, desto flera tillfälligt sjuka kan få vård på akutsjukhusen och utnyttja deras kvalificerade resurser för diagnostisering och behandling. Det är därför angeläget, att man planerar och utformar nya sjukhem så att de har goda diagnostiserings- och behandlingsresurser samt goda tekniska hjälpmedel för att underlätta vårdarbetet. Detta innebär också, att de kan böra förläggas i närheten av andra vårdenheter.

Långtidssjuka i andra vårdformer

I socialpolitiska kommitténs patientinventering i april 1962 framkom, att av 5 200 patienter på medicinska kliniker 250 eller nära 5 procent enligt läkarnas bedömande borde vårdas i sjukhem för långvarigt kroppssjuka. Av 4 700 patienter på kirurgiska kliniker borde 123 eller ca 2,5 procent samt av 1 183 patienter på andra kliniker och odelade lasarett borde 43 (3,6 %) ha sådan vård. I genomsnitt ansågs 3,7 procent av patienterna på akutsjukhusen böra vårdas på sjukhem för långvarigt kroppssjuka. Appliceras nämnda genomsnittstal på samtliga patienter inom akutsjukvården borde ca 1 350 som nu vårdas på akutsjukhus vårdas på sjukhem.

Utbyggnaden av långtidssjukvården torde vara en av de väsentligaste orsakerna till den minskning av antalet långvarigt kroppssjuka på ålderdomshemmen, som ägt rum under 1950-talet. Problemet finns emellertid kvar, särskilt inom vissa landstingsområden. På många håll arbetar man under svåra förhållanden för att kunna ta hand om gamla, som är i behov av mera kvalificerad vård. Ålderdomshemmen saknar i allmänhet såväl personella resurser som behandlingsresurser i övrigt. Enligt de uppgifter som inkom till socialpolitiska kommittén hade bortsett från Stockholms stad ansökan om intagning på institution för långvarigt kroppssjuka ingivits för 1 012 gamla, som vårdades på ålderdomshemmen. Enligt bedömning av hemmens läkare borde 1 916 erhålla vård inom långtidssjukvården.

Enligt socialpolitiska kommitténs undersökningar kan antalet aktuella hjälp-

fall inom den öppna åldringsvården, när det gäller hemhjälps- och hemsamaritverksamhet, beräknas till ca 46 000. Omkring 8 000 personer har hemsjukvårdsbidrag och torde i princip vara patienter inom långtidssjukvården. Trots alla ansträngningar och uppoffringar som görs från anhörigas och andras sida torde man kunna utgå från att många i hemmen inte alltid kan erhålla en adekvat vård. Många gånger blir vården i hemmet till en börda både för den sjuke och för de anhöriga. Det är därför angeläget att för patienter i öppen vård skapa ökade vårdresurser inom den institutionella långtidssjukvården. Enligt de uppgifter som lämnats till kommittén hade, om man bortser från de tre storstäderna, ansökan om vård på institution inom långtidssjukvården ingivits för 556 gamla.

En snabb och kraftig utbyggnad av långtidssjukvården nödvändig

Långtidssjukvården intar en nyckelställning både inom sjukvården och den sociala åldringsvården. Utbygges långtidsvården i tillräcklig omfattning frigöres platser på akutsjukhusen för diagnostisering och behandling. Personer som nu vårdas på ålderdomshem eller i öppen vård kan ges en mera adekvat vård.

Som framgår av den tidigare redogörelsen hade landstingen och landstingsfria städerna den 1 oktober 1963 något över 15 000 vårdplatser inom vården av långvarigt kroppssjuka. Härtill kommer kommunala och enskilda sjukhem med sammanlagt ca 6 000 vårdplatser enligt uppgifter till kommittén i april 1962. Totalt finns alltså i landet omkring 21 000 platser för vård av långvarigt kroppssjuka.

Platsbehovet är svårt att beräkna bl. a. med hänsyn till de dolda vårdbehov som föreligger. Enligt de metoder som läkarprognosutredningen för sin del tillämpar skulle behovet vara ca 34 000 platser den 1 oktober 1963. Om hänsyn tas även till personer med hemsjukvårdsbidrag, är platsbehovet enligt socialpolitiska kommitténs undersökning totalt för landet i varje fall 10 000 vårdplatser utöver vad som nu finns.

Genom beslutade åtgärder räknar sjukvårdshuvudmännen med ett nettotillskott på ca 6 000 vårdplatser fram till den 1 januari 1967, då det sammanlagda platsantalet i sjukvårdshuvudmännens regi alltså skulle uppgå till drygt 21 000. Härtill kommer platserna vid kommunala och enskilda sjukhem. Blir deras antal oförändrat 6 000, skulle totalt finnas 27 000 platser att tillgå vid nämnda tidpunkt. Platsbehovet kan emellertid under inga förhållanden antas vara mindre än 35 000 platser. Trots den beslutade utbyggnaden skulle ändå finnas ett platsunderskott på minst 8 000 platser den 1 januari 1967.

Av det redovisade nettotillskottet uppges nästan hälften (2 700 av de 6 000 platserna) tillkomma 1966. Detta kan tyda på en viss osäkerhet i bedömningen av när platserna kan tas i bruk. I själva verket kan nettotillskottet bli mindre. Platsbehovet kan, trots utbyggnaden, den 1 januari 1967 fortfarande vara minst 10 000 över det då befintliga.

Det under treårsperioden angivna nettotillskottet på ca 6 000 platser fördelar sig med 3 200 platser på fristående sjukhem och med 2 800 platser på övriga sjukvårdsformer inom långtidssjukvården.

De nuvarande statsbidragen har ingen stimulerande effekt

När det gäller statsbidragets storlek, kan utan vidare sägas, att det inte sti-

mulerar tillkomsten av nya vårdplatser inom långtidssjukvården. De nuvarande beloppen fastställdes 1945 och utgör en ringa del av de faktiska byggnadskostnaderna av i dag.

Statsbidraget har inte bara förlorat effektiviteten som stimulans till utbyggnad av långtidssjukvården, utan det föreligger tvärtom risk för att statsbidragssystemet numera verkar återhållande på utbyggnaden. Genom kvotbestämmelserna — grundade ursprungligen på undersökningar av 1907 års fattigvårdslagstiftningskommitté — är landstingen nu i ringa utsträckning berättigade till bidrag på grund av att de fyllt sin kvot.

Statens insats — ett tidsbegränsat stöd

Platssituationen inom långtidssjukvården samt det snabbt ökande antalet åldringar kräver extraordinära insatser från sjukvårdshuvudmännens och statens sida. Staten bör medverka till att sjukvårdshuvudmännen snabbt kan genomföra den utbyggnad som beslutats så att först och främst det beräknade nettotillskottet på ca 6 000 vårdplatser på sjukhem fram till den 1 januari 1967 verkligen kommer till stånd. Staten bör stimulera till en utbyggnad härutöver. Målet bör vara att inom rimlig tid åstadkomma en sådan utbyggnad av långtidssjukvården att alla som är i behov därav skall kunna beredas adekvat vård inom denna vårdgren.

Socialpolitiska kommittén finner det angeläget, att staten nu som ett första steg i upprustningen av åldringsvården bidrar till att skapa förutsättningar för att en snabb och kraftigare utbyggnad av långtidssjukvården påbörjas. Ett särskilt stöd från statens sida bör vara tidsbegränsat så att det understryker statsmakternas önskan att stimulera till en omedelbar kraftinsats. Stödet bör lämnas i form av lån och begränsas till anordnande av separata sjukhem för långvarigt sjuka. De platser för långtidsvård, som är planerade inom andra sjukhusenheter, bör finansieras på samma sätt som de sjukhus i vilka de ingår. Det statliga stödet till fristående sjukhem får inte ha till effekt att utbyggnaden av andra vårdformer inom långtidssjukvården eftersättes. Kommittén anser sig inte ha anledning att pröva frågan om finansieringen av sjukhusbyggen i allmänhet.

Det föreligger ett påtagligt behov av en utbyggnad även av mentalsjukhemmen. På ålderdomshemmen bor f. n. enligt tillgängliga uppgifter åtskilliga personer med senil demens. Det synes därför rimligt att staten lämnar lån till anordnande av sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka eller för patienter med senil demens. Villkoren bör i dessa fall bli desamma som vid lån till anordnande av sjukhem för långvarigt kroppssjuka. Man skulle med andra ord inte skilja på sjukhem för olika kategorier sjuka.

Statliga lån med 30 000 kronor per plats

Kommittén föreslår, att statliga lån lämnas landsting och landstingsfria städer för anordnande av sjukhem i nybyggnader eller häremot svarande till- och ombyggnader, vilka påbörjas under tiden fr. o. m. den 25 november 1963 t. o. m. den 31 december 1966. Lån bör kunna lämnas med högst 30 000 kronor för varje vårdplats, som utgör ett nettotillskott till platsantalet. Är byggnadskostnaden lägre, begränsas lånet till den verkliga kostnaden. Ersättandet av gamla platser bör finansieras av sjukvårdshuvudmännen.

Det planerade nettotillskottet vårdplatser i fristående sjukhem för långvarigt kroppssjuka under den angivna

treårsperioden anges till 2 200 vårdplatser om man bortser från platser som redan är under byggnad. I fråga om mentalsjukhemmen beräknas nettotillskottet till 300 vårdplatser exkl. platser under byggnad. Kommittén räknar med att i första hand dessa platser kommer till stånd inom ifrågavarande tidsperiod. Det statliga stödets viktigaste uppgift är emellertid att stimulera till ökade insatser från sjukvårdshuvudmännens sida än de redan beslutade. Ökningen av platsantalet bör snabbt bringas upp till åtminstone 2 000 à 3 000 per år, alltså årligen med ungefär det platsantal, som nettotillskottet enligt planerna uppgår till under år 1966. Man torde få räkna med att ca 50 à 60 procent av dessa platser anordnas i fristående sjukhem. Med hänsyn till dels den redan planerade utbyggnaden, dels den ytterligare utbyggnad, som det ekonomiska stödet kan stimulera, bör man räkna med lån till anordnande av ca 5 000 vårdplatser i fristående sjukhem under treårsperioden 1964—1966. För ändamålet bör beräknas maximalt lånebelopp, dvs. sammanlagt 150 mkr, att fördelas under en period av 4 à 5 år.

Den utbyggnad av långtidssjukvården, som socialpolitiska kommittén syftar till med sitt förslag, kommer att belasta sjukvårdshuvudmännen dels med de kostnader i samband med själva anordnandet, som inte täckes av lånet, dels med ökade driftkostnader för långtidssjukvården. Dessa kostnader kommer att vara betungande, allrahelst som landstingen under senare år fått nya kostnadskrävande uppgifter. Kommittén anser det därför skäligt att de föreslagna statliga lånen göres ränte- och amorteringsfria de första fem åren efter utbetalningen. Därefter bör statens normalränta tillämpas. Amorteringstiden bör vara 25 år.

Kommittén föreslår, att medel anvisas under Fonden för låneunderstöd budgetåret 1964/65 för anordnande av sjukhem för långtidssjuka. Frågan om medelsanvisning för därpå följande budgetår får senare tas upp till prövning.

Villkor för lån: välplanerade, välutrustade sjukhem med hematmosfär

Till en del har utbyggnaden av långtidssjukvården åstadkommits genom ianspråktagande av epidemisjukhus och tuberkulosanstalter, men också genom övertagande av ålderdomshem, som ansetts så föga lämpade för social åldringsvård att de ersatts av nya ålderdomshem. Även om man i en nödsituation får ha förståelse för provisorier och enklare anordningar kan det troligen inte förnekas, att vad som stundom kallas dålig sjukvård vid ålderdomshemmen efterträtts av inadekvat åldringssjukvård vid sjukhem. Liksom det finns exempel på föredömliga sjukavdelningar vid ålderdomshem, som drives med eller utan bidrag från landsting, finns i dagens läge långtidssjukhem, vilkas sjukvårdsresurser och utrustning i övrigt synes motivera kritiska omdömen.

Den långtidssjukvård som landstingen bör uppmuntras att planera och förverkliga bör utmärkas av en klar kvalitetsförbättring i jämförelse med såväl sjukvård på ålderdomshem som sjukvård i enskilda hem särskilt med hänsyn till att på sjukhemmen skall svårare sjuka åldringar tas om hand. Det är för den skull nödvändigt att landstingens planering avser tekniskt och personellt välutrustade, väl belägna institutioner för långtidssjukvård. Som regel torde gamla övergivna institutionsbyggnader inte vara lämpade. Man bör räkna med att långtidssjukvården måste byggas ut inte minst genom ny-

byggnader så utformade, att de verkligen gör skäl för namnet sjukhem. De bör inrättas på ett sådant sätt att de har verklig hemkaraktär, ger god sjukvård samt är lokaliserade och utrustade under hänsynstagande till att patienterna skall vistas där under lång tid.

Kostnaderna för anordnande av sjukhem varierar starkt. Anordnas sjukhemmet genom om- eller tillbyggnad eller genom nybyggnad i anslutning till redan befintlig institution är kostnaderna i allmänhet låga. För nybyggnad av fristående sjukhem är kostnaderna vanligen höga. Det föreslagna maximibeloppet för lån, 30 000 kronor per vårdplats, kan därför inte tas som norm för en allmänt godtagbar anordningskostnad eller som mått på sjukhemsstandarden. Beloppet kan således inte läggas till grund för en beräkning av byggnadskostnader och standard.

Ett ytterligare villkor: långsiktig plan

Som ytterligare villkor för lån bör gälla, att en väl underbyggd plan för utbyggnaden och ordnandet av långtidssjukvården inom sjukvårdsområdet företes. Inom flera landstingsområden har man under senare år gjort särskilda undersökningar och på grundval av dessa lagt upp planer på längre sikt beträffande sjukvården som helhet eller t. ex. för enbart långtidssjukvården. Dylika undersökningar är av stort värde inte bara för det landsting, som utför eller utfört sådana utan även för andra landsting vid bedömningen av läget inom långtidssjukvården och planeringen för framtiden. Med tanke på de ökade krav, som på grund av ökningen av antalet åldringar kommer att ställas inte minst på åldringssjukvården, är det angeläget, att planeringsverksamheten intensifieras och organiseras. Vid planeringen bör särskild hänsyn tas till förhållandena på ålderdomshemmen och i den öppna vården. Landstingen bör vid planeringen samråda med kommunerna.

Någon central ledning av planeringsarbetet på långtidssjukvårdens område har inte kommit till stånd. Kommittén föreslår att medicinalstyrelsen får i uppdrag att fortlöpande inhämta uppgifter om planeringsarbetet inom långtidssjukvården hos landsting och storstäder. Styrelsen bör även med råd och upplysningar bidra till att åstadkomma ett program för långtidsvården inom varje sjukvårdsområde av sådan karaktär, att det kan ligga till grund för den framtida utbyggnaden.

Socialpolitiska kommittén har inte ansett sig böra försöka närmare ange vilka vårdfunktioner långtidssjukvården skall ha. Kommittén har förutsatt, att behovet av klart angivna mål och riktlinjer för verksamheten inom långtidssjukvården tillgodoses i annan ordning. Det synes angeläget att vårdgrenens funktioner på längre sikt prövas på nytt med hänsyn till den medicinska utvecklingen. Under tiden måste emellertid utbyggnaden av vårdresurserna fortgå.

Kommittén förutsätter, att de centrala sjukvårdsmyndigheterna erhåller den personal och de övriga resurser, som kan vara erforderliga för en snabb och effektiv handläggning av ärenden rörande planering, långivning m. m. Kommittén förordar vidare, att särskild administrativ och medicinsk expertis avdelas för åldringssjukvårdens utbyggnad.

Lån bör enligt de angivna villkoren beviljas och utbetalas av medicinalstyrelsen. Sjukvårdshuvudman, som önskar komma i åtnjutande av lån till sjukhem på angivna villkor, bör inkomma med framställning härom till medicinalstyrelsen redan på ett förberedande stadium. För tids vinnande bör ärendet samtidigt insändas till centrala sjuk-

vårdsberedningen för granskning. Sedan centrala sjukvårdsberedningen granskat och godkänt projektet ur de synpunkter beredningen har att företräda, fattar medicinalstyrelsen vid bifall till framställningen preliminärt beslut om lån till sjukhemmet. Då sjukhemmet färdigställts får sjukvårdshuvudmannen inkomma till medicinalstyrelsen med slutlig ansökan om lån. Om uppställda villkor på detta stadium t. ex. på grund av förseningar o. d. inte är uppfyllda eller finns i övrigt anledning att medge undantag från de stipulerade villkoren, bör Kungl. Maj:t äga befogenhet att efter särskild prövning ändå kunna bevilja lån till anordnande av sjukhem.

Tillgång till personal en förutsättning

En förutsättning för utbyggnaden av långtidssjukvården är liksom inom andra vårdområden att personal finns att tillgå. Nya sjukhem bör utformas och förläggas så att tillgången till personal, så långt möjligt tryggas.

Bristen på personal är en nyckelfråga inom både sjukvården och socialvården. Det gäller här frågor rörande personalrekrytering, personalutbildning, bostäder och andra svårlösta problem. Samhällets uppmärksamhet är riktad på dessa frågor i andra sammanhang. Flera kommittéer och utredningar har tidigare behandlat personalproblemen. Här kan nämnas läkarprognosutredningen (SOU 1961: 8) och ÖHS-kommittén (1963: 21). Vidare kan erinras om 1961 års samarbetsgrupp för främjande av rationaliseringsåtgärder inom sjukvården m. m. F. n. behandlas personalfrågor bl. a. av rådet för sjukhusdriftens rationalisering, som inrättades vid centrala sjukvårdsberedningens sida den 1 december 1962, mentalsjukvårdens personaldelegation, kommittén för behandling av frågan om utbildning av viss sjukvårdspersonal (samarbetskommitté, tillsatt av medicinalstyrelsen, arbetsmarknadsstyrelsen och överstyrelsen för yrkesutbildning) samt 1962 års utredning angående sjuksköterskeutbildningen.

Socialpolitiska kommittén vill i detta sammanhang endast understryka, att den föreslagna utbyggnaden av långtidssjukvården inte torde medföra minskade personalbehov inom andra vårdområden. Kommitténs förslag innebär därför att ytterligare ansträngningar måste göras för att i snabb takt öka personaltillgången.

De nuvarande statsbidragen kan slopas

Statsbidragens tekniska utformning och existens är f. n. föremål för utredning i kroppssjukvårdens statsbidragsutredning. Socialpolitiska kommittén har inte för avsikt att föregripa denna utredning eller dess uppgift att från tekniska utgångspunkter granska statsbidragssystemet. Kommittén anser emellertid, att de nuvarande statsbidragen till anordnande av sjukhem för långvarigt kroppssjuka och mentalsjukhem kan slopas vid ett genomförande av kommitténs nu framlagda förslag.

Utbyggnad även av långtidssjukvården i övrigt

Kommitténs förslag syftar till en snabb utbyggnad av långtidssjukvården, eftersom denna intar en nyckelställning inom åldringsvården. Förslaget innebär statligt stöd till byggande av fristående sjukhem, men därmed är inte sagt, att dessa som vårdform skall ges företräde inom långtidssjukvården. Utbyggnaden av andra former, såsom lasarettskliniker och lasarettsavdelningar, måste fortsättas i oförminskad eller ökad takt. Även andra grenar av sluten eller öppen vård, som rör åldringar, måste byggas ut. Alla ökade resurser, som skapas, torde snabbt tas i anspråk av det ökande antalet åldringar.

Sammanfattning

Socialpolitiska kommittén redovisade i september 1963 i rapporten »Åldringsvårdens läge» (SOU 1963: 47) resultatet av sin kartläggning av åldringsvården. Av undersökningarna rörande sjukvårdens resurser och patientsammansättning framgår i hur hög grad sjukvården utgör en medicinsk åldringsvård. Kartläggningen visar, att långtidssjukvården intar en nyckelställning inom åldringsvården.

Det totala antalet vårdplatser för långvarigt kroppssjuka på institutioner drivna av landstingen och sjukvårdsstyrelserna i de landstingsfria städerna utgjorde den 1 oktober 1963 ca 15 500. Räknas med även vårdplatser på sjukhem i socialnämndernas regi och på enskilda sjukhem uppgick platsantalet totalt inom långtidsvården till över 21 000.

Enligt uppgifter från landstingen och de landstingsfria städerna vid en av kommittén verkställd snabbinventering föreligger beslut om en utbyggnad av vården för långvarigt kroppssjuka med 9 500 platser, vilka beräknas medföra ett nettotillskott av 6 000 platser under tiden t. o. m. 1966. Hälften av de beslutade platserna avser fristående sjukhem. Av de nämnda 6 000 platserna var den 1 oktober 1963 2 400 under byggnad. I fråga om vården av lättskötta psykiskt sjuka beräknas tillkomma ca 700 platser på sjukhem under samma tid.

Platsbehovet är svårt att beräkna bl. a. med hänsyn till det dolda behov, som inte kommer fram vid gjorda undersökningar eller i form av ansökningar om vårdplats. Platsbehovet totalt för landet synes kunna uppskattas till i varje fall minst 10 000 vårdplatser utöver vad som nu finns.

Platssituationen inom långtidssjukvården samt det snabbt ökande antalet åldringar kräver extraordinära insatser från sjukvårdshuvudmännens och statens sida. Staten bör medverka till att sjukvårdshuvudmännen snabbt kan genomföra den utbyggnad som beslutats så att först och främst det beräknade nettotillskottet på ca 6 000 vårdplatser på sjukhem för långvarigt kroppssjuka fram till den 1 januari 1967 verkligen kommer till stånd. Staten bör även stimulera till en utbyggnad härutöver. Målet bör vara att inom rimlig tid åstadkomma en sådan utbyggnad av långtidssjukvården att alla som är i behov därav skall kunna beredas adekvat vård inom denna vårdgren.

Kommittén föreslår, att statliga lån lämnas landsting och landstingsfria städer för anordnande av sjukhem för långvarigt kroppssjuka samt mentalsjukhem i nybyggnader eller häremot svarande till- och ombyggnader vilka påbörjas under tiden från den 25 november 1963 t. o. m. den 31 december 1966. Lån bör kunna lämnas med högst 30 000 kronor för varje vårdplats, som utgör ett nettotillskott till platsantalet. Är byggnadskostnaden lägre, begränsas lånet till den verkliga kostnaden. Man

bör räkna med lån till anordnande av ca 5 000 vårdplatser i fristående sjukhem under treårsperioden 1964—1966. För ändamålet bör beräknas maximalt lånebelopp, d. v. s. sammanlagt 150 mkr, att fördelas under en period av 4 à 5 år. Enligt förslaget skall lånen vara ränte- och amorteringsfria de första fem åren efter utbetalningen. Amorteringstiden bör vara 25 år. Som villkor för lån bör gälla, att hemmen är välplanerade och välutrustade samt har hematmosfär. Som ytterligare villkor bör gälla att sjukvårdshuvudmännen företer en långsiktig plan för långtidssjukvården. Kommittén förutsätter, att de centrala sjukvårdsmyndigheterna erhåller den personal och de övriga resurser, som kan vara erforderliga för en snabb och effektiv handläggning av ärenden rörande planering, långivning m. m.

TABELLBILAGA

Tab. A. Antal platser inom vården av långvarigt kroppssjuka den 31/12 åren 1950—1966 (fristående sjukhem samt vissa platser vid lasarett, sjukstugor, tuberkulos- och epidemivårdsanstalter)

Avser landstingens anstalter

Sjukvårdsområde	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962 12/4	1963 1/10	Beräknat 1964	Beräknat 1965	Beräknat 1966	Länsbokstav
Stockholms stad	841	958	[1]2 227	2 498	2 497	2 525	2 557	[2]610	640	645	947	999	907	907	907	1 131	1 409	A
Stockholms län	382	391	403	404	403	425	429	469	538	519	527	669	675	976	1 088	1 088	1 109	B
Uppsala län	102	122	142	163	229	246	320	320	320	350	379	387	484	475	699	751	751	C
Södermanlands län	191	190	190	190	190	190	229	229	285	337	334	378	394	488	488	600	980	D
Norrköping	[3]—	[3]—	[3]126	136	220	236	236	233	231	236	236	236	236	319	319	319	319	EN
Östergötlands (övr.) län	188	188	268	268	268	299	297	306	320	401	401	449	488	[4]528	536	536	596	E
Jönköpings län	315	315	315	361	359	375	431	431	431	446	534	534	534	583	626	724	872	F
Kronobergs län	87	87	112	112	114	114	139	160	159	199	268	268	268	259	285	435	535	G
Kalmar norra län	141	141	167	167	167	168	168	192	192	243	273	273	304	303	328	331	331	Hn
Kalmar södra län	41	40	55	81	157	158	158	158	159	211	238	274	244	289	315	340	340	Hs
Gotlands län	107	107	107	107	107	102	103	103	103	143	147	147	147	147	178	178	178	I
Blekinge län	57	57	57	110	110	110	157	215	215	265	290	285	285	285	285	345	345	K
Kristianstads län	161	185	210	210	210	254	320	340	372	410	409	410	410	432	493	493	605	L
Malmö	161	161	[5]587	590	590	591	612	628	628	629	629	629	629	840	840	840	1 260	MM
Hälsingborg	25	25	[6]165	153	211	243	241	[7]96	96	96	219	219	219	680	805	873	926	MH
Malmöhus (övr.) län	271	351	313	351	385	357	403	502	490	366	386	386	386					M
Hallands län	48	48	108	129	169	169	197	237	267	317	317	337	355	354	430	390	390	N
Göteborg	259	293	297	175	274	[8]804	856	941	941	1 005	1 047	1 047	1 046	1 162	1 281	1 431	1 431	OG
Göteborgs o. Bohus (övr.) län	124	122	143	239	191	191	311	329	346	374	356	371	436	426	568	643	722	O
Älvsborgs län	256	302	310	404	465	439	453	451	561	601	596	566	583	[9]605	703	800	900	P
Skaraborgs län	187	187	210	168	293	295	264	329	324	392	443	478	478	588	606	625	625	R
Värmlands län	147	147	212	228	325	406	455	488	449	509	515	515	522	515	735	770	970	S
Örebro län	30	28	168	232	385	415	436	492	548	564	664	766	750	829	901	901	1 001	T
Västmanlands län	173	225	228	238	238	235	233	223	237	237	358	358	358	378	378	378	378	U
Kopparbergs län	215	227	205	235	285	329	366	389	426	422	449	492	541	577	617	786	1 291	W
Gävle	—	—	44	44	44	44	44	[2]—	—	22	[10] 98	128	545	654	654	762	870	XG
Gävleborgs (övr.) län	68	68	35	171	178	230	269	331	344	424	451	450						X
Västernorrlands län	77	100	100	176	233	307	343	344	344	442	433	465	503	560	608	714	714	Y
Jämtlands län	70	92	92	92	92	114	137	160	166	166	216	216	216	224	298	298	298	Z
Västerbottens län	78	78	80	87	138	176	192	178	218	218	296	324	360	511	571	571	571	AC
Norrbottens län	338	354	356	427	460	515	529	545	525	549	577	569	572	597	718	768	818	BD
Landstingsanstalter	5 140	5 589	8 032	8 946	9 987	11 062	11 885	10 429	10 875	11 738	13 033	13 625	13 875	15 491	17 260	18 821	21 535	
Primärkommunala anstalter	3 416	3 255	1 502	1 426	1 249	1 138	1 203	3 087	3 161	3 490	4 337	4 436						
Enskilda anstalter	619	627	636	760	747	708	706	706	739	795	1 277	1 540						
Summa	9 175	9 471	10 170	11 132	11 983	12 908	13 794	14 222	14 775	16 023	18 647	19 601						

[1] Anstalter med 1 269 platser (1952) har före 1952 redovisats bland anstalter för kroniskt sjuka vid ålderdomshem (Högalids vårdhem m. fl.).

[2] Anstalter i Stockholm (Högalids vårdhem m. fl.) och Gävle, som 1952—1956 redovisats som landstingsanstalter, har 1957, såsom lydande under socialvårdsmyndighet, hänförts till primärkommunala anstalter.

[3] Sandbyhovs sjukhus med 126 platser har 1950 och 1951 redovisats bland anstalter för kroniskt sjuka vid ålderdomshem men därefter bland landstingsanstalter.

[4] Landstinget förfogar dessutom över 203 vårdplatser på primärkommunala anstalter.

[5] Värnhems vårdhem med 426 platser har 1950 och 1951 redovisats bland anstalter för kroniskt sjuka vid ålderdomshem.

[6] Vårdhemmet Bergalid med 140 platser (1952) har 1951 redovisats bland anstalter för kroniskt sjuka vid ålderdomshem.

[7] Vårdhemmet Bergalid har utgått ur redovisningen bland landstingsanstalter. Anstalten har 1957 och 1958 ej heller redovisats bland primärkommunala anstalter men väl 1959.

[8] Ökningen avser Vasa sjukhus, vars platser för långtidssjuka före 1955 till större delen redovisats vid medicinsk avdelning vid lasarett.

[9] Landstinget förfogar dessutom över 150 vårdplatser på primärkommunala anstalter.

[10] Södertulls sjukhus har 1957—1959 såsom lydande under socialvårdsmyndighet redovisats som primärkommunal anstalt. 1960 redovisas anstalten åter som landstings-(motsvarande) anstalt.

Tab. A 1. Antalet platser inom vården av långvarigt kroppssjuka den 31/12 åren 1950—1961 (fristående sjukhem samt vissa platser på lasarett, sjukstugor, tuberkulos- och epidemivårdsanstalter)

Avser landstings- och primärkommunala anstalter

Sjukvårdsområde	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1961 Inkl. ensk. hem	Länsbokstav
Stockholms stad	1 910	2 033	2 227	2 498	2 497	2 525	2 557	2 624	2 747	2 803	3 283	3 345	3 838	A
Stockholms län	493	472	511	516	514	545	559	604	666	670	638	790	1 117	B
Uppsala län	136	156	176	197	263	280	354	354	350	380	616	564	564	C
Södermanlands län	216	215	212	212	217	196	235	235	291	343	519	563	595	D
Norrköping	126	126	126	136	220	236	236	233	231	236	236	236	320	EN
Östergötlands (övr.) län	257	257	337	337	337	403	400	409	424	530	595	643	678	E
Jönköpings län	351	351	351	397	395	411	467	467	467	475	641	644	715	F
Kronobergs län	111	116	136	131	133	126	151	172	171	224	310	310	321	G
Kalmar norra län	141	141	167	167	167	168	168	192	192	243	273	273	273	Hn
Kalmar södra län	97	101	115	132	218	218	212	212	213	303	325	366	382	Hs
Gotlands län	134	133	133	133	133	128	129	129	129	169	173	173	203	I
Blekinge län	125	125	98	151	151	151	198	256	256	285	320	342	342	K
Kristianstads län	166	190	215	215	215	254	320	340	372	410	449	410	451	L
Malmö	577	575	587	590	590	591	612	628	628	629	629	629	634	MM
Hälsingborg	25	157	165	153	211	243	241	96	96	244	219	219	259	MH
Malmöhus (övr.) län	409	489	451	439	473	445	491	540	540	504	566	566	690	M
Hallands län	164	164	224	245	285	285	310	368	380	418	418	405	405	N
Göteborg	259	293	297	175	274	804	856	941	941	1 005	1 047	1 047	1 173	OG
Göteborgs o. Bohus (övr.) län	258	224	252	338	296	288	399	374	379	412	411	432	432	O
Älvsborgs län	296	342	350	431	484	456	470	468	577	617	710	695	752	P
Skaraborgs län	295	298	316	276	387	356	331	386	384	452	481	512	512	R
Värmlands län	283	283	348	358	438	509	550	544	506	566	588	590	590	S
Örebro län	205	108	248	413	433	445	485	545	646	618	764	863	863	T
Västmanlands län	270	233	236	246	238	235	233	223	237	237	463	485	490	U
Kopparbergs län	238	250	227	247	299	343	380	389	426	422	542	624	624	W
Gävle	102	44	44	44	44	44	44	42	42	120	98	128	141	XG
Gävleborgs (övr.) län	197	197	210	276	283	335	413	435	438	515	538	496	496	X
Västernorrlands län	167	202	202	278	326	350	404	416	387	454	557	589	619	Y
Jämtlands län	86	103	103	103	103	125	148	171	177	177	216	216	216	Z
Västerbottens län	102	102	104	111	152	190	206	178	218	218	309	337	337	AC
Norrbottens län	360	364	366	427	460	515	529	545	525	549	577	569	569	BD
Landstings- och primärkommunala anstalter	8 556	8 844	9 534	10 372	11 236	12 200	13 088	13 516	14 036	15 228	[1]17 511	18 061	19 601	
Enskilda anstalter	619	627	636	760	747	708	706	706	739	795	1 277	1 540		
Summa	9 175	9 471	10 170	11 132	11 983	12 908	13 794	14 222	14 775	16 023	18 647	19 601		

Tab. B. Nettotillskottet platser inom vården av långvarigt kroppssjuka åren 1951—1966 (fristående sjukhem samt vissa platser vid lasarett, sjukstugor, tuberkulos- och epidemivårdsanstalter)

Avser landstingens anstalter

Sjukvårdsområde	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1951—1961	1962—1963 1/10	Beräknat för 1/10 1963—31/12 1964	1965	1966	1/10 1963—1/1 1967
Stockholms stad ..	117	1 269	271	—1	28	32	—1947	30	5	302	52	158	—92	—	224	278	502
Stockholms län....	9	12	1	—1	22	4	40	69	—19	8	142	287	307	112	—	21	133
Uppsala län.....	20	20	21	66	17	74	—	—	30	29	8	285	88	224	52	—	276
Södermanlands län	—1	—	—	—	—	39	—	56	52	—3	44	187	110	—	112	380	492
Norrköping.....	—	126	10	84	16	—	—3	—2	5	—	—	236	83	—	—	—	—
Östergötlands (övr.) län.....	—	80	—	—	31	—2	9	14	81	—	48	261	79	8	—	60	68
Jönköpings län....	—	—	46	—2	16	56	—	—	15	88	—	219	49	43	98	148	289
Kronobergs län....	—	25	—	2	—	25	21	—1	40	69	—	181	—9	26	150	100	276
Kalmar norra län .	—	26	—	—	1	—	24	—	51	30	—	132	45	25	3	—	28
Kalmar södra län .	—1	15	26	76	1	—	—	1	52	27	36	233		26	25	—	51
Gotlands län.....	—	—	—	—	—5	1	—	—	40	4	—	40	—	31	—	—	31
Blekinge län.....	—	—	53	—	—	47	58	—	50	25	—5	228	—	—	60	—	60
Kristianstads län..	24	25	—	—	44	66	20	32	38	—1	1	219	22	61	—	112	173
Malmö.....	—	426	3	—	1	21	16	—	1	—	—	468	211	—	—	420	420
Hälsingborg.....	—	140	—12	58	32	—2	—145	—	—	123	—	194	75	125	68	53	246
Malmöhus (övr.) län.....	80	—38	38	34	—28	46	99	—12	—124	20	—	115					
Hallands län.....	—	60	21	40	—	28	40	30	50	—	20	289	17	76	—40	—	36
Göteborg.....	34	4	—122	99	530	52	85	—	64	42	—	788	115	119	150	—	269
Göteborgs o. Bohus (övr.) län.....	—2	21	96	—48	—	120	18	17	28	—18	15	247	55	142	75	79	296
Älvsborgs län.....	46	8	94	61	—26	14	—2	110	40	—5	—30	310	39	98	97	100	295
Skaraborgs län....	—	23	—42	125	2	—31	65	—5	68	51	35	291	110	18	19	—	37
Värmlands län....	—	65	16	97	81	49	33	—39	60	6	—	368	—	220	35	200	455
Örebro län.....	—2	140	64	153	30	21	56	56	16	100	102	736	63	72	—	100	172
Västmanlands län .	52	3	10	—	—3	—2	—10	14	—	121	—	185	20	—	—	—	—
Kopparbergs län ..	12	—22	30	50	44	37	23	37	—4	27	43	277	85	40	169	505	714
Gävle.....	—	44	—	—	—	—	—44	—	22	76	30	128	76	—	108	108	216
Gävleborgs (övr.) län.....	—	—33	136	7	52	39	62	13	80	27	—1	382					
Västernorrlands län	23	—	76	57	74	36	1	—	98	—9	32	388	95	48	106	—	154
Jämtlands län.....	22	—	—	—	22	23	23	6	—	50	—	146	8	74	—	—	74
Västerbottens län .	—	2	7	51	38	16	—14	40	—	78	28	246	187	60	—	—	60
Norrbottens län...	16	2	71	33	55	14	16	—20	24	28	—8	231	28	121	50	50	221
Summa	449	2 443	914	1 041	1 075	823	—1456	446	863	1 295	592	8 485	1 866	1 769	1 561	2 714	6 044

Tab. B 1. Nettotillskottet platser inom vården av långvarigt kroppssjuka åren 1951—1961 (fristående sjukhem samt vissa platser på lasarett, sjukstugor, tuberkulos- och epidemivårdsanstalter)

Avser landstings- och primärkommunala anstalter

Sjukvårdsområde	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1951—1961
Stockholms stad	123	194	271	—1	28	32	67	123	56	480	62	1 435
Stockholms län	—21	39	5	—2	31	14	45	62	4	—32	152	297
Uppsala län	20	20	21	66	17	74	—	—4	30	236	—52	428
Södermanlands län	—1	—3	—	5	—21	39	—	56	52	176	44	347
Norrköping	—	—	10	84	16	—	—3	—2	5	—	—	110
Östergötlands (övr.) län	—	80	—	—	66	—3	9	15	106	65	48	386
Jönköpings län	—	—	46	—2	16	56	—	—	8	166	3	293
Kronobergs län	5	20	—5	2	—7	25	21	—1	53	86	—	199
Kalmar norra län	—	26	—	—	1	—	24	—	51	30	—	132
Kalmar södra län	4	14	17	86	—	—6	—	1	90	22	41	269
Gotlands län	—1	—	—	—	—5	1	—	—	40	4	—	39
Blekinge län	—	—27	53	—	—	47	58	—	29	35	22	217
Kristianstads län	24	25	—	—	39	66	20	32	38	39	—39	244
Malmö	—2	12	3	—	1	21	16	—	1	—	—	52
Hälsingborg	132	8	—12	58	32	—2	—145	—	148	—25	—	194
Malmöhus (övr.) län	80	—38	—12	34	—28	46	49	—	—36	62	—	157
Hallands län	—	60	21	40	—	25	58	12	38	—	—13	241
Göteborg	34	4	—122	99	[1]530	52	85	—	64	42	—	788
Göteborgs o. Bohus (övr.) län	—34	28	86	—42	—8	111	—25	5	33	—1	21	174
Älvsborgs län	46	8	81	53	—28	14	—2	109	40	93	—15	399
Skaraborgs län	3	18	—40	111	—31	—25	55	—2	68	29	31	217
Värmlands län	—	65	10	80	71	41	—6	—38	60	22	2	307
Örebro län	—97	140	165	20	12	40	60	101	—28	146	99	658
Västmanlands län	—37	3	10	—8	—3	—2	—10	14	—	226	22	215
Kopparbergs län	12	—23	20	52	44	37	9	37	—4	120	82	386
Gävle	—58	—	—	—	—	—	—2	—	78	[2]—22	[2]30	26
Gävleborgs (övr.) län	—	13	66	7	52	78	22	3	77	23	—42	299
Västernorrlands län	35	—	76	48	24	54	12	—29	67	103	32	422
Jämtlands län	17	—	—	—	22	23	23	6	—	39	—	130
Västerbottens län	—	2	7	41	38	16	—28	40	—	91	28	235
Norrbottens län	4	2	61	33	55	14	16	—20	24	28	—8	209
Hela riket	288	690	838	864	964	888	428	520	1 192	2 283	550	9 505

[1] Ökningen avser Vasa sjukhus, vars platser för långtidssjuka före 1955 till större delen redovisats vid medicinsk lasarettsavdelning.
[2] En anstalt med 22 platser är tillfälligt borta ur statistiken 1960. När den återkommer i redovisningen 1961 är dess platsantal 30.

Avser landstingens anstalter

Sjukvårdsområde	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	Beräknat 1964	Beräknat 1965	Beräknat 1966	Länsbokstav
Stockholms stad	131	150	[1]348	390	390	395	400	[1]95	100	101	148	156	142	142	142	177	220	A
Stockholms län	71	73	75	75	75	79	80	87	100	96	98	124	125	181	202	202	206	B
Uppsala län	32	38	44	51	72	77	100	100	100	109	118	121	151	148	218	235	235	C
Södermanlands län	67	67	67	67	67	67	80	80	100	118	117	133	138	171	171	211	344	D
Norrköping	[1]	[1]	55	59	95	102	102	101	100	102	102	102	102	138	138	138	138	EN
Östergötlands (övr.) län	59	59	84	84	84	93	93	96	100	125	125	140	153	165	168	168	186	E
Jönköpings län	73	73	73	84	83	87	100	100	100	103	124	124	124	135	145	168	202	F
Kronobergs län	55	55	70	70	72	72	87	101	100	125	169	169	169	163	179	274	336	G
Kalmar norra län	73	73	87	87	87	88	88	100	100	127	142	142	158	158	171	172	172	Hn
Kalmar södra län	26	25	35	51	99	99	99	99	100	133	150	172	153	182	198	214	214	Hs
Gotlands län	104	104	104	104	104	99	100	100	100	139	143	143	143	143	173	173	173	I
Blekinge län	27	27	27	51	51	51	73	100	100	123	135	133	133	133	133	160	160	K
Kristianstads län	43	50	56	56	56	68	86	91	100	110	110	110	110	116	133	133	163	L
Malmö	[1]26	[1]26	[1]93	94	94	94	97	100	100	100	100	100	100	134	134	134	201	MM
Hälsingborg	[1]26	[1]26	[1]172	159	220	253	251	[1]100	[1]100	[1]100	228	228	228	116	137	149	158	MH
Malmöhus (övr.) län	55	72	64	72	79	73	82	102	100	75	79	79	79					M
Hallands län	18	18	40	48	63	63	74	89	100	119	119	126	133	133	161	146	146	N
Göteborg	28	31	32	19	29	[1]85	91	100	100	107	111	111	111	123	136	152	152	OG
Göteborgs o. Bohus (övr.) län	36	35	41	69	55	55	90	95	100	108	103	107	126	123	164	186	209	O
Älvsborgs län	46	54	55	72	83	78	81	80	100	107	106	101	104	108	125	143	160	P
Skaraborgs län	58	58	65	52	90	91	81	102	100	121	137	148	148	181	187	193	193	R
Värmlands län	33	33	47	51	72	90	101	109	100	113	115	115	116	115	164	171	216	S
Örebro län	5	5	31	42	70	76	80	90	100	103	121	140	137	151	164	164	183	T
Västmanlands län	73	95	96	100	100	99	98	94	100	100	151	151	151	159	159	159	159	U
Kopparbergs län	50	53	48	55	67	77	86	91	100	99	105	115	127	135	145	185	303	W
Gävle	—	—	105	105	105	105	105	[2]100	100	152	233	305	141	169	169	197	225	XG
Gävleborgs (övr.) län	20	20	10	50	52	67	78	96	100	123	131	131						X
Västernorrlands län	22	29	29	51	68	89	100	100	100	128	126	135	146	163	177	208	208	Y
Jämtlands län	42	55	55	55	55	69	83	96	100	100	130	130	130	135	180	180	180	Z
Västerbottens län	36	36	37	40	63	81	88	82	100	100	136	149	165	234	262	262	262	AC
Norrbottens län	64	67	68	81	88	98	101	104	100	105	110	108	109	114	137	146	156	BD
Alla landstingsanst.	47	51	74	82	92	102	109	96	100	108	120	125	128	142	159	173	198	
Med prim. kom. anstalter	61	63	68	74	80	87	93	96	100	108	124	129						
Med prim. kom. o. ensk. anstalter	62	64	69	75	81	87	93	96	100	108	126	133						

[1] Se motsvarande not i tabellen med absoluta platsantal.

[2] Södertulls sjukhus redovisas som primärkommunal anstalt 1957—1959. Före och efter dessa år har sjukhuset redovisats som landsting-(motsvarande) anstalt, varför dess platsantal, 42 för år 1958, tages till bas för indexberäkningen.

Tab. D. Antalet platser inom vården av långvarigt kroppssjuka i relation till invånarantal

Sjukvårdsområde	Landstingens anstalter				Landstingens och primärkommunernas anstalter				
	Antalet platser i relation till antalet invånare fyllda 70 år Promille				Antalet platser i relation till antalet invånare fyllda 70 år Promille		Antalet platser i relation till totala antalet invånare Promille		
	1950 31/12	1960 1/11	1963 1/10	1966 31/12	1950 31/12	1960 1/11	1950 31/12	1960 1/11	1961 31/12
Stockholms stad	[1]21	[4]16	[6]14	[6]19	48	55	2,6	4,1	4,1
Stockholms län	19	19	33	35	24	23	1,4	1,4	1,6
Uppsala län	10	27	32	47	13	45	0,9	3,7	3,3
Södermanlands län	13	19	26	47	15	30	1,0	2,3	2,4
Norrköping	[2]—	35	43	39	24	35	1,5	2,6	2,6
Östergötlands (övr.) län	10	19	23	24	14	28	1,0	2,2	2,4
Jönköpings län	18	24	25	35	20	29	1,3	2,2	2,3
Kronobergs län	7	18	17	33	9	21	0,7	1,9	1,9
Kalmar norra län	10	36	39	40	13	36	1,0	3,0	3,2
Kalmar södra län		19	21	24		26		2,2	2,5
Gotlands län	24	31	30	34	30	36	2,3	3,2	3,2
Blekinge län	5	23	22	25	11	25	0,9	2,2	2,4
Kristianstads län	8	17	17	23	8	19	0,6	1,8	1,6
Malmö	[3]15	39	49	69	55	39	3,0	2,7	2,7
Hälsingborg	6	35	18	24	6	35	0,3	2,9	2,8
Malmöhus (övr.) län	11	13			16	19	1,3	1,8	1,8
Hallands län	4	22	23	24	14	29	1,0	2,5	2,4
Göteborg	15	39	39	43	15	39	0,7	2,6	2,6
Göteborgs o. Bohus (övr.) län	8	20	23	36	18	23	1,3	1,9	1,9
Älvsborgs län	10	20	19	26	12	24	0,8	1,9	1,8
Skaraborgs län	10	20	25	25	16	22	1,2	1,9	2,0
Värmlands län	7	22	20	35	14	25	1,0	2,0	2,0
Örebro län	2	32	37	42	12	37	0,8	2,8	3,3
Västmanlands län	14	23	23	21	22	30	1,3	2,0	2,1
Kopparbergs län	12	20	24	49	14	24	0,9	1,9	2,2
Gävle	—	[5]29	26	32	38	[5]29	2,2	[5]1,8	2,3
Gävleborgs (övr.) län	4	23			13	27	0,8	2,3	2,1
Västernorrlands län	5	21	24	28	10	26	0,6	2,0	2,1
Jämtlands län	8	19	18	22	9	19	0,6	1,5	1,6
Västerbottens län	7	21	33	33	9	22	0,4	1,3	1,4
Norrbottens län	33	46	43	53	35	46	1,5	2,2	2,2
Alla landstingsanstalter	11	23	25	32	—	—	—	—	—
Med prim. kom. anstalter	—	—	—	—	19	30	1,2	2,3	2,4
Med prim. kom. och enskilda anstalter	—	—	—	—	20	33	1,3	2,5	2,6

[1] Därtill kommer 1 069 platser som redovisats bland »anstalter för kroniskt sjuka vid ålderdomshem». Med dessa platser blir relationstalet 48.

[2] Sandbyhovs sjukhus med 126 platser har redovisats bland »anstalter för kroniskt sjuka vid ålderdomshem». Relationstalet = 24.

[3] Värnhems vårdhem med 416 platser har redovisats bland »anstalter för kroniskt sjuka vid ålderdomshem». Med dessa platser blir relationstalet 55.

[4] Därtill kommer 2 336 platser vid »sjukhem drivna av socialvårdsmyndighet». Med dessa platser blir relationstalet 55.

[5] En anstalt med 22 platser är tillfälligt borta ur statistiken för 1960. När den återkommer i redovisningen 1961 är dess platsantal 30. Med dessa 30 platser för 1960 blir relationstalen 38 och 2,3.

[6] Jämför not 4. Uppgift om antalet platser vid sjukhem under socialvårdsmyndighet saknas.

Tab. E. Antalet platser vid sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka den 31/12 åren 1950—1966

Avser landstingens anstalter

Sjukvårdsområde	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962 12/4	1963 1/10	Beräknat 1964	1965	1966
Stockholms stad...	31	31	61	61	61	61	61	107	107	144	183	183	174	174	174	174	174
Stockholms län....	242	254	254	262	284	300	312	308	322	338	338	339	339	301	301	366	479
Uppsala län.....	—	—	—	—	—	—	46	—	41	51	97	97	97	97	97	97	97
Södermanlands län	188	188	188	185	188	188	188	188	188	188	188	186	188	174	174	174	174
Norrköping.....	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	95	91	91	91	91	91	120
Östergötlands (övr.) län.....	143	143	146	169	169	169	187	187	187	237	237	221	207	234	234	234	234
Jönköpings län....	171	171	174	174	164	164	174	174	174	173	174	174	174	174	174	174	174
Kronobergs län....	191	191	191	207	207	219	216	216	216	196	196	170	170	170	170	170	170
Kalmar norra län .	—	—	—	31	31	31	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	91
Kalmar södra län .	148	148	148	149	150	149	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	278
Gotlands län.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Blekinge län.....	213	213	228	228	228	238	238	238	238	236	235	235	235	235	235	235	235
Kristianstads län..	247	247	249	249	243	242	242	242	242	242	242	242	233	242	271	271	271
Malmö	140	140	199	199	199	199	209	199	199	196	196	196	196	196	196	196	196
Hälsingborg.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	.	.	.	.	.
Malmöhus (övr.) län.....	280	280	280	280	280	280	280	280	355	355	355	355	355	464	506	506	506
Hallands län.....	70	72	180	181	180	180	180	181	181	181	181	180	151	151	151	72	72
Göteborg.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	77	77	77	55	151	226	226
Göteborgs o. Bohus (övr.) län.....	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	180
Älvsborgs län.....	128	129	129	129	177	179	179	179	178	178	213	213	243	243	243	243	243
Skaraborgs län....	115	115	115	115	133	133	133	133	133	133	133	133	133	133	133	153	153
Värmlands län....	—	—	—	—	—	—	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152
Örebro län.....	—	—	—	—	137	137	170	170	170	178	178	178	178	178	233	233	233
Västmanlands län.	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	155	155	155	155	155	155
Kopparbergs län ..	156	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132
Gävle	—	—	—	—	—	35	35	37	37	37	29	29	.	.	.	.	.
Gävleborgs (övr.) län.....	137	137	137	137	137	166	166	166	166	166	166	166	196	195	195	195	195
Västernorrlands län	—	—	41	105	122	136	171	170	172	171	164	326	350	306	306	306	306
Jämtlands län.....	117	117	117	117	117	117	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
Västerbottens län .	162	162	162	162	162	162	161	161	161	161	162	162	162	162	162	162	162
Norrbottens län...	180	184	184	236	237	337	373	372	373	372	376	376	376	376	376	376	376
Alla landstingsanstalter.....	3 271	3 266	3 527	3 720	3 950	4 166	4 574	4 561	4 693	4 786	5 012	5 230	5 226	5 252	5 474	5 555	5 932
Enskilda anstalter.	724	694	754	755	879	916	978	980	1 023	1 083	1 182	1 320					
Summa	3 995	3 960	4 281	4 475	4 829	5 082	5 552	5 541	5 716	5 869	6 194	6 550					

Tab. F. Antalet platser inom vården av lättskötta psykiskt sjuka per 100 000 av folkmängden

Sjukvårdsområde	1950 31/12	1961 31/12
Stockholms stad	4	23
Stockholms län	68	70
Uppsala län	0	57
Södermanlands län	88	81
Norrköping	65	100
Östergötlands (övr.) län	55	83
Jönköpings län	63	61
Kronobergs län	121	107
Kalmar norra län	0	70
Kalmar södra län	99	100
Gotlands län	0	0
Blekinge län	146	162
Kristianstads län	95	94
Malmö	73	84
Malmöhus (övr.) län	88	89
Hallands län	43	105
Göteborg	0	19
Göteborgs o. Bohus (övr.) län	52	46
Älvsborgs län	36	57
Skaraborgs län	46	53
Värmlands län	0	52
Örebro län	0	68
Västmanlands län	25	66
Kopparbergs län	58	46
Gävleborgs (inkl. Gävle) län	48	66
Västernorrlands län	0	115
Jämtlands län	81	108
Västerbottens län	70	68
Norrbottens län	75	143
Hela riket	46	69

Diagram 1. Antalet platser inom vården av långvarigt kroppssjuka 1950, 1963 och 1966

Avser landstingens anstalter

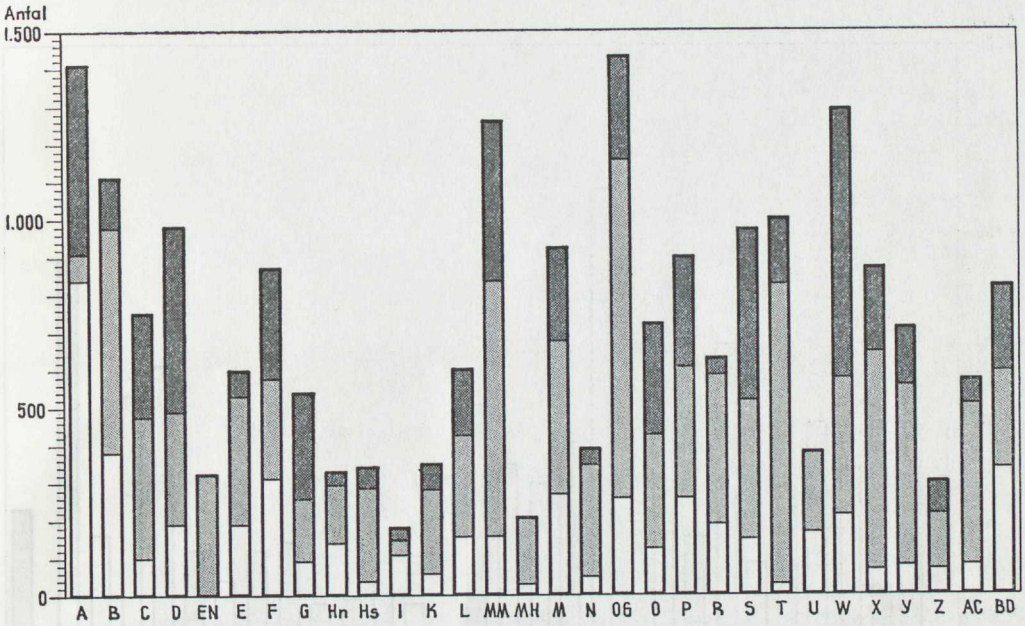


Diagram 2. Antalet platser inom vården av långvarigt kroppssjuka 1950, 1963 och 1966 i relation till antalet invånare fyllda 70 år

Avser landstingens anstalter

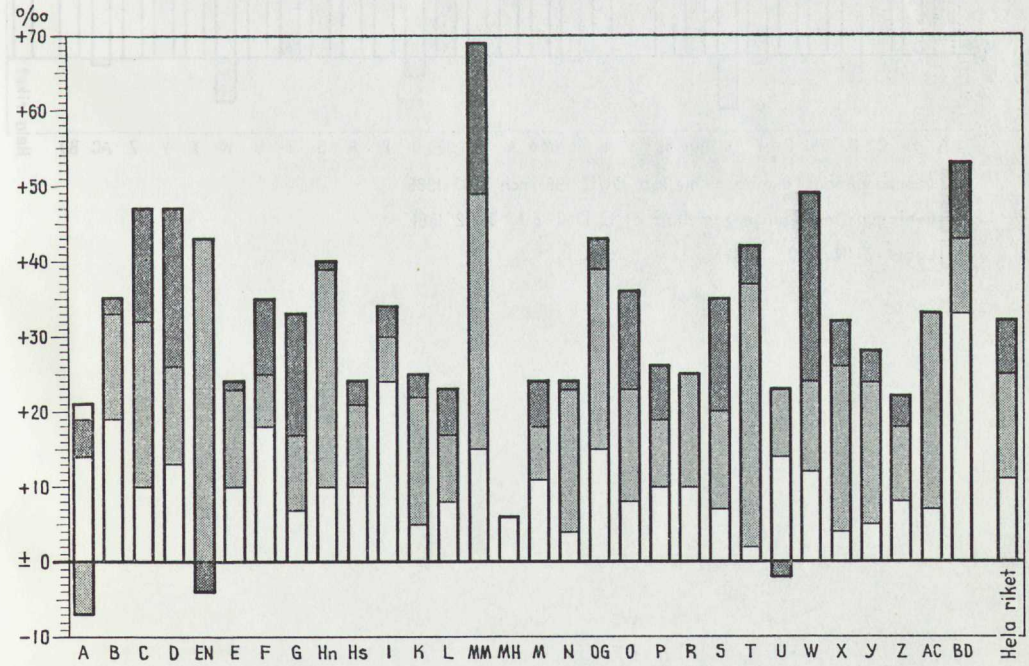
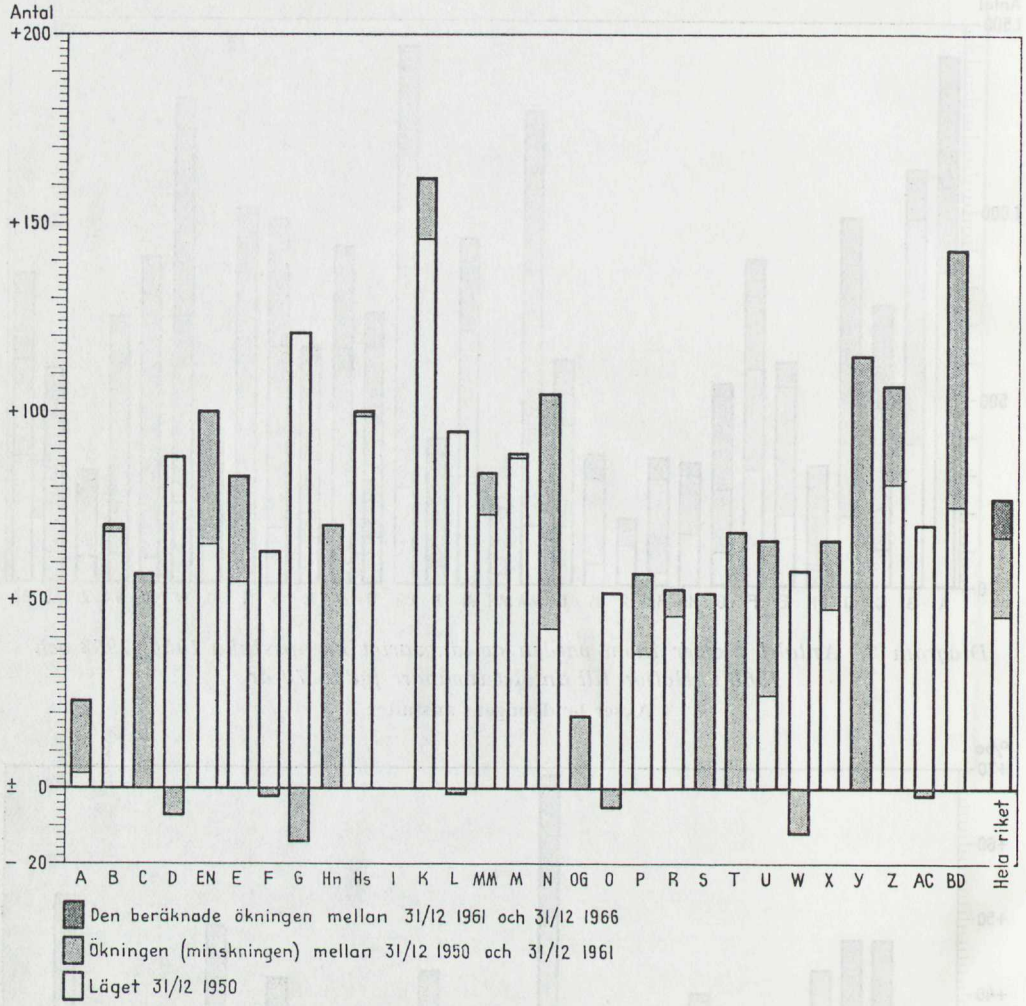


Diagram 3. Antalet platser inom vården av lättskötta psykiskt sjuka 1950 och 1961 per 100 000 invånare

Avser landstingens anstalter



TEXTBILAGA

Långtidsvårdens utveckling 1963—1966

Socialpolitiska kommittén har i oktober 1963 tillställt samtliga 25 landsting samt sjukvårdsstyrelserna i de 4 landstingsfria städerna ett formulär med frågor angående beslutad utbyggnad av långtidsvården m. m. Svar har i samma månad ingått beträffande alla 29 sjukvårdsområdena. Svaren, som sammanställts i tab. 1—11, redovisas i det följande.

Läget — 15 500 platser

Det sammanlagda antalet vårdplatser för långvarigt kroppssjuka på inrättningar drivna av landstingen och sjukvårdsstyrelserna i de landstingsfria städerna utgör den 1 oktober 1963, som av *tab. 1* framgår, 15 500. Det fastställda antalet platser i den somatiska långtidsvården överstiger med 750 antalet disponibla platser. Anledningen till att så många vårdplatser inte är disponibla är främst personalbrist. Sjukvårdsstyrelsen i Göteborg t. ex. uppger, att 4 vårdavdelningar om sammanlagt 190 vårdplatser är stängda för att det fattas personal. I Stockholm är avdelningar med tillhopa 228 platser stängda, i första hand som en följd av säsongbetingad personalbrist under sommaren, vilken den 1 oktober ännu inte övervunnits. En ytterligare orsak anges vara att i vissa äldre institutioner sjukrum med plats för flera patienter måst tas i anspråk som isoleringsrum, varvid övriga platser fallit bort.

I fortsättningen talas om fastställda platser. Enligt kommitténs undersökning av den 12 april 1962, i det följande kallad anstaltsundersökningen, var antalet vårdplatser för långvarigt kroppssjuka vid den tidpunkten 14 000. Platsantalet har på 1½ år ökat med 1 500, motsvarande en årlig ökning av 1 000 vårdplatser.

Flest platser den 1 oktober 1963 — 1 162 — redovisar Göteborgs stad. Därnäst följer Stockholms läns landsting med 976. Det minsta antalet platser förekommer i Gotlands och Jämtlands landsting, 147 resp. 224. Stockholms stad har 907 platser. Det måste nämnas, att i denna undersökning uppgifter inte inhämtats beträffande sjukhem som drivs av socialnämnderna, liksom inte heller enskilda sjukhem. Enligt anstaltsundersökningen var antalet vårdplatser på sjukhem i socialnämndernas regi drygt 4 000, varav 2 500 föll på Stockholms stad. På enskilda sjukhem fanns drygt 1 600 vårdplatser, därav nära 500 i Stockholm.

Landstingens och sjukvårdsstyrelsernas platser för somatisk långtidsvård utgör den 1 oktober 1963 för hela riket 25,3 promille av befolkningen i åldern 70 år och däröver. Åldersgruppen har beräknats uppgå till drygt 610 000 personer. De vid patientinventeringen redovisade knappt 14 000 platserna motsvarar 23,4 promille av antalet personer i åldern 70 år och däröver. Då har beräknats, att åldersgruppen i april 1962 omfattade 590 000 personer.

Av sjukvårdsområdena ligger den 1

oktober 1963 Malmö stad främst i fråga om antalet platser i relation till antalet personer fyllda 70 år. Promilletalet är 49. Därnäst följer Norrbotten och Norrköping med 43. Kalmar läns norra landstingsområde och Göteborgs stad redovisar 39. Stockholms stad har 14. Enligt anstaltsundersökningen hade Stockholm, om socialnämndens sjukhem togs med, ett platsantal, som motsvarar 58 promille av antalet personer fyllda 70 år. Lägst promilletal — bortsett från Stockholm — uppvisar 1963 Kristianstads och Kronobergs län (17). Malmöhus och Jämtlands län redovisar 18. I övrigt hänvisas till *tab. 2.*

Hälften av platserna på sjukhem

Ser man till fördelningen av platser på olika vårdformer, framgår att nära hälften av platserna, 7 500, finns på fristående sjukhem. Alla sjukvårdsområden utom Värmlands redovisar platser på sådana sjukhem. Några andra områden har relativt få platser på fristående sjukhem, t. ex. Göteborgs stad (4 %), Jämtlands län (9 %) och Norrbottens län (11 %). Ett landsting, Västmanlands, har å andra sidan samtliga sina platser — 378 — på fristående sjukhem. Landsting med stor andel av sina platser i sådana sjukhem är Malmöhus, Älvsborgs, Örebro och Gävleborgs, som alla har mer än 75 procent av sina långtidsplatser inom kroppssjukvården på fristående sjukhem. Sjukvårdsområdenas fördelning efter den procentuella andelen platser i fristående sjukhem farmgår av *tablå A.*

På sjukhem i anslutning till sjukstuga redovisas i landet 1 150 platser, 7 procent av samtliga, fördelade på 12 landsting. Största antalet sådana platser redovisar Kopparbergs län, 264 platser, motsvarande nära hälften av samtliga platser i länet. Även i Jämtlands län

Tablå A. Sjukvårdsområdena fördelade efter andelen platser i fristående sjukhem

Procent platser i fristående sjukhem	Antal sjukvårdsområden
0	1
1— 9	2
10—29	4
30—49	8
50—69	5
70—89	8
90—100	1
	Summa 29

utgör sådana platser omkring hälften av hela antalet.

Långtidsplatser, 1 200 i landet, förekommer också på avdelningar vid sanatorier och epidemisjukhus. Störst betydelse relativt sett har dessa platser i Uppsala län, Gotlands och Skaraborgs län, där ca 30 procent av alla långtidsplatser finns på dylika avdelningar. Platser av detta slag redovisas av 16 landsting samt Göteborgs stad.

5 500 lasarettsplatser

Då det slutligen gäller lasarettsplatser inom vården av långvarigt kroppssjuka redovisas i riket drygt 3 300 dylika platser (22 %) på kliniker, 1 600 (11 %) på avdelningar vid delade samt 650 (4 %) på avdelningar vid odelade lasarett, dvs. på lasarett tillhopa ca 5 600 platser eller mera än en tredjedel av alla platser i långtidsvården. Som jämförelse kan nämnas, att vid anstaltsundersökningen antalet (inkl. Norrköping) utgjorde 4 600. Ökningen på 1 000 platser svarar för nära ²/₃ av hela ökningen inom vårdområdet.

Göteborgs stad med Vasa sjukhus, vilket räknas som lasarett, svarar för en tredjedel av alla långtidsplatser på lasarettskliniker. Nära 1 100 sådana platser motsvarar 90 procent av hela antalet

långtidsplatser i staden. Södermanlands län har 400 klinikplatser, motsvarande över 80 procent av samtliga. Platser på lasarettskliniker finns, förutom i de 4 största städerna, i 12 av landstingen. Dylika platser saknas i Smålandslänen, på Gotland, i Blekinge, de skånska landstingsområdena, Göteborgs och Bohus län, Västmanlands, Kopparbergs, Västernorrlands och Jämtlands län.

På avdelningar vid delade lasarett finns i riket, som nämnt, 1 600 långtidsplatser, vilka fördelar sig på 15 landsting. Tillhopa 650 platser på odelade lasarett redovisas av 7 landsting. Av de 13 landsting som enligt vad nyss sagts saknar långtidsplatser på lasarettskliniker har alla utom Kalmar norra, Gotland och Västmanland sådana platser på lasarettsavdelningar.

Ur långtidsvårdens synpunkt har de delade lasaretten störst betydelse i Norrbottens och Kristianstads län, som har över 40 procent av samtliga långtidsplatser på avdelningar vid sådana lasarett. För Jönköpings, Kronobergs och Blekinge län är motsvarande procenttal nära 30. Då det gäller platser på avdelningar vid odelade lasarett uppvisar Kalmar södra med 100 och Värmlands län 180 platser de högsta procenttalen, 36 resp. 35.

Görs motsvarande beräkningar beträffande hela antalet lasarettsplatser, dvs. på kliniker och på avdelningar vid delade och odelade lasarett, visar det sig att — bortsett från Göteborgs stad (90 %) — Värmlands och Södermanlands län har det relativt sett största antalet långtidsplatser på lasarett (båda 84 %). Därnäst följer Norrköping (74 %). Över hälften sådana platser redovisar dessutom Östergötlands län (70 %) och Norrbottens län (63 %). Låga procenttal har Uppsala län och Västerbottens län (båda 12). I övrigt hänvisas till *tab. 3.*

Planer på 10 000 nya platser

Kommittén har frågat landstingen och sjukvårdsstyrelserna om omfattningen av beslutad utbyggnad inom långtidsvården. Därvid gjordes åtskillnad på det antal vårdplatser, som beslutats före den 1 oktober 1963 men ännu inte färdigställts, samt antalet vårdplatser, som beslutats av 1963 års ordinarie landsting.

Antalet före den 1 oktober 1963 beslutade, ännu inte färdigställda platser inom somatisk långtidsvård utgör 5 300 i hela riket. 1963 års landsting har fattat beslut om inrättanae av ytterligare 4 200 vårdplatser. Totalt föreligger sålunda beslut om en utbyggnad av den somatiska långtidsvården med 9 500 platser, motsvarande 60 procent i förhållande till läget den 1/10 1963. I vilken utsträckning de beslutade vårdplatserna kommer att ersätta platser i det befintliga platsbeståndet har inte angetts, men nettotillskottet för tiden t. o. m. 1966 uppges till 6 000, varom mera nedan.

Stora regionala variationer i utbyggnaden

Den mest omfattande planeringen föreligger i Norrbottens län med mer än 1 200 nya platser. Kopparbergs län redovisar 1 000 och Södermanlands län 800 platser. De beslutade vårdplatserna utgör i förhållande till det befintliga platsbeståndet 210 procent i Norrbottens län, 175 procent i Kopparbergs samt 165 procent i Södermanlands län. Andra landsting med omfattande planering är Kronobergs, Göteborgs och Bohus, Västmanlands och Gävleborgs landsting. Några landsting redovisar å andra sidan planer på en i absoluta tal mycket måttlig utbyggnad, t. ex. Kalmar läns norra landstingsområde (28 platser), Kalmar

läns södra landstingsområde (51), Gotland (70), Blekinge (60), Halland (76), Jämtland (50) och Västerbotten (60). Av dessa landsting har dock Kalmar läns norra landstingsområde en relativt väl utbyggd långtidsvård.

Lasarettsplatsernas andel ökar

Det är av intresse att se fördelningen på olika sjukvårdsformer av de vårdplatser, om vars inrättande beslut fattats. Besluten avser som nämnt 9 500 platser. Härav faller 4 700, dvs. som fallet är nu hälften, på fristående sjukhem. Platser på lasarettskliniker har såvitt avser besluten ökat sin andel från 22 till 25 procent. Andelen platser på avdelningar vid delade lasarett är likaledes större enligt besluten än i det befintliga platsbeståndet (13 mot 11 %); vid odelade lasarett är den däremot mindre (1 mot 4 %). För lasarettsplatser överhuvud innefattar besluten en större andel än vad som är fallet nu: 40 mot 37 procent. Beträffande sjukhem i anslutning till sjukstuga är andelen ungefär densamma. På avdelningar vid sanatorier, epidemisjukhus o. d. planeras färre platser än som motsvarar andelen f. n. (3 mot 8 %). Beträffande beslutade vårdplatser och fördelningen på sjukvårdsområden hänvisas i övrigt till *tab. 4.*

Årligt nettoplatstillskott: 2 000

Av särskilt stort intresse är det av landstingen och sjukvårdsstyrelserna beräknade nettotillskottet platser för de närmaste åren inom vårdområdet. Såsom av *tab. 5* framgår beräknas nettotillskottet t. o. m. 1966 till drygt 6 000, motsvarande en årlig ökning av 2 000. I förhållande till nuläget innebär detta en ökning av 40 procent. Av ökningen faller 1 750 platser på tiden 1/10 1963—31/12 1964, 1 550 platser på 1965 samt 2 700 platser på 1966.

Samtliga landsting utom Västmanlands förutser en nettoökning av långtidsplatserna de närmaste 3 åren. Av städerna beräknar Norrköping ingen ökning av platsantalet. Den största ökningen beräknar Kopparbergs län med drygt 700 platser, motsvarande ett tillskott av 125 procent i förhållande till det befintliga platsbeståndet. Med minst en fördubbling av sitt platsbestånd fram till 1967 räknar även Södermanlands län (tillskott 500 platser) och Kronobergs län (275 platser). Liten ökning redovisar Skaraborgs län (37 platser; 6 %) och Kalmar läns norra landstingsområde (28 platser; 9 %).

Även av tab. 2 framgår betydelsen av nettotillskottet vårdplatser fram till 1967. Antalet vårdplatser i promille av antalet personer fyllda 70 år kommer att öka från f. n. 25,3 till 32,4 den 1/1 1967. Malmö stad kommer att nå högst (68,5 ‰); därnäst kommer Norrbottens län (53,0 ‰). Ytterligare 5 sjukvårdsområden får promilletal på över 40, nämligen Uppsala län (46,8 ‰), Södermanlands (47,3 ‰), Örebro län (41,6 ‰), Kopparbergs län (48,7 ‰) samt Göteborgs stad (43,0 ‰). Stockholms stad — socialnämndsplatser oräknade — och 8 landsting beräknas 1967 alltjämt ha färre vårdplatser än som motsvarar 25 promille av befolkningen över 70 år. Västmanlands län, som inte beräknar något platstillskott före 1967, minskar på grund av ökat antal personer i åldersgruppen 70 år och däröver sitt promilletal från 22,9 till 21,1. Av samma skäl minskas Norrköpings promilletal från 43,2 till 39,3. 2 landsting, Skaraborgs och Västerbottens får på grund av litet nettotillskott vårdplatser och stor ökning av antalet personer fyllda 70 år ungefär samma promilletal som nu. Övriga sjukvårdsområden får

högre promilletal 1967 än nu. Sjukvårdsområdenas fördelning efter antalet platser i relation till antalet personer i nämnda åldersgrupp framgår av *tablå B.*

Drygt 1 000 nya sjukhemsplatser per år

Kommittén har även begärt uppgifter om fördelningen efter sjukvårdsform av det beräknade nettotillskottet vårdplatser. Av *tab. 6* och *7* framgår, att av drygt 6 000 platser när 3 300 kommer att falla på fristående sjukhem. Procentandelen sådana platser av nettotillskottet utgör 54, vilket är något mer än i det befintliga platsbeståndet, varav hälften finns på fristående sjukhem. Nettotillskottet långtidsplatser på lasaretten beräknas till drygt 2 000, dvs. en tredjedel av hela nettotillskottet; 1 150 (19 %) faller på kliniker, 850 (14 %) på avdelningar vid delade samt ett 50-tal platser (1 %) på odelade lasarett. 300 platser (5 %) beräknas tillkomma vid sanatorier, epidemisjukhus samt 450 (7 %) på sjukhem i anslutning till sjukstugor.

Beträffande fördelningen efter sjukvårdsform på de olika sjukvårdsområdena kan nämnas, att Södermanlands län, som f. n. redovisar relativt få platser på fristående sjukhem, beräknar ett nettotillskott av 320 sådana platser.

Tablå B. Sjukvårdsområdena fördelade efter antalet platser inom vården för långvarigt kroppssjuka i promille av antalet personer fyllda 70 år inom resp. område

Promilletal	Antal sjukvårdsområden 1963	1967
—19,9	6	1
20,0—24,9	10	8
25,0—29,9	4	3
30,0—34,9	3	6
35,0—39,9	3	4
40,0—44,9	2	2
45,0—49,9	1	3
50,0—54,9		1
55,0—		1
Summa	29	29

Andelen sådana platser kommer härigenom att öka från 16 till 41 procent. Å andra sidan kommer Värmlands län, som f. n. inte har några platser på fristående sjukhem, att under 3-årsperioden inrätta 420 nya lasarettsplatser, därav 220 på klinik, men endast 35 sjukhemsplatser. Lasarettsplatserna, som nu utgör 84 % i länet, kommer därigenom att öka sin relativa andel till 88 %.

1 oktober 1963: 2 400 platser under byggnad

Beträffande vården av långvarigt kroppssjuka har kommittén även frågat efter i vilken utsträckning före 1/10 1963 beslutade vårdplatser befinner sig under byggnad resp. projektering. Av de lämnade svaren framgår att av 5 300 platser, som beslutats före den 1/10 1963, nära 2 400 är under byggnad och nära 2 600 under projektering.

Av 28 sjukvårdsområden — alla utom Norrköping — där beslut förelåg före den 1/10 1963 om inrättande av nya vårdplatser för långvarigt kroppssjuka höll beslutade platser på att byggas i 21; projektering försiggick i 18. Det största antalet platser under byggnad redovisar Göteborgs stad (269 platser). Därnäst följer Älvsborgs län (250) och Uppsala län (236). De 7 sjukvårdsområden, där byggnation inte pågår, är Östergötlands, Kronobergs, Gotlands, Västmanlands och Gävleborgs samt Stockholm och Malmö. På projekteringsstadiet befinner sig 500 platser i Stockholm och 400 i Malmö och Västmanlands län. I övrigt hänvisas till *tab. 8.*

Hälften av platserna nybyggs

Landstingen och sjukvårdsstyrelserna har, beträffande vården av långvarigt kroppssjuka, slutligen tillfrågats om i

vilken utsträckning vårdplatser, som beräknas tillkomma t. o. m. 1966 inrättas i nybyggnad, tillkommer genom om- eller tillbyggnad, ianspråktagande av i vederbörandes ägo befintlig institution, eller övertagande (förhyrande) av ålderdomshem och andra fastigheter. De inkomna svaren redovisas i *tab. 9.*

Av tabellen framgår, att svar lämnats beträffande drygt 5 500 platser. Av dessa beräknas 2 800 (51 %) tillkomma genom nybyggnad, 1 940 (35 %) genom om- eller tillbyggnad som är att jämställa med nybyggnad, 200 (4 %) genom annan om- eller tillbyggnad, 540 (10 %) genom ianspråktagande av i vederbörandes ägo befintlig institution samt 35 vårdplatser genom övertagande av ålderdomshem. Inget fall av förhyrande är redovisat.

Den mest omfattande nybyggnadsverksamheten kommer att äga rum i Kopparbergs län (714 vårdplatser) och Malmö (420). Platstillskott genom nybyggnad fram t. o. m. 1966 kan förväntas i 14 sjukvårdsområden. I 10 områden tillkommer platser genom sådan om- och tillbyggnad som är att jämställa med nybyggnad. Bland dessa är Stockholms stad, där samtliga 502 tillkommande platser inrättas på sådant vis. Därnäst kommer Kronobergs län med 276 platser. Sammanlagt 5 landsting avser att under de närmaste åren inrätta vårdplatser genom annat slag av om- eller tillbyggnad.

Några lasarett, sanatorier och förlossningshem ombyggs

Genom ianspråktagande av annan landstinget tillhörig institution inrättas vårdplatser i 5 landstingsområden. Dessa är Värmlands (300 platser), Älvsborgs (85), Göteborgs och Bohus (63), Södermanlands (59) och Kristianstads (32). Från landstingen har inhämtats uppgift om vilka slag av institutioner som härutinnan skall tas i anspråk. Uppgifterna har sammanställts i *tab. 10.*

Av tab. 10 framgår, att Södermanlands landsting kommer att aptera 59 platser i två sjukstugor (i Trosa och Strängnäs). I Kristianstads län tillkommer 20 platser genom ianspråktagande av ett sanatorium (Broby) och 12 platser inrättas på ett förlossningshem (Osby). I Älvsborgs län tillkommer 15 platser på ett förlossningshem (Kinna). I länet anordnas dessutom 70 platser på ett f. d. lasarett (Trollhättan). Landstinget uppger, att den erforderliga ombyggnaden av lasarettsbyggnaden beräknas kosta 860 000 kr, dvs. drygt 12 000 per plats. Av Göteborgs och Bohus landsting inrättas 63 platser på gamla lasarettet i Kungälv. Värmlands landsting, slutligen, uppger sig ämna aptera 100 vårdplatser på vartdera av de gamla lasaretten i Arvika, Kristinehamn och Säffle. Landstinget kommer dessutom att inrätta 35 platser genom övertagande av ålderdomshemmet i Hammarö köping. Kommunen, som tog hemmet i bruk 1921, avser att bygga nytt ålderdomshem. Det kan nämnas, att antalet vårdplatser på det gamla hemmet, som nu skall apteras såsom sjukhem med 35 vårdplatser, utgör 45, fördelade på 21 enkelrum och 12 dubbelrum.

Alla utom tre har fastställd plan

Kommittén har hos uppgiftslämnarna begärt besked, huruvida plan fastställts för vården av långvarigt kroppssjuka. Sådan plan föreligger i samtliga sjukvårdsområden utom Gotlands län, Värmlands län och Göteborgs stad. Värmlands landsting uppger, att utbyggnad av långtidsvården sker successivt efter av landstinget i varje särskilt fall fattat beslut. Sjukvårdsstyrelsen i Göteborg

rapporterar, att plan för långtidsvården kommer att utarbetas inom den närmaste tiden. I 5 sjukvårdsområden, Södermanlands län, Kronobergs, Göteborgs och Bohus och Älvsborgs län samt Stockholms stad, är planen fastställd 1963. I ytterligare 4 tillkom den 1962, nämligen i Kalmar läns södra landstingsområde, Hallands län, Norrköping och Malmö. 9 landsting har plan som fastställts före 1960. Den äldsta är 8 år. I övrigt hänvisas till *tab. 11.*

Tab. 1. Antalet vårdplatser för långvarigt kroppssjuka den 1/10 1963

Sjukvårdsområde[1]	Antal vårdplatser													
	Lasarettsklinik		Avdelning vid delat lasarett		Avdelning vid odelat lasarett		Avdelning vid sanatorium osv.		Sjukhem i anslutning till sjukstuga		Fristående sjukhem		Summa platser	
	Fastställt	Disponibelt	Fastställt	Disponibelt	Fastställt	Disponibelt	Fastställt	Disponibelt	Fastställt	Disponibelt	Fastställt	Disponibelt	Fastställt	Disponibelt
B	240	214	119	102	64	64	21	21	—	—	532	538	976	939
C	56	56	—	—	—	—	138	138	12	12	269	269	475	475
D	408	399	—	—	—	—	—	—	—	—	80	80	488	479
E	123	123	125	102	121	121	—	—	—	—	159	159	528	505
F	—	—	157	157	—	—	120	120	206	206	100	100	583	583
G	—	—	69	69	—	—	—	—	79	77	111	111	259	257
Hn	—	—	—	—	—	—	60	75	22	22	221	221	303	318
Hs	—	—	—	—	103	103	61	61	25	25	100	100	289	289
I	—	—	—	—	—	—	44	44	—	—	103	103	147	147
K	—	—	80	80	—	—	39	39	—	—	166	166	285	285
L	—	—	199	171	—	—	40	40	—	—	193	193	432	404
M	—	—	97	72	—	—	49	49	—	—	534	534	680	655
N	87	87	—	—	—	—	40	40	—	—	227	227	354	354
O	—	—	31	31	103	103	85	85	—	—	207	207	426	426
P	30	30	63	33	—	—	22	22	25	25	465	465	605	575
R	74	74	123	123	—	—	193	157	—	—	198	198	588	552
S	168	168	84	84	180	180	—	—	83	83	—	—	515	515
T	100	50	54	54	—	—	—	—	48	48	627	627	829	779
U	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	378	334	378	334
W	—	—	86	86	—	—	—	—	264	264	227	227	577	577
X	135	81	—	—	—	—	—	—	—	—	519	519	654	600
Y	—	—	78	78	—	—	95	95	—	—	387	387	560	560
Z	—	—	—	—	44	44	46	46	114	114	20	20	224	224
AC	62	62	—	—	—	—	110	110	123	123	216	216	511	511
BD	85	85	268	268	26	26	—	—	154	154	64	64	597	597
A	247	184	—	—	—	—	—	—	—	—	660	495	907	679
EN	237	237	—	—	—	—	—	—	—	—	82	82	319	319
MM	233	233	—	—	—	—	—	—	—	—	607	607	840	840
OG	1 063	873	—	—	—	—	57	57	—	—	42	42	1 162	972
Hela riket	3 348	2 956	1 633	1 510	641	641	1 220	1 199	1 155	1 153	7 494	7 291	15 491	14 750

[1] Länsbeteckning (tab. A sidan 36).

Tab. 2. Vårdplatsantal inom somatisk långtidsvård före och efter beslutad utbyggnad (den 1/10 1963 och den 1/1 1967)

Sjukvårdsområde	Den 1 oktober 1963			Den 1 januari 1967		
	Platsantal	Antal personer fyllda 70 år	Antal platser i relation till befolkningen i åldern 70—ω år ‰	Platsantal	Antal personer fyllda 70 år	Antal platser i relation till befolkningen i åldern 70—ω år ‰
B	976	29 349	33,3	1 109	31 912	34,8
C	475	14 887	31,9	751	16 051	46,8
D	488	19 014	25,7	980	20 720	47,3
E	528	22 755	23,2	596	24 339	24,5
F	583	23 464	24,8	872	25 265	34,5
G	259	15 211	17,0	535	15 973	33,5
Hn	303	7 823	38,7	331	8 306	39,9
Hs	289	13 450	21,5	340	14 277	23,8
I	147	4 945	29,7	178	5 185	34,3
K	285	13 233	21,5	345	13 851	24,9
L	432	24 925	17,3	605	25 874	23,4
M	680	37 638	18,1	926	39 329	23,5
N	354	15 247	23,2	390	16 193	24,1
O	426	18 723	22,8	722	20 075	36,0
P	605	32 081	18,9	900	34 568	26,0
R	588	23 199	25,3	625	24 901	25,1
S	515	25 229	20,4	970	27 362	35,5
T	829	22 127	37,5	1 001	24 039	41,6
U	378	16 494	22,9	378	17 935	21,1
W.....	577	24 366	23,7	1 291	26 519	48,7
X	654	24 789	26,4	870	27 133	32,1
Y	560	22 990	24,4	714	25 283	28,2
Z	224	12 344	18,1	298	13 250	22,5
AC	511	15 316	33,4	571	17 161	33,3
BD	597	13 759	43,4	818	15 423	53,0
A	907	65 609	13,8	1 409	72 985	19,3
EN ...	319	7 381	43,2	319	8 124	39,3
MM ...	840	17 062	49,2	1 260	18 387	68,5
OG....	1 162	29 666	39,2	1 431	33 262	43,0
Hela riket	15 491	613 076	25,3	21 535	663 682	32,4

Tab. 3. Den procentuella andelen platser inom vården för långvarigt kroppssjuka, fördelad på sjukvårdsformer

Sjukvårdsområde	Procentuella andelen platser inom vården för långvarigt kroppssjuka på							
	Lasarett				Avd. vid sanatorium osv.	Sjukhem i anslutning till sjukstuga	Fristående sjukhem	Summa
	Kliniker	Avd. vid delade lasarett	Avd. vid odelade lasarett	Summa lasarett				
B	25	12	7	44	2	—	55	100
C	12	—	—	12	29	3	57	100
D	84	—	—	84	—	—	16	100
E	23	24	23	70	—	—	30	100
F	—	27	—	27	21	35	17	100
G	—	27	—	27	—	31	43	100
Hn	—	—	—	0	20	7	73	100
Hs	—	—	36	36	21	9	35	100
I	—	—	—	0	30	—	70	100
K	—	28	—	28	14	—	58	100
L	—	46	—	46	9	—	45	100
M	—	14	—	14	7	—	79	100
N	25	—	—	25	11	—	64	100
O	—	7	24	31	20	—	49	100
P	5	10	—	15	4	4	77	100
R	13	21	—	34	33	—	34	100
S	33	16	35	84	—	16	0	100
T	12	7	—	19	—	6	76	100
U	—	—	—	0	—	—	100	100
W.....	—	15	—	15	—	46	39	100
X	21	—	—	21	—	—	79	100
Y	—	14	—	14	17	—	69	100
Z	—	—	20	20	21	51	9	100
AC	12	—	—	12	22	24	42	100
BD.....	14	45	4	63	—	26	11	100
A	27	—	—	27	—	—	73	100
EN.....	74	—	—	74	—	—	26	100
MM	28	—	—	28	—	—	72	100
OG.....	91	—	—	91	5	—	4	100
Hela riket	22	11	4	37	8	7	48	100

Tab. 4. Beslutad utbyggnad av vården av långvarigt kroppssjuka, fördelad på sjukvårdsformer

Sjukvårds-område	Plats-antal 1/10 1963	Beslutade vårdplatser														Totalt
		Före den 1/10 1963							Av 1963 års ordinarie landsting							
		Lasarettsklinik	Avd. vid delat lasarett	Avd. vid odelat lasarett	Avd. v. sanatorium osv.	Sjukhem i ansl. t. sjukstuga	Frist. sjukhem	Summa	Lasarettsklinik	Avd. vid delat lasarett	Avd. vid odelat lasarett	Avd. v. sanatorium osv.	Sjukhem i ansl. t. sjukstuga	Frist. sjukhem	Summa	
B.....	976	—	—	—	—	—	112	112	—	75	—	—	—	—	75	187
C.....	475	56	—	—	196	52	44	348	—	—	—	—	—	—	—	348
D.....	488	112	—	—	—	—	—	112	180	—	—	—	—	520	700	812
E.....	528	240	—	—	—	—	60	300	—	—	—	—	—	8	8	308
F.....	583	—	120	—	50	91	88	349	—	—	—	—	—	—	—	349
G.....	259	—	—	—	—	26	150	176	100	—	—	—	—	—	100	276
Hn.....	303	—	—	—	—	—	28	28	—	—	—	—	—	—	—	28
Hs.....	289	—	26	—	—	25	—	51	—	—	—	—	—	—	—	51
I.....	147	—	—	—	—	—	70	70	—	—	—	—	—	—	—	70
K.....	285	—	60	—	—	—	—	60	—	—	—	—	—	—	—	60
L.....	432	—	56	—	20	—	12	88	—	56	—	—	—	56	112	200
M.....	680	—	—	—	—	—	390	390	—	—	—	—	—	—	—	390
N.....	354	76	—	—	—	—	—	76	—	—	—	—	—	—	—	76
O.....	426	154	79	—	—	—	63	296	—	—	50	—	—	75	125	421
P.....	605	60	190	—	—	—	60	310	—	—	—	—	75	70	145	455
R.....	588	—	—	—	—	—	50	50	—	90	—	—	—	60	150	200
S.....	515	120	—	—	—	—	—	120	100	200	—	—	—	35	335	455
T.....	829	—	—	—	—	—	172	172	—	—	—	—	—	—	—	172
U.....	378	—	—	—	—	—	390	390	—	—	—	—	—	—	—	390
W.....	577	150	—	—	—	—	—	150	60	250	—	50	234	255	849	999
X.....	654	—	—	—	—	60	—	60	—	—	—	—	—	541	541	601
Y.....	560	—	—	48	—	—	106	154	—	—	—	—	—	—	—	154
Z.....	224	50	—	—	—	—	—	50	—	—	—	—	—	—	—	50
AC.....	511	—	—	—	—	—	60	60	—	—	—	—	—	—	—	60
BD.....	597	100	52	—	—	21	—	173	792	—	—	—	223	48	1 063	1 236
A.....	907	—	—	—	—	—	502	502	—	—	—	—	—	—	—	502
EN.....	319	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
MM.....	840	—	—	—	—	—	420	420	—	—	—	—	—	—	—	420
OG.....	1 162	—	—	—	—	—	269	269	—	—	—	—	—	—	—	269
Hela riket	15 491	1 118	583	48	266	275	3 046	5 336	1 232	671	50	50	532	1 668	4 203	9 539

Tab. 5. Beräknat nettotillskott vårdplatser för långvarigt kroppssjuka under tiden den 1/10 1963—den 31/12 1966

Sjukvårdsområde	Platsantal 1/10 1963	Nettotillskott					Nettotillskott i % av platsantalet den 1/10 1963			
		1/10 1963—31/12 1964	1965	1966	Summa	Totalt 1/1 1967	1/10 1963—31/12 1964	1965	1966	Summa
B	976	112	—	21	133	1 109	11	—	2	13
C	475	224	52	—	276	751	47	11	—	58
D	488	—	112	380	492	980	—	23	78	101
E	528	8	—	60	68	596	2	—	11	13
F	583	43	98	148	289	872	7	17	25	49
G	259	26	150	100	276	535	10	58	39	107
Hn	303	25	3	—	28	331	8	1	—	9
Hs	289	26	25	—	51	340	9	9	—	18
I	147	31	—	—	31	178	21	—	—	21
K	285	—	60	—	60	345	—	21	—	21
L	432	61	—	112	173	605	14	—	26	40
M	680	125	68	53	246	926	18	10	8	36
N	354	76	—40	—	36	390	21	—11	—	10
O	426	142	75	79	296	722	33	18	19	70
P	605	98	97	100	295	900	16	16	17	49
R	588	18	19	—	37	625	3	3	—	6
S	515	220	35	200	455	970	43	7	39	89
T	829	72	—	100	172	1 001	9	—	12	21
U	378	—	—	—	—	378	—	—	—	—
W	577	40	169	505	714	1 291	7	29	88	124
X	654	—	108	108	216	870	—	17	17	34
Y	560	48	106	—	154	714	9	19	—	28
Z	224	74	—	—	74	298	33	—	—	33
AC	511	60	—	—	60	571	12	—	—	12
BD	597	121	50	50	221	818	20	8	8	36
A	907	—	224	278	502	1 409	—	25	31	56
EN	319	—	—	—	—	319	—	—	—	—
MM	840	—	—	420	420	1 260	—	—	50	50
OG	1 162	119	150	—	269	1 431	10	13	—	23
Hela riket	15 491	1 769	1 561	2 714	6 044	21 535	11	10	18	39

Tab. 6. Beräknat nettotillskott vårdplatser för långvarigt kroppssjuka, fördelat efter sjukvårdsform

Sjukvårdsområde	Lasarettsklinik				Avd. vid delat lasarett				Avd. vid odelat lasarett				Sanatorium osv.				Sjukhem i anslutning till sjukstuga				Totalt
	1/10 1963 — 31/12 1964	1965	1966	Summa	1/10 1963 — 31/12 1964	1965	1966	Summa	1/10 1963 — 31/12 1964	1965	1966	Summa	1/10 1963 — 31/12 1964	1965	1966	Summa	1/10 1963 — 31/12 1964	1965	1966	Summa	
B	—	—	—	—	—	—	21	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21
C	56	—	—	56	—	—	—	—	—	—	—	—	84	52	—	136	40	—	—	40	232
D	—	112	60	172	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	172
E	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F	—	—	—	—	—	—	60	60	—	—	—	—	—	50	—	50	43	48	—	91	201
G	—	—	100	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26	—	—	26	126
Hn	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hs	—	—	—	—	26	—	—	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25	—	25	51
I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31	—	31	—	—	—	—	31
K	—	—	—	—	—	60	—	60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	60
L	—	—	—	—	56	—	56	112	—	—	—	—	20	—	—	20	—	—	—	—	132
M	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
N	76	—	—	76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—40	—	—40	—	—	—	—	36
O	—	75	79	154	79	—	—	79	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	233
P	—	60	—	60	30	—	100	130	—	—	—	—	—	—	—	—	15	37	—	52	242
R	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
S	220	—	—	220	—	—	200	200	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	420
T	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
U	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
W	—	—	60	60	—	—	150	150	—	—	—	—	25	—	25	50	—	14	185	199	459
X	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Y	—	—	—	—	—	—	—	—	48	—	—	48	—	—	—	—	—	—	—	—	48
Z	50	—	—	50	—	—	—	—	—	—	—	—	44	—	—	44	—	—	—	—	94
AC	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
BD	100	50	50	200	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21	—	—	21	221
A	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
EN	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
MM	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
OG	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hela riket	502	297	349	1 148	191	60	587	838	48	—	—	48	173	93	25	291	145	124	185	454	2 779

Tab. 7. Beräknat nettotillskott vårdplatser på fristående sjukhem för långvarigt kroppssjuka

Sjukvårdsområde	1/10-63—31/12-64	1965	1966	Summa	Nettotillskott platser i övriga sjukvårdsformer (tab. 6)	Totalt
B	112	—	—	112	21	133
C	44	—	—	44	232	276
D	—	—	320	320	172	492
E	8	—	60	68	—	68
F	—	—	88	88	201	289
G	—	150	—	150	126	276
Hn	25	3	—	28	—	28
Hs	—	—	—	—	51	51
I	—	—	—	—	31	31
K	—	—	—	—	60	60
L	—15	—	56	41	132	173
M	125	68	53	246	—	246
N	—	—	—	—	36	36
O	63	—	—	63	233	296
P	53	—	—	53	242	295
R	18	19	—	37	—	37
S	—	35	—	35	420	455
T	72	—	100	172	—	172
U	—	—	—	—	—	—
W	15	155	85	255	459	714
X	—	108	108	216	—	216
Y	—	106	—	106	48	154
Z	—20	—	—	—20	94	74
AC	60	—	—	60	—	60
BD	—	—	—	—	221	221
A	—	224	278	502	—	502
EN	—	—	—	—	—	—
MM	—	—	420	420	—	420
OG	119	150	—	269	—	269
Hela riket	679	1 018	1 568	3 265	2 779	6 044

Tab. 8. Vårdplatser för långvarigt kroppssjuka, beslutade före 1/10 1963

Sjukvårdsområde	Före den 1/10 1963 beslutade vårdplatser	Under byggnad							Under projektering						
		Lasarettsklinik	Avd.v. delat lasarett	Avd.v. odelat lasarett	Avd.v. sanatorium osv.	Sjukhem i ansl. t. sjukstuga	Frist. sjukhem	Summa	Lasarettsklinik	Avd.v. delat lasarett	Avd.v. odelat lasarett	Avd.v. sanatorium osv.	Sjukhem i ansl. t. sjukstuga	Frist. sjukhem	Summa
B	112	—	—	—	—	—	112	112	—	—	—	—	—	—	—
C	348	56	—	—	84	52	44	236	—	—	—	104	—	—	104
D	112	112	—	—	—	—	—	112	—	—	—	—	—	—	—
E	300	—	—	—	—	—	—	—	240	—	—	—	—	60	300
F	349	—	60	—	50	43	—	153	—	—	—	—	48	88	136
G	176	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26	150	176
Hn	28	—	—	—	—	—	25	25	—	—	—	—	—	3	3
Hs	51	—	26	—	—	—	—	26	—	—	—	—	25	—	25
I	70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
K	60	—	60	—	—	—	—	60	—	—	—	—	—	—	—
L	88	—	56	—	20	—	—	76	—	—	—	—	—	12	12
M	390	—	—	—	—	—	107	107	—	—	—	—	—	139	139
N	76	76	—	—	—	—	—	76	—	—	—	—	—	—	—
O	296	75	79	—	—	—	63	217	79	—	—	—	—	—	79
P	310	60	130	—	—	—	60	250	—	60	—	—	—	—	60
R	50	—	—	—	—	—	50	50	—	—	—	—	—	—	—
S	120	120	—	—	—	—	—	120	—	—	—	—	—	—	—
T	172	—	—	—	—	—	72	72	—	—	—	—	—	100	100
U	390	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	390	390
W	150	—	25	—	—	—	—	25	—	125	—	—	—	—	125
X	60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	60	—	60
Y	154	—	—	48	—	—	56	104	—	—	—	—	—	50	50
Z	50	50	—	—	—	—	—	50	—	—	—	—	—	—	—
AC	60	—	—	—	—	—	60	60	—	—	—	—	—	—	—
BD	173	100	52	—	—	15	—	167	—	—	—	—	6	—	6
A	502	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	502	502
EN	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
MM	420	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	420	420
OG	269	—	—	—	—	—	269	269	—	—	—	—	—	—	—
Hela riket	5 336	649	488	48	154	110	918	2 367	319	185	—	104	165	1 914	2 687

Tab. 9. Nya vårdplatser 1/10 1963—31/12 1966 efter tillkomstsätt

Sjukvårdsområde	Antal vårdplatser färdiga 1/10 1963—31/12 1966 genom								Totalt
	Nybyggnad	Om- el. tillbyggnad som är att jämställa med nybyggnad	Annan om- eller tillbyggnad	Ianspråktagande av annan landstinget tillhörig institution	Övertagande av		Förhyrning av		
					Ålderdomshem	Annan fastighet	Ålderdomshem	Annan fastighet	
B.....	—	112	—	—	—	—	—	—	112
C.....	—	224	52	—	—	—	—	—	276
D.....	—	—	—	59	—	—	—	—	59
E.....	60	—	—	—	—	—	—	—	60
F.....	246	43	—	—	—	—	—	—	289
G.....	—	276	—	—	—	—	—	—	276
Hn.....	23	—	5	—	—	—	—	—	28
Hs.....	—	191	—	—	—	—	—	—	191
I.....	—	—	31	—	—	—	—	—	31
K.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—
L.....	—	168	—	32	—	—	—	—	200
M.....	113	133	—	—	—	—	—	—	246
N.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—
O.....	—	—	—	63	—	—	—	—	63
P.....	120	—	—	85	—	—	—	—	205
R.....	110	—	—	—	—	—	—	—	110
S.....	120	—	—	300	35	—	—	—	455
T.....	—	172	—	—	—	—	—	—	172
U.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—
W.....	714	—	—	—	—	—	—	—	714
X.....	354	—	—	—	—	—	—	—	354
Y.....	154	—	—	—	—	—	—	—	154
Z.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—
AC.....	60	—	60	—	—	—	—	—	120
BD.....	172	—	49	—	—	—	—	—	221
A.....	—	502	—	—	—	—	—	—	502
EN.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—
MM.....	420	—	—	—	—	—	—	—	420
OG.....	150	119	—	—	—	—	—	—	269
Hela riket	2 816	1 940	197	539	35	—	—	—	5 527

Tab. 10. Ianspråktagande av vissa landstingen tillhöriga institutioner för inrättande av vårdplatser för långvarigt kroppssjuka

Sjukvårdsområde	Antal vårdplatser färdiga 1/10 1963—31/12 1966 genom ianspråktagande av landstinget tillhöriga institutioner av följande slag							
	Sjukstuga		Lasarett		Sanatorium		Förlossningshem	
	Antal institutioner	Antal vårdplatser	Antal institutioner	Antal vårdplatser	Antal institutioner	Antal vårdplatser	Antal institutioner	Antal vårdplatser
B	—	—	—	—	—	—	—	—
C	—	—	—	—	—	—	—	—
D	2	59	—	—	—	—	—	—
E	—	—	—	—	—	—	—	—
F	—	—	—	—	—	—	—	—
G	—	—	—	—	—	—	—	—
Hn	—	—	—	—	—	—	—	—
Hs	—	—	—	—	—	—	—	—
I	—	—	—	—	—	—	—	—
K	—	—	—	—	—	—	—	—
L	—	—	—	—	1	20	1	12
M	—	—	—	—	—	—	—	—
N	—	—	—	—	—	—	—	—
O	—	—	1	63	—	—	—	—
P	—	—	1	70	—	—	1	15
R	—	—	—	—	—	—	—	—
S	—	—	3	300	—	—	—	—
T	—	—	—	—	—	—	—	—
U	—	—	—	—	—	—	—	—
W	—	—	—	—	—	—	—	—
X	—	—	—	—	—	—	—	—
Y	—	—	—	—	—	—	—	—
Z	—	—	—	—	—	—	—	—
AC	—	—	—	—	—	—	—	—
BD	—	—	—	—	—	—	—	—
A	—	—	—	—	—	—	—	—
EN	—	—	—	—	—	—	—	—
MM	—	—	—	—	—	—	—	—
OG	—	—	—	—	—	—	—	—
Hela riket	2	59	5	433	1	20	2	27

Tab. 11. Fastställda planer för vården av långvarigt kroppssjuka och lättskötta psykiskt sjuka

Sjukvårdsområde	Vården av långvarigt kroppssjuka			Vården av lättskötta psykiskt sjuka		
	Plan fastställd	Plan fastställd år	Plan inte fastställd	Plan fastställd	Plan fastställd år	Plan inte fastställd
B.....	×	1958	—	×	1957	—
C.....	×	1960	—	×	1958	—
D.....	×	1963	—	—	—	×
E.....	×	1958	—	×	1959	—
F.....	×	1960	—	—	—	×
G.....	×	1963	—	×	1962	—
Hn....	×	1961	—	—	—	×
Hs	×	1962	—	×	1944	—
I.....	—	—	×	—	—	×
K.....	×	1959	—	×	1955	—
L.....	×	1956	—	×	1938	—
M.....	×	1955	—	×	1959	—
N.....	×	1962	—	×	..	—
O.....	×	1963	—	—	—	×
P.....	×	1963	—	×	1957	—
R.....	×	1960	—	—	—	×
S.....	—	—	×	×	1956	—
T.....	×	1960	—	×	1959	—
U.....	×	..	—	×	..	—
W.....	×	1963	—	—	—	×
X.....	×	1959	—	×	1963	—
Y.....	×	1960	—	×	1962	—
Z.....	×	1956	—	×	1959	—
AC....	×	1956	—	×	1941	—
BD....	×	1958	—	—	—	×
A.....	×	1963	—	—	—	×
EN....	×	1962	—	×	1958	—
MM....	×	1962	—	—	—	×
OG....	—	—	×	—	—	×
Hela riket	26		3	18		11

Bättre bostäder åt åldringar

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Inrikesdepartementet

Genom beslut den 2 december 1960 uppdrog Kungl. Maj:t åt socialpolitiska kommittén att utföra en kartläggning av vårdbehov och vårdmöjligheter för åldringar samt att till Kungl. Maj:t inkomma med redogörelse för kartläggningens resultat ävensom de förslag kommittén med anledning därav fann påkallade.

Resultatet av kommitténs kartläggning har redovisats i Åldringsvårdens läge (SOU 1963: 47). Som framgår av denna har många inom den nuvarande åldringsgenerationen, trots de betydande förbättringar av bostadsstandarden som skett, dåliga bostäder. Detta gäller särskilt i glesbygder och avfolkningsområden.

På längre sikt kan man räkna med att åldringarnas bostadsstandard ändras till det bättre. De som utgör nästa åldringsgeneration bor bättre än dagens åldringar och kan betala för bättre bostäder då de blir pensionärer.

På kort sikt är snabba och omfattande åtgärder för att förbättra de nuvarande åldringarnas bostadssituation ett sätt att bedriva aktiv åldringsvård. Socialpolitiska kommittén och bostadsstyrelsen överlämnar härmed en promemoria med förslag till åtgärder i syfte att skapa bättre bostäder åt åldringar. I promemorian föreslås en inventering av åldringsbostäderna med inriktning på de dåliga bostäderna, en intensifierad bostadsförbättringsverksamhet i olika former, anordnande av monteringsfärdiga bostäder m. m.

I socialpolitiska kommitténs slutliga behandling av detta ärende har deltagit undertecknad Michanek, ordförande, samt ledamöterna Ingemund Bengtsson, ledamot av riksdagens andra kammare, fru Britt-Marie Bystedt, sekreterare hos Tjänstemännens centralorganisation, Gunnar Hallström, ordförande i Svenska kommunalarbetareförbundet, Sven Hydén, direktör i Svenska arbetsgivareföreningen, Hans Nyhage, folkskollärare, Einar Rimmerfors, ledamot av riksdagens andra kammare, fru Elisabet Sjövall, ledamot av riksdagens andra kammare samt Reidar Tilert, byråchef i finans-

departementet. Ledamoten Torsten Bengtson, ledamot av riksdagens första kammare, har varit förhindrad på grund av uppdrag som FN-delegat.

I bostadsstyrelsens handläggning av detta ärende har deltagit generaldirektören Sännås samt ledamöterna Harry Bernhard, överingenjör, fru Anna Lisa Lewén-Eliasson, ledamot av riksdagens andra kammare, Hjalmar Nilsson, ledamot av riksdagens första kammare, och Erik Strandberg, andre förbundsordförande i Svenska byggnadsarbetareförbundet.

Stockholm den 27 december 1963.

Ernst Michanek *Bertil Sännås*

/Birger Forslund

Sammanfattning

Socialpolitiska kommittén och bostadsstyrelsen föreslår — med sikte särskilt på glesbygder och avfolkningsområdden — att en rad åtgärder vidtas omedelbart för att förbättra åldringarnas bostadssituation. Förslagen innebär följande.

1. Under bostadsstyrelsens ledning genomföres en inventering av åldringsbostäderna med inriktning på de dåliga bostäderna. Länsbostadsnämnderna ges förstärkta personalresurser för att organisera arbetet i länen och direkt biträda de mindre kommunerna. I övriga kommuner förutsättes att kommunen själv svarar för inventeringen.

2. Vid inventeringen undersökes vilka åtgärder som bör vidtas i individuella fall för att hjälpa åldringarna att förbättra den bostad de har eller att flytta till en annan bostad. Den ordinarie bostadsförbättringsverksamheten med statliga lån och bidrag intensifieras.

3. Vid sidan härav skall enklare anordningar kunna bestridas av staten från anslaget till bostadsförbättring. En undersökning har gjorts genom statens institut för byggnadsforskning om möjligheter och kostnader i fråga om enklare vattenledningar och toalettanordningar, spisar och uppvärmningsanordningar som skulle kunna underlätta för de gamla att bo kvar i bostäderna. Kylskåp liksom andra rörliga nyttoföremål av större värde kan av kommunerna ställas till åldringarnas förfogande som lån.

4. Byggande av vanliga pensionärsbostäder i tillräcklig omfattning och i snabbare takt bör vara ett huvudresultat av det kommunala planeringsarbetet för förbättring av åldringarnas bostäder. Där det inte finns förutsättningar att lösa problemen på denna väg — d. v. s. främst i avfolkningsområden — föreslås att man prövar att använda monteringsfärdiga hus. På så sätt kan man erbjuda ett åtminstone temporärt alternativ av god standard för dem som bor alltför dåligt eller alltför avlägset. En viss erfarenhet finns av sådana lösningar. Bostadsstyrelsen är beredd att i samarbete med byggnadsforskningsinstitutet låta utarbeta olika typer av sådana hus, lämpliga som åldringsbostäder och för fabriksmässig tillverkning. Arbetsmarknadsstyrelsen torde kunna medverka på olika sätt. Staten bör inom bostadsförbättringsanslagens ram lämna kommunerna en subvention på 10 000 kronor per lägenhet och i övrigt lån för dessa bostäder.

5. Det är angeläget, att det statliga bostadslånesystemet stöder olika former av ändamålsenliga och goda bostäder för åldringar. Bostadslån bör beviljas även för åldringsbostäder med anordningar för service och omvårdnad, liksom för pensionärsbostadshus i anslutning till vårdinstitutioner. Byggandet av olika slags åldringsbostadshus med högre eller lägre grad av kollektiva inslag bör uppmuntras genom att den statliga långivningen får om-

fatta även de kollektiva anordningarna. Bostadsstyrelsen är beredd att se över tillämpningen av lånereglerna i detta syfte.

6. För att möjliggöra en ökad produktion av åldringsbostäder i glesbygdsområdena föreslås, att de nya kommunblocken skall aktiviseras på bostadsområdet. I en del fall kan små kommuner inte var för sig klara problemen, t. ex. att bilda förvaltningsföretag för bostäder. Där bör en lösning sökas i samverkan mellan kommunerna.

7. Ideella organisationer bör stimuleras att bygga bostadshus för åldringar. F. n. kan de få lån till 85 procent av låneunderlaget, och då särskilda skäl föreligger 90 procent. Till underlättande av ideella organisationers möjligheter att bygga pensionärsbostäder bör de lånebeviljande myndigheterna som regel bevilja dylika organisationer bostadslån intill 90 procent av låneunderlaget.

De särskilda åtgärder, som avser enklare mindre förbättringar och byggandet av temporära bostäder föreslås få en tillämpningstid av fem år. Därmed understrykes syftet att få snabba resultat. Det framhålles också, att den mera långsiktiga förbättringen av bostadsstandarden för åldringar inte får påverkas negativt. Det bör tillses att pensionärsbostädernas allmänna standard upprätthålles på en hög nivå. Kostnaderna med anledning av de föreslagna åtgärderna faller på en rad befintliga anslag.

Åldringarnas bostadssituation

I sin redogörelse för kartläggningen av åldringsvården (Åldringsvårdens läge, SOU 1963: 47) har socialpolitiska kommittén redovisat sammanställningar och analyser av 1960 års bostadsräkning och av andra undersökningar, som belyser åldringarnas bostadssituation. Dessa uppgifter kan numera kompletteras med ytterligare material från 1960 års bostadsräkning, redovisat i dess publikation del II (Sveriges officiella statistik), vilken kommit ut i oktober 1963.

Vissa definitioner m. m.

Folk- och bostadsräkningarna 1960, på vilkas resultat redogörelsen om åldringarnas bostadssituation i huvudsak bygger, grundar sig på ett formellt boendebegrepp, nämligen mantalsskrivningen. En person kan därför i bostadsräkningen redovisas som boende i viss bostad, fastän han i praktiken bor på annat håll.

Personer, som intagits på vårdinrättning eller vissa slag av anstalter skall inte mantalsskrivas där. Tidigare har ålderdomshemmen inte räknats dit. De gamla har ansetts bosatta på hemmet och har också mantalsskrivits på detta. Fr. o. m. den 1 juli 1960 skall emellertid den som bor på ålderdomshem vara mantalsskriven i sin tidigare bostad, även om ålderdomshemmet ligger i en annan kommun. Personer boende på ålderdomshem före angivna dag kan fortfarande vara mantalsskrivna på hemmet.

Befolkningen har fördelats på tre hushållstyper, bostadshushåll (boende i vanliga bostadslägenheter), andra privata hushåll (personer ej hänförbara till viss bostadslägenhet, t. ex. på församlingen skrivna) samt kollektivhushåll (ungkarlshem, pensionat, anstalter etc.).

Den som på grund av äganderätt, hyresavtal eller eljest disponerar (»står för») lägenheten i ett bostadshushåll räknas som bostadsföreståndare. Om två eller flera gemensamt har en lägenhet, har en av dem, i regel den äldste, angetts såsom bostadsföreståndare.

Bostäderna har klassificerats efter utrustning med vatten och avlopp, toalett, centralvärme, varmvatten, bad- eller duschrum, elspis och kylskåp. Lägenheterna har indelats i sju kvalitetsgrupper. Dessa kvalitetsgrupper 1—7 omfattar följande utrustningsdetaljer (va = vatten, av = avlopp, wc, cv = centralvärme, bad = bad- eller duschrum, sp = el- eller gasspis med ugn, kyl = kylskåp).

Kvalitetsgrupp
1 = va + av + wc + cv + bad + sp + kyl
2 = va+ av + wc + cv + bad, saknar sp och/eller kyl
3 = va + av + wc + cv
4 = va + av + wc
5 = va + av + cv
6 = va+ av
7 = saknar va och/eller av

Bostadsräkningen har i sina redovisningar inte någon gräns vid 67 år. I fråga om de äldres boendeförhållanden finns endast gruppen 65 år och däröver

redovisad. På grundval av en urvalsundersökning i samband med folk- och bostadsräkningarna har dock vissa uppgifter framräknats beträffande boendeförhållandena för åldringar i olika åldersgrupper. Dessa uppgifter finns endast som rikssiffror.

Angående begreppet tätort gäller enligt folk- och bostadsräkningarna, att som tätbebyggt område räknas alla hussamlingar med minst 200 invånare, såvida avståndet mellan husen normalt inte överstiger 200 m. För undersökningar rörande åldringsvården är det viktigt att observera, att de minsta bland dessa tätorter, om de inte ligger nära andra tätorter, i regel har mycket begränsade möjligheter att erbjuda vård och service på orten för sådana åldringar, som inte helt kan reda sig på egen hand. Från socialpolitiska kommitténs utgångspunkter har folkräkningen ett extremt glesbygdsbegrepp. Många åldringar som enligt folkräkningen bor i tätbebyggelse, bor i hög grad isolerat från sådana orter, där en mera kvalificerad åldringsvård är möjlig att ordna.

Bostadsstandarden stiger

Någon fullständig jämförelse mellan bostadsräkningarna 1945 och 1960 kan inte göras. Den gruppering av lägenheterna efter kvalitet som utförts vid de båda räkningarna är inte jämförbar. Det är emellertid möjligt att ur redogörelsen för 1945 års bostadsräkning räkna fram vissa approximativa jämförelsetal med 1960 års räkning beträffande avsaknaden av vatten- och avloppsledning i lägenheterna.

Antalet bostadshushåll har under perioden 1945—1960 ökat från 2,1 till 2,6 miljoner (24 %). Samtidigt har hushållen med bostadsföreståndare i åldern 65 år och däröver ökat från 360 000 till 570 000 (58 %). Hela ökningen av antalet hushåll mellan 1945 och 1960 var sålunda en halv miljon. Av denna ökning föll 210 000 eller 42 procent på hushåll med bostadsföreståndare i åldern 65 år och däröver.

Av samtliga hushåll 1945 saknade nära 700 000 eller vart tredje hushåll vatten och avlopp. 1960 hade antalet hushåll utan vatten och avlopp sjunkit till 250 000, motsvarande vart tionde hushåll. Av åldringshushållen saknade 1945 170 000 (47 %) vatten och avlopp. Bostadsräkningen 1960 redovisar 100 000 (17 %) åldringshushåll utan sådana anordningar.

Vid jämförelsen mellan de båda bostadsräkningarna framträder den stigande bostadsstandarden som det mest påfallande draget i utvecklingen. 1960 års bostadsräkning visar emellertid också hur ojämnt den höga standarden är fördelad. De kvarstående bristerna är särskilt stora bland åldringarna och i synnerhet bland landsbygdens åldringar.

Yngre bor bättre än äldre

Hela antalet bostadsföreståndare i landet var 2 580 000 den 1 november 1960. Av dessa var knappt 570 000 (22 %) i åldern 65 år och däröver. Av samtliga bostadsföreståndare bodde drygt 250 000 (10 %) i bostäder av lägsta kvalitet — kvalitetsgrupp 7, d. v. s. utan vatten, avlopp, wc och centralvärme. Antalet bostadsföreståndare i åldern 65 år och däröver med bostad i kvalitetsgrupp 7 utgjorde nära 100 000, motsvarande 17 procent av bostadsföreståndarna i denna åldersgrupp. Det totala antalet bostadsföreståndare i kvalitetsgrupp 6, d. v. s. i bostäder som saknar wc och centralvärme men har vatten och avlopp utgör drygt 290 000 (11 %). Av de äldre bostadsföreståndarna har över

Tab. 1. Bostadsföreståndarna (i 1 000-tal) fördelade efter bostadens kvalitet
(Bostadsräkningen 1/11 1960)

Antal bostadsföreståndare	Därav i kvalitetsgrupp											
	1—2		3		4		5		6		7	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Totalt 2 582	1 353	52	320	12	127	5	201	8	294	11	254	10
Därav i åldern												
65—ω år 569	192	34	97	17	35	6	54	9	82	14	99	17
—64 år 2 013	1 161	58	223	11	92	5	147	7	212	11	155	8

Anm. Uppgifter om kvalitetsgrupp saknas beträffande 33 000 bostäder.

80 000 (14 %) bostäder i kvalitetsgrupp 6. Å andra sidan har av samtliga bostadsföreståndare 1 165 000 (45 %) bostäder hänförda till kvalitetsgrupp 1, d. v. s. fullt moderna bostäder, medan av de äldre bostadsföreståndarna något över 150 000 (27 %) har dylika bostäder.

Om man jämför standarden på de bostäder, där bostadsföreståndarna är över 65 år med de yngre bostadsföreståndarnas bostäder, framstår ännu tydligare, hur mycket sämre de äldre bor. I riket finns drygt 2 000 000 bostäder, där bostadsföreståndarna är under 65 år. Av dessa bostäder hänförs 155 000, motsvarande 8 procent, till kvalitetsgrupp 7. Motsvarande procenttal för de äldre bostadsföreståndarna är, som nämnt, 17. Drygt 1 000 000 av de yngre — 50 procent — har bostäder i kvalitetsgrupp 1. Av de äldre har 27 procent bostäder i denna kvalitetsgrupp. I övrigt hänvisas till *tab. 1.*

De allra äldsta bor sämst

Resultaten av bostadsräkningens urvalsundersökning visar, att bostadsföreståndarna bor sämre, ju äldre de är. Av bostadsföreståndarna i åldern 65—69 år bor som framgår av *tab. 2* 14 procent i kvalitetsgrupp 7, men av bostadsföreståndarna i åldersgrupperna 80—84 år samt 85 år och däröver 21 resp. 28 procent. I bostäder i kvalitetsgrupperna 1—2 bor 39 procent av bostadsföreståndarna i åldern 65—69 år. Av bostadsföreståndarna i åldern 80—84 år bor 25 procent i bostäder, hörande till dessa kvalitetsgrupper. För de allra äldsta är procenttalet 21.

Tab. 2. Bostadshushåll med bostadsföreståndare i åldern 65 år och däröver procentuellt fördelade efter bostädernas kvalitetsgrupp
(Bostadsräkningen 1/11 1960, urvalsundersökningen)

Bostadsföreståndare i åldern	Andelen i procent med bostad i kvalitetsgrupp			
	1—2	3	4—6	7
65—69 år	39	15	30	14
70—74 »	34	18	31	16
75—79 »	29	19	32	18
80—84 »	25	19	34	21
85—ω »	21	19	30	28

Tab. 3. Bostadsföreståndare (i 1 000-tal) i enfamiljshus, fördelade efter bostadens kvalitet
(Bostadsräkningen 1/11 1960)

Antal bostadsföreståndare	Därav i kvalitetsgrupp											
	1—2		3		4		5		6		7	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Totalt 902	380	42	60	7	37	4	79	9	126	14	198	22
Därav i åldern												
65—ω år 188	43	23	15	8	11	6	16	9	32	17	66	35
—64 » 714	335	47	45	6	27	4	63	9	94	13	133	19

Anm. Beträffande bostadsföreståndarna i åldern 65—ω år gäller, att de är ägare till husen. Uppgift om kvalitetsgrupp saknas beträffande 22 000 bostäder.

Bostäder i enfamiljshus sämre

Bostadsföreståndare i enfamiljshus har sämre bostäder än övriga. I riket finns drygt 900 000 bostadshushåll i enfamiljshus. Nära 200 000 (22 %) av dessa hushåll hänförs till kvalitetsgrupp 7. Knappt 190 000 bostadsföreståndare i åldern 65 år och däröver har bostad i enfamiljshus, som de själva äger. Drygt 65 000 (35 %) av dessa 190 000 bostadsföreståndare har bostäder som hör till kvalitetsgrupp 7. Som tidigare nämnts har totalt 99 000 hushåll med bostadsföreståndare som fyllt 65 år, bostäder i kvalitetsgrupp 7. Den övervägande delen av de åldringar som bor sämst bor sålunda i enfamiljshus, som de själva äger. Å andra sidan bor av samtliga bostadsföreståndare i enfamiljshus nära 300 000 (33 %) i kvalitetsgrupp 1, medan 30 000 (16 %) av de äldres bostäder hänförs till denna grupp.

Göres jämförelse mellan äldre och yngre bostadsföreståndare, d. v. s. över och under 65 år, i enfamiljshus, visar det sig, att drygt 265 000 yngre (37 %) har bostäder i kvalitetsgrupp 1. Något över 130 000 (19 %) av de yngre bostadsföreståndarna bor i kvalitetsgrupp 7. För de äldre är motsvarande procenttal, som nämnt 16 och 35. I övrigt hänvisas till *tab. 3.*

Ett glesbygdsproblem

Glesbygdens bostäder är sämre än tätorternas. I glesbygden finns drygt 640 000 hushåll och i tätorterna nära 1 940 000. 75 procent av hushållen finns alltså i tätorterna och 25 procent i glesbygden. Av de nära 570 000 hushållen med bostadsföreståndare i åldern 65 år och däröver finns 175 000 (30 %) i glesbygden och 394 000 (70 %) i tätorterna. Av alla hushåll redovisas vart fjärde i glesbygden, men av åldringshushållen nära vart tredje.

Som framgår av *tab. 4* finns i glesbygden drygt 180 000 hushåll i kvalitetsgrupp 7, d. v. s. 28 procent av samtliga glesbygdshushåll. I tätorterna redovisas 73 000 dylika hushåll, motsvarande 4 procent av tätortshushållen. Till kvalitetsgrupp 1 hänförs å andra sidan i glesbygden drygt 105 000 hushåll (16 %) och i tätorterna nära 1 060 000 hushåll (55 %). Som av tab. 4 vidare framgår, har även hushållen med bostadsföreståndare i åldern 65 år och däröver avsevärt sämre bostäder i glesbygden än i tätorterna. I glesbygden har 74 000 åldringshushåll (43 %) bostäder i kvalitetsgrupp 7 mot 25 000 (6 %) i tätorterna. 139 000 (35 %) av åldringshushållen i tätorterna har bostäder hänförda till kvalitetsgrupp 1. I glesbygden

Tab. 4. Bostadsföreståndarna (i 1 000-tal) fördelade på glesbygd och tätorter efter bostadens kvalitet

(Bostadsräkningen 1/11 1960)

Antal bostadsföreståndare	Totalt	Därav i kvalitetsgrupp											
		1—2		3		4		5		6		7	
		antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Glesbygden.....	643	161	25	48	7	27	4	85	13	125	19	182	28
Därav i åldern 65—ω år...	175	21	13	13	7	8	4	20	11	35	20	74	43
Tätorterna.....	1 939	1 192	62	272	14	100	5	115	6	169	9	73	4
Därav i åldern 65—ω år...	394	171	43	84	21	28	7	35	9	46	12	25	6

Anm. Uppgift om kvalitetsgrupp saknas beträffande 33 000 bostäder.

har 8 procent av åldringshushållen sådana bostäder.

I de kvarvarande bostäderna som tillhör lägsta kvalitetsgruppen i tätorter bor emellertid förhållandevis många åldringar. Av samtliga hushåll i tätorterna utgjorde hushåll med bostadsföreståndare, som fyllt 65 år, 20 procent, men av hushållen i den lägsta kvalitetsgruppen var de 34 procent.

I *tab. 5* belyses ytterligare i hur hög grad de sämsta bostäderna med bostadsföreståndare i åldern 65 år och däröver är koncentrerade till glesbygden.

Drygt en tredjedel av alla som fyllt 65 år bor i glesbygden men tre fjärdedelar av de bostäder i kvalitetsgrupp 7 som har bostadsföreståndare i denna ålder finns i glesbygden.

Bostäderna bäst i de större tätorterna

I de mindre tätorterna är de äldre bostadsföreståndarnas bostäder avsevärt sämre än i de större tätorterna fastän betydligt bättre än i glesbygden. I tätorter med 200—1 999 invånare finns knappt 70 000 hushåll med bostadsföreståndare i åldern 65 år och däröver. Nära 14 000 (20 %) av dessa har bostäder i kvalitetsgrupp 7. I tätorter med minst 2 000 invånare har 3 procent bostad i denna kvalitetsgrupp. I de små tätorterna har 18 procent av de äldre bostadsföreståndarna bostäder i kvalitetsgrupp 1, i de större tätorterna däremot 39 procent. Städerna uppvisar i detta hänseende ungefär samma procenttal som de större tätorterna.

Tab. 5. Folkmängden i åldern 65—ω år samt bostadsföreståndare i denna ålder i kvalitetsgrupp 7 (i 1 000-tal)

	Personer i åldern 65—ω år		Bostadsföreståndare i åldern 65—ω år			
			Totalt		Med bostad i kval. gr. 7	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Totalt.....	897	100	569	100	99	100
Därav i glesbygd....	309	34	175	31	74	75
i tätort	588	66	394	69	25	25

Regionala olikheter

Största andelen bostadsföreståndare bland de äldre som bor i bostäder av kvalitetsgrupp 7 redovisas bland länen för Gotlands län (44 %), närmast följt av Kronobergs län (33 %). Lägsta andelen har Malmöhus län (11 %) samt Göteborgs och Bohus län (12 %), om Malmö respektive Göteborg medräknas. Bland övriga län har Södermanlands län (13 %) och Uppsala län (14 %) de lägsta procenttalen.

Ser man till samtliga bostadsföreståndare i länet oavsett ålder, hör i Gotlands län 28 procent till kvalitetsgrupp 7; detta är det högsta talet bland länen. För Kronobergs län och Kalmar län redovisas 19 procent. De lägsta procenttalen visar Södermanlands län (6 %) samt Uppsala och Västmanlands län (båda 7 %).

Höga procenttal — 30 procent eller däröver — för den lägsta bostadskvalitén bland de äldre boende redovisas för några sydliga län. Detta gäller Kronobergs, Kalmar, Gotlands och Blekinge län. Även Göteborgs och Bohus län ligger relativt högt. I Norrland visar Jämtlands län det högsta procenttalet.

Kvalitetsgrupperna 5—7 saknar wc. Denna bekvämlighet saknas i 41 procent av alla lägenheter med bostadsföreståndare över 65 år. Bland länen redovisar Gotland 69 procent åldringsbostäder hänförda till kvalitetsgrupperna 5—7. Närmast följer Blekinge län med 60 procent, Kronobergs och Skaraborgs län (båda 59 %) samt Kalmar län (58 %) och Kristianstads län (57 %). Minsta andelen av dessa sämst utrustade bostäder redovisas i Stockholms län (34 %), Uppsala och Västmanlands län (36 %) samt Södermanlands och Norrbottens län (37 %). För Stockholms stad redovisas 8 procent av de äldre bostadsföreståndarna på kvalitetsgrupperna 5—7, för Göteborg 35 procent samt för Malmö 22 procent.

I en fjärdedel av kommunerna hade mellan 30 och 40 procent av bostadsföreståndarna i åldern 65 år och däröver bostäder hänförda till lägsta kvalitetsgruppen. I ytterligare drygt en fjärdedel av kommunerna bodde en ännu högre andel av de äldre i sådana bostäder. I 72 kommuner var andelen boende i bostäder av lägsta kvalitén mindre än 5 procent. I 105 kommuner hade 50 procent eller flera av bostadsföreståndarna i angiven ålder bostäder i lägsta kvalitetsgruppen.

Kommuner med höga procenttal är koncentrerade till Stockholms skärgård, sydöstra delen av Jönköpings län, Kalmar län, Gotland, Blekinge, norra Bohuslän, Dalslandsdelen av Älvsborgs län, Skaraborgs län, sydvästra Värmland, Jämtlands samt den nordligaste delen av Norrbottens län.

Drygt 100 000 åldringar bor omodernt

Som anförts är det, med hänsyn till bostadsräkningens åldersfördelningar, inte möjligt att ange hur många av bostadsföreståndarna som fyllt 67 år och deras fördelning på olika åldersgrupper efter bostadens kvalitet. Räknar man med att andelen bostadsföreståndare i åldern 67 år och högre relativt sett är densamma som för bostadsföreståndarna i åldern 65 år och däröver d. v. s. 63 procent, utgör antalet bostadsföreståndare som fyllt 67 år 480 000. Av dessa skulle ca 80 000 ha bostad i kvalitetsgrupp 7 och ca 70 000 i kvalitetsgrupp 6. Då i regel de äldre bor i sämre bostäder än de yngre, skulle de nämnda talen kunna antas vara för låga. Å andra sidan befinner sig de äldre i större utsträckning på olika vårdinstitutioner.

Utgår man från att totalbefolkningen

i åldern 67 år och däröver i kvalitetshänseende bor på samma sätt som bostadsföreståndarna i åldern 65 år och däröver, skulle 17 procent av samtliga åldringar eller omkring 130 000 åldringar bo i bostäder, hänförda till kvalitetsgrupp 7, och 14 procent eller 105 000 i bostäder tillhörande kvalitetsgrupp 6. Minst en fjärdedel av åldringarna skulle enligt här angivna antaganden bo i bostäder, hänförda till de båda lägsta kvalitetsgrupperna, d. v. s. på sin höjd ha vatten och avlopp i bostaden men inte wc, centralvärme eller andra bekvämligheter.

Gällande regler om statligt stöd till bostäder

Bostadslån[1]

Som förutsättning för beviljande av statliga bostadslån gäller, att huset uppfyller vissa krav i fråga om god bostadsstandard och bostadsmiljö, skäliga kostnader m. m. Minst halva lägenhetsytan skall upptagas av bostäder eller belåningsbara lokaler. Lokaler är belåningsbara, om de utgör sådana komplement till bostäderna, som är avsedda att åt de boende tillhandahålla varor och tjänster av den art, att behovet därav bör tillgodoses inom bostadsområdet. Sådana lokaler är bl. a. närhetsbutiker, hobby- och samlingslokaler, barnstugor, lokaler för läkar- och tandläkarpraktik samt garage.

Bostadslånets storlek bestämmes på grundval av ett låneunderlag, vilket motsvarar en schablonmässigt beräknad produktionskostnad. Det förutsättes att låntagaren som regel på den allmänna lånemarknaden erhåller primär- och sekundärlån (underliggande kredit) till 70 procent av låneunderlaget. Bostadslånet placeras i förmånsrättsordning närmast efter den underliggande krediten och utgår med följande andel av låneunderlaget, nämligen 30 procent för kommuner och allmännyttiga bostadsföretag, 25 procent för vissa bostadsrättsföreningar, 20 procent för enskilda personer i de fall då lånet avser småhus som skall bebos av låntagaren samt 15 (undantagsvis 20) procent för övriga låntagare. Den sammanlagda belåningen kommer härigenom att utgöra resp. 100, 95, 90 eller 85 procent av låneunderlaget.

Ränta på bostadslån utgår som regel efter fyra procent för bostäder och fem procent för lokaler. Låntagarna är skyldiga att underkasta sig de ändringar av räntesatserna, som kan komma att beslutas av statsmakterna. Amorteringstiden är i allmänhet 30 år.

För lån till kommuner och allmännyttiga företag gäller särskilda bestämmelser om fördelning mellan stat och kommun av uppkommande förvaltningsförluster. Enligt dessa bestämmelser ersätter staten i vissa fall fyra femtedelar av förlusterna.

I fråga om lån till pensionärsbostäder gäller bl. a. följande särskilda regler. Låneunderlaget ökas med 400 kronor för varje pensionärslägenhet i hus, där mer än halva lägenhetsytan upptages av sådana bostäder. Bestämmelsen om detta tillägg — som är obetydligt i förhållande till hela låneunderlaget och som påverkar årskostnaden för lägenheter i mycket ringa grad — torde komma att omprövas i samband med den allmänna översyn av reglerna om högsta låneunderlag, som pågår inom bostadsstyrelsen. Lägenheterna skall ha sådan utrustning (bl. a. kök eller kokvrå, badrum eller duschrum), att de kan fungera som självständiga bostadsenheter. Låneunderlaget kan omfatta

[1] Kungörelse 1962: 537 (ändr. 1963: 142).

förutom lokaler som eljest godtas för belåning, även mindre vårdavdelningar för akuta sjukdomsfall. Hus med anstaltskaraktär är i princip uteslutna från långivningen.

Räntebidrag[1]

Genom statliga räntebidrag erhåller låntagarna ersättning för sina räntekostnader för primär- och sekundärlån, i vad ränta utgår efter högre procentsats än den s. k. basräntan. Räntekostnader för lokaler omfattas dock ej av bidragsgivningen. Bidrag utgår ej heller för sådana räntekostnader för bostäder, som beror på att produktionskostnaden överstiger låneunderlaget.

I fråga om primärlån utgör basräntan f. n. 3,5, 4 eller 4,5 procent, varvid den lägsta procentsatsen gäller för de senaste årgångarna av statsbelånade hus (fr. o. m. den 1 juli 1963 avser denna procentsats byggnadsföretag påbörjade efter år 1957). För sekundärlån är basräntan en halv procentenhet högre. Är den erlagda räntan högre än den s. k. lånemarknadsräntan, som bostadsstyrelsen godtar vid bidragsberäkningen, skall lånemarknadsräntan läggas till grund för bestämmande av räntebidraget. Låntagaren får själv stå för den överskjutande räntekostnaden.

Förbättringslån[2]

Förbättringslånen avser att främja ombyggnad och annan förbättring av en- och tvåfamiljshus i sådana fall, där bostadslån ej kan utgå. Förbättringslångivningen omfattar i enlighet härmed i huvudsak dels ombyggnader och andra förbättringsåtgärder av ringa omfattning, dels ock omfattande förbättringsarbeten, som dock ej kan stödjas med bostadslån, emedan det inte föreligger ett varaktigt behov av bostaden eller arbetena inte ger ett med nybyggnad likvärdigt resultat. Förbättringslån bör företrädesvis utgå för hus med avsevärda brister.

Genom förbättringslånen lämnas i första hand stöd till kostnaderna för utförande av förbättringsarbetena. Lån kan utgå med högst 90 procent av dessa kostnader. Förbättringslånet kan emellertid också innefatta en subvention till nedbringande av den årliga bostadskostnaden. Subventionen utgår i den formen att lånet, helt eller delvis, får vara fritt från ränta och amortering under en tid av tio år, varefter det ränte- och amorteringsfria beloppet avskrives. I övrigt skall förbättringslån förräntas efter fyra procent och amorteras på högst 25 år.

Ränte- och amorteringsfritt lånebelopp beviljas efter behovsprövning. För denna prövning gäller bl. a., att den statligt beskattningsbara inkomsten inte får överstiga 6 000 kronor. För låntagarna i allmänhet är subventionsbeloppet maximerat till 4 000 kronor. I vissa fall kan större subvention beviljas; detta gäller framför allt bostäder åt sådana mindre bemedlade åldringar och förtidspensionärer, som avses i kungörelsen om pensionärsbostadsbidrag (jfr nedan). Lån till förbättring av sådan bostad kan vara ränte- och amorteringsfritt upp till ett belopp av 10 000 kronor.

Undantagsvis utgår förbättringslån även för förbättring av hus med mer än två lägenheter, under förutsättning att lägenheterna är avsedda för sådana åldringar och pensionärer som nyss nämnts. Subventionsbeloppet är i dessa fall högst 4 000 kronor per lägenhet.

[1] Kungörelse 1962: 541 (ändr. 1963: 143,568).
[2] Kungörelse 1962: 538.

Pensionärsbostadsbidrag[1]

Pensionärsbostadsbidragen utgår i form av årliga bidrag, avsedda att minska hyreskostnaderna för mindre bemedlade pensionärer. Härmed avses i detta sammanhang personer, som uppnått 60 års ålder eller utan att ha uppnått nämnda ålder åtnjuter folkpension och som därjämte kan antagas vara ur stånd att med egna medel förskaffa sig godtagbar bostad. Den som erhåller kommunalt bostadstillägg anses som regel tillhöra denna kategori.

Bidrag utgår endast för lägenhet, som av kommun eller under medverkan av kommun genom hyresavtal upplåtes till pensionär. Bidrag utgår alltså inte för lägenhet, som pensionär innehar med äganderätt eller bostadsrätt.

Som villkor för bidrag gäller vidare i huvudsak följande. Lägenheten skall efter ny- eller ombyggnad ha färdigställts tidigast den 1 juli 1946. Huset skall ha uppförts eller ombyggts med stöd av bostadslån, egnahemslån eller tertiärlån, eller också skall statligt räntebidrag för huset ha beviljats. Bidraget utgår sålunda inte i pensionärshem, som fått det statliga stöd, som i särskilda former utgick till sådana hem t. o. m. 1958. Däremot kan bidrag utgå för lägenheter i senare uppförda pensionärshem liksom för s. k. insprängda pensionärslägenheter. Lägenhet för en person skall innehålla minst ett rum och kokvrå. Bebos lägenheten av två eller tre personer skall den innehålla minst ett rum och kök eller två rum och kokvrå. Är antalet boende större än tre kräves minst två rum och kök. Beträffande utrustningsstandarden i övrigt gäller som regel krav på att centraluppvärmning skall vara anordnad samt att inom lägenheten skall finnas vatten- och avloppsledningar, vattenklosett och badrum eller duschrum.

Det årliga bidragsbeloppet per lägenhet är beroende av antalet skattekronor per invånare i kommunen på sätt som framgår av nedanstående tablå.

Skattekronor per invånare	Bidrag per lägenhet, kronor
Under 24	625
24—25: 99	575
26—27: 99	525
28—29: 99	475
30—31: 99	425
32—33: 99	375
34—35: 99	325
36—37: 99	275
38—39: 99	225
40 eller däröver	175

[1] Kungörelse 1962: 542.

Verksamhetens omfattning

Verksamhetens omfattning

Under perioden 1939—1958 lämnades statsbidrag till uppförande av pensionärshem. I de flesta fall låg statsbidraget mellan 25 och 34 procent av kostnaderna. Detta bidrag upphörde med utgången av 1958.

Antalet lägenheter som tillkom med stöd av det särskilda bidraget till pensionärshem uppgick under 1950-talet till nära 12 000. Statens kostnad för dessa bidrag uppgick till i genomsnitt drygt 9 mkr per år. Efter bidragets slopande har byggts ytterligare pensionärshem.

Sedan 1958, då det särskilda pensionärshemsbidraget avskaffades, utgår löpande pensionärsbostadsbidrag till pensionärslägenheter oberoende av vilken andel pensionärslägenheterna har i husen. Antalet bostäder med pensionärsbostadsbidrag uppgick vid slutet av 1962 till 14 600. Det sammanlagda bidragsbeloppet uppgick till ca 2,6 milj. kronor.

Vid kommitténs kommunundersökning i april 1962 redovisades 32 400 lägenheter i pensionärshem med 36 000 åldringar. Vidare fanns 11 400 insprängda pensionärslägenheter med 12 500 åldringar. Sammanlagt bodde alltså 48 500 åldringar, motsvarande drygt 6 procent av samtliga, i bostäder av detta slag.

Förbättringslåneverksamheten, som i nuvarande form började 1948, omfattade totalt ca 10 000 lägenheter per år under förra delen av 1950-talet. Därefter har som närmare framgår av *tab. 6*, antalet förbättrade lägenheter successivt sjunkit till 6 000—7 000 om året.

Enligt en av bostadsstyrelsen gjord undersökning var av samtliga personer som fått stöd till bostadsförbättring i mitten av 1950-talet 25 procent i åldern 65 år och däröver. Därefter har de äldres andel gradvis ökat och upp-

Tab. 6. Beviljade förbättringslån under tiden 1950/51—1962/63

Budgetår	Antal lån	Antal lägenheter	Belopp mkr
50/51—54/55 ...	49 446	52 422	131
55/56.....	9 314	9 931	39
56/57.....	9 282	9 913	43
57/58.....	7 497	7 964	40
58/59.....	7 481	7 922	41
59/60.....	6 790	7 207	35
60/61.....	7 076	7 564	41
61/62.....	6 210	6 644	41
62/63.....	5 422	5 759	39
Summa	108 518	115 326	450

gick budgetåret 1961/62 till 38 procent av samtliga. Lånens sammanlagda antal har emellertid samtidigt gått ned. Antalet förbättrade bostäder för åldringar har därför i stort sett varit oförändrat 2 500 om året.

Av de äldre låntagarna fick 1961/62 nära tre fjärdedelar räntefria lån, d. v. s. subvention, och en fjärdedel kombinerade lån, d. v. s. lån i vilka subvention ingick.

Det totala lånebeloppet har sedan mitten av 1950-talet legat vid ca 40 mkr per år, varav omkring 25 mkr utgjort subvention. I genomsnitt uppgick lånen under 1962/63 till 7 200 kr. De räntefria lånedelarna till de äldre har de senaste åren stigit till i genomsnitt över 4 000 kr.

Grovt räknat på föreliggande material kostar bostadsförbättringsverksamheten för åldringar per år ca 15 mkr, varav 10—12 mkr är subvention.

Efter förbättringsarbetenas karaktär fördelade sig lånen till åldringar under 1961/62 på följande sätt. Drygt 70 procent av låntagarna fick stöd till byggnadsarbeten, varmed avses rekonstruktion av grund, bjälklag, väggar, tak etc. I nära 70 procent av fallen ingick vatten och avlopp, d. v. s. anslutning till kommunalt nät, uppsättande av hydrofor, grävning av brunn etc. I drygt 50 procent av ärendena ingick sanitär installation och i lika många elinstallation, i ca 40 procent hörde centralvärme till förbättringsarbetena. Som framgår avser flertalet lån flera olika slags arbeten. — Bidrag till elinstallation var tidigare särskilt vanliga. Numera är elektrifieringen i stor utsträckning genomförd.

Vid kommitténs kommunundersökning inhämtades uppgifter om åldringsbostäder med förbättringslån 1959 eller senare. Det uppgavs att 6 600 lägenheter fått förbättringsstöd och att 9 300 åldringar bodde i dessa bostäder.

Förslag

Principen: de gamla i egna bostäder

Enligt de av statsmakterna 1957 antagna riktlinjerna för åldringsvården bör allt göras för att så många gamla som möjligt skall kunna få leva kvar i sina invanda miljöer. Alla de landsting och kommuner, som uttalat sig i frågan vid socialpolitiska kommitténs enkät i april 1962, menar att åldringarna skall ges tillfälle att bo kvar i sina egna bostäder. Om man ansluter sig till denna uppfattning, får detta emellertid inte betyda, att åldringarna skall bo i dåliga bostäder. Samhället bör medverka till att bostäderna i görligaste mån upprustas eller att moderna bostäder finns i tillräcklig omfattning, som kan ställas till de äldres förfogande. Åldringarna bör så långt det är möjligt genom samhällets åtgärder beredas valfrihet, när det gäller bostaden — att bo kvar i det gamla hemmet eller att flytta till en pensionärslägenhet eller en annan godtagbar bostad. Att de så länge som möjligt skall bo i sina hem innebär alltså, att de skall beredas möjlighet att föra ett självständigt liv i en egen bostad av god kvalitet. I många fall förutsätter detta, att de kan beredas en viss hemhjälp. Sådan hjälp i hemmet kan ofta inte ordnas om bostaden ligger alltför avskilt. Därför måste en del åldringar erbjudas möjlighet att flytta till närbelägna samhällen, där bättre bostad och hemhjälp kan beredas dem.

Bostaden är en nyckel till lösningen av många åldringsvårdsproblem. Bostadsräkningens resultat visar, att trots de betydande förbättringarna av bostadsstandarden många inom den nuvarande åldringsgenerationen har dåliga bostäder. Detta ökar i dag behovet av hemhjälp och institutionsvård.

På längre sikt kan man räkna med att åldringarnas bostadsstandard ändras till det bättre. De som utgör nästa åldringsgeneration bor bättre än dagens åldringar och kan betala för bättre bostäder då de blir pensionärer.

På kort sikt är snabba och omfattande åtgärder för att förbättra de nuvarande åldringarnas bostadssituation ett sätt att bedriva aktiv åldringsvård.

Bostadsfrågan främst ett glesbygdsproblem

Dagens åldringsbostadsfråga är inte endast en fråga om bostädernas kvalitet. Det är i hög grad en lokaliseringsfråga. Undersökningarna visar att många åldringar i dåliga bostäder bor på platser, där dyrbara bostadsförbättringsåtgärder är ekonomiskt diskutabla och där det är svårt att ordna hemhjälp och annan service.

Den ovan lämnade redogörelsen visar, att de äldre bor sämre än de yngre. De sämsta bostäderna finns företrädesvis i glesbygden. Bostäder i enfamiljshus är av lägre kvalitet än bostäder i flerfamiljshus. Ensamstående gamla har sämre bostäder än andra hushåll.

De allra äldsta har genomsnittligt de sämsta bostäderna. Problemet med åldringarnas dåliga bostäder är i hög grad koncentrerat till ensamma, gamla människor i omoderna stugor långt från annan bebyggelse och möjlighet till hjälp.

De dåliga åldringsbostäderna utgör i första hand ett glesbygdsproblem. För gamla människor kan de stora avstånden och de dåliga kommunikationerna göra det verkligt svårt att göra uppköp i affärerna, besöka posten eller komma till grannarna för en pratstund. I många fall är det omöjligt för dem att mera regelbundet få hjälp i sitt hushåll av hemsamariter. De kvinnor som rekryteterar hemsamaritkåren är ofta fåtaliga i dessa utflyttningskommuner, där de kvarboende åldringarna är desto fler. De göromål till vilka de företrädesvis kan behöva hjälp är ofta tunga. Det rör sig kanske om att hugga ved, bära vatten och skotta snö.

Ofta är det svårt för dessa gamla att bryta sin isolering och flytta till pensionärsbostäder, där de kan få mer tillsyn och hjälp. I de kommuner om vilka det här huvudsakligen är fråga saknas inte sällan pensionärshem eller finns det för få pensionärslägenheter för att ta emot alla åldringar som önskar sådan bostad. Hyresmarknad i vanlig mening finns i allmänhet inte i sådana kommuner. Dessa åldringar blir då hänvisade att antingen bo kvar i sina omoderna ensligt belägna stugor eller flytta till ålderdomshemmets kollektivhushåll — om där finns rum för dem.

Problem även i tätorterna

I tätorterna finns, som visats, också många dåliga åldringsbostäder. I städerna finns alltjämt åtskilliga förslummade bostäder, även om antalet omoderna bostäder där är relativt sett mindre än på landet. I större tätorter finns bättre möjligheter att med hjälp av statliga lån o. d. bygga pensionärshem och insprängda pensionärslägenheter eller att i den vanliga bebyggelsen lösa de gamlas bostadsproblem. I dessa orter äger en fortlöpande sanering av bebyggelsen rum. Det torde vanligen vara mindre svårt att organisera hemhjälp på tätbebyggda platser.

Hemvård i första hand

Ett ökat byggande av goda pensionärsbostäder bör på allt sätt stimuleras. Nya pensionärshem bör utrustas och utformas så att åldringars behov av viss tillsyn kan tillgodoses där. Målet bör vara att skapa en sådan kombination av goda, ändamålsenliga bostäder och samhällelig tillsyn, hjälp och omvårdnad i dessa bostäder att åldringarna så länge som möjligt kan bo i sina egna hem.

För åldringar, vilkas vårdbehov på grund av sjukdom eller av andra orsaker är så stort, att det inte kan tillgodoses i det egna hemmet, krävs institutionell vård. Bortsett från akutsjukvården är det främst vård på ålderdomshem eller sjukhem som kommer i fråga.

Vårdinstitutionerna skall i första hand erbjuda åldringarna vård. De bör inte vara avsedda att tillgodose behovet av bostäder för åldringar, vilkas vårdbehov kan tillgodoses i vanliga bostäder.

Institutionerna bör vara anordnade på ett sådant sätt, att de motsvarar moderna krav på vårdresurser och komfort. Eftersom man får räkna med att de åldringar, som behöver vård i sådana institutioner ofta måste vistas där under lång tid, är det angeläget, att dessa inte bara lämnar god vård utan

även erbjuder tillfredsställande hemkaraktär. I sitt förslag om statligt stöd till byggande av sjukhem har kommittén betonat, att sjukhemmen inte bara skall lämna god sjukvård utan även erbjuda hemmiljö.

Snabba åtgärder erforderliga

I dagens läge krävs snabba åtgärder för att möjliggöra för den nuvarande åldringsgenerationen att bo i egna bostäder under drägliga förhållanden. Det gäller att i första hand hjälpa de gamla, som — ofta ensamma — bor i dåliga bostäder främst i glesbygden. Man måste inrikta sig på lösningar som sätts in punktvis och snabbt och som delvis är av interimistisk karaktär.

Inventering av åldringsbostäderna

Inom varje kommun bör göras en inventering av de bostäder, i vilka åldringar bor. Inventeringen skall avse att uppspåra de dåliga åldringsbostäderna och bedöma deras användbarhet för dem som bor där. Den bör göras under medverkan av erforderlig expertis i kommunen och i samråd med länsbostadsnämnden. I de fall kommunen inte har de administrativa resurser, som behövs för inventeringen, kan det bli erforderligt att hjälp vid inventeringen lämnas av länsbostadsnämnderna. Detta torde bli fallet i vissa glesbygdskommuner. Det förutsättes, att länsbostadsnämnderna erhåller den personalförstärkning, som behövs för deras medverkan, och att medel anvisade för anställande av tillfällig personal får användas för ändamålet och anslagen vid behov överskridas. Bostadsstyrelsen har beräknat medelsbehovet till 600 000 kronor.

Inventeringen bör ledas av bostadsstyrelsen, som lämnar länsbostadsnämnderna och kommunerna råd och anvisningar rörande tillvägagångssättet. Vid inventeringen synes distriktssköterskor, hemvårdarinnor, hushållningssällskapens hemkonsulenter och andra med kännedom om åldringarnas individuella bostadsförhållanden och erfarenheter av åldringsvård böra kunna biträda. Hälsovårdsnämndernas medverkan är viktig.

Syftet med inventeringen är att få en bild av de enskilda åldringarnas bostadsförhållanden i kommunen. Den bör utföras så att den kan läggas till grund för en bedömning av de åtgärder, som bör vidtas för att bereda åldringarna bättre bostäder. Inventeringen torde i huvudsak kunna begränsas till att avse en- och tvåfamiljshus.

Den föreslagna inventeringen av åldringarnas bostäder, vilken bör utgöra början till en kontinuerlig bevakning av deras bostadssituation, torde ge en bild av vilka åtgärder som på längre sikt är erforderliga för att trygga åldringarnas försörjning med goda bostäder. Därvid bör man beakta inte bara de faktiska bostadsförhållandena utan även se till att kommunen får reda på åldringarnas önskemål i fråga om bostad. Resultatet av inventeringen kan läggas till grund för både en beräkning av det antal pensionärsbostäder som behövs inom kommunen och fördelningen på olika typer av bostad. Man får genom inventeringen ökade möjligheter att bedöma, huruvida med hänsyn till behov och önskemål inom kommunen kategorihus är att föredra, om man skall satsa på pensionärslägenheter insprängda i övrig bebyggelse eller på annan utformning av pensionärsbostäderna. Dessutom skaffar man sig en uppfattning om i vilken utsträckning man bör sörja för hemhjälp och annan tillsyn.

Det material i form av befolknings-

framskrivningar och uppgifter om bostadsbeståndet, som kommunerna erhållit från 1960 års folk- och bostadsräkningar, utgör goda hjälpmedel vid inventeringen och planeringen. För åtskilliga kommuner kan inventeringen utgöra ett led i arbetet med de bostadsbyggnadsprogram, som de numera är ålagda att upprätta.

Den omedelbara följden av inventeringen bör bli en serie åtgärder i syfte att åstadkomma en förbättring av bostadssituationen i första hand för de åldringar som nu bor sämst. Inventeringen bör också på längre sikt väsentligt underlätta kommunernas planering både i fråga om bostäder och öppen vård.

Förbättringslåneverksamheten intensifieras

Statliga lån, som till en del eller helt har karaktären av subvention, beviljas f. n. till förbättring av bostäder åt åldringar främst i en- och tvåfamiljshus. Lånen beviljas för vatten och avlopp, elektriskt ljus, centralvärme, wc, brunnsförbättring m. m. I svaren på socialpolitiska kommitténs enkät till kommunerna understryks, att förbättringslåneverksamheten bör utvidgas. Även städerna, där sådan verksamhet förekommer mycket sparsamt, är i sina svar positiva till en sådan utvidgning.

Vid den här föreslagna inventeringen av åldringsbostäderna bör utrönas vilka bostäder som kan rustas upp inom ramen för förbättringslåneverksamheten. Bostadsstyrelsen och länsbostadsnämnderna bör söka intensifiera denna verksamhet genom upplysning till bl. a. kommunerna. Bostadsstyrelsen utarbetar i detta syfte en broschyr med information om möjligheterna att få lån och bidrag samt om angelägenheten av att bedriva en intensivare verksamhet, i vilken kommunerna själva tar initiativet till förbättringar. Kommunerna bör som förmedlingsorgan verka för att förbättringslån i ökad omfattning söks för sådana projekt som lämpar sig för moderniseringsarbeten. Ytterligare många bristfälliga åldringsbostäder kan med hjälp av förbättringslån utrustas med anordningar, som i ett eller flera avseenden gör bostaden bekvämare och underlättar de gamlas dagliga livsföring.

Även mindre förbättringar bör göras

Ibland kan moderniseringsåtgärder av den art som förbättringslånen är avsedda att finansiera, inte lämpligen ifrågakomma. Man bör i sådana fall med enklare medel kunna höja bostadens kvalitet.

Vid inventeringen får man ta reda på vilka anordningar i bostaden, som behövs för att denna skall för rimliga kostnader kunna göras så bekväm som möjligt för dem som bor där. Särskilt bör beaktas behovet av lättskött spis, bekväma uppvärmningsanordningar, vatten och avlopp samt toalettanordningar. För varje åldringshushåll med behov av komplettering och förbättring tar man reda på i vilken omfattning utrustning bör anskaffas.

En el-driven pump inomhus innebär en stor förbättring i ett hushåll, där man är nödsakad att hämta vatten från en brunn i det fria. Ett par kaminer betyder mycket i en stuga, där gamla människor vintertid kanske dygnet runt måste elda i vedspis eller kakelugn. Gamla människor behöver ofta besöka toalett — och att få den gamla uthusklosetten ersatt med en toalett inomhus, om också endast en enklare kemisk anordning inom fyra väggar, innebär ett stort bidrag till bättre hälsa och trivsel. Andra anordningar av betydelse

är varmvattenberedare och moderna spisar.

Var och en av de angivna anordningarna bidrar till att skapa en drägligare bostadsmiljö för åldringarna. Först och främst underlättas arbetet i hemmet för de gamla själva. Moderna spisar och kaminer ger bättre och jämnare värme.

Moderna utrustningdetaljer minskar behovet av hemhjälp. Besök av hemsamariter kan vara kortvarigare om hemmet är lättskött. Härigenom kan hemsamaritverksamheten koncentreras till hjälpfall, där behovet av vård är mera påtagligt.

I en av statens institut för byggnadsforskning för socialpolitiska kommitténs räkning utarbetad promemoria, vilken redovisas som *bilaga,* lämnas exempel på olika slag av enklare anordningar för förbättring av bostäder. Institutet är berett att utarbeta en handbok i frågan med en mera detaljerad redovisning av tänkbara anordningar, arbetsbeskrivningar m. m. Det föreslås att institutet får uppdrag att göra detta. Kostnaden torde kunna bestridas från anslaget till bostadsförbättring.

De enklare förbättringsanordningar, som nu behandlats, bör bestridas från statsanslaget till bostadsförbättringsverksamhet. Därvid kan övervägas om stödet skall utgå i form av förbättringslån med räntefri stående del eller såsom ett särskilt lån eller bidrag vid sidan av nu gällande bestämmelser. Bostadsförbättringsutredningen ser f. n. över reglerna för förbättringslån. I avvaktan härpå bör det övervägas att i tillämpningsföreskrifterna till bostadsförbättringskungörelsen ange, att stöd må utgå även till bostadsförbättring av förhållandevis begränsad omfattning, som ersätter eljest erforderlig mera omfattande förbättring.

I en del fall, t. ex. då åldringar bor i bostäder som de inte själva äger, kan svårigheter uppkomma att få även en liten förbättring till stånd inom ramen för gällande bestämmelser om förbättringslån. Förefintliga möjligheter att bevilja kommun bidrag för förbättringsanordningar, som annars inte kan komma till stånd, bör i ökad omfattning utnyttjas.

Närmare bestämmelser om denna förbättringsverksamhet bör utarbetas av bostadsstyrelsen. Kommunerna bör i anledning av inventeringen av åldringsbostäderna inkomma till länsbostadsnämnderna med ansökan om bidrag till de förbättringsanordningar som de funnit behövliga.

I åtskilliga fall torde det vara angeläget att ordna med installation av kylskåp och telefon. Kylskåp gör det möjligt att under längre tid förvara färskvaror och kan spara många steg från avsides belägna stugor till affärer. Telefonen är i många situationer kanske enda förutsättningen för kontakt med omgivningen. Den innebär en möjlighet att få förbindelse med hemsamariter, när deras hjälp behövs — likaväl som dessa får lättare att komma i kontakt med de gamla. I dessa fall bör kommunen, när saken inte ordnas på annat sätt, vara beredd att ta på sig kostnaden för inköp av kylskåp eller installation av telefon. Kylskåp liksom andra rörliga nyttoföremål av större värde kan av kommunerna ställas till åldringarnas förfogande som lån.

För den materielanskaffning, som här kommer i fråga, torde, där så befinnes praktiskt, kunna organiseras en central upphandling.

Räntefri stående del av förbättringslån beviljas ej om den beskattningsbara inkomsten överstiger 6 000 kronor. För åldringar torde i de allra flesta fall inkomsten ligga under denna gräns, som motsvarar en faktisk inkomst av ca

12 000 kronor. En åldrings inkomstläge löser dock inte kommunen från dess ansvar. Oavsett det ekonomiska hjälpbehovet bör kommunen föreslå och hjälpa de gamla att skaffa sig de förbättringar som behövs.

Det här diskuterade stödet från staten till kommunerna då det gäller enklare förbättringsanordningar tar sikte på glesbygden och avfolkningskommunerna. Endast undantagsvis torde de få någon betydelse för lägenheter i flerfamiljshus. Särskilt när det gäller upprustning av städernas förslummade hyreshusbebyggelse bör statens bistånd i denna form inte tas i anspråk. Tätorternas dåliga åldringsbostäder är i många fall i högsta grad i behov av att ersättas. I växande tätorter bör därför statens stöd till nyproduktion av åldringsbostäder och den ordinarie ombyggnads- och förbättringsverksamheten i första hand utnyttjas. I viss utsträckning torde kortvarigare förbättringsåtgärder vara motiverade även i tätorterna, men de regler för statens medverkan som därvid kan böra komma i fråga torde övervägas i annat sammanhang.

Ny bostad ibland enda lösningen

I många fall är en förbättring av otidsenliga bostäder inte en framkomlig väg. Bostaden kan vara i så dåligt skick, att det inte går att förbättra den till godtagbar standard för en rimlig kostnad. Det kan också vara så att åldringen behöver mer omedelbar och kontinuerlig tillsyn än som är möjligt att ge i en avsides belägen stuga.

I sådant fall är det ägnat att underlätta tillsynen, om den gamle kan erbjudas en god bostad i närheten av annan bebyggelse, t. ex. i kyrkbyn eller intill ålderdomshemmet. Eventuellt kan den gamle sommartid återvända till sin egen stuga.

Kommunerna bör i samband med bostadsinventeringen undersöka i vilka fall åldringar lämpligen inte bör bo kvar i sina bostäder. I sådana fall måste man inrikta sig på att skaffa andra, goda bostäder åt dessa åldringar.

I första hand bör man sikta på att öka tillgången på permanenta åldringsbostäder. Med hänsyn till kravet på snabbhet och på att få ett relativt stort antal väl lokaliserade bostäder till stånd kan emellertid även temporära anordningar förtjäna övervägas.

En lösning är att kommunerna i glesbygd och utflyttningsområden får statligt stöd till att uppföra välutrustade monteringsfärdiga bostäder att ställa till förfogande för åldringar. Sådana bostäder kan med fördel anordnas i närheten av ålderdomshem eller andra institutioner, där möjlighet till tillsyn finns. Omedelbar närhet till befintliga byggnader är också ägnad att förbilliga dessa nya bostäder. Man kan utnyttja ledningsnätet och husen kan i en del fall få sin värmeförsörjning ordnad från institutionsbyggnaden. Husen kan, om det behov de är avsedda för inte längre är aktuellt, flyttas och utnyttjas för andra ändamål.

De monteringsfärdiga hus som här diskuteras bör avses för sådana orter, där man har anledning att räkna med att byggande av permanenta åldringsbostäder i den omfattning som svarar mot det föreliggande behovet inte är motiverat på lång sikt. Rekommendationen av monteringsfärdiga hus framföres med tanke på att lösa en akut situation i områden, där man står inför eller redan upplever en relativt stor ökning av antalet av de åldringar, som behöver bekvämare och bättre belägna bostäder.

En lösning på angivet sätt av åld-

ringarnas bostadsproblem har prövats i Torps kommun i Västernorrlands län, där fem bostadshus uppförts i anslutning till ålderdomshemmet, vars personal och övriga resurser kunnat utnyttjas. Goda erfarenheter har vunnits. Arrangemanget lovordas inte minst av åldringarna själva. Då bostäderna togs i bruk, kunde flera åldringar flytta till dessa från ålderdomshemmet, där andra mera vårdbehövande åldringar, som bodde ute i kommunen i dåliga bostäder, i stället kunde beredas plats. Det är viktigt att standarden i bostäder av detta slag är god. Så t. ex. bör man rekommendera att åldringarna har badmöjlighet i nära anslutning till bostaden.

Om en tillverkning av dylika monteringsfärdiga hus i trä eller annat material skulle få större omfattning kan den komma att verka säsongutjämnande i fråga om sysselsättningen inom den berörda industrin, som nu har sina största leveranser under sommarhalvåret. Åldringsbostäder kan levereras under lågsäsong och därmed även bidra till ett bättre utnyttjande av byggnadsarbetskraften. F. n. finns i handeln olika slag av blockhus, elementhus o. d., som levereras från fabrik och kräver en relativt liten arbetsinsats på byggnadsarbetsplatsen. Bostadsstyrelsen är beredd att i samarbete med byggnadsforskningsinstitutet låta utarbeta olika typer av sådana hus, vilka är lämpliga som åldringsbostäder och för fabriksmässig tillverkning. Husen kan konstrueras med olika antal lägenheter. Därvid bör man även ta hänsyn till att husen skall vara avsedda som åldringsbostäder endast under en begränsad tid och därefter böra kunna flyttas och få annan användning. Den växande efterfrågan på fritidshus av god kvalitet och med god utrustning bör möjliggöra att husen sedermera får avsättning. Arbetsmarknadsstyrelsen torde kunna medverka på olika sätt.

För planering och idégivning bör länsbostadsnämnderna gå de mindre kommunerna aktivt till handa.

De bostäder det här är fråga om är avsedda som alternativ till förbättringsåtgärder i de fall, där bostadsbehovet icke lämpligen kan tillgodoses på annat sätt. Det statliga stödet till dessa bostäder bör därför lämnas enligt regler som i huvudsak överensstämmer med förbättringslånebestämmelserna.

Det synes rimligt att kommunen får lån till hela kostnaden enligt de regler och intill de maximibelopp, som bostadsstyrelsen fastställer. I de områden, där dessa åtgärder kan komma ifråga, bör staten stimulera tillkomsten av bostäder av angivet slag genom att inom långivningens ram lämna en subvention på 10 000 kronor per lägenhet. Amorteringstiden för lånedelen bör vara 15 år. Räntesatsen bör vara densamma som vid förbättringslån i övrigt eller 4 procent. De grundläggande bestämmelserna om denna långivning bör intagas i en särskild kungörelse.

Inlösta egnahem åt åldringar

Arbetsmarknadsstyrelsen och bostadsstyrelsen har föreslagit, att staten skall inlösa egnahem från personer, vilkas fastighetsinnehav utgör ett hinder för dem att flytta till orter, där de kan få arbete. Verksamheten föreslås få försökskaraktär. De egnahem som skulle bli föremål för denna försöksverksamhet är belägna i kommuner med få arbetstillfällen, ofta i utflyttningskommuner med förhållandevis stort antal åldringar.

I detta sammanhang bör nämnas den inlösningsverksamhet för småbruk, som lantbruksnämnderna bedriver. I en del

fall torde på sådana fastigheter finnas väl belägna hus av god beskaffenhet.

Varje möjlighet bör tillvaratas för att skaffa goda bostäder åt åldringar. Det synes vara en möjlighet att utnyttja inlösta egnahem så, att de ställes till förfogande för kommunerna, som där på gynnsamma villkor kan erbjuda ett alternativ för åldringar som nu har dåliga bostäder. Detta förutsätter att bostäderna är välbelägna. I en del fall kan de behöva ändras eller förbättras för att bli lämpliga. Förbättringslånemedel bör då kunna utnyttjas för ändamålet.

Tidsbegränsade åtgärder

De särskilda åtgärder i fråga om bostadsförbättring och bostadsförsörjning åt åldringar, som förordats i det föregående, syftar till att snabbt lösa ett akut problem. Den mera långsiktiga förbättringen av bostadsstandarden för åldringar får inte påverkas negativt. Det ordinära bostadsbyggandet för åldringar bör snarare befordras genom den föreslagna inventeringen. De temporära anordningarna syftar till att avsevärt förbättra om också inte slutgiltigt lösa problemen för dem som nu bor allra sämst och kanske har de minsta förutsättningarna att inom den ordinarie verksamhetens ram få sina bostads- och hemhjälpsproblem lösta.

Med hänsyn härtill bör stödåtgärderna från statens sida vara tidsbegränsade. Det föreslås att de får en varaktighet av högst fem år. Detta innebär att kommunerna bör få klart för sig, att möjligheterna till statligt stöd för mindre bostadsförbättringar och till temporära bostäder endast kommer att stå till förfogande under de närmaste åren.

De vanliga åldringsbostäderna

För åldringar behövs olika typer av bostäder, utformade efter varierande behov av service och omvårdnad. För många är vanliga bostäder eller pensionärsbostäder i kategorihus eller insprängda i övrig bebyggelse tillfyllest. Dessa åldringar klarar sig i huvudsak själva, kanske då och då med hjälp av en hemsamarit, som besöker dem i bostaden och utför sådant arbete som de själva inte kan klara.

Många åldringar är emellertid för sin dagliga livsföring beroende av mer kontinuerlig tillsyn och hjälp. Beträffande andra föreligger behov av vård, fastän inte så uttalat att institutionell vård är erforderlig. För att dessa åldringar skall kunna erbjudas goda och ändamålsenliga bostäder, avpassade efter deras speciella förhållanden, är det ibland nödvändigt att bostadshusen är utrustade på särskilt sätt.

I vissa fall har man en särskild befattningshavare för pensionärshemmet, som kan bistå pensionärerna i olika situationer. Kollektiva anordningar, t. ex. matsal och centralkök, bedöms i andra fall som önskvärda. Ibland kan det vara fördelaktigt att anordna pensionärsbostäder i närheten av vårdinstitutioner såsom ålderdomshem och sjukhem. I sådana fall kan man vid tillsynen av hyresgästerna i pensionärsbostäderna utnyttja de bredvidliggande institutionernas personal- och vårdresurser.

Det är med hänsyn till det sagda angeläget, att det statliga bostadslånesystemet stöder olika former av ändamålsenliga och goda bostäder för åldringar. Bostadslån bör beviljas även för åldringsbostäder med anordningar för service och omvårdnad, liksom för pensionärsbostadshus i anslutning till vård-

institutioner. Byggandet av olika slags åldringsbostadshus med högre eller lägre grad av kollektiva inslag bör uppmuntras genom att den statliga långivningen får omfatta även de kollektiva anordningarna. Bostadsstyrelsen är beredd att se över tillämpningen av lånereglerna i detta syfte. Därvid bör dock tillses att pensionärsbostädernas allmänna standard upprätthålles på en hög nivå.

En uppgift för kommunblock

För att möjliggöra en ökad produktion av åldringsbostäder i glesbygdsområdena föreslås, att de nya kommunblocken skall aktiviseras på bostadsområdet. I en del fall kan små kommuner inte var för sig klara problemen, t. ex. att bilda förvaltningsföretag för bostäder. Där bör en lösning sökas i samverkan mellan kommunerna.

Vilka former ett sådant samgående bör ha — civilrättsligt avtal, bolagsbildning, kommunalförbund — kan givetvis variera från fall till fall. Skall mer än en kommun gentemot staten stå som garant för bostadslånet, måste troligen en viss översyn göras av bl. a. 33 § bostadslånekungörelsen som handlar om ansvarsfördelningen mellan stat och kommun vid förlust på statslånet.

Stöd också till enskilda

Med hänsyn till det stora behovet av bostäder av olika slag för åldringar bör kommuner och enskilda ideella organisationer stimuleras till ökat byggande av pensionärsbostäder. För närvarande kan enskild ideell organisation få lån till 85 procent av låneunderlaget. Om organisationen prövas ha behov av större låneandel, kan lån beviljas till 90 procent av nämnda värde. Till underlättande av ideella organisationers möjligheter att bygga pensionärsbostäder bör de lånebeviljande myndigheterna som regel bevilja dylika organisationer bostadslån intill 90 procent av låneunderlaget.

Årlig rapportering

Den aktivisering av verksamheten för att förbättra åldringarnas bostadssituation, som behandlats i det föregående, ställer krav på ökade personalresurser. Beträffande länsbostadsnämnderna har denna fråga redan tagits upp. För bostadsstyrelsen gäller, att arbetet med utformande av nya föreskrifter och anvisningar samt med upplysnings- och uppföljningsverksamhet kan komma att påverka personalbehovet. Det är angeläget, att en årlig rapport lämnas till Kungl. Maj:t om utvecklingen på åldringsbostädernas område.

Det förutsättes att bostadsstyrelsen för dessa uppgifter kommer att behöva anlita viss personal utöver vad som tidigare beräknats och att styrelsens avlöningsanslag kommer att belastas hårdare.

Kostnader

Den offensiv mot dåliga åldringsbostäder, som härmed föreslås, kommer att kräva avsevärda kostnader. Att ange dem annat än rent uppskattningsvis är omöjligt.

Personalkostnader hos de statliga bostadspolitiska organen, 600 000 kronor i löner, har nämnts. Härtill kommer resekostnader. Ytterligare kostnader uppkommer för upplysningsmaterial och informationsverksamhet genom bostadsstyrelsen och byggnadsforskningsinstitutet, broschyrer, konferenser, personal, resor.

Kommunerna får vidkännas administrationskostnader för personal och ar-

betsinsatser i samband med inventeringen av bostadsbeståndet och utarbetande av förslag till åtgärder.

En intensivare förbättringsverksamhet av det slag som hittills bedrivits bör kunna bli av sådan omfattning, att den medför en höjning av anslagsförbrukningen för subventioner på ett år med ca 50 procent, d. v. s. omkring 10 milj. kronor, och för lån med ett lika stort belopp. De enklare förbättringsanordningarna kommer att belasta dels staten, dels kommunerna. En förbrukning av statsmedel under ett år för dessa ändamål med mer än 10 milj. kronor innebär en avsevärd verksamhet: detta belopp skulle — för att göra ett par räkneexempel — räcka till att vidta förbättringsåtgärder i 4 000 fall, om genomsnittskostnaden vore 2 500 kronor, och i 10 000 fall à 1 000 kronor.

För monteringsfärdiga hus i vissa bygder bör man räkna med en kostnad för staten av ca 25 000 kronor per lägenhet, varav 10 000 kronor som subvention och 15 000 kronor som lån. Ett tusental sådana bostäder skulle alltså kosta 25 milj. kronor.

Även för övriga här diskuterade åtgärder — upprustning av inlösta egnahem, ökat byggande av vanliga pensionärsbostäder och ökat stöd till okonventionella pensionärshus — kommer anslagen att belastas hårdare.

Det har på samtliga punkter förutsatts, att de ordinära anslagen får utnyttjas. Det torde vara realistiskt att räkna med att under nästa budgetår statsverket inte kommer att belastas med en hel årskostnad för en verksamhet i full omfattning.

Bostadsstyrelsen torde senare under 1964 få framlägga mera preciserade beräkningar av medelsförbrukning och anslagsbehov.

BILAGA

Provisoriska förbättringar av åldringsbostäder

Bakgrund

Socialpolitiska kommittén har uppdragit åt Statens institut för byggnadsforskning att beskriva förbättringsåtgärder i form av enkla installationer som kan vidtas utan alltför stora kostnader i omoderna småhus bebodda av åldringar. Förbättringarna är avsedda att utföras där det av sociala skäl är önskvärt och möjligt att åldringarna kan bo kvar, men där boendetiden sannolikt kommer att bli kort.

Förutsättningar för utredningen

I förutsättningarna för uppdraget till institutet har angivits att de föreskrivna förbättringarna skall hållas inom en relativt snäv kostnadsram. Det har även angivits att de föreslagna installationerna och övrig utrustning inte skall betraktas som en permanent installation. Vidare vore det önskvärt att så stor del av utrustningen som möjligt senare skulle kunna flyttas till annan byggnad.

I förutsättningarna har även angivits att endast ett rum och köket i bostaden behöver förses med lättskötta uppvärmningsanordningar. Beträffande uppvärmningen skulle i första hand hänsyn tas till enkelhet i installation och skötsel — driftkostnaderna vore i detta sammanhang av mindre vikt. Det förutsattes vidare att tvätten skall lämnas bort och tvättas genom kommunens försorg.

Kostnaderna för de föreslagna förbättringsåtgärderna borde på grund av de mycket olikartade förutsättningarna i det aktuella bostadsbeståndet hänföras till de olika föreslagna installations- och utrustningsenheterna. Då så är möjligt skulle även ungefärliga kostnader för erforderliga byggnadsarbeten och andra justeringsarbeten överslagsvis beräknas. Kostnaderna har avsetts bestridas av stat eller kommun. Skötseln av anläggningarna beräknades ske genom kommunens försorg.

Institutets utredning

Med utgångspunkt från ovanstående förutsättningar har institutet analyserat vilka förbättringsåtgärder som kan utföras till rimliga kostnader i omoderna småhus bebodda av åldringar i glesbygd. Åtgärderna berör vattenförsörjning, avlopp, klosettanordningar, köksutrustning och uppvärmningsanordningar.

De i det följande angivna priserna är i november 1963 tillämpade riktpriser, som gäller inköp av enstaka apparater och detaljer. Vid större inköp genom statens eller kommunernas försorg kan man således sannolikt räkna med lägre priser. Några kostnadsundersökningar i form av stickprov i småorter på landsbygden avseende utförda förbättringsåtgärder har visat god överensstämmelse med nedan angivna kostnadsramar.

Vattenförsörjning

Vatteninstallation

Avsaknaden av vatteninstallation innebär stora olägenheter för de boende. Att ordna vattenförsörjningen i åldringsbostäder är därför ett primärt önskemål. Om brunn finns inom rimligt avstånd (5—15 m) från byggnaden och om nivåskillnaden mellan lägsta vattenyta i brunnen och den tilltänkta pumpen inte uppgår till mer än högst sju meter, kan vattenförsörjning erhållas till en kostnad av 250—800 kronor.

Kostnaden 250 kronor avser en enkel handpump (t. ex. placerad i kök) och kort ledningsdragning, såväl inom- som utomhus. Om handpumpen kompletteras med en liten cistern (50 l) blir kostnaden ungefär 350 kronor. En cistern måste placeras på sådan höjd att tillräckligt vattentryck erhålls i tappställena (minst 1,5 m över tappstället). Om möjligt placeras tanken på vind och isoleras mot värme och kyla. En sådan cistern medför att man kan placera tappställena skilda från varandra och pumpen. Åldringen får då ett reservförråd av vatten, vilket kan vara värdefullt särskilt vid sjukdom.

Den högre kostnaden, 800 kronor, avser elpump av enklare slag och s. k. vattenautomat. Sådana elpumpar används för närvarande i fritidsbebyggelse. En konventionell eldriven hydroforanläggning blir avsevärt dyrare, den belöper sig på en kostnad av ca 1 500—2 000 kronor.

Då elström saknas är den enklaste och billigaste installationen en handpump. Visserligen finns bensinmotordrivna kolvpumpar, men dessa innebär svårigheter för åldringarna på grund av att de måste startas med dragsnöre. En bensinmotordriven kolvpump fordrar hydrofor (trycktank) och kostnaden för en sådan anläggning blir relativt stor, ca 1 500—2 000 kronor.

Pump och armatur som förutsätts vara lätta att demontera och att flytta upptar i samtliga fall den större delen av de ovan angivna kostnaderna. Alla ledningar inomhus avses placerade så att ett minimum av ingrepp görs i byggnaden, frånsett nödvändiga genomgångar i väggar, golv och tak. Detta är en förutsättning för att kunna hålla kostnaderna nere.

Ledningsdragningens längd, såväl inomhus som utomhus, påverkar givetvis kostnaderna. Dessa kan variera från ca 100 kronor och upp till ca 400 kronor. Priserna avser plaströr, som numera torde kunna accepteras för vatteninstallationer. Dessa priser skall således adderas till ovan angivna kostnader.

Hälsovårdsmyndighets godkännande skall inhämtas i samtliga ovan nämnda fall.

Varmvatteninstallation

Vatteninstallation möjliggör även en enkel uppvärmning av förbruknings-varmvatten. För varmvattenberedning kan, då man har lokala uppvärmningsanordningar, i huvudsak två vägar väljas. I första hand torde en elektrisk varmvattenberedare komma i fråga. Om man emellertid avser att för uppvärmning använda gas (se nedan), kan man även välja gaseldade varmvattenberedare.

Enkla elvarmvattenberedare (för öppet system) avsedda för ett tappställe kan erhållas till ett pris från ca 250 kronor. Om man väljer denna beredartyp och endast har en handpump, måste denna pump kompletteras med en cistern. Beredartypen kan givetvis användas även för vatten under tryck från hydrofor eller vattenverk. Här beräknas att en beredare av denna typ med montage drar en kostnad av 350 kronor.

Då varmvatten skall tillhandahållas på flera ställen (t. ex. tvättställ och diskbänk) får man antingen skaffa två beredare av ovannämnda typ eller också välja en större beredare för s. k. slutet system. Härvid måste man ha vatten under tryck, t. ex. från hydrofor eller vattenverk. Kostnaden för en sådan beredare inklusive montage och erforderlig vattenarmatur uppgår till storleksordningen 650 kronor.

Varmvattenberedare för gasol kan erhållas för en kostnad av ca 300 kronor per st. En sådan beredare är avsedd endast för ett tappställe. Om varmvatten önskas på två ställen måste således två beredare installeras.

Avlopp

Installation av rinnande vatten förutsätter installation av avlopp, vilket också innebär stora fördelar för de boende. Avlopp bör i första hand anordnas från diskbänk och tvättställ. Här förutsättes att man inte har anslutning till kommunalt avlopp.

Vid installation av wc fordras därför i allmänhet en slamavskiljning av något slag, främst beroende på var och hur man kan släppa ut avloppsvattnet.

Graden av rening av klosettvätskan bestämmer slamavskiljaretyp och därmed kostnaden för avloppsanläggningen. Slamavskiljare kan fås från ca 1 000 till 3 000 kronor. Till denna kostnad kommer i samtliga fall kostnader för rörläggning i mark. Storleken härav är beroende av slamavskiljarens placering i förhållande till byggnaden (slamavskiljaren måste placeras på betryggande avstånd från friskvattenbrunn). Kostnaderna för rörläggning uppskattas kunna variera mellan 200 och 600 kronor.

Vid användandet av kemisk klosett är avloppsvattnet (endast tvätt- och diskvatten) inte mera förorenat än att det kan släppas ut direkt i recipient eller mark utan att fara för hygienisk olägenhet torde uppstå.

Kostnaden för rördragning inomhus uppskattas till ca 450—750 kronor. I dessa priser har hänsyn tagits till enklare byggnadsarbeten i form av genomgångar i golv och väggar. Priserna förutsätter vidare kortast möjliga rördragning, vilket innebär att kök och wc ligger i det närmaste intill varandra och att man t. ex. drar avloppsledningen direkt ut genom yttervägg och ner i mark (delen ovan mark isoleras). I vissa fall kan det vara möjligt att inom ovan angivna kostnadsram installera en golvbrunn. I kombination med en enkel duschanordning skulle man härigenom få möjligheter till duschning.

Totalkostnaden för en avloppsinstallation uppgår således till mellan 1 650 och 4 350 kronor. Om vattenklosett inte installeras erfordras i regel inte reningsanordning, varför totalkostnaden uppgår till mellan 550 och 950 kronor.

I samtliga ovan nämnda fall måste hälsovårdsmyndighets tillstånd inhämtas. Beträffande konstruktion av och kostnader för slamavskiljare samt bortledande av avloppsvattnet hänvisas till Väg- och vattenbyggnadsstyrelsens meddelande nr VA 8/1962 och VA 9/1963. Förenklingar av slamavskiljarnas utformning, speciellt beträffande deras djup, som främst påverkar kostnaden, kan i vissa fall tänkas vara möjlig. Planer på sådana förenklingar måste dock ske i samråd med hälsovårdsnämnden.

Klosettanordningar

Klosettrum kan anordnas i en befintlig »skrubb» eller i ett för ändamålet avdelat utrymme inom byggnaden, varvid hänsyn i första hand tas till kor-

taste rördragningar. Klosettrum bör vara minst 90 × 160 cm, 100 × 140 eller 140 × 130 cm. Utrymmet bör förses med handtag på vägg. Klosettrummet skall förses med friskluftintag, lämpligen i form av en springa i dörrkarmen eller genom yttervägg, där så kan ske. Evakuering måste ordnas genom att en kanal antingen ansluts till en outnyttjad kanal i byggnadens skorsten eller uppdras separat över yttertak. Om klosettrummet placeras i anslutning till yttervägg kan eventuellt en enkel luftning genom ytterväggen anordnas. Detta måste emellertid ske i samråd med hälsovårdsnämnden.

Om vattenklosett installeras krävs att slamavskiljare anordnas (se ovan).

Om kemisk klosett sätts in bortfaller kravet på rening av avloppsvattnet. Vid användning av kemisk klosett måste beaktas att transportvägarna ut bör vara korta och helst ej passera kök eller boningsrum. Om den kemiska klosetten töms regelbundet (cirka en gång per vecka) och tillförs erforderlig vätskemängd efter varje användningstillfälle anses den vara luktfri.

Anordnande av klosettrum förutsättes kunna ske utan större ingrepp i byggnaden för övrigt. Här har räknats med ett alternativ där två nya väggar inklusive dörr behöver sättas upp. Ett sådant enkelt klosettrum drar en totalkostnad av ca 1 500 kronor. I detta pris ingår klosettstol, tvättställ, spegel och erforderliga hållare. Ventilation förutsättes ske via skorsten eller genom eternittrumma, som dras upp över tak. I priset ingår även uppskattade byggnads- och målningsarbeten inklusive vattenavvisande vägg- och golvbeklädnader.

Prisskillnaden mellan wc-stol och kemisk klosett är ca 100 kronor. I det senare fallet minskas således ovannämnda kostnad med detta belopp.

Köksutrustning

Kompletterande köksutrustning består främst av bekväm kokmöjlighet och inmontering av diskbänk med vatten och avlopp.

Här förutsättes inmontering av ny diskbänk med längden 1 200 mm och en el- eller gasolspis med två plattor och ugn. Kostnaden för denna utrustning inklusive byggnads- och målningsarbeten beräknas till närmare 750 kronor. Det bör observeras att det ibland erfordras en förstärkning av elanläggningen vid användning av elspis.

Uppvärmningsanordningar

Ett angenämt rumsklimat torde utgöra ett av de grundläggande villkoren för god komfort för åldringen i bostaden. Det är därför önskvärt att uppvärmning ordnas i åldringsbostäderna. Anläggningen måste vara driftsäker, riskfri och enkel att sköta.

En förutsättning för att uppvärmningen skall ge önskat resultat är att otäta fönster och dörrar tätas mot drag.

Uppvärmningen av huset kan i huvudsak ske på två olika sätt: genom lokala uppvärmningsanordningar eller genom en centralvärmeanläggning. Vid lokal uppvärmning anordnas separata eldstäder, vid centraluppvärmning har man en värmepanna som ger värme till hela huset.

Äldre hus torde i regel redan ha vissa enkla anordningar för lokal uppvärmning, kanske bara öppna spisar eller kakelugnar.

Lokala uppvärmningsanordningar

Vid en upprustning av lokala värmeanordningar kan man tänka sig alternativa vägar. Här skall fyra lösningar beröras

a) kaminer för fasta bränslen
b) kaminer för flytande bränslen

c) kaminer för el och

d) kaminer för gasformiga bränslen.

Nedan har förutsatts att en tillfredsställande uppvärmning av ett rum och kök skall åstadkommas.

a) Kaminer för fasta bränslen, t. ex. koks eller ved, kan anskaffas för en relativt låg kostnad, storleksordningen av 200 kronor per st.

Om det antas att två kaminer behöver installeras blir kostnaden sålunda ca 400 kronor.

En grundförutsättning för att sådana kaminer skall kunna ifrågakomma är att det finns användbara rökkanaler. Man bör kunna räkna med att sådana kanaler finns. Om dessa är i tillfredsställande skick torde man ej behöva räkna med några större kostnader på byggnadssidan.

b) Kaminer för flytande bränslen (främst eldningsfotogen) finns av olika typer, dels sådana som måste anslutas till skorsten, dels sådana som kan vara fristående. Här förutsättes att endast kaminer för anslutning till skorsten skall ifrågakomma. Skorstenen måste således vara intakt. Sådana kaminer kan erhållas för en kostnad av 400—600 kronor per st. Om man här utgår från att två kaminer av nämnd typ skall anskaffas, har man sålunda en anskaffningskostnad av storleksordningen 1 000 kronor.

Även här är det självfallet en grundförutsättning att det finns användbara rökkanaler.

Det finns större typer av oljekaminer, genom vilka man även kan erhålla förbrukningsvarmvatten. Kostnaden för en sådan kamin kan beräknas uppgå till storleksordningen 1 000 kronor. Om uppvärmningen skall anordnas med denna typ av kamin torde endast en kamin erfordras.

De typer av fotogenkaminer som är avsedda att användas fristående i rummet torde vara mindre rekommendabla i åldringshushåll med hänsyn till risken för luktobehag, kullvältning samt skötselsvårigheter.

c) Om byggnaden har tillgång till el kan elkaminer ifrågakomma. Sådana kaminer kan erhållas av många skilda typer och storlekar. Här förutsättes att kaminer avsedda för fast montage i första hand skall ifrågakomma, sålunda ej kaminer som lätt kan flyttas av den boende.

Kaminer av storleken 1 000—1 500 watt kan erhållas för en kostnad av 75—150 kronor. Här antas ett pris av ca 100 kronor per st. Det förutsättes vidare att tre kaminer erfordras. Man har då att räkna med en anskaffningskostnad av ca 300 kronor.

I många fall torde man få räkna med att en förstärkning av elnätet kan bli erforderlig. Kostnaderna för sådana förstärkningar är svåra att generellt uppskatta och en beräkning från fall till fall är därför nödvändig. Om kostnaderna för elförstärkning blir mycket höga, bör det övervägas att i stället välja annan uppvärmningsmetod.

Eluppvärmningen kan bedömas vara den från drift- och tillsynssynpunkt enklaste och bekvämaste uppvärmningsmetoden. Driftkostnaderna blir dock relativt höga med nuvarande strömpriser.

d) Det finns även möjlighet att använda kaminer för gasformiga bränslen, i första hand typ gasol.

Gasen erhålles från en flaska, som placeras i eller utanför huset och som vid behov fylles på. Från en sådan bränsleflaska kan gas erhållas såväl till kaminer som till spis och varmvattenberedare. Även belysningsfrågan kan lösas med gasol, vilket kan vara av värde speciellt då man ej har tillgång till el.

En gaskamin kan erhållas till ett pris av lägst 125—150 kronor.

Om det förutsättes att tre kaminer erfordras har man sålunda att räkna med en anskaffningskostnad om ca 400 kronor. Härtill kommer kostnader för flaska samt visst montage. Dessa kostnader kan uppskattas till storleksordningen 100 kronor.

Centraluppvärmning

Om byggnaden redan har en centralvärmeanläggning kan det bli aktuellt att av bekvämlighetsskäl låta installera oljeeldning. En sådan installation bör kunna erhållas för en kostnad av 2 000—3 000 kronor, beroende på aggregattyp, tankstorlek m. m.

Om byggnaden inte har centralvärme kan i vissa fall övervägas att låta installera en enkel centralvärmeanordning bestående av spispanna, ett par centralt i huset belägna radiatorer och varmvattenberedare. En sådan enkel installation, som ej behöver kräva några mera omfattande byggnadsarbeten, torde i gynnsamma fall kunna utföras till ett pris av storleksordningen 2 000—3 000 kronor.

Sammanfattning

Här ovan har skisserats hur omoderna småhus som bebos av åldringar skall kunna förbättras provisoriskt. Förbättringarna avser områdena vattenförsörjning, avlopp, klosettanordningar, köksutrustning och uppvärmningsanordningar.

På grund av att utredningen, som legat till grund för förslagen, har måst utföras inom en snäv tidsram har givetvis inte alla tänkbara lösningar kunnat studeras. Det kan således antas att ytterligare alternativa lösningar är tänkbara.

I bifogad uppställning har de olika alternativa lösningarna inom respektive område sammanställts. Självfallet måste val av utrustning i det enskilda fallet påverkas av lokala förutsättningar. Det bör dessutom observeras att man inte utan vidare kan kombinera vilka alternativ som helst. Detta sammanhänger med olika allmänna förutsättningar, varierande markförhållanden, det aktuella husets och dess installationers tillstånd, tillgång till el etc.

Av vad som här redovisats framgår att man i regel kan få till stånd en acceptabel förbättring inom samtliga här behandlade områden inom en kostnadsram av 5 000—6 000 kronor. I gynnsamma fall kan man i detta pris t. o. m. få med en sådan förbättringsåtgärd som installation av vattenklosett.

Denna PM har utarbetats av ingenjörerna Torsten Norell, Eskil Olsson och Allan Weström samt arkitekt Sven Thiberg vid Statens institut för byggnadsforskning.

Stockholm den 19 november 1963

Allan Weström

Sammanställning över alternativa förbättringsåtgärder jämte ungefärliga installationskostnader i kronor

1. Vattenförsörjning		2. Avlopp	3. Klosett-anordningar	4. Köks-utrustning	5. Uppvärmningsanordningar	
1.1 Vatten-installation	1.2 Varmvatten-installation				5.1 Lokala upp-värmn.anordn.	5.2 Central-uppvärmning
Handpump 350—650	En gasolberedare med 1 tappställe [2]300	Utan wc-avlopp 700—1 100	Med kemisk klosett 1 400	Diskbänk + gasolspis [2]1 200	Kaminer för el [1]300	Kompletterande olj-installation 2 000—3 000
Handpump med cistern 450—750	En elberedare (öppet system) med 1 tappställe [1]350	Med wc-avlopp (reningsalternativ 1 000 kr) 1 700—2 400	Med wc-stol 1 500	Diskbänk + elspis [1]1 200	Kaminer för fasta bränslen 400	Spispanna med radiatorer 2 000—3 000
Enkel elpump 900—1 200	Två gasolberedare med 1 tappställe [2]600	Med wc-avlopp (reningsalternativ 3 000 kr) 3 700—4 400			Kaminer för gas 500	
Konventionell hydrofor 1 600—2 400	En elberedare (slutet system) med 2 tappställen [1]650				Kaminer för flytande bränslen 1 000	
Bensinmotordriven hydrofor 1 600—2 400	Två elberedare (öppet system) med 1 tappställe [1]700					

[1] Viss förstärkning av elnätet erfordras i regel.
[2] Om gasol inte används för uppvärmning tillkommer ca 100 kronor för gasolflaska.

Statligt stöd till hemhjälp åt åldringar och invalider

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Socialdepartementet

Genom beslut den 2 december 1960 uppdrog Kungl. Maj:t åt socialpolitiska kommittén att utföra en kartläggning av vårdbehov och vårdmöjligheter för åldringar samt att till Kungl. Maj:t inkomma med redogörelse för kartläggningens resultat ävensom de förslag kommittén med anledning därav fann påkallade.

Resultatet av kommitténs kartläggning har redovisats i Åldringsvårdens läge (SOU 1963: 47). Kommittén har därefter i en promemoria, som överlämnats den 23 november 1963, framlagt förslag angående statligt stöd till byggande av sjukhem. Kommittén har vidare tillsammans med bostadsstyrelsen i en framställning till statsrådet och chefen för inrikesdepartementet den 27 december 1963 föreslagit särskilda åtgärder för förbättring av åldringarnas bostäder.

En aktiv bostadspolitik för en förbättring av åldringarnas bostäder måste kompletteras med åtgärder för en effektivare omvårdnad av åldringarna i deras hem. För att kommunerna skall stimuleras till planering samt ökade och nya åtgärder för den öppna åldringsvården föreslås i den promemoria, som härmed överlämnas, att staten lämnar ekonomiskt stöd till kommunerna för åtgärder för hemhjälp och tillsyn av åldringar i deras hem. Förslaget gäller liknande hjälp även till invalider. Statens bidrag föreslås uppgå till 50 procent av kommunens nettokostnader.

I den slutliga behandlingen av detta ärende har deltagit undertecknad Michanek, ordförande, samt herrar Ingemund Bengtsson, Hallström, Hydén, Nyhage, Rimmerfors och Tilert samt fruarna Bystedt och Sjövall. Ledamoten Torsten Bengtson har varit förhindrad på grund av uppdrag som FN-delegat.

Stockholm den 30 december 1963.

För socialpolitiska kommittén

Ernst Michanek

/Birger Forslund

Verksamhetens utveckling och nuvarande omfattning m.m.

Start i början av 1920-talet

Den sociala hemhjälpsverksamheten genom hemvårdarinnor eller hemsystrar startades i början av 1920-talet på privat initiativ. Efter förslag av befolkningsutredningen beslöt statsmakterna 1943 att införa statsbidrag till avlönande av hemvårdarinnor.

Den statsunderstödda sociala hemhjälpsverksamheten var från början helt inriktad på barnfamiljerna. 1948 ändrades reglerna så att hemhjälp också kunde lämnas ensamboende. Härigenom bereddes möjlighet även för ensamma åldringar att få hjälp av hemvårdarinna. Barnfamiljernas behov skulle dock inte få åsidosättas.

Statsbidraget avsåg att stimulera kommunerna att anordna hemhjälp. Då statsbidraget infördes 1944 bedrevs verksamhet i flertalet städer men endast i ett fåtal andra kommuner. Statsbidraget upphörde 1960 och uppgick i lärarlönebidraget. Vid den tiden bedrevs social hemhjälp i de flesta kommuner.

Som en förutsättning för statsbidrag till en kommun gällde, att även landstinget bidrog. Sedan det särskilda statsbidraget upphört har en del landsting avvecklat sin finansiella medverkan. Staten stöder verksamheten indirekt genom att delta i kostnaderna för hemvårdarinnornas utbildning.

Enligt socialstyrelsens uppgifter erhöll år 1951 drygt 16 000 åldringar och invalider hjälp i hemmet. 1962 hade detta antal stigit till ca 67 000.

Särskild hemhjälp för gamla började omkring 1950

För att åldringars behov av hemhjälp skulle kunna tillgodoses bättre startades omkring 1950 på enskilt initiativ en särskild hemhjälp för gamla. Denna s. k. hemtjänst eller hemsamaritverksamhet var avsedd att sättas in även vid ett mera stadigvarande behov av hemhjälp och inte vid tillfälliga behov såsom inom den statsunderstödda sociala hemhjälpen. På en del håll stod hemtjänsten öppen även för andra hjälpbehövande, t. ex. barnfamiljer, eftersom tillgången på hemvårdarinnor var otillräcklig.

Den särskilda hemhjälpen för gamla kom snart i gång på många håll. 1952 förekom den i 300 kommuner. Verksamheten bedrevs då i flertalet fall i kommunal regi, men i många fall drevs den av t. ex. rödakorskretsar. Hemsamaritverksamheten har inte haft något direkt stöd av staten, men arbetsmarknadsverket har medverkat genom rekrytering och utbildning av personal, i vissa fall också genom att biträda vid förmedlingen av hemsamariternas uppdrag hos de gamla.

Snabb tillväxt

Utvecklingen av hemhjälps- och hemsamaritverksamheten belyses i *tab. 1,* som bygger på socialstyrelsens statistik. Siffrorna avser antalet hjälpta under hela året. Man skiljer i statistiken inte på åldringar och invalider. Övervägande an-

Tab. 1. Antalet hjälpta åldringar och invalider per år

År	Hemsamaritverksamheten			Hemvårdarinneverksamheten		
	Städer	Övriga kommuner	Totalt	Städer	Övriga kommuner	Totalt
1954	12 600	5 700	18 300	4 500	16 700	21 200
1957	26 500	12 700	39 200	4 500	17 000	21 500
1960	37 700	17 800	55 500	4 800	19 200	24 000
1961	41 500	18 500	60 000	5 400	18 800	24 200
1962	44 300	22 600	66 900	5 800	20 100	25 900

talet hjälpta är emellertid åldringar. Enligt en särskild undersökning av socialstyrelsen avseende en vecka i februari 1962 uppgick antalet hjälpta till 32 200 gamla och 1 900 invalider. Under en vecka i februari 1963 hjälptes 37 400 åldringar och 3 050 invalider genom hemsamariter.

En åldring kan under samma år få hjälp dels av en hemvårdarinna, dels av en hemsamarit. Det totala antalet hjälpta är därför mindre än summan av de båda talen för ett visst år.

Socialstyrelsen inhämtar varje år uppgifter rörande den särskilda verksamheten för åldringar och invalider under en vecka i början av året. Antalet hjälpta personer samt antalet hemsamariter under en vecka jan.—febr. för vart och ett av åren 1956—1963 redovisas i *tab. 2.*

Nästan alla kommuner har hemhjälp

Hjälpen till åldringar i hemmet lämnas i första hand genom s. k. hemsamariter vilka som regel är engagerade enbart för vården av åldringar och invalider i deras hem. Hemvårdarinnorna i den sociala hemhjälpen kan i allmänhet delta i åldringsvården först då de inte har tillräcklig sysselsättning med sina arbetsuppgifter för barnfamiljerna. Det torde vara vanligare på landsbygden än i städer och större samhällen, att hemvårdarinnorna är sysselsatta med åldringarna. I en del kommuner finns en hemvårdarinna anställd särskilt för den öppna åldringsvården, t. ex. som arbetsledare för hemsamaritverksamheten inom kommunen.

Tab. 2. Omfattningen av hemsamaritverksamheten under en vecka

År	Antal hjälpta	Antal hemsamariter
1956	12 000	5 200
1957	16 600	7 500
1958	20 100	8 700
1959	19 800	10 200
1960	26 800	11 500
1961	30 800	12 600
1962	34 100	14 900
1963	40 400	16 700

Enligt socialpolitiska kommitténs kartläggning av åldringsvården, redovisad i Åldringsvårdens läge (SOU 1963: 47), förekom hemhjälps- och hemsamaritverksamhet i april 1962 i samtliga kommuner utom 26. I 10 län drevs sådan verksamhet i samtliga kommuner. De kommuner, som inte redovisat verksamhet av angivet slag, tillhör i flertalet fall de lägre tätortsgraderna. I några fall finns det mer än 500 personer över 67 år i kommunen.

Hemsamaritverksamhet redovisades av sammanlagt 784 kommuner. I 671 av dessa drevs verksamheten i enbart kommunal regi, i 35 kommuner i både kommunal och enskild regi samt i 75 kommuner i enbart enskild regi. Såsom huvudman för den enskilda verksamheten uppges i 101 kommuner Röda korset. I 11 kommuner är någon annan enskild organisation huvudman, t. ex. en husmodersförening.

Över 46 000 hjälpfall i april 1962

Genom uppgifter från kommunerna i samband med kartläggningen sökte kommittén erhålla en uppfattning om hur många gamla, som i april 1962 ansågs vara aktuella hjälpfall inom hemhjälps- och hemsamaritverksamheten samt hemsjukvården. Man skulle därvid skilja mellan varaktiga och kortvariga hjälpfall. Som varaktiga betecknades fall, där i april 1962 hjälp lämnats fortlöpande under sex månader eller där hjälpbehovet beräknades fortgå under de påföljande sex månaderna. Som kortvariga betraktades fall, där hjälp lämnades tillfälligt på grund av akut sjukdom e. d. Hjälpfallen skulle vidare fördelas på ensamboende och ej ensamboende samt boende i pensionärshem, insprängda lägenheter och övriga bostäder.

Det totala antalet åldringar i hela landet, som var aktuella hjälpfall, kan uppskattas till ca 46 300. Antalet aktuella hjälpfall i Stockholm, Göteborg och Malmö uppgick till sammanlagt ca 12 000 i april 1962 och i landet i övrigt till ca 34 400 i sammanlagt 853 kommuner. 170 kommuner redovisade inte några aktuella hjälpfall. Av dessa kommuner hade 78 meddelat, att hemsamariter fanns i kommunen, och 66 att åldringar hade möjlighet att erhålla hjälp av hemvårdarinna. De övriga 26 redovisade inte någon form av hemhjälps- och hemsamaritverksamhet.

Av de ovan angivna 34 400 aktuella hjälpfallen utanför storstäderna betecknades tre fjärdedelar som varaktiga fall och en fjärdedel som kortvariga. Av de hjälpta åldringarna bodde 24 procent i pensionärshem, 5 procent i insprängda pensionärslägenheter samt 71 procent i andra bostäder. 66 procent var ensamboende.

6 procent av de gamla får hemhjälp

Antalet personer fyllda 67 år, som kunde beräknas vara aktuella hjälpfall, uppgick för hela landet till 6,1 procent av samtliga i åldersgruppen. Antalet hjälpta åldringar var i fråga om länen relativt störst i Västmanlands län (9,2 %) samt i Uppsala, Östergötlands, Kalmar, Gävleborgs och Västernorrlands län (ca 7 %). De lägsta procenttalen redovisas i Hallands, Jönköpings, Gotlands, Göteborgs och Bohus samt Jämtlands län. När det gäller storstäderna hade Malmö det högsta procenttalet, 10,3. För Göteborg redovisades 9,5 och för Stockholm 7,8 procent.

Antalet hjälpta personer fyllda 67 år i förhållande till samtliga i åldersgruppen i kommunen enligt 1960 års folkräkning varierade mellan 0 (170 kommuner) och 28 procent (en kommun i Kronobergs län). I en tredjedel av kommunerna var hjälpfallen mellan 0,1 och 4 procent av åldringarna, i likaledes en tredjedel av kommunerna mellan 4 och 8 procent. I nära en femtedel av kommunerna fick mellan 8 och 16 procent av åldringarna hjälp. I 23 kommuner utgjorde antalet hjälpfall 16 procent eller mera av åldringarna.

Över 16 500 hemsamariter

Antalet hemsamariter angavs i kommitténs kartläggning till sammanlagt 16 500 i hela landet. Därav fanns i Stockholm, Göteborg och Malmö sammanlagt nära 4 900. Av de 11 600 utanför storstäderna var 10 800 kommunalt anställda, ca 740 engagerade av Röda korset och ett 50-tal av andra enskilda organisationer.

Antalet hemsamariter per 100 personer i åldern 67 år och däröver varierar i de olika länen mellan 0,8 (Gotlands och Kristianstads län) och 3,6 (Gävle-

borgs län). För Stockholm uppgick motsvarande tal till 3,1, för Göteborg till 4,1 samt för Malmö till 4,6. Genomsnittet för hela landet utgjorde 2,2 (3,0 för städer och 1,4 för övriga kommuner).

I fråga om städerna är hemsamaritverksamheten mest utbyggd i Gävleborgs, Västmanlands och Kopparbergs län och minst i Kronobergs, Gotlands och Jämtlands län. Beträffande storstäderna är verksamheten störst i Malmö. När det gäller köpingar och landskommuner har verksamheten den största omfattningen i Gävleborgs och Västerbottens län och den minsta i Malmöhus, Hallands, Gotlands och Kristianstads län.

Drygt en tredjedel av hemsamariterna har särskild utbildning

Vid kommitténs kartläggning inkom uppgifter om hemsamariternas utbildning beträffande 9 800 av de 11 600 hemsamariter, som redovisats av kommunerna utanför de tre storstäderna. Av de hemsamariter för vilka uppgift lämnats hade 4 500 (46 %) genomgått särskild utbildning. Av de utbildade hade de flesta fått utbildning genom länsarbetsnämnden, kommunen eller Röda korset.

Utbildningen av hemsamariter vid kurser anordnade genom länsarbetsnämnder har på senare år intensifierats. Under 1950-talet deltog årligen ca 300 personer i kurserna; 1961 var antalet 1 800 och 1962 3 800. Man kan för 1963 räkna med ca 4 000 kursdeltagare.

Varierande avgifter

Vid kartläggningen av åldringsvården begärde kommittén uppgifter om de avgifter som tillämpas för hjälp till åldringar i deras hem. Av de lämnade uppgifterna framgår, att normerna för avgiftssättningen är mycket varierande. På en del håll lämnas hjälpen gratis eller mot en ringa, närmast symbolisk, ersättning. Ofta tillämpas avgifter anpassade efter inkomst- och förmögenhetsförhållanden.

Nettokostnaden för kommunerna 50 mkr

Enligt socialpolitiska kommitténs kartläggning av åldringsvården i april 1962 uppgick medelkostnaden per åldring för hemhjälps- och hemsamaritverksamhet m. m. till 57 kronor 1961. Den högsta kostnaden (91 kr) hade Västmanlands län. För Uppsala län utom Uppsala stad var beloppet 39 kronor och för Kristianstads och Jämtlands län 41 kronor. I fråga om kostnaden för Västmanlands län kan framhållas, att detta län har det högsta antalet åldringar i landet som erhållit hjälp i hemmet, nämligen ca 9 procent av samtliga åldringar (genomsnittet för länen 5,5 %). De redovisade låga kostnaderna för Kristianstads och Jämtlands län motsvaras av låga värden i fråga om såväl hjälpfallens antal som deras varaktighet. Uppräknat med hänsyn till samtliga åldringar i landet skulle hemhjälps- och hemsamaritverksamheten för åldringar ha kostat kommunerna ca 43 mkr 1961. Enligt en undersökning av socialstyrelsen (Sociala Meddelanden 1962: 7—8) beräknas hemsamaritverksamheten ha kostat kommunerna 33 mkr 1961, vartill kom hjälp av hemvårdarinna för en beräknad kostnad av ca 7 mkr.

Enligt kommitténs kartläggning uppgick kostnaderna räknat per produktiv invånare i landet till i genomsnitt ca 9 kronor 1961. Kostnaden var högst i Västmanlands län, där den belöpte sig till nära 12 kronor. De flesta hjälpfallen procentuellt sett finns som nämnts i detta län. Den lägsta kostnaden för hemsamaritverksamheten redovisas för

Norrbottens län (ca 7 kr). Norrbottens län har ett lågt antal hjälpta, vartill kommer den gynnsamma åldersfördelningen.

Kommunerna angående behovet av utbyggnad

Kommunerna ombads vid socialpolitiska kommitténs kartläggning av åldringsvården i april 1962 att ange behovet av en utbyggnad av den öppna åldringsvården. Det skulle ske dels genom att de meddelade om några beslut av intresse förelåg, dels genom att de uttalade sig om behovet av särskilda anordningar under de närmaste åren, dels slutligen genom uttalanden om hur de på längre sikt — med hänsyn till befolkningsutvecklingen i kommunen — bedömde behovet i förhållande till redan vidtagna åtgärder.

Under rubriken beslut om utbyggnad lämnade 41 kommuner uppgifter. Det verksamhetsområde som oftast blivit föremål för beslut var hemsamaritverksamheten.

Frågan om behov av särskilda åtgärder under de närmaste åren föranledde 316 kommuner att svara att behov av en utbyggnad av den öppna vården förelåg. Av dessa uppgav sig 84 ha konstaterat behoven genom särskilda utredningar. I 98 fall avsågs inte någon bestämd verksamhetsgren utan endast nödvändigheten eller önskvärdheten av en utbyggnad av den öppna vården i allmänhet. Av de återstående avsåg 174 hemsamaritverksamhet.

Förslag

Stöd till social hemhjälp

Samhället stöder social hemhjälp till barnfamiljer, åldringar och invalider. Behovet av dylik hjälp är stort och kräver ökade insatser från samhällets sida. Familjeberedningen har i en promemoria (Socialdepartementet stencil 1963: 8) framlagt förslag beträffande utbildning av personal för verksamheten.

Till den sociala hemhjälpsverksamheten genom hemvårdarinnor, vilken i första hand avser barnfamiljer, utgick tidigare ett särskilt statsbidrag. Detta upphörde 1960 och uppgick i lärarlönebidraget som i samband härmed höjdes. Staten stöder verksamheten indirekt genom att delta i kostnaderna för hemvårdarinnornas utbildning.

Socialpolitiska kommittén tar i detta sammanhang upp frågan om åtgärder från statens sida för att stimulera en intensifierad utbyggnad av hemhjälpen för åldringar och invalider och bidra till en utveckling av verksamheten i fastare former.

De gamla skall bo i sina hem

Det är en allmänt omfattad mening att de gamla skall beredas tillfälle att så länge som möjligt bo i sina egna hem. Då vårdbehovet blivit så stort, att det inte på ett tillfredsställande sätt kan tillgodoses i det egna hemmet, skall institutionsvård stå till förfogande.

Tesen att de gamla skall bo i sina egna hem får emellertid inte innebära, att de skall bo i dåliga bostäder och utan särskild hjälp och tillsyn när sådan behövs. I och med att de gamla bor kvar i sina hem, är samhället inte löst från ansvaret att bereda dem omvårdnad. Tvärtom har samhället i många fall ett stort ansvar för att speciella åtgärder vidtas till åldringarnas hjälp i hemmen.

I en särskild promemoria har socialpolitiska kommittén och bostadsstyrelsen lagt fram förslag, som syftar till en snabb förbättring av åldringarnas bostadsstandard i de fall denna är otillfredsställande. I den mån den nuvarande bostaden är dålig och inte kan förbättras, eller den ligger så långt avsides att hjälp i hemmet inte kan ordnas, bör enligt förslaget en annan bostad erbjudas som alternativ. Samhället måste medverka till en flyttning till en ny egen bostad för de åldringar, som inte kan få god omvårdnad och hyggliga hemförhållanden där de nu bor. I många fall kan tesen om att de gamla bör bo i sina egna bostäder få en rimlig mening i dagens läge först genom en flyttning till bygd och by, där bostad och hemhjälp kan ordnas.

En bra och bekväm bostad skapar trivsel och underlättar på många sätt åldringens dagliga livsföring. Även om bra bostäder minskar behovet av hjälp i hemmet, är en annan angelägen uppgift för samhället inom åldringsvården att bygga upp en organisation, som tryggar hjälp och tillsyn för de gamla som bor i sina egna bostäder.

Variationerna stora

Hemhjälp för åldringar, som avser städning och inköp och i viss mån personlig hygien o. d., finns i nästan alla kommuner. Som framgått av den tidigare redogörelsen, vilken bygger på uppgifter i socialpolitiska kommitténs undersökningsrapport om Åldringsvårdens läge (SOU 1963: 47), omfattar hemhjälpen totalt 6 procent av åldringarna i landet. Skillnaderna mellan kommuner och län är mycket stora. I Hallands län beräknas 3 procent av åldringarna få hjälp i hemmen genom denna organisation, i Västmanlands län 9 procent. En kommun rapporterar att 28 procent av åldringarna får kommunalt organiserad hemhjälp.

Aktiviteten på hemvårdens område har spritt sig snabbt över hela landet. Att över 16 000 hemsamariter vid kommitténs undersökning redovisats som verksamma i detta arbete innebär bl. a., att man för vårduppgifterna kunnat tillgodogöra sig en viss arbetskraftsreserv. Uppenbarligen är det fråga om mycket skiftande arbetsinsatser — från enstaka arbetstimmar till full tjänst. Löner och ersättningar är varierande, liksom också de avgifter som de gamla erlägger.

Socialpolitiska kommitténs kartläggning av åldringsvården visade, att nuvarande åldringsvårdsåtgärder av skilda slag — om man bortser från pensioner o. d. — omfattar totalt nära 20 procent av åldringarna. Bakom detta procenttal ligger variationer i länen från 13 till 27 procent och långt större olikheter mellan kommuner. Variationerna avser särskilt bostadsåtgärder och öppen vård, dvs. hjälp till åldringar i deras hem. I fråga om institutionsvården på ålderdomshem och sjukhem är olikheterna mindre men ändå betydande.

Ca 20 procent har hittills fått direkt hjälp i fråga om bostad, öppen vård eller långvarig institutionsvård. Om de övriga 80 procenten reder sig själva bra eller dåligt står öppet.

Aktiv bostadspolitik måste kompletteras

I promemorian angående åtgärder för en förbättring av åldringarnas bostäder har kommittén och bostadsstyrelsen föreslagit en inventering av åldringarnas bostadsbestånd i varje kommun. Vid denna inventering bör man givetvis ge akt på åldringarnas behov av vård och tillsyn och vidta de åtgärder, som därvidlag kan vara erforderliga.

Även i andra sammanhang bör kommunerna visa aktivitet, när det gäller att ta reda på om åldringarna i kommunen behöver hjälp och tillsyn. Vid bostadsinventeringen kommer man att inrikta sig på de dåliga bostäderna och dem som bor där. Många åldringar som behöver hemhjälp bor i goda bostäder. En särskild inventering kan behövas för att uppspåra dem. Det bör ankomma på socialstyrelsen och socialvårdskonsulenterna att ge kommunerna de råd och det bistånd i övrigt, som kan vara erforderligt härutinnan. Därvid bör beaktas, att större kommuner eller ett samgående av kommuner kan ge ett bredare underlag för verksamheten, som kan anordnas och organiseras på ett annat sätt än i små kommuner. Möjligheterna att anställa personal ökar med större befolkningsunderlag inte bara i fråga om hemhjälps- och hemsamaritverksamhet utan även när det gäller andra hjälpåtgärder.

Ny organisation bör prövas — tillsyn by- och kvartersvis

De gamla är ofta isolerade — även i städerna. De har inte kontakt med så många. De vet inte alltid vart de skall vända sig med sina bekymmer eller om de behöver hjälp. Ingen frågar efter dem, så länge de inte själva hör av sig.

Ensamheten är många åldringars svåraste problem. De som får hjälp i hemmet får därmed också en kontakt. Men många får inga besök, vare sig de behöver direkt fysisk hjälp eller inte. Posten kommer åtminstone med pensionsanvisningen, men hur värdefull den än må vara är den präglad av hålkortets opersonlighet. En signal på dörren kan för en åldring vara så sällsynt att han blir rädd för den — och stundom har han skäl att bli det.

Kommunerna bör undersöka, om det inte är möjligt och lämpligt att inom kommunen bygga upp en särskild organisation för tillsyn av åldringarna inom kommunen, innebärande att kommunen indelas i distrikt (byar, kvarter etc.) med en särskilt utsedd person, som har att svara för åldringarna i distriktet. Det gäller här att hålla kontinuerlig kontakt med åldringarna, hjälpa dem med råd och upplysningar samt omedelbart anmäla till vederbörande myndighet, om den gamle behöver hjälp i något avseende. Å andra sidan skall åldringarna veta att de så snart de har behov därav, kan vända sig till kontaktmannen för byn, kvarteret etc. Kontaktmannens uppgift skulle däremot inte i och för sig vara att hjälpa de gamla med städning osv.

I en del fall torde någon enskild organisation inom kommunen vara beredd att ta på sig denna tillsyns- och kontaktverksamhet och anknyta till en egen distriktsindelning. Det synes vara en lämplig uppgift för enskilda organisationer att i samråd inbördes och med kommunen organisera verksamhet av angivet slag. I förekommande fall bör kommunen delta i kostnaderna för verksamheten. Bland organisationer som visat stort intresse för praktisk åldringsvård kan nämnas Röda korset, folkpensionärsföreningar, husmodersföreningar, lottakårer.

Anknytning till den institutionella vården

Den öppna vården och den institutionella vården hör nära samman. Familjeberedningen har i sin promemoria om social hemhjälp (Socialdepartementet stencil 1963: 8) framhållit vikten av samordning av alla former av social hemhjälp och hemsamaritverksamhet. Socialpolitiska kommittén har i utlåtande över promemorian för sin del framhållit, att man bör beakta även samordningen med den institutionella vården.

Framförallt i små kommuner, där ålderdomshemmet inte anses tillräckligt stort för att motivera en biträdande föreståndarinna eller avbytare för föreståndarinnan, synes det vara förenat med fördelar, om planeringen och skötseln av den öppna åldringsvården kunde samordnas med vården på ålderdomshemmet. Föreståndarinnan kunde ha ansvaret för verksamheten med en biträdande föreståndarinna som medhjälpare, främst inriktad på den öppna vården.

Fastare organisation

På många håll bygger hemhjälpen till gamla huvudsakligen eller enbart på timanställd personal. Även om detta i och för sig kan vara utmärkt, synes man samtidigt böra sträva efter att skapa en kår av personal anställd på heltid eller klart angiven deltid för den öppna åldringsvården. Bättre reglerade anställningsförhållanden kan öka rekryteringen. Att rätt till sociala förmåner följer anställningen är viktigt.

Enligt en av familjeberedningen gjord undersökning avseende ett 100-tal kommuner, publicerad i den nyssnämnda promemorian, varierade den genomsnittliga arbetstiden för de timanställda hemsamariterna under år 1962 samt un-

der mars månad 1963 bland de tillfrågade kommunerna mellan ca 10 och 50 procent av en arbetstid på 45 timmar per vecka. Familjeberedningen konstaterar vidare, att över hälften av den timanställda personalen utanför de tre storstäderna vid undersökningen befanns ha en kortare anställningstid än 3 år. Bland tillfrågade småkommuner uppgick denna andel till närmare 80 procent, vilket dock enligt beredningen torde ha sin förklaring i att hemsamaritverksamheten påbörjats först under senare år i dessa kommuner och nu är under uppbyggnad. Härtill kommer att hemsamaritarbetet i många fall kommit att utgöra ett tillfällighetsarbete, antingen som ett första steg ut i förvärvslivet för tidigare hemarbetande husmödrar eller som ett extra arbete för äldre kvinnor så länge krafterna räcker. Den genomsnittliga avgången bland den timanställda personalen under år 1962 motsvarade enligt beredningens undersökning omkring 35 procent av antalet anställda den 1 april 1963.

Den omständigheten att hemsamariternas förhållanden i växande utsträckning under senare år reglerats genom avtal, torde skapa större förutsättningar för en fastare organisation av den öppna åldringsvården. Ett genomförande av familjeberedningens förslag i den tidigare berörda promemorian till utbildning av hemvårdarinnor och hemsamariter torde även bidra härtill.

Behoven allt större

Att med hjälp av siffror mäta effektiviteten i åldringsvården eller graden av behovstäckning är inte möjligt. Bakom uppgifter om antalet bostäder, antalet hjälpta i öppen vård, antalet vårdade i ålderdomshem eller sjukhem ligger mycket skiftande insatser, påkallade av mycket olika behov. Variationerna är så stora och så fördelade över landet, att de inte kan tänkas vara resultatet av överväganden enbart med hänsyn till åldringarnas behov. Att ange storleken av detta behov av insatser på hemhjälpens område synes inte vara möjligt. Med hänsyn till de höga tal för andelen åldringar med hemhjälp, som redovisats från en del håll, och till uttalanden som kommunerna gjort i samband med kommitténs enkät, nödgas man konstatera att behoven av hemhjälp långt ifrån är tillfredsställda.

De av kommittén ovan föreslagna åtgärderna, som avser en inventering av hjälpbehovet och skapandet av en organisation för att trygga snabb hjälp till de gamla vid behov, leder till ökat krav på hjälp i hemmet.

För att bereda åldringarna tillfälle att så långt det är möjligt bo i sina egna bostäder torde det enligt kommitténs mening ofta vara nödvändigt att i fasta former organisera vård och tillsyn, t. ex. vid pensionärshem. Även dylika anordningar kommer att öka kravet på personal för hjälp och tillsyn av åldringar.

Slutligen kommer behovet av hemhjälp att öka därför att antalet åldringar ökar. Redan för att en oförändrad andel av det totala antalet åldringar, ca 6 procent, skall få hjälp i hemmen även i fortsättningen, måste hjälp kunna lämnas till ytterligare nära 2 000 personer varje år. Då härtill kommer, att åldringarna ökar inte endast i antal utan också i genomsnittlig levnadsålder samt att hjälpfallen blir mer komplicerade, växer hjälpbehovet ytterligare.

Glesbygdens särskilda problem

Hjälpen till gamla och tillsynen av dem i deras egna hem är ett speciellt problem i glesbygdskommunerna, där stugorna kan ligga långt från varandra, bortom de stora stråken med kommunikationer och affärer m. m. Skogsbygderna och skärgårdskommunerna har särskilda

svårigheter att organisera hemhjälp och tillsyn av åldringarna. Avstånden och kommunikationssvårigheterna framförallt vintertid gör det många gånger hart när omöjligt att ge de gamla den hjälp och tillsyn, som behövs. Här torde man få lita till grannhjälp — om det finns några grannar på rimligt avstånd.

När man bedömer möjligheterna att organisera hemhjälp för åldringar i glesbygderna måste man beakta, att tillgången på arbetskraft för sådana uppgifter ofta är knapp i dessa bygder. Tillgänglig arbetskraft som kan tänkas stå till förfogande för hemhjälps- och vårdnadsuppgifter, är främst att finna bland gifta kvinnor. Enligt 1960 års folkräkning uppgår antalet kvinnor i hela befolkningen till 1 005 per 1 000 män. Proportionen mellan könen växlar emellertid mellan olika åldersklasser samt mellan glesbebyggelse och tätbebyggelse. Det s. k. kvinnoöverskottet är koncentrerat till städer och tätorter, medan glesbebyggelsen har ett betydande underskott av kvinnor. Inflyttningen till tätorterna har i högre grad avsett kvinnorna.

Det bör emellertid påpekas, att åldringarnas behov av hjälp i hemmet särskilt på landsbygden inte sällan gäller sysslor som även traditionellt utförs av män: vedhuggning, snöskottning, vattenhämtning. En okonventionell inställning till arbetsuppgifternas fördelning på könen är befogad även då det gäller hemhjälpen för åldringar. Äldre män är många gånger både vana vid hemarbetsuppgifterna och angelägna att få en arbetsuppgift och en biinkomst.

Personalbehovet ökar

För att tillgodose det behov av vård och tillsyn, som de gamla har om de skall beredas tillfälle att under trivsamma och trygga former bo i sina egna hem, krävs en avsevärd utbyggnad av organisationen. Det är svårt att beräkna det personaltillskott, som kan erfordras, men man torde kunna utgå från att utbildningen av personal måste bedrivas i minst samma omfattning som under de senaste åren, ca 3 000—4 000 hemsamariter per år. Utbildningen av sådana hemsamariter, som nu huvudsakligen organiseras genom arbetsmarknadsverkets försorg, kommer att överflyttas till det nya skolverk, som träder i funktion vid sammanslagningen av skolöverstyrelsen och överstyrelsen för yrkesutbildning. Det är angeläget att denna utbildningsverksamhet inte påverkas i negativ riktning genom omorganisationen och att den på sikt ytterligare ökas. Kursfordringarna får inte sättas för högt.

Statens insats — stimulansbidrag

Kommunerna har ett stort ansvar, när det gäller att ta hand om åldringarna och sörja för deras behov i olika avseenden. Även den ekonomiska bördan kan vara tung, särskilt i glesbygdskommuner, där åldringarna är många och antalet invånare i produktiv ålder relativt litet. Det gäller att på ett tillfredsställande sätt ordna för de gamla inte bara i fråga om hjälp och tillsyn i hemmen utan även i fråga om ålderdomshem, pensionärshem, fotvård och andra former av hjälp och service, som kan bidra till att ge åren innehåll och bereda de gamla trygghet, trivsel och glädje. De stora variationerna i aktivitet i kommunerna kan givetvis i några fall bero på bristande initiativ och intresse för uppgiften. Det kan bero på bristande resurser, att man i en del kommuner inte kunnat redovisa så hög grad av aktivitet i olika avseenden som andra kommuner gjort.

Hemsamaritverksamheten har inte

haft något direkt ekonomiskt stöd av staten, men arbetsmarknadsverket har medverkat genom rekrytering och utbildning av personal, i vissa fall också genom att biträda vid förmedlingen av hemsamariternas uppdrag hos de gamla. I dagens läge räcker inte detta.

Socialpolitiska kommittén anser att de insatser som nu krävs av kommunerna när det gäller den öppna åldringsvården, skall motsvaras av en insats från statens sida. För att stimulera kommunerna till planering samt ökade och nya åtgärder för den öppna åldringsvården bör staten påta sig en del av kostnaderna för denna form av åldringsvård. Detta bör enligt kommitténs mening ske på det sättet att kommunerna får ekonomiskt stöd till åtgärder för hemhjälp och tillsyn av åldringar i deras hem.

Statsbidrag — 50 procent av nettokostnaderna

Statens bidrag bör uppgå till 50 procent av nettokostnaderna för hemhjälp åt åldringar i deras hem. Med nettokostnader avses då kommunens bruttokostnad minskad med inkomster av avgifter. I bidragsunderlaget bör inte medräknas kostnader för planering, inventering av vårdbehov o. d. Stödet bör avse direkta kostnader för arbete i form av hemhjälp hos åldringar i deras enskilda bostäder.

I vissa kommuner bedrivs hemhjälpsverksamheten för åldringar av enskilda organisationer med bidrag från kommunen. I sådana fall då verksamheten står öppen för alla bör möjligheter föreligga att på motsvarande sätt lämna statligt stöd till den del det kommunala bidraget kan visas hänföra sig till direkta kostnader för hemhjälpsarbete hos åldringar i deras enskilda bostäder.

Det är ur bidragssynpunkt likgiltigt vem som utför hemhjälpsinsatsen — om det är en utbildad hemvårdarinna eller en hemsamarit. Däremot bör hemsjukvården som faller under sjukvårdshuvudmännens ansvar inte medräknas. En beräkning får göras av timkostnaden för hjälpinsatserna och bidraget beräknas på grundval av uppgifter om antalet utförda arbetstimmar och kommunens nettoutgifter härför.

Kostnader för annan öppen vård bör inte få räknas in i bidragsunderlaget, inte heller kostnader för institutionsvård, t. ex. kommunens kostnader för driften av ålderdomshem.

Avsikten — en utbyggnad av verksamheten

Avsikten med det statliga stödet till hemsamaritverksamhet m. m. i en kommun är att verksamheten utbygges. Statsbidraget skall inte ha karaktären av ett allmänt ekonomiskt stöd till kommunen.

Statsbidraget knytes till hemhjälp för åldringar. Härigenom får kommunerna möjlighet att ytterligare satsa på den öppna åldringsvården.

Ansökan till socialstyrelsen

Ansökan om statsbidrag får göras kalenderårsvis i efterskott hos socialstyrelsen. Ansökan bör verifieras med uppgifter om verksamhetens omfattning under året, nettokostnader och andra uppgifter som kan vara av betydelse för bedömningen av statsbidragsfrågan. Uppgifterna skall vara bestyrkta av kommunens revisorer.

Plan för åldringsvården

Vid ansökan bör fogas en plan för åldringsvården inom kommunen, innehållande uppgifter om åtgärder för att förbättra bostadssituationen för åldringar,

verksamheten vid ålderdomshem och den öppna vården. En redogörelse bör lämnas om under året vidtagna åtgärder. Vidare bör anges de åtgärder som planeras för utbyggnad av verksamheten.

Socialstyrelsens uppgift

Vid sidan om prövningen av statsbidragsärenden och utanordning av beviljat statsbidrag bör socialstyrelsen ha till uppgift att med ledning av de inkomna redogörelserna m. m. följa verksamheten ute i landet. Styrelsen får härigenom bättre möjligheter att verka som ett aktivt centralorgan för den sociala åldringsvården.

Socialstyrelsen bör lämna råd till kommunerna och hjälpa dem i deras arbete att bygga upp den sociala åldringsvården. Styrelsen bör även bedriva upplysnings- och informationsverksamhet i olika former.

En av socialstyrelsens uppgifter bör vara att befrämja en enhetlig utveckling. De stora olikheterna kommunerna emellan i olika avseenden bör utjämnas. Bl. a. bör styrelsen studera avgiftssättningen för hemhjälp och utfärda de rekommendationer den finner påkallade.

I detta sammanhang må erinras om att kommittén i sin undersökningsrapport om åldringsvårdens läge bland problem att diskutera nämnde frågan om den enskilde åldringens deltagande i kostnaderna för olika slags vård och service. Tidigare har det varit naturligt att betrakta åldringen som en i allmänhet betalningssvag person vars service och vård måste ställas till förfogande utan kostnad eller till starkt subventionerat pris. Det nämndes vidare, att då en växande del av åldringarna får bättre ekonomiska resurser pris- och avgiftsfrågor kan betraktas från nya utgångspunkter. I 1957 års riktlinjer för åldringsvården talades även om att framtida åldringsvårdsbehov borde tillgodoses inom ramen för ett fritt konsumtionsval. Valfrihetens princip synes förutsätta, att konsumtionen sker efter ett övervägande där kostnadsfaktorn spelar sin roll, framhölls det i undersökningsrapporten.

I hemhjälpsverksamheten får man pröva sig fram till en ordning som befordrar effektivitet utan onödig byråkratisering. Socialstyrelsens uppgift blir i första hand att stimulera och bistå kommunerna.

Den nu föreslagna bidragsgivningen bör ha karaktären av försöksverksamhet.

Bestämmelser om statsbidrag bör träda i kraft den 1 juli 1964.

Närmare bestämmelser om statsbidraget torde få utarbetas i socialdepartementet. I socialstyrelsen torde vissa personalresurser komma att stå till förfogande för arbetsuppgiften med statsbidragen.

Stöd även till hjälp åt invalider

Vad ovan sagts om hemhjälp och tillsyn av åldringar bör gälla även invalider. De uppgifter som lämnats till socialpolitiska kommittén i samband med åldringsvårdsundersökningen i april 1962 tyder på att den hjälp som lämnas invalider i deras hem är långt ifrån tillräcklig. En inventering beträffande deras behov av hjälp och tillsyn m. m. synes böra göras av varje kommun. Härvid bör även — liksom beträffande åldringarna — beaktas de särskilda hjälpmedel, som i växande utsträckning finns för handikappade bl. a. för att underlätta deras dagliga livsföring och varom upplysningar står att få från Svenska vanförevårdens centralkommitté (SVCK).

Kostnaderna

Statsbidraget till kommunerna för hemhjälp m. m. kan — räknat på tillgängliga uppgifter för år 1961 och 1962 — uppskattas till ca 30 milj. kr. under ett år. Det är emellertid svårt att uppskatta kostnaderna för de närmaste åren, bl. a. därför att det är vanskligt att beräkna takten i utbyggnaden av verksamheten.

Sammanfattning

Tesen att de gamla skall beredas tillfälle att så länge som möjligt bo i sina hem får inte innebära, att de skall bo i dåliga bostäder och utan särskild hjälp och tillsyn när sådan behövs. Samhället har i många fall ett stort ansvar för att speciella åtgärder vidtas till åldringarnas hjälp i hemmen.

Ca 20 procent av åldringarna får enligt kommitténs kartläggning av åldringsvården samhällelig hjälp i fråga om bostad, öppen vård eller långvarig institutionsvård. Om de övriga 80 procenten reder sig själva bra eller dåligt står öppet. Hemhjälpen omfattar totalt ca 6 procent av åldringarna i landet. Skillnaderna mellan kommunerna liksom mellan länen är mycket stora.

En aktiv bostadspolitik för en förbättring av åldringarnas bostäder måste kompletteras med åtgärder för en effektivare omvårdnad av åldringarna i deras hem. En särskild inventering vid sidan av den av socialpolitiska kommittén och bostadsstyrelsen föreslagna bostadsinventeringen kan behövas för att uppspåra de åldringar som kan vara i behov av hemhjälp eller annan omvårdnad. Det bör ankomma på socialstyrelsen och socialvårdskonsulenterna att ge kommunerna de råd och det bistånd i övrigt, som kan vara erforderligt. Därvid bör beaktas, att större kommuner eller ett samgående av kommuner kan ge ett bredare underlag för verksamheten, som kan anordnas och organiseras på ett annat sätt än i små kommuner.

Kommunerna bör undersöka, om det inte är möjligt och lämpligt att inom kommunen bygga upp en särskild organisation för tillsyn av åldringarna inom kommunen. Detta kan innebära att kommunen indelas i distrikt (byar, kvarter etc.) med en särskilt utsedd person med uppgift att svara för åldringarna i distriktet, att hålla kontinuerlig kontakt med dem, hjälpa dem med råd och upplysningar samt anmäla framkomna hjälp- och vårdbehov. Det synes vara en lämplig uppgift även för enskilda organisationer att i samråd inbördes och med kommunen organisera verksamhet av angivet slag.

Man bör sträva efter att skapa en kår av personal anställd på heltid eller klart angiven deltid för den öppna åldringsvården. Reglerade anställningsförhållanden kan öka rekryteringen.

För att tillgodose det behov av vård och tillsyn, som de gamla har om de skall beredas tillfälle att under trivsamma och trygga former bo i sina egna bostäder, behövs en avsevärd utbyggnad av hemhjälpsorganisationen.

Socialpolitiska kommittén anser, att de insatser som nu krävs av kommunerna när det gäller den öppna åldringsvården skall motsvaras av en insats från statens sida. För att stimulera kommunerna till planering samt ökade och nya åtgärder för den öppna åldringsvården bör staten ta på sig en del av kostnaderna för denna form av åldringsvård. Detta bör ske på det sättet, att kommunerna lämnas ekonomiskt

stöd till åtgärder för hemhjälp och tillsyn av åldringar i deras hem.

Statens bidrag bör uppgå till 50 procent av nettokostnaderna för hemhjälp åt åldringar i deras hem. Med nettokostnader avses kommunens bruttokostnad minskad med förekommande inkomster av avgifter. Ansökan om statsbidrag får göras kalenderårsvis i efterskott hos socialstyrelsen. Vid ansökan bör fogas en plan för åldringsvården inom kommunen, innehållande uppgifter om åtgärder för att förbättra bostadssituationen för åldringar, om verksamheten vid ålderdomshem samt om den öppna vården.

Vid sidan om prövningen av statsbidragsärenden och utanordning av beviljat statsbidrag bör socialstyrelsen ha till uppgift att med ledning av de inkomna redogörelserna m. m. följa verksamheten ute i landet samt vidta de åtgärder som kan anses erforderliga. Styrelsen får härigenom bättre möjligheter att verka som ett aktivt centralorgan för den sociala åldringsvården.

Socialstyrelsen bör lämna råd till kommunerna och hjälpa dem i deras arbete att bygga upp den sociala åldringsvården. Styrelsen bör även bedriva upplysnings- och informationsverksamhet i olika former. En av socialstyrelsens uppgifter bör vara att befrämja en enhetlig utveckling. De stora olikheterna kommunerna emellan i olika avseenden bör utjämnas.

Bestämmelserna om statsbidrag bör träda i kraft den 1 juli 1964. Den föreslagna bidragsgivningen bör ha karaktär av försöksverksamhet.

Det föreslagna statliga stödet bör även avse hemhjälp åt invalider i deras hem.

Kostnaden för det föreslagna statsbidraget till kommunerna för hemhjälp kan — räknat på tillgängliga uppgifter för år 1961 och 1962 — uppskattas till ca 30 milj. kr. under ett år.

STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1964

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen)

Socialdepartementet

Bättre åldringsvård. [5]

Finansdepartementet

Värdesäkringskommittén 1. Indexlån. Del I. [1]
2. Indexlån. Del II. [2]

Handelsdepartementet

Effektivare konsumentupplysning. [4]

Inrikesdepartementet

Konsumtionsmönster på bostadsmarknaden. [3]

ESSELTE AB, STOCKHOLM 1964