Ledighet för anhörigvård

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2013
KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

Anhörigvårdskommittén

SOU 1983:64

Ledighet för anhörigvård

Betänkande av Anhörigvårdskommittén

SOU 1983:64

87

Statens offentliga utredningar
1983:64
Socialdepartementet

Ledighet för anhörigvård

Betänkande av anhörigvårdskommittén

Stockholm 1983

Omslag Adsum Jörgen Högberg
ISBN 91-38-07900-3
ISSN 0375-250X
minab/gotab Stockholm 1983

Till statsrådet och chefen för socialdepartementet

Vid sammanträde med regeringen 1979-08-30 bemyndigades chefen för socialdepartementet att tillkalla en kommitté med högst sex ledamöter med uppdrag att göra en översyn av olika frågor rörande vård av anhörig i hemmet m. m. I bemyndigandet ingick även att utse ordförande samt att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt kommittén.

Med stöd av bemyndigandet tillkallade departementschefen 1980-04-10 som ledamöter riksdagsledamoten Rune Gustavsson tillika ordförande (t. o. m. 1983-01-03), riksdagsledamoten Nils-Olof Grönhagen (avliden 1983-03-27), landstingsledamöterna Kerstin Hesselström och Ruth Kärnek samt riksdagsledamoten Allan Åkerlind. Kommittén antog namnet anhörigvårdskommittén. Till ny ordförande fr. o. m. 1983-01-04 förordnades landstingsledamoten Ruth Kärnek. Till nya ledamöter förordnades riksdagsledamöterna Kersti Johansson (fr. o. m. 1983-01-25), Göte Björnsson (fr. o. m. 1983-02-23) samt Gunnar Ström (fr. o. m. 1983-05-05).

Som sakkunniga förordnades 1980-06-12 dåvarande avdelningschefen i landstingsförbundet, numera sjukvårdsdirektören i Stockholms läns landsting Sven-Erik Bergman, departementsrådet i socialdepartementet Gustav Jönsson samt sekreteraren i Svenska kommunförbundet Marghita Svensson (t. o. m. 1981-02-15). Sekreteraren i Svenska kommunförbundet Margareta Rosenius förordnades som sakkunnig fr. o. m. 1981-02-16.

Att som experter biträda ledamöterna förordnades från 1980-06-12 departementssekreteraren i arbetsmarknadsdepartementet Ann-Charlotte Hagberg (t. o. m. 1981-03-11), byråchefen i riksförsäkringsverket Birgit Strand samt andre förbundsordföranden i Svenska kommunalarbetareförbundet, numera sekreteraren i LO, Margareta Svensson. Hovrättsassessorn i arbetsmarknadsdepartementet Erik Lempert förordnades som expert fr. o. m. 1981-03-12.

Som sekreterare i kommittén har tjänstgjort avdelningsdirektören Lars Blomgren under tiden 1980-08-01–1981-02-10, byrådirektören Rolf Westin under tiden 1981-02-12–11-30, sekreterarna Gunilla Laius under tiden 1980-09-01–1982-12-01, Gunnel Nyberg fr. o. m. 1980-09-15, avdelningsdirektören Per-Olof Bürén fr. o. m. 1982-01-18 samt sekreteraren Gudrun Nörle fr. o. m. 1982-12-01.

Kommittén avlämnade i oktober 1981 ett delbetänkande om vårdbidrag för handikappade barn under 16 år (Ds S 1981:15).

Vi överlämnar härmed betänkandet "Ledighet för anhörigvård" som bl. a. innehåller ett förslag till lag om rätt till ledighet för vård av anhörig.

Till betänkandet har fogats reservationer av ledamöterna Kerstin Hesselström, Kersti Johansson samt Allan Åkerlind.

Kommittén har härmed slutfört sitt arbete.

Stockholm i september 1983

Ruth Kärnek

Göte Björnsson *Kerstin Hesselström* */Per-Olof Bürén*

Gunnar Ström *Kersti Johansson* *Gunnel Nyberg*

Allan Åkerlind *Gudrun Nörle*

Innehåll

Sammanfattning 9

Författningsförslag 13

1 *Kommitténs uppdrag och arbete* 17
1.1 Utredningsuppdraget 17
1.2 Kommitténs arbete 18

2 *Gällande bestämmelser om ledighet för vård av anhörig* . . . 21
2.1 Inledning 21
2.2 Lagar och förordningar 21
2.3 Avtal m. m. 22
2.3.1 Arbetstagare i statlig tjänst 22
2.3.2 Arbetstagare i kommunal tjänst 23
2.3.3 Arbetstagare i enskild tjänst 23
2.3.4 Ej kollektivavtalsanslutna arbetstagare 24

3 *Gällande bestämmelser om ersättningar m. m.* 25

4 *Gällande bestämmelser inom hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens område* 27
4.1 Hälso- och sjukvårdslagen 27
4.2 Socialtjänstlagen 28
4.3 Lagen om tillsyn av hälso- och sjukvårdspersonal m. fl. . . . 30
4.4 Sekretesslagen 30

5 *Förvärvsarbets- och befolkningsstatistik m. m.* 33
5.1 Förvärvsarbetsstatistik 33
5.2 Befolkningsstatistik 36
5.2.1 Befolkningsutvecklingen 36
5.2.2 Befolkningens åldersfördelning 37
5.2.3 Den äldre befolkningen 38
5.2.4 In- och utvandringen 40
5.2.5 Den utrikes födda befolkningens framtida utveckling 41
5.3 Äldres och handikappades boende 42
5.4 FN:s aktionsplan om äldrefrågor 43

6 *Utvecklingen inom hälso- och sjukvården m. m.* 45
6.1 Inledning 45
6.2 Utvecklingen de senaste decennierna 45
6.3 Landstingens och kommunernas långtidsplanering 46
6.3.1 Utdrag ur landstingens långtidsplanering 1983–1987 (L-KELP) 47
6.3.2 Utdrag ur kommunalekonomisk långtidsplanering 1983–1987 (KELP) 49

7 *Hemsjukvård och social hemtjänst* 51
7.1 Kort historik 51
7.2 Utrednings- och utvecklingsarbete 52
7.3 Dagens verksamhet med sjukvård i hemmet 54
7.3.1 Spris uppföljningsstudie 54
7.4 Den framtida verksamheten med sjukvård i hemmet . . . 56
7.5 Den framtida sociala hemtjänsten 57

8 *Anhöriga inom hemsjukvården* 59
8.1 Kort historik 59
8.2 Attityder till att vårda anhöriga 59
8.3 Undersökningar om anhörigvårdarnas situation 61
8.3.1 Pågående studie av anhörigvård i Skövde och Töreboda 61
8.4 Motiv för anhörigvård 62
8.5 Begreppet anhörig 63
8.6 Anhörigvårdarnas arbetsuppgifter 64
8.7 Anhörigvårdarnas arbetsvillkor 64
8.8 Anhörigvårdarnas kunskaper och utbildning för vården . . 66
8.9 Anhörigvårdarna i framtiden 66

9 *Kommitténs förfrågningar m. m.* 69
9.1 Enkäten angående hemsjukvård 69
9.1.1 Inledning 69
9.1.2 Sammanfattning 70
9.2 Förfrågan och hearing angående ledighet för anhörigvård . 72

10 *Allmänna överväganden* 75
10.1 Ledighet för vård av anhörig 75
10.1.1 Uppdraget 75
10.1.2 Uppdragets omfattning 75
10.1.3 Vård- och handikappolitiska förutsättningar 76
10.1.4 Befolkningsutveckling och vårdbehov 77
10.1.5 Den planerade utvecklingen för långtidssjukvård och sjukvård i hemmet m. m. 80
10.1.6 Inställningen till sjukvård i hemmet 81
10.1.7 Några samhällsekonomiska aspekter på ökat hemmaboende 81
10.1.8 Allmänna motiv för införande av en rätt till ledighet för anhörigvård 83

10.1.8.1 Vård i hemmet-sjukvårdsinrättning m. m. . 85
10.1.8.2 Anhörigkretsen 86
10.1.8.3 Vårdinsatsernas karaktär 87
10.1.8.4 Ledighetens längd och omfattning 88
10.1.8.5 Anhörigvårdarnas ersättning vid sjukvård i hemmet 90
10.1.8.6 Vårdsituationer som berättigar till kortare ledighet 91
10.1.8.7 Jämställdhetsaspekter på en ledighetsreform 92
10.2 Ersättning för vård av anhörig 93
10.2.1 Uppdraget 93
10.2.2 Inledning 94
10.2.3 Olika ersättningsmodeller genom allmän försäkring . 95
10.2.4 Några kostnads- och besparingsaspekter på ett ersättningssystem 95
10.2.5 Ett begränsat ersättningssystem 96
10.2.6 Kostnadskalkyl för ersättning vid vård i livets slutskede i hemmet genom allmän försäkring 97
10.2.7 Finansiering av ersättning vid vård i livets slutskede i hemmet 98
10.2.8 Kommitténs slutsatser 98
10.3 Övrigt stöd till anhörigvård 99
10.3.1 Allmänt 99
10.3.2 Konkreta stödåtgärder 100

11 *Ikraftträdande, genomförande m. m.* 103

Specialmotivering 105

Reservationer 113
1 Av ledamoten *Kerstin Hesselström* 113
2 Av ledamoten *Kersti Johansson* 114
3 Av ledamoten *Allan Åkerlind* 115

Bilaga 1 *Samhällets stöd till äldre, sjuka och handikappade* . . . 119
Bilaga 2 *(Utdrag ur en Spri-rapport Sjukvård i hemmet – en uppföljningsstudie)* 125
Bilaga 3 *Kommitténs förfrågan angående hemsjukvård – en sammanställning* 131
Bilaga 4 *Kommitténs förfrågan angående ledighet för vård av anhörig – en sammanställning* 145
Bilaga 5 *Rekommendationsöverenskommelse angående ersättnings- och anställningsvillkor för anhörig hemsjukvårdare* . . . 151
Bilaga 6 *Samverkansavtal kring äldreomsorger i Blekinge län* . . 155

Sammanfattning

Anhörigvårdskommittén redovisar i detta betänkande – i enlighet med vad som anges i direktiven – en kartläggning av erfarenheterna av hemsjukvårdens utbyggnad i fråga om omfattning, organisation m. m. Häri ingår även anhörigvårdarnas och den sociala hemtjänstens medverkan och uppgifter. Kommittén har också relativt ingående belyst befolkningsutvecklingen med tyngdpunkt på förändringarna inom den äldre befolkningen under de närmast kommande decennierna med åtföljande växande vårdbehov och ställt detta i relation till den planerade utvecklingen inom hälso- och sjukvårdens område.

Kommittén har därvid kunnat konstatera att det begränsade ekonomiska utrymmet utan tvekan har resulterat i reviderade utbyggnadsplaner för både landsting och kommuner i fråga om långvårdsplatser och särskilda boendeformer. Detta förhållande bör enligt kommitténs bedömning på sikt leda till att allt fler äldre, sjuka eller handikappade måste beredas ökade möjligheter till kvarboende i det egna hemmet, vilket också överensstämmer med en av de viktigaste vårdpolitiska målsättningarna för hälso- och sjukvården. En inriktning mot ett ökat kvarboende i hemmet kräver dock en fortsatt utbyggnad och utveckling av primärvården och den sociala hemtjänsten. Ett ökat kvarboende förutsätter ofta hjälpinsatser i hemmet, något som i betydande utsträckning tillgodoses genom medverkan av enskilda människor, vilket i regel sker utan något som helst samhälleligt stöd.

Nyligen företagna attitydundersökningar visar också att människors benägenhet att göra regelbundna vårdinsatser för sina nära anhöriga är stor. Trots detta visar kartläggningen av hemsjukvården att antalet anhörigvårdare som engagerats av huvudmännen under senare år i stort sett är oförändrat, medan antalet patienter successivt har ökat. Orsakerna till denna utveckling är givetvis flera. Svårigheterna att få erforderlig ledighet från förvärvsarbetet och en många gånger otillräcklig ekonomisk kompensation för vårdinsatserna är två olika faktorer. Härtill kommer att satsningar från landsting och primärkommuner framför allt syftat till att ge konkreta stödinsatser i hemmet.

Arbetstagarnas möjligheter till ledighet för anhörigvård har närmare undersökts av kommittén, som bl. a. gjort en förfrågan hos både olika arbetsgivare och olika lokala arbetstagarorganisationer. Av undersökningen framgår att stora skillnader föreligger beroende på skiftande policy hos arbetsgivarna och de olika kollektivavtalens utformning.

Mot bakgrund härav och det växande totala vårdbehovet i samhället samt

utvecklingen mot ökat kvarboende i hemmet för allt fler äldre, sjuka och handikappade föreslår kommittén införandet av en *lagstadgad rätt till ledighet* från förvärvsarbetet för den arbetstagare som önskar vårda en sjuk eller handikappad anhörig i hemmet. Kommittén har dessutom ansett att denna rätt i vissa fall även bör föreligga när den anhörige vårdas på en sjukvårds- eller vårdinrättning m. m.

Rätten till *ledighet* har delats upp på *kortare* och *längre* perioder med hänsyn till de olika tidsmässiga behov av anhöriginsatser som kan vara motiverade. Med en kortare period avses *högst 30 arbetsdagar* per kalenderår. En längre period omfattar *mer än 30 arbetsdagar* i följd räknat per kalenderår utan begränsning uppåt.

Rätten till ledighet för *kortvariga och tillfälliga* vårdinsatser har begränsats till följande *fem vårdsituationer: svårare sjukdomstillstånd, väntan i hemmet på plats vid sjukhus eller vårdhem, tillfälligt avbruten vård vid dessa vårdinrättningar för vård i hemmet, konvalescentvård i hemmet istället för vid sjukhus eller konvalescenthem samt vård eller behandling av barn med handikapp under 16 år på en vårdinrättning.* Vad gäller den förstnämnda situationen kan vården ske i hemmet, på en sjukvårds- eller vårdinrättning eller på ett servicehus med helinackordering (ålderdomshem). Ledigheten föreslås kunna tas ut helt eller med halva dagar. En heltidsarbetande har således en möjlighet att ta ut denna ledighet i form av 60 halva dagar.

Rätten till ledighet för *längre* tidsperioder har begränsats till *två skilda situationer.* I det *första fallet* måste det vara fråga om *av sjukvårdshuvudmannen bedriven verksamhet med sjukvård i hemmet med krav på att anhörigvårdaren erhållit anställning av denne eller av kommunen* för medverkan i denna vård. En övergång från kontanta bidrag till anställning som anhörigvårdare är enligt kommitténs bedömning angeläget ur flera synpunkter, bl. a. ger detta vårdaren en bättre social grundtrygghet och minskar de stora variationerna mellan sjukvårdshuvudmännen i fråga om ersättning för vården. Det *andra fallet* avser den situation då *en arbetstagare i hemmet vill vårda barn med handikapp under 16 år.* Som *villkor* för ledigheten gäller dock att *vårdbidrag* enligt lagen om allmän försäkring utges. Ledigheten kan tas ut helt eller som halvtidsledighet.

Av grundläggande betydelse för införande av en ledighetsrätt för anhörigvård är det *anhörigbegrepp* som skall tillämpas i lagstiftningen. På grund av att allt fler människor i dag bor ensamma eller lever tillsammans med någon utan att ett släktskapsförhållande föreligger, har kommittén funnit anledning föreslå ett anhörigbegrepp som inte bara omfattar den med vilken arbetstagaren har ett *släktskapsförhållande,* utan även den med vilken arbetstagaren har *nära personliga relationer.*

Den andra huvudfrågan kommittén haft att ta ställning till gällde behovet av och möjligheterna att införa ett system med *ersättning från den allmänna försäkringen* för vård i hemmet. Ett sådant system skulle i första hand, enligt direktiven, avse tillfälliga och ofta akut uppkomna vårdbehov av förhållandevis kortvarig natur, i andra hand även längre perioder.

Kommittén har *inte* ansett sig ha möjlighet att nu föreslå införandet av ett sådant ersättningssystem. Det är främst kostnaderna och svårigheterna att beräkna dessa för ett mer omfattande ersättningssystem jämte den stora osäkerheten i fråga om besparingseffekterna av ett sådant system, som ligger

bakom detta ställningstagande. Eftersom det statsfinansiella läget f. n. inte medger direkta kostnadsökningar vilket ett ersättningssystem tveklöst leder till, saknas enligt kommitténs bedömning förutsättningar att nu lämna förslag på ett sådant mer omfattande system.

Till följd härav har kommittén även övervägt möjligheterna att begränsa frågan om ersättning till en speciell och prioriterad situation, nämligen *vård i livets slutskede i hemmet.* Även vid denna kraftiga begränsning har kommittén ansett att de för stat och kommuner uppkomna kostnaderna inte i tillräcklig omfattning uppvägs av motsvarande kostnadsminskningar inom andra områden. Kommittén har dock uttalat att en ersättningsrätt vid denna vårdsituation är en mycket angelägen fråga inte minst av humanitära skäl. Det är därför enligt kommitténs uppfattning mycket *viktigt att frågan ges en tillfredsställande lösning så snart samhällsekonomin medger detta.* Kommittén vill dessutom framhålla att en ersättning från den allmänna försäkringen för övriga ovannämnda anhörigvårdssituationer av kortvarig eller tillfällig natur också bör kunna övervägas i framtiden. En närmare utredning vad gäller de ekonomiska konsekvenserna av en sådan ersättning synes dock behöva företas.

När det gäller *huvudmännens egna insatser* för att i övrigt förbättra stödet till anhörigvårdarna har kommittén funnit anledning att framföra vissa önskemål och synpunkter. Kommittén vill understryka att den ställer sig bakom det utvecklings- och uppbyggnadsarbete som pågår inom hemsjukvårdens område. I samband med detta arbete vore det enligt kommittén angeläget med insatser som i största möjliga utsträckning *minskar* de stora skillnaderna som föreligger mellan huvudmännen vad gäller planer, organisation och ekonomiskt stöd. Detta kan enligt kommitténs uppfattning bl. a. ske genom en fortsatt utbyggnad och utveckling av *primärvården* och ett vidgat samarbete med primärkommunerna.

Det direkta stödet till anhörigvårdarna bör kunna förbättras i olika avseenden t. ex. genom *anställningsförfarande, möjligheter till regelbunden avlösning* både för kortare och längre perioder samt *utbildning.* En ökad satsning för att förbättra det *psykosociala* stödet till anhörigvårdarna vore enligt kommittén också angeläget. En annan viktig framtida uppgift för sjukvårdshuvudmännen bör vara att genom olika utbildningsinsatser försöka öka vårdpersonalens intresse för de anhörigas situation inom vården, något som sannolikt kräver en attitydpåverkan.

Författningsförslag

Förslag till
Lag om rätt till ledighet för vård av anhörig

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § En arbetstagare har rätt till ledighet från sin anställning för att vårda en *anhörig* enligt bestämmelserna i denna lag.

Med en anhörig jämställs den med vilken arbetstagaren har *nära personliga relationer.*

2 § Avtal är ogiltiga i den mån de upphäver eller inskränker arbetstagarnas rättigheter enligt denna lag. Genom kollektivavtal som har slutits eller godkänts av en central arbetstagarorganisation får dock göras avvikelser från 6 § och 8 § andra stycket. Även den närmare tillämpningen av 7 och 10 §§ får bestämmas genom kollektivavtal som har tillkommit på motsvarande sätt.

En arbetsgivare som är bunden av ett sådant kollektivavtal får tillämpa avtalet även på arbetstagare som inte är medlemmar i den avtalsslutande arbetstagarorganisationen men sysselsätts i arbete som avses med avtalet.

Rätt till ledighet

3 § En arbetstagare har rätt till ledighet från sin anställning för att vårda en anhörig som är sjuk eller handikappad i hemmet inom den av sjukvårdshuvudmannen bedrivna verksamheten med *sjukvård i hemmet.* Rätten till ledighet för vård av ett *barn med handikapp under 16 år* i hemmet föreligger även om detta inte omfattas av denna verksamhet, under förutsättning att *vårdbidrag* utges enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Som villkor för ledighet gäller, såvitt avser ledighet i samband med den av sjukvårdshuvudmannen bedrivna verksamheten med sjukvård i hemmet, att arbetstagaren erhåller *anställning* som anhörigvårdare av sjukvårdshuvudmannen eller kommunen.

Som ytterligare villkor för ledighet gäller att arbetstagaren vid ledighetens början varit anställd hos arbetsgivaren antingen de senaste sex månaderna eller sammanlagt minst tolv månader under de senaste två åren. Vid

beräkningen av anställningstiden tillämpas 3 § första stycket lagen (1982:80) om anställningsskydd.

4 § En arbetstagare har vidare rätt till ledighet från sin anställning för att vårda en anhörig under sammanlagt *högst 30 dagar* för varje kalenderår. Som villkor för sådan ledighet gäller att behovet av anhörigvård skall vara föranlett av

1. svårare sjukdomstillstånd,
2. väntan i hemmet på plats vid sjukhus eller vårdhem,
3. tillfälligt avbruten vård vid sjukhus eller vårdhem för vård i hemmet,
4. konvalescens i hemmet i stället för vid sjukhus eller konvalescenthem,
5. vård eller behandling av barn med handikapp under 16 år på en vårdinrättning.

Som ett ytterligare villkor för ledighet gäller att en arbetstagare, på begäran av arbetsgivaren, på lämpligt sätt skall kunna *styrka* det uppkomna behovet av vårdinsatser från arbetstagarens sida.

5 § Ledighet enligt 3 och 4 §§ får avse *hel* ledighet eller förkortning av arbetstiden till *hälften* av den normala arbetstiden vid arbetsplatsen.

Ledighetens förläggning m. m.

6 § En arbetstagare som vill utnyttja sin rätt till ledighet enligt 3 § skall anmäla detta till arbetsgivaren minst *två* månader före ledighetens början. I samband med anmälan skall arbetstagaren om möjligt ange hur lång tid ledigheten är avsedd att pågå.

7 § Arbetsgivaren och arbetstagaren skall samråda om ledighetens förläggning och andra med ledigheten sammanhängande frågor. Kan enighet inte nås om förläggningen skall ledigheten förläggas till den dag som *arbetstagaren* begär. Vid förkortning av arbetstiden till hälften av den normala arbetstiden skall dock förkortningen *spridas* över arbetsveckans samtliga dagar och förläggas antingen till arbetsdagens början eller slut.

Har beslut i fråga om ledighetens förläggning under dagen träffats på annat sätt än genom överenskommelse med arbetstagaren eller företrädare för arbetstagaren, skall arbetsgivaren underrätta arbetstagaren om beslutet. Underrättelsen skall om möjligt lämnas senast två veckor före ledighetens början.

Återgång i arbete

8 § En arbetstagare får avbryta en påbörjad ledighet och återuppta arbetet i samma omfattning som före ledigheten.

Vill arbetstagaren utnyttja sin rätt enligt första stycket skall arbetsgivaren underrättas snarast möjligt. Har ledigheten meddelats med stöd av bestämmelserna i 3 § är arbetsgivaren dock inte skyldig att låta arbetstagaren återgå i arbete tidigare än *sex* veckor efter det att arbetsgivaren har mottagit underrättelsen.

Anställningsskydd

9 § En arbetstagare får inte sägas upp eller avskedas enbart av det skälet att arbetstagaren begär eller tar i anspråk sin rätt till ledighet enligt denna lag.

Sker det ändå, skall uppsägningen eller avskedandet ogiltigförklaras, om arbetstagaren begär det.

10 § En arbetstagare är inte skyldig att enbart av det skälet att arbetstagaren begär eller tar i anspråk rätt till ledighet enligt denna lag vidkännas minskning av de förmåner som är förenade med anställningen eller försämring av arbetsförhållandena i annan mån än som följer av uppehållet i arbetet. Arbetstagaren är inte heller skyldig att av skäl som nu har sagts vidkännas annan omplacering än som kan ske inom ramen för anställningsavtalet och som är en nödvändig följd av ledigheten.

Övriga bestämmelser

11 § En arbetsgivare som bryter mot denna lag skall betala arbetstagaren skadestånd för den förlust som uppkommer och för den kränkning som har skett.

Om det är skäligt, kan skadeståndet sättas ned eller helt falla bort.

12 § Mål om tillämpning av denna lag skall handläggas enligt lagen (1974:371) om rättegången i arbetstvister.

Förs talan med anledning av uppsägning eller avskedande, skall 34 och 35 §§, 37 §, 38 § andra stycket andra meningen, 39–42 §§ samt 43 § första stycket andra meningen och andra stycket lagen (1982:80) om anställningsskydd gälla i tillämpliga delar. I fråga om annan talan tillämpas 64–66 och 68 §§ lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet på motsvarande sätt.

Ikraftträdande m. m.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1985
2. Bestämmelserna i 3 § gäller även för den som utan att anställning som anhörigvårdare föreligger beviljats hemsjukvårdsbidrag eller vårdar anhörig som uppbär sådant bidrag om beslut om detta har fattats före ikraftträdandet av lagen.

1 Kommitténs uppdrag och arbete

1.1 Utredningsuppdraget

Enligt direktiven (Dir 1979:130) som utfärdades av dåvarande chefen för socialdepartementet, statsrådet Gabriel Romanus, skall kommittén göra en samlad översyn av de frågor som gäller vård av anhörig i hemmet. Därvid har med förtur även reglerna för vårdbidrag för handikappade barn under 16 år setts över. Kommittén avlämnade i oktober 1981 ett delbetänkande *Vårdbidrag för handikappade barn under 16 år* (Ds S 1981:15). De nya reglerna för vårdbidrag trädde i kraft 1 januari 1983. Kommittén har sedan fortsatt sitt uppdrag vad gäller *vård av anhörig i hemmet.*

Som bakgrund till denna del av kommittédirektiven kan bl. a. ses socialförsäkringsutskottets uttalande i betänkande i maj 1979 (Sfu 1978/79:24) med anledning av ett antal motioner om stöd till anhöriga som vårdar sjuka, äldre och handikappade i hemmet. Utskottet underströk angelägenheten av att dessa frågor nu borde utredas snarast möjligt. Resultaten av vissa centrala utredningar på området samt erfarenheterna av bestämmelserna om ledighet för vård av barn kunde utgöra en grund för arbetet, ansåg utskottet.

Det anförs i direktiven att som underlag för sina överväganden bör kommittén kartlägga erfarenheterna av hemsjukvårdens utbyggnad i fråga om omfattning och organisation m. m. i olika delar av landet, vårdbehov och utbyggnadsplaner. Kartläggningen skall så långt möjligt göras på grundval av befintligt material. En bedömning bör göras om de åtgärder som vidtagits eller planeras är tillfyllest för att tillfredsställande tillgodose det till följd av befolkningsutvecklingen växande vårdbehovet under 1980-talet.

Vidare framhålls i direktiven att det är tillfredsställande att frågan om anställningsvillkor för anhörigvårdare har fått en principlösning genom den särskilda överenskommelsen som träffats mellan landstingsförbundet och Svenska kommunalarbetareförbundet år 1977. Den som förvärvsarbetar har emellertid inte en ovillkorlig rätt till tjänstledighet från sitt förvärvsarbete för vård av anhörig. Kommittén bör därför överväga att införa en rätt till hel eller partiell ledighet från arbetet – liknande den lagstadgade rätten till föräldraledighet – för vård av äldre, sjuk eller handikappad anhörig i hemmet. Därvid bör övervägas om en sådan rätt till ledighet skall gälla all vård av anhöriga eller knytas till de personer som vårdar anhöriga inom ramen för de offentliga huvudmännens hemsjukvårdsverksamhet.

Enligt direktiven ingår det också i kommitténs uppdrag att förutsättnings-

löst bedöma behovet av och möjligheterna att införa ett system med ersättning från den allmänna försäkringen för vård i hemmet av äldre, handikappad eller sjuk anhörig. Övervägandena bör därvid avse ett ersättningssystem som i första hand gäller kortare tidsperioder, t. ex. vid hastigt inträffade vårdbehov hos äldre personer där en anhörigs närvaro är av stor betydelse eller för att möjliggöra för en patient på ett långvårdssjukhus att för en kortare tid få vistas i hemmiljö. Det kan också gälla insatser från anhöriga under vård i livets slutskede i hemmet eller på sjukhus.

Först i andra hand bör utredningen överväga en ersättning från försäkringen också till den som på t. ex. deltid under en längre period vårdar en anhörig som väntar på plats på långvårdssjukhus, servicehus med helinackordering eller motsvarande. Kommittén bör härvid bl. a. behandla frågor om villkor, ersättningsnivåer och ekonomiska konsekvenser av ett sådant ersättningssystem samt belysa de effekter på behovet av institutionsvård som ett sådant system kan medföra.

I direktiven understryks att ett eventuellt ersättningssystem inte får leda till en minskning av sjukvårdshuvudmännens planerade insatser för långtidssjukvård, hemsjukvård och kommunernas sociala hemtjänst. Vidare framhålls att en i princip oförändrad kostnadsfördelning mellan stat, kommun och sjukvårdshuvudmän bör eftersträvas.

Kommittén måste kostnadsberäkna sina förslag och belysa kostnadskonsekvenser för försäkring och huvudmän liksom för samhället i övrigt genom bortfall av produktionsresurser. Vidare bör de administrativa konsekvenserna redovisas. Möjligheterna att genomföra en reform i etapper bör även belysas samt så långt det är möjligt bör även jämställdhetsaspekterna beaktas.

Utöver de uppdrag som kommittén erhållit genom direktiven har regeringen i juli månad 1982 överlämnat betänkandet *I livets slutskede* (SOU 1979:59) från utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede jämte remissyttrandena häröver för beaktande i kommitténs arbete. Utredningen föreslog att en anhörig skall kunna erhålla ersättning från allmän försäkring under 30 dagar för vård av anhörig i livets slutskede. Ersättningen skulle motsvara den anhöriges sjukpenning. En ledighet för vård av anhörig skulle enligt utredningen kunna utformas i likhet med lagen (1978:410) om rätt till ledighet för vård av barn m. m.

Särskilda tilläggsdirektiv (Dir. 1978:40) till samtliga kommittéer angående finansiering av reformer skall även beaktas. Genom direktiven åläggs samtliga kommittéer att noga överväga hur eventuella kostnadskrävande förslag skall kunna finansieras genom omprövning av pågående verksamhet och omfördelning av befintliga resurser inom det område kommitténs förslag avser. Till kommittén har även överlämnats direktiv angående begränsning av statlig normgivning till kommuner och landstingskommuner (Dir. 1981:42).

1.2 Kommitténs arbete

Anhörigvårdskommittén började sitt arbete vad gäller frågan om vård av anhörig i hemmet i slutet av år 1981. För att få en bred kunskap om den

verksamhet som bedrivs i landet på detta område företog kommittén ett antal studieresor. Härvid studerades särskilt hemsjukvårdens utbyggnad och organisation samt frågan om hur de anhöriga engageras i vården i landstingen i Östergötland, Kronoberg och Värmland.

En grupp med representanter från statens handikappråd (SHR), Handikappförbundens Centralkommitté (HCK), De Handikappades Riksförbund (DHR), Pensionärernas Riksorganisation (PRO) och Sveriges Folkpensionärers Riksförbund (SFRF) har hållits informerad om kommitténs arbete.

Kommittén har genom kontakter med olika myndigheter och organisationer sökt öka sina kunskaper på området. Som exempel härpå kan nämnas socialstyrelsen, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) och Statistiska centralbyrån (SCB).

Vidare har kommittén genom enkätundersökningar försökt få vissa speciella frågeställningar belysta. Ett frågeformulär har sänts till ett antal arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer för att dels få en uppfattning om hur avtal och eventuella författningar tillämpas på olika arbetsplatser vid beviljande av tjänstledighet för anhörigvård, dels kartlägga vilken policy som i övrigt gäller på området. Vidare har kommittén genom en skriftlig förfrågan till sjukvårdshuvudmännen sökt komplettera befintligt underlag från centrala utredningar och kartläggningar när det gäller hemsjukvårdens omfattning och utveckling. Därvid har också landstingens utbyggnadsplaner avseende långtidssjukvård och hemsjukvård uppmärksammats.

Under utredningsarbetets gång har till kommittén även överlämnats några framställningar och skrivelser. Kommittén har under arbetets gång kontinuerligt hållit sig informerad om pressens bevakning av ämnesområdet.

2 Gällande bestämmelser om ledighet för vård av anhörig

2.1 Inledning

Frågan om lagstadgad rätt till ledighet för vård av en sjuk anhörig har varit föremål för flera motioner i riksdagen. Den höga förvärvsfrekvensen hos såväl män som kvinnor kan enligt motionärerna medföra svårigheter att medverka i ett vårdarbete. Enligt motionerna måste en person som önskar vara ledig för att vårda anhöriga få rätt till ledighet, en anställningstrygghet under denna tid samt rätt att återgå i tjänst efter det att vården upphört.

Frågan om tjänstledighet från arbetet för vård av anhörig är i dag reglerad i lag endast när det gäller föräldrars vård av barn upp till 8 års ålder samt i vissa situationer upp till dess barnet fyller 12 år. I övrigt är rätten till tjänstledighet för vård av anhörig i mycket liten utsträckning reglerad och det finns f. n. varken i lag eller i avtal några generella regler som ger en arbetstagare en absolut *rätt* till ledighet för vård av anhörig. Det ankommer således på arbetsgivaren att inom ramen för dennes allmänna befogenhet att leda och fördela arbetet bestämma om och i vad mån sådan ledighet kan medges. Frånvaron av lagmässig reglering på området innebär bl. a. att arbetstagare som har beviljats ledighet inte har någon garanti för att kunna återvända till sin arbetsplats utan försämring av arbetsförhållandena.

2.2 Lagar och förordningar

Lagen (1978:410) om rätt till ledighet för vård av barn m. m.

Enligt denna lag har alla *arbetstagare som är föräldrar* rätt till ledighet från en anställning. Lagen gäller både ledighet med och utan ersättning från föräldraförsäkringen.

Föräldrar som har barn under åtta år, eller barn som går i första klassen i skolan, äger rätt att förkorta normal arbetstid med en fjärdedel. Det innebär i de flesta fall att föräldern har rätt till sex timmars arbetsdag i stället för åtta. Förälder med barn under ett och ett halvt år har rätt att vara helt ledig från sitt arbete. Även när förälder har rätt till föräldrapenning för tillfällig vård av barn upp till 12 år föreligger denna rätt till ledighet.

Deltidsförordningen (1980:50)

I förordningen finns föreskrifter om deltidsarbete för *arbetstagare med statligt reglerade tjänster*. Enligt förordningen får på arbetstagares begäran deltidsarbete anordnas, i den mån verksamheten medger detta. Vid prövningen av dessa frågor skall myndigheten beakta kravet att arbetsuppgifterna fullgörs på ett riktigt sätt m. m. Dessutom skall särskild hänsyn tas till "familjesociala förhållanden". Några tillämpningsföreskrifter har inte meddelats för denna förordning.

K-Cirk (1970:388) om tjänstledighet med C-avdrag m. m.

I cirkuläret ges vissa riktlinjer och normer ifråga om tjänstledigheter för löneplansanställda tjänstemän med *statligt reglerade tjänster*. Enligt cirkuläret bör myndigheten vid prövning av frågor om tjänstledighet med C-avdrag "tillse att sådan ledighet ej beviljas så att svårigheter uppstår att sysselsätta den tjänstledige, vikarie för honom eller annan tjänsteman när ledigheten upphör. Myndigheten skall vidare göra en avvägning mellan tjänstemannens intresse av att få den begärda ledigheten och myndighetens intresse av att tjänstemannen utövar sin tjänst". Cirkuläret talar även om viss återhållsamhet med längre tjänstledigheter och att tjänstledigheterna bör tidsbegränsas. Enligt cirkuläret finns möjlighet för arbetstagare att pröva annan anställning under högst 180 dagar. Om sådan "annan anställning" kan vara en anställning som anhörigvårdare torde ännu inte ha prövats.

2.3 Avtal m. m.

2.3.1 Arbetstagare i statlig tjänst

I avtal som träffats mellan statens arbetsgivarverk och berörda avtalsslutande arbetstagarorganisationer regleras frågan om löneförmåner vid ledighet för enskild angelägenhet enligt följande.

Allmänt avlöningsavtal för statliga och vissa andra tjänstemän (AST)

Av 19 § AST framgår vilka löneförmåner som kan utgå vid tjänstledigheter av olika slag. I moment 6 d) anges löneförmån vid ledighet på grund av "Enskild angelägenhet" enligt följande

"d) Allvarligare sjukdomsfall, dödsfall, begravning, bouppteckning eller arvskifte inom egen familj eller den närmaste släktkretsen
B-avdrag skäligt antal dagar, dock högst 15 dagar av ett och samma kalenderår
C-avdrag i övrigt"

Kommentar till denna paragraf:

"Med allvarligare sjukdomsfall skall i regel förstås endast sjukdomstillstånd av livshotande art eller sådant akut sjukdomsfall som oundgängligen kräver ingripande av tjänstemannen.

Till egen familj och den närmaste släktkretsen bör i regel hänföras tjänstemannens make, föräldrar, far- och morföräldrar, fosterföräldrar, svärföräldrar, barn, barnbarn och syskon samt – när det är fråga om begravning, bouppteckning eller arvskifte – även farbror, faster, morbror, moster, syskonbarn, svärson, svärdotter, svåger och svägerska. Vid tillämpning härav skall person, med vilken tjänstemannen sammanbor under äktenskapsliknande förhållanden och vilken anses som familjemedlem enligt punkt 1 protokollsanteckningarna till 7 § 2 mom, betraktas som tjänstemannens make. Härav följer exempelvis att sådan persons föräldrar skall betraktas som tjänstemannens svärföräldrar."

2.3.2 Arbetstagare i kommunal tjänst

I avtal som träffats mellan landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet samt berörda avtalsslutande arbetstagarorganisationer regleras frågan om löneförmåner och ledighet för enskild angelägenhet av vikt enligt följande.

Allmänna bestämmelser – AB 80

"§ 27 Ledighet för förtroendemannauppdrag och enskilda angelägenheter

– – –

3 Under ledighet för enskilda angelägenheter kan arbetstagare om synnerliga skäl föreligger, medges behålla lönen under sammanlagt högst 10 arbetsdagar per kalenderår.

Såsom synnerliga skäl skall anses nära anhörigas svårare sjukdom eller bortgång, begravning och gravsättning av urna samt bouppteckning efter sådan anhörig. Med nära anhörig avses make, maka, barn, föräldrar, syskon och svärföräldrar. Vid barns svårare sjukdom kan dock ovannämnda utgå endast om barnet fyllt 12 år."

Ledigheter härutöver regleras genom bestämmelser i tjänstemannastadgan (TST) enligt följande.

"§ 20 Allmänna bestämmelser angående tjänstledighet

Mom 1 Förvaltningschef äger bevilja tjänsteman tjänstledighet

– – –

d) av annan orsak än i punkterna a–c sägs för en sammanhängande tid av högst sex månader.

I fråga om tjänstledighet, som i punkterna b och d sägs, utöver där angiven tid beslutar personalnämnden efter förslag från förvaltningschef. Personalnämnden äger därvid meddela särskilda föreskrifter och villkor."

2.3.3 Arbetstagare i enskild tjänst

I kollektivavtal som träffats mellan Svenska arbetsgivareföreningen (SAF) och avtalsslutande arbetstagarorganisationer finns bestämmelser som reglerar arbetstagares i enskild tjänst möjligheter till permission och tjänstledighet. Nedan lämnas exempel på några sådana avtal.

1) *PTK– allmänna villkor 1981/82*

"§ 9 Permission, tjänstledighet, annan ledighet

Mom 1 Permission

Permission (= kort ledighet med lön) beviljas i regel endast för del av arbetsdag. I

särskilda fall (t. ex. vid hastigt påkommande sjukdomsfall inom tjänstemans familj eller nära anhörigs frånfälle) kan dock permission beviljas även för en eller flera dagar)

– – –

Mom 2 Tjänstledighet

Mom 2 :1 Tjänstledighet (= ledighet minst en dag utan lön) beviljas om arbetsgivaren finner att så kan ske utan olägenhet för verksamheten vid företaget.

– – –

2) *Verkstadsavtalet 1981 (Allmänna ordningsregler gällande vid verkstäder anslutna till Sveriges Verkstadsförening)*

"§ 21 Permission

Mom 1

Med permission förstås kort ledighet med bibehållen lön under högst en dag. Vid nära anhörigs begravning kan permissionen dock också omfatta nödvändiga (högst två) resdagar.

Anm. Med bibehållen lön förstås för tidlönsarbetare hans tidlön och för ackordsarbetare hans medeltimsförtjänst à tidlön och ackord enligt senast kända kvartalsstatistik.

Permission kan beviljas i följande fall:

Eget bröllop

Egen 50-årsdag

Förstagångsbesök hos läkare och tandläkare vid akut sjukdom eller olycksfall

Besök vid sjukvårdsinrättning efter remiss av företagsläkare

Nära anhörigs frånfälle

Nära anhörigs begravning

Plötsligt svårt sjukdomsfall hos hemmaboende nära anhörig

Som nära anhörig räknas make/maka, barn, syskon, föräldrar och svärföräldrar.

Anhållan om permission skall göras i så god tid som möjligt. Orsaken till permissionen skall på förhand eller om så inte kan ske – i efterhand styrkas om arbetsgivaren så begär."

Det kan nämnas att övriga kollektivavtal innehåller permissionsbestämmelser med i princip samma innehåll som de ovan redovisade. När det gäller tjänstledighet för vård av anhörig avseende perioder utöver den tid som permissionsbestämmelserna omfattar ankommer det på den enskilde arbetsgivaren att, inom sina allmänna befogenheter leda och fördela arbetet, bestämma om och i vad mån tjänstledighet kan medges.

2.3.4 Ej kollektivavtalsanslutna arbetstagare

För anställda vid vissa företag saknas kollektivavtal. Enskilda anställningsavtal mellan arbetsgivare och arbetstagare kan förekomma, i vilka frågan om tjänstledighet eventuellt kan vara reglerad. I övrigt ankommer det på arbetsgivaren att bestämma om tjänstledighet.

3 Gällande bestämmelser om ersättningar m. m.

Genom samhällets försorg utges ett betydande antal ekonomiska ersättningar, direkt och indirekt till äldre, sjuka och handikappade. Enligt gällande lagstiftning utges ersättning från *sjukförsäkringen* till sjukvårdshuvudmännen för bl. a. sjukvårdande behandling, läkarbesök i hemmet, förebyggande hälsovård och primärvård samt hjälpmedel för handikappade. *Statsbidrag* utges till kommunerna för bl. a. den sociala hemtjänsten. Staten svarar genom den *allmänna försäkringen* också för ersättningar och bidrag till enskilda i form av t. ex. sjukpenning, pensioner, handikappersättning. Andra statliga stödformer är bostadsbidrag och lån och bidrag för handikappanpassning av bostäder. *Sjukvårdshuvudmännen* kan utge hemsjukvårdsbidrag till personer som vårdar anhörig eller själva vårdas i hemmet. I vissa landsting och kommuner kan anhöriga anställas som anhörigvårdare. Vidare ansvarar landstingen för tekniska hjälpmedel till handikappade. *Kommunernas* stöd till äldre, sjuka och handikappade består framför allt av social hemtjänst, färdtjänst och kommunalt bostadstillägg.

Många av de människor som erhåller ersättningar/bidrag eller stöd i annan form får också sjukvård och omvårdnad i sina hem. Vad gäller samhällets stöd till den som vårdar en anhörig i hemmet är detta mer begränsat och till stora delar inte enhetligt utformat.

En utförlig sammanställning över samtliga dessa olika ersättningar och transfereringar finns redovisad i *bilaga 1*.

4 Gällande bestämmelser inom hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens område

4.1 Hälso- och sjukvårdslagen

En ny hälso- och sjukvårdslag trädde i kraft år 1983 varvid bl. a. sjukvårdslagen (1962:242) och sjukvårdskungörelsen (1972:676) upphörde att gälla. Medan den gamla lagstiftningen utgick från den slutna vårdens villkor, är den nya lagen en ramlag som är anpassad till landstingens och sjukvårdens utveckling. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I begreppet hälso- och sjukvård innefattas – till skillnad från den tidigare lagstiftningen – även förebyggande verksamheter. I fråga om omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda finns bestämmelser i lagen (1967:940) angående omsorger om vissa utvecklingsstörda.

En annan viktig skillnad är att den nya lagen direkt behandlar den enskilde patientens ställning. Patienten får själv genom lagen möjlighet att påverka sin egen vård och lagen ger patienten stöd för att ställa krav på vårdsystemet, dess personal och ansvariga politiker.

Huvudmännen åläggs enligt lagen att svara för en god hälso- och sjukvård och kraven på hur en sådan skall utformas preciseras på följande sätt. Den skall vara av *god kvalitet* och tillgodose patientens behov av *trygghet i vården.* Den skall vara *lättillgänglig,* bygga på *respekt för patientens självbestämmande och integritet.* Dessutom skall den ge *kontinuitet i kontakterna mellan patient och personal.* Huvudmannen skall ha ansvar för att *patienterna får den information som de behöver och att den är begriplig.* Vården skall, så långt det är möjligt, utformas och genomföras i samråd med patienten.

Lagen ger dem som har det politiska ansvaret förstahandsansvaret för att utforma verksamhetens innehåll, organisation och administration.

En av de mest centrala punkterna i den nya lagen är att landstingen ges ansvaret för *totalplaneringen* av sjuk- och hälsovården och är därvid enligt lagen skyldiga att samverka med andra vårdgivare och andra samhällsorgan. I lagens förarbeten förutsätts att planeringen skall byggas upp från vårdsökarnas närmiljö och att *primärvården* skall vara basen för den fortsatta planeringen.

Utgångspunkten för primärvårdens organisation bör vara begränsade geografiska områden med vårdlag, som svarar för vården. På så vis skapas förutsättningar för mesta möjliga kontinuitet i patientkontakterna. Då kan också verksamheten relateras till människorna och deras levnadsförhållanden – ge en helhetssyn.

De övergripande målen – en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen – ger landstingen ansvaret för att aktivt verka för att utjämna skillnaderna inom sina egna sjukvårdsområden. Alla skall ha samma möjligheter att få vård efter sina vårdbehov, oavsett kön, ålder, kulturella skillnader m. m. Möjligheterna att nå resultat är starkt kopplade både till de förebyggande insatserna och till primärvårdens utbyggnad, innehåll och samspelet med länssjukvården.

Den nya lagen kräver *samverkan* med andra vårdgivare, bl. a. med den kommunala verksamheten ifråga om äldreomsorg samt vård och hjälp till barn, ungdomar och handikappade. Detta samarbete underlättas om primärvårdens och socialtjänstens ansvarsområden överensstämmer geografiskt. Det torde kunna underlättas ytterligare om landstingen tillsätter nämnder med det lokala ansvaret för vården i kommunen, eftersom lagen ger landstingen stor frihet att utveckla organisationen för den politiska ledningen efter sina egna riktlinjer. Den föreskriver endast att en hälso- och sjukvårdsnämnd skall svara för ledningen. Förtroendeorganisationen i övrigt får således huvudmännen utforma så att den passar verksamheten och behoven i det egna landstinget.

Den nya lagen vidgar också möjligheterna för personalinflytande. I den nya lagstiftningen är endast det medicinska ledningsansvaret inskrivet. Detta skall i princip innehas av en läkare i ledande ställning, medan landstinget själv avgör vem som skall ha det administrativa ledningsansvaret.

Socialstyrelsen behåller enligt lagen sin roll som tillsynsmyndighet. All hälso- och sjukvårdspersonal är i sin yrkesutövning underställd socialstyrelsens överinseende. Socialstyrelsen har också rätt att inspektera verksamheten. Det är endast regeringen som kan komma med bindande föreskrifter eller anvisningar rörande vårdens bedrivande eller till skydd för enskilda. Den sistnämnda rätten kan dock överlåtas till socialstyrelsen. Anmälningar om vissa skador och sjukdomar som inträffat i vården skall även i fortsättningen göras till socialstyrelsen och inte längre regelmässigt till polisen.

Sammanfattningsvis ger den nya lagen landstingen ett ökat ansvar och ett ökat inflytande. Politikerna får därvid ett stort ansvar, bl. a. för att hälso- och sjukvårdsorganisationen anpassas efter befolkningens behov. Det utökade ansvaret balanseras av ett ökat inflytande genom att detaljbestämmelser om organisation m. m. tas bort från lagen. Dessutom får patienterna fler rättigheter. Lagen öppnar också andra vägar. Den möjliggör kortare beslutsgång och bättre kontakt med det praktiska vårdarbetet.

4.2 Socialtjänstlagen

De förutvarande tre centrala lagarna på socialvårdsområdet, socialhjälpslagen, nykterhetsvårdslagen och barnavårdslagen ersattes fr. o. m. år 1982 av en gemensam lag – socialtjänstlagen (1980:620).

De tidigare vårdlagarna var i stort sett individinriktade. Däri betonades att *samhället* skulle ta hand om och hjälpa individer och olika problemgrupper i samhället. I den nya lagen framhålls *individens* eget ansvar för sin och andras sociala situation även om samhället fortfarande har sitt ansvar. Socialtjän-

sten omfattar inte bara problemgrupper utan är till för alla människor i samhället. Lagen innehåller nu i mindre utsträckning detaljerade föreskrifter och anger målen för socialtjänsten samt lägger vikt vid *förebyggande vård* och socialtjänstens medverkan i *samhällsplaneringen.*

Lagen är således en ramlag, vilket innebär att den anger målen för samhällets socialtjänst, men innehåller även regler om det kommunala ansvaret samt riktlinjer för socialnämndens uppgifter och verksamhet.

I socialtjänstlagens målparagraf ges uttryck för att det moderna behandlingsarbetet skall bedrivas på grundval av en helhetssyn som tar hänsyn till individens totala situation och omgivning och att verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. *Helhetssyn, normalisering, självbestämmande, kontinuitet, flexibilitet och närhet* är några viktiga begrepp som skall tillämpas i socialtjänstens olika verksamheter.

Socialtjänstens arbete är indelat i tre olika huvudfunktioner som griper in i varandra. Strukturinriktade insatser, allmänt inriktade insatser och individuellt inriktade insatser.

Med *strukturinriktade insatser* avses medverkan i samhällsplanering, arbete med sociala problem i samhället och uppsökande verksamhet.

Med *allmänt inriktade insatser* avses generellt utformade sociala insatser som t. ex. barnomsorg, äldre- och handikappomsorg.

Med *individuellt inriktade insatser* avses sociala tjänster direkt anpassade till den enskildes behov, som t. ex. behovsprövad ekonomisk hjälp (bistånd), upplysningar, samtal och rådgivning i olika frågor.

I socialtjänstlagen fastslås att kommunen har det yttersta ansvaret för att de som *vistas* i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Man behöver således inte vara fast bosatt i kommunen för att vara berättigad till hjälp. Socialtjänsten har också skyldighet att ta reda på vilket hjälpbehov som finns och informera invånarna om möjligheterna till stöd och hjälp från samhällets sida.

Kommunens yttersta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som åvilar andra huvudmän. I detta sammanhang kan det vara av värde att påpeka nödvändigheten av samordning mellan hälso- och sjukvård och socialvård. Behovet av medicinsk medverkan i det sociala arbetet har ökat under senare år och beräknas fortsätta att stiga i takt med en alltmer helhetsorienterad och orsakssökande verksamhetsinriktning. På motsvarande sätt föreligger inom hälso- och sjukvården ett behov av socialvårdens medverkan i det medicinska vård- och behandlingsarbetet.

Bistånd är det nya och gemensamma begreppet för all individuell hjälp som socialtjänsten kan ge den som har sociala problem: råd, information, praktisk och ekonomisk hjälp. Biståndet innefattar social hemtjänst, färdtjänst m. m. Den som sökt bistånd i någon form och inte fått hjälp eller anser sig ha fått otillräcklig sådan kan överklaga beslutet. Det är länsrätten som prövar sådana ärenden.

4.3 Lagen om tillsyn av hälso- och sjukvårdspersonal m. fl.

I lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. regleras samhällstillsynen över personalen inom hälso- och sjukvården. Av specialmotiveringarna kan utläsas att med personal avses i lagen *inte* endast anställd personal utan lagen är tillämplig även på den som i annan egenskap än anställd arbetar inom hälso- och sjukvården, t. ex. som uppdragstagare eller frivillig medhjälpare. Anknytningen till de hälso- och sjukvårdande uppgifterna är helt avgörande. Det behöver således i och för sig inte vara fråga om ett arbete som avlönas eller som på annat sätt medför ekonomisk ersättning. I personalbegreppet får också anses ligga att det skall vara fråga om arbete av viss varaktighet. Härav följer att den som vårdar en anhörig inom verksamheten med sjukvård i hemmet – oavsett om vederbörande har en anställning hos sjukvårdshuvudmannen eller inte – omfattas av denna lag och står således under tillsyn av socialstyrelsen.

Det kan också nämnas att även kommunalt anställda vårdbiträden i öppen vård (hemsamariter) och hemvårdarinnor, vilka på distriktsläkarens eller distriktsköterskans anvisning meddelar sjukvård i hemmet, betraktas som biträden åt läkaren eller sjuksköterskan och underkastas lagens bestämmelser. Däremot omfattas de inte av lagen när de fullgör andra arbetsuppgifter även om däri ingår vård av sjuka. De anhöriga som kommunen anställer som hemsamariter omfattas således också av lagens bestämmelser om de meddelar sjukvård i hemmet efter givna anvisningar.

4.4 Sekretesslagen

En ny lag om sekretess trädde i kraft 1981-01-01 (SFS 1980:100). Sekretesskyddet har i den nya lagen gjorts likadant inom hälso- och sjukvården och socialvården. Den nya sekretesslagen anger vilka *undantag* som gäller från den s. k. offentlighetsprincipen, vilken innebär att allmänhet och massmedia skall ha insyn i statens och kommunernas verksamhet. Bestämmelserna om sekretess inom nämnda områden finns främst i 7 kap. sekretesslagen.

Sekretessbeläggning av en uppgift innebär förbud att röja uppgiften oavsett om detta görs muntligt, skriftligt genom att en handling lämnas ut, eller på annat sätt. Alla uppgifter inom vården är inte sekretessbelagda. Sekretess gäller för uppgift som avser enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Med men avses i första hand integritetskränkningar av olika slag som kan uppstå därför att uppgift om personliga förhållanden lämnas ut.

Till *personliga förhållanden* hänförs uppgifter varav slutsatser kan dras om dennes karaktär, sinnesbeskaffenhet, sociala förhållanden, allmänt hälsotillstånd, medicinering och arbetsförmåga. Till personliga förhållanden räknas även uppgift om att någon vistas eller vistats som vårdtagare på en vårdinrättning. Sekretessen inom vården gäller både mot myndigheter och enskilda.

Sekretess till skydd för enskild person gäller – dock med vissa undantag – inte gentemot denne. Den enskilde kan dessutom efterge sekretessen helt eller delvis. Den som efterger sekretess kan kräva att myndigheten ställer upp förbehåll när uppgiften lämnas till en annan enskild, t. ex. att den inte får föras vidare eller att den bara får användas på visst sätt. Förbehåll vid utlämnande bör dokumenteras på lämpligt sätt. Den som bryter mot ett förbehåll kan straffas för detta.

Alla som medverkar i vården är bundna av sekretessen. Man behöver således *inte* vara anställd av huvudmannen för att omfattas av sekretessen. Anhörigas och närståendes möjligheter till information om patientens hälsotillstånd har inte särskilt reglerats i sekretesslagen utan måste bedömas mot bakgrund av om det kan innebära men för patienten eller hans närstående. I tveksamma fall kan det därför vara lämpligt att inhämta patientens samtycke innan en uppgift lämnas ut. Den som lämnar ut sekretessbelagd uppgift som inte får lämnas ut kan straffas för detta genom bötes- eller fängelsestraff. Disciplinstraff kan också bli aktuellt.

5 Förvärvsarbets- och befolkningsstatistik m. m.

I detta avsnitt lämnas dels en kort beskrivning av vissa förhållanden på arbetsmarknaden, dels några prognoser för befolkningsutvecklingen fram till år 2025. Vidare redovisas uppgifter om äldres och handikappades boende samt vissa punkter ur en av FN antagen aktionsplan om äldrefrågor.

5.1 Förvärvsarbetsstatistik

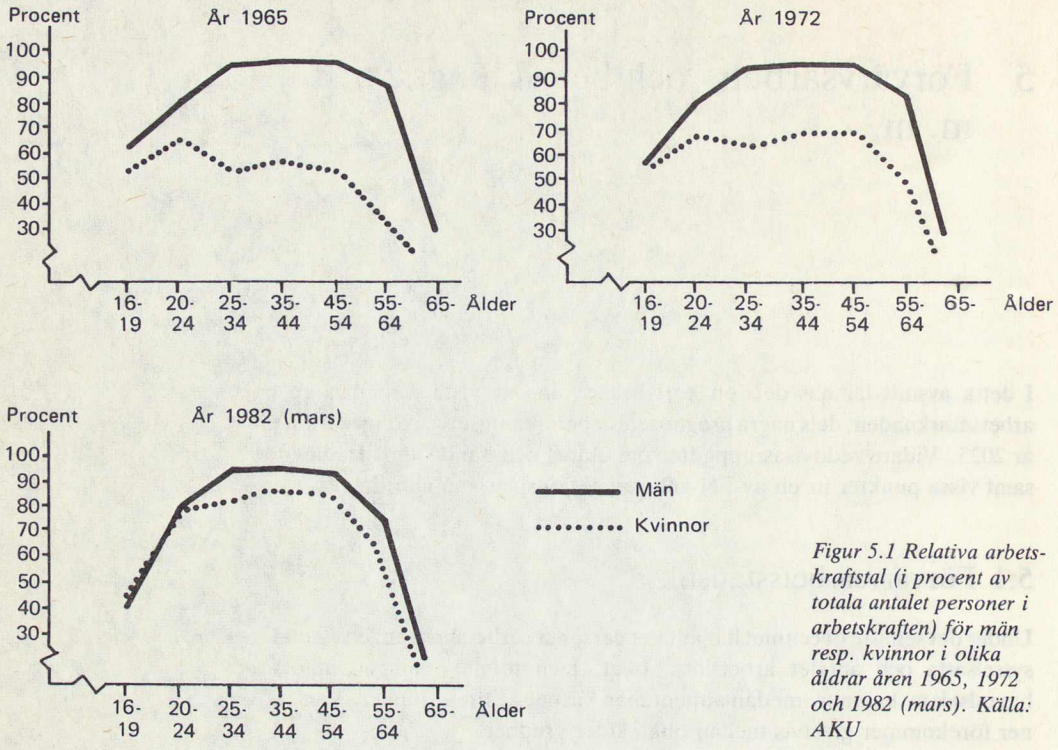
Under det senaste decenniet har antalet personer i arbetskraften, dvs. antalet sysselsatta och antalet arbetslösa, ökat. Den totala ökningen utgörs i huvudsak av kvinnor, medan antalet män i arbetskraften sjunker. Variationer förekommer givetvis mellan olika åldersgrupper.

Kvinnorna har tidigare i hög grad fungerat som en arbetskraftsresurs och sökt sig ut på arbetsmarknaden i högkonjunktur, då det funnits god tillgång på arbete. Detta har framför allt gällt gifta kvinnor. Under lågkonjunktur har kvinnorna däremot i större utsträckning avstått från att aktivt söka arbete. Utvecklingen under det senaste decenniet tyder på att detta förhållande har ändrats. De av SCB regelbundet gjorda arbetskraftsundersökningarna (AKU) visar att *andelen förvärvsarbetande gifta kvinnor successivt har ökat* även under perioder av lågkonjunktur. Figur 5.1 sid. 34 visar utvecklingen sedan år 1965 mätt i relativa arbetskraftstal för män och kvinnor i olika åldrar åren 1965, 1972 och 1982 (mars).

När det gäller antalet anställda inom olika näringsgrenar pågår sedan en lång tid tillbaka en omfördelning från de varuproducerande till de tjänsteproducerande sektorerna. Denna utveckling förväntas komma att fortsätta.

Enligt arbetskraftsundersökningarna är i Sverige i dag drygt 4 milj. personer sysselsatta i förvärvsarbeten av olika slag. Närmare 3,85 milj. av dessa utgörs av anställda i statlig, kommunal eller enskild tjänst. Fördelningen framgår av tabellen 5.1 sid. 35. Uppgifterna avser åren 1974 och 1982 (mars).

Av tabellen framgår att ca 60 % av dessa är anställda i enskild tjänst. I offentlig tjänst finns drygt 1,5 milj. anställda varav 1,1 milj. i kommuner och landsting. I jämförelse med motsvarande uppgifter för år 1974 kan konstateras att en stor ökning har skett av antalet anställda inom den kommunala sektorn, medan en minskning av antalet anställda har skett inom den enskilda sektorn. Både män och kvinnor har svarat för denna ökning



Figur 5.1 Relativa arbetskraftstal (i procent av totala antalet personer i arbetskraften) för män resp. kvinnor i olika åldrar åren 1965, 1972 och 1982 (mars). Källa: AKU

resp. minskning. En majoritet av kvinnorna är anställda i offentlig tjänst, medan männen i huvudsak finns i enskild tjänst.

Det kan konstateras att andelen deltidsanställda inom den s. k. tjänstesektorn är påtagligt högre än inom t. ex. tillverkningsindustrin. Näringsgrenarna detaljhandel, restaurang och hotell samt undervisning, sjukvård, socialvård har den högsta andelen deltidsanställda med mer än 40 % av det totala antalet anställda i resp. näringsgren. Inom dessa näringsgrenar är antalet anställda kvinnor mycket stort.

Av tabellerna 5.2 och 5.3 sid. 36 kan utläsas kvinnors respektive mäns skäl till deltidsarbete. Det vanligaste skälet för kvinnor att arbeta på deltid är "Hushållsarbete/Barntillsyn". I den högsta åldersgruppen anger kvinnor även "Hälsoskäl", "Behöver ej heltidsinkomst" och "Annat skäl". Vissa skillnader kan konstateras mellan gifta/samboende och ensamstående kvinnor. För männen är "Hushållsarbete/Barntillsyn" inget skäl till deltidsarbete. Männen i den lägre åldersgruppen arbetar deltid nästan enbart på grund av "Studier". I den högre åldersgruppen är "Hälsoskäl" och "Annat skäl" de viktigaste anledningarna till deltidsarbete.

Tabell 5.1 Antal anställda män och kvinnor i statlig, kommunal och enskild tjänst åren 1974 och 1982 (mars). Källa: AKU

Anställd i	Antal anställda samt andel i % av samtliga anställda											
	MÄN				KVINNOR				SAMTLIGA			
	1974		1982		1974		1982		1974		1982	
	antal	andel	antal	andel	antal	andel	antal	andel	antal	andel	antal	andel
Statlig tjänst	256 000	12,4	268 800	13,4	142 000	9,2	157 500	8,6	398 000	11,1	426 300	11,1
Kommunal tjänst	203 000	9,9	248 500	12,4	588 000	37,9	879 200	47,8	791 000	21,9	1 127 700	29,3
Enskild tjänst	1 598 000	77,7	1 490 000	74,2	822 000	52,9	802 600	43,6	2 420 000	67,1	2 292 600	59,6
Summa	2 005 700	100,0	2 007 300	100,0	1 552 000	100,0	1 839 300	100,0	3 609 000	100,0	3 846 600	100,0

Tabell 5.2 Skäl till deltid i olika grupper av deltidsanställda kvinnor 16–64 år 1977 (procenttal). Källa: ULF 1977 (Arbetslivscentrums bearbetning)

Kvinnor	Svårt få heltid	Hushålls-arbete/ Barntill-syn	Hälso-skäl	Studier	Heltid lönar sig inte	Behöver ej heltids-inkomst	Annat skäl	1000-tal
16–24 år	21,7	34,8	4,3	29,0	5,8	13,0	11,6	72
25–34 år	7,5	82,2	4,2	4,7	13,6	18,3	15,6	216
35–44 år	7,5	79,2	5,8	1,2	13,8	21,3	14,5	174
45–54 år	8,3	53,5	18,2	1,8	14,1	31,2	26,2	174
55–64 år	6,0	29,3	28,4	0,0	16,5	34,3	33,6	135
Summa 16–64 år	8,7	61,5	12,0	4,6	13,6	24,2	20,5	771
därav								
gifta/samboende	7,2	67,9	10,6	1,7	13,6	25,2	21,0	649
ensamstående	17,5	26,9	19,2	20,2	13,4	18,5	17,8	122

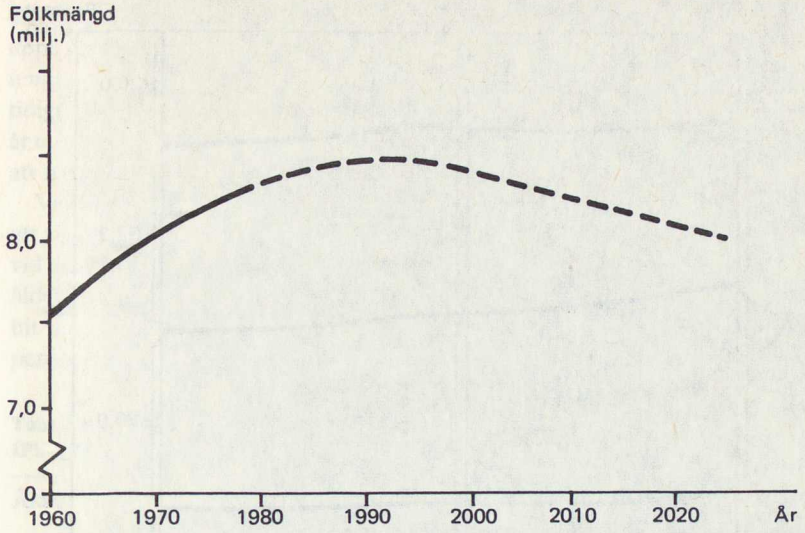
Tabell 5.3 Skäl till deltid bland deltidsanställda män 16–64 år 1977 (procenttal). Källa: ULF 1977 (Arbetslivscentrums bearbetning)

Män	Svårt få heltid	Hushålls-arbete/ Barntill-syn	Hälso-skäl	Studier	Heltid lönar sig inte	Behöver ej heltids-inkomst	Annat skäl	1000-tal i befolk-ningen
16–24 år	7,7	0,0	0,0	84,6	3,8	3,8	7,7	26
25–64 år	9,5	0,0	33,3	0,0	4,8	14,3	61,9	21
Alla								
16–64 år	12,9	4,3	14,5	39,1	5,6	12,7	34,3	70

5.2 Befolkningsstatistik

5.2.1 Befolkningsutvecklingen

Folkökningen kommer att bli mycket svag i Sverige under de närmaste åren. Befolkningen ökar från dagens 8,3 milj. till 8,4 milj. vid mitten av 1990-talet. Kring sekelskiftet inträffar en befolkningsminskning om dagens låga födelsetal håller i sig. För år 2025 pekar beräkningarna på en folkmängd på ca 8,1 milj. Redan under 1980-talet beräknas antalet avlidna överstiga antalet födda. Invandringen medför dock att folkmängden börjar minska först kring sekelskiftet.



Figur 5.2 Befolkningsutvecklingen till år 1980 och den fortsatta utvecklingen enligt SCB:s prognos från år 1980. Källa: Institutet för prognosfrågor (IPF) 1980:6.

Av tabell 5.4 framgår hur befolkningen fördelar sig efter kön och att kvinnornas andel av befolkningen ökat klart fr. o. m. år 1975 beroende på att *antalet äldre personer ökar markant* samtidigt som kvinnornas medellivslängd förväntas öka ytterligare något.

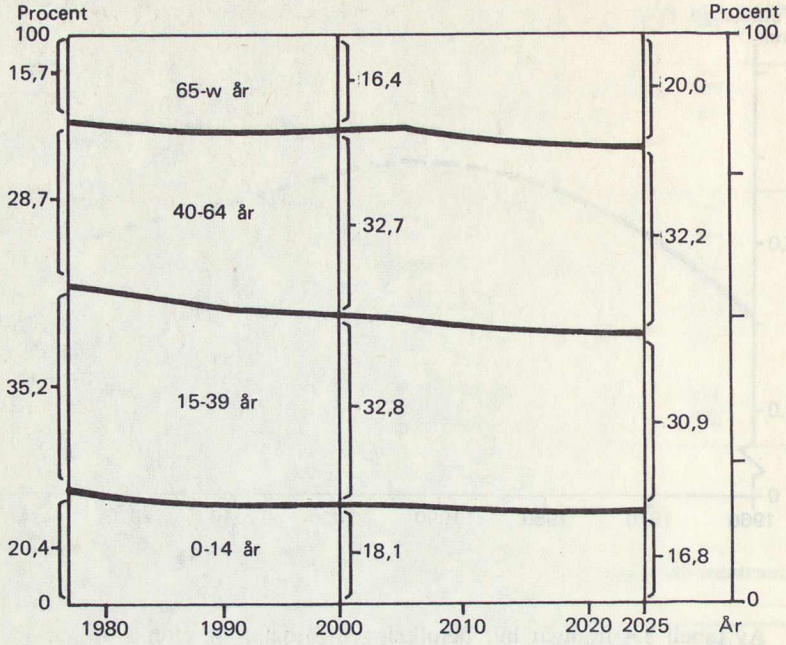
Tabell 5.4 Sveriges folkmängd vid slutet av åren 1960–1975 och prognos för åren 1980–2025 i tusental personer med fördelning på kön. Källa: IPF 1980:6

Ålder	År									
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2025
Män	3 740	3 882	4 036	4 081	4 119	4 138	4 142	4 142	4 133	(3 958)
Kvinnor	3 758	3 890	4 045	4 127	4 196	4 238	4 257	4 263	4 253	(4 106)
Totalt	7 498	7 773	8 081	8 208	8 315	8 375	8 399	8 405	8 386	(8 064)

5.2.2 Befolkningens åldersfördelning

Den svenska befolkningen kännetecknas av en *växande andel ålderspensionärer och en minskande andel barn.* Det är den minskande fruktsamheten och den stigande medellivslängden som ligger bakom denna utveckling.

Enligt SCB:s prognos fram till år 2000 förväntas åldersgruppen 40–64 år öka sin andel av befolkningen med 4 %. Mellan åren 2000 och 2025 beräknas åldersgruppen 65 år och äldre öka motsvarande andel med ca 3,5 %. De relativa förändringarna av åldersfördelningen framgår av nedanstående figur.



Figur 5.3 Den relativa befolkningsutvecklingen i olika åldersgrupper under åren 1977–2025. Källa: HS 90.

Förutom att befolkningsökningen stagnerar kännetecknas den framtida utvecklingen av att antalet äldre ökar. Av tabell 5.5 framgår bl. a. att antalet personer i åldern 16–64 år beräknas öka under 1980- och 1990-talen för att en bit in på 2000-talet börja minska och år 2025 beräknas antalet personer i åldern 16–64 år vara lägre än i dag.

Tabell 5.5 Antal personer i åldern 16–64 år under åren 1960–1975 och prognos för åren 1980–2025 i tusental. Källa: IPF 1980:6

Ålder	År									
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2025
16–24	930	1 120	1 102	992	1 008	1 067	1 045	959	897	(852)
25–54	3 030	2 980	3 089	3 180	3 230	3 312	3 453	3 550	3 490	(3 092)
55–64	856	941	987	985	978	915	831	840	1 005	(1 064)
16–64	4 816	5 040	5 178	5 157	5 216	5 294	5 329	5 349	5 392	(5 008)

5.2.3 Den äldre befolkningen

Den framtida utvecklingen rörande den äldre befolkningen kan medföra konsekvenser för samhället i fråga om behov av bl. a. sjukvård och omvårdnad. Med anledning härav finns det skäl att ge en relativt omfattande statistisk redovisning av den äldre befolkningen i olika avseenden.

Av nedanstående tabell 5.6 framgår att antalet personer i åldern 65 år och äldre har ökat mycket kraftigt under de senaste 20 åren. År 1960 fanns det

888 000 personer i åldern 65 och och äldre. Vid slutet av 1970-talet var antalet uppe i 1 360 000. Denna ökning av antalet personer i åldern 65 år eller äldre *kommer att fortsätta* även under 1980-talet, men den blir inte lika kraftig som tidigare. Medan antalet personer äldre än 65 år ökade med drygt 20 000 per år under 1960- och 1970-talen, kommer den årliga ökningen under 1980-talet att inskränka sig till omkring 10 000 per år.

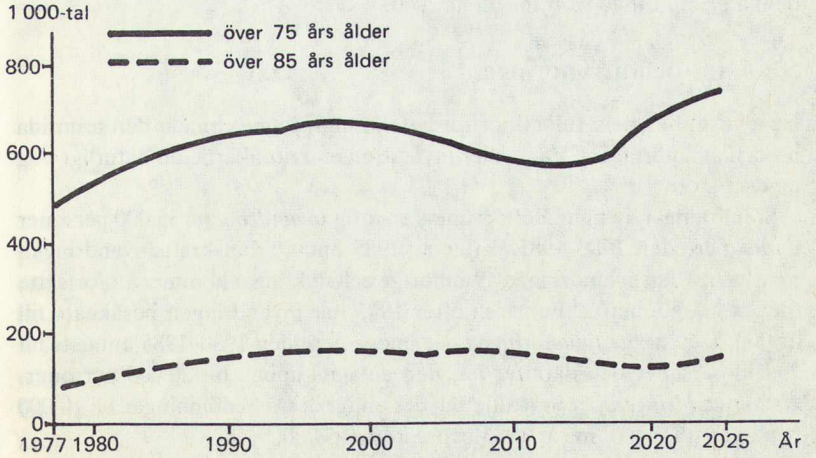
Vid början av 1990-talet kommer – som framgår av tabellen – utvecklingen att vända. Antalet personer i åldern 65 år och äldre börjar då minska för att vid sekelskiftet uppgå till 1 364 000, dvs. samma nivå som 1980. Antalet ålderspensionärer kommer därefter att ligga kvar på ungefär denna nivå en bit in på 2000-talet. Omkring år 2010, när 1940-talets stora barnkullar når pensionsåldern, kommer antalet ålderspensionärer åter att öka kraftigt.

Tabell 5.6 Antal personer i åldern 65 år och äldre åren 1960–1975 och prognos för åren 1980–2025 i tusental. Källa: IPF 1980:6

Ålder	År									
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2025
65–79	747	829	923	1 026	1 097	1 128	1 126	1 071	997	(1 218)
80–	141	164	190	225	263	303	342	360	367	(379)
65–	888	992	1 113	1 251	1 360	1 431	1 468	1 431	1 364	(1 597)

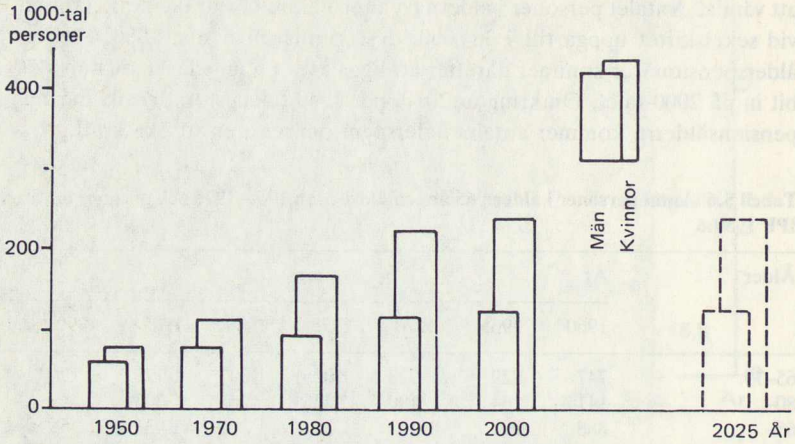
Medan antalet personer i åldern 65 år och äldre enligt tabellen ovan minskar i början av 1990-talet kommer antalet *personer över 75 år att öka fram till sekelskiftet* vilket framgår av figur 5.4. Efter en mindre nedgång under de första femton åren av 2000-talet sker enligt prognosen en mycket kraftig ökning fram till år 2025, då 1940-talskullarna når upp i denna åldersgrupp.

Det relativt sett allra *största ökningen inräffar i åldrarna över 85 år,* där vårdbehovet är mycket stort. Fram till sekelskiftet ökar, som framgår av figur 5.4, denna åldersgrupp med omkring 70 000 pesoner, vilket motsvarar en ökning med 80 %.



Figur 5.4 Antalet personer över 75 års och 85 års ålder åren 1977–2025. Källa: HS 90.

Som framgår av tabell 5.4 (sid. 37) kommer en *allt högre andel av befolkningen i åldern 65 år och äldre att vara kvinnor.* Medan det år 1960 fanns 84 män på 100 kvinnor i åldern 65 år och äldre beräknas det vid sekelskiftet finnas endast 70 män på 100 kvinnor. Överskottet på kvinnor är som framgår av figur 5.5 ännu mer markant i åldern 80 år och äldre. Vid sekelskiftet kommer två personer av tre vid dessa åldrar att vara kvinnor.



Figur 5.5 Antalet män resp. kvinnor i åldern 80 år och äldre. Källa: IPF 1980:6.

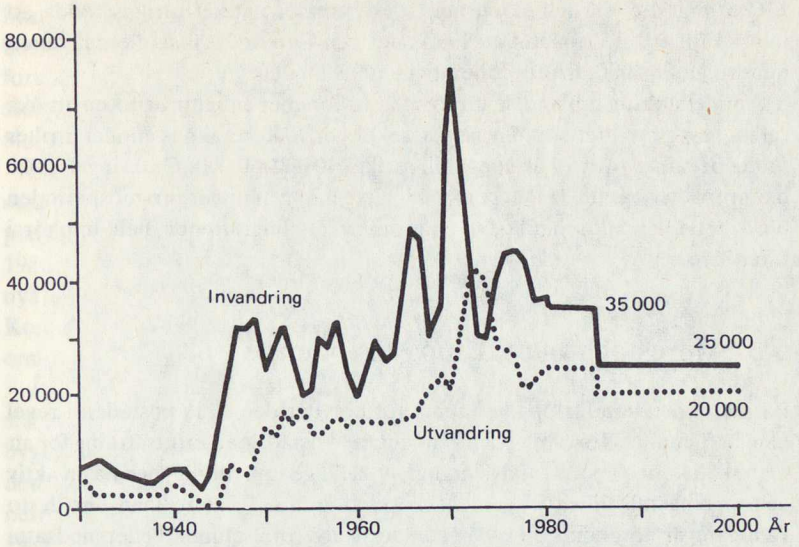
Enligt 1980 års folk- och bostadsräkning (FOB) var 22 % av samtliga män över 65 år *ensamboende,* medan motsvarande andel för kvinnorna var 47 %. I åldrarna över 75 år utgjorde ensamboendet 28 resp. 59 %. Utredningen "Pensionär 1975" (SOU 1977:98) visade att andelen ensamboende var större bland långvarigt sjuka och framför allt bland rörelsehandikappade än bland övriga.

Antalet *ensamstående* äldre kommer att öka kraftigt fram till sekelskiftet. Vid beräkning av vårdbehov kan det av olika skäl vara av intresse att skilja på gifta och ensamstående personer. Enligt beräkningarna ökar antalet ensamstående i åldern 65 och äldre med 65 000 fram till sekelskiftet. Ökningen är helt koncentrerad till åldrarna 80 år och äldre och uppgår för denna grupp till 40 % fram till år 2000.

5.2.4 In- och utvandringen

En mycket betydelsefull faktor för befolkningsprognoserna är den framtida in- och utvandringen. Vad gäller invandringen är osäkerheten naturligt nog mycket stor.

Som framgår av figur 5.6 förväntas en årlig *invandring* på 35 000 personer under perioden 1980–1985. Efter år 1985 antas arbetskraftsinvandringen minska, medan invandringen av anhöriga och flyktingar kommer att fortsätta liksom adoptionerna. För åren efter 1985 har invandringen beräknats till 25 000. Den årliga *utvandringen* har under perioden 1980–1985 antagits bli 25 000 personer och därefter har den antagits uppgå till 20 000 personer. *Nettoinvandringen* per år skulle således enligt dessa bedömningar bli 10 000 personer fram t. o. m. år 1985 och därefter 5 000.



Figur 5.6 In- och utvandringen till år 1980 och den fortsatta utvecklingen till år 2000. Källa: IPF 1980:6.

År 1978 uppgick alla utrikes födda i landet till ungefär 600 000. Av dessa var ca 45 % svenska medborgare. Antalet födda med minst en utomlands född förälder utgjorde ca 350 000. FOB för år 1975 visar att invandrarna generellt sett är yngre än hela befolkningen. Tabell 5.7 ger en bild av åldersfördelningen för olika invandrarkategorier.

Tabell 5.7 Relativ åldersfördelning för totalbefolkningen resp. för invandrare 1975-11-01. Källa: FOB 75

Ålder	Hela befolkningen %	Utländska medborgare %	Därav födda i Sverige %	Utrikes födda %	Därav svenska medborgare %
0–19	27	37	94	13	7
20–44	34	50	5	52	37
45–64	24	11	1	25	41
65–	15	2	1	8	15

5.2.5 Den utrikes födda befolkningens framtida utveckling

Statistiska centralbyrån gjorde år 1978 en beräkning av antalet utrikes födda personer fram till år 2025. I förutsättningarna ingår att nettoinvandringen (migrationen) av utrikes födda kommer att fortsätta under hela prognosperioden.

Enligt prognosen kommer *antalet utrikes födda att öka* från nulägets ca 600 000 till 700 000 omkring år 1985 och till 750 000 i början av 1990-talet. Omkring år 2010 nås ett maximum på ca 800 000 pesoner. Därefter kommer antalet utrikes födda personer inte att öka.

Om migrationen helt skulle upphöra kommer antalet utrikes födda att minska till 500 000 i slutet av 1990-talet och före år 2020 skulle det finnas mindre än 300 000 utrikes födda personer i landet.

Antalet åldringar bland de utrikes födda kommer enligt prognosen att öka relativt långsamt under innevarande sekel. År 2000 beräknas antalet utrikes födda personer över 75 år uppgå till mellan 40 000–50 000. Omkring år 2020 har gruppen ökat till 75 000 personer. Utvecklingen under prognosperioden blir obetydligt annorlunda om man antar att migrationen helt upphör i framtiden.

5.3 Äldres och handikappades boende

För äldre och handikappade människor betyder den egna bostaden i regel mer än för andra. En rymlig och välplanerad bostad är en förutsättning för att man skall kunna leva ett självständigt liv så länge som möjligt och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Ju äldre man blir desto vanligare är förekomsten av någon form av rörelsehinder eller nedsatta funktioner av annat slag. När så är fallet förbättrar en bra bostad möjligheterna att bo kvar hemma. Det blir också lättare för anhöriga och vårdpersonal att hjälpa till i hemmet.

Omkring *90 %* av ålderspensionärerna bor i dag i vanliga bostäder, med ungefär lika fördelning på småhus och flerfamiljshus. Ca *6 %* av ålderspensionärerna bor i servicehus med helinackordering (ålderdomshem) och ca *3 %* vistas på sjukhem eller långvårdssjukhus. Återstoden finns bl. a. inom den slutna psykiatriska sjukvården.

Av FOB för år 1970 framgår att 18 % av de äldre bodde i omoderna bostäder. De äldsta bodde allra sämst. De äldres bostadsförhållanden var speciellt dåliga på landsbygden, framför allt i glesbygd.

Enligt FOB för år 1980 har de äldres bostadsförhållanden förbättrats och endast *4 %* av dem bodde i omoderna bostäder. Förbättringarna har framför allt skett i storstadsområden och på större orter. Av nämnda folk- och bostadsräkning framgår även att trångboddhet förekommer i viss utsträckning. Totalt var 3 % av samtliga äldrehushåll trångbodda. Även denna andel var högre i glesbygd.

Satsningarna av bl. a. kommunerna på *ombyggnader* av äldre bostäder har alltså gett resultat under 1970-talet. Olika statliga stödåtgärder som bostadslån, räntebidrag, bostadsanpassningsbidrag och förbättringslån har även underlättat de äldres och handikappades kvarboende och medverkat till att kvalificerad vård och service kan ges i den egna bostaden.

Kommunerna har under senare år i allt större omfattning planerat och byggt *servicehus* för äldre. Syftet med dessa är att söka tillgodose de äldres krav på såväl oberoende som trygghet. Det har ansetts vara angeläget att kunna erbjuda olika boendealternativ. Målet att minska behovet av flyttningar från den invanda miljön förutsätter att man i kommunerna inte centraliserar serviceboendet utan att mindre grupper av servicebostäder eller mindre servicehus placeras i olika kommundelar där de äldre känner sig hemma och har sociala kontakter. Kommunerna bygger också fristående *dagcentraler,* som skall ge service till de äldre som bor i det ordinarie

bostadsbeståndet. I ökad utsträckning kompletteras de äldres vanliga bostäder med *trygghetslarm,* som ofta ansluts till dagcentraler. Det sker en fortsatt upprustning och anpassning av befintliga lägenheter och hus till äldres särskilda behov. År 1981 fanns ca 23 500 lägenheter i servicehus för äldre, fram t. o. m. år 1986 planeras ytterligare ca 12 200 lägenheter.

Enligt kommunernas planer förändras även antalet platser på *servicehus med helinackordering* (ålderdomshem). Medan det år 1975 fanns 59 890 platser, hade platsantalet år 1981 sjunkit till 57 320 och under åren fram till år 1986 fortsätter antalet platser att minska med ca 500 per år. Endast ett fåtal nya servicehus av detta slag planeras att byggas under denna tidsperiod. Kommunerna satsar i stället på avveckling av de äldre hemmen och en ombyggnad till servicehusstandard där så är möjligt.

År 1981 fanns ca 30 000 lägenheter i *pensionärshem* av varierande standard. En del av dessa lägenheter kommer att avvecklas, men många byggs om till modern standard. Antalet *integrerade pensionärslägenheter* i den befintliga bebyggelsen var vid samma tidpunkt ca 16 000. Av kommunernas planer framgår inte hur dessa kommer att utvecklas fram till år 1986.

Som tidigare framhållits är bostadens utformning och utrustning för människor med handikapp av avgörande betydelse för att underlätta ett självständigt boende. Många kommuner planerar för och bygger handikapplägenheter som skall kunna tillgodose behoven även för svårt handikappade personer. Många yngre svårt handikappade människor som i dag finns inom den somatiska långtidssjukvården kan genom tillgång till dessa lägenheter och en behovsanpassad service ges möjlighet till eget boende. Till och med år 1982 har ca 84 000 lägenheter *handikappanpassats* i varierande omfattning.

5.4 FN:s aktionsplan om äldrefrågor

Sommaren 1982 anordnade FN en världskonferens om äldre och åldrande. Avsikten med konferensen var att fästa internationell uppmärksamhet på och öka medvetenheten om den demografiska utvecklingen i världen som pekar mot ett allt större antal och en ökande andel äldre. Vid konferensen antogs en *världsaktionsplan om äldrefrågor* som spänner över de samhällssektorer som är av särskild betydelse för de äldre; hälsa och kost, bostäder och miljö, familjen, social service, ekonomisk trygghet och arbete samt utbildning. Under varje avsnitt formulerades ett antal rekommendationer. Av dessa berör bl. a. följande *rekommendationer* anhörigas och frivilligas insatser för de äldre.

- Målen för vården bör vara att möjliggöra för de äldre att leva ett självständigt liv i sin invanda miljö i stället för att i alltför hög grad satsa på den s. k. institutionsvården som ofta får passiviserande effekter.
- Mentala förvirringstillstånd kan ofta förebyggas eller förbättras av åtgärder som inte kräver institutionsvård, t. ex. hjälp och stöd till familjer och frivilliga förmedlad av yrkesutbildad personal.
- Omsorgsfull vård av de sjuka i livets slutskede jämte stöd till deras nära släktingar i samband med frånfället och den närmaste tiden därefter.

- Familjen och samhället är de ömsesidiga beroende grundstenarna i vårdsystemen och rollen för båda bör beaktas i den framtida utvecklingen.
- De som arbetar med äldre i hemmen eller på institutioner bör få grundläggande utbildning för sina uppgifter, innefattande betydelsen av delaktighet av de äldre själva och deras familjer.
- Där institutionsvård behövs, bör segregering som isolerar de äldre från samhällsgemenskapen undvikas genom att ytterligare främja deltagande av familjemedlemmar och frivilliga.
- Hemvården bör utvecklas så att den kan erbjuda hög kvalitet på den medicinska och sociala servicen så att äldre kan bli kvar i sin miljö och leva så oberoende som möjligt.
- Eftersom familjen är att betrakta som en grundsten i samhället bör ansträngningar göras för att stödja, skydda och förstärka familjen i överensstämmelse med varje samhälles kulturella system så att familjen svarar mot behoven hos dess åldrande medlemmar. Regeringarna bör utforma socialpolitiken så att den främjar bibehållandet av familjesolidariteten mellan generationerna med deltagande av familjens alla medlemmar. Rollen för och bidragen från frivilligorganisationer i syfte att stärka familjen bör tillvaratas på alla nivåer.
- Lämpligt stöd från en vidare krets – tillgängligt när och var det behövs – kan vara avgörande för viljan och förmågan hos familjen att fortsätta att ta hand om sina äldre släktingar. Planeringen och utformningen av service skall till fullo beakta behoven hos dessa vårdgivare.
- Regeringsorgan och frivilligorganisationer bör stödjas i att inrätta social service som hjälper hela familjen när det finns äldre i hemmet och att vidta åtgärder, särskilt för låginkomstfamiljer, som önskar behålla äldre i hemmet.
- Regeringarna bör eftersträva att minska eller eliminera existerande skatte- och andra hinder för informella och frivilliga aktiviteter samt eliminera eller mjuka upp regler som hindrar eller motverkar deltidsarbete, ömsesidig självhjälp och användandet av frivilliga tillsammans med anställd personal i det sociala serviceutbudet eller på institutioner för äldre.

Inom FN-organisationen är avsikten att arbetet med att omsätta aktionsplanen i praktisk handling skall utvärderas vart fjärde år. Resultatet skall presenteras för generalförsamlingen. I Sverige ligger ansvaret för uppföljningen av äldrekonferensen på den parlamentariskt sammansatta *äldreberedningen.* (S 1981:01)

6 Utvecklingen inom hälso- och sjukvården m. m.

6.1 Inledning

Ansvaret för hälso- och sjukvården samt för den sociala servicen åvilar landstingen resp. kommunerna. Det bygger på deras i grundlagen inskrivna självständiga ställning, men också på åligganden i särskild gällande lagstiftning, exempelvis hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Viktiga förutsättningar för huvudmännens planering skapas av statsmakternas beslut. Det gäller den allmänna ekonomiska utvecklingen, sysselsättnings- och regionalpolitiken samt inriktningen och dimensioneringen av utbildningsresurser. Stora delar av forskningspolitiken styrs också genom statliga beslut. Detta innebär att huvudmännens möjligheter att genomföra sina långsiktiga planer i viktiga avseenden beror på beslut som fattas centralt.

Statsmakterna har samtidigt begränsade förutsättningar att direkt påverka huvudmännens beslut om inriktning av vård och omvårdnad samt om den lokala fördelningen av resurserna. Den kommunala självstyrelsen med beskattningsrätten ger både kommuner och landsting en stor frihet och ett stort ansvar.

6.2 Utvecklingen de senaste decennierna

Den expansion av hälso- och sjukvården som ägde rum under 1960-talet och början av 1970-talet kom huvudsakligen den somatiska akutsjukvården till del. Det kan sägas ha varit en sjukhusbyggandets epok.

Ökade insikter om framför allt en växande obalans i hälso- och sjukvårdsutbudet och det allt mer minskande ekonomiska utrymmet har successivt inneburit att ändrade prioriteringar vuxit fram.

Staten och sjukvårdshuvudmännen har under större delen av 1970-talet varit eniga om att *prioritera primärvården, långtidssjukvården och psykiatrin,* bl. a. när det gäller byggnadsinvesteringar och läkartjänster. För kommunernas del har *barnomsorgen och äldreomsorgen* under flera år utgjort prioriterade områden.

I principprogram för Hälso- och sjukvård inför 80-talet benämnd HS 80, (Sos anser 1976:1) strukturerades hälso- och sjukvården i tre huvudområden. Tyngdpunkten lades vid primärvården. Även om utvecklingen på en rad områden har gått långsammare än de ursprungliga planerna har de

prioriteringar som HS 80 gav uttryck för fått starkt genomslag i sjukvårdshuvudmännens långsiktiga planering.

Det nya principprogram, som nu utarbetas under ledning av socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning i samarbete med landstingsförbundet och Spri för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000 (HS 90), kan ses som en vidareutveckling och konkretisering av de riktlinjer som HS 80 lade fast. Avsikten är att HS 90:s huvudstudier skall ge underlag dels för planeringen av hälso- och sjukvården lokalt, dels för den planering och samordning som kan ske på central nivå.

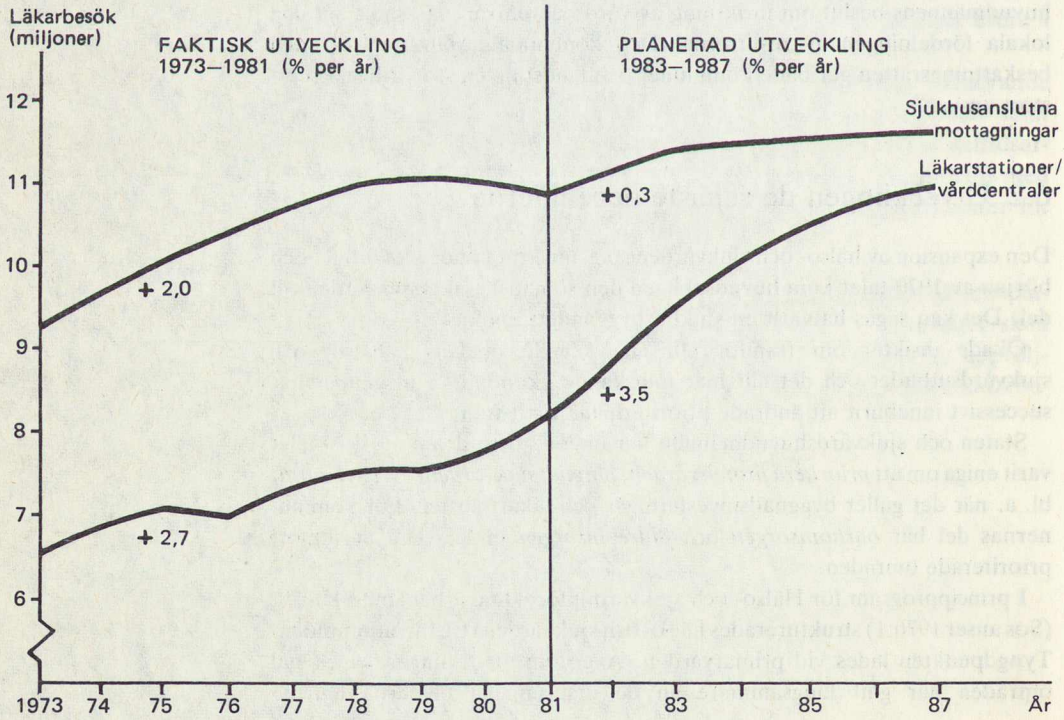
6.3 Landstingens och kommunernas långtidsplanering

Det finns få formellt fastlagda lagregler för planering av den kommunala verksamheten. Enligt kommunallagen skall en utgifts- och inkomststat för nästkommande år göras varje år. Årsbudgeten har varit och är fortfarande det kanske viktigaste styrinstrumentet för landsting och kommuner. Under första hälften av 1970-talet utvecklades den *femårsplanering* inom kommuner och landsting som nu ligger till grund för KELP-redovisningen. KELP-materialet har relativt hög tillförlitlighet när det gäller budgetåret och de närmaste 2–3 åren.

I det följande redovisas några för denna utredning relevanta utdrag ur landstingens och kommunernas ekonomiska långtidsplanering för perioden 1983–1987 (L-KELP) resp. 1983–1987 (KELP).

Figur 6.1 Antalet läkarbesök vid sjukhusanslutna mottagningar och vid läkarstationer/vårdcentraler 1973–1981 samt den planerade utvecklingen av dessa besök 1983–1987.

Källa: L-KELP 1983–1987



6.3.1 Utdrag ur landstingens långtidsplanering 1983–1987 (L-KELP)

Öppenvården

Av figuren på sid. 46 framgår att antalet *läkarbesök* beräknas öka mellan åren 1983–1987 från 21,0 till 22,5 milj., dvs. med 1,5 milj. besök. Omräknat till läkarbesök per innevånare och år innebär detta en ökning från 2,5 till 2,7. Det kan nämnas att inom privatläkarvården gjordes år 1981 ca 2,9 milj. läkarbesök.

Slutenvården

Den planerade utvecklingen av vårdplatser inom den slutna vården för åren 1983–1987 visar, enligt nedanstående figur, på en kraftig utbyggnad av platserna för långtidssjukvård, ett minskat platsantal för korttidsvård och framför allt en minskning av vårdplatserna för psykiatrisk vård. Ökningen av det totala vårdplatsantalet uppgår för perioden till i genomsnitt 1,1 % per år.

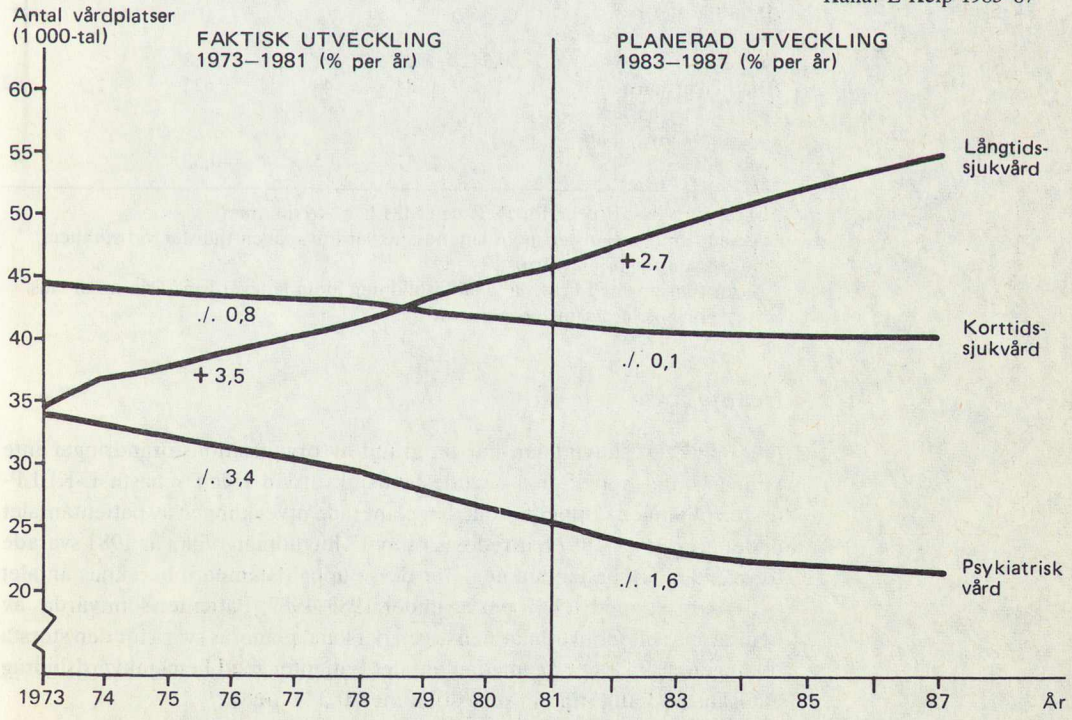
För *korttidsvården* beräknas vårdplatsantalet fortsätta att minska något och år 1987 uppgå till 40 756.

Inom det *psykiatriska* vårdområdet räknar sjukvårdshuvudmännen med att kunna minska platsantalet under perioden 1981–1987 från 25 843 till 21 757.

Den planerade nedskärningen av platser hänger bl. a. samman med

Figur 6.2 Antalet vårdplatser inom långtidssjukvård, korttidsvård och psykiatrisk vård 1973–1981 samt den planerade utvecklingen för dessa områden 1983–1987.

Källa: L-Kelp 1983–87



överföring av en viss del av de åldersdementa patienterna till långtidssjukvården.

Inom *långtidssjukvården* planeras en utbyggnad med 5 500 vårdplatser under åren 1983–1987. Det innebär en årlig procentuell ökning med 2,7 %.

Antalet vårdplatser per 1 000 invånare 70 år och äldre, dvs. vårdplatskvoten, ökar därvid från 51,7 till 55,9 ‰ under perioden 1983–1987.

Av tabellen nedan framgår de årliga förändringarna av antalet vårdplatser, läkarbesök och tjänster inom den sjukhusanslutna långtidssjukvården under perioden 1981–1987.

Tabell 6.1 Vårdplatser, läkarbesök och tjänster 1981–1987 inom sjukhusansluten långtidssjukvård, samtliga huvudmän. Källa: L-KELP 1983–1987

	1981 Bokslut	1983	1985	1987	Årlig proc förändr 1983–1987
Antal vårdplatser	45 714	49 491	52 482 (52 891)[a]	55 033 (55 789)[a]	+2,7 (+3,0)[a]
Antal vårdplatser per 1 000 inv. 70 år och äldre	48,7	51,7	53,8 (54,3)[a]	55,9 (56,7)[a]	
Antal läkarbesök (1 000-tal)	278	353	374	386	+2,3
Antal läkarbesök per inv. 70 år och äldre	0,30	0,37	0,38	0,39	
Antal tjänster, totalt[b]	47 143	49 362	52 317	54 906	+2,7
Antal tjänster per 1 000 inv. 70 år och äldre	50,2	51,5	53,7	55,8	
Antal läkartjänster[c]	. .	484	499	522	+1,9
Antal läkartjänster[c] per 1 000 inv. 70 år och äldre	. .	0,51	0,51	0,53	

[a] Totalsiffra då siffrorna för P, R och MM har skrivits fram.
[b] Avser samtliga tjänster inom långtidssjukvård dvs. även tjänster vid sjukhem inom ramen för primärvård.
[c] Avser tjänster med krav på vidareutbildning inom långvårdsmedicin inom läns- och regionsjukvård samt primärvård.

Hemsjukvård

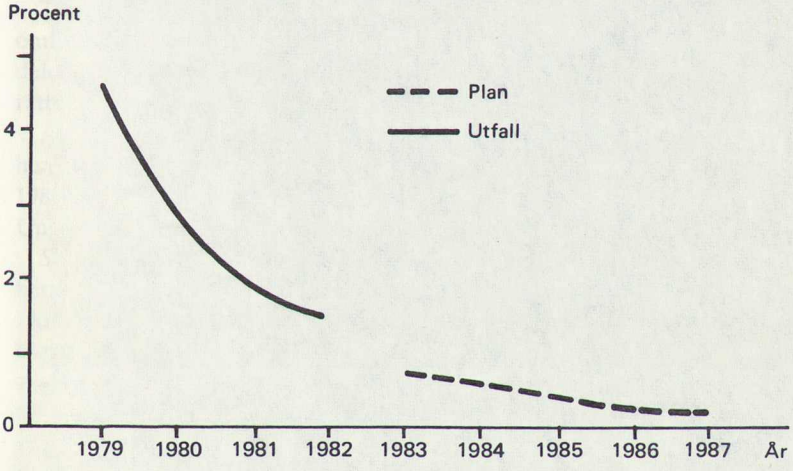
Flera sjukvårdshuvudmän har på grund av organisationsförändringar inte kunna lämna uppgifter avseende hemsjukvården i den senaste L-KELP-undersökningen. Uppgifter om den planerade utvecklingen av patientantalet under åren 1983–1987 har redovisats av 18 huvudmän, vilka år 1981 svarade för ca 75 % av patientantalet. För dessa uppgiftslämnare beräknas antalet patienter öka med 1,1 % per år under 1983–1987. Patienter som vårdas av hemsamarit eller huvudmannens egen personal planeras svara för den största ökningen, 1,9 % per år, medan antalet patienter med hemsjukvårdsbidrag eller anställd anhörig beräknas öka med 0,3 % per år.

Sjukvård i hemmet betraktas i dag i allt större utsträckning som *en del av primärvårdens samlade verksamhet.* Begreppet "hemsjukvårdspatienter" kommer därför på många håll inte att användas som underlag för statistiken.

6.3.2 Utdrag ur kommunalekonomisk långtidsplanering 1983–1987 (KELP)

En preliminär sammanställning av kommunernas flerårsplaner för perioden 1983–1987 visar att kommunerna planerar för en fortsatt låg utbyggnadstakt. Ökningstakten uppgår till ca 0,5 % såväl år 1984 som i genomsnitt per år under hela planeringsperioden. Som jämförelse kan nämnas att under 1970-talet översteg den genomsnittliga ökningstakten 4 % per år. Barn- och äldreomsorgen svarar tillsammans för ca 90 % av den sammanlagda ökningen.

Den kommunala konsumtionens volymökning vad gäller såväl planer som utfall framgår av figur 6.3.



Figur 6.3 Årlig volymförändring i procent åren 1979–1987.

Källa: KELP 1983–1987

7 Hemsjukvård och social hemtjänst

7.1 Kort historik

Hemsjukvård började bedrivas i organiserade former i slutet av 1940-talet. Den betraktades i början som ett provisorium föranlett av platsbrist inom den slutna långtidssjukvården och bestod av ekonomiskt bidrag till den långtidssjuke för de merkostnader som uppstod vid vården i hemmet. I början var det enbart *anhöriga* som vårdade den sjuke, men så småningom kom även hemsamariter att hjälpa till med vård och service.

Totala antalet patienter inom hemsjukvården har ökat år från år, men omfattningen varierar betydligt mellan sjukvårdshuvudmännen. Till största delen torde dessa skillnader bero på deras olika grunder vid bedömningen av rätt till bidrag och/eller hemsamarittimmar.

År 1961 utgav sjukvårdshuvudmännen hemsjukvårdsbidrag och/eller hemsamarittimmar till ca 6 000 patienter. Vid utgången av åren 1976 och 1980 var motsvarande siffror ca 37 000 resp. 41 200 (exkl. Värmland). Ungefär *hälften* av patienterna i dagens hemsjukvård vårdas av anhöriga.

Social hemtjänst som tillkom under 1950-talet var ursprungligen avsedd för barnfamiljer, men har framför allt under 1960- och 1970-talen, förändrats att i första hand omfatta hjälp till äldre och handikappade personer (90 %). I början gavs enbart hjälp i det egna hemmet med personlig omvårdnad, städning, matlagning, inköp m. m., men verksamheten har idag utvecklats till en organisation för hemtjänst som omfattar både individinriktade och kollektivt anordnade insatser. Hemtjänsten idag består av den *sociala hemhjälpen,* där kommunens anställda utför arbete i den enskildes hem, dels av andra verksamheter som finns i kommundelen/distriktet och som kan nyttjas kollektivt eller enskilt. Som exempel kan nämnas *matservice, fotvård, hårvård, gymnastik, bad, jour, trygghetslarm och telefonservice samt kontakt- och aktivitetsskapande insatser.* För sjukvårdande åtgärder svarar sjukvårdshuvudmannen, men det förekommer i viss utsträckning att hemhjälpspersonalen utför uppgifter av sjukvårdskaraktär.

År 1960 fick ca 55 000 personer social hemhjälp och motsvarande antal uppgick år 1981 till 346 543 personer. Genom socialtjänstlagens ikraftträdande har kommunerna ålagts att verka för att ge äldre människor stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. *Anhörigas* medverkan i den sociala hemtjänsten har förekommit under många år. Redan år 1967 gav socialstyrelsen ut en rekommendation där man framhöll att "anhörighjälpen

i största möjliga utsträckning borde tillvaratas och att anhöriga som anlitades som hemsamarit borde avlönas enligt samma normer som gällde för kommunens övriga samariter". Dessa rekommendationer gäller även idag. Medan det år 1977 fanns 13 266 anhöriga avlönade som hemsamariter har detta antal successivt minskat till 9 547 år 1981. Prognoserna visar på en fortsatt minskning.

7.2 Utrednings- och utvecklingsarbete

På central nivå har hemsjukvården behandlats eller berörts av ett flertal större utredningar och undersökningar. Grunden för ett ändrat synsätt på primärvården – vilket varit av stor betydelse även för hemsjukvården – lades i socialstyrelsens *Principprogram för öppenvård 1969.*

Inom socialstyrelsens SOSAM-projekt (social samverkan) har bl. a. samarbetsfrågor rörande hemsjukvården tagits upp. Samverkansparterna var många och utöver socialvård och hälso- och sjukvård deltog bl. a. försäkringskassa och arbetsförmedling. Projektet som pågick under åren 1972–1976 gällde samverkan inom tre huvudområden, nämligen planering, klientbehandling och information till allmänheten. Sammanfattande redovisningar av projektet finns i *Socialstyrelsen redovisar nr 1977:10 och 1978:11.*

Socialstyrelsen har i sitt äldreomsorgsprogram givit ut ett antal skrifter som belyser samverkan sjukvård i hemmet – social hemtjänst. Rapport nr 2, *Modeller för samverkan hemsjukvård – social hemhjälp i Gävleborgs län.* nr 3 *Modell för samverkan hemsjukvård – social hemtjänst i Linköpings kommun* samt nr 4 *Formaliserad samverkan social hemhjälp – sjukvård i hemmet.*

I *Pensionär 1975* (SOU 1977:98) ges en redovisning av bl. a. hemsjukvården i landet. Hemsjukvården bör – enligt utredningen – mera inriktas på förebyggande, sjukvårdande och rehabiliterande insatser. Dett kräver ökade personalresurser t. ex. läkare, distriktssköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

I socialdepartementets utredning *De äldre och hälso- och sjukvården* (Ds S 1978:1) anges den vårdpolitiska prioriteringen: nämligen i första hand satsning på långtidssjukvård och i andra hand öppenvård utanför sjukhus. Beträffande sjukvård i hemmet framhålls att denna vårdform i många fall kan vara ett realistiskt alternativ till sluten långtidssjukvård. Ett allmänt accepterat mål är enligt utredningen att ge sjuka, handikappade och äldre personer förbättrade möjligheter att stanna kvar i eller återvända till det egna boendet och där tillförsäkras social och medicinsk trygghet. För sjukvårdens del kan detta mål nås genom en utbyggd primärvård med vårdcentraler, lokala sjukhem och sjukvård i hemmet med ett vidgat medicinskt innehåll.

I socialstyrelsens vårdstrukturprogram *Hälso- och sjukvård inför 80-talet* (HS 80) är hemsjukvården en integrerad del av primärvården. Med primärvård avses, enligt HS 80, all individuell hälsovård och all sjukvård som lämpligen kan bedrivas utanför sjukhus och centralt sjukhem. Primärvårdsuppgifterna omfattar vid en sådan definition den övervägande delen av alla besök vid läkarmottagning, nästan all sjukvård i hemmet och huvuddelen av

all långtidssjukvård. Vidare är, enligt HS 80, en av primärvårdens viktigaste uppgifter beträffande åldringar och långvarigt sjuka att genom uppsökande verksamhet och uppföljande insatser se till att personer med begynnande åldersrelaterade handikapp eller långvariga sjukdomstillstånd får sådan medicinsk behandling och annat stöd att de så länge som möjligt kan bo kvar i sina hem. Detta innebär att även planerde hembesök av läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut m. fl. måste ingå i hemsjukvården. Enligt HS 80 är sjukvård i hemmet ur många synpunkter ett bättre alternativ än sjukhemsvården. Planmässig sjukvård i hemmet för både lång- och korttidssjuka ingår således som ett led i primärvårdens fullgörande av sitt ansvar för befolkningens hälsa. *Principprogrammet om hälso- och sjukvård inför 90-talet* (HS 90) kan, som tidigare nämnts, ses som en vidareutveckling och konkretisering av de riktlinjer som HS 80 lade fast.

Spri har under det senaste decenniet bl. a. arbetat med frågor som rör hemsjukvården. År 1974 publicerades en rapport med titeln *Hemsjukvård – Sjukhemsvård* som dels innehöll redovisning av en kartläggning av de dåvarande förhållandena, dels analyserade faktorer som påverkar hemsjukvårdens möjligheter i stort. Två år senare utkom rapporten *Hemsjukvård – idébeskrivning av framtida innehåll och form.* Den utgjorde resultatet av ett samarbete mellan Spri och landstingsförbundet.

Under åren 1976–1978 bedrev de båda kommunförbunden, socialstyrelsen och Spri ett gemensamt utredningsarbete som berörde primärvård och äldreomsorger. Det arbetet resulterade i sex rapporter, varav en med titeln *Sjukvård i hemmet – Social hemtjänst.*

De förslag eller de förändringar som presenterades i den rapporten hade som *huvudmål; "att bereda fler och sjukare människor möjlighet att stanna kvar i eller återvända till det egna hemmet."*

Som medel eller förutsättningar för att kunna nå det målet angavs bl. a. följande:

- skapa förutsättningar för ett för sjukvård och socialtjänst gemensamt ansvarstagande gentemot den enskilda individen genom att bl. a. samarbeta enligt någon av de i rapporten föreslagna tre organisationsmodellerna och tillämpa den föreslagna ansvarsfördelningen mellan huvudmännen (landsting och kommuner)
- förankra sjukvården i hemmet i primärvården
- utöka antalet sjukvårdsutbildad personal i primärvården
- öka stödet i olika former till de närstående/anhöriga.

De tre nämnda modellerna utgår från olika sätt att samverka och samarbeta på basnivån. Detta gäller främst i fråga om vårdbiträden/hemsamariter och undersköterskor. För samtliga modeller föreslås dessutom en samverkan i form av s. k. vårdplaneringsgrupper, i vilka representanter för såväl sjukvården som socialtjänsten regelbundet träffas för bedömning, planering och uppföljning av service och vård till enskilda patienter.

Kommunförbundet har år 1981 givit ut en skrift *Sjukvård i hemmet – Social hemtjänst* som belyser vissa ekonomiska aspekter på utvecklingen av sjukvård i hemmet och social hemtjänst. Det framhålls bl. a. att det från kommunalekonomisk synpunkt är motiverat med en ökad satsning på stöd till kvarboende i hemmet. De resurser som krävs för detta bör enligt skriften

kunna erhållas genom en något mindre satsning på utbyggnad av servicebostäder och sjukhem än som annars skulle krävas.

Kommunförbundet har även i en år 1982 utgiven skrift *Att kunna bo kvar* bl. a. redovisat olika sätt att anpassa äldre – och handikappomsorgen till kommunens områden och hur man kan utveckla arbetslag och annan hemtjänst. Samverkan med sjukvård i hemmet och annan primärvård tas också upp i skriften.

7.3 Dagens verksamhet med sjukvård i hemmet

Under de senaste åren har ett omfattande lokalt utrednings- och utvecklingsarbete bedrivits inom hemsjukvårdsområdet. Detta arbete pågår alltjämt hos flera sjukvårdshuvudmän, ofta i form av försöksverksamhet inom en begränsad del av landstingsområdet, t. ex. i några kommuner. Det var efter tillkomsten av den under avsnitt 7.2 omnämnda skriften *Sjukvård i hemmet – social hemtjänst* som arbetet med att förändra och utveckla sjukvården i hemmet startade på allvar. Flera sjukvårdshuvudmän har i dag – i samverkan med kommunerna – byggt upp en *primärvårdsanknuten* sjukvård i hemmet och därvid tagit fasta på den skriftens uttalade huvudmål; "dels att öka kvaliteten i sjukvården i hemmet så att flera och sjukare människor kan kvarstanna i eller återvända till det egna boendet, dels skapa förutsättningar för ett gemensamt ansvarstagande mellan huvudmännen gentemot den enskilde."

I praktiken har detta således kommit att innebära att huvudmännen utvecklat verksamheten med sjukvård i hemmet *på olika sätt och i olika takt.* Till följd härav är det svårt att beskriva denna på ett överskådligt sätt. Detta framgår av den uppföljningsstudie av sjukvården i hemmet som *Spri* nyligen gjort samt av den kompletterande undersökning som denna utredning själv ansett sig behöva göra. En översiktlig redovisning av Spris studie finns i följande avsnitt. Resultatet av anhörigvårdskommitténs undersökning redovisas i kapitel 9.

7.3.1 Spris uppföljningsstudie

Syftet med Spris uppföljningsstudie har varit att se i vad mån sjukvårdshuvudmännen anammat de idéer som presenterades i rapporten *Sjukvård i hemmet – Social hemtjänst* och i vilken omfattning en utveckling och utbyggnad kommit till stånd. Samtliga sjukvårdshuvudmän har besökts och summariska beskrivningar av sjukvården i hemmet i resp. län/ kommun har utarbetats. Dessa finns tillgängliga i Spris utredningsbank. Den sammanfattande rapport som kommer att publiceras under hösten 1983 speglar i stort utvecklingsläget våren 1983.

I uppföljningsstudien konstateras att sjukvården i hemmet för närvarande är inne i en *intensiv utvecklingsperiod.* Vissa sjukvårdshuvudmän har gjort stora satsningar inom detta område, medan andra är mer försiktiga. På de håll där det ännu inte sker så mycket pågår i alla fall arbetet med att bestämma hur sjukvården i hemmet skall utformas i framtiden, bl. a. med hjälp av försöksverksamheter. Samtliga sjukvårdshuvudmän tycks emeller-

tid acceptera de idéer som presenterades i nämnda rapport. Ett tiotal av dessa har bedrivit eller påbörjat ett omfattande utvecklings- och utbyggnadsarbete. Fem har nyligen inlett ett sådant arbete, medan resten påbörjat ett förändringsarbete i mindre skala.

När det gäller frågan om samverkan mellan sjukvård och socialtjänst kan bl. a. framhållas att i 11 län är båda parter ense om att åtminstone på sikt tillämpa den föreslagna ansvarsfördelningsprincipen, även kallad kompetensprincipen. De tre landstingsfria kommunerna (Göteborg, Malmö och Gotland) har i stort sett alltid tillämpat den ansvarsfördelningen. Avtal eller principöverenskommelser mellan landsting och kommuner tillämpas f. n. i 10 län och är inom det närmaste klara för tillämpning i ytterligare tre län. I övriga län pågår diskussioner eller utredningar som avses resultera i kommande avtal. Dessa reglerar de ekonomiska transaktionerna och flertalet avtal innehåller också riktlinjer för hur samverkan skall ske.

Formaliserad samverkan på lokal nivå har framför allt utvecklats i de s. k. *vårdplaneringsgrupperna.* Sådana grupper finns i funktion inom samtliga län antingen permanent eller ingående i försöksverksamhet. Våren 1983 fanns ca 350 sådana grupper i funktion över hela landet. Samverkan på basnivå har utvecklats främst i form av den tredje modellen som beskrivs i rapporten *Sjukvård i hemmet – Social hemtjänst.*

Nästan samtliga sjukvårdshuvudmän har gjort uttalanden om att sjukvården i hemmet skall vara *förankrad i primärvården.* I 10 av länen har man helt genomfört detta och i de övriga pågår detta utvecklingsarbete. Primärvårdsanknytningen innebär bl. a. att besluten om insatser i hemmen har decentraliserats och att ansvaret för dessa åvilar främst distriktsläkare och distriktssköterskor. Det finns dock för närvarande 19 s. k. sjukhusanslutna hemsjukvårdsverksamheter, men några beslut på ytterligare sådana finns inte, snarare verkar utvecklingen gå åt andra hållet, dvs. man *överför resurserna till primärvården.* Under de senaste 5 åren har det inrättats minst 1 800 nya tjänster för hemsjukvårdens räkning, flertalet av dessa utgörs av undersköterskетjänster knutna till primärvården. Enligt planerna kommer ytterligare mellan 1 000–2 000 sådana tjänster att inrättas under de närmaste 5 åren. En del av dessa nya resurser har använts för att möjliggöra både planerade och akuta insatser under nätterna, vanligen genom tillskapandet av s. k. *nattpatruller.* För närvarande finns mer än 60 sådana primärvårdsbaserade patruller och 14 patruller som är knutna till något sjukhus.

Effekterna av utbyggnaden av sjukvården i hemmet synes dock i dagsläget vara något svåra att utläsa beroende dels på att utvecklingen trots allt inte pågått så länge att alltför snabba resultat inte kan förväntas i det här sammanhanget, dels på att det är svårt att skilja ut just effekterna av utbyggnaden av sjukvården i hemmet. Utveckling och utbyggnad av denna vårdform sker på många håll som ett led i ett större förändringsarbete inom äldreomsorgerna i stort, men trots detta kan några resultat framhållas. Allt talar för att *det är fler människor som i dag bereds möjlighet att stanna kvar i eller återvända till det egna hemmet,* trots ganska omfattande behov av vård och service. Skattningar av antalet patienter som skulle ha behövt plats inom sluten vård om inte de nya hemsjukvårdsresurserna funnits, har gjorts inom några områden. Dessa visar att det rör sig om ett stort antal patienter om man relaterar dem till invånarantalet i de aktuella områdena.

Antalet patienter som har möjlighet att stanna kvar och också få dö i hemmet har ökat väsentligt. *Köerna till långtidssjukvården och till kommunernas serviceboende* har krympt väsentligt eller helt försvunnit på de håll där den "nya" sjukvården i hemmet genomförts. Det har rapporterats om *lediga platser* såväl på sjukhem som inom serviceboendet. Trycket på medicinklinikerna har lättat på olika sätt. Utbyggnadsplanerna, främst när det gäller långtidssjukvården, revideras också och det räknas med något *lägre utbyggnadstakt* än som tidigare planerats. Delar av Spris rapport över uppföljningsstudien finns intagen som *bilaga 2*.

I vilken omfattning utvecklingen bedrivits när det gäller stöd i olika former till anhörigvårdarna framgår av kapitel 8.

7.4 Den framtida verksamheten med sjukvård i hemmet

Det råder numera en bred politisk enighet om att primärvården är en av grundstenarna i hälso- och sjukvården. Inom varje primärvårdsområde tar huvudmännen ett gemensamt ansvar för befolkningen. Under senare år har en *bättre samordning* av huvudmännens olika insatser kommit till stånd bl. a. genom att ansvarsfördelningen mellan dem klarare preciserats. Detta bör på sikt kunna ge goda förutsättningar för en ökad satsning på sjukvård i hemmet, i synnerhet som det också finns en klar målsättning att ge verksamheten med sjukvård i hemmet ett ökat medicinskt innehåll så att fler och sjukare människor verkligen kan kvarstanna i eller återvända till det egna boendet. Redan i dag är vård i hemmet för sjuka och handikappade barn och ungdomar en realitet. Även för många äldre, sjuka och handikappade framstår denna vårdmöjlighet som ett *önskvärt alternativ*. Det blir också allt fler som vill och ges möjlighet att tillbringa sin sista levnadstid i hemmet.

En fortsatt utbyggnad av primärvården och den sociala hemtjänsten har dessutom ansetts vara nödvändig med hänsyn till den stora ökningen under de närmaste decennierna av antalet äldre personer framför allt i de högsta åldrarna och därmed sammanhängande behov av större sjukvårds- och omvårdnadsinsatser.

Sjukvård i hemmet har hittills i huvudsak varit avsedd för *långtidssjuka*, vilka är i behov av vård, medicinsk behandling och rehabilitering och som accepterar och kan tillgodogöra sig vården i eget eller annans hem. Genom primärvårdens utbyggnad och utvecklingen av olika samverkansformer för sjukvård i hemmet och social hemtjänst skapas även förutsättningar för att också *korttidssjuka* skall kunna ges sjukvård i hemmet. Flera sjukvårdshuvudmän har planer för en sådan utveckling.

En faktor av stor betydelse för den framtida omfattningen och utvecklingen av verksamheten med sjukvård i hemmet är de *anhörigas vilja och praktiska möjligheter* att engagera sig för de sjuka. Samhället har dock stora möjligheter att – som senare kommer att redovisas – skapa bättre förutsättningar för många människor att vårda en anhörig i hemmet. Anhörigvårdarnas situation kommer att närmare belysas i nästa kapitel.

7.5 Den framtida sociala hemtjänsten

Den sociala hemtjänsten befinner sig f. n. i ett utvecklingsskede. Den skall inte bara tillfredsställa materiella behov utan också medverka till att den enskilde behåller sin intellektuella, emotionella och fysiska förmåga. Hemtjänsten har blivit ett samlat begrepp för *skilda former av service och stöd* som ges till enskilda människor, vilka bor i det vanliga bostadsbeståndet. Syftet med dessa samlade tjänster är att ytterligare öka möjligheterna till ett normalt liv i ordinärt boende även för den som har rätt stora behov av social och medicinsk vård samt service.

Under år 1981 fick 346 543 personer social hemhjälp med sammanlagt 50,7 milj. timmar. Antalet hjälpta personer minskade något jämfört med 1980, medan antalet timmar per person ökade. Detta tyder dels på en mer restriktiv behovsbedömning, dels på en inriktning av hjälpen till personer med större servicebehov. Variationerna är dock stora mellan kommunerna. Den sociala hemhjälpen ställs i framtiden inför ökade krav från olika grupper.

Kommunernas planer för de äldres boende visar på *en ökande satsning på ordinärt boende* och en fortsatt utbyggnad av servicebostäder, medan antalet platser i servicehus med helinackordering (ålderdomshem) fortsätter att minska. Förändringarna inom den psykiatriska vården med ökad utskrivning av patienter från sluten till öppen vård medför ett ökat behov av social hemhjälp som komplement till primärvårdens insatser. Möjligheterna till eget boende för yngre gravt handikappade uppmärksammas i takt med kommunernas utbyggnad av servicelägenheter och ställer givetvis krav på den sociala hemtjänsten, framför allt hemhjälpen. Slutligen kan nämnas den fortsatta utbyggnaden av verksamheten med sjukvården i hemmet som i framtiden skall omfatta vård och service till såväl fler som sjukare patienter.

För att kunna möta alla dessa krav på hemtjänsten satsar kommunerna på olika åtgärder för att förbättra den nuvarande hemtjänstorganisationen och få till stånd ett effektivt utnyttjande av befintliga resurser. Anställningsförhållandena för personalen förbättras genom en minskning av antalet timanställda och ökat antal hel- och deltidsanställda. Utbildningsmöjligheterna förbättras, främst genom gymnasieskolans sociala servicelinje och högskolans sociala omsorgslinje. Många kommuner satsar även på fortbildning för hemhjälpspersonalen. Allt fler kommuner organiserar sin hemhjälpspersonal i arbetsgrupper, med ansvar för de personer som behöver hemhjälp inom ett avgränsat geografiskt område, ofta samordnat med primärvårdens områdesindelning och i samarbete med hemsjukvården. En ökad satsning på personal för arbetsledning, behovsbedömning och uppföljning är även märkbar.

Den sociala hemhjälpen förväntas också under den närmaste framtiden utföra vissa arbetsuppgifter av sjukvårdskaraktär vilka ersätts av landstingen genom *s. k. tjänsteköp,* dock förväntas antalet köpta timmar minska successivt. Av sjukvårdshuvudmännens planer framgår att två utvecklingslinjer är märkbara vad gäller tjänsteköpen från kommunerna. Det finns de som planerar en successiv avveckling av dessa köpta timmar och därför bygger ut sin sjukvård i hemmet med sjukvårdsutbildad personal knuten till primärvården, medan andra fortsätter med tjänsteköpen.

Enskilda människors medverkan i den sociala omsorgen om äldre och handikappade är omfattande och merparten av detta arbete är fortfarande *frivilligt och oavlönat.* I många kommuner kan dock dessa få anställning som vårdbiträde i öppen vård (hemsamarit). Av SCB:s statistik framgår att antalet kommunalt anställda anhörigvårdare successivt minskat under senare år trots att antalet personer med social hemjälp ökat under samma tidsperiod.

8 Anhöriga inom hemsjukvården

8.1 Kort historik

Historiskt sett har omsorgen om gamla och sjuka varit en del av kvinnans arbete. Detta har utförts i hemmet eller genom frivilliga insatser och olika hjälporganisationer. Först i slutet av 1940-talet trädde samhället in med stöd och hjälp i olika organiserade former. I början var det enbart *anhöriga* som vårdade den sjuka. I och med den sociala hemtjänstens utbyggnad, vilken skedde i synnerhet under 1960-talet när statsbidrag infördes, började vårdbiträden i öppen vård (hemsamariter) att medverka i sjukvården och omvårdnaden i hemmet. År 1961 utgav sjukvårdshuvudmännen ekonomiskt stöd, mest i form av hemsjukvårdsbidrag, till ca 6 000 patienter inom hemsjukvården. Andelen anhörigvårdade patienter har successivt minskat, framför allt under 1970-talet och av dagens ca 45 000 patienter inom hemsjukvården vårdas ungefär hälften av anhöriga/närstående.

Tidigare var vården av anhöriga mer eller mindre en självklarhet då boendeformerna medgav naturligt stöd och hjälp under livet. Flera generationer bodde i närheten av varandra och vården och omsorgen om barn, äldre och sjuka var en del av det dagliga arbetet. Nu har både boendeformer och arbetslivet förändrats. Denna vård har därmed till viss del ändrat karaktär och innehåll och är inte en självklarhet på samma sätt som tidigare. Ofta är stora *geografiska avstånd* det avgörande hindret för anhörigvård. Svårigheter att få *ledigt från förvärvsarbetet* härför och i vissa fall en alltför dålig *ekonomisk kompensation* för vårdarbetet innebär att många i dag inte har möjlighet att vårda en anhörig.

8.2 Attityder till att vårda anhöriga

År 1981 genomförde *statistiska centralbyrån på uppdrag av landstingsförbundet och Spri* en undersökning av svenska folkets erfarenheter och inställning till hälso- och sjukvården benämnd "Hälso- och sjukvården i en begränsad ekonomi". Undersökningen omfattade 1 200 personer i åldern 18–74 år bosatta i Sverige. En av de 31 frågor som ställdes till dessa kom att beröra människors benägenhet att vårda sina föräldrar i hemmet om de skulle bli långvarigt sjuka. Frågan delades upp på 4 delfrågor. Dessa kommer att redovisas i det följande jämte en kortfattad sammanfattning av hur svaren fördelade sig. Svaren har bearbetats med avseende på de intervjuade

personernas ålder, kön och storleken på deras boendeort och har redovisats i relativa tal.

Det bör framhållas att frågor av denna karaktär är både starkt känsloladdade och rör en tänkt framtida situation, varför viss försiktighet kan vara befogad vid tolkningen av resultaten. Inte desto mindre kan konstateras att svaren avspeglar en stark vilja att ställa upp för sin närmste anhöriga.

Delfråga A: Om Er mor/far, mor eller far/ skulle bli långvarigt sjuk, men kunna vårdas i hemmet, skulle Ni kunna hjälpa henne/honom/henne eller honom/ åtminstone någon timme varje vecka?

Av svaren att döma skulle närmare tre fjärdedelar av de tillfrågade vara positiva till att ställa upp och hjälpa sina föräldrar i hemmet om dessa blev långvarigt sjuka. De flesta som svarade negativt på frågan uppgav – enligt uppgift från SCB – att föräldrarna bodde på för långt avstånd från dem. Mycket positiva var personerna i åldersgruppen 18–44 år, kvinnor i något större utsträckning än män. De allra mest positiva var de personer i den yngre åldersgruppen, vilka bodde i glesbygd eller på de minsta tätorterna.

Delfråga B: Om Ni fick ersättning med ca 30 kr. i timmen tror Ni att Ni skulle ha möjlighet att hjälpa Er mor/far, mor eller far/ minst 2 timmar varje vardag eller varje lördag och söndag.

Benägenheten att hjälpa till föreföll vara störst i den yngre åldersgruppen. Boendeortens storlek verkade inte spela någon avgörande roll för denna åldersgrupp. För den äldsta åldersgruppen föreföll dock benägenheten att hjälpa till avta med boendeortens storlek.

Delfråga C: Vilka tider tror Ni att Ni skulle kunna hjälpa? Varje dag på dagtid? Varje vardagskväll? Varje lördag och söndag?

Alt. 1 Varje vardag utom lördag på dagtid (07.00–18.00)

Alt. 2 Varje vardagskväll utom lördag efter 18.00

Alt. 3 Varje lördag och söndag

Enligt svaren skulle möjligheterna att hjälpa till vara allra störst på lördagar och söndagar. På vardagar under dagtid syntes kvinnor – särskilt de i den äldre åldersgruppen – ha avsevärt större möjligheter än män att ställa upp. Boendeortens storlek verkade inte spela någon avgörande roll i sammanhanget.

Delfråga D: Om Ni kunde välja mellan att själv vårda Er mor/far, mor eller far/ eller att vården sköttes av det allmänna, vilket skulle Ni föredra?

Föräldrarnas hälsotillstånd förutsattes vid intervjuen vara sådant att vården kunde ske i hemmet.

Alt. 1 Föredrar att själva vårda mor/far

Alt. 2 Föredrar att det allmänna sköter vården

Alt. 3 Föredrar att vården delas med det allmänna

Alt. 4 Det beror på, kan inte svara

Av svaren att döma skulle närmare hälften av de tillfrågade föredra att själv vårda en sjuk förälder och drygt var fjärde önskade att vården delades med det allmänna. Kvinnorna uppgav sig totalt sett vara något mer benägna än männen att själva vårda eller att dela vården med det allmänna. Boendeortens storlek syntes inte påverka attityderna i någon speciell riktning. Stora fluktuationer i attityderna förelåg i den äldsta åldersgruppen med avseende på såväl kön som boendeortens storlek.

År 1983 genomförde *statistiska centralbyrån* på uppdrag av landstingsför-

bundet en liknande undersökning. En av frågorna berörde människors benägenhet att vårda en nära anhörig i hemmet. Frågan var något annorlunda formulerad i denna undersökning och löd: *"Skulle Ni i dag ha möjlighet att hjälpa till med att vårda en nära anhörig i hemmet någon eller några timmar varje dag, förutsatt att Ni bor på samma ort?"* Av svaren framgick att ca 60 % av de intervjuade var positiva till att hjälpa till, de flesta mer än 2 timmar per dag. Kvinnorna uppgav sig ha större möjlighet att ställa upp än männen. Det framkom också att yngre personer hade större möjligheter än äldre att hjälpa till med att vårda en anhörig i hemmet. Dessutom framgick att offentligt anställda hade större möjlighet än andra anställda att hjälpa till med denna vård.

8.3 Undersökningar om anhörigvårdarnas situation

Under de senaste åren har anhörigvårdarnas situation uppmärksammats i några undersökningar. Sammanfattningsvis visar dessa att det finns ett stort antal människor som både är beredda att utföra och som har utfört tillsyn, omvårdnad och insatser av sjukvårdskaraktär. Många av anhörigvårdarna upplever påtagliga nackdelar i sin situation i form av isolering och bundenhet vid patienten samt störningar i nattsömnen. Behovet av stöd och hjälp i olika former uppges vara stort och *avlösning eller avlastning* för både kortare och längre perioder tillhör det mest angelägna. Vissa brister i informationen om patienten och i fråga om utbildning för arbetet som anhörigvårdare framkommer också. *Ersättningen* för vården anses av många vara alltför låg mot bakgrund av att patienten i allmänhet behöver mer hjälp och omvårdnad än det antal timmar som ersättningen är baserad på. Många anhörigvårdare har också påtalat svårigheten att få *tjänstledighet* från förvärvsarbetet. Trots de olika problem som anhörigvårdaren kan uppleva i sin vårdsituation framkommer att det positiva med anhörigvård nästan alltid överväger.

Resultaten av Spris uppföljningsstudie av sjukvård i hemmet, vilka redovisats i kap. 7, omfattar även i viss utsträckning anhörigvårdarnas situation (*bilaga* 2). Spri genomför för närvarande en studie av bl. a. anhörigvårdarnas situation i Skövde – Töreboda primärvårdsområden. I det följande redovisas några preliminära delresultat av undersökningen.

8.3.1 Pågående studie av anhörigvård i Skövde och Töreboda

I början av år 1983 genomfördes på uppdrag av primärvårdsnämnderna en kombinerad intervju- och enkätundersökning som omfattade 85 patienter och 60 anhörigvårdare till dessa i den pågående verksamheten med omvårdnad i hemmet, inom Skövde och Töreboda primärvårdsområden. Syftet med studien är bl. a. att undersöka patienters och anhörigvårdares behov, förväntningar och önskemål om förändringar av den befintliga omvårdnaden i hemmet. Med hänsyn till undersökningsresultaten skall förslag till åtgärder för utvecklingen av verksamheten med omvårdnad i hemmet utarbetas.

Urvalet av patienter skedde enligt följande definition: "Patienter med kontinuerlig omvårdnad i hemmet och där omvårdnaden är avsedd att hålla

på under en längre period". De anhörigvårdare som intervjuades är i första hand de som haft en aktiv del i omvårdnaden i hemmet och i andra hand anhöriga som stått patienten nära. Även personal från landsting och kommun, som är verksamma inom omvårdnaden i hemmet besvarade en enkät.

Kommittén har fått tillgång till en *preliminär* sammanställning av svaren på några av de frågor anhörigvårdarna besvarat i anslutning till att de intervjuats.

Av intervjuerna framgår att *90 %* av anhörigvårdarna har ett släktförhållande till patienterna, att *55 %* av anhörigvårdarna är kvinnor och att 60 % bor tillsammans. Ca hälften av anhörigvårdarna är över *60* år.

Drygt *40 %* av anhörigvårdarna säger sig utöva ständig tillsyn dygnet runt och 60 % av dem uppger sig vårda patienten mer än 15 tim/dygn.

Hälften av dem får sällan eller aldrig någon avlösning när det gäller att ta hand om patienten och en lika stor andel anser att det vore bra med en avlösare genom hemvården.

Ca 65 % av anhörigvårdarna uppger att de aldrig känt sig ensamma och isolerade på grund av sin hjälpinsats. Drygt 75 % av anhörigvårdarna uppger att de inte fått någon information eller utbildning för att ta hand om patienten, men endast ca 10 % skulle vilja ha mer utbildning för vården.

Om anhörigvårdarna själva fick välja var patienten skulle vårdas uppgav ca *90 %* att man valde nuvarande situation, dvs. att omvårdnaden sker i hemmet.

Beträffande den ekonomiska situationen framgår att 40 % av anhörigvården har hemvårdsbidrag och 80 % av dessa uppger att det inte alls är ekonomiskt betungande att vårda patienten. Ca 65 % av anhörigvårdarna anser sig få tillräcklig ekonomisk ersättning för den insats som de utför, och en lika stor andel anser sig i hög grad får det stöd de behöver från hemvården och 90 % av dem har dessutom någon vän som de kan diskutera sina problem i fråga om patienten med.

Initiativet till att patienten vårdas hemma har i drygt 50 % av fallen tagits av den anhörige, patienten, eller av dem tillsammans och ca 95 % av anhörigvårdarna anser att patienterna uppskattar den insats som de gör.

Avslutningsvis har intervjuaren försökt göra en bedömning av om patienterna skulle kunna vårdas i hemmet om inte anhörigvårdaren gjorde sin insats. Denne ansåg att i *55 %* av fallen var detta inte möjligt.

8.4 Motiv för anhörigvård

Det finns flera skäl till att människor tar på sig uppgiften att vara anhörigvårdare. Ofta är det fråga om en kombination av flera skäl som är avgörande. Motiven kan också skifta över tiden. Det känslomässiga engagemanget har dock sannolikt en avgörande betydelse i de flesta fall.

Sekretariatet för framtidsstudier har i en delrapport "Omsorg oss emellan – omsorg i informella relationer förr och i framtiden" redovisat olika *motiv* för inbördes stöd, vilka torde kunna vara tillämpliga även vid anhörigvård.

Motiven kan vara följande

tvång	människor tar hand om varandra därför att de inte har något alternativ. Bostadsbrist, försörjningssvårigheter, enklare produktionssätt medför dylikt tvång.
materiella drivkrafter	ersättning för hemvård av sjuka och gamla, fosterbarnsersättning, övervakararvode, ersättning till blodgivare m. m.
involvering (grupptryck)	"du kan väl inte låta mormor sitta ensam . . ."
identifikation (empati, igenkännande)	"vem som helst – även jag – kan råka illa ut", "när jag själv blir gammal skulle jag inte vilja att . . . "
moraliska motiv	regler vi lärt in mycket tidigt i livet, kanske en "kinesisk" syn på de gamlas värde, "den som är ung och stark lämnar sin plats åt den som bättre behöver den"
ideologiska motiv	officiellt tillhandahållna motiv, inlärda i vuxenlivet. "Bli blodgivare".
inneboende drivkrafter	"det skapar mening i mitt liv att ta hand om mina medmänniskor", självförverkligande, "det känns bra att vara med X"
religiösa motiv	"tag vara på din broder".

8.5 Begreppet anhörig

Begreppet anhörig definieras i dag på olika sätt. I regel sker det genom att man klargör ett visst – ofta nära – *släktskapsförhållande* mellan två personer. I andra sammanhang kan dock begreppet anses inrymma även *närstående* personer utan något släktskap. I det följande redovisas några olika "anhörigbegrepp".

Utredningen rörande vissa frågor betr. sjukvård i livets slutskede definierade i sitt förslag till "lag om ersättning åt anhöriga för vård av sjuka i livets slutskede" i betänkandet *I livets slutskede* (SOU 1979:59) begreppet anhörig till den sjuke på följande sätt:

1. den med vilken den sjuke endera är eller har varit gift eller lever tillsammans med under äktenskapsliknande förhållanden
2. förälder. Med förälder likställs den med vilken förälder är eller har varit gift med eller har eller haft barn med om de stadigvarande sammanbor
3. barn
4. syskon

Det föräldrabegrepp som anges under punkt 2 är identiskt med bestämmelsen i 20 kap. 2 § lagen om allmän försäkring (AFL). Adoptivföräldrar är vid tillämpning av denna paragraf likställda med biologiska föräldrar.

I Spris rapporter 17/74 och 2/76 *Hemsjukvård – sjukhemsvård* resp. *Hemsjukvård – idébeskrivning av framtida innehåll och former* framhålls att begreppet anhörig står för såväl sammanboende som närstående även om släktskap inte föreligger.

I skriften *Sjukvård i hemmet – social hemtjänst* – utgiven år 1978 av kommunförbundet, landstingsförbundet, socialstyrelsen och Spri – avses med begreppet närstående alla personer som åtar sig vissa vårduppgifter oavsett om vederbörande får ekonomisk ersättning från sjukvårdshuvudman eller inte. Detta vidgade synsätt tillämpas också praktiskt av sjukvårdshuvudmännen. Det behöver därför t. ex. *inte* föreligga ett släktskapsförhållande för att bli anställd som anhörigvårdare.

Begreppet "anhörig" finns inte infört i AFL. Däremot finns begreppet "förälder" vilket avgränsats och preciserats både genom föräldraförsäkringen och andra bestämmelser i AFL, men också i lagen (1978:410) om rätt till ledighet för vård av barn m. m.

8.6 Anhörigvårdarnas arbetsuppgifter

Enligt den principiella ansvarsfördelningen mellan sjukvård i hemmet och social hemtjänst skall de omvårdnadsuppgifter som inte kräver sjukvårdsutbildning tillhöra den sociala hemtjänsten i de fall den enskilde inte själv kan klara dem. Sjukvårdsuppgifterna kan indelas i diagnostiska och behandlande åtgärder. Vilka åtgärder som kan vara aktuella vid sjukvård i hemmet är svårt att fastställa generellt. Varje patient och varje sjukdom ställer speciella krav på vården.

I och med att sjukvården i hemmet på många håll ges ett ökat medicinskt innehåll och genom att mer sjukvårdspersonal engageras i vården torde anhörigas insatser i allt mindre utsträckning komma att bestå av sjukvårdsuppgifter utan koncentreras till *tillsyn och omvårdnad*. Det kan emellertid inte bortses från att en anhörigvårdare efter hand blir "specialist" på sin patient, vilket innebär att många sjukvårdsuppgifter ändå kan utföras av denne. Generellt torde således gälla att anhörigvårdaren utöver traditionella omvårdnads- och tillsynsuppgifter i varierande utsträckning även kommer att svara för insatser av *sjukvårdskaraktär* i hemmet.

8.7 Anhörigvårdarnas arbetsvillkor

Arbetsinsatserna för anhörigvårdarna varierar från några timmars arbete per dag till vård och tillsyn nästan dygnet runt. En mycket stor del av dessa vård- och omvårdnadsinsatser utförs av anhöriga utan att de erhåller något ekonomiskt stöd från de olika huvudmännen. I den statistik som finns på området saknas närmare uppgifter om omfattningen av denna s. k. informella vård. Föreliggande statistik omfattar endast de patienter inom verksamheten med sjukvård i hemmet som antingen vårdas av anhörig med ekonomiskt bidrag från huvudman eller patienter som vårdas av vårdbiträde i öppen vård (hemsamarit) m. fl. I dag beräknas ca 23 000 patienter vårdas av enbart anhöriga och ungefär lika många av anställd personal, ibland sker den vården i kombination med anhöriginsatser.

Nära anhöriga påverkas alltid av sjukdom i familjen. Vårdas patienten i hemmet för en långvarig sjukdom blir denna påverkan mer genomgripande och den förändrar anhörigvårdarens hela livssituation. Det påpekas i olika

sammanhang att ett åtagande som anhörigvårdare måste vara *frivilligt*. Det är dock svårt att avgöra vad som är frivilligt. Tidigare redovisade motiv för omsorgsinsatser visar att det kan vara flera faktorer som samverkar i avgörandet att träda in som anhörigvårdare.

Vid intervjuer med anhörigvårdare har det framkommit att dessa ofta känner sig utlämnade att ta hela ansvaret för vården i hemmet. Detta *ansvar samt den bundenhet och isolering* som därvid ofta uppstår, innebär framför allt stora *psykiska* påfrestningar. Många känner sig också otillräckliga och har svårt att orka med bekymren kring sin patient. Oro för att inte kunna tillgodose *patientens medicinska behov* är inte heller ovanligt. Den viktiga uppgiften att *motivera den sjuke* till regelbunden träning och aktivering kan ibland innebära avsevärda problem för vårdaren. Sist men inte minst kan det för många vara *fysiskt* ansträngande att vara anhörigvårdare.

I samband med den utveckling och utbyggnad av verksamheten med sjukvård i hemmet som sker i landet synes *situationen för anhörigvårdarna successivt ha förbättrats*. I de områden där vårdplaneringsgrupper (samarbetsgrupper mellan sjukvårdshuvudman och kommun) finns, tillhör frågan om stöd och utbildning till anhörigvårdarna gruppens ansvarsområde. I andra områden är det distriktssköterskor och hemvårdsassistenter som har de närmaste kontakterna med de anhöriga vårdarna. Utbyggnaden av dagsjukvården innebär att dessa kan få avlastning vissa tider under en arbetsvecka. Kommunernas vårdbiträden i öppen vård kan också ge den anhörige vårdaren tillfällig avlösning vid behov. På många håll finns möjligheter till en sådan genom att patienten tas in i den slutna vården en viss tid. Den pågående resursförstärkningen av distriktsvården med personalgrupperna arbetsterapeuter, sjukgymnaster och undersköterskor leder dessutom till ett bättre stöd till de anhöriga vårdarna inom dessa områden.

Vid intervjuer med anhörigvårdare har även framförts att den ersättning som sjukvårdshuvudmännen utger inte alltid motsvarar det faktiska arbetet som utförs. *Ersättningsnivåerna varierar* också som tidigare nämnts mellan dessa. Systemet med *anställning av anhörigvårdare* tillämpas hos några sjukvårdshuvudmän och diskuteras hos övriga. Den som anställs uppbär lön endast så länge denne medverkar i vården av "sin" patient. Detta innebär att anhörigvårdaren inte sällan känner en *otrygghet* i sin anställning. En anställning som anhörigvårdare kan i regel beredas upp till 65 års ålder. Lön utgår för ett visst antal timmar per dag och *beräknas på basis av en vårdbiträdeslön*. Lön genom anställning ger en skattepliktig inkomst som är pensions- och sjukpenninggrundande och ger rätt till semesterlön. Inom vissa landstingsområden kan kommunerna anställa anhörigvårdare (vårdbiträden i öppen vård).

Nästan alla sjukvårdshuvudmän utbetalar någon form av *kontantbidrag* antingen till patienten eller till anhörigvårdaren. Om bidraget utges till den förre är det skattefritt och blir därmed självfallet inte pensions- och sjukpenninggrundande för vårdaren. Bidrag kan utges även om vårdaren är äldre än 65 år. Beloppens storlek varierar mellan sjukvårdshuvudmännen. Den framräknade s. k. vårdtyngden är en avgörande faktor för bidragets storlek.

Uppgifter om antalet hemsjukvårdspatienter och anhörigvårdare, kontantbidragets storlek, antalet anställda anhörigvårdare m. m. redovisas i kapitel 9 och en närmare redovisning finns intagen som *bilaga 3*.

8.8 Anhörigvårdarnas kunskaper och utbildning för vården

Anhörigvårdarna behöver liksom annan vårdpersonal utbildning och regelbunden information i olika frågor för att tillfredsställande kunna utföra sitt arbete. Det har på olika sätt framkommit att informationen och utbildningsinsatserna på många håll är alltför sporadiska eller bristfälliga. Detta kan ibland förklaras av svårigheterna att samla ett tillräckligt antal anhörigvårdare samtidigt. Gruppen anhörigvårdare glöms också lätt bort, särskilt om de inte själva hör av sig och inte har några speciella problem i vårdarbetet.

Enligt Spris uppföljningsstudie bedriver de flesta sjukvårdshuvudmännen någon form av utbildning för anhörigvårdare. Omfattningen, regelbundenheten och antalet anhörigvårdare som deltar varierar. Utbildningen bedrivs i olika former. *Studieförbunden och Röda Korset* anordnar kurser och studiecirklar i flera län. Några sjukvårdshuvudmän anordnar kurser i egen regi. Distriktssköterskorna svarar för kontakterna mellan kursarrangören och anhörigvårdarna och fungerar ofta också som cirkelledare. Utbildningen omfattar vanligen följande områden:

- kunskaper om lyftning och förflyttning
- kunskaper om tekniska hjälpmedel
- kunskaper om kost för sjuka människor
- psykologiska kunskaper
- kunskaper om medicinska ordinationer och termer
- kunskaper i att kunna ge vård och stöd för människor i livets slutskede.

Även individuell utbildning av anhörigvårdare förekommer. Detta sker oftast genom att sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter gör hembesök och ger instruktioner och information. Det kan också förekomma att de som skall ta emot och vårda en patient i hemmet ges möjlighet till introduktion redan på sjukhuset. Även kombinationer av introduktionsdagar på sjukhus och inskolning i hemmet kan förekomma.

Det är dock inte alltid självklart att anhörigvårdarna vill ha, eller säger sig behöva få någon utbildning. Därför är det mycket viktigt att motivera dem för detta och klargöra vad utbildningen innehåller och syftar till.

8.9 Anhörigvårdarna i framtiden

Möjligheterna att "rekrytera" anhörigvårdare bedöms f. n. inte vara så goda. Sjukvårdshuvudmännens långtidsplanering visar på en stor osäkerhet i fråga om anhörigmedverkan i sjukvården i hemmet. Av kapitel 9 framgår också att andelen hemsjukvårdspatienter som vårdas av enbart anhörigvår-

dare beräknas *minska* under de närmaste åren. Orsakerna till denna utveckling är många. De *geografiska avstånden* mellan de anhöriga är ofta ett stort hinder. Vidare är den *ekonomiska ersättningen* för anhörigvård i regel inte jämförbar med lön för ett annat förvärvsarbete. En anställning som anhörigvårdare ger visserligen avtalsmässig lön och vissa andra fördelar, men den *upphör* när vårdbehovet inte längre finns. Många anser att det också är *alltför riskfyllt* att kanske behöva lämna en fast anställning för att tillfälligt bli anhörigvårdare. Det är i dag *inte heller lätt att få tjänstledighet* från ett förvärvsarbete av detta skäl. Den som har ett deltidsarbete eller ett arbete av tillfällig natur har däremot större möjligheter att kombinera detta med ett vårdarbete i hemmet. Anhörigvård är dessutom i regel inte meriterande för annat förvärvsarbete. Sammanfattningsvis torde detta leda till att många förvärvsarbetande, som i och för sig är positiva till att på hel- eller deltid göra en vårdinsats i hemmet varken vågar riskera att mista sin anställning, eller försämra sin privatekonomi.

Inte bara ekonomiska insatser utan även andra stödåtgärder skulle kunna främja en "rekrytering" av anhörigvårdare. Som exempel på insatser av det slaget kan nämnas förbättrade möjligheter till *avlösning,* helst regelbunden sådan, inrättandet av fler *avlastningsplatser* vid sjukhus eller sjukhem, bättre *psykiskt stöd* till anhörigvårdarna genom regelbundna besök av bl. a. distriktssköterskor i hemmen, förbättrad utbildning och information genom skriftliga råd och upplysningar för olika vårdsituationer samt ökad tillgång på *hjälpmedel* av olika slag för att förenkla den fysiskt ansträngande delen av vårdarbetet.

Många sjukvårdshuvudmän eftersträvar en ökad anhörigmedverkan i verksamheten med sjukvården i hemmet. En ökning av denna innebär att anhörigvårdare i framtiden inte bara blir en viktig vårdresurs vid vård av långtidssjuka, utan även vid kortvariga och tillfälliga vårdsituationer i hemmet. Vid vård i livets slutskede betraktas anhöriga till den sjuke redan i dag som en mycket viktig tillgång i vården.

9 Kommitténs förfrågningar m. m.

9.1 Enkäten angående hemsjukvård

9.1.1 Inledning

Enligt direktiven bör kommittén som underlag för sina överväganden kartlägga erfarenheterna av hemsjukvårdens utbyggnad i fråga om omfattning och organisation m. m. i olika delar av landet, vårdbehov och utbyggnadsplaner.

Kommittén har genom bl. a. studiebesök hos några landsting samt genom Spris projekt *Sjukvård i hemmet – en uppföljningsstudie* erhållit värdefull information för sitt arbete. Kommittén fann emellertid att behov förelåg att inhämta vissa kompletterande uppgifter rörande hemsjukvårdens omfattning, innehåll och utveckling. Därför utarbetades i samråd med några landsting ett frågeformulär, vilket har utsänts till alla sjukvårdshuvudmännen.

Svar har inkommit från samtliga sjukvårdshuvudmän även om vissa frågor inte har kunnat besvarats av alla. Bristfällig statistik, pågående utredningar, omorganisationer, utarbetande av samverkansavtal m. m. har angivits som orsaker till de uteblivna eller ofullständiga svaren. Den stora manuella arbetsinsats som på en del håll skulle behövt avsättas för framtagandet av vissa uppgifter har också medverkat till detta bortfall.

Sammanfattningsvis har även denna förfrågan visat på att verksamheten med sjukvård i hemmet är under *omorganisation* på många håll i landet. Utvecklingen innebär bl. a. att sjukvårdshuvudmännen utarbetar och träffar nya samverkansavtal som fastställer principer och ansvar samt reglerar den ekonomiska ersättningen. Det finns därför f. n. stora skillnader i planer, organisation, ekonomi m. m. Det framgår också klart att ersättningen till anhörigvårdarna varierar kraftigt i landet, både vad gäller karaktär och belopp. Vårdtiderna för patienterna inom hemsjukvården uppvisar också stora variationer. Andelen män bland anhörigvårdarna visar en svag ökning. Medan majoriteten av hemsjukvårdspatienterna är över 65 år, råder det motsatta förhållandet beträffande anhörigvårdarna enligt lämnade uppgifter.

Det framtida utvecklingen av verksamheten med sjukvård i hemmet visar på en fortsatt utökning även om den långsiktiga planeringen på vissa håll är ganska osäker. Det synes vara ännu svårare att på sikt planera omfattningen av de anhörigas medverkan i denna verksamhet. En detaljerad sammanställ-

ning av enkätsvaren har gjorts och finns redovisad i *bilaga 3*. I det följande lämnas en kortfattad sammanfattning av de uppgifter som ansetts vara mest väsentliga. På vissa punkter har direkta jämförelser kunnat göras med *1975 års pensionärsundersökning* (SOU 1977:98).

9.1.2 Sammanfattning

Hemsjukvårdspatienterna

Vid utgången av år 1975 fanns i riket ca 34 000 hemsjukvårdspatienter. Mer än hälften av dessa var över 65 år. Vid utgången av år 1981 uppgick antalet patienter, enligt den något ofullständiga redovisningen, till ca 41 000 och 65 % av dessa var över 65 år. Frågan om hur hemsjukvårdspatienterna vid utgången av år 1981 fördelade sig med hänsyn till ålder, kön och samlevnadsform kunde inte besvaras av alla huvudmän. Av svaren kan utläsas att *fler kvinnor än män var hemsjukvårdspatienter*. Av de kvinnliga patienterna var 32 % ensamboende jämfört med 17 % för männen.

Anhörigvårdarna

Vid utgången av år 1975 fanns ca 20 800 anhörigvårdare, av vilka *4 353 var män* (21 %). Motsvarande uppgifter för år 1981 har uppskattats till 21 500 resp. 4 945 (23 %). Vidare visar svaren att ca 43 % av männen var under 65 år, medan motsvarande andel för kvinnorna var ca 67 %. Vad gäller frågan om ålder och kön har denna besvarats av endast 13 sjukvårdshuvudmän.

Nyansökningar om hemsjukvårdsbidrag

Under år 1975 gjordes 15 835 nyansökningar om hemsjukvårdsbidrag (kontantbidrag och hjälptimmar). Av dessa avslogs 3 348 (21 %). Enligt kommitténs förfrågan gjordes under år 1981 *15 695 nyansökningar* om hemsjukvårdsbidrag (kontantersättning och hjälptimmar). Av dessa avslogs 1 881 (12 %). Som skäl för avslagen angavs främst att vård- och hjälpbehovet inte bedömts avse hemsjukvård enligt fastställda riktlinjer.

De anställda anhörigvårdarna

Antalet av sjukvårdshuvudmannen under år 1981 *anställda anhörigvårdare* uppgick till drygt 1 400, varav ca *10* % var män. Det totala antalet torde dock vara något högre. Frågorna om de anställda anhörigvårdarna besvarades av sju huvudmän trots att nio huvudmän har uppgett att anställning förekommer. Enligt svaren är 93 % av männen under 65 år och 71 % av dessa arbetade 4 timmar eller mindre per dag. Av kvinnorna är 96 % under 65 år och 82 % av dessa arbetade 4 timmar eller mindre per dag.

Villkor för hemsjukvårdsbidrag m. m.

I flertalet sjukvårdsområden fanns år 1975 krav på att patientens sjukdom skulle ha en viss framtida varaktighet för att bidrag skulle utges. Längden på sjukdomens framtida varaktighet angavs till 3 månader av flertalet sjukvårdshuvudmän.

År 1981 uppgav 10 sjukvårdshuvudmän en varaktighetstid för kontantersättning på 3 mån, 7 uppgav 6 mån och 2 uppgav 12 mån, medan 3 redovisade andra villkor. En viktig kommentar till denna fråga från sjukvårdshuvudmännen var att *tjänsteköpen är under avveckling* och att det numera är *vårdbehovet* som avgör bidragsformen och inte sjukdomens varaktighet. Några uppgav att undantag för villkoren förelåg vid terminalvård och att det vid cancervård beviljades vård eller bidrag omedelbart utan hänsyn till beräknad vårdtid.

Genomsnittlig vårdtid för patienter inom hemsjukvården

Den angivna genomsnittliga vårdtiden för patienter inom hemsjukvården *varierar kraftigt* i landet. Vårdtiden varierade från någon månad till åtskilliga år. Det fanns alltjämt patienter med bidrag sedan 1960-talet. Många sjukvårdshuvudmän har uppgivit genomsnittliga vårdtider på mellan 1–5 år samt att bidragen omprövas varje år.

Varierande bidragsgivning m. m.

Enligt pensionärsundersökningen var det högsta fastställda bidragsbeloppet som då utgavs 1 700 kr, det lägsta 100 kr i månaden. Fyra huvudmän uppgav att någon högsta gräns inte fanns. Av de utgående kontantbidragen understeg 80 % 500 kr per månad och endast 12 % översteg 1 100 kr.

Kommitténs förfrågan visar att 24 sjukvårdshuvudmän ger ut hemsjukvårdsbidrag. Medan 22 ger bidraget till patienten, ger 3 bidraget till den anhörige vårdaren och 1 ger bidraget till någondera parten. Beloppen varierar kraftigt mellan sjukvårdshuvudmännen. Den *lägsta* ersättningen uppgick till mellan 100–1 007 kr/mån., den *högsta* varierade mellan 600–5 972 kr/mån. De flesta huvudmännen betalade ut en ersättning inom intervallet 400–1 200 kr/mån. *Särskild eller förhöjd ersättning* för anhörigvårdares inkomstbortfall kunde utges av 10 sjukvårdshuvudmän vid vissa kortvariga vårdsituationer då vårdaren helt tvingades avstå från sitt förvärvsarbete.

Minsta vårdinsats för bidrag eller anställning

Flertalet sjukvårdshuvudmän hade år 1975 uppgivit 1 timme per dag som lägsta generella tidsgräns för att ge bidrag. År 1981 hade hälften av sjukvårdshuvudmännen en fastställd lägsta tidsgräns för att ge ersättning i någon form. Flertalet av dessa uppgav *1 timme* per dag som lägsta generella gräns för att kunna ge kontantersättning, hjälptimmar eller anställning. Några huvudmän uppger att de inte har någon nedre gräns och 4 uppger att deras bedömningar grundar sig på vårdtyngd och inte på en vårdinsats som går att uttrycka i timmar.

Patientavgifter tas ut i varierande utsträckning

För läkarvård tog 8 sjukvårdshuvudmän år 1975 ut en patientavgift. År 1981 tog 19 ut sådan avgift och 20 tillämpade reglerna enligt lagen om allmän försäkring för läkemedelsinköp, vilket innebär en betydande ökning jämfört med år 1975. År 1981 tillämpade 11 sjukvårdshuvudmän de regler som gällde

för patienter i öppen vård vid sjukvårdande behandling. För tandvård tog, liksom år 1975, nästan alla ut en patientavgift. Patientavgift för behandlingsresor togs år 1981 också ut av flertalet sjukvårdshuvudmän, vilket innebär en klar ökning i förhållande till år 1975.

Kostnader för hemsjukvård

Samtliga sjukvårdshuvudmän har besvarat frågan. De totala kostnaderna för hemsjukvård *varierade mellan ca 2–120 milj. kr* år 1981.

Mer än hälften av kostnaderna avsåg ersättning till kommunal personal. *Totalkostnaderna* för hemsjukvård uppgick år 1975 till ca *290* milj. kr och till ca *885* milj. kr. år 1981.

Utvecklingen t. o. m. år 1986

Samtliga sjukvårdshuvudmän har besvarat frågan om än mer eller mindre fullständigt. De flesta räknar med en ökning av antalet *långvårdsplatser* till och med år 1986 och uppger den beräknade s. k. vårdplatskvoten till omkring 60 ‰ det året. (Med vårdplatskvot avses antalet långvårdsplatser per 1 000 invånare 70 år och äldre). Antalet *hemsjukvårdspatienter* beräknas fortsätta att öka under denna period. Osäkerheten synes dock vara stor beträffande den utvecklingen och är ännu större vad gäller utvecklingen av antalet anhörigvårdare.

Sjukvårdshuvudmännens förslag till konkreta åtgärder

Sjukvårdshuvudmännen har i sina svar redovisat bl. a. följande förslag till åtgärder för att bereda den enskilde bättre möjligheter att medverka i vården av bl. a. sjuka, framför allt i hemmet.

- lagstadgad rätt till tjänstledighet
- kompensation för inkomstbortfall
- marknadsmässig lön för vårdinsatser
- bättre statliga stödåtgärder för bostadsanpassning
- utveckling av samarbetet mellan kommun och landsting genom samverkansavtal
- bättre samordning av ersättning huvudmännen emellan
- attityd- och organisationsförändring inom anhörigvård
- anhörigvårdarna ges ökade möjligheter till utbildning, handledning och inskolning
- anhörigvårdarna ges hjälp att bearbeta relationsstörningar
- anhörigvårdarna ges möjlighet till avlastning i form av planerad ledighet, semester etc.

9.2 Förfrågan och hearing angående ledighet för anhörigvård

Frågan om tjänstledighet från arbetet för vård av anhörig är i dag i begränsad utsträckning reglerad. I kapitel 2 finns en redovisning av de olika bestämmelser som är tillämpliga på området. Härav framgår att det för

huvudparten av arbetstagarna är enbart *kollektivavtalens bestämmelser* som gäller. Dessa innebär i princip att kortare ledighet jämte lön i mer eller mindre begränsad omfattning kan beviljas arbetstagare vid anhörigs akuta sjukdom eller bortgång.

I praktiken innebär detta att det ankommer på arbetsgivaren att pröva varje begäran om tjänstledighet av detta slag, inom ramen för dennes allmänna befogenhet att leda och fördela arbetet.

Mot bakgrund härav ansåg kommittén att det var angeläget att söka bilda sig en uppfattning om vilken policy som arbetsgivarna tillämpar vid sin prövning av tjänstledigheter för vård av anhöriga i fråga om korta och långa perioder. Ett frågeformulär sändes därför ut till sammanlagt ca 140 arbetsgivare, både offentliga och enskilda. För att även erhålla arbetstagarnas synpunkter på möjligheterna att beviljas denna slags ledighet sändes en motsvarande förfrågan ut till ca 90 fackliga klubbar, avdelningar etc., inom *LO, TCO och SACO/SR*. Urvalet av företag och lokala arbetstagarorganisationer gjordes i samråd med företrädare för arbetsmarknadens parter. En *sammanställning av de inkomna svaren* kan i huvudsak sammanfattas enligt följande:

- I princip samtliga *offentliga* arbetsgivare uppger sig kunna bevilja hel eller partiell ledighet för kortare perioder, dock högst 6 månader. För längre perioder tilltar tveksamheten, vilket framgår av att svaren lämnas med olika förbehåll. Partiell tjänstledighet för längre perioder kan lättare beviljas än hel ledighet.
- En klar majoritet av de *enskilda* företagen uppger sig kunna bevilja ledighet för mycket korta perioder, i många fall dock med olika förbehåll. Ledighet för längre perioder beviljas endast av en liten minoritet.
- På flertalet arbetsplatser uppges den uttalade efterfrågan på ledighet för anhörigvård vara förhållandevis liten, i synnerhet inom enskild tjänst, varför frågan i praktiken inte prövats av alla de tillfrågade. Från arbetsgivarhåll antyds möjligheterna av att ett *dolt behov* kan finnas av denna ledighetsform.
- Orsakerna till avslag på framställningar om ledighet varierar, men i regel är det *arbetssituationen eller vikariefrågan* som anges. För de allra minsta företagen innebär all slags frånvaro svåra problem.
- Arbetstagarnas möjligheter att få *ledighet utan lön* varierar kraftigt mellan olika arbetsgivare enligt uppgift från de lokala fackliga organisationerna.
- Variationerna i *arbetsgivarnas policy* är störst inom den enskilda sektorn, men även inom den offentliga sektorn förekommer det inte sällan att framställningar om längre ledigheter utan lön avslås.
- I princip alla tillfrågade lokala fackliga enheter förordar en närmare *reglering av frågan* i lag eller avtal för att bl. a. minska godtycket i bedömningarna och skillnaderna i möjligheterna till ledighet mellan offentlig och enskild tjänst.

En sammanställning av enkätsvaren finns redovisad i *bilaga 4*.

Vidare fann kommittén – innan den ansåg sig kunna ta ställning till möjligheten och behovet av att föreslå införandet av någon form av rätt till tjänstledighet från arbetet för anhörigvård – att det skulle vara värdefullt att

få ta del av de eventuella synpunkter som *arbetsmarknadens parter på det centrala planet* kunde ha i frågan. Med anledning härav inbjöds representanter för de centrala arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna till en *hearing med kommittén* i oktober 1982.

Från *Svenska arbetsgivareföreningens och statens arbetsgivarverks* sida hävdades att något behov av en ytterligare reglering av denna fråga inte fanns då nuvarande bestämmelser anses fungera bra. Företrädarna för *landstingsförbundet och kommunförbundet* ställde sig dock inte helt främmande för att införa en lagstadgad rätt till ledighet för anhörigvård. Skall frågan regleras bör det, enligt de båda kommunförbundens uppfattning, vara ett *samhällsintresse* att detta sker lagstiftningsvägen och inte via avtal. En rätt till ledighet skulle också kunna knytas till en ersättning eller till en anvisad vårdform. Beträffande ledighetens längd framhöll de båda kommunförbunden att omprövningen vid en eventuell lagreglering av denna ledighetsform bör ske regelbundet och att regler om förläggning av ledigheten bör undvikas. Vikten av att stor frihet måste finnas för att lösa sistnämnda fråga betonades särskilt. På övriga punkter förespråkades en anpassning av bestämmelserna till övrig arbetsrättslagstiftning.

De fackliga företrädarna från LO, TCO och SACO/SR var eniga om att detta var en angelägen fråga som borde regleras i någon form. Olika företrädare uppgav att arbetstagare vägrats ledighet för vård av anhörig och att arbetsgivarna i allt större utsträckning har skärpt sina skälighetsbedömningar. Företrädarna var också eniga om att ett *dolt behov* av ledighet föreligger. Flera företrädare framhöll att en eventuell lagfäst rätt till ledighet även måste omfatta vård av sjuka eller handikappade barn över 12 år, cancersjuka och äldre personer samt att begreppet anhörig också bör kunna innefatta närstående. En viss tveksamhet framfördes dock om vilka effekter en lagfäst ledighetsrätt kan ha på jämställdheten mellan män och kvinnor.

Det framhölls från *Svenska kommunaltjänstemannaförbundets* sida att systemet med anställning av anhöriga kan bli svårt att utveckla om inte en verklig rätt till ledighet från förvärvsarbetet finns. Avsaknaden av en sådan rätt kan tänkas få till följd att enbart kvinnor väljer eller har möjlighet att ställa upp som anhörigvårdare. Införs en rätt till ledighet, måste denna självfallet även ge *rätt till återgång* i arbetet och till de tidigare arbetsuppgifterna. Några av de fackliga företrädarna önskade avslutningsvis framhålla det angelägna i att en eventuell rätt till ledighet för anhörigvård inte får ges en sådan utformning att denna rätt kommer att uppfattas som att anhöriga är skyldiga att göra vårdinsatser. Ansvariga för sjukvård och social service är ändå alltid huvudmännen.

10 Allmänna överväganden

10.1 Ledighet för vård av anhörig

10.1.1 Uppdraget

Enligt direktiven bör utredningen överväga frågan om införande av en rätt – motsvarande den som år 1976 infördes för vård av barn m. m. – till hel eller partiell ledighet från arbetet för vård av äldre, sjuk eller handikappad anhörig i hemmet, i vissa fall även på institution. Därvid bör övervägas om en sådan rätt skall gälla all vård av anhöriga eller enbart knytas till de personer som vårdar anhöriga inom ramen för de offentliga huvudmännens hemsjukvårdsverksamhet.

Utredningen bör så långt möjligt beakta jämställdhetsaspekterna vid utformningen av sitt förslag.

Vidare har regeringen genom beslut 1982-07-22 till kommittén överlämnat betänkandet och remissyttrandena från utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede – *I livets slutskede* (SOU 1979:59) – för beaktande i kommitténs arbete. Utredningen föreslog bl. a. införandet av en ledighet för vård av anhörig i livets slutskede, vilken ledighet skulle kunna utformas i likhet med lagen (1978:410) om rätt till ledighet för vård av barn m. m.

10.1.2 Uppdragets omfattning

Enligt direktiven skall utredningsarbetet omfatta anhöriginsatser vid vård i hemmet av äldre, handikappade och sjuka. Det gäller även de insatser som kan göras av anhöriga under en persons sista levnadstid både i hemmet och på sjukhus.

När det gäller grupperna *äldre, handikappade och sjuka* vilka teoretiskt sett kan vara föremål för olika slags vårdinsatser i hemmet kan bl. a. följande konstateras:

- 1,4 miljoner personer var över 65 år 1980. År 1990 beräknas antalet vara 1,5 miljoner och år 2025 1,6 miljoner,
- antalet personer över 80 år ökar från 260 000 till 340 000 år 1990 och till 365 000 år 2000,
- 1,3 milj. (90 %) personer över 65 år bor i egen bostad, varav 23 000 bor i servicehus för äldre. 55 000 bor i servicehus med helinackordering (ålderdomshem),

- 500 000 personer (6 % av befolkningen) är kraftigt rörelsehindrade, varav 25 000 är rullstolsbundna,
- 37 000 personer är förståndshandikappade och får vård och omsorg enligt omsorgslagen,
- 60 000 personer har någon form av demens,
- 90 000 personer avlider varje år,
- 117 000 vårdplatser finns inom den slutna hälso- och sjukvården, varav 49 000 inom långtidssjukvården och 23 000 inom den psykiatriska vården,
- 48 000 personer vårdas inom hemsjukvården, varav ca hälften av anhöriga,
- 350 000 personer får hjälp genom den sociala hemtjänsten varav 300 000 är över 65 år och av dessa vårdas 11 600 av anhöriga,
- 31 000 personer med olika handikapp och sjukdomar har handikappersättning,
- 13 000 barn under 16 år med handikapp och svåra sjukdomar har vårdbidrag.

Sammanfattningsvis torde det vara fråga om en mycket stor grupp av äldre, handikappade och sjuka som genom hjälp av bl. a. släkt och vänner kan vistas i egen bostad. Deras insatser kan variera från tillsyn och omvårdnad till åtgärder av sjukvårdskaraktär. Mot bakgrund av dessa fakta måste kommittén överväga om en rätt till ledighet skall gälla all slags vård och service eller om denna rätt skall knytas till vissa speciella vårdsituationer i hemmet och på institution eller om rätten enbart skall begränsas till sådana anhöriginsatser som ges inom den av huvudmännen bedrivna verksamheten med sjukvård i hemmet.

10.1.3 Vård- och handikappolitiska förutsättningar

Sedan mitten av 1970-talet pågår en medveten omstrukturering av hälso- och sjukvården för att bryta koncentrationen av vårdresurserna till de stora sjukhusen. Socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvården inför 80-talet (HS 80) har kommit att utgöra ett underlag för denna förändring. Tyngdpunkten läggs därvid vid *primärvården,* vilken i samverkan med socialtjänsten skall ha det primära ansvaret för befolkningen i ett geografiskt avgränsat område. Det synes i dag råda *bred politisk enighet* om att primärvården är en av grundstenarna i den framtida hälso- och sjukvården. Det nya principprogrammet för hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90) kan ses som en vidareutveckling och konkretisering av de riktlinjer som HS 80 lade fast.

Genom en väl utvecklad samordning och samverkan mellan primärvårdens, handikappomsorgens och socialtjänstens vårdinsatser undviks att parallella resurser byggs upp, samtidigt som möjligheter finns att få en *helhetssyn* på människan och hennes behov vid varje enskilt tillfälle. Möjligheterna att skapa *kontinuitet* i vården ökar också genom en väl utbyggd och organiserad primärvård. I verksamheten med sjukvård i hemmet bör kontinuiteten baseras på vårdplaneringsgrupper med personal

från såväl primärvård som socialtjänst. Genom denna samordning skapas också bättre förutsättningar att tillgodose strävandena att låta varje individ leva och bo *självständigt* och därmed verka i en så *normal* miljö och under så normala levnadsförhållanden som möjligt.

För en ökad samverkan mellan huvudmännen talar också den *nya hälso- och sjukvårdslagen*. Lagen ger patienterna ökade rättigheter, bl. a. får de själva möjlighet att påverka sin egen vård. Enligt förarbetena till lagen skall primärvården utgöra basen för huvudmännens vårdplanering.

En *ny socialtjänstlag* trädde i kraft år 1982. Socialtjänsten är enligt lagen skyldig att aktivt delta i samhällsplaneringen, men den betonar också vikten av ett ökat hänsynstagande till den enskilde individen. Helhetssyn, normalisering, självbestämmande, kontinuitet, flexibilitet och närhet är några viktiga begrepp som skall tillämpas i socialtjänstens olika verksamheter.

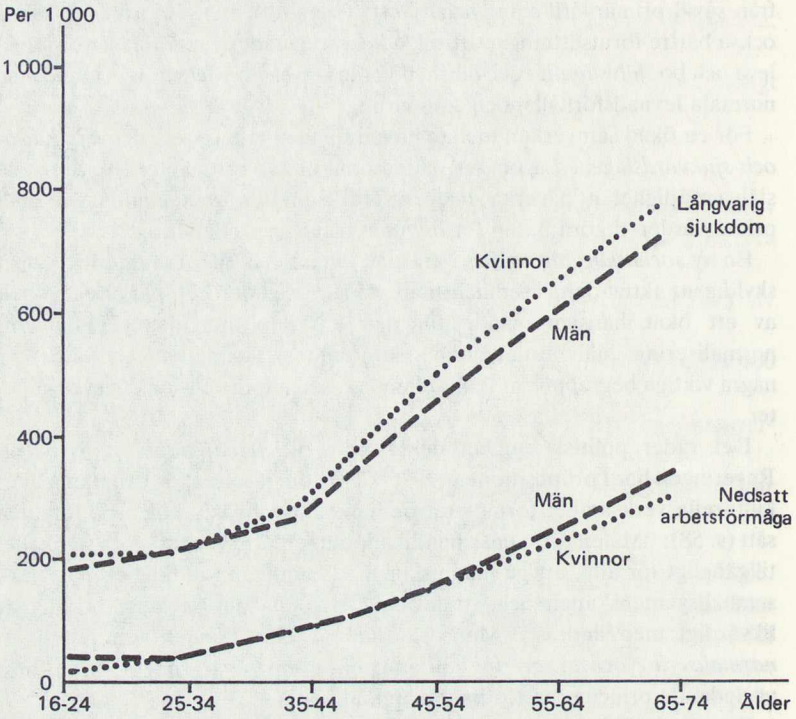
Det råder politisk enighet också kring de *handikappolitiska målen*. Regeringen har i propositionen (1976/77:87) om insatser för handikappades kulturella verksamhet formulerat de handikappolitiska målen på följande sätt (s. 58): "Målen för svensk handikappolitik måste vara att göra samhället tillgängligt för alla, att ge människor med handikapp möjlighet att delta i samhällsgemenskapen och att leva på ett sätt som så långt möjligt är likvärdigt med andras." Mot bakgrund av detta finner kommittén att *normalisering och integrering* alltjämt måste anses vara några av de mest vägledande principerna för handikappolitiken.

Den vårdpolitiska satsningen på primärvård jämte den nya lagstiftningen inom hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens områden borde enligt kommitténs uppfattning också kunna leda till *ökade möjligheter för fler äldre, sjuka och handikappade människor att kvarstanna i det egna boendet eller t. o. m. återvända dit*. Det är mot bakgrund av dessa vård- och handikappolitiska förutsättningar som kommittén – efter bl. a. närmare granskning av anhörigvårdarnas situation – skall överväga behovet av stöd till dem som vårdar äldre, sjuka eller handikappade personer.

10.1.4 Befolkningsutveckling och vårdbehov

Individens efterfrågan på hälso- och sjukvård påverkas av medicinska, sociala och ekonomiska faktorer. En förändring av hälsotillståndet får anses vara den viktigaste av dessa. Genom olika studier är det väl dokumenterat att benägenheten att söka vård också varierar med ålder och kön. Vårdresursernas tillgänglighet, möjligheterna till vård i hemmet och individens utbildning har dessutom befunnits utgöra viktiga faktorer för vårdefterfrågan. Den totala efterfrågan på vård och service i samhället hänger dock framför allt samman med de förändringar som sker i *befolkningens ålderssammansättning*.

Nedanstående figur visar hur sjukdom och därmed nedsatt arbetsförmåga ökar med tilltagande ålder. Efterfrågan på vård och service kan generellt sett sägas öka med individens ålder och de äldsta är helt naturligt de mest hjälpbehövande.



Figur 10.1 Antalet sjukdomsfall och fall av nedsatt arbetsförmåga per 1 000 män resp. kvinnor med avseende på ålder. Källa: SCB Levnadsförhållanden, rapport 11.

Av nedanstående tabell framgår hur vård och service i olika avseenden under år 1975 gavs till personer 65 år och äldre. Efter 80 års ålder fick merparten någon form av vård eller service från samhället. Av tabellen framgår inte omfattningen av somatisk akutsjukvård.

Tabell 10.1 Erhållen vård och service 65 år – w år 1975 angiven i procent av samtliga i åldersgruppen. Källa: Pensionär 75 (SOU 1977:98).

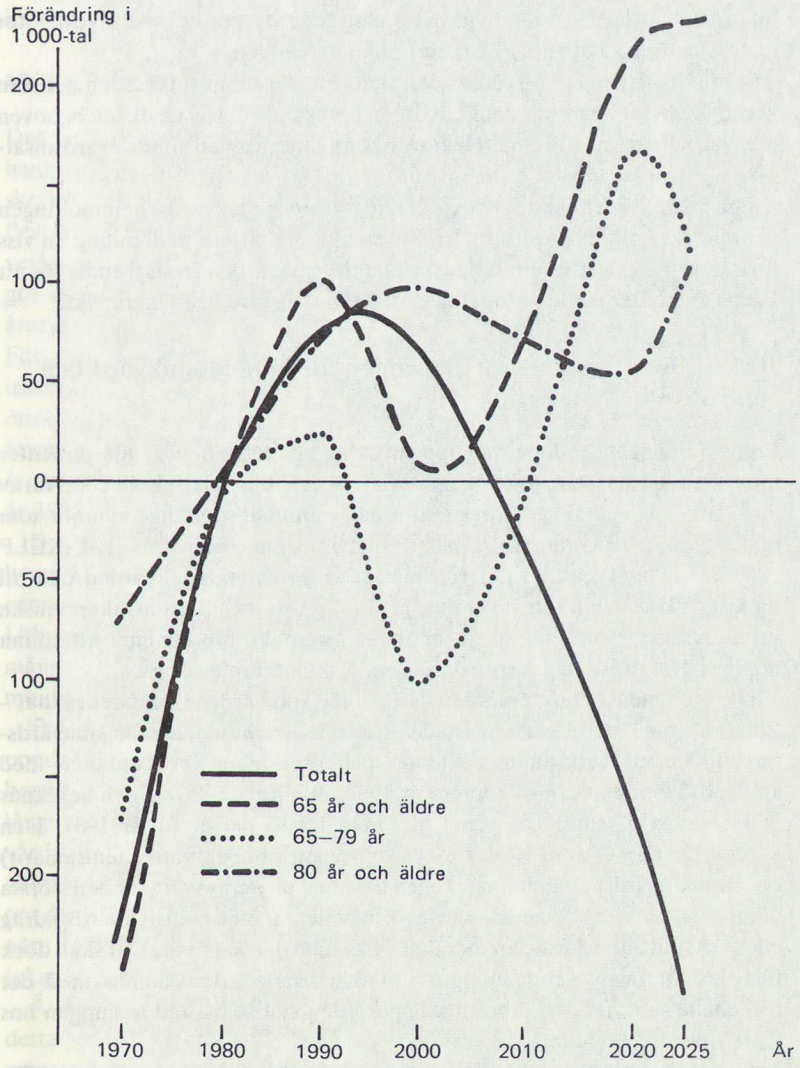
	Procent av samtliga i åldersgruppen						
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-w	Samtliga
Social hemhjälp	5,8	13,4	26,4	37,6	39,7	35,1	17,6
Servicebostäder[a]	(0,2)	(0,4)	(0,7)	(1,0)	(1,2)	(1,2)	(0,5)
Ålderdomshem	0,5	1,5	4,5	12,0	23,6	39,8	4,7
Somatisk långtidssjukvård	0,6	1,3	3,0	6,0	12,1	22,2	2,8
Psykiatrisk sjukvård	0,8	1,4	1,6	2,3	2,6	2,6	1,4
Samtliga	7,6	17,5	35,5	58,0	78,1	99,8	26,4

[a] Boende i servicebostäder delvis förda också under social hemhjälp.

Det är mot bakgrund av sambandet mellan ålder och vård- och servicebehov som de pågående förändringarna i befolkningens ålderssammansättning måste ses. Enligt statistiska centralbyråns prognos från år 1978

beräknas *antalet personer i åldrarna 65 år och äldre öka med över 160 000 mellan åren 1977 och 1990.* Efter en minskning vid seklets slut förväntas denna grupp åter öka kraftigt i antal i början av 2000-talet.

Dessa förändringar, liksom *förskjutningen mot de allra högsta åldrarna,* dvs. 80 år och däröver, framgår bl. a. av nedanstående figur 10.2. Av denna framgår bl. a. att gruppen 80 år och äldre mellan år 1977 och sekelskiftet ökar med 130 000 personer, vilket motsvarar en ökning på drygt 50 %.



Figur 10.2 Förändringar i den totala samt i den äldre befolkningens antal under åren 1970–2025 med 1980 som basår.

Förskjutningen mot allt högre åldrar kommer – mot bakgrund av vad som tidigare redovisats i detta avsnitt – att betydligt öka den totala efterfrågan på vård och service. Till grund för denna bedömning ligger också statistik som bl. a. visar att personerna över 80 år, vilka utgör 3 % av befolkningen svarar för 35 % av totala antalet vårddagar inom sjukvården. Statistiken visar också att hälften av patienterna inom långtidssjukvården tillhör den åldersgruppen.

Mot bakgrund härav samt att enighet råder om att samhällets insatser för äldre, sjuka och handikappade skall inriktas på att underlätta för så många som möjligt att kunna bo kvar i sin bostad så länge som möjligt, behöver olika satsningar göras. En fortsatt utbyggnad av primärvården är en viktig förutsättning för en utökning av verksamheten med sjukvård i hemmet. Denna utveckling förutsätter även en förstärkning av den kommunala servicen. En ytterligare utbyggnad av sjukvården i hemmet förutsätter dessutom anhörigmedverkan för flertalet patienter. De ökade önskemålen om att få vårdas i sitt hem vid livets slutskede bygger också i mycket stor utsträckning på sådan medverkan i olika avseenden.

Även om samhället förväntas öka sina resurser inom sjukvården och den kommunala servicen står det klart att en betydande del av de ökade behoven på olika sätt även i framtiden behöver kompletteras med anhörigvårdsinsatser.

För många äldre med stora vårdbehov är dock sjukvård i hemmet ingen lämplig eller möjlig vårdform, varför enligt kommitténs bedömning en viss fortsatt utbyggnad av den somatiska långtidssjukvården är nödvändig för att kunna möta de ökade vårdbehoven både på kortare och längre sikt.

10.1.5 Den planerade utvecklingen för långtidssjukvård och sjukvård i hemmet m. m.

Enligt föreliggande uppgifter uppgår i dag antalet inneliggande patienter inom den slutna somatiska långtidssjukvården till omkring 49 000, varav 90 % är 70 år och äldre. Av patienterna är dubbelt så många kvinnor som män. Enligt landstingens senaste planer, som redovisats i L-KELP 1983–1987, beräknas antalet vårdplatser inom långtidssjukvården öka till omkring 55 000 vid utgången av år 1987. Det begränsade ekonomiska utrymmet leder dock till att dessa planer sannolikt inte kommer att kunna uppnås. Hur stora nedskärningarna blir kan ännu inte förutses.

Utbyggnaden av primärvården – till vilken sjukvården i hemmet räknas – tillhör liksom långtidssjukvården de prioriterade områdena inom sjukvårdshuvudmännens verksamhet. Antalet patienter inom verksamheten med sjukvård i hemmet uppgick under år 1982 till närmare *48 000* och beräknas enligt senast gällande planering öka med 1,1 % per år till år 1987. Den kategori patienter som vårdas av vårdbiträden i öppen vård (hemsamarit) eller av sjukvårdshuvudmannens egen personal planeras svara för den största ökningen, 1,9 % per år, medan kategorin patienter med hemsjukvårdsbidrag eller anställd anhörigvårdare beräknas öka med 0,3 % per år. Det skall dock tilläggas att ovanstående uppgifter om hemsjukvården lämnas med det förbehållet att viss osäkerhet föreligger i den statistiska redovisningen hos flera sjukvårdshuvudmän.

Antalet vårdplatser inom den slutna psykiatriska vården beräknas under perioden 1983–1987 fortsätta att minska, bl. a. till följd av att vissa åldersdementa patienter flyttar till långtidssjukvård, men också genom omflyttning av patienter till öppna och halvöppna vårdformer. Genom att den öppna psykiatriska vården förutsätts ge socialtjänsten ett omfattande stöd kan det bli möjligt för många som behöver psykiatrisk vård och som tidigare varit tvungna att bo på institution att klara ett eget boende.

Sammanfattningsvis kan kommittén konstatera att den framtida utvecklingen av den psykiatriska vården och den somatiska långtidssjukvården sker mot bakgrund av en allt starkare *inriktning mot öppnare vårdformer.* Denna utveckling förutsätter bl. a. inte bara en i flera avseenden väl utbyggd kommunal service utan även ett engagemang hos människorna för sina närmaste. Om huvudmännen och staten på olika sätt förbättrar eller bygger ut stödet till dem som vill göra vårdinsatser för sina anhöriga i hemmet borde dessa – enligt kommitténs uppfattning – mycket angelägna insatser inte bara kunna underlättas utan också stimuleras.

10.1.6 Inställningen till sjukvård i hemmet

Det råder ingen tvekan om att intresset för verksamheten med sjukvård i hemmet har ökat betydligt under senare år både hos de enskilda människorna och hos sjukvårdshuvudmännen. Kommittén kan konstatera att flertalet *sjukvårdshuvudmän successivt utökar resurserna* inom denna verksamhet och förstärker därmed också vårdens medicinska innehåll. Detta gör det möjligt för allt fler och sjukare människor att kvarstanna i eller återvända till det egna boendet, för att t. o. m. vårdas där vid livets slutskede. För den enskilde patienten är sjukvård i hemmet – jämfört med vård på institution – i regel *det vårdalternativ som bäst tillgodoser dennes olika önskemål.* Det står också klart att sjukvård i hemmet – i jämförelse med olika former av institutionsvård – i allmänhet är en för samhället *mindre kostnadskrävande* verksamhet. Bl. a. har kommunförbundet i en studie från år 1981 visat på detta.

De allra flesta människor har en naturlig önskan att få bo kvar i det egna hemmet, fast de är äldre, sjuka eller handikappade och i regel behöver ett extra stöd av sjukvård eller annan hjälp i hemmet med den dagliga tillvaron. Utbyggnaden av verksamheten med sjukvård i hemmet förutsätter dock att många *enskilda människor både har vilja och möjlighet* att göra mer eller mindre omfattande hjälpinsatser.

Enligt en undersökning som statistiska centralbyrån gjort år 1981 på uppdrag av landstingsförbundet och Spri – och som redovisats i kapitel 8 – är benägenheten stor att vårda sina föräldrar i hemmet om de skulle bli långvarigt sjuka. Hälften av de tillfrågade skulle därvid föredra att själv vårda en sjuk förälder och drygt var fjärde önskade att vården delas med det allmänna. En liknande undersökning har även genomförts år 1983. På frågan om den intervjuade i dag skulle ha möjlighet att hjälpa till med att vårda en nära anhörig i hemmet någon eller några timmar per dag lämnade ca 60 % ett jakande svar.

Även om inte alltför vittgående slutsatser bör dras av undersökningar av detta slag speglar ändå svaren enligt kommitténs mening en stark vilja hos många människor att regelbundet ställa upp för sina närmaste anhöriga.

10.1.7 Några samhällsekonomiska aspekter på ökat hemmaboende

Kommittén har tidigare konstaterat att den samhällsekonomiska utvecklingen under de senaste åren medfört att även landsting och kommuner

successivt tvingats reducera sina långtidsplaner i betydande utsträckning. Den stagnerande ekonomiska tillväxten har utan tvekan minskat möjligheterna att öka vårdsektorns andel av det tillgängliga ekonomiska utrymmet. Utvecklingen har också inneburit ett ökat behov av att *omprioritera inom de befintliga kostnadsramarna* samt att kritiskt granska verksamheten ur såväl medicinsk, humanitär som ekonomisk synvinkel.

Den ekonomiska åstramningen gör det svårt för många huvudmän att få fram tillräckliga resurser för den satsning på särskilda boende- och vårdformer – t. ex. servicebostäder av olika slag och sjukhem – som för närvarande ändå sker på olika håll i landet. Den allmänt förespråkade ökade satsningen på öppna insatser och stöd för ordinärt boende borde dock, om den skall vara ekonomiskt motiverad, leda till ett *ökat kvarboende i det vanliga bostadsbeståndet.* Detta borde i sin tur leda till ett minskat behov av särskilda boende- och vårdformer. De ekonomiska resurser som alternativt skulle ha satsats på en kraftigare utbyggnad av de särskilda boende- och vårdformerna torde i stället till stor del kunna föras över till utbyggnaden av öppna insatser. En sådan omstrukturering bör enligt kommitténs bedömning leda till *ett bättre samhällsekonomiskt resursutnyttjande,* men förutsätter dock att det finns människor som i dagsläget flyttar till servicebostäder och sjukhem, men som skulle kunna bo kvar i hemmet med andra eller ytterligare hjälpinsatser från samhället. Vidare förutsätts att dessa människor vill bo kvar i hemmet och mår bra av det samt att detta kvarboende oftast blir mindre kostnadskrävande för samhället (stat, kommun, landsting).

Flera studier av Spri – bl. a. i Sundsvall och Vetlanda – belägger den första förutsättningen. Den andra punkten kan beläggas med stöd av erfarenheter och studier från olika håll. Den tredje förutsättningen är mer komplicerad. Kommunförbundet har dock i skriften "Sjukvård i hemmet – social hemtjänst" från år 1981 gjort en ekonomisk jämförelse mellan olika vårdalternativ, vilken visar att kostnaderna för vård i hemmet i genomsnitt är betydligt lägre än för vård på sjukhem och i servicehus med helinackordering (ålderdomshem). Det framgår också att insatserna av sjukvård och social hemhjälp kan ökas betydligt innan de genomsnittliga kostnaderna blir jämförbara.

Valet av boende- och hjälpinsatser måste dock enligt kommitténs uppfattning bestämmas av *sociala och humanitära hänsyn* och inte i första hand av ekonomiska skäl. Kommittén vill i detta sammanhang peka på att huvudmannaskapsgränser kan utgöra ett hinder för att det – både ur samhällsekonomisk synpunkt och ur den enskildes synpunkt – bästa boende- eller vårdalternativet blir verklighet. Det krävs därför att ett *samarbete kommer till stånd mellan landsting och kommuner* och att dessa kan bortse från snäva ekonomiska intressen. Utgångspunkten bör vara att de skall arbeta för de alternativ som innebär de sammanlagt lägsta kostnaderna för en adekvat service och vård. Detta kan lättast ske genom en *gemensam strategi* där även hänsyn tagits till de ekonomiska förutsättningarna och konsekvenserna.

10.1.8 Allmänna motiv för införande av en rätt till ledighet för anhörigvård

Kommittén har kunnat konstatera att det råder politisk enighet om att samhällets insatser för äldre, sjuka och handikappade skall inriktas på att underlätta för så många som möjligt att kunna bo kvar i sin bostad så länge som möjligt. De flesta människor har också en naturlig önskan att få bo kvar i det egna hemmet fast de är sjuka, gamla eller handikappade och behöver extra insatser av sjukvård eller social service i den dagliga tillvaron.

Sett från den enskildes synpunkt råder det därför knappast något tvivel om att vård i hemmet jämfört med vård på någon sjukvårds- eller vårdinrättning är *mer humanitärt och eftertraktat.* Det råder heller ingen tvekan om att intresset för vård i hemmet också har ökat hos huvudmännen, inte minst för att det i allmänhet är *mindre kostnadskrävande* att vårda någon som är sjuk eller handikappad i hemmet än att ge någon form av institutionsvård.

Det har tidigare redovisats att den *ökade andelen äldre människor* under de närmaste decennierna kommer att ställa större krav på de olika huvudmännen inte minst mot bakgrund av att det också sker en *förskjutning mot allt högre ålder,* där behoven av vård och service naturligt nog är allra störst.

Den ekonomiska åtstramningen inom den offentliga sektorn gör det svårt för många landsting och kommuner att avsätta resurser för en utbyggnad av särskilda boende- och vårdformer, samtidigt som den allmänt förespråkade satsningen på öppna vårdinsatser och stöd för ordinärt boende rimligen bör öka möjligheterna till kvarboende för många. Den *fortgående förbättringen av bostadsstandarden* för äldre och handikappade bör också vidga dessa möjligheter.

Även om resurserna inom primärvård och social service byggs ut enligt planerna måste enligt kommitténs uppfattning en stor del av de hjälpinsatser som fordras även i framtiden bygga på *anhörigmedverkan.* Människors benägenhet att göra vårdinsatser för sina närmaste, om de skulle bli långvarigt sjuka, förefaller också att vara stor även om motiven för att göra sådana kan växla. En ökad anhörigmedverkan inom sjukvård och social service skulle enligt kommitténs uppfattning kunna bidra till att fler människor än vad som annars skulle vara fallet får möjlighet att kvarstanna i det egna boendet trots ålder, sjukdom eller handikapp.

De möjligheter som i dag finns till ledighet för att mer permanent eller temporärt göra vårdinsatser för anhöriga varierar kraftigt beroende på en *skiftande policy från arbetsgivarhåll* och på de *olika kollektivavtalens bestämmelser.* Kommittén grundar denna bedömning på vad som framkommit vid dess skriftliga och muntliga förfrågningar hos olika arbetsgivare och arbetstagare. Från båda dessa håll har också antytts att det sannolikt föreligger ett *dolt behov* av denna ledighetsform, även om uppfattningarna om behovet av en lagfäst rätt till ledighet för ändamålet inte helt överraskande kan sägas vara delade.

Det är mot bakgrund av ovannämnda faktorer som kommittén anser att det finns *ett flertal allmänna motiv* som talar för ett införande av en lagfäst rätt till ledighet för vård av anhörig både i fråga om *längre* och *kortare* tidsperioder.

Kommittén har vid sina överväganden beträffande en rätt till ledighet

kunnat konstatera att anhörigas insatser för äldre, sjuka och handikappade människor dels kan beröra ett stort antal människor, dels kan variera avsevärt ifråga om karaktär och omfattning. Med hänsyn härtill har kommittén *inte* ansett sig kunna förespråka en oinskränkt rätt till ledighet för anhörigvård.

Kommittén har i *första hand* utgått ifrån att den arbetstagare som innehar ett mer regelbundet förvärvsarbete skall ges rätt till en *längre sammanhängande tjänstledighet* från detta när vederbörande på hel- eller halvtid i hemmet önskar vårda någon som är sjuk eller handikappad. Med en längre tidsperiod avses en som *överstiger 30 arbetsdagar*. Som villkor härför gäller att vården ges inom den av sjukvårdshuvudmannen bedrivna *verksamheten med sjukvård i hemmet*. Kommittén har *i andra hand* ansett att i det fall en arbetstagare önskar vårda ett *barn med handikapp under 16 år i hemmet*, skall en motsvarande rätt till ledighet föreligga även om barnet inte omfattas av verksamheten med sjukvård i hemmet, dock *under förutsättning att vårdbidrag utges* enligt lagen om allmän försäkring.

Vid verksamheten med *sjukvård i hemmet krävs att arbetstagaren erhåller anställning som anhörigvårdare* av berörd sjukvårdshuvudman eller kommun. Beträffande vården av ett barn med handikapp under 16 år i hemmet ställs inget motsvarande krav på anställning. Denna rätt till ledighet bör enligt kommitténs uppfattning inte tidsbegränsas utan föreligga så länge anhörigvårdarens regelmässiga medverkan i vården i hemmet erfordras. Kommittén utgår därvid från att *huvudmannen kontinuerligt prövar om den anhöriges medverkan i vården motiverar en fortsatt anställning eller, när det gäller vård av barn med handikapp under 16 år, att vårdbidrag alltjämt utgår.*

Kommittén vill i anslutning till detta också uttala att utöver de motiv för en lagfäst rätt till ledighet som tidigare anförts bör en sådan kunna bidra både till en fortsatt utbyggnad och utveckling av verksamheten med sjukvård i hemmet.

Övriga anhörigvårdsinsatser i hemmet och på sjukvårds- och vårdinrättningar m. m. har kommittén sett som mer *tillfälliga och kortvariga*. Behovet av ledighet vid dessa bör enligt kommitténs bedömning vara mer kortsiktigt och tillfälligt, men ofta inte desto mindre angeläget. Kommittén har därför ansett – mot bakgrund av de motiv som ovan redovisats – att det även vid dessa mer kortvariga vårdsituationer bör föreligga en rätt till ledighet för anhörigvård. Varje arbetstagare bör enligt kommitténs uppfattning ges en laglig rätt till ledighet avseende mer tillfällig vård av anhörig, *under högst 30 dagar* per kalenderår. Kommittén har emellertid vid sina överväganden beträffande utformningen av denna ledighetsrätt funnit att det av praktiska skäl inte är möjligt att föreslå införandet av en sådan generell rätt till ledighet från förvärvsarbete vid tillfällig vård av anhörig, då omfattningen av utnyttjandet av en sådan ledighetsrätt enligt kommitténs bedömning är mycket svår att förutsäga. Eftersom en sådan oinskränkt ledighetsrätt ökar möjligheterna till missbruk har också detta påverkat kommitténs ställningstagande.

Kommittén har därför funnit att en rätt till ledighet för tillfällig vård av anhörig under högst 30 dagar per arbetstagare och kalenderår måste *begränsas till sådana vårdsituationer som är särskilt angelägna och lämpade*

för anhörigmedverkan, samtidigt som de är möjliga att avgränsa från andra situationer. Kommittén har vid sina överväganden på denna punkt funnit att *5 vårdsituationer* fyller nämnda krav, nämligen, *svårare sjukdomstillstånd, väntan i hemmet på plats vid sjukhus eller vårdhem, tillfälligt avbruten vård vid sjukhus eller vårdhem för vård i hemmet, konvalescens i hemmet i stället för vid sjukhus eller konvalescenthem, samt vård eller behandling av barn med handikapp under 16 år på en vårdinrättning.*

För att om möjligt förebygga uppkomsten av ett eventuellt missbruk av den mer tillfälliga ledighetsrätten har kommittén ansett det vara motiverat att uppställa det kravet att arbetstagare på begäran av sin arbetsgivare *skall kunna styrka behovet av ledighet* för anhörigvård på lämpligt sätt. Detta kan ske t. ex. genom intyg från läkare eller annan berörd vårdgivare beroende på omständigheterna.

Kommittén vill i anslutning till denna mer allmänt utformade argumentation för ett införande av en rätt till ledighet för anhörigvård även beröra frågan ur *jämställdhetssynpunkt.* Kommittén har vid sitt kartläggningsarbete avseende hemsjukvården inte helt oväntat funnit att en klar majoritet av anhörigvårdarna utgörs av kvinnor. Det råder heller ingen tvekan om att det fortfarande är kvinnorna som starkast identifierar sig med vårdarrollen, även om andelen män som är anhörigvårdare inom sjukvården i hemmet på senare tid ökat något.

Det förekommer att många kvinnor, beroende på svårigheterna att få tjänstledighet från sitt förvärvsarbete, "valt" att säga upp sig för att kunna vårda en anhörig. Möjligheterna till återinträde på arbetsmarknaden när vården i hemmet upphört kan för kvinnor i medelåldern vara betydligt begränsade, vilket kan leda till arbetslöshet med åtföljande ekonomiska och sociala problem. Kommittén har mot bakgrund härav ansett att en rätt till ledighet från förvärvsarbetet som innefattar en rätt att återgå till detta när vården upphör är en i synnerhet för kvinnorna angelägen reform. På samma gång bör det enligt kommitténs bedömning underlätta för männen att i ökad utsträckning ställa upp som anhörigvårdare då ledighetsorsaken genom en lagreglering blir mer alltmänt accepterad och lagen ger rätt att när vårdbehovet upphört återgå till arbetet i samma omfattning som tidigare.

I det följande lämnas en närmare redovisning av de överväganden som kommittén ansett vara nödvändiga att göra vid den mer detaljerade utformningen av ett förslag om en lagfäst rätt till ledighet för anhörigvård.

10.1.8.1 *Vård i hemmet – sjukvårdsinrättning m. m.*

Enligt direktiven skall kommittén överväga frågan om införande av rätt till hel eller partiell ledighet från arbetet för vård av äldre, sjuk eller handikappad anhörig i hemmet. Övervägandena bör även avse ett ersättningssystem som i första hand gäller kortare tidsperioder t. ex. vid hastigt inträffade vårdbehov hos äldre personer. Det kan också avse insatser vid livets slutskede i hemmet eller på sjukhus.

Kommittén har som tidigare redovisats funnit starka motiv av främst humanitär, men också av ekonomisk natur för att anse sig ha skäl att föreslå att enskilda människors behov av vård i hemmet – under vissa förutsättningar

– skall vara ledighetsgrundande i mer eller mindre stor omfattning.

Erfarenheter visar att patientens närstående i regel ses som en värdefull tillgång även på sjukhus och andra vårdinrättningar, trots att de sällan har möjlighet att där utföra några konkreta vårdinsatser. Däremot torde deras närvaro vara till hjälp och stöd för personalen, då patienten blir lugnare och belastningen på personalen minskar. Detta kan ibland t. o. m. leda till att särskild vakpersonal inte erfordras.

Vård vid svårare sjukdomstillstånd, allvarligare olycksfall samt vård av döende människor sker i dag i allmänhet vid sjukhus. Det kan nämnas att av de totala antalet dödsfall – ca 90 000 per år – inträffar ungefär *85 % på sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning*. Anhörigmedverkan i vården i ovannämnda vårdsituationer torde av de flesta uppfattas som en självklarhet och är en nödvändighet när det gäller vård eller behandling av barn, i synnerhet om de är handikappade.

Kommittén har ingående övervägt möjligheterna att begränsa rätten avseende den tillfälliga och kortvariga ledigheten till enbart sådana situationer då vården kan ges i hemmet, men funnit att detta inte är tillfredsställande ur främst humanitär synvinkel. En sådan inskränkning i ledighetsrätten skulle enligt kommitténs mening kunna uppfattas som diskriminerande, samtidigt som orimliga krav skulle kunna ställas på sjukvårdshuvudmannen att vården måste ges i hemmet just för att rätten till ledighet skall uppkomma för arbetstagaren. Mot bakgrund av detta har kommittén funnit att det finns välgrundad anledning att låta rätten till en kortare ledighet även omfatta sådan vård som vid ett svårare sjukdomstillstånd ges vid en *sjukvårds- eller vårdinrättning eller på ett servicehus med helinackordering*. Detta bör enligt kommittén även gälla när det är fråga om vård eller behandling av *barn med handikapp under 16 år på en vårdinrättning*.

10.1.8.2 *Anhörigkretsen*

Som redovisats i kapitel 8 kan i dag begreppet anhörig "definieras" på olika sätt. I regel sker dock detta med utgångspunkt från att ett visst släktskapsförhållande mellan två personer föreligger.

Kommittén har inför sina överväganden på denna punkt varit medveten om att valet av definition av detta begrepp kan ha avgörande betydelse för metodiken att reglera de tänkbara statliga stödinsatserna, dvs. i praktiken ledighets- och ersättningsfrågorna. Det kan givetvis vara möjligt att tillämpa olika begrepp om dessa inte kopplas samman. Om en rätt till ledighet kopplas samman med ett eventuellt ersättningssystem för anhörigvård inom den allmänna försäkringens ram är det enligt kommitténs bedömning sannolikt att kretsen ledighets- och ersättningsberättigade personer måste göras mer avgränsad och preciserad jämfört med huvudmännens nuvarande system för ersättning för anhörigvård i hemmet.

Kommittén har varit enig i sin uppfattning om att *begreppet anhörig av flera skäl bör ges en så vid innebörd som möjligt* vid införandet av en rätt till ledighet för anhörigvård. Begreppet närstående har därvid nämnts som ett mer passande begrepp i dag och i framtiden. Sjukvårdshuvudmännen tillämpar redan i dag ett sådan synsätt när ersättning utges vid sjukvård i

hemmet. Detta faktum samt det förhållandet att allt fler människor bor ensamma eller lever tillsammans med någon utan att ett släktskapsförhållande föreligger har varit vägledande för kommitténs ställningstagande. Kommittén har därvid ansett att en person som är beredd att avstå från sitt förvärvsarbete för att under viss tid vårda någon sjuk eller handikappad i hemmet utan att släktskapsförhållande dem emellan föreligger, sannolikt måste ha mycket nära och goda *personliga relationer* till denna människa. Det vore enligt kommitténs uppfattning felaktigt och olyckligt att inte låta även dessa personer omfattas av en lag om rätt till ledighet för vård av anhörig.

Kommittén har därför, vid den närmare utformningen av ett förslag, ansett att rätten till ledighet inte enbart bör knytas till den traditionella anhörigkretsen, dvs. make/maka, förälder, barn och syskon till den vårdade. För det *första* anser kommittén att denna rätt bör föreligga även vid vård av en mer avlägsen släkting. För det *andra* bör rätten även omfatta vård av personer med vilken arbetstagaren har nära personliga relationer. Kommittén har därvid utgått ifrån att nära personliga relationer föreligger när någon frivilligt och inte sällan utan ersättning önskar göra en mer omfattande vårdinsats för personen i fråga. Införandet av ett vidsträckt anhörighetsbegrepp som inte prioriterar släktskapsrelationer bör innebära att de som är mest angelägna och kanske också lämpade för att göra en verklig vårdinsats får lättare att utnyttja en laglig rätt till ledighet för anhörigvård.

10.1.8.3 *Vårdinsatsernas karaktär*

I dag engageras flertalet av anhörigvårdarna av sjukvårdshuvudmännen, men ett betydande antal sysselsätts också av kommunerna. I och med att verksamheten med sjukvård i hemmet på de flesta håll ges ett ökat medicinskt innehåll och mer sjukvårdspersonal engageras i vården är det sannolikt att anhörigvårdarnas uppgifter i minskande utsträckning kommer att bestå av sjukvårdsinsatser för att i stället allt mer bli av omvårdnadskaraktär. Det kan dock inte bortses ifrån att en anhörigvårdare med tiden blir "specialist" på sin patient, vilket innebär att uppgifter av sjukvårdskaraktär ändå kan utföras av denne.

När det gäller frågan om beviljande av sjukvård i hemmet görs, som tidigare nämnts, analyser och prövningar i varje enskilt fall om vårdbehovets omfattning och hur detta bäst skall tillgodoses. Det torde därför vara svårt att vid en reglering av en ledighet för i första hand längre vårdperioder begränsa denna rätt till vissa klart definierade sjukvårdsinsatser. Varje vårdsituation är speciell och det vore enligt kommitténs uppfattning *inte* rimligt att slå fast att en del insatser skall berättiga till ledighet och andra inte. I stället bör det – som tidigare framhållits – ankomma på sjukvårdshuvudmannen att avgöra dels om det är lämpligt att en anhörigvårdare gör insatser i hemmet, dels vilka slags insatser som denna i så fall skall svara för.

När det gäller vård i hemmet av barn med handikapp under 16 år som inte ingår i hemsjukvårdsverksamheten, är förekomsten av ett vårdbidrag från den allmänna försäkringen en tillräcklig grund för att ett vårdbehov skall anses föreligga.

Vid tillfälliga och kortvariga vårdbehov torde den enskildes insatser i ännu

högre grad än vid de längre vara inriktade på tillsyn, omvårdnad och psykologiskt stöd i en ofta besvärlig situation. Detta kan närmast jämföras med vad som gäller vid tillfällig vård av barn då föräldrapenning och ledighet indirekt utgår utan krav på att föräldrarna skall svara för några klart definierade vårduppgifter.

Kommittén finner mot bakgrund härav att det *inte är rimligt att låta anhöriginsatsernas karaktär vara avgörande* för om en rätt till ledighet skall föreligga. Grunden för denna rätt bör i stället vid de längre vårdperioderna (mer än 30 dagar) vara, att sjukvårdshuvudmannen bedömt att vården av den sjuke eller handikappade personen lämpligen kan ske i hemmet med anhörigmedverkan. Vid de tillfälliga vårdsituationerna (högst 30 dagar) i hemmet eller på vårdinrättning m. m. finns det enligt kommitténs mening ännu mindre anledning att låta insatsernas karaktär vara avgörande för om en ledighetsrätt skall föreligga.

Många kommuner anställer i dag anhörigvårdare som vårdbiträden i öppen vård (hemsamarit) och dessa utför därvid – ofta inom hemsjukvårdens verksamhetsområde – olika arbetsuppgifter av både sjukvårds- och omvårdnadskaraktär. Med hänsyn till vad som ovan anförts vill kommittén understryka att även denna kategori anhörigvårdare skall omfattas av ett förslag om en rätt till ledighet för anhörigvård, under förutsättning att deras arbetsuppgifter är knutna till den av sjukvårdshuvudmannen bedrivna verksamheten med sjukvård i hemmet.

10.1.8.4 *Ledighetens längd och omfattning*

Det har tidigare konstaterats att behovet av ledighet för anhörigvård varierar stort både i fråga om längd och omfattning, beroende på den uppkomna vårdsituationen eller sjukdomstillståndet.

Beträffande ledighetens längd kan det vara fråga om långvariga vårdinsatser i samband med sjukvård i hemmet eller för vård av ett barn med handikapp under 16 år i hemmet med en omfattning som varierar från någon eller några timmars arbete per dag till att vara ett heltidsarbete. Övriga vårdinsatser har setts som kortvariga eller relativt kortvariga och är i regel tillfälliga och mer eller mindre akuta. Detta innebär ofta att tidvis ganska omfattande insatser erfordras när dessa situationer uppkommer.

Kommittén har under sin allmänna motivering för införande av en rätt till ledighet för anhörigvård under 10.1.8 redovisat sina skäl för att föreslå en sådan för *längre* vårdperioder i hemmet. Kommittén har därvid ställt som huvudkrav för denna rätt att det antingen är fråga om en av sjukvårdshuvudmannen bedriven verksamhet med sjukvård i hemmet eller att det avser vård av ett barn med handikapp under 16 år i hemmet när vårdbidrag utges. Andra grundläggande krav är att anhörigvårdaren vid sjukvård i hemmet erhåller anställning av endera landsting eller kommun. Vid vård av barn med handikapp under 16 år krävs ingen sådan anställning.

Kommittén har också ansett att vårdperioden sammantaget måste överstiga 30 dagar och normalt sett skall den inte begränsas eftersom behovet av sammanhängande vårdinsatser kan komma att variera från några månader till flera år. Detta framgår av svaren på kommitténs förfrågan till sjukvårdshuvudmännen. Ledigheten skall således om inte annat anges

beviljas att utgå tills vidare, dock har arbetsgivaren möjlighet att regelbundet, t. ex. hel- eller halvårsvis, kräva att arbetstagaren styrker sin fortsatta rätt att vara ledig. Vid sjukvård i hemmet bör arbetstagaren kunna förete ett intyg som visar att denne fortfarande innehar anställning som anhörigvårdare för att utföra vårdinsatser i hemmet. Vid vård av barn med handikapp under 16 år i hemmet bör arbetstagaren kunna styrka att vårdbidrag alltjämt utges.

Frågan om vilken omfattning vårdinsatsen i hemmet skall ha, räknat i timmar per dag, som krav för att en rätt till ledighet skall föreligga är enligt kommitténs uppfattning mer komplicerad. För närvarande kräver sjukvårdshuvudmännen i regel en sammanlagd vårdinsats motsvarande åtminstone någon timme per dag för att ersättning i form av kontantbidrag eller lön genom anställning skall kunna utges.

Av kommitténs förfrågan till sjukvårdshuvudmännen framgår att övervägande delen av de anställda anhörigvårdarna arbetar deltid, sannolikt halvtid, och motsvarande torde gälla även för övriga engagerade anhörigvårdare. Kommittén har mot bakgrund av bl. a. detta funnit att det är angeläget att ge dem som vill kombinera vårdarbetet med ett ordinarie arbete på halvtid en reell möjlighet till detta.

Det finns enligt kommitténs uppfattning många fördelar med en sådan uppdelning. Risken för isolering i hemmet blir inte så stor, relationerna mellan vårdaren och den vårdade blir troligen bättre och möjligheten att senare återgå till förvärvsarbetet underlättas betydligt. Kommittén anser däremot, främst av administrativa skäl, att det inte är motiverat att införa en ledighetsrätt för *mindre än 4 timmar per dag*. Sammanfattningsvis finner således kommittén att rätten till ledighet från förvärvsarbetet för längre vårdinsatser bör begränsas till att omfatta antingen hel- eller halvtidsledighet.

Vid mer *tillfälliga och kortvariga* vårdsituationer varierar ledighetsbehovet avsevärt från fall till fall i fråga om både längd och omfattning. Vid vissa av dessa tänkbara vårdsituationer, t. ex. vid allvarliga sjukdomsfall i familjen, ger kollektivavtalen beroende på deras utformning möjlighet till ledighet med helt eller delvis bibehållen lön från 1–15 dagar. Ett förslag om en lagstadgad rätt till ledighet för vård av anhörig måste därför enligt kommitténs uppfattning omfatta minst 15 dagar för att alla arbetstagare skall få åtminstone samma grundläggande rätt till en ledighet.

Med hänsyn till att flera av dessa tillfälliga vårdsituationer som bl. a. omnämns i direktiven – t. ex. vård i livets slutskede och en långvårdspatients tillfälliga vistelse i hemmiljö – kan motivera ett större ledighetsbehov än 15 dagar har kommittén ansett att *30 dagar bör utgöra en rimligare övre gräns*. Härigenom kan det också enligt kommitténs bedömning bli möjligt att samordna en ledighet för en kort vårdperiod med en längre sådan, dock under förutsättning att de olika krav som måste ställas i fråga om vården i hemmet vad gäller anställning m. m. kan uppfyllas.

Kommittén har beträffande denna tillfälliga anhörigvård övervägt om arbetstagaren skall ha möjlighet att ta ut ledighet under halva dagen på samma sätt som i dag är möjligt vid tillfällig vård av barn. Kommittén har därvid funnit att det i vissa vårdsituationer kan finnas anhörigvårdare som vill dela vårduppgiften med någon annan, vilket många gånger också torde vara

att föredra. Det kan även tänkas vara tillräckligt med ledighet under halva dagen för att göra erforderliga insatser. Kommittén har således funnit att flera skäl talar för att den som är *heltidsarbetande skall ha rätt att ta ut halva lediga dagar*. En ytterligare uppdelning på delar av dagen finner emellertid kommittén inte vara administrativt eller vårdmässigt motiverad.

Ovanstående innebär att den som arbetar heltid kan dela upp denna ledighet på *60 halva dagar* per år. Av ovanstående följer också att en halvtidsarbetande som behöver ta ledigt från arbetet måste ta ut en hel ledighetsdag för varje ledig dag.

Oavsett om det gäller en längre eller en kortare ledighet har kommittén dessutom ansett att en laglig rätt till ledighet för anhörigvård inte bör innehålla någon absolut regel om att halva ledighetsdagar måste tas ut på ett visst sätt, t. ex. varje dag. Även om ett sådant uttag av ledigheten kan förväntas bli dominerande, torde det finnas situationer när arbetstagare och arbetsgivare har ett gemensamt intresse av att förlägga uttaget av denna ledighet på ett för båda parter mer ändamålsenligt sätt.

10.1.8.5 *Anhörigvårdarnas ersättning vid sjukvård i hemmet*

Kommittén har, som bl. a. framgår av den allmänna motiveringen för en lagfäst rätt till ledighet under 10.1.8 ansett att en förutsättning härför vid sjukvård i hemmet under längre perioder är att vårdaren ges en anställning av sjukvårdshuvudmannen eller kommunen.

Av svaren på kommitténs förfrågan till sjukvårdshuvudmännen framgår dels att ersättningen för vården i hemmet i regel utgörs av ett kontantbidrag, dels att dessa av flertalet sjukvårdshuvudmän utbetalas till patienten. Det framgår också att ungefär hälften av sjukvårdshuvudmännen i dag till viss del tillämpar möjligheten att anställa anhörigvårdare.

Kommittén har vid studiebesök hos olika sjukvårdshuvudmän funnit att de genomförda eller pågående förändringarna av hemsjukvårdens organisation och utbyggnaden av denna verksamhet också påverkat frågan om ersättning till den som gör vårdinsatser för anhöriga i hemmet. Det finns mycket som talar för att huvudmännen redan i dag strävar efter att så långt som möjligt avveckla hemsjukvårdsbidraget som ersättningsform och i stället övergå till att i ökad utsträckning anställa anhörigvårdare. Denna utveckling torde enligt kommitténs bedömning dock få ses på något längre sikt, eftersom förändringarna i hemsjukvårdens organisation m. m. sker olika snabbt över landet.

Kommittén har noga övervägt frågan om vilka formella krav som bör ställas på ersättningen till dem som gör en mer permanent vårdinsats vid sjukvård i hemmet för att en ledighetsrätt skall föreligga och därvid funnit att en sådan rätt bör grundas på att vårdaren skall vara anställd av sjukvårdshuvudmannen eller kommunen. Med hänsyn till det pågående utvecklingsarbetet inom verksamheten med sjukvård i hemmet har kommittén ansett att en *övergångsbestämmelse krävs* som ger anhörigvårdaren rätt till ledighet, även i de fall hemsjukvårdsbidrag utges till vårdaren eller den vårdade om bidraget beviljats innan lagen trätt i kraft och därefter inte omprövats samt att kraven för en ledighet i övrigt är uppfyllda.

Ett *anställningsförhållande* ger, enligt kommitténs uppfattning, anhörig-

vårdaren en betydligt bättre social grundtrygghet, eftersom inkomsten av vårdarbetet grundar rätt till sjukpenning och tilläggspension liksom semesterlön. Några krav på att anställningen måste vara av en viss omfattning har kommittén inte ansett sig kunna ställa. Kommittén vill dock fästa uppmärksamheten på att vid en anställning som omfattar lägst 17 tim./vecka tillkommer ytterligare sociala förmåner. Kommittén förutsätter att sjukvårdshuvudmännen tillämpar den *rekommendationsöverenskommelse som år 1977 träffades mellan landstingsförbundet och Svenska kommunalarbetareförbundet angående ersättnings- och anställningsvillkor för anhörig hemsjukvårdare (bil. 5).*

10.1.8.6 *Vårdsituationer som berättigar till kortare ledighet*

Kommittén har, som tidigare redovisats, funnit att rätten till ledighet för tillfällig vård av anhörig av flera skäl måste begränsas till vissa speciella eller angelägna och ofta akuta vårdsituationer, vilka dessutom är möjliga att avgränsa från andra situationer. Kommittén har vid sina överväganden funnit att 5 vårdsituationer till stor del uppfyller dessa krav. De situationer som avses är anhörigs svårare sjukdomstillstånd, när anhörig i hemmet väntar på plats på sjukhus eller vårdhem, när anhörig tillfälligt avbryter en sådan vistelse för vård i hemmet, när anhörig är konvalescent i hemmet i stället för vid sjukhus eller konvelscenthem eller vid vård eller behandling av ett barn med handikapp under 16 år på en vårdinrättning.

Förutom att anhörigmedverkan i dessa situationer oftast är lämplig eller nödvändig ur vårdsynpunkt finns det också starka humanitära skäl för att underlätta en sådan medverkan i dessa. Kommittén har dessutom funnit att anhörigvårdsinsatser i dessa situationer ibland kan leda till positiva ekonomiska effekter för samhället.

Vid svårare sjukdomstillstånd, som inte sällan är direkt livshotande, råder det enligt kommitténs uppfattning ingen tvekan om att anhörigvårdsinsatser är mycket angelägna och för många helt självklara, oavsett om den anhörige vårdas i hemmet, vid en sjukvårdsinrättning eller vid ett servicehus med helinackordering. Ett *svårare sjukdomstillstånd* anses föreligga när medicinsk sakkunskap bedömt en persons sjukdomstillstånd som så allvarligt att denne behöver kvalificerad sjukvård eller måste stå under ständig tillsyn av sjukvårdspersonal och/eller anhöriga. Det ligger i sakens natur att svårare sjukdomstillstånd ofta kan vara livshotande och i vissa fall leda till döden för den sjuke. *Vård i livets slutskede* (terminalvård) ingår således i begreppet svårare sjukdomstillstånd.

Det gemensamma för de tre därefter följande situationerna är enligt kommittén att *vården i hemmet tillfälligtvis skall kunna utgöra ett komplement eller ett alternativ till den institutionsbundna vården,* samtidigt som de humanitära aspekterna i dessa vårdsituationer kan tillgodoses utan ökade kostnader för samhället. Kommittén har mot denna bakgrund ansett att när någon av dessa tre vårdsituationer uppkommer skall det formellt sett föreligga en mer generell rätt till en kortare ledighet för den arbetstagare som vill göra en vårdinsats i hemmet för en anhörig.

Den återstående situationen avviker från de övriga genom att vården eller behandlingen *enbart* kan ske på en vårdinrättning. Anhörigmedverkan är i

regel en förutsättning för att denna vård eller behandling skall ha avsedd effekt.

Kommittén har ansett att arbetstagaren på begäran av arbetsgivaren vid behov *på lämpligt sätt skall kunna styrka* att ett svårare sjukdomstillstånd föreligger. Detta bör ske genom ett läkarintyg. Beträffande övriga situationer har kommittén ansett att arbetstagaren på begäran av arbetsgivaren också på lämpligt sätt styrker behovet av sina vårdinsatser. Vid situationen med vård eller behandling av barn med handikapp under 16 år torde ett *läkarintyg* vara erforderligt. Vad gäller övriga tre situationer bör i vissa fall intyg av annan vårdgivare än läkare kunna godtas.

10.1.8.7 *Jämställdhetsaspekter på en ledighetsreform*

Trots att det finns en uttalad stark vilja att ställa upp för en anhörig vid svårare eller långvarig sjukdom visar statistiken att antalet anhörigvårdare inom hemsjukvården i det närmaste stagnerat. Orsakerna till detta torde vara flera. Det står dock klart att den stora förvärvsfrekvensen hos både kvinnor och män innebär att det tidsmässiga utrymmet för att vårda en anhörig i hemmet är begränsat. För många är stora geografiska avstånd och ansvar för andra familjemedlemmar viktiga faktorer som också påverkar möjligheterna att göra vårdinsatser för anhöriga.

Som ofta framgår av svaren på den av kommittén gjorda förfrågan hos sjukvårdshuvudmännen – vilka redovisas i bilaga 3 – är det till stor del kvinnor som åtar sig vårdarbete i hemmet. Detta förhållande har naturligtvis flera orsaker. Historiskt sett har det alltid varit kvinnors uppgift att svara för omsorgerna om medmänniskor. Det visar sig också att när kvinnorna i ökad utsträckning söker arbete utanför hemmet väljer de till mycket stor del ett vårdyrke. Vissa förändringar sker emellertid successivt i fråga om kvinnors yrkesval och försörjaransvar samt beträffande männens deltagande i omvårdnadsuppgifter. Trots att olika insatser görs för att påskynda denna utveckling, är det sannolikt kvinnorna som även i framtiden kommer att stå för en stor del av omvårdnadsuppgifterna, både i familjen och i samhällets s. k. vårdsektor.

Från de personalkategorier hos landsting och kommuner vilka har de flesta kontakterna med blivande anhörigvårdare – främst distriktssköterskor och hemvårdsassistenter – framhålls att det finns klara skillnader mellan kvinnors och mäns agerande i en situation när anhörigvård är aktuell. Kvinnorna väljer i mycket stor utsträckning att säga upp sin anställning för att vårda någon, om en begäran om tjänstledighet från förvärvsarbete inte beviljas, då förvärvsarbetet kommer först i andra hand. Frågan om möjligheter till nytt förvärvsarbete när vården en gång upphör ställs på framtiden. Detta sker trots att distriktssköterskor och hemvårdsassistenter många gånger uppmanar kvinnor att begära förnyad prövning av en nekad tjänstledighet eller att åtminstone undersöka möjligheterna att få partiell ledighet eller övergå till ett deltidsarbete antingen hos sin arbetsgivare eller på annan arbetsplats. Det anses i regel vara en fördel om en anhörigvårdare kan kombinera ett vårdarbete i hemmet med ett förvärvsarbete utanför hemmet, i synnerhet om vårdinsatserna beräknas bli långvariga.

Männen fattar i regel andra beslut i dessa situationer. De känner

naturligtvis att det är angeläget att ställa upp för en anhörig, men i valet mellan att göra en vårdinsats och att tvingas säga upp en anställning är förvärvsarbetet och försörjarrollen viktigare än vårdinsatsen.

Det har framförts att män i större utsträckning än kvinnor nekas tjänstledighet från förvärvsarbetet för anhörigvård. Skälen till detta torde bl. a. vara att männen i huvudsak arbetar inom den enskilda sektorn, där avtalen i allmänhet ger ett mycket litet utrymme för tjänstledigheter av detta slag. Den enkätundersökning som kommittén gjort för att få en uppfattning om vilken policy som tillämpas i fråga om tjänstledigheter för vård av anhörig, visar att enskilda arbetsgivare i regel har en ganska negativ inställning till ledigheter. Dessutom torde den allmänna attityden till vårdarbete vara sådan att en kvinna som söker tjänstledighet för vård av anhörig, lättare kan beviljas en sådan än en man.

Det framhålls i dag från olika håll i samhället att enskilda människor både behövs och kan utföra vårduppgifter i hemmet såväl tillfälligt som under längre tid. Ett viktigt skäl är att deras insatser skulle göra det möjligt för många äldre, sjuka och handikappade att stanna i eller t. o. m. återvända till sin bostad. Detta är en naturlig önskan hos de flesta människor och ett av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens viktigaste mål.

Kommittén anser att det från samhällets sida bör vidtas olika åtgärder för att förverkliga detta mål. Genom att införa en rätt till ledighet skulle den som har ett förvärvsarbete även kunna få ett *tidsmässigt utrymme* för anhörigvård. Både män och kvinnor måste i detta avseende självfallet ges lika förutsättningar för att under en viss tid helt avstå från arbetet eller förkorta sin arbetstid. När vårduppgiften förändras eller upphör skall anhörigvårdaren enligt kommitténs uppfattning ha *rätt att återgå* till det ordinarie arbetet. I många fall kan en kortvarig ledighet vara tillräcklig för att arbetstagaren skall kunna göra en vårdinsats i hemmet eller på en institution.

Denna reform skulle innebära att de kvinnor som i dag säger upp sig i stället beviljas tjänstledighet med rätt att komma tillbaka till arbetet när vården i hemmet upphör. Detta är enligt kommitténs bedömning särskilt angeläget, eftersom situationen med anhörigvård är ganska vanlig för kvinnor i medelåldern. Ett återinträde på arbetsmarknaden kan för många av dem vara förenat med stora svårigheter.

En ledighetsform borde också innebära att anhörigvård ges en högre status, vilket är till fördel även för männen, eftersom dessa av tradition har en hårdare knytning till arbetsmarknaden. Männen får härigenom enligt kommitténs uppfattning bättre förutsättningar att arbeta som anhörigvårdare. Kommitténs slutsats är således att ett införande av en lagfäst rätt till ledighet för anhörigvård kan bidra till *ökad jämställdhet* inom detta område.

10.2 Ersättning för vård av anhörig

10.2.1 Uppdraget

Kommittén bör, enligt direktiven, i sitt utredningsarbete förutsättningslöst bedöma behovet av och möjligheterna att införa ett system med ersättning

från den allmänna försäkringen för vård i hemmet av äldre, handikappad eller sjuk anhörig. Övervägandena bör avse ett ersättningssystem som i första hand gäller kortare tidsperioder t. ex. vid hastigt inträffade vårdbehov hos äldre personer. I andra hand bör utredningen överväga en ersättning från försäkringen också till den som på t. ex. deltid under en längre period vårdar en anhörig som väntar på plats på långvårdssjukhus, servicehus med helinackordering eller motsvarande. Kommittén bör behandla frågor om villkor, ersättningsnivåer och ekonomiska konsekvenser av ett sådant system samt belysa de effekter på behovet av institutionsvård som ett sådant kan medföra.

Kommittén måste kostnadsberäkna sina förslag och belysa kostnadskonsekvenser för försäkring och huvudmän, liksom för samhället i övrigt genom bortfall av produktionsresurser. Vidare bör de administrativa konsekvenserna redovisas. Möjligheterna att genomföra en reform i etapper bör även belysas samt så långt det är möjligt bör kommittén även beakta jämställdhetsaspekterna i sina eventuella förslag.

Vidare har regeringen genom beslut 1982-07-22 till kommittén överlämnat betänkandet och remissyttrandena från utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede – *I livets slutskede* (SOU 1979:54) – för beaktande i kommitténs arbete. Utredningen föreslog bl. a. att en arbetstagare bör ges rätt att för vård i livets slutskede av sjuk person erhålla ersättning med ett belopp motsvarande arbetstagarens sjukpenning.

10.2.2 Inledning

Av direktiven framgår att det är fråga om ett stort antal vårdsituationer med anhörigvårdsinsatser som bör övervägas ur ersättningssynpunkt. Kommittén måste inledningsvis slå fast att den *samhällsekonomiska situationen* de närmaste åren med största sannolikhet förväntas bli sådan att det *inte* kommer att finnas något reellt ekonomiskt utrymme för att införa några mer kostnadskrävande reformer, såvida inte dessa leder till minskade utgifter eller besparingar av motsvarande storlek på annat håll i samhället. Ett införande av ett system med ersättning för tillfällig vård av anhörig i hemmet borde dock enligt kommitténs uppfattning kunna innebära vissa minskade kostnader för samhället på olika områden. Med anledning härav har kommittén ansett att det finns anledning att redovisa något mer om de förutsättningar som finns för att införa ett system med ersättning för anhörigvård i hemmet samt i någon mån beröra de kostnader och besparingar som en sådan reform kan ge upphov till.

Kommittén önskar redan på detta stadium framhålla att det i praktiken är en *omöjlig uppgift* att göra en bedömning av det totala antalet ersättningsbara dagar per år som skulle komma att utnyttjas för anhörigvård av mer kortvarig eller tillfällig natur i anslutning till de vårdsituationer som bl. a. omnämns i direktiven. Kommittén utgår dock ifrån att ett eventuellt system med ersättning från den allmänna försäkringen för vård av anhörig endast bör omfatta sådana temporära insatser som normalt sett inte kompenseras genom huvudmännens försorg.

10.2.3 Olika ersättningsmodeller genom allmän försäkring

Det finns enligt kommitténs bedömning i prinicp *två möjligheter* att inom den allmänna försäkringen utforma ett eventuellt system med ersättning för anhörigvård i hemmet. Den ur försäkringssynpunkt enklaste lösningen är en *ersättning till sjukvårdshuvudmännen med ett bestämt antal kronor per invånare och år* som stöd till anhörigvård att fördelas huvudmännen emellan efter förebild av den särskilda ersättning från sjukförsäkringen som fr. o. m. år 1982 införts för förebyggande hälsovårdande insatser samt primärvård inkl. långtidssjukvård. En annan lika enkel lösning är att vidga denna ersättning till att omfatta även anhörigvård i hemmet.

Dessa likartade "ersättningsmodeller" innebär att sjukvårdshuvudmännen ges ansvaret för administrationen av ersättningen till anhörigvårdarna i betydligt större omfattning än vad som nu är fallet. Detta, liksom intentionerna med den nya hälso- och sjukvårdslagen, talar enligt kommitténs uppfattning mot införande av en specialdestinerad ersättning för anhörigvård till sjukvårdshuvudmännen. Den andra och i direktiven sannolikt avsedda ersättningsmodellen består av en individuellt *utformad dagersättning* för anhörigvård baserad på sjukpenningförsäkringens och föräldraförsäkringens grundprinciper.

Kommittén har vid sina försök att bilda sig en uppfattning om hur en anhörigvårdsersättning försäkringsmässigt skulle kunna utformas stött på ett flertal frågeställningar av principiell karaktär som ingående måste övervägas. Det gäller bl. a. frågan om vilket anhörigbegrepp som skall utgöra grunden i systemet samt i vilka vårdsituationer en ersättning skall kunna utges och om vårdbehovet behöver styrkas med läkarintyg eller på annat sätt.

Vad gäller frågan om antalet ersättningsberättigade dagar kan diskuteras om dessa skall begränsas till ett visst antal dagar per arbetstagare och år eller om någon hänsyn genom särskild prövning skall kunna tas i det individuella fallet. Vidare kan ifrågasättas om antalet ersättningsberättigade dagar skall vara detsamma oavsett antalet anhöriga som vårdas under kalenderåret eller beräknas för varje anhörig som ges vård i hemmet under året. Det kan också övervägas om ersättningen skall kunna utges till mer än en anhörigvårdare för samma dag och om dess storlek skall grundas på inkomstbortfallsprincipen eller på något annat, t. ex. utfört arbete.

10.2.4 Några kostnads- och besparingsaspekter på ett ersättningssystem

Förutom att det således föreligger olika problem i fråga om utformningen av ett eventuellt system för ersättning från den allmänna försäkringen uppkommer enligt kommitténs bedömning också stora svårigheter både vad gäller beräkningen av kostnaderna för en sådan reform inkl. administrationskostnader och finansieringen av denna. Som tidigare framhållits synes det vara praktiskt taget omöjligt att göra en tillfredsställande uppskattning av det totala antalet ersättningsbara dagar per år som skulle komma att utnyttjas för anhörigvård av mer kortvarig eller tillfällig natur vid de vårdsituationer som anges i direktiven. Inskränks däremot ersättningsmöjligheterna till *någon eller några avgränsningsbara situationer* – t. ex. vård i livets slutskede – ökar

förutsättningarna att bättre uppskatta kostnader och eventuella besparingseffekter.

Som tidigare omnämnts är frågan om arbetstagarnas ekonomiska villkor vid ledighet för vård av anhöriga vid t. ex. allvarligare eller svårare sjukdomsfall reglerad på ett skiftande sätt i de olika kollektivavtalen. Sammanfattningsvis gäller att lön utgår helt eller delvis under 1–15 dagar beroende på avtal. Införs en generell rätt till ersättning för anhörigvård med belopp motsvarande sjukpenningens storlek under 15 dagar borde detta för många arbetstagare leda till att behovet av den *avtalsreglerade förmånen* blir mycket begränsat. Detta bör enligt kommitténs uppfattning innebära vissa besparingar för arbetsgivarna, i synnerhet inom den offentliga sektorn där avtalen är mest generösa på denna punkt.

Kommittén drar också den slutsatsen att ökade anhörigvårdsinsatser i hemmet kan leda till en liten, men dock minskning i efterfrågan på personal från de olika huvudmännens sida i förhållande till vad som annars skulle vara fallet. En sådan minskning påverkar bl. a. indirekt *statsbidraget* till kommunerna för social hemtjänst.

En förbättring av de ekonomiska förutsättningarna för de förvärvsarbetande att göra mer eller mindre kortvariga och tillfälliga vårdinsatser för anhöriga i hemmet kan också innebära att en del äldre, sjuka eller handikappade får större möjligheter att stanna längre tid i det vanliga boendet än vad som annars skulle vara fallet. Detta bör enligt kommitténs mening på längre sikt leda till ett *minskat utbyggnadsbehov av olika former av institutionsvård och serviceboende,* och därmed också till besparingar för såväl staten som för kommuner och landsting.

Sammanfattningsvis finner således kommittén att ett ersättningssystem för anhörigvård avseende de vårdsituationer som anges i direktiven kan leda till vissa besparingar på olika områden. Besparingarna måste dock i regel ses på något längre sikt och blir härigenom speciellt svåra att ange i reala termer.

10.2.5 Ett begränsat ersättningssystem

Ett system med ersättning från den allmänna försäkringen för tillfällig vård av anhörig i hemmet under kortare tidsperioder är givetvis enligt kommitténs uppfattning försäkringstekniskt sett möjligt att införa. Kostnaderna härför är dock, som ovan redovisats, mycket svåra att beräkna och det finns en risk för att dessa blir så stora att det kan ifrågasättas om ett införande av en ersättning är samhällsekonomiskt motiverad, trots att reformen ger upphov till vissa besparingseffekter på olika områden. Detta leder till kommitténs slutsats att det åtminstone *för närvarande saknas ekonomiska förutsättningar* att föreslå ett ersättningssystem av den omfattning som direktiven antyder. Ett genomförande av en reform i etapper med utbyggnad i den takt samhällsekonomin medger synes därför i dagens situation vara ett mera realistiskt alternativ. Nackdelarna med en sådan modell består enligt kommittén främst i att ersättningsberättigande vårdsituationer klart måste kunna avgränsas samt att vårdpolitiskt känsliga prioriteringar kanske måste göras i vissa lägen.

Vid en eventuell *etappvis uppbyggnad* av ett ersättningssystem talar enligt

kommitténs uppfattning starka skäl för att *"vård i livets slutskede i hemmet"* är en sådan vårdsituation som relativt väl går att avgränsa och som dessutom av flera orsaker måste betraktas som en situation med hög prioritet ur både vård- och ersättningssynpunkt. Utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede har, som tidigare nämnts, i sitt slutbetänkande bl. a. redovisat ett förslag till lag om ersättning till anhörigvårdare. Remissinstanserna har i princip varit positiva till förslaget och ansett att det är en angelägen reform.

En annan enligt kommitténs uppfattning angelägen situation gäller tillfällig vård av barn mellan 12 och 16 år. Med hänsyn till att kostnaderna för en försäkringsersättning kan förväntas bli betydligt större vid denna vårdsituation har kommittén därför funnit större anledning att redovisa kostnadsberäkningen vid vård i livets slutskede jämte besparings- och finansieringsmöjligheter.

10.2.6 Kostnadskalkyl för ersättning vid vård i livets slutskede i hemmet genom allmän försäkring

De årliga totala försäkringskostnaderna avseende "anhörigvårdsersättning" har av kommittén beräknats enligt följande förutsättningar.

a) Ersättningen utges i form av en dagersättning baserad på den sjukpenninggrundande inkomsten.
b) Kostnadskalkylen beträffande dagersättningens storlek baseras på den av riksförsäkringsverket beräknade genomsnittliga registrerade sjukpenningen (avser 3:e kvartalet 1982), vilken uppgår till 158 kr/dag.
c) Försäkringsersättning utges i hälften av de ca 10 000 dödsfall som årligen inträffar i hemmet.
d) Försäkringsersättning utges under i genomsnitt 15 dagar av maximalt 30 dagar per kalenderår, i var och en av dessa 5 000 vårdsituationer.

Mot bakgrund av dessa förutsättningar finner kommittén att kostnaderna för den allmänna försäkringen skulle komma att uppgå till ca *12 milj. kr. per år.* Vid ett maximalt utnyttjande av antalet ersättningsbara dagar, eller om ersättningen utges vid alla de inträffande dödsfallen i hemmet fördubblas försäkringskostnaderna. Teoretiskt sett skulle ett maximalt utnyttjande av ersättningen med ovannämnda antaganden således leda till försäkringskostnader på 48 milj. kr.

Härtill kommer de *administrativa kostnader* som uppstår hos riksförsäkringsverket och försäkringskassorna. Storleken av dessa kostnader är svåra att beräkna i detta skede. Enligt uppgift från riksförsäkringsverket torde det vara möjligt att bygga ut nuvarande datasystem för sjukpenningförsäkring att omfatta även denna nya ersättningsform, varför några direkta utvecklingskostnader inte behöver uppkomma. Med antagande om en genomsnittlig handläggningstid av 20–30 minuter per ärende, vilket i dag gäller för sjukpenningärenden, skulle för administrationen av denna reform teoretiskt sett erfordras ett fåtal årsarbetare vid försäkringskassorna. Erfarenhetsmässigt torde dock det totala resursbehovet behöva bli något större. Vissa engångskostnader för *utbildning och information* tillkommer också.

10.2.7 Finansiering av ersättning vid vård i livets slutskede i hemmet

Kommittén vill inledningsvis framföra att den *inte* ansett sig kunna göra några mer ingående beräkningar beträffande finansieringen av ett eventuellt förslag om ersättning för anhörigvård i hemmet vid livets slutskede. Kommittén önskar dock peka på några väsentliga fakta beträffande möjligheterna att finansiera ett sådant förslag. Utgångspunkten för finansieringsfrågan bör, enligt kommitténs uppfattning, vara att bruttokostnaderna per vårddag vid de olika sjukvårdsinrättningar som utgör alternativet till vård i hemmet uppgår till mellan *600–1 500 kr.* Beräkningarna bör därvid även ta hänsyn till att de flesta dödsfallen inträffar inom akutsjukvården där kostnaden per vårddag är högst. Å andra sidan står det enligt kommittén klart att det i regel krävs *extra vårdresurser* i form av personal av olika kategorier och utrustning samt tillgång till plats på en sjukvårdsinrättning med kort varsel om vården i hemmet måste avbrytas.

Sammantaget bör detta enligt kommitténs uppfattning leda till att kostnaderna för vården i hemmet räknat per dag i många fall kan understiga motsvarande kostnad för en plats på en sjukvårdsinrättning. Skälig hänsyn måste också tas till kostnaderna för de olika extra vårdresurserna, vilka hela tiden måste hållas tillgängliga för eventuella insatser. Om terminalvård i ökad utsträckning ges i hemmet leder detta således enligt kommitténs bedömning *inte* alltid till att de härigenom "lediga" vårdplatserna vid sjukhus och sjukhem kan utnyttjas på ett effektivare sätt. Dessutom vill kommittén framhålla att de eventuella besparingar som är möjliga att uppnå med en reform på detta område endast kan beräknas på grundval av en eventuell ökning av vårdformens omfattning i förhållande till dagens situation.

Sammanfattningsvis finner kommittén att en försäkringsersättning till de som vårdar anhöriga i livets slutskede i hemmet sannolikt skulle leda till vissa, om än något *osäkra besparingar* för landsting och kommuner, men att denna reform samtidigt innebär *ökade kostnader* för staten och den allmänna försäkringen.

10.2.8 Kommitténs slutsatser

Kommittén har vid sina överväganden konstaterat att vård i livets slutskede i hemmet är en mycket humanitär form av vård som allt fler människor efterfrågar. Sjukvårdshuvudmännen försöker också i möjligaste mån tillgodose dessa önskemål. Denna vård bygger till stor del på enskilda människors medverkan, men också på att de berörda huvudmännen kan tillhandahålla de extra resurser av olika slag som krävs.

Det ekonomiska stödet till dem som vårdar någon i livets slutskede varierar. Många arbetstagare kan tack vare sina avtal erhålla lön eller del av denna under en kortare tid. Några sjukvårdshuvudmän kan ge kompensation vid uppkommet inkomstbortfall i samband med terminalvård i hemmet. Kommittén har således funnit att *många arbetstagare* som avstår från arbetet för att ge sådan vård i hemmet under begränsad tid får lön eller ersättning i någon form.

Kommittén har vid sina överväganden också funnit att terminalvård i

hemmet normalt sett är mindre kostnadskrävande än motsvarande vård på en sjukvårdsinrättning, men att den ofta kräver tillgång till kompletterande vårdinsatser från de olika huvudmännens sida. Med hänsyn taget till detta är det enligt kommitténs uppfattning mycket svårt att närmare ange storleken på de eventuella besparingseffekter som en utbyggnad av verksamheten med terminalvård i hemmet kan leda till.

Sammanfattningsvis leder detta till att kommittén mot bakgrund av dagens ansträngda samhällsekonomiska läge *inte anser att det finns ekonomiska förutsättningar att nu föreslå införandet av en socialförsäkringsform.* Kommittén har kommit till detta ställningstagande trots sin mycket positiva inställning till denna humanitära form av vård som – även om reformen kan leda till vissa besparingar – ändå innebär kostnader för staten och den allmänna försäkringen. Kommittén vill dock understryka att den *förutsätter att frågan om ersättning för anhörigvård i livets slutskede i hemmet åter aktualiseras* när de ekonomiska förutsättningarna medger detta.

10.3 Övrigt stöd till anhörigvård

10.3.1 Allmänt

Utbyggnaden av verksamheten med sjukvård i hemmet syftar till att fler och sjukare personer skall kunna stanna kvar i eller återvända till sina hem. Utbyggnaden har också resulterat i att antalet patienter som vårdas i hemmet successivt har ökat. Dessutom har det framkommit att köerna till långtidssjukvården och kommunernas serviceboende har minskat eller försvunnit där en utbyggnad ägt rum. På flera håll i landet har detta t. o. m. fått till följd att sjukvårdshuvudmännen reviderat sina utbyggnadsplaner främst i fråga om långtidssjukvården.

Den utveckling av verksamheten med sjukvård i hemmet som pågår ställer betydande krav på kommuner och landsting, och innebär bl. a. att det inom primärvården måste finnas tillräckligt med sjukvårdsutbildad personal för vårduppgifter i hemmen och att samverkansformer mellan huvudmännen måste etableras på lokal nivå. Det senare har lett till att många huvudmän har slutit *samverkansavtal,* vilka reglerar ansvar och ersättning för sjukvård i hemmet och social hemtjänst i enlighet med den s. k. ansvars- och kompetensprincip som de båda kommunförbunden ställt sig bakom. Dessa samverkansavtal är enligt kommitténs uppfattning en av förutsättningarna för att verksamheten med sjukvård i hemmet skall utvecklas enligt planerna och det är därför högst angeläget att samtliga landsting och kommuner träffar sådana avtal för att utveckla och underlätta samarbetet mellan sjukvård i hemmet och social hemtjänst. Ett exempel på ett sådant samverkansavtal finns intaget som *bilaga 6.*

Det framgår av både Spris och kommitténs förfrågan angående hemsjukvård att det finns *stora skillnader i planer, organisation och ekonomiskt stöd, m. m.* inom landet. Enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen är det landstingen som har ansvaret för att utjämna sådana skillnader inom och mellan sjukvårdsområdena. Möjligheterna till en utjämning är bl. a. starkt beroende av primärvårdens utbyggnad. Landstingen bör dock enligt

kommitténs bedömning ha goda möjligheter att ytterligare *utveckla primärvården* och därmed även verksamheten med sjukvård i hemmet. Det är kommitténs förhoppning att detta på sikt leder till en utjämning av de skillnader som nu råder mellan olika sjukvårdshuvudmän inom denna verksamhet. En sådan utveckling gagnar hemsjukvårdspatienterna och innebär ett värdefullt stöd för dem som mer aktivt deltar i vården i hemmet.

Kommitténs förfrågan har visat på betydande svårigheter för många sjukvårdshuvudmän att beskriva det framtida behovet av vårdplatser inom långtids- och hemsjukvård. Då sjukvårdshuvudmännen har det lagstadgade ansvaret för totalplaneringen av hälso- och sjukvården anser kommittén att det är av stor vikt att de *utarbetar metoder* som på ett tillfredsställande sätt anger behovet av vårdplatser inom långtidssjukvård och sjukvård i hemmet så att de kan planera, organisera och utveckla vården på längre sikt. En sådan framförhållning kan också vara till fördel för dem som önskar göra anhörigvårdsinsatser.

10.3.2 Konkreta stödåtgärder

Kommittén vill kraftigt understyrka hur angeläget det är, att sjukvårdshuvudmännen i sin information om anhörigvård i hemmet poängterar att den enskildes medverkan i vården är ett *frivilligt* åtagande. Många människor måste få hjälp med de problem som ofta uppkommer i samband med att de väljer att vården av en anhörig skall ske i hemmet. Från anhörigvårdarens synpunkt är det angeläget att vårdpersonalen genom sitt stöd på ett konkret sätt *delar vårdansvaret* för patienten med denne. Fortlöpande information om vården och en kontinuerlig kontakt med sjukvårdspersonal är en förutsättning för att den enskilde skall kunna åta sig ett delat vårdansvar.

Vidare är det enligt kommitténs uppfattning viktigt att anhörigvårdaren redan vid *bedömningen av den anhöriges vård- och hjälpbehov* och vid planeringen av insatserna får möjlighet att medverka. Ju tidigare kontakterna knyts desto större möjligheter bör finnas att ett ömsesidigt och förtroendefullt samarbete utvecklas. *Hembesök* av olika kategorier av sjukvårdspersonal behövs för att anhörigvårdaren skall få denna kontakt och aktuell information om vårdbehov, behandlingsmetoder, tekniska hjälpmedel etc. Anhörigvårdaren kan behöva råd och hjälp när som helst under dygnet, varför möjlighet till kontakt med framför allt sjukvårdspersonal under *alla tider på dygnet* är nödvändigt.

En trygghet för både vårdare och patient är att under en tid få *pröva* om sjukvård i hemmet med anhörigmedverkan är ett lämpligt vårdalternativ. Möjligheten att *vid behov* snabbt kunna erhålla sluten vård är också en väsentlig trygghetsfaktor för vårdaren och patienten. Enbart vetskapen härom kan vara avgörande för om någon ställer upp som anhörigvårdare. Behovet av en tillfällig vårdplats kan variera. Det kan uppkomma beroende på den sjukes eget tillstånd, men också till följd av sjukdom hos anhörigvårdaren eller för att ge denne avlösning från vårdarbetet.

På olika håll i landet bildas inom primärvårdsområdena organiserade grupper för samarbete, samråd och samverkan avseende verksamheten med sjukvård i hemmet. Dessa grupper träffas regelbundet för att diskutera,

planera och följa upp de enskilda patienternas behov av vård och service i hemmen. Den personal som ingår i dessa *s. k. vårdplaneringsgrupper* har olika kompetens och representerar både sjukvård och socialtjänst. Till dessa grupper är det viktigt att vid behov även inbjuda anhörigvårdare för att ömsesidigt utbyta information och ge stöd, råd och handledning m. m. För dem som under längre tid utför vårduppgifter i hemmet kan *kontakter med andra anhörigvårdare* vara värdefullt. Samtals- och studiegrupper med dessa kan också utgöra ett stöd och en hjälp för att bryta den psykologiska och sociala isolering som annars lätt kan uppstå.

Frågan *om psykologiskt stöd* till anhörigvårdaren är mycket viktig. Stöd i form av samtal med erfaren vårdpersonal behövs i vissa situationer för att t. ex. bearbeta relationsstörningar och konflikter som kan uppstå. De måste också kunna få råd och hjälp när det gäller att fatta beslut om vården i hemmet skall upphöra. Till anhörigvårdare som medverkar vid terminalvård i hemmet bör psykologiskt stöd erbjudas även under tiden efter det att denna har avslutats.

För att förbättra möjligheterna att medverka i vården av sjuka och handikappade, framför allt i hemmen, måste olika *utbildningsinsatser* kunna erbjudas den som vill åta sig vårduppgifter. I och med att vårdplaneringen intensifieras bör även behovet av utbildning uppmärksammas i högre grad. Speciellt utformade kurser för anhörigvårdare har prövats inom några landsting och fallit väl ut. I vissa landsting ges oftast en personligt utformad introduktion/inskolning genom sjukvårdspersonal, anpassad efter den aktuella patientens vårdbehov. När det gäller utbildning/introduktion är det viktigt att anhörigvårdaren får en konkret information om patientens sjukdom och en realistisk bedömning av vad vård i hemmet innebär för patient och vårdare. Anhörigvårdaren bör redan på sjukhuset få ta del i behandling och skötsel av "sin" patient under erfaren personals ledning. Utbildning/inskolning behövs även under den första tiden i hemmet där vårdsituationen i flera avseenden skiljer sig från den på ett sjukhus.

Kommittén anser att det är av allra största vikt att även anhörigvårdare erbjuds såväl *tillfällig avlösning som planerad ledighet och semster.* Avbytarpersonal från "hemsjukvården" eller den sociala hemtjänsten, hjälp med nattvak eller hjälp genom kvälls- och nattpatruller är olika alternativ som kan ge anhörigvårdarna en möjlighet till en mer planerad ledighet. Andra s. k. avlösningsmöjligheter utgörs av dagsjukvård, växelvård i hemmet och på sjukhus eller kommunal dagcentralverksamhet.

Kommittén vill även i detta sammanhang poängtera att anhörigvårdarnas *anställnings- och arbetsvillkor* är mycket olika över landet. Endast ett fåtal av dem har i dag anställning, medan merparten direkt eller indirekt erhåller en kontant ersättning av mycket varierande storlek. Det är kommitténs uppfattning att det även fortsättningsvis bör ankomma på huvudmännen att svara för den ekonomiska ersättningen till anhörigvårdarna inom verksamheten med sjukvård i hemmet. De bör som tidigare framhållits av kommittén i största möjliga utsträckning ges en *anställning för vårdarbetet* i hemmet. Genom anställningsformen uppnås för flertalet en bättre ekonomisk och social trygghet.

Den som vårdar en sjuk eller handikappad person i hemmet får med tiden värdefulla erfarenheter av vårdarbetet. Inom vissa landsting föreligger redan

i dag beslut om att sådan erfarenhet skall räknas som merit vid fråga om fortsatt arbete inom hälso- och sjukvården. Det är kommitténs uppfattning att erfarenhet från vård i hemmet bör *räknas som en merit* framför allt vid fråga om en eventuell fortsatt anställning inom hela vårdsektorn.

Många gånger behöver anhörigmedverkan vid sjukvård i hemmet kompletteras inte bara med sjukvårdsinsatser utan även med *kommunal social service,* t. ex. i form av hemhjälp, matservice, fotvård, terapi, kontaktverksamhet, trygghetslarm, färdtjänst. I vissa fall kan även en tillfällig plats i servicehus med helinackordering (ålderdomshem) behövas för att bereda en anhörigvårdare nödvändig ledighet. Detta visar enligt kommittén att även kommunerna har en mycket viktig funktion vad gäller stödet till anhörigvårdarna och de som vårdas i hemmet.

Bostadens standard och utrustning har stor betydelse vid vård i hemmet. Bostadsanpassningsbidrag, förbättringslån samt kommunalt bostadstillägg för pensionärer och handikappade personer är några former av ekonomiskt stöd som bidrar till att vård i hemmet för många blir ett möjligt alternativ till sluten vård. Statligt stöd genom bidrag i olika former till huvudmännen utgår för närvarande till olika insatser som mer eller mindre direkt berör verksamheten med sjukvård i hemmet. Här kan nämnas statsbidrag eller ersättning till social hemhjälp, färdtjänst, tekniska hjälpmedel, primärvård samt glesbygdsstöd för vård och service till äldre och handikappade personer. Det är enligt kommitténs mening angeläget att dessa olika statliga stödformer även *fortsättningsvis kvarstår* för att målsättningen att så många äldre, sjuka och handikappade som möjligt skall kunna stanna kvar i eget boende kan förverkligas.

Avslutningsvis vill kommittén framhålla att stödet till anhörigvårdarna inte alltid nödvändigtvis behöver ställa krav på ökade resurser. Som exempel härpå kan nämnas insatser för att skapa *ett större intresse bland vårdpersonalen för anhörigvårdarnas situation.* En större öppenhet för deras behov av praktisk och psykologisk hjälp i skilda situationer måste vara av stor vikt. För att åstadkomma detta krävs en *attitydpåverkan.* Genom utbildningsinsatser kan personalen få ett förändrat synsätt på den enskildes roll i vården. I dag erbjuds denne i regel inte spontant något stöd utan den hjälp som ges är mycket beroende på om vårdpersonalen uppmärksammar behovet av stöd. Den främsta orsaken till detta torde vara att planeringen av vården till stor del bygger på patientens situation och troligen också på ovanan att se det sociala nätverkets betydelse i vård- och omsorgssammanhang. Ett bättre stöd till anhörigvårdarna i olika avseenden torde bidra till att sjukvården i hemmet i ännu högre grad blir en verklig tillgång för alla människor, oavsett deras ålder, sjukdomens eller handikappets art och varaktighet.

11 Ikraftträdande, genomförande m. m.

Som framgår av lagförslaget bör reformen kunna träda i kraft fr. o. m. år 1985. Om så kommer att ske är det – enligt kommitténs uppfattning – angeläget att allmänheten under slutet av år 1984, genom statens försorg, *ges information via massmedia*. Samtidigt är det enligt kommittén inte mindre viktigt att sjukvårdshuvudmannen på lämpligt sätt informerar inte bara sin personal utan även *patienterna och deras anhöriga* om rätten till ledighet för anhörigvård.

Kommittén har mot bakgrund av det pågående utvecklingsarbetet hos sjukvårdshuvudmännen i fråga om verksamheten med sjukvård i hemmet bedömt att flertalet huvudmän vid reformens ikraftträdande övergått från eller håller på att övergå från hemsjukvårdsbidrag till anställning av anhörigvårdare. För den händelse denna övergång inte är klar vid ikraftträdandet har en *övergångsbestämmelse* tillskapats som under viss tid tillförsäkrar arbetstagare rätt till ledighet för anhörigvård trots att hemsjukvårdsbidrag utges till patienten eller vårdaren för vården i hemmet.

Vad gäller frågan om vilka anställnings- och ersättningsvillkor som skall tillämpas vid anställning av anhörigvårdare har kommittén utgått ifrån att *den principiella rekommendationsöverenskommelse* om ersättnings- och anställningsvillkor (bilaga 5) som finns för anhörig hemsjukvårdare bör vara normgivande.

Reformens genomförande bör inte leda tilll något direkt merarbete för sjukvårdshuvudmännen, bortsett från nödvändig information om dess innehåll och eventuellt tillskapande av vissa rutiner som torde bli nödvändiga vid de längre ledigheterna.

Kommittén anser inte heller för arbetsgivarnas vidkommande att ett genomförande av denna ledighetsreform behöver leda till något påtagligt merarbete, utöver vad som uppstår i anslutning till ikraftträdandet i fråga om viss information till berörda handläggare och eventuellt utarbetande av vissa rutiner för handläggning av ansökningar om denna form av ledighet. Det har framgått av svaren på kommitténs förfrågan hos arbetsgivare och arbetstagare att varje framställning om i synnerhet ledigheter för längre tid för vård av anhörig blivit föremål för ingående prövning. En lag som innehåller vissa klart uppställda villkor för rätt till ledighet bör därför innebära att *prövningen i flertalet fall blir enklare* för arbetsgivaren och samtidigt mer rättvis för arbetstagaren.

Avslutningsvis finner kommittén att införandet av en lagstadgad ledighetsrätt av detta slag kan leda till att ett behov av extra arbetskraft, i form av t. ex.

vikarier, kommer att efterfrågas. Detta bidrar till en *ökad rörlighet* på arbetsmarknaden, något som bör betraktas som positivt för samhället som helhet.

Specialmotivering

Bakgrunden till detta lagförslag har närmare utvecklats i den allmänna motiveringen för införandet av en rätt till ledighet för anhörigvård vilken finns intagen under avsnitt 10.1.8 sidan 83. Härav framgår bl. a. att ledighetsrätten med avseende på vårdbehovets varaktighet har delats upp på kortare och längre ledigheter, vilka rör skilda vårdsituationer och innehåller olika villkor i övrigt. Några samordningsregler mellan dessa ledighetsformer har inte ansetts nödvändigt att införa.

Det bör också framhållas att rätten till en längre ledighet från anställningen utgår från att vården av den anhörige sker i hemmet, medan rätten till en kortare ledighet i vissa fall kan föreligga även när den anhörige vårdas på en sjukvårds- och vårdinrättning m. m.

Föreskrifterna i lagförslagets 3, 9–13 §§ överensstämmer i princip med motsvarande föreskrifter i lagen (1978:410) om rätt till ledighet för vård av barn m. m. (föräldraledighetslagen; omtryckt 1979:645, ändrad senast 1982:676).

Förslag till
Lag om rätt till ledighet för vård av anhörig

Inledande bestämmelser

1 § *En arbetstagare har rätt till ledighet från sin anställning för att vårda en anhörig enligt bestämmelserna i denna lag.*

Med en anhörig jämställs den med vilken arbetstagaren har nära personliga relationer.

I paragrafens första stycke slås den principiella rätten till ledighet från förvärvsarbete för anhörigvård fast. Denna utformning av rätten gör det möjligt för *fler* än en arbetstagare att samtidigt vara lediga från sina anställningar för att vårda en gemensam anhörig. En sådan situation kan tänkas uppkomma vid ett svårare sjukdomstillstånd eller då flera vill dela på vården.

Med begreppet *anhörig* avses de personer med vilka arbetstagaren har ett släktskapsförhållande. Av andra stycket framgår att den med vilken arbetstagaren har nära personliga relationer jämställs med en anhörig. Det har inte ansetts erforderligt att närmare precisera vad som avses med nära

personliga relationer. I det fall en arbetstagare vill avstå från sitt arbete under en tid för att utföra en omfattande vårdinsats för en god vän, granne osv. saknas i regel grundad anledning att ifrågasätta om sådana relationer föreligger. Detta innebär att arbetsgivaren således inte skall behöva göra en mer ingående prövning av detta innan ledigheten kan beviljas.

Eftersom definitionen av begreppet anhörig inte anknyter till någon åldersgräns innebär detta att ledighetsrätten gäller vid såväl vård av barn som äldre personer. Detta leder i praktiken till att föräldrar med barn under 12 år kan få rätt till ledighet utöver vad lagen (1978:410) om rätt till ledighet för vård av barn, m. m. medger. Till skillnad från vad som gäller för sådan ledighet förutsätter ledighet enligt lagförslagets 4 §, som kan användas för tillfälliga vårdinsatser, inte att ersättning utgår till den som vårdar barnet. På så sätt kan även föräldrar till barn som har fyllt 12 år i vissa fall få möjlighet till ledighet för vård av dessa. Som tidigare framgått är inte heller i dessa fall den grundläggande rätten till ledighet knuten till föräldrabegreppet. Även andra släktingar eller närstående får på detta sätt en rätt till ledighet om de vill hjälpa till i vården.

Liksom annan arbetsrättslig lagstiftning innehåller lagförslaget inte några bestämmelser om dess tillämplighet på anställningsförhållanden med internationell anknytning. Den frågan får lösas i rättstillämpningen enligt sedvanliga normer för lagkonflikter. En annan sak är att vid sådan ledighet som sägs i 3 § och som har samband med av sjukvårdshuvudmännen bedriven verksamhet med sjukvård i hemmet, vården måste bedrivas inom landets gränser. Detta följer av att det är här som sjukvårdshuvudmännen har att fullgöra sina skyldigheter. I fråga om kortvariga och tillfälliga vårdinsatser finns inte motsvarande koppling till sjukvårdshuvudmännens verksamhet, varför från dessa utgångspunkter det inte finns något hinder för t. ex. en invandrare att med åberopande av 4 § få ledigt för att vårda en svårt sjuk anhörig eller närstående i dennes i utlandet belägna hem.

2 § *Avtal är ogiltiga i den mån de upphäver eller inskränker arbetstagarnas rättigheter enligt denna lag. Genom kollektivavtal som har slutits eller godkänts av en central arbetstagarorganisation får dock göras avvikelser från 6 § och 8 § andra stycket. Även den närmare tillämpningen av 7 och 10 §§ får bestämmas genom kollektivavtal som har tillkommit på motsvarande sätt.*

En arbetsgivare som är bunden av ett sådant kollektivavtal får tillämpa avtalet även på arbetstagare som inte är medlemmar i den avtalsslutande arbetstagarorganisationen men sysselsätts i arbete som avses med avtalet.

Efter mönster från annan likartad arbetsrättslig lagstiftning föreskrivs i denna paragraf, att med vissa undantag, ett avtal är ogiltigt i den mån det upphäver eller inskränker en arbetstagares rättigheter enligt lagen. Lagen är alltså i princip *tvingande* till arbetstagares förmån. Detta hindrar naturligtvis inte att avtal sluts om längre gående rättigheter för arbetstagare än vad som följer av lagen.

Vissa av lagens bestämmelser har emellertid gjorts *dispositiva* på det sättet att arbetsmarknadens parter med verkan för berörda arbetstagare får träffa kollektivavtal dels om avvikelser från lagen på vissa punkter, dels om den närmare tillämpningen av vissa bestämmelser. På så sätt kan lagreglerna

ersättas eller kompletteras med bransch- eller arbetsplatsanpassade föreskrifter. Enligt samma principer som gäller för föräldraledighetslagen är de regler från vilka avvikelse får göras med stöd av kollektivavtal underrättelsetiden före ledighet enligt 6 § samt reglerna om återgång i arbete enligt 8 § andra stycket. Sådana kollektivavtal kan således innehålla mera långtgående skyldigheter för arbetstagaren och därigenom innebära försämringar. Häri ligger en skillnad mot de kollektivavtal som får träffas om den närmare tillämpningen av bestämmelserna i 7 § om ledighetens förläggning och i 10 § om en arbetstagares skydd mot försämrade anställningsförhållanden och anställningsvillkor. Sådana avtal får nämligen inte leda till att arbetstagarnas förmåner allmänt sett sänks under den nivå som lagen garanterar.

Rätt till ledighet

3 § *En arbetstagare har rätt till ledighet från sin anställning för att vårda en anhörig som är sjuk eller handikappad i hemmet, inom den av sjukvårdshuvudmannen bedrivna verksamheten med sjukvård i hemmet. Rätten till ledighet för vård av ett barn med handikapp under 16 år i hemmet föreligger även om detta inte omfattas av denna verksamhet under förutsättning att vårdbidrag utges enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.*

Som villkor för ledighet gäller, såvitt avser ledighet i samband med den av sjukvårdshuvudmannen bedrivna verksamheten med sjukvård i hemmet, att arbetstagaren erhåller anställning som anhörigvårdare av sjukvårdshuvudmannen eller kommunen.

Som ytterligare villkor för ledighet gäller att arbetstagaren vid ledighetens början varit anställd hos arbetsgivaren antingen de senaste sex månaderna eller sammanlagt minst tolv månader under de senaste två åren. Vid beräkningen av anställningstiden tillämpas 3 § första stycket lagen (1982:80) om anställningsskydd.

Av paragrafen framgår i vilka två situationer och under vilka förutsättningar som en rätt till en *längre ledighet* föreligger för anhörigvård. Den första situationen med sjukvård i hemmet genom sjukvårdshuvudmannens försorg förutsätter att arbetstagaren erhåller anställning som anhörigvårdare av sjukvårdshuvudman eller kommun.

Några krav på att anställningen hos sjukvårdshuvudmannen eller kommunen måste vara av en viss omfattning har inte uppställts. Kommitténs närmare överväganden i fråga om ersättning för anhörigvård framgår av avsnittet 10.1.8.5 sid. 90.

Den andra situationen avser vård av barn med handikapp under 16 år i hemmet även om denna vård inte ges inom sjukvårdshuvudmannens verksamhet med sjukvård i hemmet under förutsättning att vårdbidrag utgår enligt lagen om allmän försäkring. Behov av vård i hemmet med anhörigmedverkan har därvid ansetts föreligga när vårdbidrag utges eftersom rätten till vårdbidrag baseras på att barnet har omfattande behov av särskild tillsyn och vård. Något krav på anställning av anhörigvårdaren har i samband härmed inte uppställts.

Är arbetsgivaren inte bekant med arbetstagarens vårdsituation torde det vara naturligt att arbetstagaren till stöd för sin ledighetsansökan bilägger de

handlingar och uppgifter som erfordras för arbetsgivarens bedömning.

Med *uttrycket vård i hemmet* avses olika insatser av tillsyns-, omvårdnads- eller sjukvårdskaraktär som arbetstagaren utför för den sjuke eller handikappade i dennes eller arbetstagarens hem. Även mera tillfälliga bostäder såsom vistelse i en sommarstuga under semester får betraktas som hem i lagens mening.

Av paragrafens tredje stycke framgår att en grundläggande förutsättning för att rätt till ledighet skall föreligga i dessa två situationer är att arbetstagaren skall ha kvalificerat sig för denna genom anställning hos sin arbetsgivare under viss tid. Det angivna kvalifikationskravet överensstämmer med vad som gäller vid andra slag av lagreglerade längre ledigheter (studier, vård av barn).

4 § *En arbetstagare har vidare rätt till ledighet från sin anställning för att vårda en anhörig under sammanlagt högst 30 dagar för varje kalenderår. Som villkor för sådan ledighet gäller att behovet av anhörigvård skall vara föranlett av*

1. *svårare sjukdomstillstånd,*
2. *väntan i hemmet på plats vid sjukhus eller vårdhem,*
3. *tillfälligt avbruten vård vid sjukhus eller vårdhem för vård i hemmet,*
4. *konvalescens i hemmet i stället för vid sjukhus eller konvalescenthem,*
5. *vård eller behandling av barn med handikapp under 16 år på en vårdinrättning.*

Som ett ytterligare villkor för ledighet gäller att en arbetstagare, på begäran av arbetsgivaren, på lämpligt sätt skall kunna styrka det uppkomna behovet av vårdinsatser från arbetstagarens sida.

I denna bestämmelse föreskrivs under vilka förutsättningar en rätt till en *kortare och tillfällig ledighet* från anställningen föreligger. De fem olika vårdsituationer, som kan grunda en rätt till en ledighet för anhörigvård under högst 30 arbetsdagar per kalenderår, är väl avgränsade från varandra och uppkommer i regel ganska akut även om det i några fall kan vara möjligt att förutse behovet av vård.

Situationen med *svårare sjukdomstillstånd* avviker från de övriga genom att den ger rätt till ledighet oavsett om vården sker i hemmet, på en sjukvårds- eller vårdinrättning eller på ett servicehus med helinackordering (ålderdomshem). Situationen med vård vid svårare sjukdomstillstånd innefattar även *vård i livets slutskede* (terminalvård). I avsnitt 10.1.8.6 sid. 91 finns närmare beskrivet vad som avses med svårare sjukdomstillstånd.

De påföljande tre vårdsituationerna utgår från det förhållandet att den anhörige tillfälligt vårdas i hemmet.

Situationen med *väntan på plats vid sjukhus eller vårdhem* uppkommer när de anhöriges vårdbehov blivit sådant att det bedömts nödvändigt att så snart som möjligt ge vederbörande vård inom långtidssjukvården eller på ett vårdhem, men att ledig vårdplats för tillfället saknas. Med sjukhus avses även centrala och lokala sjukhem. Jfr 5 §, hälso- och sjukvårdslagen. Plats på servicehus med helinackordering (ålderdomshem) avses inte i detta sammanhang.

Situationen med *tillfälligt avbruten vård vid sjukhus eller vårdhem* kan

uppkomma under t. ex. semestertid. Härigenom blir det bl. a. möjligt för en patient på ett långvårdssjukhus att för en kortare tid få vistas i hemmiljö.

Den fjärde situationen med *konvalescentvård i hemmet i stället för vid sjukhus eller konvalescenthem* avser av läkare föreskriven konvalescens efter sjukdom när eftervården likväl bedöms kunna ske i hemmet med anhörigmedverkan.

Situationen med *vård eller behandling av barn med handikapp under 16 år* är enbart begränsad till när denna vård eller behandling ges på en vårdinrättning. Den situationen avviker från de övriga genom att den gjorts åldersbegränsad och avser vård eller behandling av barn med handikapp under 16 år på en vårdinrättning. Föräldramedverkan i dessa situationer är oftast en grundförutsättning för att vården eller behandlingen skall kunna genomföras. Med vårdinrättning avses i detta sammanhang vårdhem, elevhem, barnklinik eller liknande institutioner.

Arbetsgivaren kan – som framgår av paragrafens tredje stycke – som villkor för ledigheten begära att arbetstagaren *styrker* behovet av sina vårdinsatser på lämpligt sätt. Detta torde i första hand ske genom läkarintyg vad gäller svårare sjukdomstillstånd och vid vård och behandling av barn med handikapp under 16 år. Vid de övriga tre situationerna kan i vissa fall även intyg från annan vårdgivare, t. ex. kurator, avdelningsföreståndare, godtas.

Bestämmelserna i denna paragraf hindrar inte en arbetstagare från att vid behov tillfälligt vårda *mer* än en anhörig under de maximerade 30 dagar som lagen ger varje arbetstagare rätt till per kalenderår.

Om den tillfälliga vårdsituationen övergår till en mer permanent sådan med sjukvård i hemmet genom sjukvårdshuvudmannens försorg blir bestämmelserna i 3 § tillämpliga vad gäller arbetstagarens rätt till en eventuell fortsatt ledighet från anställningen.

5 § *Ledighet enligt 3 och 4 §§ får avse hel ledighet eller förkortning av arbetstiden till hälften av den normala arbetstiden vid arbetsplatsen.*

Genom denna bestämmelse fastslås att ledigheten – oavsett ledighetsperiodens längd – måste tas ut som *hel eller halv ledighet.* Denna begränsning i möjligheterna har införts av hänsyn till arbetsgivarnas svårigheter vad gäller både administration och produktion.

Detta leder i fråga om de längre ledigheterna till att den arbetstagare som erhållit en anställning som anhörigvårdare med 40 % av normal heltidstjänstgöring måste vara halvtidsledig från sin ordinarie heltidsanställning. För den som erhållit en sådan anställning med 75 % tjänstgöring synes en hel ledighet från förvärvsarbetet vara det enda möjliga.

Bestämmelsen innebär också att den som är heltidsarbetande har en teoretisk möjlighet att ta ut alla de 30 dagarna genom att förkorta sin arbetstid till hälften under en period av 60 dagar. Härav följer även att den som är halvtidsarbetande måste ta ut en hel ledighetsdag för att vara ledig en arbetsdag. I likhet med regeln i 3 § föräldraledighetslagen avses med normal arbetstid den arbetstid som är normal inom den bransch eller på den arbetsplats där arbetstagaren är anställd (se prop. 1977/78:104 s. 45).

Ledighetens förläggning m. m.

6 § *En arbetstagare som vill utnyttja sin rätt till ledighet enligt 3 § skall anmäla detta till arbetsgivaren minst två månader före ledighetens början. I samband med anmälan skall arbetstagare om möjligt ange hur lång tid ledigheten är avsedd att pågå.*

Denna bestämmelse gäller endast ledigheter för en *längre* tidsperiod, dvs. under mer än 30 dagar, och huvudregeln innebär att arbetstagaren skall anmäla sitt behov av ledighet minst *två månader* innan den skall påbörjas. Denna förhållandevis långa varseltid förklaras främst av att behovet av en längre ledighet normalt sett inte uppkommer akut. Inte sällan har den anhörige vårdats en tid på sjukhus eller annan vårdinrättning och frågan om en fortsatt vård i hemmet har efter hand förts fram som ett lämpligt alternativ till denna institutionsvård. För den händelse att akut ledighetsbehov uppstår finns som framgår av 4 § möjlighet till en kortare ledighet för anhörigvård i vissa situationer.

7 § *Arbetsgivaren och arbetstagaren skall samråda om ledighetens förläggning och andra med ledigheten sammanhängande frågor. Kan enighet inte nås om förläggningen skall ledigheten förläggas till den dag som arbetstagaren begär. Vid förkortning av arbetstiden till hälften av den normala arbetstiden skall dock förkortningen spridas över arbetsveckans samtliga dagar och förläggas antingen till arbetsdagens början eller slut.*

Har beslut i frågan om ledighetens förläggning under dagen träffats på annat sätt än genom överenskommelse med arbetstagaren eller företrädare för arbetstagaren, skall arbetsgivaren underrätta arbetstagaren om beslutet. Underrättelsen skall om möjligt lämnas senast två veckor före ledighetens början.

Utgångspunkten för *ledighetens förläggning* är att arbetsgivaren och arbetstagaren kommer överens om denna. Detta understryks i första styckets första mening som innebär en skyldighet för de berörda parterna att samråda. I de flesta fallen blir det normalt en fråga för arbetsgivaren och den enskilde arbetstagaren att samråda och söka komma till en överenskommelse i förläggningsfrågan. Kan överenskommelse inte träffas på detta informella sätt torde arbetstagaren ofta komma att vända sig till sin fackliga organisation.

För det fall överenskommelse inte kan nås innehåller lagen vidare föreskrifter om hur ledigheten skall förläggas. Utgångspunkten är här av naturliga skäl att *arbetstagaren* skall få ledigheten förlagd till den dag som han eller hon begär. När det gäller hel ledighet torde härvidlag inte några problem uppstå. Vid *förkortning* av arbetstiden till hälften måste emellertid arbetsgivarens intresse av att kunna planera den dagliga verksamheten vägas mot arbetstagarens intresse av att förlägga ledigheten till viss tid eller vissa dagar. Till bilden hör vidare att det vårdbehov som skall täckas av ledigheten, i synnerhet längre ledigheter enligt 3 §, mestadels får antas vara kontinuerligt. Det är mot denna bakgrund som i fall *där överenskommelse inte träffas deltidsledigheten skall spridas jämnt* över arbetsveckans samtliga dagar. I dessa fall skall ledigheten förläggas antingen till arbetsdagens början eller

slut. Arbetstidsförkortningen skall här betraktas som en helhet som skall förläggas i ett enda block, antingen till arbetsdagens början eller slut (jfr arbetsdomstolens dom nr 87/83). Med arbetsvecka åsyftas arbetad vecka eller den motsvarande arbetsperiod som normalt förekommer inom den bransch eller på den arbetsplats där arbetstagaren är anställd.

I andra stycket regleras arbetsgivarens skyldighet att lämna besked om sitt beslut i fråga om ledighetens förläggning under dagen för det fall överenskommelse inte träffas.

Som tidigare har framgått får kollektivavtal på förbundsnivå träffas om den närmare tillämpningen av 7 §. Liksom motsvarande bestämmelse i föräldraledighetslagen avses här i första hand förläggningen av deltidsledigheten för arbetstagare som har skiftarbete, schemalagd arbetstid eller på annat sätt oregelbunden arbetstid.

Återgång i arbete

8 § *En arbetstagare får avbryta en påbörjad ledighet och återuppta arbetet i samma omfattning som före ledigheten.*

Vill arbetstagaren utnyttja sin rätt enligt första stycket skall arbetsgivaren underrättas snarast möjligt. Har ledigheten meddelats med stöd av bestämmelserna i 3 § är arbetsgivaren dock inte skyldig att låta arbetstagaren återgå i arbete tidigare än sex veckor efter det att arbetsgivaren har mottagit underrättelsen.

I denna paragraf regleras arbetstagarens rätt att vid avbrott i ledigheten åter börja arbeta i samma omfattning som före ledigheten. Bestämmelserna har sin motsvarighet i föräldraledighetslagen. Arbetstagaren skall underrätta arbetsgivaren om att han eller hon vill återgå i arbete. Har ledigheten meddelats med stöd av bestämmelserna i 3 §, dvs. när fråga är om längre ledigheter, är arbetsgivaren inte skyldig att låta arbetstagaren återinträda i arbetet tidigare än *sex veckor* efter anmälan. Denna tid, som är längre än den som föreskrivs i föräldraledighetslagen, har bestämts så att arbetsgivaren skall ha möjlighet att inom denna fullgöra sina skyldigheter enligt lagen (1982:80) om anställningsskydd i förhållande till en vikarie, nämligen att lämna besked och dessförinnan underrätta och varsla. I övriga fall, dvs. när ledigheten har meddelats med stöd av 4 §, har arbetstagaren rätt att återgå i arbete utan någon väntetid.

9 § *En arbetstagare får inte sägas upp eller avskedas enbart av det skälet att arbetstagaren begär eller tar i anspråk sin rätt till ledighet enligt denna lag.*

Sker det ändå, skall uppsägningen eller avskedandet ogiltigförklaras, om arbetstagaren begär det.

10 § *En arbetstagare är inte skyldig att enbart av det skälet att arbetstagaren begär eller tar i anspråk rätt till ledighet enligt denna lag vidkännas minskning av de förmåner som är förenade med anställning eller försämring av arbetsförhållandena i annan mån än som följer av uppehållet i arbetet. Arbetstagaren är inte heller skyldig att av skäl som nu har sagt vidkännas annan omplacering än som kan ske inom ramen för anställningsavtalet och som är en nödvändig följd av ledigheten.*

Övriga bestämmelser

11 § *En arbetsgivare som bryter mot denna lag skall betala arbetstagaren skadestånd för den förlust som uppkommer och för den kränkning som har skett.*

Om det är skäligt, kan skadeståndet sättas ned eller helt falla bort.

12 § *Mål om tillämpning av denna lag skall handläggas enligt lagen (1974:371) om rättegången i arbetstvister.*

Förs talan med anledning av uppsägning eller avskedande, skall 34 och 35 §§, 37 §, 38 § andra stycket andra meningen, 39–42 §§ samt 43 § första stycket andra meningen och andra stycket lagen (1982:80) om anställningsskydd gälla i tillämpliga delar. I fråga om annan talan tillämpas 64–66 och 68 §§ lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet på motsvarande sätt.

Dessa bestämmelser motsvarar utan någon saklig ändring 10, 11, 13 resp. 14 §§ föräldraledighetslagen.

Ikraftträdande m. m.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1985.
2. Bestämmelserna i 3 § gäller även för den som utan att anställning som anhörigvårdare föreligger beviljats hemsjukvårdsbidrag eller vårdar anhörig som uppbär sådant bidrag om beslut om detta har fattats före ikraftträdandet av lagen.

Föreskriften i punkt 2 avser det fall då en anhörigvårdare beviljats och direkt uppbär hemsjukvårdsbidrag enligt beslut av huvudmannen vilket fattats före lagens ikraftträdande. Situationen kan tänkas uppstå t. ex. då en anhörigvårdare beviljats hemsjukvårdsbidrag innan reformens ikraftträdande och därvid även beviljats tidsbegränsad ledighet från förvärvsarbetet. Vid fråga om förlängning av ledigheten ger regeln rätt till fortsatt ledighet trots att hemsjukvårdsbidrag utges. Vid omprövning av detta bidrag bortfaller rätten till ledighet för arbetstagaren, såvida inte bidraget ersätts av en anställning som anhörigvårdare.

Reservationer

1. Av ledamoten *Kerstin Hesselström*

Kommitténs majoritet har inte ansett sig kunna förorda ett system med ersättning inom socialförsäkringssystemets ram för de maximalt 30 dagar per år under vilka en arbetstagare föreslås få en i vissa vårdsituationer lagstadgad rätt till ledighet för vård av anhörig.

Kommittén har i fullständig enighet understrukit de starka humanitära skäl som talar för att den som gör betydande vårdinsatser i hemmet för en anhörig i princip bör kunna ersättas genom den allmänna försäkringen. Dessutom visar de beräkningar och bedömningar som kommittén gjort att ett sådant ersättningssystem på sikt leder till samhällsekonomiska besparingar. Jag kan därför inte ansluta mig till kommitténs uppfattning att det för närvarande saknas ekonomiska förutsättningar att lämna förslag på ett sådant system, samtidigt som kommittén föreslår en lagfäst rätt till ledighet från förvärvsarbetet för vård av anhörig under högst 30 dagar per arbetstagare och år i vissa angelägna vårdsituationer.

Det finns – enligt min uppfattning – stora risker för att en ledighetsrätt utan motsvarande ersättningsmöjligheter endast kommer att kunna utnyttjas av dem som har en god ekonomi.

Det är – enligt min mening – särskilt otillfredsställande att inte ens situationen med vård i livets slutskede i hemmet under högst 30 dagar kunnat bli föremål för ett förslag om ersättning. Jag vill därvid erinra om att utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede (SOU 1979:54) i full enighet bl. a. har föreslagit ett system med ersättning från den allmänna försäkringen med ersättningsbelopp motsvarande sjukpenningens storlek, jämte en rätt till ledighet. De beräkningar som denna kommitté gjort avseende vård i livets slutskede och som finns redovisade under 10.2.6 visar på kostnader för den allmänna försäkringen som sannolikt skulle understiga 24 milj. kr. per år. Dessa beräkningar utgår från en genomsnittlig ersättning på ca 160 kr. per vårddag till anhörigvårdaren. Totalkostnaden för denna ersättningsform kan jämföras med de sammanlagda kostnaderna för den allmänna sjukförsäkringen på drygt 30 miljarder kr.

Som ytterligare en jämförelse kan nämnas att den genomsnittliga kostnaden per vårddag vid en sjukvårdsinrättning där vården i livets slutskede alternativt skulle ges uppgår till ca 1 000 kr. Även med hänsyn till att vården i hemmet ofta leder till uppkomsten av vissa kringkostnader i form

form av t. ex. vårdpersonal och utrustning bör – enligt min uppfattning – vissa besparingar rimligen kunna göras av huvudmännen. Detta är således möjligt samtidigt som många människors önskemål om att få tillbringa sin sista levnadstid i hemmet kan tillgodoses.

Beträffande finansieringen av kostnaderna för ett ersättningssystem avseende de andra kortvariga vårdsituationer som omfattas av kommitténs förslag till ledighetslagstiftning, vill jag helt kort framhålla att en jämförelse mellan kostnaderna för vård på en vårdinrättning och vård i hemmet även i dessa fall leder till samma slutsats som för situationen med vård i livets slutskede.

Jag anser således sammanfattningsvis att kommittén av humanitära och samhällsekonomiska skäl bort föreslå att den rätt till ledighet på högst 30 dagar per arbetstagare och år som föreslås också skall kompletteras med en rätt till ersättning från den allmänna försäkringen. Ersättningens storlek bör därvid bygga på inkomstbortfallsprincipen och motsvara sjukpenningens storlek.

2. Av ledamoten *Kersti Johansson*

Kommitténs majoritet har inte ansett sig kunna förorda ett system med ersättning inom socialförsäkringssystemets ram för de maximalt 30 dagar per år under vilka en arbetstagare föreslås få en i vissa vårdsituationer lagstadgad rätt till ledighet för vård av anhörig.

Kommittén har i fullständig enighet understrukit de starka humanitära skäl som talar för att den som gör betydande vårdinsatser i hemmet för en anhörig i princip bör kunna ersättas genom den allmänna försäkringen. Dessutom visar de beräkningar och bedömningar som kommittén gjort att ett sådant ersättningssystem på sikt leder till samhällsekonomiska besparingar. Jag kan därför inte ansluta mig till kommitténs uppfattning att det för närvarande saknas ekonomiska förutsättningar att lämna förslag på ett sådant system, samtidigt som kommittén föreslår en lagfäst rätt till ledighet från förvärvsarbetet för vård av anhörig under högst 30 dagar per arbetstagare och år i vissa angelägna vårdsituationer.

Det finns – enligt min uppfattning – stora risker för att en ledighetsrätt utan motsvarande ersättningsmöjlighet endast kommer att kunna utnyttjas av dem som har en god ekonomi.

Det är – enligt min mening – särskilt otillfredsställande att inte ens situationen med vård i livets slutskede i hemmet under högst 30 dagar kunnat bli föremål för ett förslag om ersättning. Jag vill därvid erinra om att utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede (SOU 1979:54) i full enighet bl. a. har föreslagit ett system med ersättning från den allmänna försäkringen med ersättningsbelopp motsvarande sjukpenningens storlek, jämte en rätt till ledighet. De beräkningar som denna kommitté gjort avseende vård i livets slutskede och som finns redovisade under 10.2.6 visar på kostnader för den allmänna försäkringen som sannolikt skulle understiga 24 milj. kr. per år. Dessa beräkningar utgår från en genomsnittlig ersättning på ca 160 kr. per vårddag till anhörigvårdaren. Totalkostnaden för denna ersättningsform kan jämföras med de samman-

lagda årliga kostnaderna för den allmänna sjukförsäkringen på drygt 30 miljarder kr.

Som ytterligare en jämförelse kan nämnas att den genomsnittliga kostnaden per vårddag vid en sjukvårdsinrättning där vården i livets slutskede alternativt skulle ges uppgår till ca 1 000 kr. Även med hänsyn till att vården i hemmet ofta leder till uppkomsten av vissa kringkostnader i form av t. ex. vårdpersonal och utrustning bör – enligt min uppfattning – vissa besparingar rimligen kunna göras av huvudmännen. Detta är således möjligt samtidigt som många människors önskemål om att få tillbringa sin sista levnadstid i hemmet kan tillgodoses.

Jag vill som ett ytterligare stöd för min avvikande uppfattning i frågan om ersättning för anhörigvård hänvisa till socialförsäkringsutskottets utlåtande så sent som i mars 1983 (SoU 1982/83:23) rörande anhörigvård. "Utskottet anser att de anhörigas insatser bör tas till vara inom äldreomsorgen. Det är därför viktigt att den som vill hjälpa eller ta hand om en äldre anförvant får samhällets stöd för detta. Han eller hon måste få ersättning för sitt arbete och tillförsäkras samma sociala trygghet som andra."

Beträffande finansieringen av kostnaderna för ett ersättningssystem avseende de andra kortvariga vårdsituationer som omfattas av kommitténs förslag till ledighetslagstiftning, vill jag helt kort framhålla att en jämförelse mellan kostnaderna för vård på en vårdinrättning och vård i hemmet även i dessa fall leder till samma slutsats som för situationen med vård i livets slutskede.

På grund av det samhällsekonomiska värdet av reformen borde – enligt min uppfattning – någon finansieringsväg inte behöva anvisas, men en tänkbar sådan finns i de för stat och allmän försäkring minskade sjukförsäkringskostnaderna till följd av den fortgående minskningen av sjuktalet. Det kan nämnas att en minskning av sjuktalet med en dag motsvaras av närmare en miljard i minskade försäkringskostnader.

Jag anser således sammanfattningsvis att kommittén av humanitära och samhällsekonomiska skäl bort föreslå att den rätt till ledighet på högst 30 dagar per arbetstagare och år som föreslås också skall kompletteras med en rätt till ersättning från den allmänna försäkringen.

Vad gäller frågan om ersättningens storlek bör den grundas på den principen att den skall utgöra kompensation för utfört arbete och göras lika stor för alla. Storleken kan t. ex. motsvara den genomsnittliga registrerade sjukpenningen på ca 160 kr./dag eller motsvara det belopp som ett sjukvårdsbiträde eller ett vårdbiträde i öppen vård (hemsamarit) erhåller per dag. Ersättningen kan antingen utbetalas av försäkringskassan eller av sjukvårdshuvudmannen. Det senare alternativet bygger på att en schabloniserad försäkringsersättning utbetalas till sjukvårdshuvudmännen.

3. Av ledamoten *Allan Åkerlind*

a) Långa ledigheter m. m.

Kommittén är enig angående förslaget om rätt till ledighet från anställning vid behov av kortare ledigheter – högst 30 dagar per år – för att vårda anhörig.

Trots att antalet ledighetslagar enligt min mening redan är för många så är tillfällig vård av sjuk anhörig i hemmet så pass angeläget att det måste underlättas genom rätt till ledighet från arbetet.

En begränsning av övrig ledighetslagstiftning bör prövas i annat sammanhang.

Kommittén har även föreslagit att rätt till ledighet skall införas genom lagstiftning även för de fall där vårdbehovet kvarstår under lång tid. För den långa ledigheten föreslås inte heller någon begränsning i tiden. Förslaget innebär att den som behöver vårda en anhörig under lång tid med stöd av lagen kan vara ledig från arbetet under många år för att när som helst kunna återgå i arbete under förutsättning att arbetsgivaren underrättats därom minst sex veckor i förväg.

Detta förslag kan få mycket besvärliga följder för framför allt mindre företagare med några få anställda. Att när som helst tvingas inplacera en arbetstagare som efter flera års ledighet önskar återgå i arbetet kan vara närmast ogörligt för många småföretag.

Situationen skärps ytterligare av att arbetstagaren enligt 10 § inte skall behöva vidkännas minskning av de förmåner som är förenade med anställningen eller försämring av arbetsförhållanden i annan mån än som följer av uppehållet i arbetet. Det är rimligt att dessa regler gäller i fråga om kortare ledigheter, men de kan få svåra konsekvenser när det gäller längre ledigheter. Särskilt för mindre företag som kanske har en ersättare anställd sedan flera år.

Arbetsgivare som inte följer lagens föreskrifter hotas dessutom av skadestånd till arbetstagaren enligt 11 §.

Jag reserverar mig mot att lagen skall gälla längre ledigheter än 30 dagar per år.

Jag anser också att 11 § som behandlar arbetsgivares skadestånd till arbetstagare skall utgå ur förslaget. När det gäller långa ledigheter skulle annars en småföretagare som inte har några möjligheter att åter inplacera en arbetstagare efter en flerårig ledighet dessutom behöva betala skadestånd för detta. Det kan jag inte biträda. Även med den begränsning till korta ledigheter som jag föreslår att lagen skall gälla så bör skadeståndsbestämmelsen kunna undvaras. Här gäller det ändå så pass ömmande humanitära frågor att lösningar bör kunna åstadkommas utan hot om skadestånd.

Med anledning av vad jag anfört reserverar jag mig för följande förändringar i lagförslaget:

Jag yrkar

att 3 § i förslaget utgår i sin helhet,

att ordet "vidare" i 4 § utgår,

att hänvisningen till 3 § i 5 § utgår,

att 6 § utgår i sin helhet, och "6 § och" i 2 § utgår,

att 8 § sista meningen som börjar "Har ledigheten meddelats" och slutar med "mottagit underrättelsen" utgår,

att 11 § utgår,

att beträffande ikraftträdandet punkten 2 som hänvisar till 3 § också utgår samt

att kvarvarande paragrafer numreras om i enlighet med detta förslag.

b) Avsnitt om jämställdhet

Kommittén har delvis i avsnittet 10.1.8 och särskilt i avsnittet 10.1.8.7 tagit upp frågan om ledighet för vård av anhörig ur jämställdhetssynpunkt.

Kommittén söker här motivera ledighet för vård av anhörig med att det skulle vara fördelaktigt ur jämställdhetssynpunkt. Kommittén försöker också finna olikheter i olika avseenden mellan män och kvinnor när det gäller vård av anhöriga. Det kan enligt min mening inte vara till någon nytta att i detta sammanhang diskutera om män och kvinnor har olika förvärvsmönster eller olika reaktioner inför en vårdsituation. En lagstiftning för anhörigvård skall vara lika för män och kvinnor och det har knappast någon betydelse eller något särskilt intresse om den ena gruppen reagerar något olika jämfört med den andra. Reaktioner och förvärvsmönster kan också vara mycket olika inom grupperna var för sig.

Det som är avgörande är att våra förslag kan leda ytterligare framåt för att den vårdbehövande skall få bästa möjliga vård och därvid om möjligt få vara kvar i sitt hem. Den målsättningen främjas inte av att söka olikheter och motsättningar mellan män och kvinnor.

Jag anser sålunda att avsnitten om jämställdhet bort utgå därför att dessa frågor inte har att göra med frågan om anhörigvård.

Bilaga 1 Samhällets stöd till äldre, sjuka och handikappade

1 Ersättningar till huvudmännen

1.1 Sjukvårdshuvudmännen

Sjukvårdshuvudmännen erhåller enligt förordningen (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling ersättning från sjukförsäkringen för sjukvårdande behandling i form av *behandlingsersättning* med f. n. 60 kr. per behandling eller besök under förutsättning att vården är ordinerad av läkare och ges av personal som är anställd hos sjukvårdshuvudman. För sjukvård i hemmet gäller dock att ersättning från försäkringskassa utges för endast *ett* besök per dag.

Vid läkarbesök i hemmet erhåller sjukvårdshuvudmannen enligt läkarvårdstaxan (1974:699) *läkarvårdsersättning* från sjukförsäkringen med 143 kr. per besök. Fr. o. m. år 1982 har genom förordningen (1981:946) om bidrag till sjukvårdshuvudman för viss sjukvård införts en särskild ersättning från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för *förebyggande hälsovårdande insatser samt primärvård inkl. långtidssjukvård.* Ersättning utgår med 24 kr. per invånare och år motsvarande totalt 200 milj. kr. att fördela mellan sjukvårdshuvudmännen. Denna nya ersättningsform har införts med hänsyn till den nya hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt förordningen (1975:963) om ersättning till sjukvårdshuvudman för handikapphjälpmedel och sjuktransporter, utges ersättning från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudman för tillhandahållande av *sjuktransporter med ambulans* eller annat sjuktransportfordon. Ersättningens storlek är f. n. 27 kr. per invånare och år. Sjukvårdshuvudmannen svarar för att erforderliga sjuktransportmöjligheter finns att tillgå inom resp. sjukvårdsområde mot en avgift för den sjuke av högst 30 kr. för varje resa.

Av sistnämnda förordning framgår även att ersättning från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudman utges för tillhandahållande av *hjälpmedel för handikappade* (hjälpmedelsersättning). Ersättningens storlek är f. n. 75 kr. per invånare och år. Sjukvårdshuvudmannen skall inom ramen för denna ersättning tillhandahålla kostnadsfria eller prisnedsatta glasögon till barn och ungdomar under 19 års ålder.

Bestämmelser om samtliga ovannämnda ersättningar finns intagna under 2 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL).

1.2 Kommunerna

Kommunerna erhåller genom kungörelsen (1964:427) om statsbidrag till social hemhjälp ett särskilt *statsbidrag till social hemhjälp*. Bidraget är 35 % av bruttokostnaderna för hemhjälpspersonal och barnvårdare, vilka har till uppgift att hjälpa barnfamiljer, äldre och handikappade som bor i egen bostad. Bidrag utges även för hår- och fotvård, matdistribution, snöröjning m. m. Vidare utges statsbidrag för hemhjälpsledare och för kommunalt bidrag till enskild sammanslutning som bedriver social hemhjälp. Bidragen betalas för kalenderår i efterskott. Bidragets storlek för budgetåret 1982/83 beräknas till ca 1,5 miljarder kr. En översyn av reglerna för detta bidrag pågår f. n.

Vidare kan kommunerna erhålla fördelaktiga *statliga lån och räntebidrag* för att bygga servicehus. De kan också – under vissa förutsättningar – få statliga lån för ombyggnad av ålderdomshem till servicehus. Bestämmelserna härom finns i bostadsfinansieringsförordningen (1974:946).

Statligt stöd har sedan 1968 utgått för att genomföra försöksverksamhet med service och *vård för äldre och handikappade i glesbygd*. Sammanlagt har under åren 1968–1978 beviljats ca 60 milj. kr. av glesbygdsmedel. Det årliga anslaget har under de senaste åren uppgått till 6 milj. kr.

2 Ersättningar m. m. till den enskilde

2.1 Lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL)

Den som är inskriven hos allmän försäkringskassa och har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) på minst 6 000 kr. är vid sjukdom berättigad till *sjukpenning* från AFL. Hemmavarande make är dock under vissa förutsättningar berättigad till sjukpenning även om SGI:n inte uppgår till nämnda belopp. Hel sjukpenning utgör för dag räknat 90 % av den fastställda SGI:n, delad med 365. För hemmavarande är sjukpenningen 8 kr. per dag. SGI är den försäkrades beräknade förvärvsinkomst under ett år, dock högst 7,5 gånger basbeloppet vid årets början.

Sjukpenning utges vid sjukdom, som förorsakar nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften. Den som är över 70 år eller dessförinnan tar ut hel ålderspension har rätt till sjukpenning under högst 180 dagar. Sjukpenning till hemmamake kan inte utges efter 65 års ålder. Bestämmelserna härom finns i 3 kap. AFL.

Förtidspension utges till försäkrad som fyllt 16 år och som inte uppbär ålderspension för tid före den månad då han fyller 65 år om arbetsförmågan på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt med minst hälften och nedsättningen kan anses varaktig. Kan denna inte anses varaktig, men antas bli bestående avsevärd tid, har den försäkrade rätt till folkpension i form av *sjukbidrag*, vilket är begränsat till viss tid.

Förtidspensionens storlek graderas efter den försäkrades förmåga eller möjlighet att bereda sig inkomst. Är förmågan eller möjligheten nedsatt i sådan grad att ingen eller endast en ringa del av denna återstår, utges hel

förtidspension. Hel förtidspension utgör 95 % av basbeloppet. Bestämmelserna härom finns i 7 kap. AFL.

Hustrutillägg är en inkomstprövad särskild folkpensionsförmån vilken kan utges till hustru till ålders- och förtidspensionär. Enligt huvudregeln krävs att hustrun fyllt 60 år för att detta tillägg skall kunna utges till henne, men det kan utges även till yngre kvinnor om särskilda skäl föreligger. Ett sådant skäl kan vara "vård av maken". Till följd av att förmånen är inkomstprövad – varvid makarnas sammanlagda inkomster och förmögenhet beaktas – erhåller många kvinnor som uppfyller kraven på "vård av maken" ändå inte denna förmån. Endast drygt 3 000 kvinnor beräknas ha hustrutillägg av särskilda skäl. Bestämmelserna härom finns införda under 9 kap. AFL.

Handikappersättning, som är en folkpensionsförmån, utges dels som en tilläggspension till försäkrad som uppbär pension enligt AFL, dels som en självständig förmån till den som inte har sådan pension. Förmånen kan utges till försäkrad som fyllt 16 år och som före 65 års ålder för avsevärd tid har fått sin funktionsförmåga nedsatt i sådan omfattning att han

a) i sin dagliga livsföring behöver mera tidskrävande hjälp av annan
b) för att kunna förvärvsarbeta behöver fortlöpande hjälp av annan eller
c) eljest behöver vidkännas betydande merutgifter.

Om det föreligger behov av stöd i flera än ett av dessa avseenden, grundas bedömningen av rätt till handikappersättning på det sammanlagda behovet av stöd. Förmånen utgår allt efter hjälpbehovets omfattning eller merutgifternas storlek för år räknat med 61, 46 eller 31 % av basbeloppet. Handikappersättning utges alltid till försäkrad som är blind, döv eller gravt hörselskadad om handikappet uppkommit före 65 års ålder. Bestämmelserna härom finns i 9 kap. AFL.

Vårdbidrag är en folkpensionsförmån, vilken utges till föräldrar för vård i hemmet av barn som inte fyllt 16 år och som på grund av sjukdom, psykisk utvecklingsstörning eller annat handikapp under minst 6 månader i är i behov av särskild tillsyn och vård. Vid bedömningen om rätt till vårdbidrag skall även beaktas sådana merutgifter som uppkommer till följd av barnets sjukdom eller handikapp. Vårdbidrag utges allt efter tillsyns- och vårdbehovets omfattning och merkostnadernas storlek med belopp motsvarande hel eller halv förtidspension till ensamstående. Vårdbidrag beskattas som inkomst av tjänst och är pensionsgrundande. Riksdagen har i juni 1982 – på förslag av anhörigvårdskommittén (DsS 1981:15) – beslutat om vissa förbättringar av vårdbidraget bl. a. genom införande av en skattefri merkostnadsersättning inom vårdbidraget för de särskilda kostnader som handikappet medför för familjen. De nya bestämmelserna trädde i kraft 1983-01-01. Bestämmelserna härom finns i 9 kap. AFL.

För personer med stort behov av sjukvård och läkemedel finns ett *högkostnadsskydd.* Det gäller för såväl läkar- som tandläkarordinerade läkemedel som läkarvård och sjukvårdande behandling i privat och offentlig vård. Förmånen innebär i korthet att en person blir befriad från ytterligare kostnader för läkemedel och vårdbesök när denne betalt avgift för 15 inköp/besök. Befrielsen gäller under en 12-månadersperiod räknat från första inköpet/besöket. På ett s. k. 15-kort skall apoteket resp. vårdgivaren registrera varje besök/inköp. Sjukvårdande behandling och telefonrådgiv-

ning leder bara till en halv registrering. När registreringarna på 15-kortet uppgår till 15 "hela" registreringar har patienten rätt att få ett frikort för sjukvård och medicin. Bestämmelserna härom finns införda i 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.

Läkemedel, ordinerade av läkare eller tandläkare, tillhandahålls till nedsatt pris, vid långvarig och allvarlig sjukdom kostnadsfritt om regeringen har bestämt att sjukdomen skall berättiga till detta. *Vissa av läkare förskrivna livsmedel* kan, i den mån regeringen så förordnat, tillhandahållas till nedsatt pris. *Vissa förskrivna förbrukningsartiklar vid sjukdom* skall, enligt vad regeringen beslutat, tillhandahållas kostnadsfritt. Bestämmelserna finns införda i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.

2.2 Ersättningar m. m. från sjukvårdshuvudmännen

Nästan alla sjukvårdshuvudmän utger *hemsjukvårdsbidrag* (kontantbidrag) som en ersättning för de merkostnader som hemsjukvårdspatienten har på grund av sin sjukdom. De flesta huvudmännen utbetalar bidrag direkt till patienten vilket innebär att detta inte är skattepliktigt och inte heller pensions- eller sjukpenninggrundande. I de fall bidraget utges direkt till anhörigvårdaren blir det däremot skattepliktigt och pensions- och sjukpenninggrundande.

Patientens hjälpbehov och de merkostnader som sjukdomen orsakar är avgörande för om bidrag skall utges och för storleken på detta. Prövning sker i varje enskilt fall – i allmänhet efter ansökan – och såväl bedömningsgrunderna som bidragens storlek varierar mellan sjukvårdshuvudmännen.

Hemvårdsbidrag utges av sjukvårdshuvudmännen som ett stimulansbidrag till föräldrar som vårdar ett psykiskt utvecklingsstört barn i hemmet. Det utges tills barnet fyller 16 år och är ett frivilligt åtagande av huvudmännen. Någon central överenskommelse föreligger inte, varför reglerna för bidragen och dess storlek varierar mellan huvudmännen. Det kan därför sägas vara en motsvarighet till hemsjukvårdsbidraget.

Sjukvårdshuvudmännen ansvarar för att handikappade kostnadsfritt får de *tekniska hjälpmedel* som de behöver för sin dagliga livsföring. Inom varje sjukvårdsområde har särskilda hjälpmedelscentraler byggts upp för samordning av verksamheten.

Genom en rekommendationsöverenskommelse från år 1977 mellan Landstingsförbundet och Svenska kommunalarbetareförbundet har sjukvårdshuvudmännen möjlighet att ge *anhörigvårdare* under 65 år som vårdar någon över 16 år – dock inte utvecklingsstörda – *anställning* med lön per timme motsvarande 1/165 av månadslönen enligt f. n. löneklass K 10 (5 820 kr. 1983-01-01). Lönen är pensions- och sjukpenninggrundande. Anställningen ger dock varken företräde till ny anställning hos huvudmannen eller medför varselskyldighet från dennes sida enligt vad som annars gäller enligt lagen om anställningsskydd. Rekommendationen utvidgades under 1980 till att – under vissa förutsättningar – även gälla anhörigvårdare som fyllt 65 år. Överenskommelsen framgår av *bilaga 5*.

2.3 Ersättningar m. m. från kommunerna

I flertalet av landets kommuner tillämpas en inkomstdifferentierad taxa för *social hemhjälp*. Den enskilde betalar ett visst pris beroende på inkomst, förmögenhet och vårdbehov. Kommunernas intäkter täcker endast en liten del av kostnaderna för denna verksamhet.

I många kommuner kan anhörig (i regel make/maka), som utför det arbete som en hemsamarit annars skulle göra, få *anställning som hemsamarit*. Därvid görs en bedömning av hur stor omvårdnadsinsatsen är och denna omräknas i regel till hemsamarittimmar. I dag baseras timlönen på löneklass K 10 (5 820 kr./månad). I de kommuner där anställning inte förekommer kan i enstaka fall ett kontantbidrag utbetalas.

Kommunalt bostadstillägg till folkpensionärer som är ett inkomstprövat bostadsstöd, utges till den som har folkpension i form av ålderspension, förtidspension eller änkepension och är mantalsskriven inom kommunen. Det kan också utges till den som har hustrutillägg. Det finns inga författningsbestämmelser om vare sig minimi- eller maximinivåer. Olika kommuner har olika maximibelopp och bidrag kan utges för hela bostadskostnaden upp till maximibeloppet, bortsett från ett mindre belopp på 80 kr. som alla måste betala. Statsbidrag utges med f. n. 25 % av kostnaderna (med viss begränsning). Bestämmelserna härom finns under 9 kap. AFL.

Några kommuner utbetalar som ett frivilligt åtagande ett *kommunalt bostadstillägg till handikappade*. KBH behandlas i Svenska kommunförbundets cirkulär 1979:126.

Hyresgäster i särskilda handikapplägenheter, pensionärslägenheter, servicehus och pensionärshem betalar i regel en marknadsmässig hyra. Kommunalt bostadstillägg utgår beroende på inkomst.

Kommunerna erhåller fördelaktiga statliga lån och räntebidrag för att bygga servicehus. Statsbidrag för social hemhjälp utgår även för servicehusen.

Boende i *servicehus med helinackordering* (ålderdomshem) betalar i regel en inkomstrelaterad differentierad avgift. Kommunen beslutar om avgiftssystem och nivå. Den boende är alltid garanterad att behålla ett visst belopp för sitt eget personliga bruk. I avgiften ingår i regel hyra, kost, läkare och sjukvård, städning och personlig hjälp. Dessutom kan ingå läkemedel, sjukgymnastik, arbetsterapi. Kommunen kan inte erhålla statliga lån eller statsbidrag för byggnation och drift av dessa servicehus.

Genom *färdtjänsten* ges många äldre och handikappade, vilka har svårt att anlita allmänna färdmedel eller förflytta sig på egen hand, en trafikservice. Denna verksamhet svarar i huvudsak kommunerna för. Statsbidrag utges i princip med 35 % av bruttodriftkostnaderna upp till en viss nivå.

Installation av *trygghetslarm* är vanligen kostnadsfri för pensionärer, kostnaderna står kommunen för. Kommunen kan erhålla statliga lån för installation av larm i servicehus. Tar kommunen ut avgift för utförda hjälpinsatser betalar pensionären efter den kommunala hemhjälpstaxan. Abonnemangsavgift för larm tas i regel ut av pensionären. Trygghetslarmens ekonomiska, sociala, tekniska och organisatoriska aspekter har nyligen behandlats i äldreberedningens betänkande (Ds S 1982:4) Trygghetslarm – inte bara teknik.

Fotvård för diabetiker och av medicinska skäl är gratis för pensionärer. Övrig fotvård för pensionärer tillhandahålls i regel i kommunal regi till subventionerade priser.

Behovsprövat *ekonomiskt bistånd* utgår vanligen i form av kontant hjälp till det dagliga uppehället som bostadskostnader, mat, kläder o. d. Kommunerna avgör själva efter vilka normer biståndet skall utgå.

2.4 Statligt stöd

Bostadsanpassningsbidrag kan utges för sådana åtgärder som behövs i en bostadslägenhet för att en handikappad person skall kunna utnyttja denna på ett ändamålsenligt sätt. Bestämmelserna härom finns i kungörelsen (1973:327) om bostadsanpassningsbidrag.

Förbättringslån kan beviljas för förbättring av småhus där personer med handikapp bor. Lånen är behovsprövade. Bestämmelserna härom finns i förbättringslåneförordningen (1980:261).

Bostadslån är ett statligt lån som kompletterar de bottenlån som erhålls hos olika kreditinstitut. Bostadslån lämnas till nybyggnad och ombyggnad av permanenta bostäder, till servicebostäder för äldre och till lokaler, närbutiker, särskilda lokaler för äldre, barnstugor, post- och bankkontor. Bestämmelserna härom finns införda i bostadsfinansieringsförordningen (1974:946).

Räntebidrag lämnas för de statliga lånen och bottenlånen till den del de avser bostäder. Till vissa bostadsanknutna gemensamhetsutrymmen för begränsade grupper av hushåll kan likaledes räntebidrag utgå, t. ex. utrymmen i servicehus.

Bidrag och lån till miljöförbättring är avsedda för förbättringar av bristfälliga bostadsmiljöer i flerbostadsområden med sociala problem.

Bilaga 2 Sjukvård i hemmet – en uppföljningsstudie (Utdrag ur SPRI-rapport ref. nr 155)

SPRIS projekt: (Rut Hedvall)

Sammanfattning

Den här rapporten ger en översiktlig bild av hur sjukvården i hemmet utvecklats sedan 1978 och hur den fungerar våren 1983 i hela landet. Den innehåller också mer detaljerade beskrivningar av och resonemang kring de samarbetsformer m. m. som visat sig mest väsentliga men samtidigt inte helt problemfria.

Inom landet pågår för närvarande en stark utveckling av sjukvården i hemmet. Insatserna för att utveckla denna verksamhet varierar dock i hög grad. Vissa sjukvårdshuvudmän spenderar stora resurser både på personal och utvecklingsarbete medan andra tar det lite långsammare och försiktigare. I landsting där åtgärderna ännu är begränsade pågår dock bl. a. försöksverksamheter för att finna formerna för en framtida sjukvård i hemmet. Hos samtliga sjukvårdshuvudmän tycks man ta några steg framåt i riktning mot de idéer som presenterades i rapporten *Sjukvård i hemmet – Social hemtjänst* (Lf, Kf, SoS och Spri 1978).

Huvudsyftet med de förändringar som föreslogs i nämnda rapport har varit att bereda fler och sjukare människor möjlighet till att stanna kvar i eller återvända till det egna hemmet och där få den vård och service de behöver. Inom de områden där man startat utvecklingen tidigt och satsat relativt stort är det ingen tvekan om att man också i olika omfattning lyckats förverkliga det syftet. Detta är främst en fördel för enskilda vårdbehövande personer. Det har också inneburit fördelar för huvudmännen; köerna till långtidssjukvård och serviceboende har försvunnit, lediga platser finns såväl på sjukhem som inom serviceboendet, situationen på medicinklinikerna har förbättrats, man reviderar sina planer och gör bedömningen att man kan minska antalet nytillkommande vårdplatser.

De främsta medlen för att nå sådana resultat är att utveckla samverkan mellan sjukvård och socialtjänst och att utöka antalet sjukvårdsutbildad personal inom primärvården.

I drygt hälften av länen har landsting och kommuner träffat överenskommelser om på vad sätt man skall samverka och fördela ansvar och kostnader. I övriga län pågår diskussioner som avser att leda fram till sådana överenskommelser. På det lokala planet har man framför allt utvecklat samverkan i form av s. k. vårdplaneringsgrupper. Våren 1983 fanns ca 350 sådana grupper i funktion. Dessa grupper skall inte betraktas som en organisatorisk enhet. De är främst ett stöd i skapandet och bibehållandet av en gemensam

uppfattning om vad man vill åstadkomma och på vilket sätt detta bäst sker.

Under de senaste fem åren har det tillkommit ca 1 800 nya tjänster för hemsjukvårdens räkning, främst i form av undersköterskejänster. Under kommande femårsperiod kommer enligt planerna ytterligare minst 1 000 sådana tjänster att inrättas. En del av de nya resurserna har tillkommit för att möjliggöra planerade och akuta insatser under nätterna. Våren 1983 fanns 60 primärvårdsbaserade och 14 sjukhusbaserade nattpatruller eller liknande.

I stort sett samtliga sjukvårdshuvudmän har uttalat sig för att sjukvården i hemmet organisatoriskt skall tillhöra primärvården. I 10 län är detta redan en realitet. Trots detta finns f. n. 19 sjukhusanslutna hemsjukvårdsverksamheter, varav 11 återfinns i Stockholm och Göteborg.

Stödet till anhöriga har förbättrats i de områden där man drivit utvecklingen längst. Bl. a. genom att flexibelt utnyttja tillgängliga vårdplatser för avlösning. Vidare beaktas de anhörigas situation mera ingående och regelbundet tack vare den individuella vårdplaneringen.

Att åstadkomma en positiv utveckling av en nära samverkan mellan sjukvård och socialtjänst är en långsam och mödosam process. Erfarenheterna visar att i grunden krävs ett ömsesidigt förtroende och generositet. Vidare krävs bl. a. tid och tålamod, utvecklingsansvariga såväl på länsplanet som lokalt, massiva utbildnings- och informationsinsatser m. m. I rapporten belyses erfarenheter och problem förknippade med denna samverkan ur flera aspekter.

Samverkan mellan primärvård och länssjukvård är också mycket väsentlig när det gäller utvecklingen av sjukvården i hemmet. Det tycks generellt sett vara problematiskt att hitta bra former för en sådan samverkan. På vissa håll har man dock kommit en bra bit på väg.

Efter en mycket grov uppskattning kan man säga att i ca 10 län har man bedrivit eller kommit igång med ett brett upplagt förändringsarbete för att utveckla sjukvården i hemmet. I ca 5 län har man knappast kommit igång alls om man bortser från vissa lokala verksamheter. Resten av länen är svåra att klassificera på ett sådant sätt och hamnar alltså någonstans mittemellan. Den här rapporten bör förhoppningsvis kunna vara till nytta för dem som ännu inte kommit så långt på väg.

5 Medverkan av och stöd till närstående/anhöriga

I rapporten *Sjukvård i hemmet – Social hemtjänst* framhölls följande faktorer av betydelse för de närståendes situation:

- frivillighet
- delat ansvar
- trygghet – sluten vård när så behövs – hjälp på annat sätt vid behov
- avlösning
- psykologiskt stöd
- inskolning
- ekonomisk ersättning
- tekniska hjälpmedel – utrustning

Den ekonomiska ersättningen är alltså endast en av ett flertal viktiga faktorer i det här sammanhanget. Men eftersom stödet till de anhöriga tidigare varit centrerat just till denna faktor berörs denna först.

I rapporten förespråkades främst ett anställningsförfarande dels därför att ett sådant bl. a. innebär sociala förmåner och dels för att komma ifrån bidragsallmose-"avlats"-tanken. Något generellt uttalande angående ekonomisk ersättning till närstående över 65 års ålder gjordes inte i rapporten. Bl. a. hänvisades till att en utbyggd och utvecklad sjukvård i hemmet i samverkan med social hemtjänst sannolikt kommer att öka möjligheterna för stöd i andra former till dessa närstående.

I flera landsting har man separat utrett frågan om de närståendes medverkan i sjukvården i hemmet. Främst har det varit fråga om de ekonomiska aspekterna inklusive beslutsförfarandet, inte så mycket om stöd i andra former. Den statliga "Anhörigvårdskommittén" vars uppgift är att komma med förslag om möjlighet till ledighet m. m. för vård av sjuka i hemmen, har gjort en detaljerad kartläggning av vissa förhållanden.

Slutbetänkandet beräknas utkomma under hösten 1983, ungefär samtidigt med denna rapport, och de som har intresse av detaljer i det här sammanhanget kan ta del av kommitténs betänkande. I föreliggande rapport redovisas endast några allmänna utvecklingstendenser baserade på de uppgifter som inhämtats i uppföljningsstudien.

En allmän uppfattning tycks vara att *antalet närstående* som engagerar sig i sjukvården i hemmet minskar. De siffermässiga uppgifter som finns tillgängliga ger dock inga klara belägg för den uppfattningen – även om man får ta alla sifferuppgifter gällande sjukvården i hemmet med en stor nypa salt (se avsnitt 8). Om man ser till de hemsjukvårdspatienter som enbart vårdas av anhöriga, så har dessa mellan 1978–1980 antalsmässigt minskat i ungefär hälften av landstingen och ökat i den andra hälften. Den största ökningen är 57 % och den största minskningen är 31 %. Därtill kommer s. k. kombinationsbidrag – där såväl en närstående som ett vårdbiträde är engagerade i vården – som ökat i ett flertal landsting under de senaste åren.

Variationerna är således stora mellan landstingen. Detta förhållande kan ytterligare belysas med följande siffror. Det gäller hur stor andel av samtliga hemsjukvårdspatienter som enbart vårdas av närstående och hur stor andel av de totala kostnaderna för hemsjukvården som åtgår för "anhörigvården". Variationerna i det första fallet ligger mellan 31 % och 90 % och i det andra fallet mellan 9 % och 60 %.

När det gäller *beslutsförfarande* eller *beviljande* (som det kallats vid kontantbidrag) är förhållandet följande våren 1983:

- hos 18 sjukvårdshuvudmän fattas besluten fortfarande i stort på central nivå eller inom resp. sjukvårdsdistrikt. I fem av dessa är alltid politiker närvarande vid besluten. Inom flera av de 18 landstingen pågår försöksverksamheter med decentraliserat beslutsfattande.
- hos 5 sjukvårdshuvudmän fattas besluten på primärvårdsnivå av bl. a. distriktsläkare och primärvårdsföreståndare.
- hos en sjukvårdshuvudman har man i princip upphört med att bevilja kontantbidrag, de gamla bidragen fortsätter dock att "löpa".
- hos en sjukvårdshuvudman har man avhänt sig bidragsgivningen till kommunerna.

- en sjukvårdshuvudman har sedan länge endast tillämpat anställningsförfarande.

En decentralisering av besluten till primärvårdsnivå är alltså på gång om man ser till stort. Man är dock allmänt försiktigare när det gäller denna typ av beslut i förhållande till beslut om personalinsatser.

När det gäller kontantbidragens vara eller inte vara så är det alltså än så länge bara en sjukvårdshuvudman som klart tagit ställning för dessas avskaffande. Några sjukvårdshuvudmän har gjort uttalanden av denna typ:

- på längre sikt bör bidragen försvinna och ersättas av personalinsatser m. m.
- man bör kraftigt begränsa antalet kontantbidrag,
- nuvarande kontantbidrag bör försvinna.

Andra framhåller att kontantbidrag bör endast vara aktuellt för anhörigvårdare över 65 år. I ett län beviljas inte kontantbidrag om anhörigvårdaren är över 75 år. Då sätter man i stället in konkreta hjälpinsatser i hemmet.

Möjlighet till anställning föreligger f. n. i 18 län/kommuner. I 7 av dessa är det sjukvårdshuvudmannen/förvaltningen som fungerar som arbetsgivare. I övriga sker anställningen av kommuner/socialförvaltning med ekonomisk gottgörelse från sjukvårdshuvudmannen. I de resterande länen föreligger förslag om möjlighet till anställning eller pågår utredning om sådan möjlighet.

Stöd till de närstående i andra former än ekonomiska är minst lika väsentliga för att stimulera närstående att engagera sig och för att underlätta deras situation. Om man läser de separata beskrivningarna från resp. län/kommun kan det förefalla som om det inte har hänt så mycket inom det området. Men samtidigt kan man konstatera att i de län där utvecklingen drivits längst – i dubbel bemärkelse – har situationen för och stödet till de närstående väsentligt förbättrats. I och med att man byggt upp en fungerande samverkan, har resurser tillgängliga dygnet om etc., så har tilliten till "systemet" utan tvekan ökat från de närståendes sida, kanske speciellt om man har testat det någon gång.

Ett *delat ansvar* innebär bl. a. att initiativ till kontakter inte enbart skall tas av de närstående eller patienterna utan även av representanter för sjukvården m. fl. Ett sådant ansvar kan sägas tillämpas i ökad omfattning i och med att bl. a. de anhörigas situation systematiskt beaktas i vårdplaneringen, och därmed också följs upp. Det förekommer att närstående är med på vårdplaneringsgruppens sammankomster, även om det inte är särskilt frekvent. Självfallet deltar de närstående i den initiala vårdplaneringen som äger rum i hemmet.

Trygghetен har som tidigare nämnts ökat väsentligt på de ställen där man byggt ut primärvårdsresurserna och utvecklat en samverkan med såväl socialtjänsten som länssjukvården. Kanske är just tryggheten den allra väsentligaste faktorn i det här sammanhanget. Absoluta villkoret för trygghet är vetskapen om att alltid kunna komma i kontakt med sjukvårdspersonal eller andra samt garantin om att snabbt kunna bli inlagd på

sjukhus/sjukhem om man av olika anledningar inte klarar vårdsituationen i hemmet.

Avlösning för att ge närstående möjlighet till avkoppling och ledighet förekommer i många former. Om den har ökat i omfattning de senaste åren är svårt att bedöma. Det verkar dock som om en större vikt läggs vid denna faktor. Man fångar upp sådant behov relativt tidigt i vårdplaneringen och tar ställning till när, i vilken omfattning, på vad sätt etc. dessa behov skall tillgodoses. Den vanligast förekommande formen är fortfarande att patienten under viss period eller upprepade perioder tas om hand i den slutna vården. Utöver de platser på kliniker/sjukhem som kan disponeras för sådant ändamål ställs andra platser speciellt under sommartid till förfogande på ex. inrättningar av kurorts-brunnskaraktär. Det förekommer också att platser på servicehus med helinackordering utnyttjas för ändamålet. En företeelse som tycks ha ökat i omfattning är växelvård: en eller flera veckor "inne" och en eller flera veckor "ute" osv. Sådana exempel har relaterats från åtminstone hälften av länen. Ibland är det verkligen fråga om att två patienter på så sätt delar på en vårdplats. Det behöver eller kan inte alltid arrangeras på sådant sätt. I åtminstone något län har man pekat på att man använder s. k. permissionsplatser i syfte att bereda närstående avlösning, det kan gälla såväl en lördag-söndag som en något längre period.

Dagsjukvården utnyttjas också i detta sammanhang. Ett ex. har nämnts på en patient som vistas på dagsjukvården en dag i veckan och får stanna kvar på sjukhuset den efterföljande natten. Med ledning av de uppgifter som inhämtats förefaller det inte som om dagsjukvården har ökat i någon större omfattning, även om man planerar att sådan skall finnas tillgänglig vid samtliga sjukhem i framtiden. Man kan skönja en viss osäkerhet angående dagsjukvårdens innehåll och målsättning liksom om behovet av densamma. En väl fungerande dagsjukvård har bl. a. visat sig vara ett väsentligt stöd för anhöriga till åldersdementa patienter.

I övrigt effektueras avlösningen genom att någon kommer till hemmet som "avbytare". Det kan gälla några timmar i veckan, en eller två dagar i veckan, en natt i veckan etc. I ett län har man klart uttalat att sådan avlösning skall utföras av den sjukvårdsutbildade personalen. I övrigt tycks det som om man i bedömningen av vem som skall utföra avlösningen ser till vad som är mest praktiskt i den enskilda situationen. Ibland kan det vara fråga om ett vårdbiträde och ibland om en undersköterska.

I en kommun är anhöriga med kontantbidrag garanterade minst 10 dagars ledighet per år. Om intagning i sluten vård ej kan ordnas så ställer sociala hemtjänsten upp med "avbytare".

Att öka möjligheten till avlösning i olika former framhålls som väsentlig i ett flertal sammanhang. Samtidigt rapporteras från flera håll att det inte så sällan händer att man tackar nej till erbjuden avlösning. Detta förhållande kan ha flera orsaker men det verkar inte som om man djupare studerat dessa orsaker.

Psykologiskt stöd i mera strukturerade former förekommer på mycket få ställen. Behov av samtalsgrupper där även närstående stöder varandra har betonats från några håll. I ett län har man rapporterat om en sådan grupp bestående av närstående med likartade situationer i vilken sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast ingår från sjukvårdens sida. Man har gjort

försök på flera håll att samla närstående en tid efter en genomgången utbildning. Det hela har dock för det mesta runnit ut i sanden bl. a. på grund av bristande intresse från de närståendes håll.

Vanligtvis handlar det psykologiska stödet inte om några märkvärdigheter. Det är främst fråga om en lyhördhet inför behovet och en beredvillighet att ställa upp och lyssna med inlevelseförmåga och sunt förnuft. Detta stöd kan utövas av samtliga som besöker hemmet i fråga. Vem som är mest lämpad beror mycket på personliga egenskaper och fallenhet. I enstaka situationer kan det dock krävas tillgång till särskilt utbildad personal, ex. socionomer eller psykologer.

Inskolning av närstående förekommer såväl individuellt som i grupp. När det sker i grupp är det mera fråga om en *utbildningssituation*. Det är svårt att med vägledning av uppföljningsstudien uttala sig om någon ökning skett av denna inskolning och utbildning.

Den individuella inskolningen sker såväl i hemmet som på sjukhus/sjukhem. Det förefaller som om sådan sker i relativt liten utsträckning och i speciella fall. Men i och med att man intensifierar arbetet kring vårdplaneringen bör också sådana behov kunna uppmärksammas i högre grad.

I 15 län har utbildning av närstående genomförts och i flertalet av dessa förekommer fortfarande sådan utbildning. I tre av länen har landstingen själva bedrivit eller bedriver sådan utbildning (M-, Y- och BD-län). I övriga län bedrivs utbildningen i samarbete med Svenska röda korset och i varierande omfattning. I något län säger man sig ha bedrivit några sådana kurser, medan man inom ett annat län bedrivit 50 kurser. En eller några kurser per år bedrivs i några av länen. Några län som i dag inte bedriver några kurser säger sig ha försökt men intresset har inte visat sig så stort. Två landsting har fattat beslut att själva driva utbildning för närstående i framtiden (L- och AC-län).

I U-län, där kommunerna övertagit såväl anställning av och kontantbidrag till de närstående, samlar vissa hemvårdsassistenter med jämna mellanrum "anhörigvårdarna" eftersom dessa inte ingår i hemtjänstens arbetslag. Dessa samlingar kan förutom att de ger information och viss utbildning även sägas ge en form av psykologiskt stöd.

Avslutningsvis skall nämnas att Spri bedriver ett projekt "Anhörigas insatser för äldre och långtidssjuka". I detta avser man att djupare än tidigare belysa situationen för närstående och komma fram till vilka former av stöd som är mest väsentliga.

Bilaga 3 Kommitténs förfrågan angående hemsjukvård – en sammanställning

1. *Uppge antalet hemsjukvårdspatienter[1] per den 31.12 åren 1980 och 1981 och hur dessa fördelats efter vårdinsatser av anhörig, anhörig/vårdpersonal och enbart vårdpersonal.*

År	Antalet hemsjukvårdspatienter som erhållit vård av			
	Anhörig	Anhörig och vårdpersonal	Vårdpersonal	Totalt
1980	21 488	3 788	13 790	40 588
1981	21 115	3 784	14 899	39 621

Gävleborgs läns landsting, Älvsborgs läns landsting, Västmanlands läns landsting, Göteborgs sjukvårdsförvaltning, Kopparbergs läns landsting, Blekinge läns landsting saknar statistik över antalet hemsjukvårdspatienter som vårdas av anhöriga och vårdpersonal. Kronobergs läns landsting har enbart uppgivit antalet hemsjukvårdspatienter som vårdas av vårdpersonal från 4 av 8 kommuner. Gotlands kommun har inte angivit antalet vårdpersonal för hemsjukvårdspatienterna. Värmlands läns landsting har inte besvarat denna fråga. Skaraborgs läns landsting har ej kunnat besvara denna fråga från 11 primärvårdsområden för år 1980. Jönköpings läns landsting har inte lämnat uppgifter från 1980.

Kommentar: Med hänsyn till att flera sjukvårdshuvudmän inte kunnat lämna fullständiga uppgifter om antalet hemsjukvårdspatienter, avviker ovan redovisade uppgifter betydligt från vad som redovisas i L-KELP för resp. år. För år 1981 har i L-KELP redovisats 45 812 hemsjukvårdspatienter.

[1] Härmed avses somatiskt och pyskiskt sjuka personer (i regel långtidssjuka) vilka vårdas utanför institutioner och till vilka eller deras anhöriga ekonomisk ersättning utges från sjukvårdshuvudmannen antingen i form av kontantersättning eller i form av lön till anställd anhörig/närstående. Till hemsjukvårdspatienter hänförs också sjuka personer, vilka erhåller hemsjukvård som bekostas av huvudmannen men förmedlas av kommun genom social hemhjälp eller av huvudmannens hemsjukvårdspersonal.

2. *Hur fördelar sig hemsjukvårdspatienterna per den 31.12 år 1981 med avseende på ålder, kön och samlevnadsform?*

Ålder	Antal män			Antal kvinnor		
	1981	varav		1981	varav	
		ensam-boende	sam-boende		ensam-boende	sam-boende
– 4	120	–	81	69		54
5 – 14	472	–	282	310		174
15 – 24	317	12	155	228	4	119
25 – 34	298	29	157	264	20	128
35 – 44	417	54	205	428	48	223
45 – 54	521	76	269	687	99	342
55 – 64	1 209	148	613	1 599	287	761
65 – 74	2 342	234	1 275	2 966	583	1 265
75 – 84	2 341	279	1 227	3 331	875	1 187
85 – w	784	133	356	1 431	334	526
Totalt	8 821	965	4 620	11 313	2 250	4 779

Frågorna har helt eller delvis kunnat besvaras av 17 sjukvårdshuvudmän. Frågan om boendet har besvarats av 11 sjukvårdshuvudmän.

3. *Uppge hur anhörigvårdarna*[2] *per den 31.12 år 1981 fördelar sig med avseende på ålder och kön.*

Ålder	Antal män	Antal kvinnor
	1981	1981
– 24	17	87
25 – 34	50	479
35 – 44	145	935
45 – 54	212	1 209
55 – 64	426	1 832
65 – 74	763	1 640
75 – 84	353	601
85 – w	21	29
Totalt	1 987	6 812

Frågan har helt eller delvis kunnat besvaras av 13 sjukvårdshuvudmän.

[2] Härmed avses person som är en anhörig eller närstående i förhållande till hemsjukvårdspatienten och som erhåller ersättning antingen genom kontantersättning direkt från huvudmannen eller via den sjuke, eller lön genom anställning hos huvudmannen för vårdinsatsen.

4. *Uppge antalet nyansökningar om hemsjukvårdsbidrag*[3] *år 1981 samt antalet beviljade och avslagna ansökningar. Uppge de vanligaste orsakerna till avslag.*

Som de vanligaste orsakerna till avslag angavs följande:

Vård- och hjälpbehovet bedöms inte som hemsjukvård enligt fastställda riktlinjer.
Primärkommunalt vårdfall.
Otillräckligt vårdbehov.
Medicinska skäl.
Social hemhjälp har varit aktuell.
Patienten har inte behov av sjukvårdande insatser.
Vårdbehovet är ej av sjukvårdande karaktär.

[3] Härmed avses kontantersättning och/eller hjälptimmar.

4 *Antalet nya ansökningar om hemsjukvårdsbidrag*

Sjukvårdshuvudman	Kontantersättning		Hjälptimmar		Kontantersättning + hjälptimmar	
	Beviljade	Avslagna	Beviljade	Avslagna	Beviljade	Avslagna
Gävleborg	–	–	2 383	103	–	–
Södermanland	–	–	–	–	419	68
Kronoberg	103	57	38	28	2	3
Stockholm	1 321	204	400	51	163	6
Östergötland	201	48	278	39	65	8
Malmö	154	20	–	–	–	–
Gotland	25	19	–	–	–	–
Norrbotten	150	22	223	47	6	2
Älvsborg	322	77	312	27	–	–
Örebro	197	25	310	36	44	5
Västmanland	599	7	1 141	21	–	–
Jämtland	138	5	277	20	13	–
Västernorrland	154	23	268	21	33	–
Kristianstad	–	–	–	–	–	–
Västerbotten	188	60	397	98	44	–
Värmland	–	–	–	–	–	–
Halland	308	6	280	2	112	–
Göteborg	198	155	–	–	–	–
Uppsala	216	55	61	12	14	1
Malmöhus	–	–	–	–	–	–
Kalmar	112	31	199	31	27	3
Göteborg och Bohus	232	42	195	41	30	1
Kopparberg	216	64	194	56	1	12
Blekinge	–	–	–	–	–	–
Jönköping	–	–	604	178	–	–
Skaraborg	276	39	110	9	54	–
Summa	5 110	959	7 670	820	1 027	109

5. *Om anställning av anhörigvårdare sker, uppge hur dessa år 1981 fördelar sig dels med avseende på ålder och kön, dels på anställningens omfattning (avser enbart av sjukvårdshuvudman anställda) per dag.*

Ålder	Antal män		Antal kvinnor	
	1981		1981	
	≤ 4 tim	> 4 tim	≤ 4 tim	> 4 tim
– 24	11	5	50	9
25 – 34	13	5	93	26
35 – 44	11	10	220	48
45 – 54	30	7	308	71
55 – 64	27	10	312	71
65 – 74	6	3	51	4
75 – 84	–	–	3	1
85 – w	–	–	–	–
Totalt	98	40	1 037	230

Frågan besvarades av sju sjukvårdshuvudmän.

6. *Uppge vilket villkor som f. n. gäller i fråga om en sjukdoms framtida varaktighet för att hemsjukvårdsbidrag skall kunna beviljas och/eller anställning skall kunna ske.*

Siffrorna i rutorna anger antalet sjukvårdshuvudmän som har 3,6 resp. 12 månaders varaktighet som villkor för kontant ersättning och anställning.

a) *Kontantersättning:*
[10] 3 mån [7] 6 mån [2] 12 mån [3] annan, vilken? .....
b) *Anställning:*
[15] 3 mån [5] 6 mån 12 mån [1] annan, vilken? .....
c) Tillämpas samma villkor när det enbart är fråga om hjälptimmar?
[13] Ja [4] Nej

Synpunkter från sjukvårdshuvudmännen
Tjänsteköp är under avveckling och beräknas helt ha upphört 1983-01-01.
När det gäller cancerpatienter beviljas vård eller bidrag omedelbart utan hänsyn till beräknad vårdtid.
Vårdbehovet är avgörande, inte sjukdomens varaktighet.
Undantag vid t. ex. terminalvård.
Någon form av kontantersättning eller månadsbidrag förekommer inte beträffande hemsjukvården i vårt län.

7. *Uppge ungefärliga genomsnittliga vårdtiden för patienterna inom hemsjukvården.*

Svaren på frågan visar att vårdtiderna varierar mellan någon månad och ca 20 år. Frågan har dock besvarats på ett skiftande sätt som framgår av följande exempel:
Beviljad hemsjukvård med 8–14 tim./vecka.
Stora variationer. Från korta tider till flera år.
Från 0–12 år.
I genomsnitt 4–5 år. Enskilda fall finns från 1955.
3 år.
1–2 år. Stora variationer.
3 tim./dag.
4–4,5 år.
2–3 år.
Ca 200 timmar per år och patient.
1,5 tim./dag.
Det finns patienter som har bidrag sedan 1960-talet.
Minst 7 tim./vecka, kan vid vård i livets slutskede få uppgå till högst 40 tim./vecka.
Bedömning sker i varje enskilt fall. Hjälpbehovet bedöms kvarstå under en längre tid.

8. *Uppge vilken/vilka av nedanstående möjliga ersättningar/bidrag som kan utges till anhöriga/närstående för deras medverkan i vården.*

Siffrorna i rutorna avser antalet sjukvårdshuvudmän som besvarat resp. frågor.

a) *Hemsjukvårdsbidrag* eller motsvarande? [24] Ja [1] Nej
Till vem utbetalas i så fall detta? [22] Patienten [3] Anhörig/närstående
Inom vilka beloppsgränser varierar detta bidrag för närvarande?
Lägsta belopp: se tabell.
Högsta belopp: se tabell.

b) *Anställning* av sjukvårdshuvudman? [9] Ja [14] Nej
Om sjukvårdshuvudmannen *inte* ger sådan anställning kan denne "uppdra" åt kommunen att anställa en anhörig/närstående [10] Ja [7] Nej
Om så sker ersätts kommunen för detta? [10] Ja [–] Nej
Och i så fall i vilken utsträckning

Synpunkter från sjukvårdshuvudmännen
- Kommunen kan anställa anhörigvårdare som hemsamariter på begäran av den anhörige själv.
- Samma som hemsamarit.
- Enligt gällande avtal.

c) *Särskild eller förhöjd ersättning/bidrag*
för anhörigs/närstående inkomstbortfall i vissa vårdsituationer?

10 Ja 14 Nej

I vilka vårdsituationer kan i så fall detta komma ifråga och för hur långa perioder?
Kan det också gälla vid vård på en institution?

Synpunkter från sjukvårdshuvudmännen
- Utbetalning av anhörigbidrag de första 8 dagarna vid intagning på sjukhus
- Höjt bidrag ges då vårdaren är tjänstledig från sitt ordinarie arbete för att vårda anhörig. För t. ex. vård i livets slutskede, mer omfattande eftervård (olycksfall, ryggoperationer m m.)
- I regel rör det sig om en period på 1–6 månader.
- Vid vård på institution kan bidraget utgå oavkortat 14 dagar till anhörigvårdare. Ej vid växelvård eller planerad semester.
- Sjukvårdsbehovet avgör insatsernas storlek. 30 dagar efter intagning på institution utgår anhörigbidrag till vårdaren.
- Vård i livets slutskede. Högst 40 tim./vecka. Normalt högst en månad. Transplantationssituationer, t. ex. njurtransplantationer, då täcker landstinget arbetstagares förlorade arbetsinkomst. Gäller även institution. Barnpsykiatrisk behandling där föräldrarna behöver medverka, då täcker landstinget arbetstagares förlorade arbetsinkomst. Gäller även vård vid institution.
- Terminalvård och akut hjälpbehov efter sjukhusvistelse.
- Tidsbegränsat förhöjt bidrag till ca 1 år. Omprövning.
- I enstaka fall får beviljade hemsjukvårdstimmar till barn under 16 år med anhörigvårdare behållas under barnets sjukhusvistelse. Läkarintyg erfordras där det framgår att vårdarens/förälderns närvaro på sjukhuset underlättar eller behövs för vården.

Sammanställning över hemsjukvårdsbidragens nivåer

Sjukvårdshuvudman	Lägsta belopp	Högsta belopp
Blekinge[4]	–	–
Gävleborg[4]	–	–
Södermanland	100	1 820
Kalmar	180	3 000
Jämtland	200	1 000
Örebro	297	1 187
Värmland	300	900
Östergötland	300	3 900
Kristianstad	325	1 905
Malmö	360	960
Skaraborg	360	1 440
Göteborg	370	1 854
Älvsborg	370	1 855
Halland	371	1 854
Malmöhus	400	1 800
Göteborg och Bohus	414	2 076
Kronoberg	420	1 620
Stockholm	435	1 730
Västernorrland	440	865
Jönköping	514	4 116
Västmanland	600	600
Gotland	635	1 125
Norrbotten	746	5 971
Uppsala	750	1 050
Kopparberg	892	892
Västerbotten	1 007	2 083

[4] Kommunerna anställer anhörigvårdarna enl. avtal

9. *Uppge den lägsta vårdinsats i timmar per dag som f. n. krävs för att hemsjukvårdsbidrag och/eller anställning skall kunna komma ifråga.*

Svaren kan sammanfattas enligt följande:

a) *Kontantersättning:* 0,5 – 3 tim./dag
b) *Hjälptimmar:* 0,2 – 2 tim./dag
c) *Anställning:* 1 – 3 tim./dag

Synpunkter från sjukvårdshuvudmännen

Bedömningen grundar sig inte på en vårdinsats som går att uttrycka i timmar utan på patientens vårdtyngd. Ersättningen utgår sedan från olika vårdtyngdsklasser och vid anställning enligt en viss % av heltidslön.

Patienten skall ha behov av intagning om anhörig ej medverkat i vården.

Insatser av sjukvårdspersonal ges helt efter det behov som finns (ej graderat i tid).

Enligt samverkansavtalet bedöms vårdinsatserna inte längre i timmar utan en totalbedömning av vårdinsatserna sker, varefter fastställes vad som åvilar kommun resp. landsting av patientens behov.

Kontant ersättning ges efter en vårdtyngdsbedömning och är oftast kombinerad med insatser av distriktssköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut m. m. Insatsen per dag kan variera för en och samma patient.

10. *Tas patientavgift ut av hemsjukvårdspatienterna i nedanstående fall (innan högkostnadsskyddet träder in)? Ange eventuellt belopp.*

Siffrorna i rutorna anger antalet sjukvårdshuvudmän som besvarat resp. fråga.

Läkarvård	19	Ja	Belopp	30		5	Nej
Sjukvårdande behandling	11	Ja	Belopp	15 – 20		14	Nej
Läkemedel	20	Ja	Belopp	40		3	Nej
Behandlingsresor	18	Ja	Belopp	30 – 45		5	Nej
Tandvård	21	Ja				3	Nej

Synpunkter från sjukvårdshuvudmännen

- Sjukvårdande behandling avser sjukgymnastik och talbehandling och fria resor i samband därmed.
- Patientavgift tas inte ut vid besök hos distriktssköterska.
- Patientavgifter gäller inte för patienter knutna till den lasarettsanknutna hemsjukvården.
- Planerade hembesök av läkare är avgiftsfria.
- Egenavgift för resa till dagsjukvård betalas av landstinget.
- För resor finns högkostnadsskydd från 400 kr.
- Om patienten är registrerad i den sjukhusanknutna hemsjukvården råder avgiftsfrihet för läkarbesök och sjukvårdande behandling. I annat fall gäller de vanliga reglerna för läkarbesök.

11. *Hur fördelar sig kostnaderna för hemsjukvård med avseende på "bidragsform" under år 1981?*

- □ Anhöriga
- □ Kommunal vårdpersonal
- □ Sjukvårdshuvudmännens egen personal

Fördelning av kostnaderna för hemsjukvård med avseende på bidragsform under 1981

Sjukvårdshuvudman	Anhöriga ers. + anst.	Kommunal personal	Sjukvårdshuvudm. pers.	Totalt
Gotland	2 112 128	–	–	2 112 128
Uppsala	5 000 000	3 700 000	–	8 700 000
Kronoberg	2 513 000	6 935 000	2 037 000	11 485 000
Halland	3 778 200	12 055 042	–	15 833 242
Malmö	2 999 000	–	16 212 000	19 211 000
Kristianstad	6 313 619	12 986 435	1 987 161	21 287 215
Södermanland	3 707 252	8 575 985	9 176 000	21 459 237
Göteborg	8 307 000	–	15 000 000	23 307 000
Värmland	2 700 000	13 300 000	8 500 000	24 500 000
Örebro	3 728 944	22 425 430	243 811	26 398 185
Kopparberg	7 164 800	21 468 000	–	28 632 800
Västmanland	2 797 580	26 650 172	–	29 447 752
Göteborg och Bohus	6 567 000	22 629 000	400 000	29 596 000
Skaraborg	6 034 000	14 394 000	10 637 000	31 065 000
Kalmar	11 156 510	12 083 528	9 755 368	32 995 406
Älvsborg	5 320 000	28 333 000	202 000	33 855 000
Västernorrland	3 678 100	22 303 600	12 122 600	38 104 300
Jämtland	8 075 980	32 923 631	85 969	41 085 580
Jönköping	21 185 314	21 205 447	–	42 390 761
Malmöhus	10 400 000	14 514 000	18 500 000	43 414 000
Västerbotten	18 400 000	37 700 000	–	56 100 000
Gävleborg	–	44 800 000	12 000 000	56 800 000
Östergötland	12 777 406	38 536 096	5 690 673	57 004 175
Norrbotten	18 804 100	47 603 500	448 500	66 856 000
Stockholm	39 600 000	34 400 000	46 500 000	120 500 000
Blekinge	–	–	–	–
Summa	213 119 933	499 521 866	169 498 082	882 139 881

12. *Uppge dels hur antalet långtidssjukvårdsplatser (inkl. sjukhem) – enligt de senaste planerna – kommer att utvecklas t. o. m. år 1986, dels de beräknade vårdplatskvoterna (antalet vårdplatser per 1 000 inv. 70–w år) inom långtidssjukvården för motsvarande år.*

Svaren framgår av tabell.

13. *Uppge dels hur antalet patienter inom hemsjukvården – enligt senaste planerna – kommer att utvecklas t. o. m. år 1986, dels de beräknade vårdplatskvoterna inom hemsjukvården för motsvarande år.*

Svaren framgår av tabell.

14. *Uppge hur de anhörigas medverkan i hemsjukvården – enligt ev. planer – uppskattas komma att utvecklas fram t. o. m. år 1986 vad gäller antalet anhörigvårdade patienter/år.*

Svaren framgår av tabell.

Tabell avseende frågorna 12–14

Sjukvårdshuvudman	Långvårdsplatser			Vårdplatskvot (promille)			Hemsjukvårdspat			Anhörigvårdare		
	1982	1984	1986	1982	1984	1986	1982	1984	1986	1982	1984	1986
Gävleborg	1 767		2 035	47,8		53	41‰ 1 220	1 320	48‰ 1 460	470	520	560
Södermanland	1 558	1 798	1 798	56		73	Föremål för utredning.			–	–	–
Kronoberg	1 038	1 118	1 336	48		61	Kan ej lämnas			300	400	400
Stockholm	10 900	11 434	11 854	72	73	75	6 800[a]	11 500[b]		80	140	200
Malmö	1 431	1 506	1 502	46,5	46,9	45,8	48,6‰ 1 500	–	76,1‰ 2 500	Under utredning		
Gotland	324	378	378	50,2	57,5	57,5	Föremål för utredning			165	–	–
Norrbotten	1 674	1 824	1 824	68	71	69	64,8‰ 1 600	63,7‰ 1 630	63,3‰ 1 660	710	710	710
Älvsborg	2 364	2 572	2 831	48	51	56	29‰ 1 400	33‰ 1 600	35‰ 1 750	855	920	980
Örebro	1 721	1 721	1 721	–	50	–	Räknar med utökningar			–	–	–
Östergötland	2 200	2 000	2 750	50	–	59	Omorganisation			–	–	–
Västmanland	1 364	1 486	1 630	52,4	57,1	62,7	Samverkansavtal			–	–	–
Jämtland	802	974	1 144	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skaraborg	1 300	1 342	1 648	–	–	–	1 093	–	-	546	–	–
Västernorrland	1 592	1 663	1 935	48,2	48,9	55,3	37,9‰ 1 250		40,0‰ 1 400	Oförändrat		
Kristianstad	1 706	1 916	1 976	49	53	55	–	–	–	–	–	–
Västerbotten	1 483	1 621	1 651	60	62	62	45‰ 1 120	1 138	43‰ 1 153	Hemsam ökar. Anh oförändrat		
Värmland	1 896	1 887	2 114	52,8	52,3	58,3	–	–	–	Under utredning		
Halland	1 073	Utredning pågår						–	–	699	–	–
Göteborg	3 887	3 887	4 023	74,0	71,3	72,5	–	–	–	1 350	1 350	1 350
Uppsala	1 208	1 208	1 398	48	48	56	Beräkningar saknas					
Malmö	2 249	2 480	2 734	39,7	43,3	46,9	25,6‰ 1 450	25,2‰ 1 459	24,9‰ 1 450	1 200	1 280	1 200
Kalmar	1 590	1 599	1 639	49,7		50,9	Plan saknas			Plan saknas		
Göteborg och Bohus	1 802	1 963	2 065	63		67	960	1 010	1 010	960	1 010	1 010
Kopparberg	1 974	2 113	2 369	54,8	58,3	65,1	1 500	–	1 500	850	–	850
Blekinge	1 052		1 062				–	–	–	–	–	–
Jönköping	1 666	Omprövning		46,9	Omprövning		–	–	–	–	–	–
Summa	51 621											

[a] anger år 1979.
[b] anger år 1990.

15. *Om anhöriga skall beredas bättre möjligheter att medverka i vården av bl. a. sjuka framför allt i hemmet men även på institution, vilka konkreta åtgärder bör därvid – enligt Er uppfattning – vidtas dels av sjukvårdshuvudmännen, dels av staten?*

Synpunkter från sjukvårdshuvudmännen

Gävleborgs läns landsting
Äldrevårdsplanen utgår från att hemsamariter och anhöriga vårdare utgör en gemensam basresurs för hemsjukvården och den sociala hemhjälpen. Stöd och handledning ges av distriktssköterskor och undersköterskor till denna basresurs. Det finns önskemål att hemsjukvården även ska fungera på kvällar, nätter, lördagar och söndagar. Inom länet diskuteras möjligheten att ha en gemensam avgift för hemsjukvården och social hemhjälp.

Objektanställda anhöriga vårdare saknar anställningstrygghet, vilket upplevs som ett problem.

Södermanlands läns landsting
Förbättringar för de anhöriga i hemsjukvård, för anhöriggrupper inom långtidsvård o. d. är en stor fråga, som ännu ej diskuterats i tillräcklig omfattning för att kunna besvaras. Här kommer allmänna, politiska, fackliga och ekonomiska ställningstaganden in. Vad som är en absolut förutsättning för att nå fram är en attitydförändring på alla nivåer och ett konstruktivt nytänkande.

Kronobergs läns landsting
Nödvändigt är att anhörigas insatser ersätts även för den primärkommunala delen, vilket ej sker i dag, om hemsjukvården skall bli ett realistiskt vårdalternativ. Att socialtjänstens hemhjälpstaxor anpassas, så att en styrning sker mot öppna boende- och vårdformer.

Stockholms läns landsting
Anhöriga bör beredas möjlighet till semester som vårdare. Yrkesverksamma anhöriga bör ges rätt till tjänstledighet (på motsvarande vis som föräldraledighet) för att vårda sina anhöriga. Övernattningsrum till anhöriga vid sjukhusen. Vidare bör anhöriga, som vakar hos en svårt sjuk patient, få möjlighet till mat och annan service på avdelningen.

Person som vårdar sjuk anhörig i hemmet skall få möjlighet till viss utbildning. Möjlighet till akut intagning skall finnas. Detta medger en lättare börda för vårdaren. Marknadsmässig lön för vårdare.

Östergötlands läns landsting
Ge anhöriga vårdare en rimlig ersättning för inkomstbortfall samt andra, som ej avstår från yrkessarbete, ersättning motsvarande vårdinsats (i hemmet).

Malmö sjukvårdsförvaltning
Sjukvårdspersonal bör finnas i tjänst hela dygnet för att ge stödinsatser. Avlastningsplatser på institution för att ge dygnsavlösning, semester osv.

Gotlands kommuns sjukvårdsförvaltning
Sjukvårdshuvudmannen: Organisationsförändringar, som medger möjlighet för anhöriga att delta i vården.
Staten: Ev. lagändring, som tillåter anhöriga att delta. Kompetens – ansvarsfrågor.

Norrbottens läns landsting
Av sjukvårdshuvudmannen: Möjligheter till avlastning på närliggande sjukhem, möjligheter till stöd i vården hemma av kunnig personal, hjälp med att bearbeta relationsstörningar och konflikter.
Av staten: Kompensation för inkomstbortfall, speciellt i situationer, där vårdtyngden är relativt låg men tillsynsbehovet är stort (lättare senildementa).

Älvsborgs läns landsting
Ökade resurser för hembesök av läkare. Tillgång till sjukvårdskunnig personal dygnet runt. En väl fungerande primärkommunal social hemtjänst, färdtjänst etc. Trygghetslarm.
Möjlighet till avlastning – planerad och akut – genom vårdpersonal i hemmet och vårdplatser på sjukhem. Dagsjukvård.
Tillgång till rymliga handikappanpassade bostäder. Allmänna byggnormer bör ses över (t. ex. våtutrymmen, dörrbredd).
Sängar, förbrukningsartiklar m. m. lämpliga för hemsjukvård. Ekonomiskt stöd vid bortfall av arbetsinkomst även för kortare perioder. Tillgång till utbildning initialt och kontinuerliga sammankomster för information och diskussion.

Örebro läns landsting
Utbildning av anhöriga är viktig inte minst med tanke på att svårt sjuka patienter kommer att vistas i hemmet, när vårdkvalitéten höjs med tillskapande av undersköterskeljänster. På institutioner har vidtagits åtgärder för att bereda anhöriga vissa möjligheter att medverka i vården. Även här är framför allt information och utbildning viktigt.

Västmanlands läns landsting
Sjukvårdshuvudmännen: utbildning, information, tillhandahållande av tekniska hjälpmedel.
Staten: bidrag eller lön för vårdinsatserna.

Skaraborgs läns landsting
Anhörigutbildning, anhörigträffar. Samordning mellan landsting och primärkommun angående avgifter.

Västernorrlands läns landsting
Staten bör
- bättre stödja åtgärder för bostadsanpassning
- lagstifta om rätt till tjänstledighet för bl. a. vård av sjuk anhörig i hemmet knuten till försäkringssystem motsvarande föräldraförsäkringen
- täcka upp brister i allmänna försäkringsskyddet, t. ex. barnpsykiatrin, där behandling ofta måste ske familjevis och försäkringsskyddet enligt nu gällande regler ej gäller.

Sjukvårdshuvudmännen bör
- anordna avlastningsplatser så att anhörigvårdare (motsv.) ges möjlighet att koppla av (resa, ta semester m. m.)

- låta utbilda vårdpersonalen att se anhöriga som en resurs
- fortsätta redan pågående handledning och utbildning av anhörigvårdare/ anhöriga.

Kristianstads läns landsting
Förenkla ersättningsförfarandet mellan kommun-landsting. Införa möjlighet för anhörigvårdare att i vissa fall ta tjänstledighet med ersättning från försäkringskassan (som vid vård av sjukt barn).

Uppsala läns landsting
Sjukvårdshuvudmannen: Mer personal i hemsjukvården för att ge stöd och handledning åt anhöriga samt ev. även utbildning. Akutplatser och avlastningsplatser skall ställas till förfogande inom långvården så att den anhörige får möjlighet till ledighet och vila.

Malmöhus läns landsting
Sjukvårdshuvudmannen: Information, utbildning, avlastningsplatser.
Staten: Via försäkringskassan ersätta vårdare i hemmet i vissa fall för hemsjukvård åt anhöriga.

Göteborgs sjukvårdsförvaltning
Fler avlastningsplatser, såväl inom servicehusen som inom långtidssjukvården behövs. Någon form av övergångsbidrag vid den sjukes bortgång eller vid sjukhusvård kan behövas. Ersättning via sjukpenningen till dem som avstår från yrkesarbete för att vårda anhörig i hemmet under en längre men begränsad tid skulle vara bra. Detta ger då en lagstadgad rätt till ledighet från ordinarie arbete. Utbildning av anhörigvårdare och hemvårdspersonal är en viktig del.

Västerbottens läns landsting
Utbildningsinsatser för anhöriga. Stödjande insatser t. ex. i form av kvälls- och nattpatruller.

Värmlands läns landsting
Från sjukvårdshuvudmannen: Objektanställning vid tunga vårdfall, ökat samarbete med primärkommunerna, ökat psykiskt stöd, bättre introduktion till vården framför allt på sjukhusen vid utskrivning, utökade avlastningsmöjligheter.
Från staten: Rätt till ledighet vid vård av anhörig i livets slutskede, ersättning via försäkringskassa.

Hallands läns landsting
Staten: Anhöriganställning och möjlighet till tjänstledighet från ordinarie arbete t. ex. efter samma principer som för sjuka barn, när det gäller korttidssjukvård i hemmet. Vid långtidssjukvård måste rätten till att återfå arbete inom tidigare anställningsområde garanteras.
Landstinget: Akut- och avlastningsplatser inom länssjukvård för sjukvård i hemmet av patienter.

Kalmar läns landsting
Dygnet runt service. Bättre avlastning och ledighet.
Eventuell lag om rätt till ledighet för vård i hemmet av anhörig långtidssjuk. Bättre ersättning vid sådan ledighet. Eventuell skattebefrielse på bidrag för inkomstbortfall.

Göteborgs och Bohus läns landsting
Utbildning av anhörigvårdare i något studieförbunds regi. Landstinget har hösten 1982 beslutat om sådan utbildning. Skall beaktas av direktionerna i landstingskommunen.

Blekinge läns landsting
Av staten: Ersättning från försäkringskassan enligt samma regler som gäller för vård av sjukt barn. Tidsgränsen måste dock vara längre.

Skaraborgs läns landsting
Av sjukvårdshuvudmännen: Utbildning/information till anhöriga, ökning av korttidsplatser. Dagvårdsavdeln. utökas. Utveckling av hemsjukvården som kan ge direkt och indirekt stöd till anhörigvårdarna.
Av staten: Betald ledighet för anhörigvårdare. Samordning mellan landsting och primärkommun angående avgifter.

Jönköpings läns landsting.
Vårdplaneringsgrupper i hela länet med ansvar för hemsjukvården och beslutanderätt beträffande vårdinsatser och ersättning till vårdare. Vårdbidrag genom försäkringskassan även för vuxna för att få mera likhet i landet. Är nu ganska stora skillnader i olika delar av landet – framför allt då det gäller ersättning till anhöriga vårdare.

Bilaga 4 Kommitténs förfrågan angående ledighet för vård av anhörig – en sammanställning

I *Arbetsgivare*

Frågeformulär har utsänts till 97 offentliga arbetsgivare och till 42 enskilda företag. Svarsfrekvensen var ca 80 % för de offentliga och ca 60 % för de enskilda arbetsgivarna.

Frågeställning	Ledigheter högst 180 dgr				Ledigheter längre än 180 dgr			
Arbetsgivare	Kan beviljas	Antalet	Längden	Varför inte	Kan beviljas	Antalet	Längden	Varför inte
Statliga mynd. (24 av 27)	Ja (Samtliga)	Varierar: enstaka till 15/år	Varierar: 1 dag–6 mån Vanligast 1 mån.	Arbetssituation K-cirk 1970:388 Samhället har kunnat ställa upp	Ja, i flertalet fall, men endast partiell ledighet i den del fall	I regel enstaka fall	Varierar: från tillsvidare till 1 1/2 år	Arbetssituation K-cirk Samhället har kunnat ställa upp. Vikariefrågan
Kommuner (33 av 46)	Ja (samtliga utom en) Några med olika förbehåll	Varierar: enstaka till 40/år beroende på policy och storlek	Varierar: 1 dag–6 mån Vanligast upp till 2 mån	Vikariefrågan Samhället har kunnat ställa upp med vård	Ja, i flertalet fall med olika förbehåll. Nej i 10 % av svaren	I regel enstaka fall	Varierar: 1/2 år–5 år i regel 1–1 1/2 år	Ej besvarad
Landsting (19 av 24)	Ja (samtliga) Några med förbehåll om att vikarie finns	Varierar: enstaka till 60/år	Varierar: 1 dag–6 mån Vanligast upp till 2 mån.	Arbetssituation Vikariefrågan	Ja (samtliga) några med viss tveksamhet eller med förbehåll om att vikarie finns	Varierar enstaka till 10/år	I regel upp till ett år	Arbetssituation Ej gått att dela tjänst
Enskilda företag (25 av 42)	Ja i 2/3 av svaren men flera med olika förbehåll. Nej i 20 % av svaren Några har aldrig behövt ta ställning till frågan.	Varierar: men högst 5/år I regel 1–2/år	Varierar: men i regel korta ledigheter 1–2 veckor vanligast	Ej besvarad	Ja i 20 % av svaren några av dessa med viss tvekan	Enstaka	Endast ett svar (1 år)	Endast ett svar (företaget för litet)

Frågeställning Arbetsgivare	Praktiska konsekvenser	Synpunkter på behovet av reglering
Statliga mynd.	De flesta mynd. uppger att det inte uppkommer några större praktiska konsekvenser vid dessa ledigheter pga den relativt ringa omfattningen. Liksom vid andra ledigheter är vikariefrågan ofta problematisk inte bara på lång utan även på kort sikt. Ledighet med kort varsel kan också ge problem. För små mynd. med specialister är vikariefrågan särskilt känslig. Problem kan också uppstå när en ledighet plötsligt avbryts och den ledige snabbt vill återgå i tjänst.	Av de som lämnat synpunkter finns en liten majoritet för reglering av denna ledighetsform på något sätt. Några mynd. anser att det blir absolut nödvändigt om ett ersättningssystem införs. De mynd. som inte förordar reglering har i regel motiverat detta med dessa ledigheters ringa antal, medan några ansett prövningen präglats av stor generositet eller att riktlinjer redan finns i K-cirk och i Deltidsförordningen vilket gör ytterligare reglering onödig. De positiva mynd. har angett att de önskar få till stånd större enhetlighet och rättvisa.
Kommuner	Många kommuner uppger att de praktiska konsekvenserna är desamma som för andra ledigheter. Vikariefrågan nämns därvid särskilt både vid kortare och längre ledigheter. Några kommuner anser dock att det ur personalpolitisk synpunkt är angeläget att se mer liberalt på denna ledighetsform än på andra.	De flesta kommuner anser att antalet avtals- och lagstadgade ledigheter redan är stort och att ytterligare ledigheter ger ännu mer problem med personal- och bemanningsplanering. En majoritet anser att reglering inte är nödvändig med motiveringen att avtalet är tillräckligt eller att omfattningen inte är så stor. Några kommuner tycker att det är en angelägen ledighetsreform. Någon skillnad i synsättet har inte kunnat utläsas beroende på politiskt styre eller tätort/glesbygd.
Landsting	De flesta landsting uppger att de praktiska problemen varit små och desamma som för övriga ledigheter. Vikariefrågan det största problemet. Flera landsting anser att denna ledighetsform måste räknas till de mest angelägna och ges därmed viss prioritet vid bedömningen.	Av de som lämnat synpunkter finns en knapp majoritet för att frågan ej regleras f. n. främst beroende på att omfattningen inte är så stor hos dessa. De som önskar reglering nämner lagstiftning i första hand.
Enskilda företag	Denna ledighet liksom all annan frånvaro uppges vara problematisk. Vikarier ger mer arbete. Bemanningsplaneringen försvåras av varje ny ledighet. För de mindre företaget, utan viss personalreserv, uppges problemen vara allra störst.	Huvudparten anser att avtalet är tillräckligt och att ytterligare ledighetsutrymme inte finns. Några företag anser att arbetsmarknadens parter själva bör lösa denna fråga. Resten anser att det inte finns behov av någon reglering. Några anser att denna form av ledighet skall ersättas av försäkringskassan.

II *Fackliga organisationer*

Frågeformuläret har utsänts till lokala fackliga enheter inom LO, TCO och SACO/SR. Svarsfrekvensen var ca 60 %. Antalet utsända formulär uppgick till 87.

Frågeställning Facklig organisation	Ledighet utan lön				Synpunkter på behovet av reglering
	Har beviljats	Antalet	Längden	Varför inte	
SKAF (8 av 20)	Ja, i regel men bristande info. om möjligheter uppges föreligga	Enstaka fall	Varierar 1 dag–1 år	Svårighet få vikarie	Nästan alla förespråkar en reglering av denna ledighetsform. Hälften önskar en lagstadgad rätt, övriga anser att de centrala parterna bör reglera frågan eller har ej svarat på frågan. Som skäl för en lagstiftning anförs bl. a. att ett nytänkande krävs inom äldrevården.
Fabriksarb. förb. (7 av 10)	Ja och nej i lika stor utsträckning. Ej prövat i något fall	Ej besvarat	Ej besvarat	Ej besvarat	I samtliga fall önskas reglering för att minska godtycket eller av sociala skäl. Även ersättningsfrågan behöver lösas. En motion finns om detta.
Handelsanst. förb. (7 av 10)	Nej i flertalet fall Ej prövat i några fall.	Ej besvarat	Ej besvarat	Ej besvarat	Samtliga önskar reglering i lag eller avtal. De flesta anser också att ersättningsfrågan skall regleras genom den allmänna försäkringen.
Träindust. arb. förb. (4 av 10)	Ja och nej i lika stor utsträckning	Ej besvarat	Ej besvarat	Ej besvarat	En majoritet talar för en reglering både vad gäller ledighet och ersättning, bl. a. med hänsyn till dyrbara långvårdsplatser. Föräldraförsäkring nämns som förebild för en reglering.

SACO/SR (-s-k) (15 av 17)	Ja och nej i lika stor utsträckning Ej prövat i flera fall	Enstaka fall	Upp till 2 år, men i regel mindre än 6 mån	Alltför få svar, schemaläggning ett hinder.	Nästan samtliga önskar en reglering i lag eller avtal. Som skäl anförs alltför stort godtycke i nuläget. Flertalet anser också att ersättning borde utges av samhället. Samhällsekonomiska vinster möjliga på detta område anser några.
SKTF (5 av 10)	Knapp övervikt för ja, ej prövat i något fall	Enstaka fall	Högst 6 mån oftast kortare	Ej besvarat	De flesta önskar reglering i någon form. Som skäl anförs enhetlighet eller att samhällsekonomin inte medger ytterligare utbyggnad av institutionsvården.
SIF (6 av 10)	Ja och nej i lika stor utsträckning	Sannolikt enstaka fall	Varierar dock högst 1 år	Ej besvarat	Flertalet anser att det vore önskvärt med reglering av något slag, främst en lagstiftning för att få enhetlighet. Ersättning via försäkringskassa och ledighet på samma sätt som för vård av barn anges som en möjlighet. Någon anser att avtalet räcker under förutsättning att företaget har en positiv inställning.

Bilaga 5 Rekommendationsöverenskommelse angående ersättnings- och anställningsvillkor för anhörig hemsjukvårdare

Protokoll

Förhandlingsdag:	23 september 1977
Ärende:	Ersättnings- och anställningsvillkor för anhörig hemsjukvårdare
Förhandlingspartner:	Landstingsförbundet och Svenska kommunalarbetareförbundet (SKAF)
Närvarande:	För landstingsförbundet: O. Bergström, U. Perbeck och G. Gräslund För SKAF: H. Tillberg och B. Hedström

§ 1
Till ordförande utsågs O. Bergström samt att jämte ordföranden justera protokollet H. Tillberg.

§ 2
Ersättnings- och anställningsvillkor för anhörig hemsjukvårdare (Dnr Lf P 314/76, SKAF 149/76)

1. Kommunalarbetareförbundet hade i skrivelse 1976-03-03 hemställt om överläggningar angående ersättnings- och förmånsvillkor för anhörig hemsjukvårdare.

./. Parterna träffade bilagda rekommendationsöverenskommelse, avsedd att tillämpas i de fall landsting fattar beslut att anhörig hemsjukvårdare skall anställas.
Parterna kom överens om att punkt 2, andra stycket och punkt 5 i rekommendationsöverenskommelsen skall ha egenskap av kollektivavtal.

2. SKAF framförde även att rubricerade arbetstagare borde tillerkännas rätt till arbetsmarknadsförsäkringar såsom gruppliv, AGS och TFY.
Landstingsförbundets representanter var för närvarande inte beredda att ta ställning i denna fråga med hänsyn till de särskilda förhållanden som är förenade med förevarande slag av anställning.
Parterna enades om att frågan skulle anstå till dess att ytterligare erfarenheter vunnits angående rekommendationsöverenskommelsens tillämpning.

§ 3
Förhandlingarna förklarades avslutade.

Vid protokollet

Justeras den / 1977

Justeras den / 1977

Rekommendation med riktlinjer angående ersättnings- och anställningsvillkor för anhörig hemsjukvårdare

Nedanstående bestämmelser är avsedda att tillämpas i de fall sjukvårdshuvudmannen beslutar att anhörig hemsjukvårdare skall vara anställd hos landstinget. Utanför rekommendationen faller således anhörigvårdare, för vilken anställningsförhållande inte föreligger samt de kategorier som undantas under punkt 1.

1 Begränsning

Denna rekommendation äger tillämpning då sjukvårdshuvudmannen beslutat meddela sjukvård i hemmet – för vilken anhörig anställs – i de fall vården ej avser vård av psykiskt utvecklingsstörda eller barn under 16 år.

Rekommendationen omfattar inte anhörig vårdare som fyllt 65 år, ej heller anhörig som uppbär personalpension, delpension från försäkringskassan eller allmän pension i form av sjukbidrag eller förtidspension.

2 Omfattning

Sjukvårdsinsatsens art, omfattning och längd beslutas på medicinska grunder av sjukvårdshuvudmannen enligt de normer som gäller i respektive landsting.

Vid förändring av den anhörige vårdarens anställningsförhållande, vilken grundas på medicinska ställningstaganden föreligger ej förhandlingsskyldighet enligt MBL 11–14 §§.

3 Ersättning

Ersättning till anhörig hemsjukvårdare, som fyllt 21 år, utgår per beviljad timme med belopp motsvarande 1/165 av löneklass 7. Anhörigvårdare som ej fyllt 21 år erhåller lön per beviljad timme med belopp motsvarande 1/165 av den lön som följer av § 6 specialbestämmelserna till LABK 75.

4 Semester

Med hänsyn till de särskilda förhållanden som är förenade med anställningen, är anhörigvårdare att anse som okontrollerad arbetstagare, för vilken särskild semesterlön utgår.

Mot bakgrund av att semesterlagens allmänna syfte är att samtliga arbetstagare skall ha möjlighet till viss tids ledighet för vila och rekreation, bör dock arbetsgivaren söka befria anhörigvårdare från sina arbetsuppgifter under så lång tid som motsvaras av lagstadgad semesterledighet.

5 Anställning

Uppdrag som anhörigvårdare enligt denna rekommendation betraktas som objektsanställning och ger ej företräde till ny anställning som eljest följer av LAS § 25. Ej heller gäller den underrättelseskyldighet eller varselskyldighet, som eljest kunde följa av LAS § 15 respektive § 29 punkt 4.

LANDSTINGSFÖRBUNDET 1980-03-03
Dnr Lf P 845/78 punkt 1

2 Anställning av anhörigvårdare i vissa fall

Registrering: Hemsjukvård

Handläggare: O. Bergström

Med cirkulär FC 35/77 översändes till landstingen efter överenskommelse med Svenska kommunalarbetareförbundet (SKAF) en rekommendation om anställningsförmåner för anhörigvårdare, som skulle gälla i den mån landsting anställde sådan vårdare. Rekommendationen innehöll vissa avgränsningar, bl. a. en högsta åldersgräns vid 65 år.

Efter förfrågan från flera landsting om möjligheterna att tillämpa rekommendationen även för anhörigvårdare som uppnått 65 års ålder togs kontakt med SKAF i syfte att utvidga rekommendationsöverenskommelsen att omfatta även äldre anhörigvårdare. SKAF förklarade sig inte beredda till en sådan utvidgning av överenskommelsen.

En statlig kommitté har tillsatts rörande vård av anhörig i hemmet. Kommittédirektiv har beslutats vid regeringssammanträde den 30 augusti 1979. Enligt direktiven skall en samlad översyn göras av de frågor som gäller vård av anhöriga. Utredningen kommer också att förutsättningslöst överväga andra ersättningssystem och därvid behandla frågor om ersättningsnivåer m. m.

Förhandlingsdelegationen är medveten om att det ofta är lämpligt eller nödvändigt att lösa ett vårdproblem genom att anlita en anhörig som fyllt 65 år som vårdare. I avvaktan på en mer varaktig lösning av de frågor som rör anhörigvårdare kan därför i vissa fall anställning av anhörig som fyllt 65 år bli aktuell redan nu. Om så sker bör enligt delegationens mening följande förutsättningar gälla.

1. Anställningen, som är en objektsanställning, bör grundas på individuell prövning av vederbörandes lämplighet för vårduppgifterna.

2, Anställningen bör vara längst t. o. m. viss angiven tidpunkt. Förlängning sker först efter förnyad prövning.
3. Löneförmånerna skall överensstämma med de som gäller enligt cirkulär FC 35/77.

Bilaga 6 Samverkansavtal kring äldreomsorger i Blekinge län

§ 1

Omfattning
Mellan Blekinge läns landsting och Olofströms kommun har följande överenskommelser träffats kring äldreomsorger:
- sjukvård i hemmet
- social hemtjänst
- långtidssjuka på ålderdomshem
- läkartillsyn vid ålderdomshem.

§ 2

Mål
Det övergripande målet för kommunens sociala hemtjänst och landstingets sjukvård i hemmet är
- att öka människors möjligheter att bo kvar i eller återvända till den egna bostaden samt
- att åstadkomma ett effektivare utnyttjande av huvudmännens gemensamma resurser och minskning av behovet av mera kostnadskrävande vårdformer.

§ 3

Medel
Ökade möjligheter till vård i ordinärt boende förutsätter
- goda bostäder,
- god fysisk och social miljö och lättillgänglig allmän och kommersiell service samt en god kollektivtrafik och färdtjänst,
- en områdesanknuten social hemtjänst och närsjukvård av god kvalité,
- att landstinget och kommunen samverkar vid utbyggnad och utveckling av sjukvård i hemmet och social hemtjänst.

Protokollsanteckning

Landstinget och kommunen tillhandahåller successivt personella resurser i den takt som erfordras för genomförande av avtalets intentioner.

§ 4

Former för samverkan

Sjukvårdspersonalen och den sociala personalen skall utifrån den enskildes behov samarbeta i gemensamma vårdplaneringsgrupper och gemensamt svara för att sjukvårdsinsatser och social hjälp sätts in hos den enskilde.

Vårdplaneringsgrupperna bildas successivt och i takt med att sjukvården i hemmet och den sociala hemtjänsten byggs ut.

Protokollsanteckning

Vårdplaneringsgruppen är inget formellt beslutsorgan utan endast ett samrådsorgan. Den respektive huvudman delegerat beslutanderätten till fattar beslut efter samråd i vårdplaneringsgruppen.

§ 5

Ansvars- och arbetsfördelning

Varje huvudman svarar för insatser inom sitt kompetensområde.

Landstinget tillhandahåller sjukvårdsresurser och sjukvårdsutbildad personal.

Kommunen tillhandahåller sociala resurser och socialt utbildad personal.

Landstingets respektive kommunens insatser är en gemensam resurs som skall användas för att i det enskilda fallet ge bästa möjliga vård och service.

Beslut om vem eller vilka som skall svara för hjälpinsatser hos den enskilde fattas av företrädare för resp. huvudman som fastställer behandlings- och serviceplaner. När vårdplaneringsgrupp etablerats fattas dessa beslut efter samråd i vårdplaneringsgruppen.

Protokollsanteckning

Den principiella ansvarsfördelningen mellan sjukvård i hemmet och social hemtjänst har fastlagts med utgångspunkt från respektive huvudmans specifika kompetensområde. Avgörande för vilken personalkategori som skall utföra uppgifterna är främst vad som är praktiskt i den enskilda situationen. Är vederbörande patient/pensionär i annat sammanhang i huvudsak föremål för insatser av hemtjänstpersonal bör dessa även kunna utföra uppgifter av sjukvårdskaraktär. Uppgifterna utförs då efter anvisning från och med behandlingsansvaret kvarliggande på landstinget.

På samma sätt förutsätts att sociala insatser kan fullgöras av sjukvårdspersonal som arbetar i ett hem. En sådan samverkan vid genomförandet av den praktiska uppgiften ger den gemensamma verksamheten den smidighet som är erforderlig både ur vård- och kostnadssynpunkt.

För att en förbättrad kvalité på sjukvård i hemmet skall kunna utvecklas enligt dessa riktlinjer krävs bl. a. att landstinget anställer personal för medicinska insatser i hemmet. Detta bör ske successivt och snarast möjligt. Intill dess att landstinget utvecklat sjukvårdsinsatserna i hemmet kan inte den föreslagna ansvarsfördelningen tillämpas fullt ut. Under en övergångs-

period kommer därför vissa sjukvårdsinsatser att utföras av kommunens sociala personal på sådant sätt som sker för närvarande.

Kommen har dels vårdansvar för de personer som erhåller social hemtjänst av anhöriga, dels ekonomiskt ansvar härför. Detta gäller även om arbetet utförs av äkta make.

De personer som den 31 december 1980 vårdas av anhörig över 65 år kommer att behålla sitt anhörigbidrag från landstinget i samma form som tidigare. Fr. o. m. 1981 kommer inga nya sådana bidrag att beviljas av landstinget. Detta innebär att kommunen successivt övertar det (volym)arbete dessa insatser motsvarar.

§ 6

Beslutsordning

Den enskilde erhåller sjukvård i hemmet och social hemtjänst enligt aktuellt behov och ej i förväg fastställt antal timmar.

Respektive huvudman beslutar hur hög servicenivån för olika insatser får vara.

Vid beslut om sjukvård i hemmet och social hemtjänst skall sammanlagda kostnader för huvudmännens insatser vägas mot kostnader för närmast högre alternativa vårdnivå.

Den respektive huvudman delgerat beslutanderätten härom till, fattar beslut om insatsen hos den enskilde efter samråd med företrädare för den andre huvudmannen.

Protokollsanteckning

Beslut om hemsjukvård utförd av hemsamariter och anhörigvårdare förutsätter att respektive huvudman enligt den/de huvudmannen delegerat beslutanderätten till är eniga i sin bedömning.

Samråd sker i vårdplaneringsgruppen när sådan etablerats.

§ 7

Läkartillsyn på ålderdomshem

Landstinget förbinder sig att överta läkartillsynen på ålderdomshem i kommunen.

Protokollsanteckning

Detta sker successivt i takt med dels att redan inrättade allmänläkartjänster kan besättas, dels att ytterligare allmänläkartjänster inrättas och därefter kan besättas.

§ 8

Planering

Landstinget och kommunen förutsättes årligen redovisa organisatoriska förändringar och utbyggnadsplaner för sjukvård i hemmet och social hemtjänst vid sammanträden i lokala Lako och regionala Lako.

§ 9

Kostnadsansvar

Landstinget bestrider kostnaderna för sjukvårdsresurser och för sjukvårdsutbildad personal enligt § 5 andra stycket. Kommunen bestrider kostnaderna för sociala resurser och för socialt utbildad personal enligt § 5 tredje stycket. Landstinget bestrider kostnaderna för långtidssjuka på kommunens ålderdomshem enligt detta avtal. Landstinget bestrider kostnaderna för läkartillsynen på ålderdomshem från den tidpunkt läkartillsynen kan övertas av landstinget. Kommunen bestrider kostnaderna för läkartillsynen på ålderdomshem fram till den tidpunkt landstinget övertar läkartillsynen. Detta innebär att tjänsteköp mellan huvudmännen inom avtalsområdet upphör.

§ 10

Ekonomisk överenskommelse

Landstinget erlägger årligen till kommunen ett belopp motsvarande en viss procent av kommunens bruttokostnader för den sociala hemtjänsten enligt följande:

1981	48
1982	48
1983	47
1984	46
1985	45
1986	40
1987	35
1988	30
1989	25
1990 och årligen därefter	20

§ 11

Utbetalning

Ersättning enligt § 10 utbetalas årligen av landstinget till kommunen i efterskott före utgången av februari månad.

Förskott å ersättning för löpande verksamhetsår utbetalas kvartalsvis med ett belopp motsvarande 20 % av kommunen budgeterad ersättning enligt detta avtal. Förskottet utbetalas före utgången av respektive kvartal.

§ 12

Avtalstid

Detta avtal gäller från och med den 1 juli år 1981 och tills vidare med en ömsesidig uppsägningstid om ett år. Uppsägning av avtalet ska ske skriftligen. Uppsägning av avtalet anmäls i regionala Lako eller motsvarande.

Oavsett vad ovan sägs är parterna oförhindrade att upptaga nya förhandlingar om ändring av detta avtal när väsentligt ändrade förhållanden påkallar det. En utvärdering av avtalets konsekvenser skall vara slutförd senast under 1984.

Protokollsanteckning

Som exempel på väsentligt ändrade förhållanden kan följande nämnas:
- väsentligt fler/färre långtidssjuka på kommunens ålderdomshem
- väsentligt fler/färre äldre personer som är medicinskt färdigbehandlade på landstingets sjukhem och lasarett, men ej kan flytta hem eller till kommunens servicebostäder/ålderdomshem
- väsentligt ökade/minskade kostnader för social hemtjänst
- väsentligt ökade/minskade kostnader för sjukvård i hemmet.

§ 13

Tolkning
Tolkning av detta avtal hänskjuts till regionala Lako.

§ 14

Sjukvårdsersättning
Kommunen förbinder sig att, vad avser den verksamhet som utförs för landstinget, tillämpa motsvarande bestämmelser som gäller för sådan verksamhet om den utförs hos landstinget och följa de anvisningar som utfärdas i anslutning härtill av Riksförsäkringsverket efter samråd med Landstingsförbundet.

Den behandlingsersättning som enligt § 4 i förordningen 1976:1018 Taxa för sjukvårdande behandling m. m. skall utges av Blekinge läns allmänna försäkringskassa för ovan angiven verksamhet tillfaller landstinget.

§ 15

Ikraftträdande
Avtalet gäller under förutsättning att det godkänns dels av landstinget dels av kommunfullmäktige

Blekinge läns landsting	Olofströms kommun
Göte Bjönsson	Jean Holmqvist
Sören Breidfors	Allan Svanberg

Statens offentliga utredningar 1983

Kronologisk förteckning

1. Fristående skolor för inte längre skolpliktiga elever. U.
2. Nytt militärt ansvarssystem. Ju.
3. Skatteregler om traktamenten m. m. Fi.
4. Om hälften vore kvinnor. A.
5. Koncession för försäkringsrörelse. Fi.
6. Radon i bostäder. Jo.
7. Ersättning för miljöskador. Ju.
8. Stämpelskatt. Fi.
9. Lagstiftningen på kärnenergiområdet. I.
10. Användning av växtnäring. Jo.
11. Bekämpning av växtskadegörare och ogräs. Jo.
12. Former för upphandling av försvarsmateriel. Fö.
13. Att möta ubåtshotet. Fö.
14. Barn kostar. S.
15. Kommunalforskning i Sverige. C.
16. Sysselsättningsstrukturen i internationella företag. I.
17. Näringspolitiska effekter av internationella investeringar. I.
18. Lag mot etnisk diskriminering i arbetslivet. A.
19. Den stora omställningen. I.
20. Bättre miljöskydd II. Jo.
21. Vilt och jakt. Jo.
22. Utbildning för arbetslivet. A.
23. Lag om skatteansvar. Fi.
24. Ny konkurslag. Ju.
25. Internationella faderskapsfrågor. Ju.
26. Bestrålning av livsmedel. Jo.
27. Bilar och renare luft. Jo.
28. Bilar och renare luft. Bilaga. Jo.
29. Invandringspolitiken. A.
30. Utbyggd havandeskapspenning m. m. S.
31. Familjeplanering och abort. S.
32. Företagshälsovård för alla. A.
33. Kompetens inom hälso- och sjukvården m.m. S.
34. Information som styrmedel. I.
35. Patentprocessen och sanktionssystemet inom patenträtten. Ju.
36. Effektivare företagsrevision. Ju.
37. Fastighetsbildning 1. Avveckling av samfällda vägar och diken. Ju.
38. Fastighetsbildning 2. Ersättningsfrågor. Ju.
39. Politisk styrning-administrativ självständighet. C.
40. Konsumentpolitiska styrmedel-utvärdering och förslag. Fi.
41. Kontroll av rådgivare. Ju.
42. Barn genom insemination. Ju.
43. Områden för turism och rekreation. Jo.
44. Kapitalplaceringar på aktiemarknaden. Fi.
45. Turism och friluftsliv 2. Om förutsättningar och hinder. Jo.
46. Bulvanlag. Ju.
47. Skatteregler. Om reservering för framtida utgifter. Fi.
48. Egenföretagares sjukpenning m. m. S.
49. Vattenkraft. I.
50. Översyn av lagstiftningen om förmögenhetsbrott utom gäldenärsbrott. Ju.
51. Ensamföräldrarna och deras barn. S.
52. Företagshemligheter. Ju.
53. Kulturarbetare och uppfinnare, skatter och avgifter. Fi.
54. Skall matmomsen slopas? Fi.
55. Församlingen i framtiden. C.
56. Naturresursers nyttjande och hävd. Jo.
57. Olika ursprung – gemenskap i Sverige. Utbildning för språklig och kulturell mångfald. U.
58. Kunskap för gemenskap. Läromedel för språklig och kulturell mångfald. U.
59. Kreativ finansiering. Fi.
60. Återvinning i konkurs. Ju.
61. Handlingsoffentlighet utanför myndighets områden. C.
62. För gammal för arbete? A.
63. Utslagning i grundskolan. U.
64. Ledighet för anhörigvård. S.

KUNG... BIBL.
1983-12-05
STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1983

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Nytt militärt ansvarssystem. [2]
Ersättning för miljöskador. [7]
Ny konkurslag. [24]
Internationella faderskapsfrågor. [25]
Patentprocessen och sanktionssystemet inom patenträtten. [35]
Kommissionen mot ekonomisk brottslighet. 1. Effektivare företagsrevision. [36] 2. Kontroll av rådgivare. [41] 3. Bulvanlag. [46] 4. Återvinning i konkurs. [60]
Fastighetsbildningsutredningen. 1. Fastighetsbildning 1. Avveckling av samfällda vägar och diken. [37]
2. Fastighetsbildning 2. Ersättningsfrågor. [38]
Barn genom insemination. [42]
Översyn av lagstiftningen om förmögenhetsbrott utom gäldenärsbrott. [50]
Företagshemligheter. [52]

Försvarsdepartementet

Former för upphandling av försvarsmateriel. [12]
Att möta ubåtshotet. [13]

Socialdepartementet

Barn kostar. [14]
Utbyggd havandeskapspenning m. m. [30]
Familjeplanering och abort. [31]
Kompetens inom hälso- och sjukvården m.m. [33]
Egenföretagares sjukpenning m.m. [48]
Ensamföräldrarna och deras barn. [51]
Ledighet för anhörigvård. [64]

Finansdepartementet

Skatteregler om traktamenten m. m. [3]
Koncession för försäkringsrörelse. [5]
Stämpelskatt. [8]
Lag om skatteansvar. [23]
Konsumentpolitiska styrmedel-utvärdering och förslag. [40]
Kapitalplaceringar på aktiemarknaden. [44]
Skatteregler. Om reservering för framtida utgifter. [47]
Kulturarbetare och uppfinnare, skatter och avgifter. [53]
Skall matmomsen slopas? [54]
Kreativ finansiering. [59]

Utbildningsdepartementet

Fristående skolor för inte längre skolpliktiga elever. [1]
Språk- och kulturarvsutredningen. 1. Olika ursprung – gemenskap i Sverige. Utbildning för språklig och kulturell mångfald. [57] 2. Kunskap för gemenskap. Läromedel för språklig och kulturell mångfald. [58]
Utslagning i grundskolan. [63]

Jordbruksdepartementet

Radon i bostäder. [6]
Utredningen om användningen av kemiska medel i jord och skogsbruket m. m. 1. Användning av växtnäring. [10] 2. Bekämpning av växtskadegörare och ogräs. [11]
Bättre miljöskydd II. [20]
Vilt och jakt. [21]
Bestrålning av livsmedel. [26]
Bilavgaskommittén. 1. Bilar och renare luft. [27] 2. Bilar och renare luft. Bilaga. [28]
Områden för turism och rekreation. [43]
Turism och friluftsliv 2. Om förutsättningar och hinder. [45]
Naturresursers nyttjande och hävd. [56]

Arbetsmarknadsdepartementet

Om hälften vore kvinnor. [4]
Lag mot etnisk diskriminering i arbetslivet. [18]
Utbildning för arbetslivet. [22]
Invanderingspolitiken. [29]
Företagshälsovård för alla. [32]
För gammal för arbete? [62]

Industridepartementet

Lagstiftningen på kärnenergiområdet. [9]
Direktinvesteringskommittén. 1. Sysselsättningsstrukturen i internationella företag. [16] 2. Näringspolitiska effekter av internationella investeringar. [17]
Den stora omställningen. [19]
Information som styrmedel. [34]
Vattenkraft. [49]

Civildepartementet

Kommunalforskning i Sverige. [15]
Politisk styrning-administrativ självständighet. [39]
Församlingen i framtiden. [55]
Handlingsoffentlighet utanför myndighets områden. [61]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

KUNGL. BIBL.
1983-12-05
STOCKHOLM

Liber
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-07900-3
ISSN 0375-250X