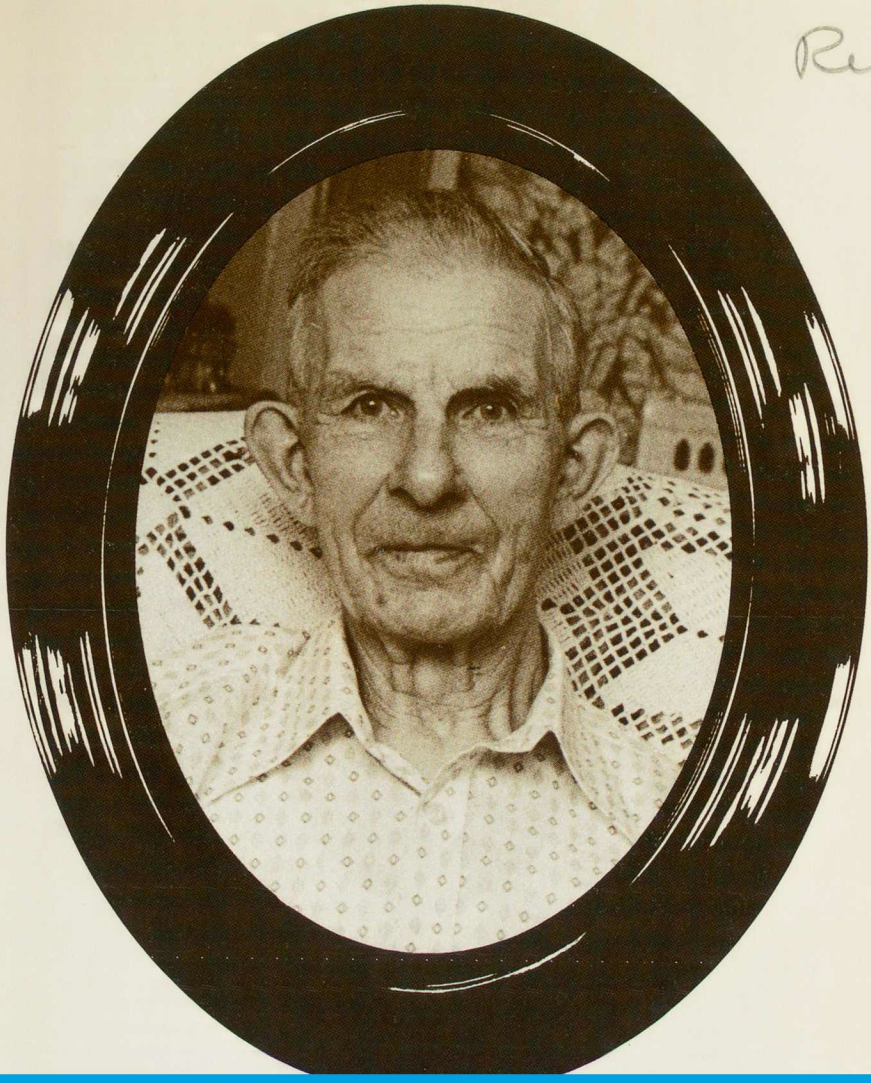


Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013

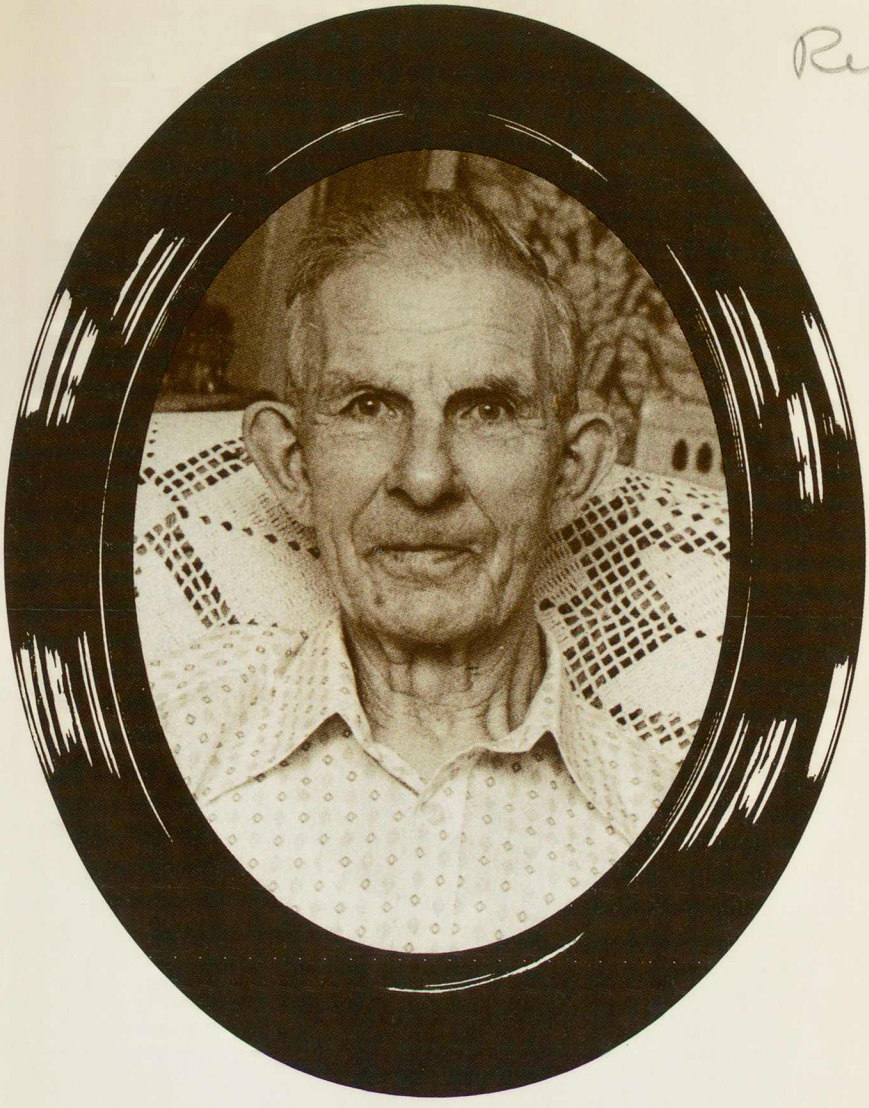
KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

Om att förbättra boendet för gamla, handikappade och långvarigt sjuka.

Mål. Överväganden. Åtgärder inom bostadspolitiken.

Betänkande från arbetsgruppen för vissa boendefrågor avseende äldre och handikappade m.fl.

SOU 1984:78



Bo på egna villkor

Om att förbättra boendet för gamla, handikappade och långvarigt sjuka.

Mål. Överväganden. Åtgärder inom bostadspolitiken.

Betänkande från arbetsgruppen för vissa boendefrågor avseende äldre och handikappade m.fl.

SOU 1984:78

105

Statens offentliga utredningar
1984:78
Bostadsdepartementet

Bo på egna villkor

Om att förbättra boendet för gamla, handikappade och långvarigt sjuka

Mål. Överväganden. Åtgärder inom bostadspolitiken.

Betänkande från arbetsgruppen för vissa boendefrågor avseende äldre och handikappade m. fl.
Stockholm 1984

Omslag: Casten Bergendal
Foto: Bengt-Göran Carlsson
ISBN 91-38-08527-5
ISSN 0375-250X

Graphic Systems AB, Göteborg 1984

Till statsrådet och chefen för
bostadsdepartementet

Regeringen beslutade i december 1983 att inrätta en arbetsgrupp inom regeringskansliet med uppgift att överväga vissa frågor rörande de äldres och handikappades boende. Beslutet grundades på ett behov av att samlat överväga vad som kan göras inom olika samhällssektorer för att förverkliga de mål som anges i bl.a. socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och i bostadsförbättringsprogrammet, nämligen att ge fler människor möjlighet att, trots funktionsnedsättningar eller sjukdom, bo och leva i vanliga bostadsområden och få förutsättningar att leva ett rikare liv än det som bl. a. institutionsboendet kan erbjuda.

För att möjliggöra sådana samlade överväganden gavs arbetsgruppen bred sammansättning. Den består av statssekreteraren i bostadsdepartementet Bengt Owe Birgersson, ordförande, samt statssekreterarna Sture Korpi och Ingemar Lindberg, socialdepartementet, Berit Rollén, arbetsmarknadsdepartementet och Claes Örtendahl, civildepartementet. Arbetsgruppen har biträtts av personal inom regeringskansliet, socialstyrelsen och bostadsstyrelsen. För samordningen av arbetet under denna etapp har svarat kanslirådet Bengt Söderström, bostadsdepartementet. Planarkitekt Ole Reiter och redaktör Monica Boman har varit knutna till bostadsdepartementet för att medverka i arbetet. Väsentligt underlagsmaterial för arbetet har utarbetats inom bostadsstyrelsen (Bostadsstyrelsen Bo-rapport nr 1984:5) och socialstyrelsen. Bidrag till arbetet har även lämnats av ledamöter i den referensgrupp

som har inrättats för att ge företrädare för berörda myndigheter och organisationer tillfälle att föja och påverka arbetsgruppens arbete.

Arbetsgruppen får härmed överlämna betänkandet Bo på egna villkor. Betänkandet innehåller dels vissa övergripande överväganden rörande boende, service, omvårdnad och vård för gamla, handikappade och andra som behöver stöd och hjälp i sin dagliga livsföring, dels vissa konkreta förslag till åtgärder som huvudsakligen faller inom bostadsdepartementets ansvarsområde. Slutligen redovisas vilka frågor som enligt arbetsgruppen bör bli föremål för fortsatt utredning i syfte att främja en fortsatt utveckling för att förverkliga de mål som har legat till grund för gruppens arbete.

Stockholm i september 1984

Bengt Owe Birgersson

Sture Korpi

Ingemar Lindberg /Bengt Söderström

INNEHÅLL Sid.

SAMMANFATTNING

AVDELNING I
Bakgrund

1 UTGÅNGSPUNKTER OCH MÅL 1
1.1 Den sociala bostadspolitiken 1
1.2 Vägledande principer för socialpolitiken 4
1.3 Mål för handikapp-politiken 6
1.4 Våra förslag till mål för hur boendet skall ordnas för dem som behöver stöd och hjälp 8
1.5 Sammanfattning 14

2 SAMHÄLLETS ANSVAR FÖR BOSTADSFÖRSÖRJNING, SERVICE, OMVÅRDNAD OCH VÅRD 16
2.1 Bostadsförsörjningen 16
2.2 Hjälp i hemmet 24

3 DE ÄLDRE OCH HANDIKAPPADE OCH DERAS BOENDEFÖRHÅLLANDEN 33
3.1 De äldre 33
3.2 De handikappade 41

4 SAMHÄLLSKOSTNADER M. M. FÖR VÅRD, OMVÅRDNAD OCH SERVICE 45
4.1 Behovet av vård och omvårdnad för äldre 45
4.2 Finansiering av vård och omvårdnad 46
4.3 Kostnader för vård och omsorg 47
4.4 Handikappade 49

AVDELNING II
Utvecklingsmöjligheter

5 ÖNSKAD UTVECKLING AV VÅRD- OCH BOENDEFORMER FÖR MÄNNISKOR MED SÄRSKILT BEHOV AV STÖD 51
5.1 Utvecklingen under efterkrigstiden 51
5.2 Utvecklingen under 1980-talet 54
5.3 Den fortsatta utvecklingen 55

Sid

6	HUR KVARBOENDE KAN FRÄMJAS - TRE KONKRETA EXEMPEL	68
6.1	Inledning	68
6.2	Torpa i Jönköping	70
6.3	Marieområdet i Umeå	74
6.4	Onsala i Kungsbacka kommun	64
6.5	Ekonomiska analyser	82
6.6	Sammanfattande slutsater	92
7	FÖRÄNDRINGSARBETE INOM SOCIALSEKTORN	94
7.1	Kommunernas ansvar för äldre och handikappade enligt socialtjänstlagen	94
7.2	Hälso- och sjukvården - allmänt	98

AVDELNING III
Överväganden och förslag

8	BOSTADSPLANERING	104
8.1	Samband mellan bostadsform och hjälpbehov	104
8.2	Planering av bostadsförsörjningen för äldre och handikappade	105
8.3	Sektorövergripande, områdesvis planering	107
8.4	Samverkan kommun - landsting	109
8.5	Samverkan med arbetsmarknadsmyndigheterna	111
8.6	Överväganden och förslag	113
9	BOSTADENS OCH DEN YTTRE MILJÖNS EGENSKAPER	115
9.1	Bestämmelser för bebyggelsemiljöns utformning	115
9.2	Krav på bostadens utformning och utrustning	116
9.3	Gruppbostäder	122
9.4	Krav på arbetsmiljö m.m.	123
9.5	Den yttre miljön	124
10	BOSTADSFINANSIERING	126
10.1	Bostadslån	128
10.2	Bidrag för tillgänglighetsskapande åtgärder	133
10.3	Förbättringslån	135

		Sid.
10.4	Bostadsanpassningsbidrag och - lån	135
10.5	Finansiering av trygghetslarm	140
10.6	Individuellt bostadsstöd	140
10.7	Försöksverksamhet med en friare resursanvändning än dagens	141
11	VISSA FRÅGOR OM UPPLÅTELSE AV BOSTÄDER MED SPECIELL UTFORMNING M. M.	144
11.1	Allmänt	144
11.2	Upplåtelse med hyresrätt	146
11.3	Upplåtelse i bostadsrättsform	150
12	BOSTADSKOMPLEMENT OCH SERVICE	154
12.1	Tidigare utveckling och initiativ	154
12.2	Utvecklingsmöjligheter	161
12.3	Överväganden och förslag	166
13	FORTSATT ARBETE	170

SAMMANFATTNING

Det här betänkandet handlar om hur boendet kan förbättraqs för gamla, handikappade och långvarigt sjuka. Inriktningen är att det skall bli möjligt för långt fler att, trots funktionsnedsättningar eller sjukdom, bo kvar i vanliga boendemiljöer.

För att detta skall bli möjligt krävs att lägenheter och bostadsmiljöer förbättras och görs tillgängliga och att bostadskomplement och boendeservice finns i tillräcklig omfattning. I det avseendet utgör det arbete vi här redovisar en vidareutveckling av det tioåriga program för att förbättra bostadsbeståndet som riksdagen beslöt om i december 1983.

Det blir också nödvändigt att bygga ut den sociala hemtjänsten och att omfördela hälso- och sjukvårdens resurser från den slutna till den öppna vården. I det avseendet innebär arbetet ett led i arbetet med att förverkliga de mål för socialtjänsten och hälso- och sjukvården som anges i de lagar som nyligen har trätt i kraft för dessa verksamheter.

Tillsammantaget utgör vårt arbete ett samlat initiativ för att konkret och handfast förena strävandena inom socialpolitiken och bostadspolitiken - att vidareutveckla den sociala bostadspolitiken.

I detta betänkande redovisas den första etappen av vårt arbete. Vi har under denna definierat gemensamma mål, synsätt och principer. Utifrån övergripande beskrivningar av den önskvärda utvecklingen av formerna för boende, vård, omvårdnad och service för människor med speciella behov av stöd och hjälp samt studier av utvecklingsmöjligheterna i några typiska bostadsområden lämnar vi förslag till åtgärder inom ramen för bostadspolitiken. Vi redovisar också hur vi anser att det fortsatta arbetet, vars tyngdpunkt kommer att ligga inom socialpolitiken, bör inriktas.

I kapitel 1 anger vi som en övergripande utgångspunkt för vårt arbete att alla människor skall ha samma rättigheter i samhället och ges möjligheter till ett meningsfullt liv.

För att detta skall kunna förverkligas menar vi att boende, service, omsorg och vård skall planeras utifrån följande principer:

1. Alla människor har rätt till en bostad där friheten och integriteten är skyddad.

2. De som behöver stöd och hjälp i sin dagliga livsföring eller som mer än tillfälligt behöver medicinsk eller annan vård skall erbjudas sådan i bostadsmiljön och i former som ger den enskilde stor självständighet.

3. Alla människor har, oberoende av behovet av vård, omsorg och service, rätt till en bostad med god tillgänglighet och god utrymmes- och utrustningsstandard i en miljö som ger förutsättningar för ett aktivt deltagande i samhällslivet.

För att dessa mål skall kunna förverkligas krävs ett omfattande förändringsarbete som kommer att ta tid. Det är därför nödvändigt att också sträva efter att förbättra levnadsvillkoren för dem som inte kan få del av förändringarna, t.ex. de som nu vistas på olika institutioner och inte har förutsättningar att flytta till en annan boendeform.

I kapitel 2 diskuterar vi olika bostadsformer och former för hjälp i hemmet och hur ansvaret bör fördelas för att människor med speciella behov skall få lämpliga bostäder och den hjälp de behöver. Vi slår fast att gamla, sjuka och handikappade i första hand bör beredas möjlighet till självständigt boende inom ramen för det ordinarie bostadsbeståndet. I den mån speciella bostäder tillhandahålls för dessa grupper, t.ex. i form av stödbostäder eller gruppbostäder, bör dessa vara utformade och utrustade med utgångspunkt i deras funktion som bostad.

Konsekvensen av detta synsätt blir att kommunernas bostadspolitiska ansvar enligt bostadsförsörjningslagen skall omfatta även dem som p.g.a. ålder, sjukdom eller handikapp har speciella behov.

När det gäller olika former av hjälp i hemmet konstaterar vi, utifrån en diskussion av begreppen sjukvård, omvårdnad och service, att det är svårt att entydigt avgränsa olika parters ansvar. Vi understryker betydelsen av att insatserna präglas av respekt för den enskildes självständighet, att de anpassas direkt till faktiska behov och att de inriktas så att de utgör ett stöd för att vidmakthålla och utveckla de egna resurserna hos den hjälpbehövande.

För att så flexibla insatser skall bli möjliga krävs en god samverkan mellan olika parter, främst kommuner och landstingskommuner. I ett långsiktigare tidsperspektiv blir det nödvändigt att se över vård- och omvårdnadsverksamheten i syfte att fortsätta en utveckling mot mindre och självständigare verksamhetsområden under bibehållet huvudansvar hos lämpliga samhällsorgan.

Rena servicefunktioner av typen städning, inköp, matlagning, tvätt etc. bör kunna erbjudas i former som dels gör dem mer allmänt tillgängliga, dels bättre samordnade med annan lokal verksamhet i bostadsområdena som fastighetsskötsel, detaljhandel, föreningsliv etc. Vi tror att en sådan utveckling skulle kunna underlätta och stimulera det omsorgsarbete som sker genom bl.a. anhöriga, vänner och ideella organisationer och därigenom bidra till att förstärka de sociala kontakterna.

I kapitel 3 redovisar vi hur pensionärer, handikappade och långvarigt sjuka bor i dag.

Vi konstaterar att antalet ålderspensionärer ökar och att ökningen är störst i de högsta åldrarna, där hjälpbehoven är störst. De äldre bor fortfarande genomsnittligt något sämre än befolkningen i övrigt och en hög andel bor ensamma. Sämst bor de som bor på äldre vårdinstitutioner.

Med ett växande antal gamla ökar också antalet personer med olika slag av handikapp. Också handikappade bor genomsnittligt sämre än befolkningen i övrigt. Ett stort antal rörelsehindrade och psykiskt utvecklingsstörda bor fortfarande på olika slag av institutioner.

Det helt övervägande antalet äldre bor i vanliga bostäder. Ännu upp i slutet av 80-årsåldern bor inte mindre än 60 % i en vanlig bostad. Men ändå bor många på institutioner. Tillsammantaget kan man uppskatta antalet gamla, handikappade och långvarigt sjuka som f.n. bor på institutioner som t.ex. ålderdomshem, långvårdskliniker, psykiatriska institutioner och sjukhem till över 100 000 personer.

I kapitel 4 belyser vi samhällets kostnader för vård, omvårdnad och service. Där konstaterar vi att en stor del av resurserna går till omsorgerna om de allra äldsta. Nästan alla som fyllt 90 år får samhällets stöd i någon form. De som är över 85 år utgör knappt 8 % av ålderspensionärerna, men de tar i anspråk ca 35 % av resurserna för vård och omvårdnad för äldre.

Samhällets kostnader för omsorgerna om äldre kan tillsammantaget beräknas uppgå till drygt 30 miljarder kronor. Huvuddelen av resurserna tas i anspråk av långvården och ålderdomshemmen.

I kapitel 5 skisserar vi den önskade utvecklingen av vård- och bondeformer för människor med särskilt behov av stöd. Vi konstaterar att gamla och handikappade i ökad utsträckning kan bo kvar hemma och att det bör vara möjligt för många att flytta från institutioner till ett självständigt boende med stöd och hjälp i hemmet. Utvecklingen går mot att den personal som arbetar med vård och omvårdnad etc. i större utstäckning kommer att arbeta i arbetslag inom bostadsområdena och i samverkan med andra samhällsorgan, anhöriga, folkrörelser, bostadsförvaltare m.fl.

Vi bedömer att det på längre sikt bör vara möjligt för flertalet gamla att bo i vanliga bostäder eller i stödbostäder som erbjuder boendeförhållanden likvärdiga med dem som råder i samhället i övrigt. Några nya ålderdomshem byggs inte längre och de befintliga byggs i ökande takt om till bostadsstandard. Antalet platser vid långvårdsenheter bör i det

närmaste kunna halveras (från ca 50 000 i dag) och antalet platser på psykiatriska institutioner skulle kunna minskas med uppemot 10 000. Denna omstrukturering mot självständigt boende och öppna vårdformer bör kunna ge utrymme för att förändra verksamheten och förbättra boendeförhållandena vid de institutioner som även på längre sikt kommer att behövas. Inriktningen är att dessa som regel bör vara små och väl integrerade i samhällsmiljön.

Kapitel 6 redovisar studier av hur en utveckling i denna riktning kan förverkligas, med tillämpning på tre bostadsområden av olika typ, belägna i Jönköping, Umeå och Kungsbacka kommuner. Av områdena representerar det första äldre bostadsområden med flerbostadshus och splittrat ägande, det andra nyare bostadsområden i mer sammanhållen förvaltning och det tredje småhusbebyggelse i mindre serviceorter.

Genom förbättringar av befintliga bostäder, kompletteringsbebyggelse, utbyggnad av bostadsanknuten service, omvårdnad och sjukvård och genom ett förändrat utnyttjande av de befintliga vårdresurserna är det möjligt att i alla tre områdena ge fler möjligheter att bo självständigt än vad man tidigare hade tänkt sig. Detta förutsätter emellertid samlade insatser från olika parter. Insatserna måste inriktas på att ge de gamla och handikappade både en lämplig bostad, en god social förankring i bostadsområdet och en tillräcklig hjälp i form av sjukvård, omvårdnad och service.

Genom att studera kostnaderna vid nuvarande respektive skisserade, framtida förhållanden i främst exemplet från Jönköping, har vi kunnat konstatera att det torde vara ekonomiskt fördelaktigt såväl i samhällsekonomisk mening som för staten, kommunerna och landstingskommunerna att skapa förutsättningar för fler att bo självständigt, trots särskilda behov av vård, omvårdnad och service.

I kapitel 7 redovisar vi pågående förändringsarbete inom socialsektorn, vilket är inriktat på att stödja en utveckling i den riktning vi har angett här. Det gäller bl.a. den nyligen publicerade utredningen om hälso- och sjukvårdens inriktning inför 1990-talet (HS 90), det nya system för statliga ersättningar till sjukvårdshuvudmännen som trädde i kraft den 1 januari 1985 (Dagmar), med särskilda satsningar på

hemsjukvård, öppen psykiatrisk vård och förebyggande insatser samt pågående beredningsarbete rörande omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda.

För att främja eget boende och motverka behovet av omhändertagande på institutioner disponerar regeringen under innevarande budgetår 30 milj. kronor för stöd till utvecklingsprojekt inom den sociala hemtjänsten.

Vidare arbetar den parlamentariskt sammansatta äldreberedningen med ett framtidsinriktat program som skall visa på utvecklingsvägar för samspelet i äldreomsorgerna mellan samhälle, vardagsomsorg och offentlig omsorg. Beredningen, vars arbete skall vara slutfört under år 1985 har också uppdrag att överväga om statligt stöd bör utgå till driften av ålderdomshem. Efter samråd med beredningen har vi kommit till slutsatsen att det inte bör komma ifråga att införa ett nytt statligt stöd för en verksamhetsform som är under avveckling.

Kapitel 8 behandlar bostadsförsörjningsplaneringen. Vi konstaterar där att kommunernas omsorger om äldre och handikappade i ökad utsträckning inriktas på öppna vårdformer och att planerna för utbyggnad av servicehus etc. minskar. Motsvarande satsningar på att förbättra det befintliga bostadsbeståndet har däremot inte skett.

Om kommunerna skall kunna leva upp till ett bostadsförsörjningsansvar som omfattar alla, behövs en utvecklad planering som bygger på analyser av behov och förutsättningar i olika bostadsområden. Kommunernas bostadsförsörjningsplanering bör utvecklas så att den omfattar också dem som vistas på olika fomer av institutioner och som saknar en självständig permanentbostad. Detta ställer krav på att samarbetet mellan primärkommuner och landstingskommuner utvecklas ytterligare. Planeringen bör ske i samverkan också med hyresgästernas, pensionärernas och de handikappades organisationer.

En planering av detta slag bör inte regleras till formen genom lagstiftning, den måste kunna utvecklas utifrån förutsättningarna i olika delar av landet. Vi föreslår dock att bostadsförsörjningslagen kompletteras så att den dels tydligare uttrycker kommunernas ansvar

för bostadsförsörjningen för alla grupper inom kommunen, dels ger kommunerna skyldighet att i planeringen samråda med landstingskommunen. Vi föreslår också att regeringen tar upp överläggningar med kommun- och landstingsförbunden om en särskild redovisning år 1988 av kommunernas bostadsförsörjningsåtgärder för gamla, handikappade och långvarigt sjuka.

Bostadens och den yttre miljöns egenskaper behandlas i kapitel 9. Där konstaterar vi att nuvarande bestämmelser i byggnadsstadgan och Svensk Byggnorm i huvudsak väl täcker gamlas och handikappades behov av en god bostad. I vissa fall kan särskilt utformade och utrustade bostäder behövas, men utformningen av sådana bör inte regleras i statliga normer.

I det pågående arbetet med att se över Svensk Byggnorm inför den nya plan- och bygglag som avses träda i kraft under år 1986 bör emellertid de generella kraven på hygienrummens och sovrummens utformning kunna övervägas speciellt med tanke på behoven hos dem som behöver vård och hjälp i bostaden.

Betydelsen för människor med funktionsnedsättningar av en god yttre miljö har uppmärksammats då regeringen nyligen har gett statens planverk i uppdrag att bedriva en utvecklings- och informationsverksamhet rörande den yttre miljöns gestaltning.

I kapitel 10 redovisar vi en genomgång av hur det statliga bostadsfinansieringssystemet kan utvecklas för att främja en utveckling mot självständigt boende för människor som har funktionshinder eller som behöver särskilt stöd. Vi konstaterar inledningsvis att nybyggnad och ombyggnad av bostäder kan ske med statliga bostadslån, oberoende av i vilken utsträckning den boende behöver vård, omvårdnad och service. Förutsättningen är att bostaden har föreskriven storlek och utrustning, att den är väl integrerad i närmiljön och att den är avsedd för självständigt boende. Det får inte heller vara fråga om tillfälliga bostäder, typ hotell, fritidshus eller vårdanläggningar för tidsbegränsade behandlingar.

Vi föreslår, vid sidan av vissa smärre förbättringar i reglerna rörande statliga bostadslån respektive bostadsanpassningsbidrag, ett utvidgat statligt stöd i följande avseenden:

- Som stöd för åtgärder som förbättrar tillgängligheten i den yttre miljön på tomtmark bör 10 milj. kr. per år anvisas. Regeringen bör ha möjlighet att anvisa mer pengar om det är befogat av sysselsättningsskäl.

- Ett nytt stats-kommunalt bidrag bör införas för att återställa en handikappanpassad bostad om den utförda anpassningen inte längre kan utnyttjas. Kostnaden för detta beräknas till 10 milj. kr. per år, lika fördelat på staten och kommunerna.

Vidare vill vi öppna en möjlighet för kommunerna att, inom ramen för försöksverksamheten med ökad kommunal självstyrelse, utnyttja det statliga finansiella stödet till bostadsbyggandet på ett friare sätt.

I ett avseende föreslår vi en inskränkning i de statliga subventionerna till bostadsbyggandet. Det gäller finansiering av lokaler för service m.m., som i fortsättningen helt bör ske utan statliga räntebidrag. Enligt tidigare praxis har räntebidrag getts till kommunala servicelokaler i bl.a. servicehus, vilket lett till gränsdragningsproblem och till en enligt vår mening olämplig stimulans till att förlägga sådana lokaler till servicehusen i stället för att sprida dem i bostadsområdena. Den besparing som en snävare tillämpning av bestämmelserna medför bör utnyttjas för att i andra former stimulera utbyggnad av integrerad och öppen service i bostadsområdena (se kapitel 12).

I kapitel 11 tar vi upp frågor om formerna för att upplåta bostäder som speciellt är anpassade för bl.a. gamla och handikappade. Vi förordar att, i den mån det är fråga om självständigt boende i permanentbostäder, upplåtelsen så långt möjligt sker på vanligt sätt, dvs. med hyresrätt eller bostadsrätt. Några särbestämmelser för äldrebostäder e.dyl. anser vi inte att det behövs. Vi redogör vidare för vad hyreslagstiftningens och bostadsrättslagens bestämmelser innebär för möjligheterna att reservera vissa bostäder för människor med särskilda

behov och för besittningsskyddet, överlåtelserätten samt inflytandet över kostnaden för bostaden.

Kapitel 12 behandlar bostadskomplement och service. Vi konstaterar att en god social förankring och en lätt tillgänglig service är en grundläggande förutsättning för att gamla och handikappade skall känna den trygghet som krävs för att de skall kunna bo kvar i vanliga bostäder.

Den lokala butiks- och hantverksservicen i bostädernas närområden har under lång tid tunnats ut, samtidigt som bostadsförvaltningen har inriktats mot stordrift och specialisering. I stället har samhällets service till avgränsade grupper som barn, skolungdomar och gamla byggts ut i bostadsområdena.

Nu finns det ett ökat intresse för att förstärka närservicen till de boende. Bostadsförvaltare bygger ut en mera aktiv och serviceinriktad bostadsförvaltning på områdesnivå över vilken de boende ges ett ökat inflytande. Samarbete har inletts med detaljhandelns och hantverkets organisationer för att öka möjligheterna att bibehålla och förstärka den kommersiella servicen. Olika delar av den kommunala servicen samordnas och bedrivs i öppnare former och i samverkan med brukare och föreningsliv.

Vi anser att dessa tendenser är positiva och bör understödjas. Med tanke på de gamlas och handikappades speciella behov, såväl som från allmänna bostadssociala utgångspunkter, finns det anledning att stimulera en ökad samverkan mellan samhälle, föreningsliv, bostadsförvaltare och näringsliv för att utveckla en bra social gemenskap och en lätt tillgänglig service i våra bostadsområden.

Vi föreslår därför att uppbyggnad av öppen och integrerad lokal tjänsteproduktion under en femårsperiod skall stimuleras genom statliga bidrag. Statsbidraget skall syfta till att få igång en bred utvecklingsverksamhet. Vi bedömer att en årlig bidragsram på ca 20 milj. kr. behövs för att utvecklingen skall kunna ske med den bredd som behövs för att olika parter skall vinna nödvändiga kunskaper och erfarenheter. För att det skall bli möjligt att överblicka utveck-

lingen och att följa upp och sammanställa erfarenheterna av projekt med olika förutsättningar och utformning föreslår vi att bidragsgivningen kanaliseras genom en delegation, knuten till bostadsdepartementet och sammansatt av företrädare för närmast berörda myndigheter och organisationer.

På längre sikt måste goda betingelser för öppen och integrerad lokal tjänsteproduktion skapas på annat sätt än genom särskilda statsbidrag. Vi föreslår att olika vägar att skapa sådana betingelser blir föremål för överväganden i former som medger att de kan leda till konkreta resultat innan det nu föreslagna stimulansbidraget avvecklas.

Det material som vi nu redovisar är resultatet av en första arbetsetapp under vilken reformarbetet har inriktats på bostäderna och boendemiljöerna. I kapitel 13 ger vi förslag på sex områden som bör bli föremål för fortsatta studier och överväganden, nämligen:

1. Kartläggning av bostadsförhållandena vid institutioner.

2. Former för områdesvis planering och gemensam resursuppbyggnad i samarbete kommun-landstingskommun.

3. Förändrad vårdorganisation.

4. Utbildning av personal för vård och omvårdnad.

5. Ekonomi och finansiering.

6. Arbetsmarknad och regionalpolitik.

AVDELNING I

Bakgrund



1. UTGÅNGSPUNKTER OCH MÅL

1.1 Den sociala bostadspolitiken

Den svenska bostadspolitiken har sina rötter i den arbetsmarknads- och socialpolitik som år 1933 lanserades av den socialdemokratiska regering som tillträtt året innan. Målet var tvåfaldigt - det gällde att häva både den svåra arbetslöshet som då rådde och den svåra bostadsnöd som främst drabbade de ekonomiskt sämst ställda hushållen, dvs. barnrika familjer med små inkomster samt pensionärer. Under 1940-talet utvecklades politiken till att bli mer övergripande och långsiktig. Målet blev att successivt och planmässigt höja den allmänna bostadsstandarden i hela landet. De mål för utrymmes- och utrustningsstandarden som då ställdes upp var - med den tidens mått - höga. De grundades på studier och analyser av bostadsförhållandena i landet vilka visade att många bodde mycket dåligt och saknade medel att skaffa sig en tillfredsställande bostad. Politiken inriktades på att tillgodose angelägna behov vilket alltså inte var detsamma som att tillgodose den efterfrågan som omedelbart kom till uttryck på marknaden.

Bostadspolitiken utgjorde en del av den aktiva socialpolitik som lade grunden för det svenska välfärdssamhället.

Alla människors rätt till en god bostad utgör fortfarande en av hörnstenarna i välfärdspolitiken. Under de senaste decennierna har hushållens bostadsstandard kunnat höjas avsevärt. Tillgången i stort på bostäder av olika slag utgör inte längre något huvudproblem i bostadsförsörjningen. I stället kommer andra frågor i förgrunden. Det gäller bl.a. frågor om hur det samlade bostadsbeståndet bör utnyttjas och hur det bör utvecklas genom förnyelse och komplettering. Medan politiken under tider av stor bostadsbrist främst fick inriktas på att åstadkomma en tillräcklig mängd bostäder får vi nu utrymme för att ägna större uppmärksamhet åt boendets kvalitet.

Ett grundläggande inslag i den omorientering av bostadspolitiken som nu sker är det bostadsförbättringsprogram som antogs av riksdagen i december 1983. Därigenom har de allmänna förutsättningarna skapats inte bara för att bättre underhålla vårt bostadskapital utan också för en mer aktiv förnyelse och utveckling av våra bostadsområden.

Bostadsförbättringsprogrammet är ett tioårigt program för att systematiskt höja kvaliteten i det befintliga bostadsbeståndet genom att öka insatserna för att underhålla, reparera och bygga om. En viktig utgångspunkt för förnyelsen av de befintliga bostadsmiljöerna är att göra det möjligt för människor med funktionshinder att leva ett normalt liv och att bo kvar i sin invanda miljö. Genom bl.a. ändrade bestämmelser för kommunernas planering och särskilt stöd för installationer av hissar och andra tillgänglighetsskapande insatser verkar statsmakterna för att bostads- förbättringsåtgärderna skall ges en sådan inriktning. Men gamla och handikappade har ofta svårare än andra att hävda sina intressen. Det finns därför skäl att överväga vad som ytterligare kan göras för att särskilt stödja dessa grupper och ge dem bättre förutsättningar att hävda sina intressen i den pågående utvecklingen.

Olika studier har visat att gamla människor och människor med funktionshinder i genomsnitt har sämre bostadsstandard än andra grupper, trots att deras behov av en god bostad i en väl fungerande fysisk och social miljö är särskilt stora. Bostadens och bostadsmiljöns utformning, innehåll och funktion innebär för många gamla och funktionshindrade att de drabbas av social isolering, att de i onödigt hög grad blir beroende av stöd och hjälp från vänner och anhöriga eller från samhällsorganen och att deras mänskliga resurser dåligt kan tas till vara. En social bostadspolitik måste inriktas på att utveckla våra bostadsområden så att alla ges förutsättningar att leva ett aktivt och meningsfullt liv. Det ställer krav på en förnyelse av våra bostadsområden som särskilt inriktas på att öka tillgängligheten för människor med funktionshinder, att stärka grannkontakterna och gemenskapen, att förbättra förvaltningen av byggnader och anläggningar och att bygga ut närservice inom bostadsområdena.

Många gamla, sjuka och funktionshindrade vistas f.n. under lång tid på olika slag av institutioner. Det gäller t.ex. ålderdomshem, sjukhem, långvårdskliniker, psykiatriska kliniker och vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda. Utvecklingen inom vård- och omsorgsverksamheten inriktas nu mot att dels ge människor vård och omvårdnad i hemmet, dels ersätta stora centrala institutioner och kategoribostäder med små anläggningar som kan integreras i bostadsmiljön. En sådan utveckling ställer krav på att det finns tillgång på bostäder med utrymmen och utrustning som är lämpliga för både de boende och den personal som skall ge vård och omvårdnad. Bostadsområdena kan också behöva kompletteras med de utrymmen som behövs för att vården och omvårdnaden skall kunna bedrivas och för att ett meningsfullt dagligt liv skall kunna erbjudas också dem som har behov av särskild omsorg. Lediga lägenheter kan därvid utgöra en resurs.

Institutionerna är som regel inte avsedda för långvarig vistelse och de erbuder ofta en kvalitet i boendet som är långt under den som för övrigt accepteras i vårt land. Genom utbyggnad av öppenvård och hemtjänst kommer en stor del av dagens vårdinstitutioner att kunna avvecklas. Men även med en långt gången utveckling av öppna vårdformer är det sannolikt inte möjligt att avveckla alla former av vårdinstitutioner. Det är från både bostadspolitiska och socialpolitiska utgångspunkter angeläget att omfördela resurser inom vårdområdet till att höja bostadsstandarden för dem som under längre tid behöver en vård och omsorg som inte kan ges i vanlig hemmiljö. Den sociala bostadspolitiken bör således omfatta också de människor som av olika skäl för längre tid vistas på institutioner.

En utveckling av det slag som här har berörts i grova drag innebär att en närmare samverkan mellan bostadspolitiska och socialpolitiska åtgärder måste etableras på alla nivåer. Vi vill betona att detta inte innebär att bostadspolitikens generella karaktär överges - fortfarande skall den omfatta alla människor. Men just för att detta skall bli verklighet och inte bara ett allmänt mål krävs det en ökad uppmärksamhet på vilka speciella åtgärder som behöver vidtas för att vissa grupper skall få del av de insatser som görs inom ramen för bostadspolitiken. Sådan speciella åtgärder måste givetvis också bedömas ur ett helhetsperspektiv. Som regel torde emellertid en bostadspolitik som

särskilt uppmärksammar de grupper som har särskilda behov också vara till fördel för andra människor.

1.2 Vägledande principer för socialpolitiken

Före industrialismens genombrott fanns en viss arbetsgemenskap och en omsorg mellan generationerna. De idylliska skildringar som vi ibland möter är dock starkt överdrivna. De sysslor som anförtroddes de äldre hörde ofta inte till de mest ansedda. Undantagsstugorna för åldringarna inom bondeklassen lämnade mycket övrigt att önska.

Många äldre, sjuka och fattiga - även barn - var utstötta ur gemenskapen och hänvisades till fattigstugorna. De trängdes ut till primitiva bostäder i byarnas utkanter och var tämligen avskärmade från social gemenskap med det starkt skiktade samhället i övrigt.

I och med industrialismens expansion förändrades situationen. Förvärvsarbete utanför hemmet blev allt vanligare och krav ställdes på att arbetskraften skulle vara rörlig. Industriarbetarnas trångboddhet och knappa löner inom penninghushållningens ram gav inte utrymme för kost och logi till medellösa äldre anförvanter.

Under industrialismen skulle fattigvården genom knappa understöd, s.k. kringgång och utauktionering av de fattiga för vård, utnyttja den kvarstående arbetsförmågan maximalt. Det kom därför att ställas ökade krav på samhällsinsatser, på ålderspension och utbyggnad av fattigvårdsanstalterna.

Strävan att bygga väl fungerande institutioner som kunde ta hand om alla äldre, handikappade och andra grupper med försörjningshinder bottnade i en ambition att komma bort från det fattigvårdstänkande som länge präglade omsorgen om dessa grupper.

Så sent som år 1947 beslöts att ålderdomshemmens karaktär av fattigvårdsanstalter skulle avskaffas. Man ville härigenom bl.a. ändra synsättet på de äldre. De skulle inte längre ses som understödstagare utan som gäster. Man strävade efter att ändra på personalens attityder som, trots många gånger inlevelsefulla insatser, ansågs karaktäriseras

av en auktoritär välvilja. Bestämmelserna om arbetsplikt avskaffades samma år. I en strävan att komma bort från en sådan exploatering har pendeln svängt över åt det motsatta hållet. De som har varit föremål för omsorgen har något tillspetsat, över huvud taget inte fått utnyttja den förmåga de haft till insatser som värderats av omgivningen.

Socialpolitiken syftar till att ge den enskilde trygghet i olika situationer och därvid tillgodose såväl materiella behov som behov av personlig vård och omvårdnad. Den ekonomiska tryggheten för den enskilde pensionären garanteras genom lagstiftning. Det allmännas insatser för vård och omvårdnad har byggts upp och utvecklats på två från varandra av tradition skilda områden, nämligen dels inom socialvården, dels inom hälso- och sjukvården. Ansvaret för socialtjänsten åvilar kommunerna. För sjukvården svarar landstingen och de kommuner som står utanför landstingsorganisationen. Genom lagstiftning och med ekonomiska styrmedel påverkar statsmakterna socialtjänstens samt sjukvårdens inriktning och finansiering.

Inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården finns en gemensam syn på hur vården och omsorgen om gamla och handikappade skall utformas. De social-, hälso- och sjukvårdspolitiska insatserna bör utformas utifrån principerna om normalisering och självbestämmanderätt. Med normalisering avses att insatserna skall underlätta för den enskilde att bo och verka i sin vanliga miljö under så normala förhållanden som möjligt. Självbestämmande förutsätter ett differentierat utbud av stöd och service, ur vilket individen själv skall kunna välja samtidigt som den personliga integriteten respekteras. Andra vägledande normer är helhetssynen på att individens olika behov skall tillgodoses i ett sammanhang och att de äldre skall ges inflytande och delaktighet.

Ett betydelsefullt inslag i strävan mot normalisering är att göra det möjligt för äldre och handikappade att kunna bo kvar i sina bostäder. Den sociala hemtjänsten, primär- och hemsjukvården utgör hörnstenarna i denna strävan. Kommunernas insatser i form av hjälp i hemmet och andra aktiviteter för äldre och handikappade har utvecklats kraftigt. Numera erbjuder den sociala hemhjälpen en omfattande social service för äldre och handikappade. Regeringen har genom prop. 1983/84:9 om statsbidrag till barnomsorg och social hemhjälp genomfört ett nytt

bidragssystem för den sociala hemhjälpen fr.o.m. 1984 (SoU 12, rskr 43). Syftet med det nya bidragssystemet är bl.a. att ge kommunerna ökad frihet i valet av serviceform för äldre och handikappade.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen, som trädde i kraft den 1 januari 1983, syftar till en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Genom det nya ersättningssystemet från den allmänna försäkringen till sjukvårdshuvudmännen fullföljs intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen. Riksdagsbeslutet innebär att ett helt nytt bidragssystem införs. De nya reglerna innebär bl.a. en övergång från prestationsbundna till schablonberäknade ersättningar med inriktning mot primärvård och annan öppen vård. För att stimulera en utveckling av hemsjukvården och därmed ökade möjligheter för äldre och handikappade att bo kvar hemma utgår en särskild ersättning. Även för en fortsatt stimulans av öppnare vårdformer inom psykiatrin utgår en särskild ersättning. Det nya ersättningssystemet beskrivs mer utförligt i kapitel 5.

1.3 Mål för handikapp-politiken

I samband med FN:s handikappår 1981 myntades begreppet "full delaktighet och jämlikhet" som ett mål för handikapp-politiken. Detta stämmer väl med målen för den svenska handikapp-politiken under 1970- och 1980-talen.

Det råder stor politisk enighet kring de handikapp-politiska målen. Detta kommer till uttryck i det handlingsprogram i handikappfrågor som utarbetats av beredningsgruppen för det internationella handikappåret (SOU 1982:46). Företrädarna för samtliga riksdagspartier liksom handikapprörelsens representanter stöder detta handlingsprogram. Regeringen har i skrivelse 1982/83:131 gett riksdagen tillfälle att ta del av regeringens överväganden med anledning av programmet (SoU 1982/83:27). Den grundsyn på handikappade som förs fram i programmet framgår av följande utdrag:

"Uppfattningen om alla människors lika värde bildar en av hörnstenarna för utvecklingen i vårt demokratiska samhälle. Goda och ändamålsenliga bostäder, arbete åt alla, god hälsa, ekonomisk trygghet, yttrande- och

informationsfrihet är viktiga mål för politiken kring vilka det råder stor enighet. Tryggheten och gemenskapen i samhället skall omfatta alla medborgare.

Handikappade har samma rättighet som andra att få del av välfärden och skall kunna leva ett fritt och oberoende liv som ger möjlighet till självförverkligande. Det är en hela folkets angelägenhet att alla kan vara med i gemenskapen. Handikappade är en resurs i samhället, som med sina kunskaper och erfarenheter skall kunna bidra till framåtskridandet".

I skrivelsen till riksdagen uttalar föredragande statsrådet bl.a. att:

"För att dessa mål skall förverkligas måste arbetet inom alla samhällsområden ta hänsyn till handikappades situation, problem och behov. Arbetet måste utgå ifrån att handikapp är brister i miljö och verksamhet. Handikappolitiken är inte skild från annan politik utan gäller åtgärder inom olika samhällsområden för att de allmänpolitiska målen skall kunna förverkligas för människor med funktionsnedsättningar".

Väsentligt för tillämpningen av handikapp-politiken inom olika samhällsområden är det synsätt som slås fast bl.a. i ovan nämnda skrivelse. I vad mån en skada eller sjukdom kommer att utgöra ett handikapp för en människa är således beroende av förhållandena i omgivningen. Detta betraktelsesätt innebär att de handikappades situation kan förbättras främst genom anpassning av samhället.

I detta ligger också att handikappaspekterna redan från början måste tas med i samhällsbyggandet och inte föras in i ett senare skede.

1.4 Våra förslag till mål för hur boendet skall ordnas för dem som behöver stöd och hjälp

På grundval av de synsätt, principer och mål som vi nyss har redovisat kan vi som en grundläggande utgångspunkt för vårt arbete ange att alla

människor skall ha samma rättigheter i samhället och ges möjligheter till ett meningsfullt liv. För att detta skall bli en realitet också för människor som har funktionshinder p.g.a. sjukdom, skada eller ålder krävs en anpassning av den fysiska miljön, en väl fungerande social miljö samt tillgång till särskilda hjälpmedel och till service och vård. Det krävs också en anpassning av de särskilda bostadsformer där människor som behöver särskild omsorg vistas under längre tid så att de bättre tillgodoser kravet på att alla - oavsett behovet av vård och omsorg - skall ha samma rättigheter och möjligheter.

I det följande skall vi redovisa konsekvenserna av detta allmänna mål på tre områden som torde ha central betydelse, nämligen rätten till frihet och integritet i boendet, rätten till vård och omsorg i bostadsmiljön samt rätten till en god boendestandard.

1.4.1 Frihet och integritet i boendet

Skyddet för medborgarnas frihet och integritet bör utgöra en grundläggande utgångspunkt för diskussionerna om olika boendeformer för gamla och handikappade.

Någon entydig definition av vad som menas med en bostad eller med att bo finns inte. Den enskildes frihet och integritet i boendet skyddas dock av flera lagar. I regeringsformens andra kapitel finns bestämmelser om medborgarnas grundläggande fri- och rättigheter, bl.a. skydd mot frihetsberövande och rätt till enskild egendom. Besittningsrätten till bostaden skyddas särskilt genom bestämmelser i bl.a. jordabalken och bostadsrättslagen. Att begreppet bostad bör ges en vidsträckt innebörd när det är fråga om den enskildes integritet framgår bl.a. av brottsbalkens bestämmelser om hemfridsbrott, enligt vilka ingen har rätt att olovligen tränga in eller stanna kvar där annan har sin bostad, vare sig det är rum, hus, gård eller fartyg.

För att en byggnad eller anläggning skall kunna finansieras med statliga bostadslån ställs i bostadsfinansieringsförordningen krav på att

den enskildes integritet och självständighet i boendet skall vara skyddad. Således krävs att boendet inte får vara underordnat andra funktioner. Vidare skall självständigt boende i princip vara garanterat genom hyreskontrakt av normalt slag.

Som ett långsiktligt mål för vårt arbete vill vi slå fast att alla människor skall ha rätt till en bostad där friheten och integriteten är skyddad. Så är inte fallet idag. Många människor vistas under lång tid på olika slags institutioner - ålderdomshem, långvårdskliniker, vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda, psykiatriska kliniker m.m. - utan att i egentlig mening betraktas som boende. De allra flesta av dessa saknar en egen bostad utanför den institution där de vistas. Dessa människor saknar ofta den grundläggande rätten att råda sig själva och de har bara begränsade möjligheter att omge sig med sina egna vänner och anhöriga och med sina egna tillhörigheter. Som regel har de en utrymmes- och utrustningsstandard som är mycket lägre än den minimistandard som annars accepteras i samhället.

Att ställa upp som mål att alla människor har rätt till ett självständigt boende får ganska långtgående konsekvenser när det gäller behovet av bostäder som är anpassade till människor med varierande grad av stöd och hjälp, vårdanläggningars utformning, vårdens organisation, frågor om besittningsskydd, bostadsförmedling, bostadsbidrag, vårdavgifter etc. Den praktiska innebörden inom en del av dessa olika områden analyseras närmare i detta betänkande.

Det är viktigt att påpeka att rätten till frihet och integritet i boendet naturligtvis inte får innebära någon inskränkning i samhällets skyldigheter enligt olika speciallagar gentemot dem som av olika skäl inte själva kan ta ansvar för sin situation.

1.4.2 Rätten till vård och omvårdnad i boendemiljön

Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen stadgar att kommun respektive landstingskommun är skyldig att erbjuda den som så behöver stöd, hjälp eller vård. I den s.k. omsorgslagen regleras landstingskommunernas ansvar för omsorger åt psykiskt utvecklingsstörda.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall vården vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten. I lagens förarbeten (prop. 1981/82:97) behandlas frågor om patientens ställning relativt utförligt. I det sammanhanget anför departementschefen också att den allmänna utgångspunkten i hälso- och sjukvården bör vara att vård i första hand ges i hemmet och att institutionsvård skall undvikas om inte vårdens kvalitet härigenom äventyras. Vidare anförs att institutionsvård bör bedrivas under så hemliknande och decentraliserade former som möjligt.

Enligt socialtjänstlagen skall även samhällets socialtjänst bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Lagen stadgar att kommunen genom socialnämnden har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Socialnämnden bör bl.a. genom hjälp i hemmet, färdtjänst eller annan service underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakter med andra.

Omsorgen om gamla, handikappade och långtidssjuka präglas i vårt land fortfarande i alltför hög grad av uppfattningen att ett nära nog totalt omhändertagande är den lämpligaste formen för samhällets omsorg och vård. De nya lagarna om socialtjänsten och hälso- och sjukvården ger uttryck för en annan ideologi. Dess innebörd är att de människor som behöver stöd och hjälp i sin dagliga livsföring eller som behöver medicinsk eller annan vård skall kunna få sådan hjälp eller vård i bostadsmiljön och i former som ger den enskilde så stor självständighet som möjligt. Detta bör också utgöra ett viktigt mål för vårt arbete.

Konsekvensen av detta synsätt blir att resurser omfördelas från institutions- vården till hemtjänsten, hemsjukvården och andra öppna former för att erbjuda människor den service, omvårdnad och vård som de behöver. Allt eftersom detta sker står det allt mer klart att många människor med sådana hjälpbehov som idag leder till intagning på institution skulle kunna klara sig bra och fungera bättre i en egen

bostad under förutsättning att den är tillräckligt rymlig, lättillgänglig och bekväm och om tillräcklig hjälp och omvårdnad i hemmet kunde erbjudas. Av olika undersökningar och av de studier som vi har gjort av tre bostadsområden framgår att en relativt stor andel av dem som vistas på institutioner idag har kapacitet att bo i mer ordinära boendeformer. Vi står alltså inför en möjlighet att mera allmänt utveckla vårdformer som ersätter de institutioner som bygger på en annan tids syn på omsorgen om gamla, sjuka och handikappade.

En sådan utveckling ter sig hoppfull. De flesta människor sätter mycket stort värde på en bibehållen självständighet. I ett självständigt boende kan man undvika den passivisering som ofta blir en följd av det mera totala omhändertagande som institutionerna i många fall erbjuder. Man kan också få möjlighet att stanna kvar i den invanda miljön där man har sitt kontaktnät, även om man genom ålder, sjukdom eller olyckshändelse skulle drabbas av någon funktionsnedsättning. Också anhöriga och vänner har glädje av att gamla och handikappade bor bra eftersom det underlättar och stimulerar ett ömsesidigt givande umgänge. En utveckling i den här riktningen ger också möjligheter att organisera vården och omvårdnaden på ett effektivare sätt och att utnyttja tillgängliga resurser bättre.

Omsorgerna om gamla och handikappade har under de senaste åren i första hand utvecklats genom en kraftig utbyggnad av landstingens och kommunernas insatser. Därigenom har angelägna och tunga behov kunnat tillgodoses. Huvuddelen av all vård och omsorg bedrivs dock utanför de professionella systemen i form av insatser från anhöriga och vänner. Det är väsentligt att samhällets vård och omsorg i ökad utsträckning ses som ett stöd och komplement till dessa anhörig- och väninsatser. Samtidigt bör speciellt uppmärksammas och underlättas de insatser som görs inom olika folkrörelser och organisationer.

1.4.3 Rätten till en god boendestandard

Som framgår av kapitel 3 har gamla och handikappade genomsnittligt en sämre boendestandard än andra. De sämsta boendeförhållandena har de som bor på äldre institutioner.

Särskilda bostäder för människor med behov av vård eller omvårdnad har ofta planerats utifrån förutsättningen att behovet av bostadsyta och utrustning i bostaden avtar med tilltagande omvårdnadsbehov. Människor med stora omvårdnadsbehov har inte ansetts behöva, eller kunna utnyttja, mer än ett rum, ibland bara en säng i en sal avsedd för flera personer. Konsekvensen av detta har blivit att många människor flyttats till en sämre bostadsstandard allt eftersom omvårdnadsbehoven tilltar.

Vi anser att en god utrymmesstandard och en fullständig bostadsutrustning är särskilt viktig för människor som behöver omvårdnad och kan ofta vara en förutsättning för en framgångsrik rehabilitering skall kunna ske och för att människors mentala och fysiska resurser fortlöpande skall kunna tas till vara. Vidare måste man uppmärksamma att människor med funktionsnedsättningar eller omvårdnadsbehov i minst lika hög grad som andra är beroende av att bostaden ger förutsättningar för besök och för umgänge med anhöriga och vänner.

En god bostadsstandard uppmuntrar och underlättar dessutom anhörigas och vänners deltagande i omvårdnadsarbetet. Genom att bygga särskilda bostäder för dem som behöver vård eller hjälp tvingar man slutligen fram en sådan omflyttning med tilltagande omvårdnadsbehov som från både medicinska och sociala utgångspunkter borde undvikas.

Enligt vår uppfattning bör man således undvika att knyta samman resurserna för vård, omvårdnad och service med bostäder som har en speciellt låg utrustnings- och utrymmesstandard.

Rätten till en god boendestandard bör inte begränsas till kvaliteten på den enskilda lägenheten. Också tillgängligheten till lägenheten och i den yttre miljön har stor betydelse, liksom graden av integration i bebyggelsen i övrigt, förekomsten av olika slag av service samt möjligheterna till grannkontakter, fritidsverksamhet etc.

Det är således inte tillräckligt att tillgodose tillgänglighetskraven för de hus och lägenheter som bebos av människor med funktionshinder. För att målet om full delaktighet skall förverkligas krävs att bebyggelsemiljön i dess helhet - i den takt som praktiska och ekonomiska förhållanden medger - görs tillgänglig.

Bostadsmiljöns effekter för hälsan är särskilt påtagliga för människor med små individuella och sociala resurser. Det finns en lång rad studier som talar för att social isolering och bristande psykologiskt stöd bidrar till att orsaka psykisk och psykosomatisk ohälsa. Isolering gör människor mer känsliga för olika påfrestningar och ger dem färre möjligheter att anpassa sig till dem.

I nybyggda förortsområden med hög omflyttningstakt, sned åldersfördelning, hög andel socialhjälpstagare och där befolkningen upplever miljön som bristfällig med avseende på kollektiv service, fysisk miljö, kommunikationer, skolor, daghem och lekplatser är frekvensen av psykiska problem ungefär tre gånger så hög som i väletablerade äldre villaområden med många höginkomsttagare och en miljö som upplevs positivt av de boende. Vissa grupper av befolkningen är särskilt sårbara för de påfrestningar som en bristfällig boendemiljö betyder. Det gäller människor med få sociala kontakter, passiv fritid och som upplever maktlöshet och bristande engagemang i och förtroende för samhällets institutioner. De grupper som vi behandlar i detta betänkande är ofta resurssvaga.

Boendemiljöns betydelse för den psykiska hälsan beror i första hand på vilka förutsättningar den skapar för social gemenskap. Brist på gemensamma resurser och fritidssysselsättning gör miljön påfrestande samtidigt som den lägger grunden till passivitet, isolering och maktlöshet. Detta gör människor mera sårbara för miljöns påfrestningar. Om det däremot finns gemensamma frågor som kan lösas genom kollektiv verksamhet kan det vara en starkt sammanhållande kraft. Om det står lösningar till buds i privata och individualiserade former som den enskilde upplever som bekvämare kan det lätt undergräva förutsättningarna för gemenskap.

Den risk som är förenad med utvecklingen mot öppna vårdformer är att människor med handikapp eller sjukdomar blir isolerade i bostäder som av fysiska eller andra orsaker är avskärmade från bebyggelsen i övrigt. Den nya vårdideologin måste därför förenas med principen att alla människor, oberoende av sina behov av vård, omvårdnad och service, har rätt till en bostad med god tillgänglighet och god utrymmes- och utrustningsstandard i en miljö som ger förutsättningar för ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Bostadsförbättringsprogrammet ger förutsättningar för att systematiskt förbättra standarden och tillgängligheten i det befintliga bostadsbeståndet. Genom tillbyggnader och kompletteringsbebyggelse kan nya bostäder, särskilt anpassade för gamla, sjuka och handikappade tillföras även äldre bostadsområden. Områdena måste också ofta kompletteras med de lokaler som behövs för hemtjänstens och sjukvårdens personal, med lokaler för den öppna sjukvården, för sysselsättning och rehabilitering och även med särskilda bostäder i form av t.ex. särskilt anpassade lägenheter, gruppbostäder för små vårdkollektiv etc. Den yttre miljön måste anpassas bättre för människor med rörelsehinder, nedsatt hörsel eller begränsad orienteringsförmåga. Det är också nödvändigt att slå vakt om och om möjligt bygga ut den lokala servicen och även att se till att stärka gemenskapen i bostadsområdena så att människorna själva får möjlighet att bygga upp skyddsnät mot social isolering och otrygghet.

1.5 Sammanfattning

En övergripande utgångspunkt för vårt arbete är att alla människor skall ha samma rättigheter i samhället och ges möjligheter till ett meningsfullt liv.

För att detta skall kunna förverkligas menar vi att boende, service, omsorg och vård skall planeras utifrån följande principer:

1. Alla människor har rätt till en bostad där friheten och integriteten är skyddad.

2. De som behöver stöd och hjälp i sin dagliga livsföring eller som mer än tillfälligt behöver medicinsk eller annan vård skall erbjudas sådan i bostadsmiljön och i former som ger den enskilde stor självständighet.

3. Alla människor har, oberoende av behovet av vård, omsorg och service, rätt till en bostad med god tillgänglighet och god utrymmes- och utrustningsstandard i en miljö som ger förutsättningar för ett aktivt deltagande i samhällslivet.

De mål som vi här har angett är långsiktiga. För att de skall kunna förverkligas krävs ett omfattande förändringsarbete. I kapitel 5 redogör vi översiktligt för den utveckling av vård- och boendeformer för handikappade och äldre som vi anser är önskvärd. De praktiska och ekonomiska förutsättningarna för och konsekvenserna av en utveckling i den riktningen, med tillämpning på några bostadsområden av olika typ, analyseras i kapitel 6. I avdelning III redovisar vi pågående förändringsarbete inom socialsektorn, vissa förslag till åtgärder inom bostadsdepartementets ansvarsområde samt förslag till inriktning av det fortsatta arbetet.

Det faktum att önskade förhållanden kan uppnås först på längre sikt innebär att särskild uppmärksamhet måste ägnas åt vad som kan göras för att förbättra situationen för dem som inte kan få del av förändringarna. Vi tänker då främst på många av dem som redan nu vistas på olika institutioner och som inte längre har förutsättningar att flytta till en annan boendeform. Det är nödvändigt att i förändringsarbetet fortlöpande uppmärksamma dessa människors situation och att därvid sträva efter att förbättra deras levnadsvillkor.

2 SAMHÄLLETS ANSVAR FÖR BOSTADSFÖRSÖRJNING, SERVICE, OMVÅRDNAD OCH VÅRD

2.1 Bostadsförsörjningen

2.1.1 Olika bostadsformer

Under de senaste åren har det skett en snabb utveckling av formerna för äldre- och handikappomsorgerna och av särskilda boendeformer som är anpassade till dessa grupper. I takt med den utvecklingen har det tillkommit en omfattande terminologi för att definiera olika bostadstyper och hjälpinsatser eller kombinationer av dessa. Terminologin har utvecklats ur de praktiska behoven av begrepp som beskriver vissa konkreta bostadstyper eller omsorgsinsatser. Ibland utgår de använda begreppen från skillnader i t.ex. bostädernas fysiska utformning, ibland från skillnader i den organisatoriska uppläggningen av hjälpinsatserna eller i förhållandet mellan den boende och den huvudman som svarar för hjälpen.

Med en gemensam benämning kan bostäder av denna typ, som är speciellt utformade, lokaliserade eller upplåtna med tanke på de boendes behov av medicinsk eller annan hjälp, kallas för stödbostäder. Det är idag oklart var gränserna går mellan det som kan kallas för vanliga bostäder, stödbostäder och institutioner. Vi har därför funnit ett behov av att i vårt arbete definiera vissa mera grundläggande och, från bostadssociala utgångspunkter, principiellt viktiga begrepp och definitioner.

Vi vill påpeka att vi ännu inte närmare har analyserat hur avgifts- och bidragssystemen inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten kan komma att påverkas med dessa utgångspunkter. Det gäller bl.a. de differentierade vårdavgifterna och de kommunala bostadstilläggen. Vi har inte heller kunnat analysera vilka konsekvenser en utveckling mot öppnare vård- och boendeformer får för arbetssättet och organisationen inom hälso- och sjukvården. I kapitel 13 föreslår vi att dessa frågor skall behandlas i det fortsatta utredningsarbetet. Tills vidare gäller naturligtvis nuvarande förutsättningar för avgifter och bidrag.

En första distinktion som vi har funnit det nödvändigt att uppehålla oss vid är den mellan *självständigt boende* och *institutionsboende.* Med

självständigt boende avser vi sådana boendeförhållanden där den boende själv råder över de disponibla utrymmenas utnyttjande och även i övrigt får sig själv vad avser sysselsättning, besök och umgänge etc. Om däremot den boende är tvungen att underkasta sig generella rutiner bör det anses vara fråga om ett institutionsboende.

Gränsdragningen mellan självständigt boende och institutionsboende bör således utgå från maktförhållandet mellan den boende och den som upplåter bostaden. Om bostaden är upplåten på normalt sätt, dvs. med ägande rätt, bostadsrätt eller hyresrätt, är den boendes självständighet skyddad genom den lagstiftning som reglerar resp. upplåtelseform (se vidare kapitel 11). Om bostadsupplåtelsen däremot inte är reglerad genom någon form av avtal el.dyl. kan det vara svårare att avgöra om det är fråga om självständigt boende eller institutionsboende.

Den som har behov av speciella hjälpinsatser hamnar naturligtvis alltid i något slags beroendeförhållande till den som hjälper. Om den boende har rätt att själv bestämma om hjälp skall ges, när och i vilka former, föreligger ett självständigt boende. Här får man givetvis acceptera att tillgängliga resurser och praktiska möjligheter sätter gränser för vilka önskemål som kan tillgodoses. Vissa åldersdementa, utvecklingsstörda och flerhandikappade människor har också, på grund av handikappets karaktär och svårighetsgrad, svårt att själva fatta nödvändiga beslut. Vi anser att i sådana fall kravet på ett självständigt boende måste anses vara uppfyllt om vården och omvårdnaden är inriktad på att aktivera den enskilde och på att med respekt för dennes egna önskemål verka för att han eller hon kan leva ett liv så likt andra människors som handikappet medger. Det centrala är således att det självständiga boendet präglas av att hjälpinsatserna i hög grad är individuellt anpassade efter den boendes behov och önskemål.

Om många människor med likartade hjälpbehov bor i samma bostadskomplex uppstår lätt institutionslika förhållanden även om lägenheterna i övrigt innehåller de kvaliteter som vi angett bör prägla det självständiga boendet. Särskilt stark blir institutionsprägeln om ett sådant bostadskomplex är beläget på avstånd från andra bostäder och servicefunktioner på orten. För att ett självständigt boende skall anses föreligg bör enligt vår uppfattning bostaden vara väl integrerad i samhället i övrigt. Större bostadsanläggningar för särskilda befolkningsgrupper som

saknar anknytning till övrig bebyggelse, olika servicefunktioner etc. bör betraktas som institutioner även om bostadsstandarden är god och upplåtelseformerna desamma som på bostadsmarknaden i övrigt. Det är i övrigt knappast möjligt att ange några preciserade krav som bör vara uppfyllda för att en bostad skall anses vara väl integrerad i bebyggelsen. Bedömningarna blir beroende av många faktorer som måste värderas efter omständigheterna i det enskilda fallet.

Med självständigt boende menar vi sammanfattningsvis bostadsformer som präglas av tillämpningen av normala upplåtelseformer, respekt för den boendes integritet och självbestämmanderätt samt den enskilda bostaden integration i samhället i övrigt. Däremot bör huvudmannaskapet för bostaden eller förekomsten i bostaden av vissa begränsade utrymmen knutna till vård- eller hjälpbehoven inte tillmätas någon större betydelse.

En annan distinktion vi anser det nödvändigt att beröra är den mellan en permanentbostad och en tillfällig bostad. Med permanentbostad avser vi en bostad som är avsedd för ett boende med längre varaktighet. Som permanentbostad bör som regel betraktas den bostad på vilken en person är mantalsskriven. Också olika slag av genomgångsbostäder och specialbostäder som är avsedda för annat än korta, avgränsade vistelsetider bör kunna betraktas som permanentbostäder under vissa förutsättningar som vi strax skall återkomma till.

En tillfällig bostad är avsedd för kortare vistelser. Exempel på tillfälliga bostäder är fritidshus och olika slag av anläggningar för sjukvård, rehabilitering etc. Man bör notera att det inte är ovanligt att människor vistas under lång tid i tillfälliga bostäder. Många pensionärer tillbringar en stor del av sin tid i fritidsbostäder. Ett stort antal långtidssjuka och handikappade vistas långvarigt på anläggningar som uppenbarligen är utformade med tanke enbart på tillfällig vistelse.

Det är inte ovanligt att en tillfällig vistelse utvecklas till att bli mer eller mindre varaktig. Om en person som under en längre tid har vistats på en vårdanläggning, t.ex. på en långvårdsklinik, överger

eller fråntas sin tidigare permanentbostad uppstår frågan om långvårdskliniken skall betraktas som den aktuella personens permanentbostad. Vi anser att detta måste göras beroende av bl.a. den boendestandard och den grad av självständighet i boendet som vårdanläggningen erbjuder. Om vårdanläggningen inte kan erbjuda förhållanden som med tanke på omständigheterna står i rimlig proportion till boendeförhållandena i övrigt i samhället bör bostaden betraktas som tillfällig. En person som vistas i en tillfällig bostad och som saknar annan bostad måste då betraktas som bostadslös.

Med begreppet permanentbostad avser vi således den bostad där den boende är mantalsskriven under förutsättning att den erbjuder tillfredsställande förhållanden vad avser boendestandard och självständighet i boendet. I kapitel 10 återkommer vi till vilka minimikrav på bostadsstandard som bör ställas för att en nybyggnad eller ombyggnad skall kunna finansieras med statliga bostadslån.

Vi vill i det här sammanhanget också något utveckla hur vi ser på begreppet stödbostad som vi inledningsvis berörde. Vi anser att detta begrepp skall reserveras för bostäder som genom sin utformning och lokalisering är särskilt lämpade som bostäder för människor med långvariga och omfattande behov av vård, omvårdnad och service, men som i övrigt uppfyller de krav på självständigt boende i permanentbostäder som vi nyss har angett. Det som således präglar stödbostaden är främst dess nära anknytning till speciella resurser för vård och omvårdnad. Stödbostäder kan naturligtvis åstadkommas på många olika sätt, genom att bygga in särskilt anpassade bostäder i vanliga bostadshus eller genom ombyggnad av befintliga bostäder, servicehus, lokala sjukhem etc. De skall erbjuda en god boendemiljö under den tid den boende har ett vård- och omvårdnadsbehov som av praktiskt-organisatoriska eller ekonomiska skäl inte kan tillgodoses i vilken bostad som helst. Stödbostäder av detta slag kan ha särskilt stor betydlelse för t.ex. rehabilitering.

Vi vill här också beröra begreppet gruppbostad. Med en gruppbostad avser vi, till skillnad från en familjebostad, en bostad där det bor flera personer som hålls samman av andra faktorer än familjerelationer eller motsvarande. I en gruppbostad delar de boende vissa gemensamma ytor och funktioner, men möjligheterna till oberoende och avskildhet för var och en är större än vad som är vanligt i en familjebostad.

Det bärande motivet för att bo i grupp är som regel praktiskt/socialt. De former av gruppboende som i detta sammanhang är av särskilt intresse är sådana som utvecklas i stödbostäder och som således betingas av gemensamma behov av hjälp och stöd eller särskilda behov av sociala kontakter.

Självständigt boende kan föreligga också i en gruppbostad. För att ett gruppboende skall kunna upprätthålla karaktären av ett självständigt boende krävs emellertid att bostaden har en god standard, att gruppen inte är för stor och att de boende - eller i vissa fall deras företrädare - har möjlighet att påverka gruppens sammansättning. Vad som är lämplig storlek och sammansättning på en grupp som delar bostad är en svårt att ange, förutsättningarna kan vara mycket olika i olika fall. För personer med psykiska utvecklingsstörningar brukar en gruppstorlek på högst 4-5 personer anses acceptabel, medan i andra sammanhang något större grupper anses rimliga.

Vi anser att de distinktioner som vi nu har diskuterat är centrala och principiellt viktiga. De kommer att läggas till grund för våra överväganden i avdelning III om ändringar i och tillämpningen av olika statliga regelsystem. De bör även beaktas i såväl bostadsförsörjningsplaneringen, planeringen för omsorgerna om gamla och handikappade samt sjukvårdsplaneringen som vid projektering och bostadsförmedling.

Vilka bostadsformer som bör tillhandahållas för att alla skall kunna få en god bostad bör inte i första hand bero på vilka åldersgrupper, handikappkategorier eller hushållskategorier de bostadssökande tillhör utan snarare på svaren på frågor av typen:
Är det permanenta eller tillfälliga bostadsbehov som skall tillgodoses? Är vård- eller omvårdnadsbehoven så speciella att det inte finns förutsättningar för självständigt boende? Är individuella boendeformer eller gruppboende bäst ägnat att tillgodose aktuella behov och önskemål?

Vi är förvissade om att en sådan arbetsmetod kommer att reducera antalet särskilda bostadsformer för olika grupper av hjälpbehövande och bidra till en bättre integration i samhället för dessa grupper - av

den enkla anledningen att deras grundläggande behov och önskemål inte avsevärt skiljer sig från andra människors.

2.1.2 Ansvaret för bostadsförsörjningen

Genom den sociala bostadspolitiken har samhällsorganen tagit på sig ett betydande ansvar för att alla människor skall ha möjlighet att få en god bostad till en rimlig kostnad. Detta ansvar delas mellan staten och kommunerna.

De statliga insatserna för att främja bostadsförsörjningen är av flera olika slag. Genom stöd till bostadsproduktionen - främst i form av subventionerade lån - skapas förutsättningar för nybyggnad och ombyggnad till rimliga boendekostnader. Genom konsumtionsstöd - främst i form av bostadsbidrag och bostadstillägg till folkpensionärer - ges även hushåll med små inkomster i förhållande till försörjningsbördan möjligheter att efterfråga en god bostadsstandard. Lånevillkor, byggnormer m.m. syftar till att bostadsproduktionen skall hålla en hög funktionell och teknisk kvalitet. Genom särskilda bostadsanpassningsbidrag underlättar samhället för människor med funktionsnedsättningar att få en lämpligt utformad och utrustad bostad.

Kommunernas ansvar för bostadsförsörjningen preciseras i lagen (1947:523) om kommunala åtgärder till bostadsförsörjningens främjande. Lagen ger kommunen rätt att ställa medel till förfogande för att minska den enskildes kostnader för att anskaffa eller inneha en fullvärdig bostad. Den ålägger kommunerna att medverka i den statliga bostadslångivningen och att bedriva en fortlöpande bostadsförsörjningsplanering. I den mån det behövs skall kommunerna vidare ordna avgiftsfri bostadsförmedling. Kommunernas uppgifter enligt bostadsförsörjningslagen fullgörs som regel genom fastighetsnämnderna.

Bostadsförsörjningslagen ålägger inte kommunerna att vidta särskilda åtgärder för att gamla, sjuka eller handikappade skall få en lämplig bostad. En skyldighet att verka för att gamla får möjlighet att leva och bo självständigt i goda bostäder och att handikappade får bo på ett sätt som är anpassat efter behoven av särskilt stöd åläggs däremot

kommunernas socialnämnder genom socialtjänstlagen. Lagen ålägger vidare kommunerna att inrätta bostäder med gemensam service för äldre människor med behov av särskilt stöd.

Något uttryckligt ansvar för att ordna bostäder åt dem som är långvarigt sjuka finns inte lagfäst, men genom socialförsäkringssystemet, det individuella bostadsstödet etc. tar samhället ansvar för att alla skall ha möjlighet att efterfråga en bostad som svarar mot deras behov.

Våra överväganden

Som framgår av kapitel 3 är det helt övervägande flertalet pensionärer friska och aktiva människor vars bostadsbehov inte på några väsentliga punkter avviker från andra människors. Bland de gamla såväl som bland de handikappade och andra grupper finns människor med speciella krav på bostaden och med behov av varierande grad av service, omvårdnad och vård. Många av dessa vistas f.n. på institutioner. I kapitel 1 har vi slagit fast att alla människor - oberoende av behovet av service, omvårdnad och vård - har samma rätt till ett självständigt boende och en god bostadsstandard. Av dessa övergripande ställningstaganden följer

för det första att bostadsbehovet för gamla, sjuka och handikappade så långt möjligt bör tillgodoses inom ramen för det ordinarie bostadsbeståndet och i integrerade former, samt

för det andra att i den mån speciella bostäder tillhandahålls för dessa grupper bostäderna bör vara utformade och utrustade med utgångspunkt i deras funktion som bostad.

Flertalet äldre och handikappade bor i vanliga bostäder. Många boendemiljöer har sådana brister på grund av bostädernas lokalisering, utformning, standard och kvalitet samt på grund av ofullständig service att äldres och handikappades boende försvåras.

För många människor har behovet av stöd och hjälp därför blivit avgörande för boendeformen. På grund av att ändamålsenliga bostäder

saknats och att hemsjukvården, den sociala servicen och annan boendeservice varit otillräcklig har många äldre och handikappade varit hänvisade till att bo och få omvårdnad i speciella bostadsformer, avskilda från de vanliga bostäderna.

Bra lägenheter i lämpligt utformade och tillgängliga hus med närhet till service och tillgång till social hemhjälp och hemsjukvård kan möjliggöra för många att trots stora funktionsnedsättningar eller sjukdom bo i vanliga bostäder. Få grupper har så specifika krav på bostäderna att behoven inte kan tillgodoses vid nybyggnad eller vid ombyggnad av befintliga hus i vanliga bostadsområden. För flertalet äldre och handikappade kan också behoven av stöd och hjälp tillgodoses i vanligt boende genom utbyggnad av områdesbaserad vård, omvårdnad och service i erforderlig omfattning.

Vår slutsats beträffande ansvaret för bostadsförsörjningen blir att vi entydigt vill slå fast att kommunernas ansvar enligt bostadsförsörjningslagen skall gälla alla. Kommunernas bostadsförsörjningsplanering skall således omfatta även dem som p.g.a. ålder, sjukdom eller handikapp har speciella behov. De grupper som därvid särskilt behöver uppmärksammas är dels de som bor i en vanlig bostad men som där inte kan få sina behov väl tillgodosedda, dels de som långvarigt vistas på olika typer av institutioner. De kommunala organ som har ansvar för bostadsförsörjningen bör således genom samverkan med såväl socialförvaltningarna som landstingskommunerna aktivt verka för att de nu aktuella gruppernas speciella bostadsbehov uppmärksammas och beaktas i kommunernas åtgärder för bostadsförsörjningen. Klarare uttryck för en sådan ansvarsfördelning bör uppnås genom vissa tillägg och ändringar i bostadsförsörjningslagen och socialtjänstlagen. Vi återkommer i kapitel 8 till dessa frågor.

En konsekvens av de synsätt vi nu har redovisat är också att huvudmannaskapet för bostäder som särskilt är avsedda för personer med stora behov av stöd och hjälp kan behöva omprövas. I de fall det är fråga om permanentbostäder för självständigt boende är det önskvärt att så långt möjligt undvika speciella konstruktioner beträffande huvudmannaskapet för bostaden, t.ex. så att den som tillhandahåller vård eller annan hjälp också upplåter bostaden. Även i de fall bostaden är sär-

skilt anpassad eller om det är fråga om speciella bostadsformer, t.ex. i grupp, bör strävan vara att söka undvika att upplåtaren till bostaden och vårdgivaren är densamme. När det är fråga om institutionsboende och tillfälliga bostäder, t.ex. avlösningshem, torde emellertid en närmare koppling mellan bostadsupplåtaren och vårdgivaren vara oundviklig.

2.2 Hjälp i hemmet

2.2.1 Olika former av hjälp

Vi har alla, i större eller mindre utsträckning, behov av hjälp för att klara vår dagliga livsföring. När vi p.g.a. ålder, sjukdom eller handikapp drabbas av nedsatta funktioner ökar vårt beroende av hjälpinsatser av olika slag. Större delen av dessa hjälpinsatser sker i hemmet, genom anhöriga, grannar och vänner.

Hur enskilda individers behov av hjälp tillgodoses beror på individuella faktorer som t.ex. hjälpbehovens karaktär och det sociala kontaktnätets storlek och styrka, men i stor utsträckning också på hur den miljö där individen bor och verkar är beskaffad med avseende på t.ex. framkomlighet, förutsättningarna för sociala kontakter, utbudet av olika servicefunktioner i närmiljön etc. I en tidigare, institutionsbunden tradition betraktades samhällsmiljön som given och den som inte klarade sig på samma villkor som majoriteten i denna miljö blev föremål för ett mer eller mindre totalt omhändertagande. Enligt nuvarande synsätt gäller det att i större utsträckning påverka samhällsmiljön så att även människor som har behov av mera hjälp än andra får förutsättningar att så långt möjligt leva som andra.

Vi vill betona att frågan om hur olika slags hjälpbehov skall tillgodoses således inte bara är en fråga om hur olika samhällsinsatser, riktade till specifika kategorier av hjälpbehövande, skall byggas ut och organiseras. Om samhällsmiljön i stort förändras så kan även människor vid tilltagande hjälpbehov leva ett gott liv i den invanda miljön. Särskilda hjälpinsatser riktade till vissa kategorier av människor skall ses som ett extra stöd som sätts in då det inte är

möjligt att på ett tillfredsställande sätt tillgodose individens hjälpbehov inom ramen för den ordinarie samhällsmiljön. Insatser av detta slag bör utformas så att de utgör ett stöd för den hjälpbehövandes deltagande i samhällslivet. Hjälpinsatser som bidrar till att människor isoleras från det vanliga samhällslivet bör undvikas.

För att utveckla och konkretisera konsekvenserna av detta synsätt kan det vara praktiskt att dela in hjälpbehoven i några grova kategorier som utgår i första hand från förhållandet mellan den hjälpbehövande och den som ger hjälpen. För en övergripande, principiell diskussion har vi funnit det ändamålsenligt att använda begreppen sjukvård, omvårdnad och service.

Med sjukvård avser vi åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, och som är av det slaget att de kräver personal med hälso- och sjukvårdsutbildning som arbetar under särskilt strikta ansvarsregler.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, men det ligger i sakens natur att den som tillhandahåller vården har ett betydande inflytande över den som är i behov av vård. Detta blir särskilt påtagligt om vårdresurserna inte täcker efterfrågan på vård eller om det inte finns alternativa vårdgivare.

Omvårdnad innebär att tillgodose vissa grundläggande behov, såväl fysiska som psykiska och sociala. Det är fråga om behov som den enskilde normalt själv kan tillgodose, men som vederbörande på grund av sjukdom, handikapp eller skada behöver hjälp med i större eller mindre omfattning. De fysiska behoven rör främst det dagliga livets aktiviteter, såsom att äta och dricka, sköta sin personliga hygien, klä sig och förflytta sig etc. De psyko-sociala behoven omfattar bl.a. gemenskap, trygghet, uppskattning, information och meningsfulla aktiviteter.

Omvårdnadsinsatser är i likhet med sjukvårdinsatser ofta av en sådan karaktär att den hjälpbehövande är starkt beroende av den som tillhan-

dahåller dem. Vid stora omvårdnadsbehov, t.ex. i samband med senildemens, kan beroende förhållandet bli närmast totalt.

Med service avser vi i det här sammanhanget i första hand hjälp med praktiska sysslor i det dagliga livet. Exempel på service är färdtjänst, hemsändning av varor, tvätt och städning. Medan sjukvård och omvårdnad knappast efterfrågas av andra än de som har ett klart behov av hjälpen, är serviceinsatser av den karaktären att de efterfrågas också av bekvämlighetsskäl. Tjänster av servicekaraktär finns som regel tillgängliga för alla människor, men kommunerna har i stor utsträckning byggt upp särskilda organisationer för att förse vissa kategorier av människor med särskilt stora behov med den service de behöver.

Vi skall i det följande använda den här mycket grova distinktionen mellan olika typer av hjälpbehov för att analysera vilka insatser som i första hand bör komma ifråga för att ge gamla, handikappade och långtidssjuka ökade möjligheter att bo kvar i sin invanda boendemiljö under så normala livsbetingelser som möjligt.

2.2.2 Ansvaret för vård, omvårdnad och service

Kommunerna har enligt socialtjänstlagen det yttersta ansvaret för kommuninvånarnas levnadsförhållanden. Därav följer att kommunen har ansvaret för att invånarna får det stöd de behöver för att kunna leva ett självständigt och meningsfullt liv i gemenskap med andra (§§ 19, 20).

Enligt socialtjänstlagen skall kommunernas socialtjänst inriktas på att frigöra och utveckla enskilda och gruppers egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Ansvaret för socialtjänsten åvilar primärkommunernas socialnämnder.

Landstingen har ansvaret för att främja hälsan hos dem som är bosatta inom landstingen och för att befolkningen erbjuds en god hälso- och sjukvård. Enligt den s.k omsorgslagen har landstingskommunerna ansvar för vissa särskilda omsorger åt psykiskt utvecklingsstörda. Genom

denna lag garanteras utvecklingsstörda människor vård, omvårdnad och service utöver vad som följer av socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

Landstingets vårdansvar är i princip begränsat till att omfatta sådana vårdbehov som kräver insatser av medicinskt utbildad personal eller sådan personal i samarbete med personal med administrativ, teknisk, farmacevtisk, psykologisk eller social kompetens.

I de fall då vården inte kan beredas i öppna former är landstinget skyldigt att tillhandahålla sluten vård vid t.ex. sjukhus och lokala sjukhem. I hälso- och sjukvårdslagen anges vidare att institutionsvården bör bedrivas under så hemlika och decentraliserade former som möjligt.

De mål för hälso- och sjukvården som anges i hälso- och sjukvårdslagens 2 § påminner till sin karaktär och innebörd starkt om socialtjänstlagens mål.

Genom en ökad inriktning på förebyggande insatser och insatser i öppna former kommer socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvarsområden att allt mer överlappa varandra. Särskilt inom äldreomsorgen och handikappomsorgen är hjälpbehoven ofta både socialt och medicinskt betingade. Ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting är i sådana fall inte entydig.

Principerna för gränsdragningen mellan kommunernas och landstingens uppgifter kan - sägs det i propositionen om socialtjänsten - inte ge exakt vägledning om vilken vårdgivare som i varje enskilt fall har skyldighet att svara för att vårdbehovet tillgodoses.

Departementschefen utgår från att de tveksamheter som kan komma upp i fråga om denna fördelning smidigast löses genom överenskommelser mellan huvudmännen. På detta sätt kan bl.a. lokala behov och önskemål tillgodoses bäst. Skyldigheterna för båda huvudmännen att ge den vård, omvårdnad och service en människa behöver i en viss situation medför behov av att samordning kommer till stånd mellan de olika vårdområdena.

Både för socialtjänsten och hälso- och sjukvården uttalas att landstingen och primärkommunerna inte bör bygga upp likartade vårdresurser. Strävan bör vara att tillsammans och i samverkan tillhandahålla de vårdresurser som krävs.

Den del av hälso- och sjukvården som har särskild betydelse för omsorger i öppna former av gamla och handikappade är den s.k. primärvården. Socialutskottet har våren 1984 behandlat en motion om ändrat huvudmannaskap för primärvården (SoU 1983/84:21). Utskottet har vid detta tillfälle motsatt sig tanken på att skilja ut primärvården från den övriga organisationen för hälso- och sjukvården och överföra den till annan huvudman.

När det gäller uppgiftsfördelningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten har utskottet avstyrkt motionsförslag om gemensamt huvudmannaskap för äldreomsorger och långtidssjukvård m.m. med hänsyn till att en ändrad uppgiftsfördelning skulle medföra nya gränsdragnings- och samordningsproblem. Utskottet konstaterar vidare att initiativ nu tagits i många olika sammanhang för att finna nya arbetsformer och lösningar för samverkan mellan kommuner och landstingskommuner. Man kan skönja former för ett bättre fungerande praktiskt samarbete. Utskottet anser mot denna bakgrund att resultaten av det inledda utvecklingsarbetet bör avvaktas.

I den samverkan som f.n. utvecklas på många håll har landstingen i allmänhet ansvaret för den medicinskt motiverade vården och omvårdnaden medan kommunerna ansvarar för social omvårdnad och service. Samarbetet sker inom olika områden, t.ex. genom sjukvård i hemmet, sjukvårdsinsatser i ålderdomshem och servicehus, samförlagda servicehus/ålderdomshem och lokala sjukhem, vårdcentraler med sociala resurser samt kommunal fritidsverksamhet i de lokala sjukhusen. I många fall sker också en samverkan med detaljhandel och andra serviceföretag och med enskilda, anhöriga, vänner, grannar, frivilliga organisationer, föreningar och samfund. Dessa insatser är betydelsefulla komplement till samhällets insatser.

Våra överväganden

Den lämpliga ansvarsfördelningen mellan landstingskommuner, kommuner och andra vad avser vård, omvårdnad och service och formerna för samverkan mellan olika berörda parter är centrala frågor i utvecklingen av omsorgerna om gamla, handikappade och långtidssjuka. Vi finner det därför motiverat att föra en principiell diskussion kring dessa frågor.

Vård kan ges som öppen vård eller i slutna former, dvs. genom intagning på institution. Den slutna vården karaktäriseras av att den som ges vård samtidigt också får en hög grad av omvårdnad och service. På många institutioner sköts vardagssysslor av typen städning, bäddning, matlagning, tvätt etc. av särskild personal oavsett den enskildes behov av hjälp med dessa sysslor. I den öppna vården differentieras insatserna i mycket högre grad efter behov. Ett i vårt sammanhang mycket betydelsefullt problem är att många människor som egentligen bara behöver omvårdnad och service vistas på vårdanläggningar eftersom andra, mer ändamålsenliga sätt att tillgodose behoven av lämplig bostad samt omvårdnad inte står till buds i tillräcklig omfattning.

Stora delar av omvårdnadsbehoven utanför institutionerna tillgodoses genom sjukvård i hemmet, primärvård och social hemtjänst. Insatserna av anhöriga torde svara för en betydande del av vård- och omvårdnadsarbetet. Omfördelningen av resurser mot den öppna omvårdnaden har ännu bara börjat, vilket innebär dels att många människor felaktigt vistas på vårdanläggningar där de får mer omvårdnad än de behöver och vill ha, dels att många människor sannolikt inte får den omvårdnad de behöver eller önskar.

Större delen av den service som gamla och handikappade behöver tillgodoses genom dels anhöriga, vänner och grannar, dels genom tjänsteköp hos olika serviceinrättningar. Genom hemtjänsten och färdtjänsten bedriver kommunerna en omfattande serviceverksamhet i egen regi. Genom den stora utbyggnaden av kommunernas hemtjänst torde de flesta som behöver kommunal hemtjänst idag kunna få sådan. Men det finns säkert många gamla och handikappade som tycker att det är svårt att få den hjälp med vissa sysslor som de önskar.

De senaste decenniernas omvandlingar i hushållssammansättning, förvärvsfrekvens, bosättningsmönster och detaljhandel har sannolikt minskat möjligheterna att erhålla omvårdnad och service av anhöriga, bekanta eller av näringsidkare i grannskapet. Dock bör ökad rörlighet och kortare arbetstid i någon mån ha kompenserat för försämringarna i det lokala serviceutbudet. Totalt sett sämre möjligheter att få hjälp och service i grannskapet är dock sannolikt en bidragande orsak till att kommunernas hemtjänst till stor del har kommit att inriktas på uppgifter av servicekaraktär.

Många människor behöver både vård, omvårdnad och service, i varierande utsträckning och i olika kombinationer. Behoven är i högsta grad individuella.

Det råder idag en allmän uppfattning om att det är angeläget att människor får hjälp till självhjälp och inte ges mer hjälp än de faktiskt behöver. Härigenom motverkas den passivisering som regelmässigt blir följden av en alltför hög grad av omhändertagande.

En viktig utgångspunkt för överväganden om ansvarsfördelning och organisation för service, omvårdnad och vård är således att insatserna lätt skall kunna anpassas direkt till den enskildes behov och inriktas så att de stimulerar till att vidmakthålla och utveckla de egna resurserna. Vi har vidare angett som ett mål att insatserna skall erbjudas i sådana former som ger den enskilde så stor självständighet som möjligt. Samtidigt måste olika slags insatser kunna samordnas och läggas upp på ett sätt som garanterar å ena sidan ett effektivt utnyttjande av tillgängliga resurser och å andra sidan kontinuitet och trygghet för den som behöver hjälpen.

Den successiva förskjutning som nu sker mot öppna stöd- och vårdformer medför således att det i ett långsiktigare perspektiv blir nödvändigt att se över vård- och omvårdnadsverksamheten i syfte att fortsätta en utveckling mot mindre och självständigare verksamhetsområden under bibehållet samlat huvudansvar hos lämpliga samhällsorgan. Därigenom skulle utvecklingen mot öppna vårdformer kunna underlättas samtidigt som arbetsformerna inom den slutna vården skulle kunna utvecklas i riktning mot större sjävständighet för patienter och vårdpersonal.

En sådan organisatorisk översyn har emellertid inte varit möjlig att göra i denna första etapp av vårt arbete.

I denna arbetsetapp har vi ägnat huvudintresset åt vad som behöver göras inom bostadssektorn för att främja möjligheterna till kvarboende med hjälp i öppna former. Vi har funnit att en av de mest angelägna uppgifterna är att utveckla former för att allmänt stärka de sociala nätverken och bredda utbudet av service i bostadsområdena på ett sätt som underlättar och berikar vardagen för gamla och handikappade - men också för alla andra boende som i varierande utsträckning kan behöva stöd och hjälp. Vi vill betona att en sådan utveckling, som innebär ett vidgat deltagande från flera parter i omsorgsarbetet, inte rubbar kommunernas övergripande ansvar för att gamla och handikappade får den hjälp de behöver.

Behoven av omvårdnad i bostäderna kommer att öka kraftigt om dagens institutionsboende successivt skall avlösas av ett boende i mera normala former. Till stor del måste detta klaras genom en omfördelning av landstingens och kommunernas resurser för uppgifter av denna karaktär. Man bör emellertid uppmärksamma att anhöriga är en viktig resurs att ta vara på när det gäller att klara ökande omvårdnadsbehov. Samhällets insatser bör därför utformas så att de, utan att försvåra för kvinnorna att förvärvsarbeta i den utsträckning de önskar underlättar för anhöriga att i större eller mindre omfattning medverka i omvårdnadsarbetet.

Också när det gäller serviceuppgifterna kan anhöriga, men också grannar och vänner, spela en betydelsefull roll. Genom aktiv medverkan från föreningslivet och ett vidgat serviceutbud från bostadsförvaltare, detaljhandel och andra serviceinstitutioner i bostadsområdena bör behovet av fortsatt utbyggnad av den service som lämnas genom kommunernas försorg kunna hållas tillbaka samtidigt som den hjälpbehövandes integration i samhällslivet främjas.

Enligt vår uppfattning finns det anledning för kommunerna att pröva möjligheterna att tillhandahålla rena servicefunktioner av typen städning, inköp, matlagning, tvätt etc. i former som gör dem dels mera allmänt tillgängliga, dels bättre samordnade med annan lokal verksamhet i bostadsområdena, t.ex. fastighetsskötsel, detaljhandel, före-

ningsliv etc. Vi tror att en sådan utveckling skulle kunna underlätta och stimulera det omsorgsarbete som sker i informella former - genom grannar, vänner, anhöriga och ideella organisationer - och därigenom bidra till att bryta den utveckling mot professionalisering av de sociala kontakterna som ofta drabbar gamla och handikappade. Den bör också kunna bidra till att avlasta kommunernas hemtjänstverksamhet så att den i ökad utsträckning kan inriktas på sådana omvårdnadsuppgifter som nu ofta får stå tillbaka därför att de praktiska sysslorna har måst prioriteras. Slutligen bör insatser för att stärka de sociala nätverken och förbättra servicen kunna få stor betydelse inte bara för vården och omsorgen om gamla och handikappade utan också för utvecklingen av den sociala bostadspolitiken och stadsbyggnadspolitiken i allmänhet. I kapitel 12 redovisar vi förslag som är avsedda att stimulera en utveckling i den riktning som vi nu har angett.

Vi vill i det här sammanhanget också understryka betydelsen för gamla och handikappade människor av insatser för att främja en meningsfull sysselsättning och kontakt med det reguljära arbetslivet. Stöd till sådana insatser utgår bl.a. i form av lån och bidrag inom ramen för arbetsmarknadspolitiken. Genom arbetsmarknadspolitiska insatser kan det också finnas möjligheter att finansiera vissa förbättringsåtgärder och serviceinsatser som syftar till att öka förutsättningarna för gamla och handikappade att bo i vanliga bostadsområden. Arbetsmarknadspolitiken ger också särskilda möjligheter att stödja den personal som berörs av förändringar i verksamheten. Vi återkommer i kapitel 8 till dessa frågor.

Vi vill också fästa uppmärksamheten på att pensionärernas sysselsättningsförhållanden kartlagts av äldrearbetskommittén och redovisats i betänkandet För gammal för arbete? (SOU 1983:62) samt att de handikappades situation på arbetsmarknaden utreds av den år 1982 tillkallade handikappkommittén.

3 DE ÄLDRE OCH HANDIKAPPADE OCH DERAS BOENDEFÖRHÅLLANDEN

3.1 De äldre

3.1.1 Sveriges åldras

Befolkningsökningen i Sverige stagnerar, medan antalet äldre ökar. Idag utgör den del av befolkningen som är 65 år och äldre 17 % av befolkningen. År 1984 finns nära 1,4 milj. personer som är över 64 år. Drygt 60 % av dem är 65-74 år och ca 40 % 75 år och äldre. Åren 1975-1980 ökade antalet ålderspensionärer med 10 %. År 2025 beräknas ålderspensionärerna utgöra ungefär en femtedel av befolkningen.

Det sker också stora förskjutningar mellan de högre åldersgrupperna. De allra äldsta, de som är 80 år och äldre, ökar relativt mest. Fram till sekelskiftet räknar man med att den gruppen växer från dagens 260 000 personer till 370 000. Den kommer då att utgöra 25 % av ålderspensionärerna. Antalet personer som är 90 år och äldre fördubblas mellan åren 1975 och 2000.

De äldsta behöver mest vård. Från och med 80-årsåldern har de flesta behov av såväl vård som omvårdnad och service. Nästan alla som fyllt 90 år får samhällets stöd i någon form.

Figur 1. Antalet personer i åldrarna 65-w åren 1977-2025

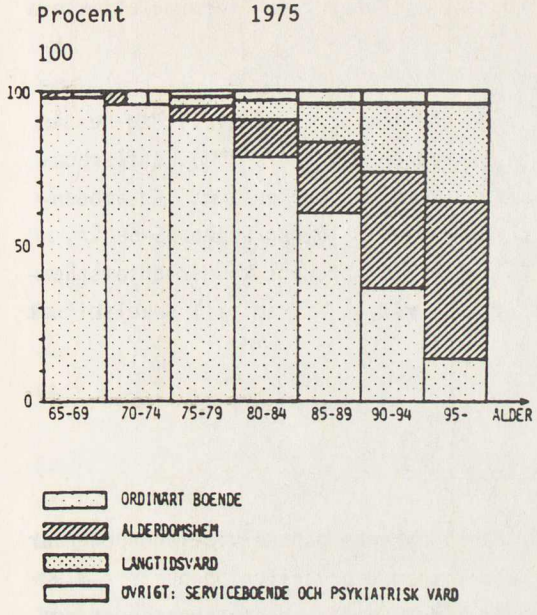
Ålder År	1977 Antal (1 000-tal)	%	1990 Antal (1 000-tal)	%	2000 Antal (1 000-tal)	%	2025 Antal (1 000-tal)	%
65-69	448	34,4	435	29,7	358	26,3	433	27,7
70-74	358	27,5	383	26,1	334	24,6	393	25,2
75-79	257	19,7	303	20,7	298	22,0	358	23,0
80-84	149	11,5	205	14,0	206	15,2	236	15,1
85-89	66	5,1	99	6,8	111	8,2	98	6,3
90-	23	1,8	39	2,7	50	3,7	42	2,7
Totalt	1 301	100	1 464	100	1 357	100	1 560	100

Källa: SOU 1981:2, s.88

3.1.2 De äldre bor lite sämre och mycket ensammare än andra

Den allra största delen (90 %) av de äldre lever som andra, i en normal tillvaro i ett vanligt boende. 80 % av alla över 75 år bor idag i egen lägenhet eller i eget hus. Ännu i gruppen 85 år och äldre bor mer än hälften i en vanlig bostad. 2 - 3 % av ålderspensionärerna bor i servicehus, pensionärshem eller liknande, 7 % finns på institutioner varav 4 % på ålderdomshem.

Figur 2. Procentuella andelar i olika boende- och vårdformer av respektive åldersgrupp (1975)



Källa: Boende, service och vård för äldre. SPRI, 1978.

Nära 90 % av de äldre som bor i vanliga bostäder har fullt moderna lägenheter. Trots en snabb standardförbättring under 1970-talet är pensionärernas bostadsstandard dock fortfarande sämre än den övriga befolkningens. Nära hälften (43 %) av det icke-moderna bostadsbeståndet bebos av ålderspensionärer. Var tionde pensionär bor i en icke-modern lägenhet (var femte i glesbygden). 43 % av äldrehushållen - 428 000 - bor i småhus och har en genomsnittligt lägre utrustningsstandard än äldrehushåll i flerbostadshus. Många av de halvmoderna och de omoderna lägenheterna återfinns i pensionärsbostäder och pensionärshem.

Ca 135 000 ensamboende äldre (29 %) bor i 1 rum och kök, dvs. saknar separat sovrum. Av hushållen med två eller fler personer bor ca 23 000 i lägenheter om högst 1 rum och kök, alltså en mycket låg utrymmesstandard. Många av dessa hushåll finns i pensionärsbostäder eller pensionärshem.

Enligt Pensionärsundersökningen (SCB 1975) var 40 % av de ålderspensionärer som inte bor på sjukhus, sjukhem och ålderdomshem ensamboende - 20 % av männen och 50 % av kvinnorna. Skillnaden mellan könen kan förklaras med skillnader i livslängd, åldersskillnad mellan makar och könsrollsskillnader i fråga om kontaktmöjligheter och förmåga att klara hushållet själv.

Ensamboendet ökar för de äldre, både absolut och relativt. Idag består 47 % av alla pensionärshushåll av ensamboende (ca 470 000). I flerbostadshus är det vanligare än i småhus att äldre bor ensamma. Ensamboendet ökar även med åldern. 28 % bor ensamma i åldersgruppen 65-69 år, mot 56 % i gruppen över 85 år. Enligt en SCB-prognos kommer ensamstående i åldrarna 80 år och däröver att öka med 40 % fram till sekelskiftet och då vara 275 000.

3.1.3 Särskilda bostadsformer för äldre

Insprängda pensionärslägenheter, pensionärshem och servicelägenheter är exempel på speciallösningar för äldre inom det vanliga boendets ram. Insprängda lägenheter är lägenheter i det vanliga bostadsbeståndet som hyrs ut till pensionärer. De är vanligen en- och tvårumslägenheter, spridda inom ett bostadsområde. Enligt Pensionärsundersökningen fanns år 1975 totalt ca 22 000 sådana lägenheter fördelade i ca 200 kommuner. Nästan hälften av de insprängda pensionärslägenheterna fanns i de tre storstadsregionerna. De har varierande standard. Det finns både dåliga och svårtillgängliga bostäder men också nya eller ombyggda sådana med god tillgänglighet. Nyproduktionen är liten.

Det finns också ca 6 000 temporära pensionärslägenheter, främst i glesbygdskommuner.

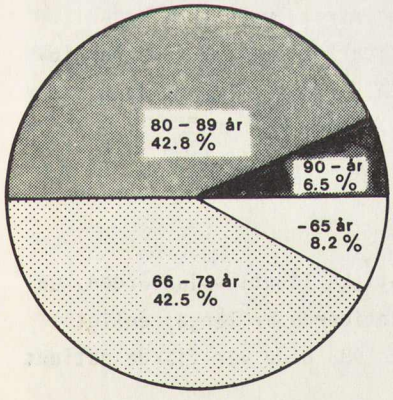
År 1975 fanns ca 41 000 pensionärslägenheter i ca 2 500 pensionärshem, de flesta byggda före år 1965. 80 % av lägenheterna är på 1 rum och kök/kokvrå. Lägenheternas standard varierar kraftigt.

Nära 3/4 av hemmen hade minst två våningar, men bara ca 50 hade hiss. Endast i 100 av hemmen kunde en rullstolsbunden person komma in och ut

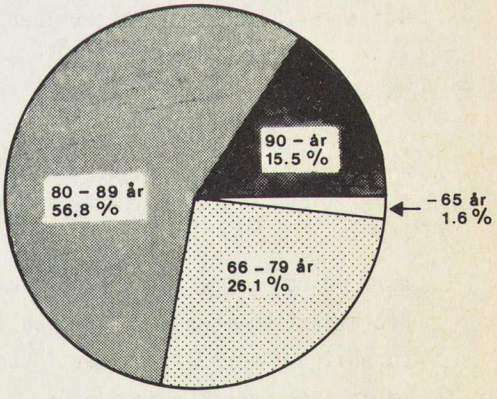
utan hjälp. I nästan 2 000 hem hade inga åtgärder vidtagits för att underlätta för rullstolsbundna personer i lägenheterna. Många av dessa hem avvecklas nu, en del byggs om till servicehus.

I början av 1970-talet började kommunerna bygga servicehus för pensionärer som komplement till det vanliga boendet och till ålderdomshemmen. År 1982 fanns det drygt 500 servicehus med totalt ca 26 800 servicebostäder, dvs. vanliga lägenheter med tillgång till matservering, gemenskaps- och hobbylokaler, sociala tjänster och medicinsk vård. Servicehusens utbud av service varierar beroende på aktuella behov och närhet till allmän service, exempelvis post, bank, försäkringskassa, bibliotek, cafeteria etc. avsedd för alla kommuninnevånare. Flera kommuner har även samlokaliserat servicehus med lokala sjukhem/vårdcentraler för att få ett gemensamt utnyttjande av lokaler och personal och närhet till vård och service för de boende.

Erfarenheterna från de servicehus som byggts har lett till att utbyggnadsplanerna skurits ned och att antalet lägenheter i husen minskat. Under perioden 1983-87 planerar kommunerna nära 400 byggnadsprojekt med ca 10 600 servicelägenheter. I de planerade servicehusen är ca 40 lägenheter vanligast, men flera kommuner bygger inte servicehus med mer än 10-15 lägenheter för att undvika segregerat boende. En tredjedel av projekten avser om- och tillbyggnad av ålderdomshem.



Servicelägenheter, åldersfördelning



Ålderdomshem, åldersfördelning

3.1.4 7 % av de äldre bor på institution

Sverige tillhör de länder som har ett högt antal institutionsplatser i relation till antalet äldre. Nära tre fjärdedelar av den totala kostnaden för vården av äldre går till institutionsvård, drygt en fjärdedel till service och vård i hemmet. Av de 7 % av de äldre som bor på institution finns drygt hälften på ålderdomshem (servicehus med helinackordering). År 1982 fanns ca 1 100 ålderdomshem med ca 56 500 platser. Storleken på hemmen varierar från 10 till över 100 platser. Omkring hälften av hemmen är tagna i bruk efter år 1960. Medelåldern är hög hos de boende, omkring 83 år.

Ålderdomshemmen är tänkta som en boendeform för de äldre som inte kan klara ett eget boende på grund av dåliga bostäder och/eller behov av stora sociala hjälpinsatser. Personal finns att tillgå dygnet runt. Pensionärerna bor i eget rum, ofta med egen toalett (72 %), mera sällan dusch (12 %) och tillgång till gemensam matsal/dagrum. Boendestandarden i de äldsta hemmen är låg, jämfört med ordinärt boende. Den genomsnittliga rumsstorleken uppgår till 12 m^2. Av ca 500 ålderdomshem i två plan saknade ca 200 hiss enligt Pensionärsundersökningen år 1975. I 350 hem kunde en rullstolsbunden inte ta sig in eller ut genom ytterdörren.

Köerna till ålderdomshemmen börjar försvinna; det står till och med platser tomma. Platsantalet minskar med ca 1 000 per år. Hemmen avvecklas eller byggs om till servicehus med dagcentral, vars service - t.ex. matservering och fotvård - också riktar sig till övriga pensionärer i grannskapet. Praktiskt taget inga ålderdomshem byggs idag.

3.1.5 Långtidssjukvårdens institutioner

Nära 48 000 patienter vårdas inom den somatiska långtidssjukvården. Ca 80% av patienterna är 75 år och äldre. Vårdtiderna är långa; enligt Landstingsförbundets patientinventering år 1983 hade var fjärde patient varit inskriven mer än tre år.

Enligt socialstyrelsens principprogram år 1974 skall långtidssjukvårdens huvudfunktion vara att i så hemlika former som möjligt tillgodose mera långvariga behandlings-, aktiverings-, omvårdnads- och tillsynsbehov. Men det är knappast fråga om hemliknande former på dessa institutioner. Sjukvården har haft ett avgörande inflytande över både verksamheten och utformningen av anläggningarna. Bostadsstandarden är mycket låg. År 1975 fanns enligt socialstyrelsen ca 20 % av platserna i enkelrum, ca 20 % i dubbelrum, ca 4 % i rum med tre sängar, 40 % i rum med fyra sängar och nära 8 % av platserna i rum med fem sängar eller fler. Ungefär hälften av rummen hade endast tvättställ, ca 40 % WC och tvättställ. Bara ca 6 % av rummen hade WC, tvättställ och bad/dusch. I ca 4 % av rummen fanns ingen hygienutrustning alls. Egna tavlor hade ca 2 800 patienter och egna möbler ca 1 000. Radio, TV och/eller bandspelare hade sammanlagt ca 3 000 patienter.

Av långtidssjukvårdens patienter skulle 20 % kunna skrivas ut, dvs. de bedöms som "klinikfärdiga", enligt Landstingsförbundets patientinventering. Att de inte skrivs ut kan ha flera orsaker: bostaden har avvecklats, boendeförhållandena är dåliga, primärvård och hemtjänst är otillräckligt utbyggda, anhöriga som kan hjälpa till med vård och omvårdnad saknas.

En utredning från socialstyrelsen inom ramen för arbetet med ett principprogram för den framtida hälso- och sjukvården (HS 90) visar på samspelet mellan boendeförhållanden och vård. Av den framgår att vårdutnyttjandet, antal vårdtillfällen och medelvårdtiden samvarierar med lägenhetsstorleken. Medelvårdtiden är längre för dem som bor i mindre lägenheter. Andelen utskrivna ökar med lägenhetsstorleken. Ensamboende äldre personer har genomgående längre vårdtid och färre utskrivningar än samboende.

Det är ofta tillfälligheter som avgör om en gammal människa hamnar på institution. Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) har gjort undersökningar som visar att omplaceringar ibland sker till för "hög" vårdnivå. Många som borde kunna flytta till sjukhem eller servicehus vistas idag på långvården. Andra tvingas flytta till sjukhem från akutsjukhus i väntan på plats vid servicehus.

Spri:s studier visar att det finns ett stort ekonomiskt utrymme för en ökad satsning på vård i hemmet. I Sundsvall där man efter Spri:s intentioner sökt finna lösningar i hemmet för dem som stod i kön till institutions- och serviceboende har konsekvenserna efter tre år blivit ett visst överskott på platser vid vårdinstitutioner. Liknande erfarenheter har gjorts på andra håll i landet.

3.1.6 Psykiatriska institutioner

Många äldre vistas på psykiatriska institutioner - på mentalsjukhus, landstingens sjukhem och enskilda sjukhem. I oktober 1982 fanns enligt socialstyrelsens patientinventering ca 25 000 personer inom den psykiatriska vården. Ca 25 % hade en vårdtid över 10 år. Ca 40 % (ca 9 700) var över 65 år.

Bostadsstandarden är låg även på dessa institutioner. År 1976 fanns 15 % av vårdplatserna i rum med sex sängar eller fler, ca 12 % i rum med tre till fem sängar, ca 21 % i dubbelrum och ca 25 % av vårdplatserna i enkelrum. Över hälften av platserna saknade sanitära bekvämligheter i rummen, en dryg tredjedel av vårdplatserna fanns i rum med enbart tvättställ. 30 % av patienterna hade egen radio, 17 % egna tavlor, 4 % egna möbler.

Enligt socialstyrelsens bedömningar skulle 6 - 10 000 personer kunna flytta ut från de psykiatriska institutionerna de närmaste åren, de flesta till en normal bostad med stöd av hemtjänst och decentraliserad sjukvård. I socialstyrelsens riktlinjer från år 1980 sägs bl.a. att man borde försöka ordna ett så normalt boende som möjligt inom den psykiatriska långtidsvården.

En utveckling mot öppnare vårdformer med decentralisering av resurserna till mindre enheter i människors närmiljö samt ökad samverkan med socialtjänsten är en av de grundläggande principerna för 1980-talets psykiatriska vård. Antalet platser för psykiatrisk vård beräknas minska till ca 22 000 fram till år 1987 (enligt LKELP 83).

3.2 De handikappade

3.2.1 Personer med nedsatt rörelseförmåga

Enligt SCB:s undersökning om levnadsförhållanden åren 1980/81 fanns det omkring 575 000 personer i åldersgruppen 16-84 år som definierades som svårt rörelsehindrade eller rörelsehindrade. Till den första gruppen räknades personer som använde rullstol, käpp eller liknande och/eller behövde hjälp av någon annan person för att förflytta sig (ca 285 000 personer). Till gruppen rörelsehindrade hörde 397 000 personer, som inte kan gå i trappor, stiga på buss obehindrat eller gå fem minuter i någorlunda rask takt.

Andelen rörelsehindrade ökar starkt med åldern. Ca 65 % av de svårt rörelsehindrade och rörelsehindrade i SCB:s studie återfinns i åldersgruppen 65-84 år.

Generellt sett har handikappade sämre bostäder, lägre utbildning och sämre ekonomi än genomsnittet av befolkningen. De är också mer isolerade, oftare arbetslösa och deltar mera sällan i kultur- och nöjesliv.

Bland de rörelsehindrade som bor i det vanliga bostadsbeståndet är det en hög andel som bor en eller flera trappor upp i hus som saknar hiss. Bland svårt rörelsehindrade var åren 1980/81 andelen nästan 20 % och bland rörelsehindrade drygt 24 %, vilket innebär att omkring 230 000 personer som inte kan gå i trappor hade mycket begränsade möjligheter att förflytta sig till och från bostaden.

I vilken utsträckning funktionsnedsättningar utgör handikapp beror i hög grad av förhållandena i miljön. Om människor med betydande rörelsehinder ska kunna bo i egna lägenheter och leva ett vanligt liv måste de ha en bostad där rörligheten inte begränsas ytterligare av trappor, höga trösklar, avsaknad av hiss etc. Kravet på tillgänglighet gäller också den yttre miljön. Brister i tillgänglighet skapar social isolering. Isoleringen i sin tur ökar de rörelsehindrades beroende av samhällets vård och omsorger.

Brister i det ordinära bostadsbeståndet visar sig ofta påverka köerna till servicehusen. Att lösa tillgänglighetsproblem med olika särboendeformer motverkar strävandena att minska särboendet.

47 000 rörelsehindrade bor f.n. på någon form av institution. Institutionsboende är vanligare bland rörelsehindrade än bland övriga befolkningsgrupper, framförallt bland de svårt rörelsehindrade. Av dessa bor 9,5 % i åldrarna 16-74 år på institution (mot 0,8 % bland dem som ej har nedsatt rörelseförmåga). Sambandet mellan rörelseförmåga och institutionsboende förstärks med tilltagande ålder. Av de svårt rörelsehindrade i åldrarna 65-84 år bor 17 % på institution.

Under senare år har man börjat uppmärksamma den grupp av svårt rörelsehindrade, som för att klara ett eget boende behöver tillgång till personlig service utöver den rent tekniska bostadsanpassningen. Många av dessa handikappade dem vistas idag på institutioner av långvårdskaraktär eller vårdas i hemmet av föräldrar eller anhöriga.

År 1979 fanns det i Sverige totalt ca 700 lägenheter med dygnet-runtservice för vuxna rörelsehindrade fördelade på ett femtiotal s.k. "serviceenheter" (ett antal lägenheter anknutna till samma personalgrupp).

3.2.2 Psykiskt utvecklingsstörda

Det finns ca 36 000 psykiskt utvecklingsstörda i landet som på grund av hämmad förståndsutveckling får särskilda omsorger enligt omsorgslagen. Nära 25 000 av dessa är 21 år eller äldre. År 1982 bodde ca 9 000 av alla utvecklingsstörda på institutioner.

Eftersom det övergripande målet för omsorgerna är att främja utvecklingsstördas deltagande i samhällslivet pågår nu en avveckling av stora kategoribundna institutioner. Ett stort antal utvecklingsstörda ungdo-

mar och vuxna har under den senaste 10-årsperioden flyttat från vårdhem och andra slutna institutioner till mindre kollektiv, inackorderingshem, elevhem etc. Det finns i dag flera landsting som helt har avvecklat sina vårdhem för barn och många andra som har långt framskridna avvecklingsplaner. År 1979 fanns ca 420 inackorderingshem och ca 240 integrerade elevhem.

I början av 1970-talet började lättare utvecklingsstörda flytta ut från institutioner till vanliga bostäder i normalproduktionen. Under slutet av 1970-talet började även svårare utvecklingsstörda flytta till gruppbostäder som till storlek, utformning och kostnader skiljer sig från normalproduktionen. I och med att den nya generationen psykiskt utvecklingsstörda inte kommer att skrivas in på vårdhem blir inackorderingshemmen alternativ till vårdhemmen för de vuxna utvecklingsstörda. De kan betecknas som en form av stödbostäder som bör ingå i bostadsförsörjningsprogrammen och finansieras som vanliga bostäder. 3-4 personer bedöms som den ideala gruppstorleken.

3.2.3 Missbrukare

Totalt finns ca 5 300 vårdplatser för alkohol- och narkotikamissbrukare. Till detta kan läggas att 1 000 platser inom den psykiatriska vården upptas av patienter med alkoholskador och att var fjärde säng inom akutsjukvården upptas av patienter med skador orsakade av alkohol. På många håll eftersträvar man nu en utveckling av missbrukarvården i riktning mot mindre institutioner i förening med ökat stöd när patienten kommer ut i samhället. År 1977 fanns det ca 140 inackorderingshem för alkoholmissbrukare med totalt ca 2 000 platser. De flesta hem är små enheter med mindre än 15 vårdplatser. Fram till och med år 1982 har ytterligare ca 40 hem tillkommit med totalt ca 490 platser.

Inackorderingshemmens roll förändras. En del blir behandlingshem och inför då behandlingsmetoder som bidrar till patientens rehabilitering. Andra inackorderingshem är eller blir en bas i ett skyddat boende. Man knyter lägenheter till institutionen i vilka patienterna får försöka klara eget boende med viss hjälp av hemsamariter. De kan dessutom utnyttja inackorderingshemmet för sin service med mat, samvaro och fri-

tidssysselsättning. I vissa kommuner finns även någon form av dagcentral där patienterna kan få sysselsättning och viss social hjälp.

4 SAMHÄLLSKOSTNADER M. M. FÖR VÅRD, OMVÅRDNAD OCH SERVICE

4.1 Behovet av vård och omvårdnad för äldre

I avsnitt 3.1.2 har vi visat hur de äldre fördelar sig på olika boende- och omvårdnadsformer. Någon grundläggande studie inom området på riksnivå har inte gjorts sedan år 1975, men man torde på sannolika grunder kunna anta att eventuella förändringar därefter är relativt sett marginella. Av redovisningen framgår bl.a. att behovet av olika slags boendeformer ökar med stigande ålder, men ännu upp i slutet av 80-årsåldern bor inte mindre än 60 % i sina vanliga bostäder.

De äldsta är de mest vårdbehövande även när man granskar samhällets totala utbud av insatser. Nästan samtliga av de personer som fyllt 90 år får samhällets stöd i någon form.

Vård och service till ålderspensionärer år 1975.

	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[1]	(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

[1] Boende i servicebostäder delvis förda också under social hemhjälp

Källa: SOU 1981:2, s. 89.

4.2 Finansiering av vård och omvårdnad

Huvudmännens verksamheter inom äldre- och handikappområdet finansieras med hjälp av skatter, statsbidrag, avgifter och transfereringar mellan huvudmännen. Kommunal- respektive landstingsskatten är den viktigaste finansieringskällan. Av kommunernas inkomster år 1982 svarade skatterna för 42 % i primärkommunerna och 61 % i landstingen. De specialdestinerade statsbidragen inkl. skatteutjämningsbidragen svarade för 25 % i primärkommunerna och 18 % i landstingen.

Av följande tablå framgår de olika kostnadsslagen för de viktigaste äldre- och handikappomsorgerna. I sammanställningen redovisas schablonmässigt om bidrag lämnas till eller om avgifter tas ut av huvudmannen.

Bidrag/avgifter för verksamheten utgår/uttas från

verksamhet	Bidrag utgår från stat	kommun	landsting	Avgift uttas från brukare
social hemhjälp	ja	huvudman	ja	ja
färdtjänst	ja	huvudman	nej	ja
handikapphjälpmedel	ja	nej	huvudman	nej
kommunalt bostadstillägg	ja	huvudman	nej	(ja)
servicehus	ja	huvudman	nej	ja
ålderdomshem	nej	huvudman	(nej)	ja
hemsjukvård	(ja)	nej	huvudman	nej
långtidssjukvård	ja	nej	huvudman	ja
omsorger om psykiskt utvecklingsstörda	ja	nej	huvudman	nej

Utöver de redovisade specialdestinerade statsbidragen utbetalas skatteutjämningsbidrag till kommuner och landstingskommuner. Detta bidrag påverkas i viss utsträckning av kommunernas ålderssammansättning. Innevarande år beräknas bidraget till 11,3 miljarder kr. eller 1 360 kr. i genomsnitt per invånare.

4.3 Kostnader för vård och omsorg

Att lämna en fullständig redovisning av kostnaderna för vård och omsorg om äldre kräver ett relativt omfattande analysarbete. Vissa verksamhetsgrenar är t. ex. direkt riktade till de här aktuella grupperna, medan andra är riktade till hela befolkningen. Ett annat problem är att finansieringskällorna mellan och inom verksamhetsgrenarna skiftar. Till en verksamhet lämnas t. ex. specialdestinerade statsbidrag, till en annan inte osv. Detta komplicerar kostnadsbilden ytterligare. De siffror som lämnas i det följande skall därför närmast betraktas som närmevärden och tjäna som vägledning för att ge en ungefärlig uppfattning om kostnaderna.

Kostnaderna för vård och omsorg om äldre uppgick år 1981 till ca 30 miljarder kr. (i 1982 års priser). Socialstyrelsen har på vårt uppdrag gjort en fördelning av bruttokostnaderna efter ålder och verksamhet. Äldreomsorg innefattar primärkommunernas verksamheter och långtidssjukvård å ena sidan samt andra former av sjukvård å den andra. Av materialet framgår bl. a. att kostnaderna ökar med stigande ålder.

Kostnader för vård och omsorg i olika åldersklasser
1981 års konsumtion i 1982 års priser, milj. kr.

Ålders-klass	Äldreomsorg	Somatisk akutvård	Psyk-vård	Totalt	%	Andel av bef. 65 - w år
65-69	1 175	1 330	818	3 323	11,1	31,9
70-74	2 438	1 459	864	4 761	15,9	28,0
75-79	4 140	1 472	924	6 536	21,9	20,3
80-84	5 266	1 111	728	7 105	23,7	12,3
85-89	4 464					5,5
90-94	1 980	762	518	8 205	27,4	1,7
95-	481					0,4
Samtliga	19 944	6 134	3 852	29 930	100	100
Andel %	66.6	20.5	12.9	100		

I följande tabell har äldreomsorgens kostnader - exkl. somatisk akutvård och psykiatrisk vård - fördelats efter ålder och verksamhetsgren. När psykiatrisk- och somatisk akutvård rensats bort stannar bruttokostnaderna på ca 20 miljarder kr., varav den somatiska långtidssjukvården svarade för inemot hälften av kostnaderna och ålderdomshemmen för en fjärdedel. Av detta material framgår ännu tydligare hur kostna-

derna ökar med stigande ålder.

Åldrarna över 85 år utgjorde tillsammans 104 000 personer eller knappt 8 % av befolkningen 65 år och äldre men tog i anspråk ca 35 % av resurserna.

Ålders-klasser	(1) Långvård	(2) Ålder-domshem	(3) Servi-cehus	(4) Social hemtjänst	(5) Hemsjukvård Hemsa-marit	(6) Hemsjukvård Anhörig-bidrag	Totalt	%	Andel av bef 65-w år
65-69	490	181	118	314	53	19	1 175	5,9	31,9
70-74	1 032	416	167	702	86	35	2 438	12,2	28,0
75-79	1 732	890	354	1 046	87	31	4 140	20,8	20,3
80-84	2 351	1 637	245	909	101	23	5 266	26,4	12,3
85-89	2 171	1 408	209	583	83	10	4 464	22,2	5,5
90-94	1 097	651	39	160	27	6	1 980	9,9	1,7
95-	291	149	9	26	5	1	481	2,4	0,4
Summa	9 164	5 332	1 141	3 740	442	125	19 994	100	100
Andel (%)	45,9	26,7	5,7	18,8	2,2	0,6			

Vi har ovan kunnat konstatera att vård- och omvårdnadskostnaderna ökar med stigande ålder. Samtidigt vill vi erinra om att befolkningsutvecklingen framöver kommer att kännetecknas av en ökande andel äldre och att de äldsta ökar mest. Avslutningsvis görs därför en matematisk framskrivning av kostnadsutvecklingen för äldreomsorgen till år 2010. Framskrivningen förutsätter en oförändrad omsorgskonsumtion. Den förutsätter vidare att ingenting görs i samhället för att främja insatserna i öppen vård, hemtjänst och eget boende. Boendestandarden förutsätts vara oförändrad, eventuella nya medicinska landvinningar finns inte med i kalkylen och inte heller ett antaget förbättrat hälsotillstånd bland kommande pensionärsgenerationer.

Framskrivna kostnader åren 1982 - 2010 för långtidssjukvård, ålderdomshem, servicehus, social hemtjänst, hemsjukvård för personer 65 år och äldre vid konstant konsumtion, miljoner kr., 1982 års prisnivå.

Ålder	1982	1900	2000	2010
65-69	1 178	1 190	978	1 278
70-74	2 436	2 412	2 119	2 168
75-79	4 143	4 516	4 474	3 687
80-84	5 261	6 418	6 524	5 682
85-89	4 463	5 713	6 516	6 427
90-94	1 980	2 713	3 544	3 663
95-	483	657	927	1 063
Totalt	19 944	23 619	25 082	23 968
Index	100	118	126	121

Räkneexemplet i ovanstående tabell visar att om inget görs och förhållandena i övrigt antas vara oförändrade skulle enbart utvecklingen av de äldres antal och ålderssammansättning medföra att kostnaderna ökade med drygt en fjärdedel från 1980-talets början fram till sekelskiftet. De ökade kostnaderna beror helt på ökningen av antalet personer som är 80 år och äldre.

Vi vill betona att den här kostnadsframskrivningen inte är en prognos för utvecklingen. Den tjänar endast som illustration för att söka belysa hur förändringarna av de äldres ålderssammansättning påverkar kostnadsbilden vid i övrigt konstanta förhållanden. Beräkningarna visar bl. a. att det torde bli de tyngre omvårdnads- och vårdbehoven och deras utveckling som får störst betydelse för kostnadsutvecklingen. Det är därför angeläget att särskilt studera sambanden mellan kvalitet och kostnad för olika vård- och boendeformer för personer med stora hjälpbehov.

4.4 Handikappade

Handikapp är enligt modern uppfattning inte något fel hos individen utan en brist i omgivningen som leder till att människor med funktionsnedsättningar inte kan delta i samhällslivet. Någon statistiskt användbar definition finns inte på begreppet handikapp och därför går det inte att ange antalet handikappade personer. För att ange något mått på det ungefärliga antalet handikappade personer under 65 år

lämnas i det följande några uppgifter. Ett mått kan vara antalet förtidspensionärer inom den allmänna försäkringen. Ca 310 000 personer i åldrarna 16-64 år har förtidspension och närmare 11 000 barn och ungdomar (-16 år) är så handikappade att de får vårdbidrag från den allmänna försäkringen. Försök som gjorts att söka skatta antalet personer med funktionsnedsättningar under 65 år pekar mot en siffra runt 500 000 personer. Härtill kommer tiotusentals personer med s. k. dolda handikapp, t. ex. astma-allergi, inkontinens, missbrukare. Den definition statistiska centralbyrån tillämpar i rapporten om handikappades levnadsförhållanden (SCB rapport nr 41 1984) pekar mot att antalet handikappade är väsentligen högre.

Det ligger i sakens natur att med ovan angivna utgångspunkter söka redovisa samhällets kostnader för handikappade blir en ganska komplex fråga. Vissa av samhällets åtgärder riktar sig direkt till de handikappade, t. ex. färdtjänst, medan andra vänder sig till hela befolkningen, t. ex. sjukvård. På motsvarande sätt som inom äldreomsorgen skiftar finansieringskällorna. Till viss verksamhet lämnas specialdestinerade statsbidrag, t. ex. bostadsanpassningsbidrag, till annan inte osv. Inom viss verksamhet tas avgifter ut av brukarna, i andra inte. Mellan huvudmännen sker transferering för viss verksamhet osv. Med andra ord kostnaderna går i varandra och är svåra att särskilja.

En genomgång av de statliga kostnaderna för åtgärder inom handikappområdet för innevarande budgetår visar att statsbidragen exkl. kostnader inom den allmänna försäkringen uppgår till mellan 8 och 9 miljarder kr. Kommunernas och landstingens kostnader torde uppgå till ungefär motsvarande belopp.

AVDELNING II

Utvecklingsmöjligheter



5 ÖNSKAD UTVECKLING AV VÅRD- OCH BOENDEFORMER FÖR MÄNNISKOR MED SÄRSKILT BEHOV AV STÖD

5.1 Utvecklingen under efterkrigstiden

Under de senaste decennierna har utvecklingen kännetecknats av en kraftig satsning på såväl institutionsbyggande som öppna vård- och omvårdnadsformer. I jämförelse med många andra länder har Sverige ett högt antal institutionsplatser i förhållande till antalet äldre. Så har t. ex. ca 80 % av de nuvarande ålderdomshemmen tagits i bruk efter år 1947. En liknande utveckling gäller för andra vårdinstitutioner. Även insatserna inom primärvården och den sociala hemtjänsten har ökat.

Denna utveckling har delvis sin förklaring i bl. a. den successiva urbaniseringen och omflyttningen i landet. Den yrkesaktiva generationen har i stor utsträckning flyttat till arbetstillfällena, dvs. ofta från landsort till tätort, eller från den ena landsändan till den andra. Detta har i sin tur medfört att den äldre generationen i många fall blivit kvar i hembygden. Kontakten mellan generationerna har genom denna utveckling kommit att försvåras. Också i de fall generationerna är bosatta på samma ort har en offensiv bostadspolitik möjliggjort att bostäder kunnat efterfrågas av alla generationer, varför flergenerationsboendet kommit att sakna betydelse som bas för de yngres omsorg om de äldre generationerna.

En annan förändring som minskar möjligheterna till informella vård- och omvårdnadsinsatser är kvinnornas successiva insteg på arbetsmarknaden under efterkrigstiden. Slutligen har de socialpolitiska reformerna i form av bl. a. förbättrade folkpensioner, bostadsstöd och införande av ATP medfört att den äldre generationen blivit ekonomiskt självständig i förhållande till de yrkesaktiva.

Fortfarande spelar dock de informella omsorgerna mellan anhöriga en mycket stor roll. Olika undersökningar visar att kontakten genera-

tionerna emellan är omfattande och att de i vissa avseenden har ökat under de senaste åren.

Man kan konstatera att samhällsutvecklingen i kombination med ett bostads- och socialpolitiskt reformarbete på ett omvälvande sätt förändrat de äldres och handikappades levnadsbetingelser. Framförallt har utvecklingen inneburit att de gamla har blivit mera självständiga. Det har i sin tur medfört att stat, kommuner och landsting har tagit ett ökat ansvar för dessa grupper. Något tillspetsat skulle man kunna säga att samhällets omsorger nu har utvecklats så långt att vi, i en strävan att ge alla en så god omvårdnad som möjligt, har i viss utsträckning passiviserat och ryckt undan förutsättningarna för ett aktivt och meningsfullt skapande liv.

Statsmakterna lade år 1957 fast samlade riktlinjer för omsorgen om de äldre. I programmet möter man principer som fortfarande är lika aktuella, t. ex. inriktningen på åtgärder som skall göra det möjligt för äldre att bo kvar i sina hem. Det skulle underlättas bl. a. genom en utbyggd social hemtjänst. Sjukvården skulle förstärkas och olika former av öppen vård uppmuntras. En ny syn på de äldres möjligheter och rättigheter hade börjat växa fram.

I 1964 års program om åldringsvården föreslogs en utbyggnad av äldreomsorgen. En av de viktigaste punkterna var att göra det möjligt för pensionärerna att bo kvar hemma. Konkreta åtgärder genomfördes i form av bättre bostadsförbättringslån och statsbidrag till social hemhjälp. Ett tidsbegränsat statligt lånestöd till byggande av sjukhem infördes. Som villkor för lånen gällde att sjukhemmen skulle få en hemliknande karaktär. Programmet syftade således till dels en kraftig satsning på bättre bostäder och en utbyggnad av särskilda serviceinsatser för att därmed göra det möjligt för de äldre att bo kvar i sin invanda miljö, dels en snabb utbyggnad av långtidssjukvården.

En lagändring av betydelse för bl.a. de äldre var den ändring som gjordes i socialhjälpslagen år 1968 i syfte att förtydliga kommunernas skyldighet att svara för omvårdnad för den som behöver det. Genom uppsökande verksamhet skulle kommunerna ta reda på behoven.

Samtidigt som insatserna för social hemtjänst och primärvård byggts ut tillhör Sverige som nämnts de länder som har ett högt antal institutionsplatser i relation till antalet äldre. Liknande förhållanden råder när det gäller långtidssjukvården, psykiatrin, omsorgerna om utvecklingsstörda m.fl. grupper.

Institutionerna har för olika grupper handikappade spelat en central roll i den socialpolitiska utvecklingen. Det har varit och är fortfarande i viss mån ett uttryck för samhällets strävan att ta hand om och skydda medborgare som inte kan klara sig på egen hand.

Vissa institutioner kom till för klart avgränsade grupper och/eller för speciella ändamål. Hit hör t.ex. institutionerna för psykiskt utvecklingsstörda, vanföreanstalterna för rörelsehindrade, skolinternat för blinda och döva. Vissa institutionsformer har försvunnit, t.ex. vanföreanstalterna, medan andra helt ändrat karaktär, t.ex. skolinternaten. Insitutionsformerna för psykiskt utvecklingsstörda genomgår f.n. en betydande omvandling. Efter utredning bereds frågan om omsorgerna om de psykiskt utvecklingsstörda i socialdepartementet.

Handikappade som saknade möjlighet till egen försörjning betraktades i många fall som sjuka eller ansågs vara så svaga att de var i behov av samhällets stöd. Med dåtida synsätt föll det sig därför naturligt att handikappade togs in på ålderdomshem eller sjukhem. Fortfarande lever detta synsätt uppenbarligen kvar i vissa kommuner. Den senaste statistiska redovisningen av ålderdomshemmen visar att den 31 december 1982 bodde 816 personer under 65 år på ålderdomshem, varav 196 personer var 59 år eller yngre. Fortfarande förekommer det också att unga rörelsehindrade skrivs in på långvårdsklinik eller sjukhem på grund av att bostads- och servicefrågan ej kunnat lösas.

Dagens institutioner är inte utformade vare sig när det gäller miljön eller verksamheten för att kunna tillgodose handikappades behov. Effekterna för den enskilde är i många fall förödande. Bristande stimulans, torftigt kultur- och nöjesliv, passivisering, social isolering är några av de negativa sidorna handikappade möter på institutionerna.

5.2 Utvecklingen under 1980-talet

Av kommunernas och landstingens planer framgår att resurser och verksamheter för att öka möjligheterna för äldre och långtidssjuka att bo kvar hemma prioriteras allt starkare. En utbyggnad och utveckling av bostadsknutna och bostadsnära vårdformer pågår. Likaså diskuteras en renodling av långvårdsklinikernas funktion.

Inga ålderdomshem byggs eller planeras och befintliga hem byggs om till öppnare vård- och omvårdnadsformer. Antalet platser minskar med mellan 700 och 900 per år. Antalet servicehus ökar inte i samma takt som tidigare. Det finns en strävan att så många människor som möjligt, oavsett handikapp eller andra funktionshinder, skall kunna bo kvar i sin bostad eller flytta till en bostad i ett vanligt bostadsområde. Åtminstone skall man kunna flytta till en bostad som ligger i samma bostadsområde som man bott i tidigare.

De servicehus som byggdes under 1970-talet är i vissa fall stora och har därigenom fått en institutionsprägel. De servicehus som byggs eller planeras i dag är mindre. En annan väsentlig och positiv tendens är att allt fler servicelägenheter inlemmas i det vanliga bostadsbeståndet.

Antalet vårdplatser inom psykiatrin har minskat med ca 35 % under de senaste decennierna. Fortfarande bedrivs dock huvuddelen av den psykiatriska vården vid de f.d. mentalsjukhusen.

Nya öppnare vårdformer för personer med åldersdement beteende prövas med framgång i försöksverksamheter. På många sjukhem finns platser avsatta för tillfällig vistelse för s.k. växelvård och för avlösning av anhöriga. Antalet nattpatruller byggs ut och den sociala hemhjälpen utökas för att ge service också på kvällar och helger. Samtliga verksamheter, som är nödvändiga i den framtida äldreomsorgen, finns alltså redan i dag, men bara delvis och i vissa kommuner.

Utvecklingen går således åt rätt håll, men ännu återstår mycket att göra för att den bostadsanknutna och bostadsnära vården och omsorgen skall vara fullt utbyggd. En viktig grund för den fortsatta utvecklingen har lagts genom det nya ersättningssystem till hälso- och sjuk-

vården som behandlas närmare i avsnitt 7.2.1 och som är utformat för att främja en utveckling mot öppnare boendeformer och ökad hemsjukvård.

5.3 Den fortsatta utvecklingen

5.3.1 Allmän inriktning

Antalet äldre ökar under 1980-talet, och de äldsta ökar mest. Det är framför allt i dessa åldersgrupper de stora vård- och omvårdnadsbehoven uppstår. Olika undersökningar visar glädjande nog att äldre är friskare än förr. Dagens 70-75-åringar är t. ex. vitalare än motsvarande åldersgrupp för bara fem år sedan. Nio av tio 79-åringar är så friska att de klarar sig i en egen bostad. Även andra grupper med funktionshinder har bättre förutsättningar att klara sig i en vanlig bostad genom tidigare insatt och väl fungerande rehabilitering.

I dag vårdas många äldre och handikappade av anhöriga. Genom en aktiv utbildnings- och arbetsmarknadspolitik antas andelen kvinnor som förvärvsarbetar att öka ytterligare även i äldre åldersgrupper. Dessutom kommer de anhöriga i stor utsträckning att själva vara så gamla när föräldrarnas vårdbehov uppstår att de inte har möjlighet att erbjuda en mer omfattande hjälp. Dessa utvecklingstendenser talar för att anhörigas insatser får fortsatt stor betydelse för personer med små eller måttliga hjälpbehov, medan deras möjligheter att klara av mera omfattande behov av hjälp kommer att minska.

Målet är att alla människor med funktionshinder som så önskar skall ha en självständig permanentbostad med god funktion och tillgänglighet i det vanliga bostadsbeståndet. Äldre och handikappade är mer än andra hänvisade till att vistas i sin bostad och bör därför kunna beredas en tillfredsställande bostadsstandard. Vård, omvårdnad, social och annan träning och sysselsättning och annan service skall kunna ges i hemmet eller i bostadsanknutna närservicelokaler.

Utvecklingen pekar mot att den personal som arbetar med vård och omvårdnad etc. i större utsträckning kommer att arbeta i arbetslag

inom bostadsområdet. Samverkan mellan samhällsorgan, anhöriga, folkrörelser, bostadsförvaltare m. fl. kommer också att byggas ut.

I de fall barn eller vuxna med funktionshinder vårdas av föräldrar eller andra anhöriga behövs särskilda bostäder inom bostadsområdet där barnet resp. den vuxne kan vistas en kortare tid dels för att de skall kunna möta andra barn och vuxna och kanske för en periods intensivträning eller andra insatser, dels för att den anhöriga vårdaren skall få möjlighet att ägna sig åt andra aktiviteter.

För vissa människor med stora och kontinuerliga vård- och omvårdnadsbehov kan det vara nödvändigt att samlokalisera flera lägenheter så att de för vård och omvårdnad kan betjänas av samma personal. Det kan i så fall behövas särskilda personalutrymmen. I en del fall kan hjälpbehoven vara av den arten att ett fullt ut självständigt boende inte är möjligt. Det är dock i samtliga fall önskvärt att antalet lägenheter som är samlade inte blir för många för att undvika en allt för hög grad av kategoriboende, jfr avsnitt 2.1.1.

Om människor skall kunna bo kvar i sin tidigare bostad eller i en bostad i samma bostadsområde krävs en anpassning av bostaden och den yttre miljön. Det krävs också att vård, omvårdnad och service kan ges i hemmet i många fall dygnet runt.

En nyligen genomförd studie visar att ca hälften av de som flyttat till ålderdomshem skulle ha kunnat bo kvar i sin bostad. De flesta av dem som fanns med i undersökningen kunde fått minst dubbelt så mycket hjälp i form av hemsjukvård och social hemtjänst utan att det därför hade inneburit ökade kommunala/landstingskommunala utgifter. Studier inom långtidsvården visar att ca 20 % av de inneliggande patienterna enligt vårdpersonalens bedömning skulle kunna skrivas ut.

En annan studie visar bl. a. utvecklingen då gästerna vid ett ålderdomshem temporärt flyttade ut från hemmet vid en ombyggnad. De fick flytta till vanliga lägenheter. När de skulle få flytta tillbaka till hemmet ville de flesta stanna kvar i sina egna bostäder. Det finns även andra undersökningar som visar att även de som prövat på särskilda

vård- och boendeformer oftast föredrar en egen bostad. Ett problem i sammanhanget är att funktionsförmågan vid institutionsvistelse snabbt avtar. Den enskildes möjligheter till ett självständigt, oberoende liv med bibehållen livskvalitet minskar efter mycket kort tid.

Äldre och handikappade kan således i ökad utsträckning bo kvar hemma. Det går att flytta ut från institutionerna till eget boende. Ett liv utanför institutionen ger helt andra möjligheter att leva ett vanligt liv. I stället för ett passivt liv finns förutsättningar för att vidmakthålla och utveckla inneboende resurser. För att illustrera vilka möjligheter som finns och för att klargöra vilka förändringar i bostadsområdena och omsorgens organisation som krävs har vi i samarbete med tre kommuner undersökt de konkreta möjligheterna till en ökad satsning på kvarboende i tre existerande bostadsområden av olika karaktär. Resultatet av dessa studier - som bekräftar de undersökningsresultat som vi nu har återgett - sammanfattas i kapitel 6 och redovisas mer utförligt i bilaga 2.

Man kan säga att de humanitära målen och brukarnas önskemål i detta fall stämmer väl överens med samhällsekonomiskt fördelaktiga lösningar. De ekonomiska fördelarna av att människor i ökad utsträckning bor kvar i sina bostäder är dels de inbesparade kostnaderna för att bygga och underhålla särskilda byggnader (institutioner) för vård och omvårdnad. Vidare vidmakthålls - inte minst viktigt - människors egen förmåga att själva sörja för sig i större utsträckning, vilket innebär relativt sett mindre omfattande kostnader för omvårdnad. Prestations- och funktionsförmågan kan upprätthållas. Det blir inte heller i så stor utsträckning fråga om en "övervård". I fråga om de yngre tillkommer att de i en del fall kan börja arbeta. I kapitel 6 belyser vi också vissa ekonomiska konsekvenser av en ökad inriktning på eget boende och öppen vård.

Det är dock viktigt att komma ihåg att de humanitära och ekonomiska vinsterna framför allt sker på sikt. Under en överskådlig tid kommer det att finnas människor med sjukdomar och funktionshinder som bor kvar eller vårdas på dagens institutioner. Många är mer eller mindre så hospitaliserade att det får anses orealistiskt att de kan flytta till ett mer självständigt boende. På sikt är det emellertid nödvändigt att

de institutioner som är svårförändérliga - byggnadstekniskt och i övrigt - samt är belägna på ett olyckligt sätt med hänsyn till kravet på integration i det vanliga samhällslivet i första hand läggs ned. Övriga institutioner för långvarig vård och omsorg bör - om de skall finnas kvar - byggas om så att de människor som bor där kan erbjudas en ökad självständighet i en bostad med en boendestandard likvärdig den övriga befolkningens.

Om det på kort sikt inte är möjligt att uppnå en god boendestandard för alla bör en upprustning ske till en acceptabel standard. Genom att människor i ökad utsträckning kommer att bo i vanliga bostäder eller stödbostäder med fördelaktiga finansieringsvillkor genom de statliga bostadslånen frigörs inom landstingen som kan användas för att förbättra såväl den fysiska som sociala miljön vid befintliga vårdanläggningar. En sådan upprustning är naturligtvis önskvärd även för de grupper som även på sikt kommer att vistas på olika vårdanläggningar därför att inslaget av vård och omvårdnad är så starkt dominerande.

Samtidigt som själva boendet förändras så att det uppfyller allmänt acepterade kvalitetskrav så är det minst lika väsentligt att förhållningssättet till patienterna/gästerna ändras så att de betraktas som aktiva och rehabiliteringsbara. De bör betraktas som boende med samma rättigheter som andra och vården och omvårdnaden skall vara en service som de kan få på sina egna villkor. Ett mål för framtiden är också att vården och omsorgen planeras och ges i en dialog med brukarna. Vi tror också att bl.a. handikapp- och pensionärsorganisationer kommer att spela en viktig roll att svara för tjänster av olika slag eller att driva vissa verksamheter.

Vi är medvetna om att de vård- och omsorgsformer som vi förordar ställer nya krav på den personal som skall svara för vården och omsorgen. De skall arbeta i bostadsområdena på helt andra villkor och i vissa situationer med mindre stöd av varandra än tidigare.

De nya vård- och omsorgsformerna kommer också att ställa andra krav på oss som medmänniskor. Vi kommer att leva bland människor som för att leva ett gott liv kommer att vara beroende av oss, våra granntjänster

och vår vilja att umgås och gemensamt delta i ett socialt liv i bostadsområdet. I kapitel 12 redovisar vi förslag som syftar till att stärka serviceutbudet och de sociala kontakterna i bostadsområdena.

5.3.2 Äldreomsorg

De allra flesta bor i vanliga bostäder och huvuddelen av dessa klarar sig själva eller med stöd av anhöriga. De reformer som kom till under 1960- och 1970-talen till stöd för äldres och handikappades möjligheter att bo i egna bostäder och delta i samhällslivet har varit och är betydelsefulla men inte tillräckliga. De äldres bostäder i det vanliga bostadsbeståndet är fortfarande i många fall bristfälliga samtidigt som resurserna för öppen hälso- och sjukvård samt social hemtjänst är otillräckligt utbyggda.

Inom den primärkommunala äldreomsorgen gavs under denna tid därför utrymme för utbyggnad av ålderdomshem och servicehus. Flertalet ålderdomshem har en låg standard i jämförelse med lägenheter i det vanliga bostadsbeståndet. De har i de flesta fall institutionsprägel som inte ger förutsättningar för ett normalt och självständigt boende. För närvarande planeras eller byggs inga ålderdomshem. Servicehusen däremot ger de boende en god bostadsstandard. Den tidigare kraftiga årliga ökningen av servicelägenheter har numera avtagit betydligt.

Den framtida äldreomsorgen

Med utgångspunkt i dagens äldreomsorg och de mål som ligger till grund för den fortsatta utvecklingen är det nödvändigt med successiva förändringar under de närmaste 20 åren. Målsättningen bör vara att alla äldre på lång sikt skall ha en egen bostad med god funktion och tillgänglighet i det vanliga bostadsbeståndet eller i form av servicelägenhet (stödbostad). På sannolika grunder kommer det även i framtiden att finnas personer som ur vårdhänseende och ur trygghetssynpunkt behöver tillsyn och vård på institution. För att uppfylla målet om den enskildes självbestämmande, och därmed rätt till val av service- och stödåtgärd, måste också detta alternativ finnas.

En förutsättning för att nå målet inom äldreomsorgen är att kommuner och landsting, som har ansvaret för denna verksamhet, samordnar sin planering och sina insatser. Genom en nära samverkan och ett gemensamt utnyttjande av resurserna skapas också förutsättningar att kunna utnyttja det gemensamma kunskapsunderlag som de båda huvudmännen besitter. Bland annat kunskapen om att åldrandet kan påverkas genom förändring av livsmiljö och livsstil, vilket bl.a. innebär att det förebyggande arbetet får stor betydelse, inte minst genom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen för att minska eller undanröja hälsorisker och sociala missförhållanden.

De äldres behov av omsorg och vård måste i framtiden i större utsträckning än i dag vara grunden för hur resurserna fördelas. Man kan konstatera att dagens vårdutnyttjande har starkare samband med tillgången på vårdresurser än med förekomst av ohälsa. Situationen är likartad inom den kommunala äldreomsorgen. Det är mot denna bakgrund en viktig uppgift både inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården att utveckla instrument för en behovsbaserad resursfördelning.

För att antalet insitutionsplatser skall kunna reduceras måste alternativen byggas ut i takt med en successiv minskning av platser inom somatisk långtidsvård och platser vid ålderdomshem. Avvecklingen av institutioner inom äldreomsorgen förutsätter därför framför allt förbättrade boendeförhållanden för äldre och att service och vård kopplas till bostaden.

De stora servicehusen med institutionsprägel bör reduceras. De ändamålsenliga servicehusen kan öppnas också för andra grupper än äldre. För att förverkliga målet om ett så normalt boende som möjligt bör antalet servicelägenheter (stödbostäder) i det normala bostadsbeståndet öka betydligt. Olika former av gruppboende och annat kollektivt boende bör utvecklas.

Den sociala hemhjälpen utgör hörnstenen i den äldreomsorg som skisseras fram till år 2000. Av grundläggande betydelse är också primärvårdens utbyggnad med väl utvecklade resurser för sjukvård i hemmet och dagsjukvård. För att dessa verksamheter skall fungera effektivt och kunna ge äldre trygghet, service och vård i det egna boende måste denna

omvårdnad också kunna ges på kvällar, nätter och helger. Detta förutsätter i sin tur en fortsatt utbyggnad av larm, nattpatruller och jourverksamhet. Mindre områdeslokler och dagcentraler måste utvecklas för att ge lättillgänglig kollektiv service.

Genom en fortsatt omstrukturering av den slutna vården möter hemtjänstpersonal och landstingets personal "nya" brukargrupper. Ett ökat antal mycket gamla personer kommer att bo kvar i sina hem. Också äldre personer kommer hem tidigare efter en vistelse på akutsjukhus. Fler långtidssjuka och svårt handikappade människor liksom psykiskt sjuka, utvecklingsstörda, åldersdementa samt personer med missbruksproblem kommer att finnas i det ordinära boendet, i gruppboende och olika former av kollektiv. För att möta de ökade kraven behöver personalen förändra sina kunskaper.

5.3.3 Handikappades boende och omvårdnad

Regeringen har i skrivelse till riksdagen 1982/83:131 om handlingsprogram i handikappfrågor redovisat sina överväganden med anledning av betänkandet (SOU 1982:46) Handlingsprogram i handikappfrågor (SoU 1982/83:27, rskr 262). Föredraganden konstaterar bl.a. att det av beredningsgruppen för internationella handikappåret framlagda handlingsprogrammet kommer att vara av stort värde i arbetet för att tillgodose angelägna behov inom handikappområdet.

Under avsnittet samhällsplanering och bostäder tar beredningen upp de handikappades framtida boende. Sammanfattningsvis pekar beredningen bl.a. på behovet av byggnaders och miljöers tillgänglighet för handikappade. I anslutning härtill berörs också kravet på att hissar installeras i ökad utsträckning. Även andra anpassningsåtgärder behöver vidtas för att byggnader skall bli tillgängliga för olika grupper av handikappade. För vissa handikappade spelar ofta olika former av gruppboende en viktig roll och kan enligt beredningen utgöra det enda verkliga alternativet till institutionsboende. De problem för en omstrukturering av de handikappades boendeformer beredningen pekar på ligger i linje med de förslag som redovisas i detta betänkande.

Bostadens anpassning är ofta avgörande för den handikappades behov av service i boendet. Dåligt anpassade och utrustade bostäder innebär ökat behov av praktisk hjälp och därmed löpande kostnader. Det spegelvända, bra anpassade och utrustade bostäder innebär en engångskostnad och kanske inget behov alls av praktisk hjälp i boendet. Detta samband är viktigt att beakta inte bara av ekonomiska skäl utan också ur den enskildes synpunkt, att kunna leva ett fritt och oberoende liv i egen bostad.

Bostadens anpassning kan dock bara tillgodose en persons krav till en viss gräns. Därefter avgör graden av funktionsnedsättningen hur mycket hjälp som behövs. För att kunna leva ett fritt och oberoende liv i den egna bostaden utgör tillgången på service i olika former en viktig och integrerande del av boendet. Handikappades boende rymmer t.ex. en komplexitet som ställer krav på att det finns anpassade bostäder med varierande utformning och tillgång till en flexibel praktisk hjälp.

Psykiskt utvecklingsstörda

Inom omsorgsvården pågår en avveckling av stora kategoribundna institutioner. De utvecklingsstörda bor nu i mindre kollektiv, inackorderingshem, elevhem etc. Parallellt med det strävar man efter att skapa sysselsättning för de utvecklingsstörda antingen i form av förvärvsarbete eller genom deltagande i verksamhet vid vårdhemsanknutna eller fristående dagcenter.

I framtiden kommer ännu fler utvecklingsstörda barn att ges möjligheter till ett normalt boende, dvs. i föräldrahem eller annat enskilt hem (familjehem). Som en förutsättning för att föräldrar/anhöriga skall klara av sina handikappade barn, krävs bl.a. att avlösning/stöd (korttidshem) erbjuds i tillräcklig omfattning. För ett mindre antal, i huvudsak ungdomar, blir det fråga om ett kollektivt boende i mindre grupper integrerat i normal bebyggelse (elevhem).

Utvecklingen för de psykiskt utvecklingsstörda barnen och ungdomarna innebär att de, den dag de blir vuxna, självfallet skall få bo kvar ute i samhället och inte placeras på vårdhem. Det finns varken sociala, psykologiska, tekniska eller medicinska skäl för en sådan planering.

Sammanfattningsvis kan boende för handikappade inte planeras utan att samtidigt beakta behovet av vård och service. Därför måste planeringen utöver bostäder omfattas vilket lokalbehov i bostadsområdena andra verksamheter kräver, t. ex.:

- lokaler för att bereda handikappade meningsfull sysselsättning
- lokaler för ADL-träning av hemmaboende handikappade och psykiskt handikappade
- personalgrupper inom sociala hemtjänsten och primärvården
- primärvårdens hälsocenter
- omsorgernas organisation.

5.3.4 Vård av somatiskt långtidssjuka

Utbyggnaden av den somatiska långtidsvården har lett till att vi i dag har ca 50 000 långvårdsplatser i hela landet. Ungefär en tredjedel eller ca 17 000 betecknas som klinikplatser, en tredjedel finns vid centrala sjukhem eller fristående långvårdssjukhus och en tredjedel vid lokala sjukhem som till stor del har byggts under senare år.

Under de senaste åren har flera studier gjorts som visar att många av patienterna inom den somatiska långtidssjukvården med rätt anpassad vård och omsorg skulle kunna skrivas ut till ett eget boende. Till några av de mest uppmärksammade studierna hör Spris rapporter från Sundsvall och Vetlanda. Landstingsförbundets patientinventering inom somatisk långtidssjukvård 1983 visar bl. a. att 20 % av de inneliggande

patienterna skulle kunna skrivas ut. Resultaten bekräftar att det är vårdens organisation och resurstillgången och inte patienternas behov av vård och service som i första hand bestämmer vårdformen.

I takt med att andelen äldre i samhället ökar så ökar andelen med åldersdement beteende. Hittills har vård och behandling av denna grupp i stor utsträckning bestått av att de som inte klarar sitt eget boende erbjudits plats inom den psykiatriska vården eller inom somatisk långtidsvård. Undersökningar visar emellertid att institutionsvård ofta leder till passivitet och minskar den förmåga åldersdementa kan ha kvar att klara vissa funktioner själva.

År 2000 kommer det att finnas ett betydligt mindre behov av långvårdsenheter. Under tiden fram till sekelskiftet kan sannolikt antalet vårdplatser vid långvårdsenheter i det närmaste halveras jämfört med dagens situation. Detta kan ske huvudsakligen genom att de centrala sjukhemmen successivt avvecklas. En förutsättning för detta är att långvårdsklinikernas funktion renodlas till att riktas på utredning och rehabilitering. Inom länssjukvården svarar kliniken för den geriatriska och långvårdsmedicinska kunskapen. Kliniken har också viktiga funktioner när det gäller konsultverksamhet, utbildning och utvecklingsarbete för primärvården.

De lokala sjukhemmens funktion kommer också att förändras. De skall i första hand vara en resurs för att öka de äldres möjligheter att bo kvar hemma. Detta innebär, att verksamheten kommer att vara inriktad på en tidsbegränsad vistelse där växelvård och avlastning av anhöriga är viktiga insatser. Antalet platser vid de lokala sjukhemmen kommer att vara ungefär detsamma som i dag, men de kan ge vård åt ett större antal personer.

5.3.5 Vård av psykiskt sjuka

Historiska förhållanden och vårdtraditioner har bidragit till att en äldre vårdstruktur bevarats. Psykiatrin har varit uppbyggd så att patienterna avskiljts från samhället. Den tidigare lagstiftningen, som fanns kvar ända fram till år 1967 och som innebar att människor kunde tas in på mentalsjukhus och hållas kvar där mot sin vilja så länge de

var i behov av vård, har också bidragit till att utvecklingen av de psykiatriska vårdformerna har gått långsamt. Först år 1959 öppnades vissa möjligheter att bedriva frivillig vård på mentalsjukhusen.

Den psykiatriska vården har under det senaste decenniet genomgått en snabb och positiv utveckling. Från att tidigare ha omhändertagit och förvarat patienterna har den fått en allt mer aktivt behandlande och rehabiliterande inriktning. De stora institutionerna med sin hierarkiska uppbyggnad utgör ett hinder för patientens möjlighet att fatta egna beslut. Personalens inriktning på omhändertagande av sina patienter kombinerat med många patienters önskan att bli omhändertagna kan motverka en normalisering. I dag pågår en snabb förändring med inriktning mot öppna och halvöppna vårdformer i en områdesindelad psykiatrisk vårdorganisation. Samverkan sker också med socialtjänsten. Vårdtiderna i slutenvården förkortas.

Den psykiatriska vården är dock fortfarande i betydande omfattning koncentrerad till mentalsjukhusen och därigenom låst till en otidsenlig vård. De sista sjukhusen uppfördes så sent som i början av 1960-talet. Kulmen i antalet vårdplatser vid psykiatriska kliniker vid mentalsjukhus och vid sjukhus för huvudsakligen somatisk vård nåddes år 1964 med drygt 29 000 platser. Sedan dess har vårdplatsantalet successivt minskat till f.n. ca 18 000. Under perioden 1962-1980 minskade platsantalet vid mentalsjukhusen med ca 10 000. Platserna i sluten vård beräknas under ytterligare ett antal år fortsätta att minska med ca 1 000 per år.

Psykiatrins förändrade inriktning får som konsekvens att den psykiatriska vårdorganisationen måste förändras. Varje patient skall ges en individuellt anpassad behandling, där man tillämpar helhetssyn, normalisering, närhet, kontinuitet, tidiga insatser, tillgänglighet och medansvar.

Socialstyrelsens psykiatriprogram "Riktlinjer för utveckling av psykiatrisk vård under 1980-talet" innebär ett klart ställningstagande för att denna samlokaliseras med övrig hälso- och sjukvård. Det innebär i stora drag att den psykiatriska korttidsvården bör vara en med den övriga länssjukvården likvärdig del och finnas tillgänglig tillsammans

med denna vid vanliga läns- och länsdelssjukhus. Huvuddelen av långtidsvården av äldre personer med psykiska sjukdomar, främst de åldersdementa, bör i framtiden ges vid lokala sjukhem. Övriga psykiskt långtidssjuka patienter, som domineras av patienter med diagnosen schizofreni, bör i framtiden erhålla vård på annat sätt än i traditionell slutenvård. Denna grupp av psykiatriska långvårdspatienter kommer således i framtiden att vara för liten för att utgöra underlag för självständiga mentalsjukhus.

Enligt socialstyrelsens bedömning skulle 6 000-10 000 patienter kunna flytta ut från psykiatriska vårdinstitutioner under de närmaste åren. Flertalet av dessa skulle kunna klara sig i vanliga lägenheter med stöd av socialtjänsten samt hälso- och sjukvården. För en del av patienterna kan det vara lämpligt med gruppbostäder för förslagsvis 3-5 personer i en gemensam lägenhet. Sådana gruppbostäder bör då självklart omfatta ett rum för varje boende plus gemensamma utrymmen. Gruppbostäderna bör vara helt integrerade i samhället och inte tillhöra sjukvårdsorganisationen. Fortfarande föreligger dock behov av institutioner eller särskilda stödbostäder för ett visst antal patienter. Dessa bör ordnas i form av hem för boende och behandling, integrerade i vanliga bostadshus. Sådana hem bör vara små, dvs. i storleksordningen 10-20 platser.

Resurserna inom psykiatrin skall i framtiden finnas i en sammanhållen organisation. Klinikerna med bas vid länssjukhusen/länsdelssjukhusen skall ges ett sammanhållet vårdansvar för all psykiatrisk vård inom ett geografiskt avgränsat område. Befolkningsunderlaget är ca 100 - 150 000 invånare. Denna process pågår nu på de flesta håll i landet. Klinikernas område uppdelas vanligen i delområden, med befolkningsunderlag på ca 30 000 invånare, för vilka ett psykiatriskt team med personal av olika kategorier har ansvaret. Inom delområdena samlas resurser för såväl öppen vård och dagsjukvård som dygnet-runt-vård.

För att den önskade omstruktureringen av den psykiska vården skall kunna ske måste olika hinder övervinnas. Ett hinder är att synen på psykisk sjukdom ofta präglas av rädsla och fördomar. När psykiskt långtidssjuka personer skrivs ut till egen bostad kan de möta fördomar och

rädsla hos allmänheten. Även den kommun där sjukhuset är beläget kan vara negativt inställd till att många patienter bosätter sig inom kommunen för att lätt kunna utnyttja sjukhusets resurser. Genom att vården är koncentrerad till sjukhuset förhindras en utskrivning till hemkommunen. Den starka koncentrationen av vårdresurser till mentalsjukhusen bidrar till att dessa på vissa orter har en stor betydelse för sysselsättningen. Arbetsmarknadspolitiska skäl kan därför ligga till grund för att man önskar bevara verksamheten oförminskad. Dessa frågor kommer att behandlas i det fortsatta utredningsarbetet (kapitel 13).

Psykiatrins framtida inriktning har diskuterats i olika sammanhang. Bl.a. har Landstingsförbundet, socialstyrelsen, Spri och Svenska kommunförbundet på uppdrag av socialdepartementet i en gemensam rapport "Psykiatri i samverkan" redogjort för exempel på förändringsarbete och pekat på vikten av samverkan på olika nivåer och på betydelsen av gemensam planering mellan landstingen och kommunerna. Förbundsstyrelserna i de båda kommunförbunden har beslutat rekommendera primärkommuner och landsting att i den mån så inte redan skett snarast påbörja ett samordnat konkret och åtgärdsinriktat planeringsarbete om psykiatrins utveckling.

I socialberedningens betänkande (SOU 1984:64) "Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten" har lagts fram förslag till ny psykiatrisk tvångslagstiftning. Såväl av betänkandet som av regeringens direktiv till beredningen framgår den starka markeringen av att färdriktningen är mindre tvångsvård och fortsatt utflyttning från institutionerna till öppnare vård- och boendeformer. I betänkandet förs också fram synpunkter på samarbetet mellan socialtjänst och psykiatri framför allt beträffande patienter som skrivs ut från mentalsjukhusen.

6 HUR KVARBOENDE KAN FRÄMJAS - TRE KONKRETA EXEMPEL

6.1 Inledning

Vi har tidigare slagit fast att en av de viktigaste uppgifterna för att uppnå de mål för de gamlas och handikappades boende som vi har angett är att förbättra bostadsmiljöerna så att möjligheterna ökar för de som drabbas av sjukdom eller funktionsnedsättningar att bo i ordinärt boende.

Av grundläggande betydelse är den fysiska tillgängligheten för människor med funktionsnedsättningar. Det handlar om rörelsehindrade, människor med nedsatt orienteringsförmåga till följd av synskador, utvecklingsstörning, psykisk sjukdom eller demens, döva eller hörselskadade samt allergiker. Både byggnadernas utformning och den yttre miljöns funktion för dessa grupper måste uppmärksammas.

En annan viktig fråga är tillgången på bostäder av olika slag och speciellt då sådana som kan erbjuda möjligheter att få särskild hjälp och stöd i boendet.

En tredje faktor utgör tillgången på offentlig och enskild service och olika slags verksamheter inom bostadsområdena.

Slutligen har den sociala miljön särskilt stor betydelse för boendekvaliteten för gamla och handikappade.

På en del håll i landet har arbete inletts med att planera för en sådan förbättring och komplettering av boendemiljön att möjligheterna ökar för gamla och handikappade att bo i ordinära bostäder. I flertalet kommuner och landsting arbetar man på att decentralisera vård och service genom en utbyggnad av den service och vård som kan ges i den vanliga bostadsmiljön. Vidare pågår försök med olika slag av små vårdanläggningar och specialbostäder som är integrerade i vanliga bostadsområden.

Vi har emellertid inte funnit några exempel på en sådan samlad och systematisk översyn av lägenhetsutbud, boendemiljö och tillgång på vård, omvårdnad och service som kunde utgöra underlag för mera generella överväganden om de praktiska och ekonomiska förutsättningarna för och konsekvenserna av en kraftigt ökad satsning på kvarboende för människor med särskilda behov av stöd och hjälp. Vi har därför valt att i samarbete med berörda kommuner studera tre referensområden som representerar bostadsområden av olika typ, nämligen:

1. Torpaområdet i Jönköping representerande
   äldre bostadsområden med flerbostadshus, splittrat ägande, dålig tillgänglighet, vikande serviceunderlag, många äldre boende.

2. Marieområdet i Umeå, representerande
   nya bostadsområden med flerbostadshus, en/få ägare, få äldre boende, möjligheter till kompletteringsbebyggelse och/eller utnyttjande av tomma lägenheter.

3. Onsala i Kungsbacka, representerande
   småhusbebyggelse i mindre serviceorter, eller egnahemsområden i tätorternas ytterområden med många äldre boende, vikande serviceutbud, dålig tillgänglighet.

För dessa områden har sammanställts uppgifter om nuvarande förhållanden vad avser befolkningssammansättning, bostadsförhållanden, utbud av service och vård etc. Dessa kunskaper samt de kunskaper som samlats in om olika sätt att tillgodose de gamlas och handikappades behov har utnyttjats för att analysera de praktiska förutsättningarna för och konsekvenserna av olika vägar att utveckla självständigt boende för gamla och handikappade i dessa olika typer av bebyggelse. Resultatet av studierna redovisas mera utförligt i bilaga 1. I detta kapitel sammanfattas de viktigaste resultaten och de ekonomiska kalkyler som vi har kunnat göra på grundval av det redovisade materialet.

Vi vill betona att de redovisningar vi lämnar här inte skall tolkas som arbetsgruppens synpunkter på vad som bör göras i de aktuella områdena. De redovisar heller inte ställningstaganden från de berörda kommunernas sida. Syftet med redovisningen har primärt varit att ge oss underlag

för bedömningar av vilken typ av insatser som kan behöva främjas för att stimulera en utveckling av de gamlas och handikappades boende i den riktning vi önskar. Vi har emellertid också bedömt att analyserna kan ha ett mera allmänt intresse genom de konkreta exempel de innehåller på olika slag av åtgärder och de kostnadsjämförelser som görs samt även som illustration av en arbetsmetod för planering av bostadsförsörjning, social omsorg och sjukvård.

6.2 Torpa i Jönköping

6.2.1 Nuvarande förhållanden

Bostäder

Stadsdelen Torpa ligger centralt i Jönköping. Bebyggelsen, som består av trevåningshus, är uppförd under 1930- och 40-talen. Fastigheterna är huvudsakligen i privat ägo. I området finns 5 700 boende varav 1 900 pensionärer. Ca 1 000 av dessa är 70 år och däröver.

I området finns 4 000 lägenheter. Bostäderna är otillgängliga för rullstolsbundna och personer med gångsvårigheter då hissar saknas. Bottenvåningarna är belägna en halv trappa ovan markplanet.

Bostäderna är moderna - i den bemärkelsen att de har kök, toalett, bad m. m. - men otidsenliga med avseende dels på utrustning - främst kök och bad - och dels på handikappanpassning av lägenheterna. De flesta lägenheterna är små, 3/4 är på två rum och kök eller mindre.

Inom området finns ett nytt (1980) servicehus med 81 lägenheter och möjligheter till service, mat, terapi, fotvård och ett stort antal aktiviteter. Dessutom finns 12 servicelägenheter intill servicehuset. Det finns vidare 24 pensionärslägenheter i form av bostadsrättslägenheter på ett rum och kök, inköpta av kommunen. Dessutom finns ett 70-tal lägenheter som i varierande grad har anpassats till handikappade med stöd av bostadsanpassningsbidrag.

Service och hjälp i hemmet

Totalt 389 boende i vanliga bostäder i området har hemtjänst och hemsjukvård, elva boende är dagvårdspatienter.

I området har 13 boende fått trygghetslarm installerat (förutom de boende i servicehus och servicelägenheter) och 260 har färdtjänst. Matdistribution förekommer inte utan pensionärerna i området är hänvisade till servicehusets matsal. Undersökning av hemtjänstpersonalens arbetsuppgifter i ett av hemvårdsdistrikten visade att bara en av tio får s. k. personlig hjälp - de övriga får främst hjälp med städning, matlagning o. dyl. Av dessa får endast en av tolv hjälp mer än sju timmar i veckan.

En del Torpabor har blivit hänvisade till bostäder utanför Torpa. I servicehus utanför området bor 45 äldre och på långvårdskliniker 36 patienter.

Bland de boende på servicehusen har respektive föreståndare/överläkare bedömt att totalt 77 personer har förutsättningar att klara ett eget boende dock under förutsättning att bostaden är modern, handikappanpassad samt att hemsjukvård, dagvård och hemtjänst kan erbjudas efter behov.

6.2.2 Utvecklingsmöjligheter

Som underlag för kommunens ställningstagande om inriktningen på den framtida förnyelseverksamheten i området har kommunen låtit utföra en bostadssocial inventering. Som underlag för att bedöma de äldres förutsättningar för kvarboende gjordes en undersökning av personer som var 70 år och äldre. Av dessa hade ca hälften sådana problem med antingen bostaden, ensamhet och isolering eller hälsa att kvarboende försvåras. Det gäller såväl boende med som utan hemtjänst. Då problemen med bostaden sammanhänger med bristande tillgänglighet och handikappanpassning och då hälsoproblem i hög grad utgjordes av rörelseinskränkningar gjordes inom kommunen bedömningen att ombyggnad med hiss och förbättrad handikappanpassning kan förbättra kvarboendeförutsättningarna för 2/3

av dessa boende. Uppräknat till hela antalet äldre i området innebär detta att för ca 300 äldre kan ombyggnad med hiss och handikappanpass-passning väsentligt förbättra kvarboendeförutsättningarna.

Beträffande de sociala nätverken i området fann man att de äldre främst hade kontakter med ett litet antal närboende i samma åldersgrupp. Därav drog man slutsatsen att ombyggnad borde inriktas på att åstadkomma ett utbud av tillgängliga lägenheter i varje kvarter. Detta bör vara så stort att alla de äldre skulle kunna få en bostad som innebär möjligheter till långsiktigt kvarboende.

Inriktningen på självständigt boende har ansetts innebära att långvårdskliniken i Jönköping kan avlastas och att lägenheter i servicehus kan utnyttjas av andra än de som idag bor där.

På lång sikt har servicehuset setts, inte som en bostadsform förbehållen för vårdbehövande boende, utan snarare som en bostadsform för sådana som p.g.a. vårdbehov, sociala omständigheter o.dyl. saknar tillräckliga sociala nätverk för ett individuellt boende.

På kortare sikt har servicehuset emellertid ansetts kunna utvecklas till att ta emot människor med större hjälpbehov. Det skulle därmed kunna avlasta den slutna långtidssjukvården och snabbt ge långvårdspatienter möjlighet till bättre boendestandard. De gemensamma utrymmena i huset skulle kunna utnyttjas för dagvård eventuellt i kombination med en mindre lokal vårdcentral. Ytterligare en vårdcentral kan vid behov förläggas till ett område för kompletteringsbebyggelse eventuellt i kombination med gruppbostäder.

Denna utveckling mot ökat kvarboende och självständigt boende skulle medföra krav på kraftig utbyggnad av hemtjänsten. De kommunala vårdbiträdena utgör basen för social service och vård till de boende. En grov uppskattning av behovet av utbyggnad av den kommunala hemtjänsten vid ett ökat kvarboende enligt ovan har gett vid handen att det skulle krävas ytterligare 500 timmar per vecka, dvs. en ökning med 25 %. Det skulle behövas ytterligare 20 hemsamariter som arbetar på deltid i två arbetslag för att tillgodose omvårdnadsbehoven.

Hemtjänstens arbetslag behöver också personallokaler. Med hänsyn till behovet av närhet, personkännedom och lokal förankring bör lokalerna vara spridda inom området. Lokalerna skulle med fördel kunna förläggas till ett antal serviceknutpunkter (områdeslokaler) för de boende i området. Det skulle totalt kunna röra sig om ca sju sådana områdeslokaler utspridda på områdets ca 40 kvarter.

Gemenskap och trygghet

Hemtjänstens uppgift är bl.a. att häva tilltagande isolering. Hemtjänstpersonalen skall fungera som en länk mellan den äldre och samhällslivet. En viktig uppgift för hemtjänsten är att stärka individens förmåga till självständig livsföring, att ta vara på det friska.

Hemtjänstens verksamhet i Torpa inriktas f.n. till stor del på att sköta olika praktiska sysslor. Genom att även fungera som professionella samtalspartner och medmänniskor blir hemtjänsten också ställföreträdare för samhället. Därmed kan hemtjänsten leda till ytterligare isolering och stort vårdberoende. I stället för att stärka individen och kontakterna med samhället kan den leda till större beroende av professionell hjälp och därmed bli institutionsförberedande.

Ett sätt för hemtjänsten att etablera, vidmakthålla och stärka de äldres sociala nätverk är att verka för ökad kontakt mellan boende. Det kan ske genom att hemtjänstverksamheten i större utsträckning anknyter sin verksamhet till andra aktiviteter i området. En bas för detta kan skapas genom de föreslagna områdeslokalerna som kan ges en rad funktioner, inte enbart riktade till gamla och handikappade. Områdeslokalen skulle kunna utgöra basen för ett arbetslag som delar sin tid mellan arbete i områdeslokalen och den vanliga tjänstgöringen i äldres och andra servicebehövandes bostäder.

I områdeslokalen kan finnas t.ex.

. kök och matplats
. fritidslokal och samlingslokal
. kiosk eller mindre dagligvarubutik

- möjlighet till tvätt, matdistribution, hemsändning av varor, larmcentral, reception, tekniska hjälpmedel för samariter (trygghetslarm bör med fördel kunna kopplas till områdeslokalen)
- reception för decentraliserad fastighetsförvaltning, underhåll, städning, budtjänst en allt-möjlig-man
- arbetslokal och personalutrymmen för hemtjänsten

6.3 Marieområdet i Umeå

6.3.1 Nuvarande förhållanden

Bostäder

Marieområdet är beläget ca 3 km från Umeå centrum. Området är uppfört under 60- och 70-talen. Det är ett attraktivt bostadsområde med en blandning av småhus och lägenheter i flerbostadshus. I området finns ca 8 000 boende, varav ca 400 pensionärer. Ca 250 är 70 år och äldre.

I området finns ca 3 000 lägenheter, varav 1 000 småhus. Flertalet lägenheter är större än 3 rum och kök. Av lägenheterna i flerbostadshusen är endast 24 % mindre än 3 rum och kök.

Småhusen i sydvästra delen och de ca 700 marklägenheterna i områdets norra del är byggda i två plan. Bara i två loftgångshus i områdets nordöstra del är lägenheterna tillgängliga. De används delvis för serviceboende som ett annex till servicehuset. Övriga lägenheter i elva sjuvånings punkthus i den sydöstra delen av området har visserligen hiss men hissens stannplan ligger inte i markplanet. De resterande ca 1 000 lägenheterna är belägna i trevåningshus. Husen saknar hiss och nedre våningsplanet är beläget en halvtrappa över markplanet.

Marieområdet delas av en nord-sydgående ås. De delar av området som ligger väster om åsen och som uteslutande innehåller småhus och marklägenheter har en sådan topografi att förflyttningar utomhus för personer med gångsvårigheter eller i rullstol har ansetts vara i det närmaste omöjliga. Därtill kommer att den sociala miljön inte anses

vara lämplig för äldre - dagtid är området tömt på boende då flertalet är dubbelarbetande barnfamiljer.

I områdets nordöstra hörn finns ett servicehus, som togs i bruk 1980 och som innehåller 58 lägenheter och 62 boende. Därtill kommer sju näraliggande servicelägenheter med trygghetslarm och 28 pensionärslägenheter, alla handikappanpassade och tillgängliga för rörelsehindrade.

Service och hjälp i hemmet

Servicen är relativt utspridd inom området. Dagcentral, servicehus och vårdcentral är belägna i norra delen. Avstånden till de södra delarna är stora. I anslutning till servicehuset finns dagcentral med matsal, sysselsättningslokaler, fotvård, hårvård, gemensamhetslokaler m. m. Totalt 93 boende i Marieområdet har hemtjänst och hemsjukvård förutom de som bor på servicehuset och dess annex 21 boende i området har trygghetslarm. Larmet är kopplat till servicehuset.

Hemsändning av mat från dagcentralens restaurang förekommer i ökande omfattning.

Verksamhet med kvälls- och nattpatruller bedrivs sedan 1983. Målgruppen för verksamheten är främst långtidssjuka. Efterfrågan har ökat så att alla önskemål om kvällsbesök av tidsskäl inte kan tillgodoses. Den grupp patienter som ökat mest är svårt sjuka och döende.

Av samtliga boende i servicebostäderna i området har 17 f.n. ingen hjälp. Enligt bedömning i kommunen skulle 15 personer kunna klara eget boende i området. Av dessa är fem par.

Hemsjukvård har beviljats till 19 boende i servicehuset. Totalt ges 330 vårdtimmar per vecka. Ytterligare 41 hyresgäster har social hjälp. De personliga hjälpinsatserna uppgår totalt till ca 40 timmar per vecka och städning till ca 30 timmar.

Till hyresgästerna i loftgångshuset och i de övriga sju servicelägenheterna har beviljats hemsjukvård med ca 55 timmar, personlig hjälp ca 55 timmar och städning ca 20 timmar per vecka.

Enligt kommunens målsättning har servicehus med hyresrätt, som det i Marieområdet, varit förbehållet pensionärer som till största delen kunnat klara sig själva. Efterhand har hyresgästerna emellertid blivit äldre och i dag är skillnaderna i hjälpbehov hos boende i servicehus och ålderdomshem utjämnade. Efter försök med självständigt boende för starkt vårdbehövande är kommunens uppfattning den att servicehuset med bibehållen boendekvalitet kan erbjuda vård, omvårdnad och service som inte ligger långvårdsservicen efter.

6.3.2 Utvecklingsmöjligheter

Kommunen har under våren 1984 utfört en stadsdelsbeskrivning i syfte att bl. a. kartlägga förutsättningarna för långsiktiga förnyelseinsatser. Norra kommundelsnämnden i Umeå är ansvarig för arbetet som genomförts genom talrika träffar med representanter för de boende och andra intressegrupper.

Slutsatserna i detta arbete har varit att ett hundratal tillgängliga lägenheter behövs för områdets egna behov. Emellertid måste man räkna med att Marieområdet är ett attraktivt område för äldre som av någon anledning flyttar till Umeå eller inom Umeå. Möjligheterna att tillhandahålla moderna och tillgängliga bostäder i närhet av ett fullt serviceutbud är också större i Marieområdet än i många andra delar av kommunen. Detta talar för att man successivt bör förbättra tillgängligheten till fler lägenheter än vad som behövs just för dem som redan bor i Marieområdet. Med hänsyn till att man vill undvika kategoriboende, och att "successionen" i tillgängliga lägenheter inte kan kontrolleras fullt ut, bör man alltså ha en beredskap för att möta betydligt större behov av tillgängliga lägenheter.

Därför har föreslagits ombyggnad av punkthus närmast dagcentralen i områdets norra del samt komplettering av området med ca 100 - 150 lägenheter. Totalt skulle det således kunna tillskapas ca 250 tillgängliga lägenheter i denna del av området.

Även i den södra delen av Marieområdet kan det finnas anledning att tillskapa ytterligare helt tillgängliga lägenheter. Också här är det i dels punkthus, dels kompletteringsbebyggelse som detta enklast låter sig åstadkommas. Sammantaget kan därmed ytterligare ca 400 helt tillgängliga lägenheter tillskapas.

Trevåningshusen kan delvis göras tillgängliga med små medel. En åtgärd som diskuteras för att göra dem mer attraktiva för barnfamiljer, men också kanske för andra grupper, är att ordna uteplatser till lägenheterna i det nedersta planet. I vissa fall borde dessa lägenheter även kunna förses med helt egen ingång från markplanet.

Det är svårare att genom fysiska åtgärder öka kvarboendeförutsättningarna i den västra delen av området. Såväl den yttre miljön (de branta sluttningarna) som bostäderna (tvåplans småhus upplåtna med äganderätt eller bostadsrätt) ger snäva restriktioner för vad som kan göras.

Hemsjukvårdens bas på Marieområdet är vårdcentralen. En filial bör med fördel kunna lokaliseras i servicehuset. Hemsjukvården anses behöva tillgång till svikt- och korttidsplatser på exempelvis servicehuset för patienter som inte klarar eget boende eller där anhöriga behöver avlastas.

Hemtjänstens arbetslag behöver utökas till två. Med hänsyn till behovet av närhet, personkännedom och lokal förankring bör arbetslagens lokaler vara spridda inom området. Det anses vara önskvärt att den nya lokalen utformas och lokaliseras så att den kan fungera också som kontaktpunkt för boende i södra Marieområdet.

Service, omvårdnad och sjukvård bör vara områdesanknuten, dvs. ha sin bas i bostadsområdet. Den sociala hemtjänsten med hemvårdsassistenter och vårdbiträden samt de distriktssköterskor och undersköterskor som svarar för hemtjänst och sjukvård anses vara viktiga inslag i en fungerande boendemiljö. En utflyttning av hemvårdsassistenten till Mariebergs servicehus och dess arbetslagslokal är aktuell inom en nära framtid.

Förutom dessa mera påtagliga fysiska förändringar i området avser kommunen att engagera sig i förändring av administrativ och organisatorisk karaktär.

En pensionärsjour anses kunna fylla en viktig funktion i Marieområdet. Pensionärsjouren kompletterar den sociala hemtjänsten. Jouren fungerar de tider den sociala hemtjänsten inte är tillgänglig. Jourverksamhetens uppgifter skulle kunna bestå av såväl på förhand planerade insatser som

akut uppkomna behov. Samarbete mellan pensionärsjour, sjukvårdsjour och den sociala jouren föreslås.

Gemenskap och trygghet

Insatser kan göras för att stärka de sociala nätverken och att ge förutsättningar för ökad kontakt de boende emellan. Exempel på detta ges nedan.

Fritidsgårdarna är knappast lämpade som en resurs också för de äldre med en speciella ungdomsinriktning som de nu har. En önskvärd utveckling är dock, att fritidsgårdarna successivt förändras så att de blir ett alternativ även för de äldre.

Hobbylokalen vid Mariebergs servicehus är i första hand till för de som bor i servicelägenheter men även för kringboende äldre. Servicehusets hobbylokaler skulle kunna förändras och ges karaktären av dagavdelning för omvårdnadskrävande äldre som bor i ett vanligt boende men som riskerar att bli isolerade i sina lägenheter. För att fylla ett sådant syfte skulle hobbyverksamheten i servicehuset behöva förstärkas med främst arbetsterapeut och sjukgymnast. Det förutsätter ett nära samarbete mellan landstinget och kommunen.

Servicehusets ensidiga inriktning på äldre kan ändras genom att restaurangverksamheten överlåts på någon entreprenör. Härmed kan restaurangen dels fungera som personalmatsal för företagen i närheten, dels bli en kvartersrestaurang för de närboende samtidigt som den tillhandahåller matservice för pensionärer i området.

Äldre med gångsvårigheter har svårt att göra inköp av dagligvaror även om avståndet till butiken inte är särskilt stort. Inom Marieområdet finns två livsmedelsbutiker. Genom överenskommelser mellan butiksägarna och socialkontoret bör det vara möjligt att ordna hemsändning av dagligvaror inom området. Ett ofta uttalat önskemål från hyresgäster i servicehuset och i dess närhet har varit att få bättre postservice. Poststationen finns idag i södra delen av området medan koncentrationen av äldre finns i norra Marieområdet. En diskussion med posten om en postfilial i servicehuset ett par dar i veckan avses inledas.

För att kunna hålla alla pensionärer i bostadsområdet underrättade om vilken service som erbjuds inom området överväger kommunen om regelbunden information kan utsändas till pensionärerna. Där kan beskrivas det utbud av service som finns inom området, kulturaktiviteter på servicehuset och i övriga lokaler inom området, osv.

För att trygga tillgången på tillgängliga bostäder för äldre och handikappade bör avtal träffas med bostadsföretagen i området om att lämpliga marklägenheter i första hand skall erbjudas de äldre i området som har behov av ett bostadsbyte.

6.4 Onsala i Kungsbacka kommun

6.4.1 Nuvarande förhållanden

Bostäder

Onsala är en halvö belägen söder om Kungsbacka centrum. Bebyggelsen består av enfamiljshus och är en blandning av permanentbostäder och fritidshus. Totalt finns 3 100 permanentbostäder och ca 1 890 fritidshus. De flesta husen är på tre rum och kök eller större och är som regel moderna men med varierande standard och kvalitet. Många är om- och tillbyggda fritidshus.

I området finns 9 900 boende. Av områdets ca 800 pensionärer är 490 70 år och äldre. Ett femtiotal lägenheter i flerbostadshus är under uppförande inom ett område kring kyrkan i Onsala där huvudparten av kommundelens service är samlad.

Bredvid kyrkan ligger även kommundelens ålderdomshem; tidigare fattighus och kommunalhus, i dag om- och tillbyggt och innehållande 24 rum.

I anslutning till ålderdomshemmet finns 12 servicelägenheter, uppförda som radhus, och försedda med trygghetslarm och klimatskyddad förbindelse till ålderdomshemmet.

Nio av det femtiotal lägenheter som är under uppförande är reserverade som pensionärslägenheter. De är handikappanpassade och utrustade med larm. På försök prövas gruppboende för fyra pensionärer i en ordinär enfamiljsvilla inköpt av kommunen och efter ombyggnad både handikappanpassad och tillgänglig. Bostadsutrymmena består av fyra privata rum som hyrs ut med vanligt hyreskontrakt samt gemensamma utrymmen såsom vardagsrum, kök m. m. I villan finns hemtjänstpersonal stationerad mellan kl. 08.00 och 21.00. Resten av dygnet är villans trygghetslarm kopplat till servicehuset. Mat distribueras från servicehuset.

Service och hjälp i hemmet

Totalt har 109 personer i kommundelen social hemtjänst eller hemsjukvård förutom de 24 som bor på servicehuset. Den sociala hemtjänsten omfattar totalt ca 500 timmar och hemsjukvården ca 100 timmar. Dessutom finns ett 25-tal anhörigvårdare.

Tolv trygghetslarm i servicelägenheter och ett tiotal i vanliga bostäder är kopplade till larmcentralen i servicehuset. Larmcentralen är bemannad dygnet runt. Drygt 200 personer utnyttjar färdtjänst.

Det närmaste sjukhuset är beläget i Varberg fem mil söder om tätorten. Distriktsläkare finns i Kungsbacka och en läkarstation är planerad att byggas i anslutning till en befintlig distriktssköterskemottagning vid kyrkan i Onsala. I Kungsbacka finns ett sjukhem med observationsavdelning. Där vistas tio personer bosatta i Onsala. Utanför kommunen fanns i maj 1984, 14 personer från Onsala intagna på olika vårdinrättningar.

Sjukvården i kommunen är i hög grad uppbyggd på primärvård vilken tillhandahålles av en distriktssköterska stationerad i området och av hemtjänstpersonalen. Hemsjukvård beräknas f.n. uppgå till ca 12 % av hemtjänstens totala uppgifter.

Föreningslivet är mycket aktivt men riktat främst till redan aktiva pensionärer.

6.4.2 Utvecklingsmöjligheter

Som underlag för kommunens planering har utförts en vårdtyngdsinventering bland de som får vård och hjälp i hemmet. Undersökningen riktades till ansvariga för service och vård i kommundelen.

Därvid bedömdes att ett 20-tal personer skulle vara i behov av serviceboende i servicelägenhet, ett tiotal av att bo i servicehuset och någon av att komma till sjukhemmet. Tre skulle kunna bo i pensionärskollektiv typ "villan". Totalt ca 35 bedömdes alltså inte ha förutsättningar att bo kvar med nuvarande bostad och service.

Av de i dag 24 boende i servicehuset bedömdes att tre skulle kunna klara ett eget boende med utökad sjukvård och hemtjänst. Flera av de övriga bedömdes ha svårigheter att bo kvar på servicehuset beroende på åldersdementbeteende.

Av de 14 personer från området som under maj månad var intagna på sjukhus bedömdes elva personer kunna flytta till eget boende om en god bostad och tillräcklig sjukvård och hemtjänst kunde ordnas.

För att uppnå målsättningen om kvarboende och självständigt boende räknar kommunen med fortsatt omfattande behov av bostadsanpassning av befintliga bostäder. Möjligheterna är emellertid begränsade på grund av bostädernas varierande kvalitet och lokalisering. Svårigheterna att bo kvar beror inte bara på bostädernas inre utformning. Även det yttre underhållet, trädgårdsskötsel, snöskottning och de stora avstånden till service och kollektiva förbindelser är faktorer som påverkar möjligheterna och önskemålen att bo kvar. Därtill kommer problem till följd av ensamhet och isolering.

Diskussion om områdesbundna arbetslag inom hemtjänsten pågår. Eventuellt skulle arbetslagens uppgifter i framtiden kunna innefatta viss förmedlingsverksamhet av göromål som faller utanför hemtjänstens ansvar, t. ex. gräsklippning, enklare grovstädning, löpande fastighetsunderhåll och dylikt.

För att i ökande utsträckning kunna tillgodose vårdbehov i eget boende krävs fler servicebostäder belägna i närheten av redan befintligt serviceutbud. Redan i dag finns behov av inemot 25 servicelägenheter.

På servicehuset kan inrättas gästrum som avlastning för anhöriga. Vidare överväger kommunen att erbjuda fler bostäder för kollektivt boende av typen "villan".

Det anses även behövas dagcentraler för äldre där mindre grupper av ålderdementa kan få rehabilitering och aktivering. Dagcentralerna bör lokaliseras till områden som de äldre är väl förtrogna med.

Fler träffpunkter skulle behövas på flera ställen inom området. Redan befintliga lokaler bör i högre grad kunna samutnyttjas. Deltidsförskolor, daghem, skolor skulle kunna användas som träffpunkter för boende i området och som dagcentraler för äldre. Dessutom bör vårdbiträdesgruppernas arbetslokaler förläggas till träffpunkterna. Stora krav måste ställas på att kommunikationerna inom området skall vara så enkla och lättåtkomliga att även äldre och handikappade kan använda dem.

6.5 Ekonomiska analyser

6.5.1 Principiell analysmodell för bedömning av ekonomiska konsekvenser av olika boende- och vårdalternativ

Ett antal åtgärder har på annat håll beskrivits som kan öka kvarboendet, främst anpassning av fysisk miljö, ökad vård och omvårdnad i bostaden och förbättrat serviceutbud i bostadsområdet. Sådana åtgärder antas

- underlätta återflyttning från institution
- fördröja flyttning till institution

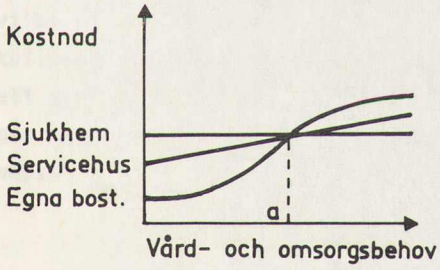
Indirekta konsekvenser kan främst bli en omflyttning mellan institutioner och snabbare intagning på institution av vårdbehövande i kö. Om

man känner sambanden mellan de åtgärder som vidtas för att öka kvarboendemöjligheterna och de faktiska konsekvensera av dessa beträffande flyttning till, från och mellan institutioner kan en kalkyl i pengar göras för olika bostads- och vårdalternativ som ger samma behovstäckning. Kalkylen bör omfatta samtliga kostnader för berörda parter, dvs. främst kommun, landsting, staten och enskilda. Denna kalkyl är avsett att vissa dels de totala nettokostnaderna (finansiella effekter) för olika alternativ, dels kostnadsfördelningen för dessa alternativ.

De kostnader för olika bostads- och vårdalternativ som skall jämföras är i huvudsak av följande karaktär:

Kostnad för bostad (inkl. eventuell ombyggnad).
-"- tillgänglighetsskapande åtgärder vid kvarboende
-"- hemtjänst, hemvård och vård av anhörig
-"- eventuellt trygghetslarm
-"- olika service såsom färdtjänst, fotvård etc., där kostnaderna är beroende av bostadsaltenativ

Beträffande totalkostnaderna för olika alternativ kan grundhypotesen beskrivas genom följande figur:



Vid ett vård- och omsorgsbehov som är litet (lägre än a i fig.) blir egen bostad det billigaste alternativet. Servicehus ger den lägsta kostnaden vid ett högre vårdbehov etc. Något fullständigt underlag för en beskrivning av kurvornas verkliga utseende och hur de skär varandra finns inte för närvarande.

Den ovan beskrivna ekonomiska kalkylen kommer att ge väsentligt olika resultat, beroende på tidshorisonten i analysen. En snabb avveckling av t.ex. institutioner kommer att medföra att endast driftkostnaderna minskar, medan kapitalkostnaderna blir oförändrade.[1]) På kort sikt ger sålunda en kalkyl, baserad på genomsnittskostnader (dvs. drifts- och kapitalkostnader) för institutionsvård, en överskattning av kostnadsbesparingarna vid ökat kvarboende. På lång sikt bortfaller även kapitalkostnaderna.

6.5.2 Finansiell analys av referensområdena

Den följande analysen utgår från Torpaområdet, för vilket relativt omfattande kostnadsdata har kunnat tas fram. Skillnader i förutsättningar mellan referensområdena och de ekonomiska konsekvenser som dessa kan föra med sig diskuteras därefter.

Kostnader för Torpa

Inledningsvis har ett försök gjorts att beräkna statens, kommunernas och landstingets kostnader för den service, vård och annat stöd som f.n. ges till främst äldre personer som bor i eller har anknytning till Torpaområdet. Syftet med beräkningen är att ange storleksordningen på olika kostnader.

[1])Kapitalkostnaderna bortfaller emellertid om institutionerna har någon alternativ användning, t.ex. om de kan säljas.

Kostnader för service/vård m.m., brutto Torpa. 1983 års prisnivå 1 000 kr.

Kostnadsslag	Kostnad för:				
	staten	kommun	landsting	enskild	Summa
KBT	700	3 000	-	-	3 700
Hemhjälp	2 800	4 400	395	405	8 000
Färdtjänst	140	250		10	400
Servicelägenheter	1 900	1 400		1 400	4 700
Dagcenterverksamhet	1)	1 900	-	700	2 600
Fotvård m.m.		100		?	100
Långvård	?		9 600	?	9 600
Junegårdens servicehus	2)	1 100		300	1 400
Dalvikshöjdens "-	2)	1 500		900	2 400
Lasarettsanknuten hemsjukvård (LAH)			1 100 3)		1 100
Summa	5 540	13 650	11 095	3 715	34 000
%	16	40	33	11	100

Av denna sammanställning framgår att kommunen står för ca 40 % av bruttokostnaderna medan landstinget står för ca 33 %. Fördelas totalsumman på antalet pensionärer i Torpa så blir genomsnittsbeloppet ca 19 000 kr. Detta kan jämföras med genomsnittsinkomsten för samma grupp (hela Jönköpings kommun) på ca 30 000 kr. per person.

I beskrivningen av Torpa (avsnitt 7.2.2) ingick en redogörelse för vilka möjligheter som förelåg att flytta ut vissa personer från institutioner till ett vanligt boende. En kostnadsberäkning har gjorts för ett specifikt åtgärds- paket som skall möjliggöra för totalt 76 personer att flytta tillbaka till ordinärt boende. Följande kostnader uppstår:

1) Räntebidrag utgår till viss del av lokalerna
2) Servicehus med helinackordering
3) För landstinget tillkommer landstingsanknuten öppen vård

Kostnadsslag	Kostnad (1 000 kr) per år	
Bostad inkl. bostadsanpassning	2 526	1)
Hemhjälp	1 950	2)
LAH	1 588	
Färdtjänst	125	
Summa	6 189	

Mot dessa kostnadsökningar kan följande kostnadsminskningar ställas.

	Kostnad (1 000) kr per år 3)
15 patienter från servicehus med helinackordering	1 188
5 patienter från service-lägenheter	396
41 patienter från service-hus	5 289
15 patienter från medicinsk långvårdsklinik	3 395
Summa	10 268

Enligt denna kalkyl skulle en årlig kostnadsbesparing av storleksordningen 4 milj.kr. dvs. ca 50 000 kr. per person, kunna göras. Inga kostnader för dagliga aktiviteter har medtagits. Eventuellt kan det också krävas ytterligare insatser för att kvaliteten i boendealternativen och omsorgsnivån skall bli densamma, något som sänker kostnadsbesparingen. Även om siffrorna är osäkra ger de en antydan om att det av rent ekonomiska skäl är motiverat att studera möjligheter att skapa förutsättningar för att fler människor skall kunna bo och få service i sina egna bostäder.

1) Antag 25 pers har hemmavarande make/maka. Ytterligare 51 bostäder behövs. Bostadskostnaden utgörs av drifts- och kapitalkostnad för dessa. Bostadsposten kommenteras på sid 88.

2) 26 000 tim, dvs. drygt 6 tim. per person och vecka.

3) Kostnaderna baseras på genomsnittskostnader för respektive institution. Därvid förutsättes att det föreligger kö till instinstitutionerna eller att institutionerna på marginalen har alternativ användning så att såväl drifts- som kapitalkostnader bortfaller.

I ett tidigare avsnitt har ett åtgärdspaket för Torpa diskuterats. Detta åtgärdspaket med åtföljande service har kostnadsberäknats. Kalkylen grundas bl.a. på antagandet att paketet möjliggör för ytterligare 300 personer över 70 år att bo kvar i sina egna bostäder. Beräkningen ger följande resultat.

Generellt åtgärdspaket för 300 kvarboende.
Kostnad per år (1 000 kr).

Kostnadsslag	Kostnadsfördelning				
	staten	kommun	landsting	enskilda	totalt
Bostad	6 003	972	-	2 580	9 555
Tillgänglighet[1]	1 648	529	-	933	3 110
Hemhjälp	819	1 402	-	119	2 340
Färdtjänst	175	297	-	28	500
Trygghetslarm	?	-	-	-	?
Summa	8 645	3 200		3 660	15 505

Antag att hjälpbehovet är relativt litet och att alternativet för dessa 300 äldre hade varit att bo på servicehus. Genom att möjliggöra kvarboende kan man undvika att bygga ytterligare servicehus. Att bygga och driva servicehus av den typ som redan finns i Torpa skulle medföra en kostnad per år på ca 26 milj.kr. (Antag att totalt 200 lägenheter behövs). Av dessa står staten för ca 5 milj.kr. och kommunen betalar ca 16 milj.kr. Kvarboendealternativet medför alltså en kostnadsbesparing för samhället på ca 10 milj. kr. per år jämfört med boende i servicehus med de gjorda antagandena. Kostnader för eventuell landstingsanknuten hemsjukvård har inte medräknats, då denna vårdform är starkt begränsad. Även skillnader i kostnader mellan olika alternativ för att tillhandahålla vanlig hemsjukvård borde beaktas, något som inte har gjorts i denna

1) Motsvarar 30 % av totalkostnaden för tillgänglighet där 30 % utgör antalet kvarboende i förhållande till totala antalet personer över 70 år i området.

kalkyl. Flera osäkra faktorer finns i analysen. Dels är det ett problem att få de olika alternativen att bli likvärdiga med avseende på standard, tillgång till service. Dels är vissa kostnadsposter osäkra och varierar kraftigt mellan olika kommuner och över tiden. Det skall också noteras att i kostnaden för kvarboendealternativet har inräknats kostnader för bostäder. Detta grundas på antagandet att kvarboendet resulterar i att ytterligare bostäder måste byggas (efterfrågan är större än utbudet). Dessutom antas att 2 timmar mer hemhjälp per vecka behövs i genomsnitt i kvarboendealternativet jämfört med servicehusboende (endast denna merkostnad ingår i kvarboendealternativet).

Om alternativet till kvarboende är servicehus med helinackordering, dvs. hjälpbehovet är större än i föregående alternativ, kommer kostnaden att uppgå till ca 24 milj.kr. Mot denna kostnad skall då ställas åtgärdspaketets kostnad på ca 16 milj. kr. med tillägg av att ytterligare hemhjälp motsvarande en kostnad på 4,7 milj.kr. behövs för att göra alternativen likvärdiga.[1)] Kvarboendealternativet medför i detta fall en kostnadsbesparing för samhället på ca 3 milj. kr. per år.

Om alternativet slutligen är långvårdsmedicinsk klinik uppgår kostnaden till ca 66 milj.kr., att jämföra med åtgärdspaketets kostnader inklusive förstärkt hemhjälp på minst 21 milj.kr. per år. I detta fall är jämförbarheter med avseende på service och vård mellan de två alternativen ännu mer osäker. Den långvårdsmedicinska kliniken torde innebära låg boendestandard, relativt sett, men hög medicinsk standard. Besparingen vid en övergång till kvarboende tillfaller i detta fall i stort landstinget.

Jämförelse med Marieområdet och Onsala

I jämförelse med Torpaområdet bör kostnaderna för att förbättra

---

1) Personer som flyttar från servicehus med helinackordering behöver mer hemhjälp i ett eget boende jämfört med personer från vanliga servicehus.

förutsättningarna för kvarboende bli lägre i det andra referensområdet, Marieområdet. Främst beror detta på att området har en yngre bebyggelse och därför kräver mindre omfattande insatser för att förbättra tillgängligheten till och i bostäderna.

Referensområdet Onsala representerar en helt annan typ av bebyggelse, vilket framgår av den ovan gjorda beskrivningen. Såväl bebyggelsetyp som bebyggelsetäthet torde medföra att det kan kosta mer att öka kvarboende än i ett område av typen Torpa. I Onsala har man dock försöksvis prövat ett kollektivboende för pensionärer i en ordinär enfamiljsvilla. Kostnaden för denna lösning är följande.

Totalkostnad och kostnadsfördelning för Villan, Onsala. Fyra platser. 1983 års priser.

Kostnadsslag	Kostnad för:				
	staten	kommun	landsting	enskild	summa
Drift- och kapitalkostnad	64 500	228 810	40 500	51 190	385 000
Kostnad per plats	16 125	57 203	10 125	12 798	96 250

Totalt sett torde denna lösning inte bli dyrare än konventionella servicehus med eller utan helinackordering.

Samhällsekonomiska bedömningar

En bedömning av olika boende- och vårdalternativ bör göras mot bakgrund av deras samhällsekonomiska konsekvenser. Dessa skall i princip omfatta såväl samtliga kostnader för samhället som de enskildas värdering av olika alternativ. Även indirekta konsekvenser såsom konsekvenser för anhöriga, effekter på underlag för lokal service, konsekvenser för bostads- och arbetsmarknad etc. bör beaktas. Sådana analyser har det inte funnits underlag för att göra.

Ovanstående analyser har karaktären av räkneexempel i form av finansiella kalkyler. Trots att siffrorna bygger på många förenklade antaganden och i vissa fall är osäkra, ger analyserna stöd åt grundtanken att det torde vara ekonomiskt fördelaktigt, även i samhällsekonomisk mening att satsa resurser för kvarboende jämfört med olika alternativ för institutionsboende. En sådan satsning medför dock troligen ökade kostnader för såväl kommunen som staten.

En relativt omfattande ekonomisk analys har gjorts av Spri. I rapporten "Äldreomsorg och ekonomi" konstateras att en omfördelning av resurserna inom äldreomsorgen från institutionsvård till omsorg och vård av de äldre i deras egna bostäder förväntas leda till att den totala kostnaden för äldreomsorgen blir lägre. En förutsättning för att en sådan omfördelning av resurserna skall kunna ske är emellertid att en del av de äldre som i nuläget tas in vid vårdinstitutioner befinner sig på en sådan fysiskt och psykisk funktionsnivå att de skulle kunna bo kvar i ordinära bostäder om de fick tillräcklig hjälp hemma.

Den av Spri redovisade analysen avser långsiktiga potentiella besparingar i de totala kostnaderna för äldreomsorgen. Det framhålls dock att en ökad satsning på primärkommunala insatser inte automatiskt leder till någon reduktion av landstingens vårdkostnader. Det är först genom att hela avdelningar eller motsvarande kan läggas ned och/eller genom att man kan uppskjuta nybyggnation som landstingens kostnader kan minskas - och eventuellt väga upp kostnadsökningarna inom primärkommunerna.

Med nuvarande kunskap om å ena sidan boende, vård och service och å andra sidan totalkostnader för olika alternativ synes stora kostnadsbesparingar för samhället som helhet kunna uppnås genom en ökad satsning på kvarboende. Hindren för en omstrukturering av boende och vård är dock många. I detta sammanhang skall endast problemet med kostnadsfördelning mellan olika parter belysas. Såväl ansvar för som finansiering av boende och vård är uppdelade på olika huvudmän. Detta leder till att lösningar på boende och vård som medför de lägsta totalkostnaderna för samhället inte alltid väljes. Detta förhållande belyses väl av räkneexemplen för Torpaområdet som i extremfall medför att kostnadsbesparingar av en omstrukturering till största delen tillfaller en huvudman medan kostnadsökningar belastar andra parter.

Mot bakgrund av ökningen av antalet personer över 80 år från 283 000 år 1983 till 385 000 år 2 000 kan beräkningar av samhälleliga besparingar av ett ökat kvarboende göras under olika antaganden. Om sålunda andelen åldringar på institution vore oförändrad, skulle ytterligare 35 000 personer i denna åldersgrupp bo på institution år 2 000. En låg ambitionsnivå skulle kunna vara att antalet institutionsplatser skall vara oförändrat. Om man utgår från kostnadsresultaten från Torpastudien och antar att av dessa 35 000 personer skulle 1/3 ha bott på servicehus, 1/3 på servicehus med helinackordering och 1/3 på långvårdsmedicinsk klinik så uppnår man genom kvarboende en kostnadsbesparing för samhället på storleksordningen drygt 2 miljarder per år från år 2 000. Detta resultat bygger på antagandet att 35 000 nya institutionsplatser skulle behöva byggas. Finns däremot lediga platser, t.ex. genom att antalet äldre i lägre åldersgrupper sjunker så blir kostnadsbesparingen lägre. Resultatet är osäkert av flera skäl. Såväl kostnaderna för kvarboende som kostnaderna för olika institutionsalternativ kan variera. Det är också osäkert vilka reella valmöjligheter som kan föreligga för de här diskuterade grupperna. Baseras beräkningarna på enhetskostnader för olika institutionsalternativ enligt SPRI's ovan refererade rapport, blir kostandsbesparingen lägre, ungefär 1 miljard kr. per år. Analysen antyder dock att kostnadsbesparingar kan uppnås genom en omstrukturering av boende och vård. En mer ingående analys måste emellertid göras för att avgöra hur långt denna omstrukturering är samhällsekonomiskt motiverad.

Fortsatt arbete med ekonomiska analyser

Ekonomiska kalkyler utgör ett viktigt beslutsunderlag dels för en bedömning av den framtida inriktningen på boende och vård dels för beslut om hur kostnaderna skall fördelas mellan olika parter. Kunskap både om nuvarande förhållanden och om utvecklingen under olika antaganden behövs. Denna kunskap är för närvarande fragmentarisk och behäftad med om stor osäkerhet. Som underlag för fortsatta ställningstaganden krävs därför ett utvecklingsarbete som syftar till att bedöma kostnader för olika boende- och vårdalternativ soamt hur dessa kostnader för närvarande fördelas på olika huvudmän. Initiativ bör därför tas till att ett sådant arbete startas i nära samarbete med berörda parter.

6.6 Sammanfattande slutsatser

I alla tre kommunerna har man gjort bedömningen att gamla och handikappade har större förutsättningar att bo kvar och att leva ett självständigt liv i respektive bostadsområde än vad man tidigare har föreställt sig. Studierna visar också att en sådan utveckling kräver insatser vad avser bostadsstandard, serviceutbud och sociala nätverk.

Redovisningarna speglar de stora olikheterna i fysiska och sociala förutsättningar och delvis även i värderingarna. Med samma målsättning om kvarboende och självständigt boende kommer man till olika strategier. I Torpa, betraktas servicehuset som ett komplement till boendet i vanliga bostäder. I Marieområdet föreslås nybyggnad och ombyggnad som medel för att mera effektivt kunna utnyttja redan befintliga serviceinrättningar. I alla tre fallen utgör arbetet med att tillgodose gamlas och handikappades behov ett led i en lokal förnyelsestrategi som baseras på de lokala förutsättningarna och som omfattar såväl fysiska som sociala åtgärder samt åtgärder för att förbättra servicen.

De olika typerna av åtgärder som föreslås ses i de tre kommunerna som en helhet. En del lösningar som antyds förutsätter långtgående samordning mellan olika huvudmän och intressenter. De kräver därför en omsorgsfull gemensam planläggning. Kommunernas överväganden ger belägg för behovet av flexibilitet i denna planering. Insatserna måste kunna anpassas till olika behov hos olika individer - och utformas i medvetande om att behoven förändras över tiden. I både Kungsbacka och Jönköping anser man att områdeslokaler med lokal, kollektiv hjälp med inslag av föreningsverksamhet kan ge förutsättningar för ett mera flexibelt resursutnyttjande.

Exemplen visar en integrerad fysisk och social planering som är mer behovsorienterad och flexibel än den hittillsvarande mera normativa planering som har bedrivits inom socialtjänstens och sjukvårdens områden. Den kan anses vara i större utsträckning baserad på kännedom om faktiska svårigheter, önskemål och behov hos gamla och handikappade än tidigare. Metoderna att samla in kunskaper om behoven och önskningarna

är emellertid olika. I Umeå har kommundelsnämnden engagerat sig genom omfattande samrådsverksamhet skaffat sig en överblick över problem och möjligheter. I Kungsbacka har kommunen genomfört en vårdtyngdsinventering i hela kommunen som underlag för politiska prioriteringar inom socialtjänstens och bostadsförsörjningens områden. I Jönköping har kunskaperna inhämtats genom enkäter, intervjuundersökningar och öppna samråd med de boende i området.

Trots olikheterna i arbetsmetoder speglar kommunernas arbete betydelsen av en planering baserad på lokala förhållanden - inte bara ifråga om den fysiska miljön utan även sociala förhållanden och lokala kulturer.

Mot bakgrund av framförallt förhållanden i Jönköping har de förväntade ekonomiska konsekvenserna för staten, landsting, kommun och enskilda av ett ökat kvarboende kunnat belysas. Även med beaktande av de svårigheter som är förenade med ekonomiska analyser av detta slag och den osäkerhet som finns i kalkylerna, kan man konstatera att det torde vara ekonomiskt fördelaktigt såväl i samhällsekonomisk mening som för staten, kommunen och landstingskommuner att skapa förutsättningar för att fler människor skall kunna bo och få service i sina egna bostäder.

7 FÖRÄNDRINGSARBETE INOM SOCIALSEKTORN

Det pågår ett omfattande förändringsarbete inom socialvården och hälso- och sjukvården för att stimulera och underlätta en utveckling bort från vård vid stora institutioner för att i stället ge möjligheter till vård och boende i närmiljön. Främst är detta en fråga för de verksamhetsansvariga, d.v.s. kommuner och landstingskommuner, men statsmakterna stöder denna utveckling, bl.a. genom lagstiftningsändringar, ändrade statsbidragsregler och utvecklingsarbete.

7.1 Kommunernas ansvar för äldre och handikappade

Från den 1 juli 1981 reglerar socialtjänstlagen kommunernas verksamhet inom det sociala området. De övergripande målen för den nya socialtjänsten är ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Lagen är en ramlag och ersätter socialhjälpslagen, barnavårdslagen, nykterhetsvårdslagen och lagen om barnomsorg. Ett betydelsefullt inslag i den nya lagstiftningen är att den ger kommunerna ett stort mått av frihet att själva utforma arbetet inom socialtjänsten utifrån de lokala behoven och förutsättningarna. I lagen slås emellertid fast att kommunen har det yttersta ansvaret för att den enskilde får den hjälp och stöd han eller hon behöver.

Socialtjänstens arbete skall utformas utifrån vissa begrepp. Helhetssynen skall prägla insatserna dvs. hjälp och stöd skall syfta till att förbättra en persons hela livssituation. Normalisering används framförallt för att beskriva insatser för äldre och handikappade. Andra begrepp som är betydelsefulla för socialtjänsten är kontinuitet, flexibilitet och närhet.

De äldre behandlas särskilt i lagen, som slår fast att insatserna för de äldre skall dels utformas så att de utvecklar förmågan och resurserna hos varje enskild människa, dels ger möjlighet till självbestämmande och normalisering. Grundläggande för kommunernas äldreomsorg är att den skall utformas så att den underlättar för de äldre att så länge som möjligt kan bo kvar i det egna hemmet. För att i praktiken kunna genomföra den målsättningen krävs en rad insatser från socialnämnden när det gäller t.ex. boendet, hemtjänsten, social jour och färdtjänst.

Andra viktiga insatser inom äldreomsorgen är att verka för att inrätta bostäder för äldre med behov av särskilt stöd. Den frågan behandlas i detta betänkande i kapitel 8. Socialnämnden skall också verka för dag- och områdescentraler som erbjuder service, samvaro och sysselsättning.

Handikappade är ingen särgrupp eller avgränsad grupp människor. De är människor som på grund av fysiska eller andra orsaker har svårt att delta i det vanliga livet. Ett handikapp är därmed inte en egenskap utan ett förhållande mellan en person och hans eller hennes omgivning.

Socialtjänstlagen ger således en bred definition av begreppet handikapp, vilket markeras med en särskild paragraf. Bland socialtjänstens egna insatser för handikappade betonas hemtjänst, färdtjänst, bostadsanpassning och åtgärder för sysselsättning. Vidare skall socialtjänsten observera förhållanden i den yttre miljön som orsakar eller är problem för handikappade.

7.1.1 Förändringsarbete

Ett självständigt boende är bättre för den enskilde och billigare för samhället. Regeringen har betonat detta synsätt i propositionen 1983/84:9 om statsbidrag till barnomsorg och social hemhjälp. Fr.o.m. den 1 januari i år har ett nytt statsbidragssystem till den sociala hemhjälpen införts. Syftet med det nya statsbidraget är att återställa bidragets effektivitet och samtidigt ge kommunerna ökad valfrihet när det gäller utforma servicen för äldre och handikappade. Systemet innebär också mindre administrativt krångel.

För att främja eget boende och motverka behovet av omhändertagande på institutioner har det nya statsbidragssystemet kompletterats med ett särskilt stöd för utveckling och förnyelse av verksamheten. Under budgetåret 1984/85 ställs 30 milj. kr. till kommunernas förfogande för utvecklingsprojekt inom den sociala hemtjänsten. Man räknar med att motsvarande belopp kommer att finnas tillgängliga även kommande budgetår.

Socialdepartementet har under våren 1984 genomfört en konferensserie riktad till landets kommuner och landsting och i en dialog diskuterat möjligheterna att i projektform utveckla och förnya den sociala hemtjänsten. Enligt vad som inhämtats från socialdepartmentet har kommunerna visat ett stort intresse och uppslagsrikedom då det gäller att i projektform förbättra den sociala hemhjälpen. Ett genomgående tema i de hittills inkomna projektansökningarna är en strävan att främja de äldres och handikappades möjligheter till eget boende. Regeringen väntas inom kort fatta de första besluten om projektmedel.

Den parlamentariskt sammansatta äldreberedningen (S 1981:01) arbetar f.n. med bl.a. ett framtidsinriktat äldreprogram som skall visa på utvecklingsvägar för samspelet mellan samhälle, vardagsomsorg och offentlig omsorg. Beredningen beräknar att kunna slutföra sitt arbete under år 1985.

7.1.2 Statliga lån och bidrag till ålderdomshem

Antalet ålderdomshemsplatser har under en följd av år minskat medan serviceanläggningarna med självständigt boende ökat. Vidare har kommunernas insatser i ökad utsträckning inriktats på att möta de äldres och handikappades service- och omvårdnadsbehov i det egna boendet. Det successivt förändrade synsättet på det äldres behov av insatser har resulterat i att kommunerna för perioden 1983-1987 praktiskt taget inte planerar att uppföra några nya ålderdomshem. Befintliga ålderdomshem kommer i ökad utsträckning att byggas om till servicehus med ett bättre och mer tidsenligt boende.

Riksdagen har vid ett antal tillfällen och senast i socialutskottets betänkande 1983/84:12 om statsbidrag till barnomsorg och social hemhjälp tagit upp frågan om statliga låne- och bidragsregler för anordnande och drift av servicehus med helinackordering (ålderdomshem). Riksdagen har bl.a. framhållit att de statliga låne- och bidragsreglerna inte bör vara styrande för kommunerna när det gäller anläggningar inom äldreomsorgen. Mot denna bakgrund har riksdagen uttalat önskemål om en redovisning av finansieringsfrågorna rörande ålderdomshem och om regeringens överväganden i anledning därav.

Vi anser att ålderdomshemmen redan i dag representerar en föråldrad form av omhändertagande och morgondagens äldre kommer att ställa andra krav på den service och omvårdnad som kommer att erbjudas dem. Praktiska och ekonomiska förutsättningar i kommunerna talar för att avvecklingen kan komma att ta ganska lång tid. Detta gäller även t.ex. vårdhemmen för psykiskt utvecklingsstörda. Själva övergångsfasen medför en ytterligare komplikation, eftersom ålderdomshem och vårdhem så länge de är i drift måste vara så bra som möjligt för dem som omhändertas där. Avvecklingsperioden innebär ett tillfälligt behov av resurser för dubbla system. Både uppfattningen om värdet av ett självständigt boende och samhällsekonomiska skäl motiverar en kort avvecklingsperiod. Tillgängliga resurser bör inriktas på detta i enlighet med våra förslag om ombyggnad av ålderdomshem.

Äldreberedningen (S 1981:01) prövar på uppdrag av socialdepartementet frågan om ett eventuellt statligt stöd till driften av ålderdomshem. Vi har samrått med beredningen, som senare skall redovisa uppdraget till socialdepartementet. Enligt vår bedömning kan det inte komma i fråga att införa ett nytt statligt finansiellt stöd för en verksamhetsform som är under avveckling.

7.1.3 Landstingens ansvar för psykiskt utvecklingsstörda

Det landstingskommunala ansvaret för omsorger om psykiskt utvecklingsstörda gäller vissa grundläggande insatser. Detta ansvar regleras i omsorgslagen. Denna omarbetas f.n. med anledning av förslag i betänkandet (SOU 1981:26) Omsorger om vissa handikappade. Beredningsarbetet

äger rum i en särskild grupp som tillkallats av socialministern. Ett centralt förslag i betänkandet är att det institutionella omhändertagandet i vårdhem skall upphöra och att psykiskt utvecklingsstörda skall få ett självständigt boende. För dem som inte klarar att bo i egna lägenheter skall grupphem stå till förfogande. I dessa delar har kommittébetänkandet mottagits positivt av remissinstanserna. Det finns alla skäl utgå från att den särskilda beredningsgruppen för ärendet kommer att ansluta sig till detta synsätt. Det innebär, att landstingskommunernas pågående utveckling inom omsrogerna till självständigt boende för psykiskt utvecklingsstörda kommer att fullföljas enligt de intentioner i detta betänkande.

7.2 Hälso- och sjukvården - allmänt

Den nya hälso- och sjukvårdslagen (prop. 1981/82:97, SoU 51, rskr. 381) är en ramlag. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Lagen ger stort utrymme åt sjukvårdshuvudmännen att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Den statliga tillsynen sker främst genom allmänna riktlinjer, erfarenhetsutbyte och rådgivning.

En god hälsa för hela befolkningen förutsätter åtgärder för att befästa, skapa eller återställa ett gott hälsotillstånd för den enskilde individen. Förebyggande insatser skall begränsa riskerna i livsmiljön och på så sätt skapa en god hälsopolitisk planering.

För att kunna åstadkomma en god hälsa hos befolkningen förutsätts insatser av många samhällsorgan förutom hälso- och sjukvården, t.ex. arbetsmarknadsmyndigheter, arbetarskydd, bostadsmyndigheter, socialtjänst, försäkringskassor och miljövårdsorgan.

Landstingskommunernas planering av hälso- och sjukvården bör utgå från primärvården. Vård och omsorg om långtidssjuka är en viktig uppgift för primärvården. Det är angeläget att utbyggnaden av primärvården prioriteras. Under senare år har på olika håll i landet en samlokalisering av

primärvården med angränsande delar av socialvården kommit till stånd. Det är av stor vikt att denna utveckling fortgår och underlättas. (Se i övrigt bilaga 1 om vissa frågor rörande ansvaret för sjukvård och omvårdnad).

Fördjupande studier av primärvården, länssjukvården och regionsjukvården görs inom det nyligen till regeringen redovisade s.k. HS 90-projektet som är en utredning med förslag rörande hälso- och sjukvårdens inriktning inför 1990-talet. Inom utredningen föreslås olika åtgärder för att begränsa vårdplatsantalet inom länssjukvården. Genom dessa åtgärder skall förutsättningarna förbättras att inom snäva finansiella och personella resursramar säkerställa en utbyggnad av primärvården. Utredningen skall remissbehandlas. En hälso- och sjukvårdspolitisk proposition beräknas föreligga våren 1985.

7.2.1 "Dagmar-propositionen"

Riksdagen har i juni 1984 ställt sig bakom propositionen 1983/84:190 om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. - den s.k. "Dagmar-propositionen".

Riksdagsbeslutet innebär att det allmänna statsbidraget till den psykiatriska vården samt de nuvarande ersättningarna från sjukförsäkringen för läkarvården m.m. inom öppen vård omvandlas till en samlad ersättning per invånare till de offentliga sjukvårdshuvudmännen. I anslutning härtill kommer nya regler för anslutningen av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster till den allmänna sjukförsäkringens ersättningssystem att träda i kraft den 1 januari 1985. Reglerna bygger på överenskommelser med sjukvårdshuvudmännen.
Utgångspunkten för reformen är det samlade ansvar för hälso- och sjukvården som den nya hälso- och sjukvårdslagen lägger på landstingskommunerna som sjukvårdshuvudmän.

Det nya ersättningssystemet domineras av en allmän sjukvårdsersättning som är avsedd främst för primärvård och annan öppen vård. Den skall grundas på ett enhetligt belopp per invånare. I jämförelse med ett prestationsrelaterat ersättningssystem baserat på läkarbesök bidrar det

nya ersättningssystemet till ett effektivare resursutnyttjande, bl.a. genom ökade möjligheter att omfördela arbetsuppgifter mellan olika pesonalkategorier. För åren 1985 och 1986 gäller dock särskilda övergångsregler som innebär att det totala bidragsbeloppet, 8 242 milj. kr. per år, fördelas i särskild ordning.

För att underlätta utvecklingen av hemsjukvården, öppna vårdformer inom psykiatrin samt förebyggande åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet skall särskilda ersättningsbelopp utgå för dessa ändamål. Vidare skall liksom f.n. en särskild ersättning utgå för tillhandahållande av hjälpmedel för handikappade samt för sjuktransporter. För sjukhusvård skall liksom nu utgå en ersättning per vårddag.

De sammanlagda ersättningarna från staten till sjukvårdshuvudmännen enligt de nya reglerna beräknas till 11 259 milj. kr. för vardera åren 1985 och 1986.

Reformen innebär att statens ersättningar till sjukvården anpassas till de i hälso- och sjukvårdslagen uppställda målen. Härigenom fullföljs också de politiska strävanden som funnits under de senaste årtiondena att öka vårdens tillgänglighet. Viktiga led i detta arbete har bl.a. varit den sedan 1960-talet ökade läkarutbildningen, läkarfördelningsprogrammen och den s.k. sjukronorsreformen som beslutades år 1969 (prop. 1969:125).

Avsikten är att hälso- och sjukvårdsberedningen skall följa och bedöma det nya ersättningssystemets utveckling och funktion i förhållande till de mål som anges i häslo- och sjukvårdslagen.

I Dagmar-propositionen framhålls följande om de vårdpolitiska prioriteringarna:

7.2.2 Utbyggd primärvård

En väl utbyggd primärvård som kan erbjuda en geografiskt lättillgänglig vård av god kvalitet har sedan länge prioriterats såväl på nationell

nivå som i sjukvårdshuvudmännens långsiktiga planer. En jämförelse mellan den planerade och den faktiska utvecklingen visar dock på skillnader mellan de politiska prioriteringarna och de faktiskt genomförda förändringarna. I den fortsatta planeringen av hälso- och sjukvården är det viktigt att genom en omfördelning av resurserna skapa ökade förutsättningar för en utveckling av primärvården.

Utbyggnaden av primärvården bör ske med utgångspunkt i befolkningens behov av såväl förebyggande som behandlande insatser. Primärvården måste också präglas av god kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet.

7.2.3 Hemsjukvård

Till de verksamhetsområden som bör ges extra uppmärksamhet och utvecklingsmöjligheter hör hemsjukvården. En väl utbyggd hemsjukvård är av stor betydelse för att öka möjligheterna att även vid långvarig sjukdom kunna bo kvar i hemmet. En särskild ersättning för hemsjukvården kommer att utgå med 70 kronor per invånare och år. Den sammanlagda ersättningen uppgår till 585 milj. kr. per år.

7.2.4 Öppen psykiatrisk vård

I den överenskommelse som träffades år 1983 mellan staten och sjukvårdsmännen infördes en ny ersättning för öppnare vårdformer inom den psykiatriska vården. Ersättningen var avsedd att användas för utveckling av vårdformer som underlättar utskrivning av patienter från den slutna psykiatriska vården till boende utanför institution. Sjukvårdshuvudmännen skulle tillsammans med primärkommunerna inom sitt område arbeta för en snabbare omstrukturering av den psykiatriska vården. I överenskommelsen betonades betydelsen av samplanering av landstingens och kommunernas insatser. Insatserna borde dessutom samordnas med övriga åtgärder på vårdområdet samt samverkansformerna, arbetsfördelningen mellan sjukvårdshuvudmännen och primärkommunerna preciseras. De första resultaten av denna samplanering kan nu skönjas.

I den nya överenskommelsen har en fortsatt satsning på öppnare vårdformer inom den psykiatriska vården bedömts angelägen. Den särskilda ersättningen för detta ändamål kommer att vara 24 kronor per invånare för åren 1985 och 1986. Detta innebär ett totalt bidrag från staten till öppen psykiatrisk vård med 200 milj. kr. per år. Vi har tidigare -i avsnitt 5.0 - nämnt den från Landstingsförbundet, socialstyrelsen, Spri och Svenska kommunförbundet gemensamma rapporten "Psykiatri i samverkan". De båda kommunförbunden har beslutat rekommendera primärkommuner och landsting att, om det inte redan skett, snarast påbörja ett samordnat konkret och åtgärdsinriktat planeringsarbete om psykiatrins utveckling. Denna rapport har utarbetats på uppdrag av socialdepartementet.

7.2.5 Förebyggande insatser

I de flesta sjukvårdshuvudmäns planer finns en hälsopolitisk ansats, som dock endast i relativt begränsad utsträckning fått genomslag i den praktiska verksamheten. Samtidigt konstateras bl.a inom HA 90-projektet att förbättringar av folkhälsan i första hand kan uppnås genom olika typer av förebyggande insatser.

En viktig uppgift för hälso- och sjukvården är därför att vidareutveckla såväl de individ- som de samhällsinriktade förebyggande insaterna. Detta är en mycket angelägen uppgift såväl inom primärvården som läns- och regionsjukvården. En ersättning med 48 kronor per invånare och år skall utgå. Detta innebär en total ersättning med 400 milj. kr. per år.

7.2.6 Uppföljning

Av 1983 års överenskommelse om ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen framgår att det skall klarläggas på vilket sätt underlag skulle tas fram för en mer kontinuerlig utvärdering av verksamheten och bidragens användning.

Följande inriktning gäller för uppföljnings- och utvärderingsarbetet.

Socialstyrelsen skall årligen i samråd med Landstingsförbundet redovisa en sammanställning och analys av de förändringar som har skett. Denna årliga uppföljning bör i hvudsak baseras på redan existerande planer och statistik. Det är också angeläget att innehållet i landstingskommunernas ekonomiska långtidsplan successivt anpassas så att den i ökad utsträckning ger en information om utvecklingen som direkt kan relateras till hälso- och sjukvårdspolitiska mål och prioriteringar.

Utöver denna årliga redovisning skall de tre tidigare angivna huvudområdena successivt bli föremål för en närmare analys. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att i samarbete med Landstingsförbundet och Spri (sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut) klarlägga planerad och faktisk utveckling inom respektive område.

Uppföljningen skall omfatta följande:

a) Primärvårdens utveckling uttryckt såväl i personella och ekonomiska termer som en beskrivning av verksamhetens organistion och huvudsakliga inriktning. Därvid bör omfördelning av resurser från länssjukvård till primärkommun belysas, liksom utvecklingen vad avser hemsjukvården. Vidare bör speciellt belysas samverkansformer mellan landsting och primärkommuner.

b) De individ- och samhällsinriktade förebyggande insatsernas omfattning och inriktning. Åtgärder för att identifiera hälso- respektive vårdpolitiska riskgrupper inom befolkningen och inriktningen av landstingens samhällsmedicinska enheter (motsvarande).

c) Den psykiatriska vårdens utveckling mot öppnare vårdformer. Därvid bör även belysas samverkansformer mellan sjukvårdshuvudmännen och primärkommunerna.

AVDELNING III

Överväganden och förslag



8 BOSTADSFÖRSÖRJNINGSPLANERING

8.1 Samband mellan bostadsform och hjälpbehov

Många människor med behov av service, omvårdnad eller vård hänvisas till speciella boendeformer, bl.a. på grund av att ändamålsenliga bostäder saknas och att hemsjukvården, den sociala servicen och annan boendeservice är otillräcklig. Som exempel kan nämnas att nära hälften av de vuxna med psykiska utvecklingsstörningar alltjämt bor i s.k. vårdhem. De speciella bostadsformerna för hjälpbehövande har länge präglats av sjukvårdens traditioner och av vårdarbetets krav. De intagna har inte betraktats som boende i egentlig mening.

Vi har tidigare konstaterat att få har så specifika krav på bostäderna att behoven inte kan tillgodoses i vanliga bostadsmiljöer. För flertalet äldre och handikappade kan behoven av service, omvårdnad och vård tillgodoses i vanligt boende under förutsättning att det finns goda bostäder och att hjälp kan ges i erforderlig omfattning. Vissa gravt handikappade och kanske flerhandikappade samt vissa somatiskt långtidssjuka har dock specifika krav på utrymme och specialutrustning i bostäderna. Behovet av sådana bostäder är i viss utsträckning avhängigt av förhållandena i den ordinarie bostadsmiljön. God service och bra bostäder kan leda till att behoven av särskilda boendeformer minskar.

Gränsen för när vård måste ges vid institutioner, dvs. när vård i hemmet är vårdtekniskt omöjligt har förskjutits avsevärt under de senaste åren. Det är snarare frågor av praktisk organisatorisk art när det gäller servicearbetet eller bostädernas kvalitet och lokalisering som utgör begränsningar i möjligheterna för kommuner och landsting att vidmakthålla människors möjligheter till självständigt boende. När det

gäller bostaden handlar det i första hand om brister i handikappanpassning och tillgänglighet i den inre och yttre miljön. Bostadens utformning och ändamålsenlighet har dessutom stor betydelse för i vilken omfattning särskilda hjälpinsatser behövs.

8.2 Planering av bostadsförsörjningen för äldre och handikappade

Studier av äldres flyttningar och deras attityder till olika boendealternativ visar att de flesta i första hand vill bo kvar i sin bostad. Om flyttning är nödvändig önskar de flesta äldre flytta till en bättre utrustad bostad inom samma område. Kommunernas äldreomsorg har därför i ökande utsträckning kommit att inriktas på åtgärder i den öppna vården i form av social hemhjälp, matservice och sysselsättningsverksamhet i bostadsområdena.

Motsvarande satsningar på förbättringsåtgärder i det ordinarie bostadsbeståndet har däremot inte skett. I stället har huvuddelen av insatserna för att tillgodose äldres och handikappades bostadsbehov inriktats på olika former av särboende, under de senaste åren särskilt i form av servicehus. Landstingskommuner och kommuner har utvecklat olika typer av särskilda boendeformer med varierande bostadsstandard och service. Aktuella utbyggnadsplaner innefattar bostäder av skiftande karaktär såsom större och mindre servicehus, s.k. insprängda lägenheter, om- och tillbyggnad av ålderdomshem samt ombyggnad av pensionärshem. Bara i enstaka fall förekommer ombyggnad av vanliga hyresfastigheter och av äldre servicehus. Totalt en tredjedel av de nu aktuella projekten för äldres och handikappades boende avser om- och tillbyggnad av ålderdomshem eller särskilda bostäder avsedda att ersätta ålderdomshemsplatser.

En tydlig tendens i den aktuella planeringen för de närmaste åren är dock att byggandet av särskilda boendeformer, t.ex. servicehus, minskar. Någon utvecklad planering för att åstadkomma motsvarande volym bostäder, lämpade för gamla och handikappade genom en medvetet styrd ombyggnadsverksamhet eller genom kompletteringsbebyggelse i befintliga områden finns som regel inte.

Bostadsförsörjnings- och bostadsförbättringsplaneringen måste i fortsättningen i högre grad uppmärksamma de gamlas och handikappades behov, liksom konsekvenserna för bostadsförsörjningen av en successiv reduktion av antalet vårdplatser på bl.a. institutioner för långtidsvård och vid ålderdomshem. En bostadsproduktion med om- och nybyggnad särskilt för att stödja äldres och handikappades kvarboende i äldre stadsdelar eller bostadsområden måste få mycket större omfattning än hittills om kvarboendemålet skall kunna förverkligas. Förnyelseverksamheten måste dessutom läggas upp och genomföras på ett sådant sätt att möjligheterna att bo kvar inte i alltför stor utsträckning begränsas genom långa evakueringstider, omfattande störningar under ombyggnadstiden, bristande information, otillräcklig praktisk hjälp etc.

De mål vi har angett i kapitel 1 innebär att bostädernas förnyelse och organisationen av vård, omvårdnad och service bör samordnas utifrån en helhetssyn på människan och hennes fysiska och sociala behov. Den långsiktiga målsättningen för planeringen är att ingen skall behöva flytta från sitt område, samhälle, kommundel, eller till en annan boendeform med en högre omvårdnadsnivå på grund av att det saknas lämpliga bostäder eller tillräckligt stöd för en självständig livsföring.

Förutom individens egen funktionsförmåga är bostaden, den yttre miljön och serviceutbudet viktiga faktorer som påverkar förutsättningarna för kvarboende och möjligheterna till en självständig livsföring. Också de sociala förhållandena spelar en stor roll.

Viktiga faktorer är bl.a.:

- bostadens utformning, standard, utrustning och tillgänglighet,
- fastighetens utformning, utrustning och tillgänglighet (speciellt tillgång till hiss),
- hustyp, ägoförhållanden
- bebyggelsetäthet (även tätort - glesbygd),
- närmiljö (fysiskt och socialt),
- serviceutbud, kommunal och kommersiell i form av post, tele, butiker etc,
- kommunikationer,

- socialt nätverk, anhöriga, grannkontakter,
- tillgång till service/omvårdnad och vård.

Det är dessa förhållanden tillsammantagna som ger förutsättningarna för den enskildes möjligheter till kvarboende. För att olika insatser skall bli rätt avvägda fordras en samtidig överblick av förutsättningarna och möjligheterna att vidta samordnade åtgärder för att förbättra kvarboendeförutsättningarna.

8.3 Sektorövergripande, områdesvis planering

Det är uppenbart att de förhållanden som påverkar möjligheterna till kvarboende och boende i vanliga bostäder för människor med behov av stöd och hjälp skiljer sig i olika bostadsområden och kommundelar. Därför krävs en planering baserad på lokala förutsättningar och behov. I vissa områden är det t.ex. inte möjligt att förbättra boendeförhållandena på grund av att bostäderna är i alltför dåligt skick och inte kan förbättras till rimliga kostnader. I sådana fall kan kompletteringsbebyggelse med servicebostäder för äldre m.fl. behövas.

I andra områden kan bostädernas geografiska spridning försvåra ett väl samordnat serviceutbud så att boende i särskilda servicebostäder är nödvändigt för mera serviceberoende grupper. Exemplen på lösningar i de bostadsområden vi har valt som referensområden - och som redovisas i kapitel 6 och bilaga 2 - kan ge antydningar om spridningen på möjligheter och svårigheter inom ramen för samma målsättning.

Det finns således inte en lösning på uppgiften att underlätta för äldre och handikappade att bo i vanliga bostäder.

Bostadsförsörjningsåtgärder för äldre och handikappade måste bygga på kunskaper om de lokala förutsättningarna att lösa uppkommande bostads- och servicebehov. Detta innebär krav på en områdesvis planering och en långtgående samordning mellan olika huvudmän, dvs. fastighetsägarna, kommunala förvaltningar och landsting. Kommunernas planering bör ta

sikte på att åstadkomma tillräckligt många lämpligt utformade och utrustade bostäder i alla kommundelar och bostadsområden.

Även vid förmedling av bostäder bör särskild hänsyn tas till äldres behov av att få bo kvar i sin invanda miljö. Detta kan ske genom att äldre människor ges förtur till de lägenheter som blir tillgängliga genom ombyggnad eller kompletteringsbebyggelse i befintliga bostadsområden. Genom en medvetet inriktad förtätning i befintliga villaområden och en aktiv förmedlingsverksamhet kan också de många äldre som bor i egnahem ges möjligheter att bo kvar i den invanda miljön när krafterna inte längre räcker till för den nödvändiga skötseln av hus och trädgård.

Behov och önskemål måste regelmässigt vägas samman med förutsättningarna för och konsekvenserna av alternativa sätt att tillgodose de boendes behov. Sådana sammanvägda bedömningar bör utgöra underlag för kommunernas bostadsförsörjningsplanering och åtgärdsplaner inom andra sektorer t.ex. hemtjänst, hemsjukvård, installation av trygghetslarm och även för en planering av hur befintliga institutioner bör användas i framtiden.

En sådan områdesvis sektorövergripande planering kräver kunskap om äldres och handikappades m.fl. aktuella boendeförhållanden och behov av bl.a. service, omvårdnad och vård samt förutsättningarna att tillgodose dessa i enskilt boende eller i serviceboende. Det bör understrykas att bostadssociala utredningar av detta slag även bör omfatta bostadsförhållandena på de institutioner som betjänar områdets/kommundelens boende.

Behovet av en utvecklad kommunal bostadsförsörjningsplanering, som utgår från förhållandena i olika bostadsområden, har flera gånger påpekats av statsmakterna. I regeringens proposition 1977/78:93 om riktlinjer för ansvarsfördelningen inom bostadsförsörjningen m.m., slås bl.a. fast att arbetet med kommunala bostadsförsörjningsprogram bör bygga på analyser av förhållandena i olika bostadsområden. Dåvarande departementschefen avvisade emellertid ett framfört förslag om att kommunerna skulle ges en lagfäst skyldighet att göra s.k. bostadssociala inventeringar.

Formerna för kommunernas bostadsförsörjningsplanering har senast behandlats av regering och riksdag i anslutning till behandlingen av det s.k. bostadsförbättringsprogrammet (prop. 1983/84:140, bilaga 9, BoU 1983/84:11). Också då betonades att den kommunala bostadsförsörjningsplaneringen bör ges en områdesorienterad och sektorövergripande uppläggning. Med hänvisning till strävandena att minska detaljregleringen av kommunernas verksamhet fann regeringen inte heller i detta sammanhang det lämpligt att i ökad utsträckning lagreglera formerna för kommunernas bostadsförsörjningsplanering. Däremot infördes vissa förändringar i bostadsförsörjningslagen i syfte att dels något minska möjligheterna till statlig detaljreglering, dels främja ett mera sektorövergripande arbetssätt i kommunerna. Ändringarna, som trädde i kraft den 1 juli 1984, innebär bl.a. att bostadsförsörjningsplaneringen skall omfatta dels övergripande bedömningar, dels treåriga handlingsprogram. Bostadsstyrelsens befogenhet att meddela föreskrifter för planeringen har slopats. I stället har infört en bestämmelse som ger regeringen möjlighet att från kommunerna begära särskilda redovisningar av aktuella bostadsförsörjningsfrågor. Regeringen har förklarat att denna möjlighet skall utnyttjas för att år 1986 få en samlad redovisning av kommunernas planering för att genomföra bostadsförbättringsprogrammet.

8.4 Samverkan kommun - landsting

Vi har tidigare angett att kommunens övergripande bostadspolitiska ansvar medför ett yttersta ansvar även för att åstadkomma goda bostadsförhållanden för de människor som saknar en självständig permanentbostad.

Den kommunala planeringen för bostadsförsörjningen bör normalt även inbegripa bedömningar av möjligheterna att bereda dem som vistas på institutioner möjligheter att få ett självständigt boende och möjligheterna att bygga om befintliga vårdanläggningar, såväl landstingskommunala som kommunala, till bostäder. Här bör ingå överväganden om de aktuella byggnadernas förutsättningar för ombyggnad, utan även verksamhetens driftmässiga och personalmässiga förutsättningar samt kostnadskonsekvenserna.

Den kommunala bostadsförsörjningsplaneringens roll i en successiv förändring i riktning mot självständigt boende med öppna former för vård, omvårdnad och service bör uppmärksammas mera.

Ett nära samråd med landstinget, kommunala sektorsorgan, organisationer och enskilda behövs. Kommunernas samråd med landstinget bör bl.a. gälla frågan om landstingets förutsättningar att - med hänsyn till vårdarbetets krav och i samordningen med hälso- och sjukvårdsverksamheten i övrigt - tillgodose kommunens bostadspolitiska mål.

Planeringen av vård, omvårdnad och service kan inte ske oberoende av vårdtagarnas boendeförhållanden. Den måste följaktligen utgå från aktuella och planerade bostäder för äldre m.fl. Samordning av landstingets vårdresurser med kommunens serviceutbud inom äldreomsorgen är således av central betydelse. Kravet på en sådan samverkan slås fast i §8 HSL där det anges att landstingskommunen i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda. I propositionen (1981/82:97 sid 60) betonas angelägenheten av att planeringen av bl.a. äldreomsorgen sker i samarbete mellan landstingskommuner och kommuner och mot bakgrund av ett så långt som möjligt gemensamt planeringsunderlag.

Även socialtjänstlagen förutsätter långtgående samarbete mellan de olika ansvariga för service, omvårdnad och vård till äldre, handikappade m.fl. När det gäller avgränsningsproblem mellan sjukvård och socialtjänst utgår departementschefen i socialtjänstpropositionen ifrån att dessa smidigast löses genom överenskommelser mellan huvudmännen.

I propositionen om den nya hälso- och sjukvårdslagen betonas behovet av planering. En brist på planering innebär enligt föredragande statsrådet en låsning till en bestämd utveckling och därigenom ett indirekt ställningstagande för nuvarande inriktning av verksamheten, resursfördelning m.m. Detta gäller inte minst i samhällsplaneringen i vilken landstingskommunerna måste ta aktiv del och därvid samverka med sådana kommunala, regionala och centrala organ som kan påverka behov, förutsättningar och förhållanden inom andra samhällssektorer.

I socialtjänstlagen finns särskilda bestämmelser om planering bara för barnomsorgen. Anledningen till att andra bestämmelser om planering saknas är enligt föredragande statsrådet att kommunerna redan i stor utsträckning har en sådan planering. Föredraganden understryker dock starkt att den nuvarande verksamhetsplaneringen inom socialtjänsten bör vidareutvecklas i kommunerna. Föredraganden konstaterar vidare att konstruktionen med en ramlag i kombination med det ökade kommunala ansvaret och den enskildes rätt och möjligheter att genom besvär få beslut prövade leder till att det behövs mer detaljerade målsättnings- och verksamhetsplaner för socialtjänsten. Handlingsprogram och planer bör upprättas för olika sektorer. En långsiktig verksamhetsplanering av socialtjänsten ökar möjligheterna till gemensam planering med andra organ. De resurser som kommunen har tillsammans med landstingen kan komma att utnyttjas bättre.

Enligt socialtjänstlagen skall socialnämnden medverka i samhällsplaneringen och i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda verka för goda miljöer i kommunen. Formerna för socialnämndens medverkan regleras dock inte närmare i socialtjänstlagen. Motivet är bl.a. de varierande organisatoriska och andra förutsättningar som råder i kommunerna.

Enligt socialtjänstlagen skall vidare planer för utvecklingen av hem för vård och boende upprättas för varje landstingsområde. Planen beskriver de resurser som finns inom landstingsområdet. I planen anges samtliga institutioner, såväl allmänna som enskilda som finns inom kommunerna. Av planen framgår vidare hur det framtida behovet av institutionsvård skall tillgodoses inom landstingsområdet. Regelmässigt kommer landstinget att bli huvudman för de institutioner som har större upptagningsområde än den enskilda kommunens. Planen utgör det instrument med vilket ansvarsfördelningen för de behövliga resurserna fastställs mellan landstingskommuner och kommuner.

8.5 Samverkan med arbetsmarknadsmyndigheterna

Olika arbetsmarknadspolitiska insatser kan erbjudas kommunen eller annan huvudman för sådan verksamhet som vi här talar om. Villkoren

härför är naturligtvis att de främjar sysselsättningen, men insatserna präglas i övrigt av stor flexibilitet. Huvudman bör i god tid ta kontakt med arbetsmarknadsmyndigheterna på orten för att få reda på vilka villkor som gäller för sådana insater.

Handikappade och äldre personers möjligheter att delta i arbetslivet kan genom arbetsförmedlingen underlättas genom såväl bidrag till arbetsbiträde och speciella arbetstekniska hjälpmedel och anordningar på arbetsplatsen som genom bidrag och lån till anskaffning av motorfordon. För den som vill starta egen verksamhet kan s.k. näringshjälp utgå i form av lån eller bidrag till arbetsmaskiner, verktyg eller annan kostnad. Till arbetsgivare kan också utgå bidrag vid anställning av person med så nedsatt arbetsförmåga att han eller hon eljest inte skulle kunna beredas plats på den reguljära arbetsmarknaden.

Vidare kan ombyggnads- och upprustningsarbeten som behövs för att åstadkomma de förändringar i boendemiljön som är syftet med våra förslag i många fall komma till utförande som beredskapsarbeten med rätt till statsbidrag. Detsamma gäller om andra investeringsarbeten och även vid tillfällig förstärkning av tjänsteutbud av olika slag. Genom ungdomslag och/eller beredskapsarbete kan de personella insatserna för äldre och handikappade tillfälligt förstärkas. Härigenom kan servicenivån höjas samtidigt som arbetslösa får praktisk erfarenhet av arbetslivet.

Slutligen kan arbetsmarknadspolitiska insatser erbjudas för att hjälpa till vid de omställningar i den institutionella vården och övergång till andra vård- och serviceformer. Huvudansvaret för att personalen får andra jobb och därför behövlig ny eller kompletterande utbildning ligger i första hand hos kommunerna men också olika former av arbetsmarknadsutbildning kan komma ifråga. Villkoren för sådan utbildning ger utrymme också för de fall då kommun anordnar beredskapsarbete i ersättning för den som går i utbildning (BAMU). För den personal som tvingas söka sig andra arbeten kan också hjälp med platsförmedling och flyttningsbidrag erbjudas.

8.6 Överväganden och förslag

Bostadsförsörjningsplaneringen bör utvecklas så att den innefattar alla behövliga former av bostäder och så att den länkas samman med planeringen för verksamheten vid institutioner där människor vistas för längre tid. Den kommunala planeringen för bostadsförsörjningen anger också viktiga förutsättningar för planeringen av olika former av lokalt baserad service, hemsjukvård, hemtjänst m.m. Den kommunala planeringen utgör därigenom en viktig utgångspunkt för landstingskommunernas verksamhetsplanering.

Detta underlättas om det av kommunernas planering framgår vilka grupper som finns med särskilda bostads- och servicebehov, hur stora dessa grupper är, hur behoven ser ut och hur de skall tillgodoses. Detta ligger väl i linje med de uttalanden som statsmakterna tidigare har gjort om att det är önsvärt att kommunernas bostadsförsörjningsplanering i ökad utsträckning grundas på s.k. bostadssociala inventeringar. Av sandstingskommunerna behöver kommunerna uppgifter om behoven av vård och omvårdnad och olika möjligheter att tillgodose dessa. En planering av detta slag kräver således en utvecklad samverkan mellan kommunerna och landstingskommunerna. Med tanke på de skilda förhållanden som råder på olika orter måste det finnas stor frihet att utforma planeringsprocessen samt innehållet i planerna efter lokala behov och förutsättningar.

Inom ramen för ett kommunalt bostadspolitiskt ansvar, som även innefattar de som vistas för längre tid på institutioner, kan konkreta problem i avvägningen mellan bostadspolitiska ambitioner och hänsyn till drifts- och personalmässiga överväganden enligt vår uppfattning lösas genom överenskommelser mellan huvudmännen.

Vi vill understryka betydelsen av att den planering vi nu har förordat sker i samverkan med företrädare för de boende och deras organisationer, dvs. hyresgäströrelsen samt pensionärs- och handikapporganisationerna. Pensionärs- och handikappråden bör kunna spela en aktiv roll i utvecklingen av planer och program inom detta område.

Frågan om kommunernas planering övervägs i ett vidare sammanhang inom ramen för den s.k. stat-kommunberedningens (C 1983:02) arbete. Vi har därför stannat för att nu begränsa oss till följande förslag till åtgärder:

1. Bostadsförsörjningslagen bör kompletteras med en portalparagraf som slår fast kommunens ansvar för bostadsförsörjningen för alla grupper av boende inom kommunen. Lagens bestämmelser om samrådsskyldighet med andra kommuner inom samma bostadsförsörjningsområde bör kompletteras med en bestämmelse om samråd med landstingskommunen.

2. Socialtjänstlagen bör rensas på bestämmelser som ålägger kommunerna att anordna institutionsliknande bostadsformer (t.ex. servicehus).

3. Regeringen bör ta upp överläggningar med kommunförbunden om en särskild redovisning år 1988 av kommunernas bostadsförsörjningsåtgärder för gamla, handikappade och långvarigt sjuka.

4. Bostadsstyrelsen, socialstyrelsen och de två kommunförbunden bör samla och sprida kunskap om hur samverkan i planeringen kan uppnås.

9 BOSTADENS OCH DEN YTTRE MILJÖNS EGENSKAPER

9.1 Bestämmelser för bebyggelsemiljöns utformning

De grundläggande bestämmelserna rörande bebyggelsemiljöns utformning finns i byggnadsstadgan (BS) och i de tillämpningsföreskrifter till denna som finns samlade i Svensk byggnorm (SBN). Vid sidan av dessa bestämmelser har också de villkor som gäller för statlig medverkan vid finansiering av bostadsbyggande stor betydelse för bebyggelsemiljöns kvalitet. Dessa behandlas i kapitel 10.

Såväl byggbestämmelserna som villkoren för statlig finansiering gäller för både ny- och ombyggnad. Ombyggnadsreglerna är dock utformade så att de ger större utrymme för att ta hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet.

De nu nämnda reglerna är generella, dvs. de gäller i princip all bostadsbebyggelse. De syftar till att åstadkomma en hög och jämn standard i bostadsbeståndet i dess helhet. Som ett komplement till de generella reglerna finns speciella stödformer som syftar till att åstadkomma en god bostadsstandard för vissa grupper. Hit hör bl.a. förbättringslån för pensionärer som bor i omoderna bostäder och bostadsanpassningsbidrag för människor som på grund av funktionsnedsättningar behöver särskilt utformade och utrustade bostäder.

Byggbestämmelserna är f.n. föremål för översyn. Ett förslag till ny plan- och bygglag granskas nu i lagrådet. Avsikten är att den nya lagstiftningen skall träda i kraft under år 1986. Det till lagrådet remitterade förslaget bygger på överväganden rörande bl.a. behovet av att förbättra tillgängligheten i den befintliga bebyggelsemiljön som gjordes i samband med att ett särskilt bostadsförbättringsprogram utarbetades i regeringskansliet (prop. 1983/84:40, bilaga 9).

9.2 Krav på bostadens utformning och utrustning

Byggnadsstadgan och Svensk byggnorm innehåller en rad krav på bostäders tillgänglighet, utrymmen och utrustning. Sedan flertalet av dessa krav formulerades har emellertid frågor rörande utformningen av bostäder för gamla, handikappade och långtidssjuka ägnats ökad uppmärksamhet såväl inom kommunerna som hos sjukvårdens huvudmän och i forsknings- och utvecklingsarbete. För att få svar på frågan om de kunskaper och erfarenheter som hittills vunnits motiverar några förändringar i gällande bestämmelser eller andra åtgärder, uppdrog arbetsgruppen åt Karin Lidmar-Reinius att göra en översikt över i vilka avseenden målen om självständigt boende och kvarboende ställer särskilda krav på utformningen av bostäder för gamla och handikappade. I uppdraget ingick även att ange vilka krav som bör ställas mot bakgrund av att bostaden i ökande utsträckning också blir en arbetsplats för vård- och omsorgspersonal.

Uppdraget har redovisats till arbetsgruppen i rapporten Bostadsutformning med hänsyn till äldre och handikappade. Rapporten, som i sin helhet återfinns i bilaga 3, behandlar såväl enskilt boende som gruppboende och ger förslag rörande bostädernas rymlighet, utformning och utrustning. I rapporten förs också en diskussion om för vilken typ av bebyggelse eventuella högre krav bör gälla.

9.2.1 Behövs särskilda bostadsformer?

I rapporten konstateras att de byggbestämmelser som gäller i dag ger en relativt hög boendestandard med god rymlighet som, om bestämmelserna tillämpas fullt ut, gör bostäderna väl användbara även för många människor med funktionsnedsättningar. För människor med allvarliga rörelsehinder och/eller stort behov av omvårdnad krävs dock enligt rapporten bostäder med större rymlighet.

Särskilda boendeformer för människor med stora hjälpbehov kommer det enligt rapporten alltid att finnas behov av; antingen i servicebostäder med dygnet-runt-service eller i olika kollektiva boendeformer. En slutsats i rapporten är att det redan finns ansatser och underlag som kan användas för att precisera särskilda krav på bostäder för äldre och

andra med särskilda behov av omvårdnad och vård samt med allvarliga funktionsnedsättningar.

I de fall där man vid ombyggnad inte finner det möjligt eller lämpligt att höja bostädernas och områdets standard till vad som i dag tillämpas vid nybyggnad skulle detta enligt rapporten kunna kompenseras genom högre ställda krav på eventuell kompletteringsbebyggelse i området.

Slutligen förs i rapporten fram tanken att vissa högre krav skulle gälla generellt. Detta skulle innebära att man i större utsträckning kunde undvara speciella bostäder förbehållna vissa kategorier och att bostadsbytena därmed blir färre. Andra boendegrupper skulle enligt rapporten också ha fördel av denna högre standard.

Enlig vår uppfattning bör man sträva efter generellt verkande byggbestämmelser för den helt övervägande delen av de lägenheter som byggs eller byggs om. Centralt utformade regler med speciella krav för vissa ålders- och handikappbostäder bör således undvikas. De centrala regelsystemen bör vidare vara så flexibla att de kan anpassas till de lokala förutsättningarna och till krav och önskemål från alla berörda parter. Slutligen bör finansieringssystemen utformas och tillämpas så att det blir möjligt att även bygga lägenheter som har högre standard i vissa avseenden eller som är utformade på speciellt sätt för att boendet skall fungera även för personer med särskilda behov.

I rapporten anges att för människor med allvarliga rörelsehinder och/eller stort behov av omvårdnad och vård krävs högre standard än vad som i dag gäller enligt Svensk byggnorm främst avseende tillgängligheten, utrymmesstandarden samt bostadsutformningen.

9.2.2 Tillgänglighet

Enligt rapporten bör lägenheterna i särskilda boendeformer för äldre och för andra personer med funktionsnedsättningar nås utan trappsteg. Den mest påtagliga konsekvensen av detta krav är att tvåvåningsbyggnader i dessa fall måste förses med hiss.

Frågan om hiss i tvåvåningshus är inte ny. Den övervägdes i samband med ändringen av byggnadsstadgan år 1976, då krav på handikappanpassning av bostäder infördes. Man fann då att det inte var ekonomiskt försvarbart att ställa ett generellt krav på hiss i tvåvåningshus. Man befarade att ett sådant krav skulle innebära att tvåvåningshusen, som bl.a. har stora miljömässiga kvalitéer, helt skulle utgå ur bostadsproduktionen. I samband med lagrådsremissen till ny plan- och bygglag övervägdes frågan ånyo. Därvid har föreslagits att tvåvåningshusen skall planeras så att hiss eller annan lyftanordning utan svårighet kan installeras i efterhand.

Vi har inte funnit att nya fakta tillkommit som innebär att vi kan föreslå att krav på hiss i tvåvåningshus skall gälla generellt. Redan i dag finns relativt enkla och billiga lyftanordningar för låga lyfthöjder. Bostadsanpassningsbidrag kan utgå för att installera sådana anordningar om det är nödvändigt för att en rörelsehindrad skall kunna bo i huset.

9.2.3 Utrymmesstandard

I rapporten föreslås att nya bostäder för äldre inte bör ha lägre utrymmesstandard än vad som i dag är normalt för hushållstypen, dvs. två rum och kök för ensamboende och tre rum och kök för sammanboende. I dag är det emellertid snarast så, att människor med stora omvårdnads- och vårdbehov inte anses behöva eller kunna utnyttja mer än ett rum, varför särskilda bostäder för dessa grupper ofta ges än lägre utrymmesstandard än andra bostäder.

Valet av utrymmesstandard i det enskilda fallet är en fråga som enligt vår mening bör vara en kommunal angelägenhet och bedömas utifrån de bostadsbehövandes särskilda behov, den fysiska miljöns förutsättningar och de ekonomiska möjligheterna. En onyanserad tillämpning av en miniminorm kopplad till antalet rum skulle också i praktiken, t. ex. i områden med en ensidig sammansättning av små lägenheter, kunna motverka möjligheterna till kvarboende.

Det är emellertid viktigt att slå fast att det för ett självständigt boende krävs en bostad med alla primära boendefunktioner, dvs. en fullständig bostad.

Erfarenheter i många kommuner av äldreboende i servicehus har visat att traditionella enrumslägenheter i allmänhet anses ge för låg boendestandard. Ensamboende med visst service- och vårdbehov har som andra behov av utrymmen för att ta emot vänner och anhöriga och att periodvis ha anhöriga boende hos sig. Som utvecklas i avsnitt 9.3 kan i olika former av gruppboende vissa av bostadens funktioner läggas utanför den privata bostadsdelen.

Vi anser således att man vid såväl nybyggnad som ombyggnad bör undvika att bygga ofullständiga bostäder eller bostäder med en särskilt låg utrymmesstandard avsedda för gamla, handikappade och långtidssjuka. Bostäder för dessa grupper bör utformas efter i princip samma regler som gäller för bostadsbeståndet i övrigt. I kapitel 10 återkommer vi till dessa frågor i samband med att vi tar upp frågan om vilka krav som bör ställas för att bostäder skall kunna finansieras med statliga bostadslån. Vi vill också peka på att frågan om behovet av ökad utrymmesstandard för alla har behandlats av bostadskommittén, vars betänkande Bostadskommitténs delbetänkande (SOU 1984: 35-36) f.n. är under remissbehandling.

9.2.4 Bostadsutformningen

När det gäller bostädernas utformning är det enligt rapporten främst måtten på hygienutrymmen och sovrum som kan övervägas ytterligare.

Enligt rapporten ger dagens byggnorm ett hygienrum som är för litet för en boende som behöver hjälp i hygienrummet eller utrymmeskrävande tekniska hjälpmedel. Det skulle behövas en utökning med 0,8 - 1,1 m^2 för att situationen skall bli tillfredsställande. (Hygienrummets dimensioner är då 1,65 x 2,65 alt. 2,15 x 2,15.) Enligt rapporten anges att denna ökning av hygienrummet är till fördel även för andra boendekategorier, främst barnfamiljer.

I rapporten anges också att det är önskvärt att öka sovrumsbredden till 2,90 m så att en säng kan stå ut i rummet och därmed nås från båda hållen. Samtidigt måste en rullstol kunna passera sänggaveln. Förslaget innebär en ökning av minsta breddmåttet på sovrum med 20 cm. Detta anges medföra en motsvarande ökning av fasadlängden för sovrummet. Sovrummets yta behöver inte ökas för att tillgodose detta krav.

Vi har under en följd av år haft en tendens att bygga rymligare lägenheter än vad byggnormen kräver. Tävlingar och experimentbyggande inom bostadsbyggandet under de senaste åren har emellertid haft som mål att minska boendekostnaderna. Detta har främst uppnåtts genom att lägenhetsytorna minskats. I en sådan situation blir det enligt vår uppfattning särskilt angeläget att slå vakt om de kvaliteter som är oumbärliga.

I anslutning till den nya plan- och bygglagen skall tillämpningsföreskrifter utarbetas. Detta innebär att hela SBN nu ses över. Det är lämpligt att man i det sammanhanget närmare överväger möligheterna att ställa högre krav på hygienrummets utformning enligt rapportens förslag. Det bör därvid övervägas om de ökade ytor som detta innebär kan kompenseras genom minskade ytkrav på andra utrymmen.

De syften som ligger bakom förslaget om att öka kraven på sovrumsbredd med 20 cm bör enligt vår uppfattning uppnås på ett annat sätt än genom nya måttkrav. Det har under flera år varit en strävan att utforma byggbestämmelserna i funktionskrav i stället för absoluta krav i form av mått, tekniska lösningar e. d. Därigenom kan man i den praktiska tillämpningen ta hänsyn till produktutvecklingen. Ett alternativ är att ett funktionskrav formuleras så, att det anges att rumsbredden i åtminstone något av rummen i en lägenhet skall ge möjlighet för en säng att stå ut i rummet och att man därvid skall kunna passera vid sängens fotände med rullstol. Kravet att sängen skall kunna nås från två håll, är betingat av arbetsmiljöskäl. Vi vill peka på att motsvarande effekt kan uppnås, om sängen förses med hjul så att den lätt kan svängas ut.

Enligt vår uppfattning bör frågan om sovrummets utformning med hänsyn till möjligheten att nå sängen från två håll övervägas vid utformningen av de nya reglerna i SBN.

I gällande SBN finns ett särskilt kapitel i vilket anges krav på vård-anläggningar. Vid utformningen av enskilda bostäder eller gruppbostäder bör dessa krav kunna tjäna till vägledning för överväganden om utformningen av bostäder som anpassas till personer med stort behov av vård- och omvårdnad.

9.2.5 Ombyggnad

De äldres och de handikappades krav på tillgänglighet samt på utrymmes- och utrustningsstandard har inget samband med om det är i ett nytt eller i ett äldre hus de bor. Därför borde kraven vid ny- och ombyggnad vara lika.

Konflikter mellan det önskvärda och det möjliga kan emellertid uppstå då befintliga bostäder skall byggas om. Dagens lagstiftning ger kommunerna möjlighet att vid bygglovtillfället bedöma vad som är skälig handikappanpassning bl.a. med hänsyn till kostnader, byggnadstekniska förutsättningar samt till kulturhistoriska och miljömässiga värden.

I det förslag till ny plan- och bygglag som för närvarande granskas i lagrådet anges att nybyggnadskravet avseende tillgängligheten skall gälla även vid ombyggnad om detta inte är uppenbart oskäligt. I förslaget anges också att kommunen kan bestämma att lägre krav får ställas, under förutsättning att detta beslutas av fullmäktige i områdes- eller detaljplan och att bebyggelsen inom området därvid får långsiktigt godtagbara egenskaper.

Avsikten med förslaget är att dagens ibland relativt generösa tillämpning av skälighetsbedömningen skall ersättas av en mer inträngande bedömning från kommunernas sida av konsekvenserna av eventuella avvikelser från nybyggnadskraven och av förutsättningarna att på bästa sätt lösa tillgänglighetsfrågorna vid ändringar i den befintliga bebyggelsen.

9.3 Gruppbostäder

Vi har tidigare slagit fast att man med lämpliga insatser kan göra det möjligt för många att, trots funktionsnedsättningar, klara ett eget boende. Men det finns en del som på grund av ångest, isolering eller otrygghet inte kan eller vill bo ensamma och som i dag därför hänvisas till olika typer av institutioner.

Enligt rapporten skulla vissa av dessa kunna bo kvar i eller flytta tillbaka till ett självständigt boende om de fick bo tillsammans med andra i någon form av gruppboende. I gruppbostaden är det också lättare att erbjuda omfattande och långvarig omvårdnad och sjukvård.

Gruppboende har prövats för utvecklingsstörda och kan enligt rapporten även vara ett alternativ för mentalvårdspatienter, långtidssjuka och människor med grava rörelsehinder. Dessa grupper har mycket varierande behov som skall tillgodoses. I rapporten diskuteras tre former av gruppboende: den familjeliknande gruppen i en vanlig stor bostad, gruppboende med större oberoende i smålägenheter samt särskilda gruppbostäder för omvårdnad och vård.

Det finns inga särskilda byggbestämmelser för gruppbostäder. Det är uppenbart att storleken och utformningen av gruppbostäder måste variera mycket, beroende på vilka behov som gruppbostaden skall tillgodose. I dag finns endast i liten utsträckning erfarenheter av hur olika typer av gruppbostäder fungerar för olika grupper. Vi anser därför att det inte är lämpligt att införa särskilda bestämmelser för gruppbostäder. Vi anser emellertid att det är nödvändigt att såväl bygg- som lånebestämmelser är så flexibla att en omfattande utveckling kan komma till stånd på detta område.

Vi vill dock stryka under att även gruppboendet måste vara ett självständigt boende. Om gruppbostaden skall fungera för ett självständigt boende vari den boendes integritet är skyddad, måste avvägningen mellan privata och gemensamma utrymmen göras mot bakgrund av t. ex. gruppens storlek och föreställningar om hur gruppen skall fungera. Vid planeringen av gruppbostäder är det också nödvändigt att ta särskild

hänsyn till de boendes integritet, så att bostadsutformningen och/eller ljudisoleringen ger möjlighet till eget liv i ostördhet i de privata delarna av gruppbostaden.

9.4 Krav på arbetsmiljö m.m.

I rapporten anges att det inte finns några generellt verkande arbetsmiljökrav som riktas mot bostaden i de fall då den också är arbetsplats för vård- och servicepersonal. Så är ej heller fallet med krav som hänför sig till önskemålet att bedriva en effektiv och ändamålsenlig vård.

Inget har förts fram som tyder på att några direkta konflikter föreligger mellan sådana krav och boendekraven. De kvalitetskrav som ovan diskuteras är till gagn såväl för den boende som för dem som skall arbeta i bostaden. Studier av hemvårdspersonalens arbetsmiljö (Beskrivning av hemvårdspersonalens arbetsmiljö med avseende på ansträngande arbetsmoment vid personförflyttningar, ASS, undersökningsrapport 1980: 2) visar att det främst är hygienutrymmets storlek och utformning samt möjligheterna att nå sängen för lyft och bäddning som medför problem.

Vi vill dock framhålla att, om målkonflikter skulle uppstå, bostadskraven självklart måste vara överordnade arbetsmiljökraven. De eventuella negativa arbetsmiljökonsekvenserna av detta får kompenseras på annat sätt.

Utflyttning av vård-, omvårdnads- och serviceverksamhet till bostadsområdena innebär även ett ökande behov av personalutrymmen i bostadsområdena. Byggbestämmelserna innehåller inga krav på i vilken omfattning sådana utrymmen skall finnas. Enligt vår uppfattning kan några generella krav med den innebörden inte heller ställas i byggbestämmelserna. Det måste vara en uppgift för kommunerna att i sin planering för bostadsförsörjning, äldreomsorg etc. beakta behovet av utrymmen för personal m.m.

Krav kan emellertid ställas med stöd av såväl byggnads- som arbetsmiljölagstiftningen på utformningen av sådana utrymmen.

9.5 Den yttre miljön

Den yttre miljöns innehåll och utformning har stor betydelse för i vilken utsträckning människor som har funktionsnedsättningar eller behov av hjälp och stöd kan bo självständigt med möjligheter att leva ett aktivt liv.

Regler för den yttre miljöns utformning finns i byggnadsstadgan. Dessa är mycket allmänt hållna. Mer preciserade krav ställs bara på byggnader och vissa anläggningar och på hur tomten i anslutning till en byggnad skall vara anordnad. Vissa råd och riktlinjer rörande trafikmiljöns utformning har utfärdats av berörda myndigheter, bl.a. planverket, vägverket och kommunförbundet.

Önskemål om att ytterligare krav skall ställas på den yttre miljöns utformning har tidigare framförts, bl. a. i anslutning till arbetet med en ny plan- och byggnadslagstiftning. Det förslag som nu behandlas i lagrådet är utformat så att det ger kommunerna ökade möjligheter att kräva åtgärder på enskilt ägd mark och att samordna miljöutformningen på sådan mark över vilken kommunen har rådighet.

Den uppmärksamhet som bl.a. handikapp- och pensionärsorganisationerna sedan många år har riktat mot den yttre miljöns tillgänglighet har lett till en starkt ökad medvetenhet om dessa frågor i flertalet kommuner. Fortfarande är emellertid bristerna stora i många stadsdelar och bostadsområden. En del av dessa brister är dyra och tekniskt komplicerade att åtgärda, men många är relativt enkla och kostar ofta inte mer än kunskap och omtanke. Många brister är av det slaget att de kan undanröjas i samband med ordinarie underhållsåtgärder.

Bristerna i den yttre miljöns tillgänglighet berör många olika handikappgrupper. För att analysera vilka krav som bör ställas på miljön kan dessa grupper sammanföras till fyra kategorier med likartade behov, nämligen människor med:

- rörelsehinder i ben eller armar (att ta sig fram gående och i rullstol, att hålla balansen, att öppna dörrar etc.)
- nedsatt orienteringsförmåga p.g.a. synskada, utvecklingsstörning senil demens etc. (orienterbarhet, tydlighet och konsekvens)
- nedsatt hörsel (ljudklimat)
- allergiker (vegetation, byggnadsmaterial).

Den yttre miljön bör vara utformad så att den inte reser onödiga hinder för människor med dessa slag av funktionshinder att klara av att ta en promenad, att köpa dagligvaror, att ta sig till bilen eller bussen eller nå andra väsentliga målpunkter i närmiljön. Det har också stor betydelse för dessa grupper att miljön är utformad så att den inte ger upphov till känslor av otrygghet och isolering.

För att den yttre miljön skall kunna uppfylla de krav vi nu har nämnt krävs en fortlöpande uppmärksamhet på dessa frågor från såväl kommunernas som olika fastighetsägares sida. Behovet av att utveckla och sprida kunskap är stort inom detta område. Regeringen har därför nyligen, mot bakgrund av bl.a. vad som framkommit i vårt arbete, uppdragit åt statens planverk att börja en utvecklings- och informationsverksamhet inom detta område. I de riktlinjer för arbetet som regeringen har angett framhålls bl.a. att de gamlas och handikappades behov särskilt skall uppmärksammas. Syftet är att medverka till en utveckling där dessa gruppers mera speciella behov kan utnyttjas för att uppnå en sådan utveckling av den offentliga miljön som uppskattas av alla. Därigenom bör förståelsen för dessa behov kunna ökas och utvecklingen drivas med större kraft.

10 BOSTADSFINANSIERING

Vanliga bostäder och bostadsmiljöer byggs eller byggs om och förbättras till största delen med hjälp av statliga lån och bidrag. Olika typer av servicebostäder och gemensamma utrymmen i anslutning till dessa byggs likaså med statlig finansiering. För lån till bostadsutrymmen lämnas räntebidrag. Med bostad jämställs också under vissa förutsättningar vissa bostadsanknutna gemensamhetsutrymmen för begränsade grupper och hushåll. En förutsättning för att lokaler ska få belånas är i princip att de fyller ett normalt behov av boendeservice och i huvudsak är avsedda för dem som bor i området. För lån till lokaler lämnas inte räntebidrag.

Genom den omorientering av bostadspolitiken som skett genom det nyligen antagna bostadsförbättringsprogrammet (prop. 1983/84:40 bilaga 9) har förutsättningar skapats för en mer aktiv förnyelse och utveckling av bostadsområdena. Vi vill också erinra om bostadskommitténs uppdrag vari bl.a. ingår att se över bostadsfinansieringen. När det gäller sådana nya boendeformer för dem som behöver ett stort mått av vård, omvårdnad och service, vilka planeras som direkta ersättningar för långvårdens och psykiatrins institutioner, har vi emellertid kunnat konstatera att förutsättningarna för statliga lån och bidrag till byggandet är oklara.

Vi har tidigare angett de krav som enligt vår mening bör vara uppfyllda för att det skall vara fråga om en bostad. I avsnitt 2.1.1 har vi principiellt diskuterat de begrepp och definitioner som är tillämpliga på olika bostadsformer. Vi har också pekat på tre centrala och principiellt viktiga distinktioner, nämligen självständigt boende - institutionsboende, permanent bostad - tillfällig bostad och berört begreppen stödbostad och gruppbostad.

Kriterierna för vad som skall betraktas som en bostad i det statliga bostadsfinansieringssystemet är och bör enligt vår mening också i fortsättningen vara att det är fråga om utrymmen för permanent boende (års-

bostaden) och att boendet är självständigt i den mening som vi angett i avsnitt 1.1. Vidare skall bostaden vara väl integrerad i närmiljön och den personliga integriteten skyddad. Såväl vanliga bostäder som gruppbostäder kan belånas med statligt bostadslån. Det utgör inte något hinder att en kommun eller ett landsting är ägare till bostäderna.

I bostadsfinansieringsförordningens tillämpningsföreskrifter anges som ett villkor för statliga bostadslån att självständigt boende skall vara garanterat genom hyreskontrakt av normalt slag. Detta gäller dock inte sådana lägenheter i vanliga bostadsområden som förhyrs eller ägs av kommun eller landsting för att övergångsvis eller permanent användas för personer med psykiskt, fysiskt eller socialt handikapp. Med hyreskontrakt av normalt slag avses dels upplåtelse med bostadsrätt som är förenliga med hyreslagen, dels upplåtelse med bostadsrätt enligt bostadsrättslagen. Enligt vår mening bör huvudprincipen vara att bostaden, för att vara berättigad till statliga bostadslån, skall upplåtas på ett sådant sätt att de boende omfattas av samma rättigheter och skyldigheter som boende i allmänhet. Vi återkommer i kapitel 11 till dessa frågor.

I det följande redogör vi närmare för det nuvarande bostadsfinansieringssystemets utformning och hur det kan bidra till en önskvärd utveckling av boendet. Vår slutsats är att redan gällande finansieringsregler ger goda möjligheter att stödja en sådan omstrukturering av vården som vi önskar. Endast i några fall har vi funnit det motiverat att föreslå en vidgad stödgivning.

De statliga lån och bidrag som är av särskilt intresse i detta sammanhang är

- bostadslån
- förbättringslån
- bostadsanpassningsbidrag och bostadsanpassningslån
- boendemiljöbidrag
- bidrag för tillgänglighetsskapande åtgärder
- bostadsbidrag och bostadstillägg.

10.1 Bostadslån

Bostadslån, som alltså i princip är förbehållet permanentbostäder, ges till nybyggnad och ombyggnad av själva bostäderna, komplettering med och ombyggnad av gemensamhetslokaler, lokaler för boendeservice i bostadsområden samt åtgärder i utemiljön. Vid ombyggnad har nyligen, som en grundprincip, fastlagts att bostäderna skall vara äldre än 30 år och inte ombyggda under de senaste 30 åren. Vissa undantag från denna grundprincip görs dock bl.a. om lägenheten inte har lägsta godtagbara standard, om det finns sociala problem eller tomma lägenheter i området, om bostäder byggs om till lokaler för boendeservice eller vid installation av hiss.

Principen att bostäderna skall vara äldre än 30 år reser enligt vår bedömning inte några hinder för lån till ombyggnad av ålderdomshem, sjukhem o. likn. till bostäder. Vi har dock erfarit, bl.a. genom en framställning från bostadsstyrelsen, att den lånebestämmelse som skall ge uttryck för denna princip inte är informerad så att lån i dessa fall kan lämnas. Vi föreslår därför att bestämmelsen ändras så att det klart framgår att den endast skall tillämpas vid ombyggnad av utrymmen som redan före ombyggnaden är bostadsutrymmen.

Bostadslån med räntebidrag ges, förutom till själva bostäderna, även till vissa gemensamma utrymmen. Gränsen för rätten till räntebidrag dras i princip mellan bostadsutrymmen och övriga utrymmen. S.k. närlokaler behandlas f.n. som bostadsutrymmen och medges räntebidrag. För närlokaler får avsättas 2 m^2/hushåll. I kollektivhus, servicehus för äldre och handikappade m.m. betraktas även sådana utrymmen som kök, hobbyverkstäder, reception, personalrum, ekonomilokaler och kommunikationer som bostadsutrymmen. Totalt kan en lokalyta på 10 m^2/lägenhet ges räntebidrag i dessa fall. Den betjänade gruppen får emellertid inte överstiga 100 hushåll, utom när det är fråga om kollektiva boendeformer med allsidig hushållssammansättning då gruppen får vara större.

För lokaler i servicehus för äldre gäller alltså gränsen 100 hushåll. I ett servicehus kan således upp till 1 000 m^2 lokalyta ges räntebidrag.

Nuvarande regler innebär att en rad gränsdragningsproblem uppkommer samt en viss styrning mot att lokaler förläggs till servicehus i stäl-

let för att spridas i bostadsområdena. Små friliggande personallokaler för hemtjänsten medges inte räntebidrag medan motsvarande lokaler förlagda till ett servicehus ofta ges räntebidrag. Även andra gränsdragningsproblem uppkommer i boendeformer av typ gruppboende med ett stort inslag av vård och omsorg.

Frågan om hur gränsen skall dras mellan bostäder, bostadskomplement och lokaler är ständigt aktuell. En successiv glidning har skett i tillämpningen mot allt mer räntesubventionerade ytor. Den stimulans till att knyta servicelokaler till institutionsliknande bostadsformer som detta i praktiken har inneburit är olycklig. Det finns därför skäl att markera gränserna klart (se avsnitt 10.1.3). De medel i form av räntebidrag som sparas genom en sådan snävare tillämpning bör omfördelas till ändamål som är angelägna att stödja mot bakgrund av de mål vi har ställt upp.

I det följande redovisar vi vad som bör krävas för att bostadsfinansieringssystemet skall vara tillämpligt på byggandet av bostadsformer med stor vårdinsats.

10.1.1 Bostadens standard

Vi anser att den minimistandard som idag tillämpas för statliga bostadslån för bostäder i allmänhet, inte bör underskridas då man bygger bostäder för gamla, handikappade eller andra människor med behov av särskilt stöd. Dessa grupper tillbringar en större del av sin tid i bostaden än andra och bör därför inte ha en sämre standard.

Vi har tidigare konstaterat att huvudmännen för vården har haft en strävan att hålla ihop den i stora enheter. Detta är enligt vår mening inte förenligt med målen om ett normaliserat och integrerat boende för äldre och handikappade. Institutioner och institutionsliknande bostadsformer bör därför inte heller i framtiden kunna byggas med stöd av det statliga bostadsfinansieringssystemet. En ombyggnad av institutioner bör få statligt stöd endast om den leder till en i alla avseenden fullgod bostadsstandard. Detta krav bör inte hindra att hänsyn tas till förutsättningarna i de enskilda fallen. Vissa villkor måste dock stäl-

las beträffande bostadens standard och integrering i närmiljön. För att bostadslån skall lämnas bör samma krav på fullvärdig bostad, permanent bostad och självständigt boende ställas som vi angett i avsnitt 2.1.1.

Vi finner det nödvändigt att ett material med exempel på ombyggnad av institutioner till bostäder utarbetas. Särskilt bör då uppmärksammas att ålderdomshem och sjukhem som ligger utanför tätort och har dålig tillgång till vanlig boendeservice i regel är olämpliga att bygga om.

Vi vill vidare understryka vikten av att de projekt som tas fram ger möjligheter till ett allsidigt användande av bostäderna. Det bör därför ankomma på kommunerna att med sitt ansvar för såväl miljö som bostadsförsörjning bevaka bostadskvaliteterna och bestämma om lägenhetssammansättning. Kommunerna bör också ha rätten att förmedla bostäderna. Såväl kommunerna som länsbostadsnämnderna bör följa utvecklingen inom detta område.

Enligt nuvarande låneföreskrifter gäller att en bostad skall innehålla minst 1 rum och kök alternativt 1 1/2 rum och kokvrå för att räknas som bostad i bostadslånesammanhang. När det gäller gruppbostäder godtas en lägre privat standard om den är kompletterad med gemensamma utrymmen.

I kapitel 9 har vi behandlat frågan om ytnormer. Utifrån vad som beskrivits där föreslår vi att i stället för den i låneföreskrifterna använda normen 1 rum och kök begreppet fullvärdig bostad bör användas.

Härmed avser vi då en bostad som uppfyller alla gängse funktionskrav. I det hittillsvarande arbetet har ingenting framkommit som motiverar standardskillnader med hänsyn till vårdens omfattning och innehåll. De stora skillnader som existerar idag är resultatet av historiska och ekonomiska faktorer samt skilda huvudmannaskap.

Standardskillnader av detta slag strider mot målet om kvarboende. Något förenklat innebär dessa skillnader att en äldre och/eller handikappad människa, när vårdbehovet ökar förutsätts flytta till en boendeform med lägre bostadsstandard, detta trots att det är klarlagt att varje sådan flyttning innebär starkt försämrade möjligheter att klara sig själv.

Ytterligare ett argument för att inte acceptera lägre standard i bostäder som är avsedda för särskilt vårdkrävande människor är att användningssättet bör vara flexibelt. Det kan här vara fråga om relativt oprövade boendeformer och behoven och lösningarna kan variera över tiden. Genom att grundläggande krav på bostadsstandard är uppfyllda kan bostäderna ställas till övriga bostadsmarknadens förfogande utan större ändringar.

När det gäller gruppbostäder för exempelvis åldersdementa, svårt utvecklingsstörda m.fl. bör den totala lägenhetsytan disponeras så, att de gemensamma utrymmena kompletterar den privata delen av bostaden på ett sådant sätt att alla väsentliga bostadsfunktioner blir tillgodosedda. Vi vill dock understryka att stor omsorg måste ägnas åt utformningen av den privata delen. Den fyller andra funktioner än vad ett rum i en sedvanlig familjebostad gör. Bl.a. måste behovet av ljudisolering beaktas.

Gruppboendet kräver större lägenheter, väl integrerade i vanlig bebyggelse. De torde som regel hyras eller ägas av kommun eller landsting och upplåtas i andra hand till de boende. I vissa fall behöver vård- eller hjälppersonal finnas dygnet runt varför även personalrum måste finnas i anslutning till lägenheten. Erforderliga personallokaler bör finansieras som boendeservicelokaler, dvs. räntebidrag bör inte lämnas.

Det är enligt vår mening viktigt att utvecklingen av olika former av gruppboende följs upp i syfte att få ett erfarenhetsunderlag som kan ligga till grund för fortsatta överväganden vad gäller utformning och standard. Information om goda lösningar bör utarbetas. Det kan vara lämpligt att bostadsstyrelsens bostadssociala råd i samråd med berörda handikapp- och pensionärsorganisationer speciellt följer denna fråga.

10.1.2 Bostäder för avlösning och särskild omvårdnad

Vi har tidigare redogjort för att statliga bostadslån och bidrag i princip är förbehållna permanentbostäder. Enligt vår mening bör denna princip gälla även framgent. Det finns emellertid fall då undantag från denna princip måste kunna göras.

Som ett stöd för kvarboende används i vissa bostadsområden permanentbostäder som s.k. avlösningslägenheter och små omvårdnadslägenheter. Dessa lägenheter är till för att personer som behöver mycket hjälp och stöd ska kunna vistas där när anhöriga behöver en tids vila. Vistelsetiden är i regel begränsad till högst någon månad. I övriga avseenden uppfylls villkoren för statliga bostadslån. Dessa bostäder bör enligt vår mening jämställas med sedvanliga permanentbostäder och kunna få bostadslån med räntebidrag. Detta torde för övrigt förekomma redan idag, då lägenheter i vanlig bostadsbebyggelse ofta hyrs för ändamålet. En förutsättning för att lån och räntebidrag ska lämnas bör dock vara att lägenheterna har en sådan standard att de kan användas som vanliga bostäder, när behoven ändras.

10.1.3 Finansiering av lokaler för service m. m.

Vissa gemensamma utrymmen i bostadsområden medges f.n., som vi tidigare redovisat, bostadslån med räntebidrag. Villkoren finns angivna i föreskrifterna till 2 § BFF och innebär bl.a. att högst 100 hushåll får betjänas, att högst 10 m^2 per lägenhet får räknas som bostadsutrymme samt att bostäderna ska ligga inom nära gångavstånd från de gemensamma utrymmena. Många av dessa lokaler torde vara kommunala servicelokaler.

Det kan emellertid ifrågasättas om räntebidrag skall ges till anläggningar av detta slag. Intentionerna med räntebidraget är bl.a. att hålla nere hushållens bostadskostnader. Utvecklingen mot att lokaler ges räntebidrag i ökad utsträckning bör enligt vår mening brytas.

Som grundprincip bör i framtiden gälla att rätten till räntebidrag förbehålls sådana gemensamma utrymmen som ingår i hyresförhållandet för bostadslägenheten, bostadsrättsupplåtelsen eller dylikt och därmed betalas av de boende via hyran eller avgiften för bostaden. Undantag från grundprincipen bör enligt vår mening bara medges under en övergångstid och då endast för att göra det möjligt att fullfölja projekt som med utgångspunkt i hittillsvarande tillämpning fortskridit så långt att kostnadsförutsättningarna inte kan ändras utan att allvarliga olägenheter uppkommer. Lämpligen bör gränsen sättas vid sådana projekt

där ansökan om lån inkommit till förmedlingsorganet före den 1 januari 1985.

Vi beräknar att den besparing som staten gör i form av minskade räntebidrag till följd av nyss nämnda förslag uppgår till ca 5-10 milj.kr. det första året och att besparingarna ökar varje år därefter. Efter fem år kan besparingen beräknas uppgå till ca. 35 milj.kr.

10.1.4 Förberedelser av förnyelseåtgärder

Vi har tidigare framhållit att det är angeläget att förnyelseåtgärder planeras omsorgsfullt och att särskild uppmärksamhet behöver ägnas åt förhållandena för de boende under den tid då förnyelsearbetet genomförs.

Enligt vår mening bör sådana merkostnader som uppstår till följd av att de boende ges extra stöd för att bo kvar i lägenheten eller i tillfälliga bostäder i området under ombyggnadstiden kunna belånas på sedvanliga villkor. Så är inte fallet idag. Det är svårt att beräkna de ökande kostnaderna för detta.

10.2 Bidrag för tillgänglighetsskapande åtgärder

10.2.1 Bidrag för installation av hiss m. m.

I syfte att öka tillgängligheten för äldre och handikappade i framför allt det äldre bostadsbeståndet har ett tillfälligt bidrag införts. Bidraget är avsett i första hand för hissinstallationer i trevåningshus. För vart och ett av åren 1984-1986 har i statsbudgeten avsatts 100 milj.kr. Bidraget söks av kommunerna som förutsätts själva bidra med minst 20 % av kostnaden. Statsbidraget är 30 %.

Hissbidraget är för nytt för att några erfarenheter skall ha vunnits.

Det är angeläget att efter bidragsperiodens slut utforma permanenta finansieringsregler som stimulerar till ett ökat antal hissinstallationer. Det bör därvid övervägas om inte de ordinarie finansieringsreglerna vid ombyggnad bör skärpas vad gäller exempelvis gäller ingångsvärdesbelåningen. Benägenheten att installera hiss i samband med ombyggnad

skulle enligt vår uppfattning öka om belåning av det s.k. ingångsvärdet endast var möjlig om huset efter ombyggnaden var försett med hiss.

10.2.2 Den yttre miljön

Idag lämnas ett s.k. boendemiljöbidrag för förbättring av bristfälliga bostadsmiljöer i flerbostadshusområden med många outhyrda lägenheter och/eller sociala problem och i hyresområden där det finns ett boendeinflytande över förvaltningen och denna är decentraliserad. Bidraget kan i och för sig användas för att förbättra tillgängligheten för äldre och handikappade även om detta inte är huvudsyftet. Som regel torde även andra åtgärder förutsättas för att bidrag skall lämnas. Även styrningen av bidraget till vissa typer av områden utgör en begränsning. Ansökningarna om bbidrag uppgår f.n. till belopp som avsevärt överstiger ramen för bidraget. Regeringen har möjlighet att vidga ramen om det behövs av sysselsättningskäl. Vid sådana vidgningar skall bidrag kunna lämnas även till bostadsrättslägenheter.

Som vi tidigare framhållit är det angeläget att inte enbart bostaden och entrén till den anpassas för att främja kvarboende. Kravet på anpassning gäller i lika hög grad den omgivande miljöns tillgänglighet och användbarhet för äldre och handikappade. Vad vi då närmast tänker på är behovet av att kunna ta sig till och in i butikslokaler, fritidslokaler och liknande.

Vi anser inte att boendemiljöbidragets tillämpningsområde bör vidgas till åtgärder av detta slag. I stället bör särskilda medel anvisas för ändamålet. Vi föreslår att årligen 10 milj. kr. anvisas för åtgärder som förbättrar tillgängligheten i den yttre miljön för äldre och handikappade. Vi menar vidare att investeringar av detta slag väl lämpar sig att användas i sysselsättningsskapande syfte och att regeringen därför bör utverka riksdagens bemyndigande att överskrida ramen om det är befogat av sysselsättningsskäl.

Bidraget bör reserveras för åtgärder på tomtmark. Staten bör svara för 30 % av kostnaden för åtgärden. Ett villkor bör vidare vara att kommunen svarar för minst 20 %. Återstående del bör falla på fastighetsägaren. Som villkor för bidraget bör vidare gälla att kommunen i en områ-

desvis planering har tagit fram en tillgänglighetsplan för bostadsområdet.

Avslutningsvis vill vi framhålla att ombyggnads- och upprustningsarbeten som främjar tillgängligheten i bostädernas närmiljö, både på allmän gatumark och på tomtmark, också torde kunna utföras som beredskapsarbeten eller av ungdomslag (se avsnitt 8.4).

10.3 Förbättringslån

Förbättringslån lämnas för modernisering av dåliga bostäder i en- och tvåfamiljshus som bebos av personer som har fyllt 60 år, av handikappade m.fl. Långivningen, som riktar sig till låginkomsttagare, har minskat kraftigt. Det troliga är att förbättringsåtgärder numera i stor utsträckning finansieras med bostadslån.

Under år 1984 genomför bostadsstyrelsen i samarbete med Svenska kommunförbundet en kampanj för att informera dem som är berättigade till förbättringslån om möjligheten att få lån. Våren 1984 beräknades ca 15 000 pensionärshushåll i princip vara berättigade till förbättringslån.

Enligt vår uppfattning behöver inga ytterligare åtgärder vidtas för att sprida kännedom om förbättringslåneverksamheten.

10.4 Bostadsanpassningsbidrag och - lån

Bostadsanpassningsbidraget har nyligen varit föremål för en översyn (Ds Bo 1981:5, Översyn av reglerna om stöd för individuell anpassning av bostäder). Målet för översynen var att göra bidragssystemet effektivare så att samhällets stöd till individuell handikappanpassning av bostäder kunde utnyttjas på ett smidigt och ändamålsenligt sätt. Bidragsverksamheten kartlades och utvärderades. Kartläggningen genomfördes av handikappinstitutet. Översynen föranledde vissa regeländringar samt ett beslut om att kommunerna fr.o.m. den 1 januari 1984 skall avgöra sådana bidragsärenden som inte är kombinerade med någon

form av statligt lån (prop. 1981/82:126, CU 29, rskr 305). Vidare tilldelades bostadsstyrelsen särskilda medel för att utbilda personal inom landsting och kommuner och vid länsbostadsnämnderna som har att informera om och handlägga ärenden om bostadsanpassning.

Bidrag och lån lämnas för anpassning av permanentbostäder som bebos av handikappade. Avsteg från bestämmelsen om permanentboende kan göras i två fall. Om föräldrar till ett handikappat barn inte bor tillsammans men har gemensam vårdnad om barnet kan båda få sina bostäder anpassade till barnet. Vidare lämnas bidrag för s.k. avlastningsfamiljers bostäder. Med avlastningsfamilj avses en eller flera personer som regelbundet under vissa perioder tar hand om ett svårt handikappat barn i sin bostad. Vi föreslår att denna möjlighet utvidgas till att gälla anpassning av alla bostäder som används för avlösning och särskild omvårdnad. Det är emellertid svårt att uppskatta kostnaderna för detta.

Frågan om bidrag för anpassning av fritidsbostäder har tagits upp vid flera tillfällen, bl.a. i motioner till riksdagen. Senast övervägdes den av fritidsboendeutredningen. I sitt betänkande (SOU 1982:23) föreslog kommittén att statligt stöd skulle ges för anpassning av fritidshus som disponeras av hushåll där någon medlem har nedsatt rörelse- eller orienteringsförmåga. Frågan har inte blivit föremål för fortsatt behandling. Enligt vår uppfattning är det nödvändigt att de resurser som under de närmaste åren kan avsättas för handikappanpassning används för att förbättra standarden i det permanenta boendet och i den gemensamma fritidsmiljön. Anpassningen av privata fritidsbostäder har enligt vår bedömning en lägre angelägenhetsgrad.

Bidrag ges normalt till hela den godkända kostnaden för anpassningsåtgärderna. För standardhöjande åtgärder är bidraget maximerat till 20 000 kr. - för kostnader därutöver kan ett s.k. bostadsanpassningslån lämnas. Några ändringar av dessa regler behöver enligt vår mening inte göras. Vissa svårigheter föreligger dock att avgränsa vad som är nödvändiga anpassningsåtgärder från vad som är normal överstandard. Detta gäller särskilt då det är fråga om ökning av utrymmena i bostaden. Bostadsstyrelsen har regeringens uppdrag att utarbeta ett informationsmaterial till ledning för handläggningen om ärenden av bostadsanpassningsbidrag, m.m.

I prop. 1981/82:126 (sid 16) uttalade dåvarande departementschefen att effekten av de ändrade stödreglerna och av decentraliseringen borde utvärderas för att bl.a. ge underlag för en bedömning av om kommuner och landsting bör svara för en viss del av kostnaderna för stödet. Vi vill för vår del redan nu deklarera att vi anser att kommunerna med sina möjligheter att göra en helhetsbedömning av den handikappade personens situation är bäst lämpade att svara för beslut om stöd till bostadsanpassning. Det är då enligt vår mening naturligt att kommunen också har ett ekonomiskt ansvar för de beslut som fattas. Enligt vad vi har erfarit avser bostadsstyrelsen att påbörja utvärderingen under innevarande budgetår. Vi finner det angeläget att resultaten föreligger i sådan tid att frågan om det framtida kostnadsansvaret kan behandlas av riksdagen vid 1985/86 års riksmöte.

Bidrag lämnas f.n. under vissa förutsättningar vid ny- och ombyggnad för sådan generell handikappanpassning som inte omfattas av bestämmelserna i byggnadsstadgan. För att bidrag skall lämnas skall det enligt bostadsstyrelsens föreskrifter vara fråga om sådana speciella åtgärder som är nödvändiga för att tillgodose behovet för en viss grupp av handikappade, t.ex. i speciallägenheter för svårt handikappade. När det är fråga om generella anpassningsåtgärder i övrigt skall dessa i regel inräknas i låneunderlaget för bostadslånet. Dessa regler är inte helt entydiga och praxis tycks variera länsbostadsnämnderna emellan. Bl.a. är det oklart hur sådana anpassningsåtgärder som vidtas i förebyggande syfte skall finansieras.

Idag lämnas bidrag för sådana individuella anpassningsåtgärder inom och i anslutning till bostadslägenheten som behövs för att den skall vara ändamålsenlig som bostad för den handikappade. I första hand skall den handikappades grundläggande behov i bostaden tillgodoses, dvs. av att kunna sova, vila, sköta sin hygien och laga mat i bostaden samt förflytta sig för att göra detta.

En anpassning av bostaden är emellertid ofta en av flera åtgärder för att åstadkomma en fungerande boendesituation för människor med funktionsnedsättningar. Åtgärderna i bostaden måste t.ex. ofta kompletteras med hemtjänst, färdtjänst eller personlig hjälp. Om t.ex. ett kök har anpassats till den handikappades speciella behov kan det leda till att

arbetsförhållandena försvåras för anhöriga, hemtjänstens personal eller andra som hjälper den handikappade i bostaden. Vi föreslår därför att ett förtydligande av bestämmelserna görs så att det klart framgår att bostadsanpassningsbidrag skall kunna lämnas för sådana merkostnader som uppkommer av att åtgärderna skall tillgodose såväl den handikappades som hjälparens behov.

Med hänsyn till behovet att systematiskt och i förebyggande syfte kunna anpassa hela eller delar av bostadsområden till äldres och handikappades behov föreslår vi att bostadsstyrelsen får i uppdrag att se över tillämpningsföreskrifterna vad gäller statens stöd till handikappanpassning av bostäder och närmiljö.

10.4.2 Allergisanering

Allmänt gäller för bostadsanpassningsbidraget att stöd inte lämnas för lösa inventarier. Hit hör också vissa tekniska hjälpmedel som det är landstingens uppgift att tillhandahålla. Vad gäller allergisanering lämnas bidrag för att byta ut eller avlägsna sådant material som innehåller allergiframkallande ämnen, t.ex. heltäckningsmattor och tapeter. Bidrag lämnas dock inte för utbyte av lösa inventarier. För att nå en fullständig allergisanering kan emellertid även möbler och vissa andra lösa inventarier behöva bytas ut. Det kan i vissa fall bli fråga om ett omfattande utbyte av möbler och andra inventarier som kan orsaka stora kostnader för den enskilde.

Enligt vår bedömning kan behov föreligga även för andra handikappade att behöva byta ut möbler och vissa inventarier. Vi tänker då närmast på personer med rörelsehinder samt synskadade. De svårigheter som är förknippade med att kunna bedöma det faktiska behovet i det enskilda fallet talar för att bidrag som hittills inte skall lämnas för utbyte av lösa inventarier. Enligt 6 § socialtjänstlagen har den enskilde rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och sin livsföring i övrigt om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans resurser att leva ett självständigt liv.

Socialtjänsten kan i den mån en handikappad person saknar ekonomiska möjligheter att inreda sin bostad på ett tillfredsställande sätt, här erbjuda ekonomiskt stöd.

10.4.3 Återställningsbidrag

En förutsättning för att bostadsanpassningsbidrag skall beviljas är att fastighetsägaren skriftligen godtar att den handikappade inte skall behöva återställa lägenheten i ursprungligt skick vid avflyttning eller i annat fall. I flera fall har fastighetsägaren av ekonomiska skäl inte ansett sig kunna tillgodose detta krav.

Frågan behandlades senast i samband med översynen av bidraget (Ds Bo 1981:5). Någon ändring av bestämmelserna ansågs då emellertid inte erforderlig. Situationen ter sig annorlunda i dag. Om målen för ett bättre äldreboende skall främjas behöver allt fler anpassningsåtgärder vidtas i bostäder, bostadshus och boendemiljöer. Problemen kommer då att öka.

Grunden för att en fastighetsägare motsätter sig att anpassningsåtgärder vidtas ligger på det ekonomiska planet. En fastighetsägare kan ibland drabbas av stora kostnader för att återställa en lägenhet i normalskick.

Om fastighetsägarna kan erbjudas ersättning för större återställningskostnader borde möjligheterna att träffa överenskommelser om anpassning underlättas väsentligt. Vi föreslår därför att ett statskommunalt återställningsbidrag tillskapas. Kostnaden för detta bör delas lika mellan staten och kommunerna. Som villkor för att få ett sådant bidrag bör gälla att kommunen erhåller anvisningsrätt till lägenheten. Om kommunen inte kan anvisa lägenheten till en annan handikappad eller bedömer att den utförda anpassningen inte kan utnyttjas bör fastighetsägaren få ett återställningsbidrag. Också en bostadsrättsförening bör kunna få ersättning men då enbart för sådana åtgärder som berör de gemensamma delarna av fastigheten. Ersättning bör dock i samtliga fall lämnas endast om kostnaden överstiger 1 000 kr.

Kostnaderna för detta är emellertid svåra att uppskatta. Vi beräknar statens kostnader för ett sådant återställningsbidrag till ca 5 - 10 milj.kr. per år. Kommunernas kostnader blir likaledes ca 5 - 10 milj.kr.

10.5 Finansiering av trygghetslarm

Bostadslån med räntebidrag kan lämnas för installation av trygghetslarm. Möjligheten att belåna trygghetslarm gäller emellertid endast fasta system. De mobila system som har utvecklats och som kopplas till telefonnätet kan däremot inte belånas med statligt bostadslån.

Det har i olika sammanhang diskuterats om lån och bidrag skulle kunna lämnas i större utsträckning än hittills. Antingen skulle då de mobila systemen kunna jämställas med fasta system och således belånas med statligt bostadslån eller också skulle bostadsanpassningsbidrag lämnas till båda systemtyperna. Frågan har nyligen behandlats av riksdagen.

I prop. 1983/84:9 om statsbidrag till barnomsorg och social hemhjälp framhöll chefen för socialdepartementet bl.a. att med det förslag till nytt system för statsbidrag till den sociala hemhjälpen som lades fram i propositionen skulle kommunernas möjligheter att utföra social service med statligt stöd vidgas. Syftet var bl.a. att den nya bidragskonstruktionen skulle medföra ökad frihet för kommunerna i valet av serviceform för äldre och handikappade. Det förordade bidragssystemet skulle bl.a. öppna möjligheter för kommunerna att använda bidragsmedlen till larmanordningar. Riksdagen hade inga erinringar mot vad som anfördes i detta avseende (SoU 12, rskr 43). Genom det nya bidragssystemet lämnar staten således stöd ötill larmanordningar oavsett typ. Detta innebär att det inte längre finns behov av att finansiera fasta trygghetslarm med bostadslån. Denna möjlighet bör således upphöra.

10.6 Individuellt bostadsstöd

Följande stödformer är av särskilt intresse för äldre och handikappade.

1) Kommunalt bostadstillägg som ges till personer som har ålderspension, förtidspension (sjukbidrag), änkepension eller hustrutillägg. Bostadstillägget är inkomstprövat.

2) Bostadstillägg för handikappade som är till för att handikappade eller personer med handikappade familjemedlemmar lättare skall kunna skaffa sig en lämplig bostad.

Kommunalt bostadstillägg lämnas efter grunder som kommunerna i hög grad själva bestämmer. Kommunen får ett statsbidrag på 25 % av kostnaderna. Ett villkor är att det kommunala bostadstillägget täcker minst 80 % av bostadskostnaderna inom vissa gränser. För bostadstillägg till kostnader utanför dessa gränser ges inte statsbidrag.

Bostadstillägg för handikappade finansieras helt och hållet av kommunerna och reglerna bestäms således av kommunerna själva.

De individuella bostadsstöden kan inte alltid anses vara anpassade till de bostadskostnader som uppstår efter en ombyggnad. Rätten till stöd upphör ofta också vid längre tids vistelse på sjukhus eller annan institution. I kapitel 13 föreslår vi att bl.a. frågan om hur olika avgifts- och bidragssystem påverkas av våra överväganden skall studeras ytterligare.

10.7 Försöksverksamhet med en friare resursanvändning än dagens

I kapitel 8 har vi förordat att bostadsförbättringsverksamheten och andra insatser för äldre och handikappade planeras områdesvis så att alla konsekvenser för området som helhet kan överblickas. Detta innebär att val av åtgärder inte i första hand bör ske utifrån den enskilda fastighetens möjligheter utan utifrån de förutsättningar som finns att inom området som helhet tillgodose de boendes behov.

Noggranna avvägningar måste göras mellan olika slag av insatser. Finansieringsreglerna är utformade så att de skall ge utrymme för skilda prioriteringar. Det kan ändå inte uteslutas att reglerna för statlig finansiering styr på ett sätt som inte ger den bästa avvägningen med tanke på äldres och handikappades behov.

Våren 1984 godkände riksdagen (prop 1983/84:152, KU 32, rskr 368) riktlinjer för en försöksverksamhet med ökad kommunal självstyrelse. Riksdagen antog också förslag till lag om försöksverksamhet med en friare kommunal nämndorganisation i högst nio kommuner och tre landstingskommuner samt godkände att regeringen får göra avsteg från s.k. riksdagsbundna regeringsförfattningar. Försöksverksamheten skall pågå under en fyraårsperiod. Syftet är att pröva möjligheten att avsevärt öka den kommunala självstyrelsen. Genom försöksverksamheten skall bättre förutsättningar skapas för kommuner och landstingskommuner att anpassa sina beslut och åtgärder till lokala förutsättningar och behov. Genom att den statliga regleringen avgränsas skall det bli möjligt att öka de enskilda människornas inflytande på den kommunala verksamheten samtidigt som samhällsresurserna kan utnyttjas på ett effektivare sätt.

I propositionen anger regeringen några huvudområden som bör kunna ingå i försöksverksamheten. De frågor som berörs gäller möjligheten att

- slopa den traditionella, sektorsindelade nämnd- och förvaltningsorganisationen
- använda statsbidragen friare
- pröva friare former för den kommunala planeringen
- slippa underställa statliga myndigheter vissa kommunala beslut för fastställelse
- få dispens från vissa föreskrifter som meddelas av statliga myndigheter
- befrias från viss statlig tillsyn i form av inspektioner.

I propositionen framhålls också att försöksverksamheten bör vara begränsad så att grundläggande krav inte åsidosätts när det gäller

- likvärdig standard och rättvist fördelad samhällsservice
- skydd för medborgarnas liv och hälsa
- skydd för särskilt utsatta grupper
- rättssäkerhet
- samhällsekonomi.

Försöksverksamheten med ökad kommunal självstyrelse bör kunna utnyttjas också för att pröva en friare tillämpning av det statliga bostadsfinansieringssystemet inom bostadssektorn. Det kan gå till så att försökskommuner i samarbete med landsting, fastighetsägare och de boende inom ett bostadsområde eller kvarter inom ramen för försöksverksamheten med ökad kommunal självstyrelse tillsammans får ta fram ett samlat åtgärdspaket för att öka möjligheterna för äldre och handikappade att bo där. Staten bör då kunna tillhandahålla ekonomiska medel i en omfattning som ungefär svarar mot vad som kan beräknas för ett konventionellt projekt men överlåta åt kommunen att fördela medlen på det sätt den finner lämpligt med hänsyn till omständigheterna i det aktuella området. En förutsättning skall givetvis vara att försöksprojektet resulterar i samma boendefunktioner som ett konventionellt projekt. Beslut om avsteg och om tilldelning av medel för projekt inom försöksverksamhetens ram bör fattas av regeringen efter ansökan av kommunen.

Genom att kunna göra avsteg från vissa utformnings- och standardkrav inom finansieringsstödets ram ges kommunerna förutsättningar att kunna prioritera projekt i områden där åtgärderna ger de största och snabbaste effekterna. Genom att de ges ett självständigt och samlat ansvar för såväl byggnadsprojektet som de medel som ställs till förfogande för dess genomförande underlättas anpassningen till de lokala förutsättningarna och behoven, förenklas den administrativa hanteringen samt får kommunen större möjligheter att kunna föra projektet i hamn på det sätt och inom den tidsram som planerats. Samordning och samutnyttjande av resurser kan förutom effektivitet också innebära kostnadsbesparingar.

Det är enligt vår mening viktigt att kunna klarlägga dels vilka svårigheter som en kommun kan ställas inför vid en friare resursanvändning, dels vilka åtgärder som kommer att bedömas vara särskilt angelägna och således prioriteras. En friare resursanvändning bör också kunna ge erfarenheter av vilka regler som eventuellt är eller upplevs vara till hinders för det kommunala inflytandet över bostadsförsörjningen. En utvärdering bör ske med stöd av byggforskningsmedel eller på något annat sätt, exempelvis inom ramen för bostadsstyrelsens resurser.

11 VISSA FRÅGOR OM UPPLÅTELSE AV BOSTÄDER MED SPECIELL UTFORMNING M. M.

11.1 Allmänt

Ett av målen för vårt arbete är att alla människor skall ha rätt till en bostad där friheten och integriteten är skyddad. Så får anses vara fallet för dem som bor i eget hus eller i en lägenhet som de själva hyr eller innehar med bostadsrätt. De rättigheter och skyldigheter som är förknippade med boendet i hyres- eller bostadsrättslägenheter är i stor utsträckning reglerade i 12 kap. jordabalken (hyreslagen) respektive bostadsrättslagen (1971:479). Bostäder i s.k. insprängda pensionärslägenheter, pensionärshem och servicelägenheter upplåts ofta med hyresrätt, medan de som bor på sjukhem, långvårdskliniker, ålderdomshem och andra institutioner inte har någon motsvarande rätt till sin bostad. Även de psykiskt utvecklingsstörda och psykiskt sjuka som bor i olika former av gruppbostäder bor som regel utan egna hyresavtal.

Att vissa bostäder för gamla och handikappade i dag upplåts utan någon självständig rätt till bostaden beror i första hand på att boendet är sammankopplat med vård. Som vi tidigare har angett är det numera en strävan att förändra dessa boendeformer genom att skilja bostads- och vårdfunktionerna åt. Bostaden blir på det sättet mer neutral i förhållande till vården. Därigenom skapas förutsättningar för att flera bostäder av denna typ kan upplåtas med exempelvis hyresrätt med den trygghet i besittningen som följer därmed. En sådan utveckling skulle enligt vår mening kunna bidra till att öka de boendes självständighet och integritet.

Vi har tidigare angett att den övervägande delen av de gamlas och handikappades bostadsbehov bör kunna tillgodoses inom ramen för det vanliga bostadsbeståndet. Den diskussion vi för i det följande tar sikte på de fall då vissa bostäder på ett mer genomgripande sätt har

utformats eller lokaliserats med tanke på de berörda gruppernas speciella behov.

Man kan till att börja med konstatera att redan i dag upplåts bostäder för gamla och handikappade med hyresrätt i olika boendeformer.

I vilken utsträckning denna ordning bör utökas är enligt vår mening beroende av flera faktorer. Grundinställningen är som nämnts att alla människor skall ha rätt till en egen bostad, där den boende är garanterad de rättigheter som bl.a. hyreslagen ger. Samtidigt måste en avvägning göras mot det allmänna intresset av att bostäder som har särskilda egenskaper förbehålls dem som har behov därav. Lämpligheten av att en sådan bostad upplåts med hyresrätt är också beroende av i vilken mån en regelrätt uthyrning kan antas försämra möjligheterna för samhället att fullgöra sin skyldighet att bereda vård åt dem som av olika skäl inte själva kan ta ansvar för sin situation.

En annan omständighet som naturligtvis har stor betydelse i sammanhanget är boendets beräknade varaktighet. Om vistelsen, särskilt då den är kopplad till någon form av vård, beräknas bli kortvarig, kan det vara mindre lämpligt att ingå ett hyresförhållande för den tillfälliga bostaden. Den boende har i dessa fall i regel kvar sin ordinarie bostad.

En avvägning mellan de nu redovisade aspekterna leder enligt vår mening till att besittningen av bostaden bör tryggas även för gamla och handikappade när det är fråga om självständigt boende i en permanentbostad. Däremot talar det mesta för att en sådan lösning är mindre lämplig då det är fråga om ett boende som inte är frivilligt eller om boendet ingår som ett led i en tidsmässigt avgränsad behandling eller om vården ställer sådana överordnade krav på boendet att det får karaktäriseras som ett institutionsboende. Bostädernas speciella utrustning eller utformning och vårdens omfattning bör däremot principiellt inte förhindra att bostaden upplåts på sedvanligt sätt, exempelvis genom uthyrning. Vi föreslår därför inte några speciella regler för upplåtelse av sådana bostäder. Vi har dock inte kunnat göra en fullständig genomgång av de konsekvenser för bl.a. huvudmännen för vården m.m. som kan komma att uppstå.

I följande avsnitt redogör vi för vissa bestämmelser i hyres- och bostadsrättslagstiftningen som är av särskilt intresse i detta sammanhang och beskriver hur de kan tillämpas.

11.2 Upplåtelse med hyresrätt

11.2.1 Rätten till förlängning av hyresavtalet

Det är självklart väsentligt att bostäder med speciella egenskaper och vårdresurser i första hand förbehålls dem som har särskilda behov av dessa egenskaper och den avsedda vården. Normalt sett finns det inte heller något intresse från den boendes sida att ha kvar en bostad som har stark anknytning till vård som vederbörande inte längre behöver. I vissa fall kan man dock tänka sig detta, t.ex. om bostaden har eftertraktade servicefunktioner som inte kan påräknas i ordinära lägenheter, om den på annat sätt framstår som attraktiv eller om en alternativ bostad saknas eller är svår att få.

Bostadshyresgäster har enligt 46 § hyreslagen s. k. besittningsskydd till lägenheten. Det innebär kortfattat att de under vissa förutsättningar har rätt att, även om hyresvärden motsätter sig det, få hyresavtalet förlängt om det sägs upp. Besittningsskyddet för hyresgästen grundas på en avvägning mellan dennes intresse av att få bo kvar och hyresvärdens intresse av att få disponera över lägenheten på annat sätt.

Inskränkningarna i besittningsskyddet har utformats som upphörsgrunder, som vid en prövning i det enskilda fallet kan leda till att hyresförhållandet inte förlängs. De besittningsskyddsbrytande situationerna räknas upp i lagtexten (punkterna 1-9). Exempel på sådana situationer är att huset skall rivas eller byggas om eller att lägenheten inte längre skall användas som bostad. Inskränkningar gäller också för vissa typer av tjänstebostäder. Förutom de uppräknade situationerna innehåller paragrafen en generalklausul (punkt 10), enligt vilken besittningsskyddet kan få vika, nämligen om "det - - - icke strider

mot god sed i hyresförhållanden eller eljest är oskäligt mot hyresgästen att hyresförhållandet upphör". I dessa fall görs alltså en mera allmän intresseavvägning mellan hyresvärden och hyresgästen. Om en hyresgäst måste lämna sin bostad på grund av att huset skall byggas om innebär besittningsskyddet att hyresgästen om möjligt skall beredas tillfälle att efter ombyggnaden hyra en likvärdig lägenhet i huset. I annat fall är hyresvärden skyldig att ordna en likvärdig bostad. Tvister om förlängning av ett hyresavtal avgörs av hyresnämnden. Nämndens avgöranden kan sedan överklagas till bostadsdomstolen.

En tillämpning av gällande bestämmelser innebär att hyresnämnden får avgöra frågan om besittningskydd från fall till fall. Om besittningsskydd vid en sådan bedömning anses föreligga, kan hyresgästen alltså inte tvingas flytta när hyrestiden har gått ut.

Vid tillämpning av generalklausulen i 46 § första stycket 10 hyreslagen skall de motstående intressena i besittningsskyddsärendet alltid vägas mot varandra. Det innebär bl.a. att hyresvärden alltid måste ha sakliga skäl för sin begäran att hyresgästen skall flytta. En omständighet på hyresgästens sida som har betydelse i detta sammanhang är hyresgästens behov av den aktuella bostaden. Av betydelse vid avvägningen av hyresvärdens skäl gentemot hyresgästens intresse att få behålla lägenheten måste sakskälen ha sådan tyngd att det framstår som rimligt att hyresgästen får flytta. Bostadsläget på orten har också betydelse för hur intresseavvägningen kan komma att utfalla. Man kan utgå från att intresseavvägningen skulle utfalla till hyresgästens nackdel om han eller hon inte har behov av en speciell lägenhet i t.ex. ett servicehus utan i stället erbjuds en annan lägenhet som är godtagbar.

Enligt vår mening ger nuvarande bestämmelser i 46 § hyreslagen utrymme för en nyanserad bedömning.

En inte ovanlig situation är att kommunens socialförvaltning hyr ett antal lägenheter av en fastighetsägare och sedan upplåter dem i andra hand till äldre eller handikappade. Den boende står då i ett hyresförhållande till socialförvaltningen. Den boendes besittningsskydd är i dessa fall beroende av att hyresförhållandet mellan socialförvalt-

ningen och fastighetsägaren består. Normalt torde man inte behöva befara några större olägenheter när socialförvaltningen eller liknande är andrahandsuthyrare. Det är emellertid allmänt sett önskvärt att så många som möjligt har förstahandskontrakt till sina bostäder.

11.2.2 Överlåtelse av hyresrätten

Hyresgästen har i dag enligt 35 § hyreslagen en principell rätt att överlåta hyresrätten för att få en annan bostad i byte, även om hyresvärden motsätter sig det. Denna rätt gäller oavsett vad som har avtalats. Tillstånd lämnas av hyresnämnden, om hyresgästen har beaktansvärda skäl för bytet och detta kan äga rum utan påtaglig olägenhet för hyresvärden. I vissa särskilt angivna situationer kan byte inte genomdrivas mot hyresvärdens vilja. Det gäller om lägenheten t.ex. är förhyrd i andra hand, utgör del av upplåtarens bostad eller avser möblerat rum.

Tillgången på lägenheter som är lämpade som bostäder åt människor med funktionshinder eller sjukdom är starkt begränsad i många äldre bostadsområden. Att bostäder som p.g.a utformning eller anknytning till en vårdinrättning är avsedda för äldre eller handikappade bör förbehållas denna kategori måste accepteras så länge det råder brist på sådana bostäder. I de fall lägenheterna har mycket speciella egenskaper bör inga problem uppstå, eftersom de lägenheter det är fråga om oftast inte är attraktiva för andra än dem som har behov av den särskilda lägenheten. Om andra personer står i kö för att få hyra en sådan lägenhet, bör lägenheten kunna disponeras av dem som har behov av den. Bestämmelserna om bytesrätt ger emellertid utrymme för hyresnämnden att beakta sådana omständigheter. Som vi har nämnt tidigare bör emellertid behovet av denna typ av lägenheter på sikt bli täckt, varför eventuella problem torde vara av övergående natur.

En situation som det kan finnas anledning att kommentera är en makes eller samboendes rätt att överta hyresrätten. Regler om detta finns i 33 och 34 §§ hyreslagen. Enligt 33 § har t.ex. en efterlevande make eller samboende rätt att inträda som hyresgäst till en lägenhet som varit avsedd att användas som deras gemensamma bostad. Denna rätt är

ovillkorlig. Någon skälighetsprövning skall alltså inte ske. Enligt 34 § får en hyresgäst även överlåta lägenheten till någon annan närstående som varaktigt sammanbor med honom. Om hyresvärden motsätter sig detta, kan hyresnämnden lämna tillstånd till överlåtelsen, om hyresvärden skäligen kan nöja sig med förändringen.

Det är naturligt att makar vill bo tillsammans även om bara den ene av dem är i behov av den särskilda vård som kan vara knuten till bostaden. Möjlighet till detta ges också i stor utsträckning redan i dag. Om den vårdbehövande maken avlider, kan den efterlevande vilja bo kvar. Om lägenheten innehas med hyresrätt tillförsäkras också den efterlevande rätt att bo kvar genom de nyss nämnda bestämmelserna i 33 § hyreslagen.

Om andra närstående, t.ex. barn, sammanbor med hyresgästen får en önskan att bo kvar prövas av hyresnämnden i enlighet med bestämmelserna i 34 § hyreslagen. Några olägenheter med en sådan ordning föreligger knappast.

11.2.3 Bestämmande av hyran

Hyreslagen är tillämplig endast om bostaden upplåts till nyttjande mot ersättning. Någon form av hyra måste alltså betalas. Hyresvillkoren bestäms genom att parterna kommer överens om dem för en viss period, vanligen ett år. Överenskommelsen träffas antingen mellan den enskilde hyresgästen och hyresvärden eller, vilket är det vanligaste, efter kollektiva förhandlingar.

Om parterna inte enas om hyrans storlek vid förlängning av ett hyresavtal skall den bestämmas enligt den s.k. bruksvärdemetoden. Denna metod innebär i stort sett följande. Hyran skall vid förlängning utgå med skäligt belopp. Den hyra som hyresvärden fordrar godtas, om den inte är oskälig. För att avgöra om hyran är oskälig eller inte skall den jämföras med hyran för andra lägenheter som med hänsyn till bruksvärdet är likvärdiga. Jämförelse skall i första hand göras med hyran i

det allmännyttiga bostadsbeståndet. Hyran är oskälig, om den är påtagligt högre än hyran för jämförelselägenheterna.

En viktig fråga när det gäller hyressättningen av särskilda bostäder för gamla och handikappade är att rättvisa förhållanden uppnås gentemot dem som under ett övergångsskede bor på likartat sätt men utan att själva hyra bostaden. Man kan tänka sig att den fortsatta utvecklingen innebär att skillnaderna i boendestandard, vård och service jämnas ut mellan bostäder och institutioner. Medan bostäderna hyrs ut mot en skälig hyra som bestäms med ledning av bruksvärdesprincipen betalar den som är patient på en motsvarande institution en vårdavgift som är bestämd efter helt andra grunder. Det kan dock nämnas att vårdavgifterna redan i dag skiljer sig väsentligt mellan olika institutioner. Vi anser därför, trots vissa olägenheter under ett övergångsskede, att det innebär en förbättring i det avseendet i förhållande till i dag om fler sådana bostäder upplåts genom uthyrning. På sikt bör dessutom en stor del av nuvarande institutioner avvecklas och ersättas av boendeformer där man skiljer mellan boende och vård.

Vi vill i det här sammanhanget betona vikten av att kostnader för service m.m. som den boende skall betala skiljs från hyran på ett klart sätt. Frågan om bl.a. differentierade vårdavgifter kommer att utredas vidare, se kapitel 13.

11.3 Upplåtelse i bostadsrättsform

Det finns i och för sig inte några lagliga hinder mot att anordna särskilda bostäder för t.ex. äldre i bostadsrättsform även om detta är förenat med vissa komplikationer. Det är också möjligt att i det ordinära bostadsrättsbeståndet anordna lägenheter som har speciell utformning eller tillgång till service eller vård. Sådana lägenheter kan av den boende innehas antingen med bostadsrätt eller med hyresrätt.

Ett ställningstagande till om man för de nämnda typerna av bostäder bör anlita bostadsrättsformen framför hyresrättsformen kräver att man noga beaktar de juridiska och ekonomiska förutsättningarna för respektive upplåtelseform. Någon genomgripande granskning härav är i detta sammanhang inte möjlig. Det torde vara tillräckligt att peka på några centrala egenskaper hos bostadsrättsformen som bör beaktas vid valet av upplåtelseform.

Bostadsrätt upplåts utan begränsning i tiden. Besittningen till lägenheten kan därför inte brytas, t.ex. på grund av att ett vårdbehov inte längre föreligger. Bostadsrättsformen bör alltså inte komma ifråga för tillfälligt boende. Detta hindrar i och för sig inte att boendet kan förenas med vissa servicefunktioner eller med vård. En fördel med bostadsrätten kan vara att de boende själva kan bestämma om inriktningen av sådan hjälp.

Bostadsrätt kan endast upplåtas av bostadsrättsföreningar. Vad gäller särskilda kategorihus torde initiativet till föreningsbildningen vanligen komma från kommuner eller landsting vilka i samråd med främst de rikskooperativa organisationerna bildar föreningen. Innan bostadsrätt upplåtes är det lämpligt att ge föreningsstadgarna ett sådant innehåll som är lämpligt med hänsyn till ändamålet. När det gäller lägenheter anpassade för gamla och handikappade som är spridda i byggnaden är det på motsvarande sätt lämpligt att samråd sker så att vissa lägenheter förbehålls särskilda kategorier människor. Om bostaden inte upplåts med bostadsrätt direkt till någon sådan person eller hyrs ut av föreningen till denne kan man tänka sig att landstinget eller kommunen innehar bostadsrätten för upplåtelse, vilket torde vara det mest vanliga.

En särskilt viktig fråga i detta sammanhang är hur en bostadsrättsförening skall kunna behålla sin karaktär av förening för vissa kategorier människor eller hur en särskilt anpassad lägenhet skall kunna förbehållas en bestämd personkategori.

Enligt bostadsrättslagen har bostadsrättshavaren en principiell rätt att överlåta bostadsrätten till vem han vill. Bostadsrätten kan också vara föremål för arv, testamente eller bodelning. En begränsning gäl-

ler emellertid på grund av reglerna om medlemskap. Enligt huvudregeln i 11 § bostadsrättslagen kan medlemskap sålunda vägras vid övergång av bostadsrätten om förvärvaren inte uppfyller de villkor för medlemskap som föreskrivs i stadgarna eller föreningen inte skäligen kan godta med honom som bostadsrättshavare. Beträffande make gäller dock den regeln att medlemskap aldrig kan vägras såvida beslutet inte grundas på en skyldighet att tillhöra viss sammanslutning eller liknande. En kommun kan aldrig vägras medlemskap.

Regeln i 11 § innebär bl.a. att föreningen som villkor för medlemskap kan föreskriva att endast vissa kategorier av personer kan beviljas inträde i föreningen (s.k. insållningsklausul). Mot bakgrund av den principiellt fria överlåtelserätten får i följd av ett särskilt stadgande i 11 a § en insållningsklausul emellertid inte vara så snäv att den i praktiken innebär en hembudsskyldighet, dvs. en skyldighet för bostadsrättshavaren att erbjuda bostadsrätten till någon person som bostadsrättshavaren inte själv utsett. Det är inte heller möjligt att överlåta åt något annat organ än föreningens styrelse att godkänna en förvärvare. Något hinder mot att förena en insållningsklausul med prisföreskrifter föreligger däremot inte.

De angivna reglerna försvårar givetvis för kommuner och landsting att effektivt förmedla bostäder till de kategorier människor som har behov av sådana bostäder som nu diskuteras. I viss mån kan läget dock komma att bli annorlunda om möjligheter till hembud, t.ex. till kommunen, införs. 1983 års bostadsrättskommitté har i uppdrag att överväga om sådana regler bör införas i samband med priskontroll på bostadsrätter.

När det gäller enstaka, särskilt anpassade lägenheter är läget i viss mån annorlunda. Problemställningen blir visserligen densamma om bostadsrätt upplåts direkt till bostadsrättshavaren av föreningen. Det är emellertid tveksamt om det överhuvudtaget är möjligt att anknyta en insållningsklausul till en viss lägenhet. En bättre och i praktiken inte ovanlig lösning är som tidigare nämnts att bostadsrätten upplåts till kommunen eller landstinget. Om det härefter är önskvärt att bostadsrätten i fortsättningen enbart innehas av en viss kategori människor kan en s.k. återköpsklausul tas in i överlåtelseavtalet

mellan kommunen eller landstinget och den boende. Genom en sådan klausul, som inte är av föreningsrättslig utan av civilrättslig natur, blir den boende skyldig att återförsälja bostadsrätten till kommunen respektive landstinget. Även prisföreskrifter kan förekomma i sådana avtal. Det är också möjligt att etablera en sådan ordning som nu sagts genom att kommunen och landstinget förvärvar bostadsrätten på öppna marknaden för vidareförsäljning.

Utöver vad som sagts i det föregående bör nämnas att en bostadsrättshavare enligt bostadsrättslagen är skyldig att själv hålla lägenheten i gott skick genom underhåll och reparationer. Det finns emellertid möjligheter att i stadgarna föreskriva att underhållet skall åvila föreningen, vilket kan ha aktualitet i för sådana bostäder som det här är fråga om. Vidare bör avslutningsvis erinras om att den boende vid upplåtelse av bostadsrätt betalar en viss kapitalinsats, grundavgift, och vid överlåtelse erlägger köpeskilling till överlåtaren. Som tidigare nämnts finns dock möjlighet att reglera ersättningen vid överlåtelse genom prisföreskrifter.

12 BOSTADSKOMPLEMENT OCH SERVICE

En bra boendeservice är en av de viktigaste förutsättningarna för att gamla och handikappade ska kunna bo kvar i vanliga bostäder. En väl utbyggd närservice är en del av det sociala nätverk som gör bostadsområdet till en levande boendemiljö. En mångsidig områdesservice kan också bidra till att skapa arbetstillfällen i närmiljön.

Brist på god närservice påverkar starkt behovet av hemtjänst och annan kommunal service. Ett områdes olika servicesystem är ömsesidigt beroende; brister i ett utbud påverkar efterfrågan i ett annat. När t.ex. kvartersbutiken slår igen ökar belastningen på den sociala hemtjänsten. När servicehuset öppnar matservering måste bostadsområdets restaurang stänga etc.

Serviceutbudet på områdesnivå är ofta sektoriserat, med olika utbud riktade mot olika specialgrupper: skolbarn, äldre, de som arbetar inom området och de som bor där. Det försvårar för folk att hitta den service de behöver och motverkar en spontan och naturlig kontakt mellan olika grupper.

En bra boendeservice för alla bygger ofta på att man samutnyttjar lokaler och integrerar verksamheter som var för sig behöver större underlag än bostadsområdet men som tillsammans kan bära kostnaderna och ge den sammanlagda servicen större bredd och ökad kvalitet.

12.1 Tidigare utveckling och initiativ

12.1.1 Boendeservice - ett välfärdsmål enligt servicekommittén

Integrerad service i bostadsområdet var en central tanke hos den statliga servicekommittén, som tillsattes år 1967 och lämnade sitt slutbetänkande år 1973 (SoU 1973:24, Boendeservice 7). När kommittén tillsattes byggdes nya bostadsområden snabbt, långt från centrum, och männi-

skor flyttade in i sina bostäder innan den grundläggande områdesservicen var klar. De yrkesarbetande kvinnornas antal ökade starkt under 1960-talet och ställde krav på utbyggd barntillsyn. Bilismen expanderade, handeln koncentrerades och närbutiker slogs ut. Behovet att tillgodose servicebehoven i bebyggelseplaneringen var stort.

1960-talets snabba strukturförändringar innebar också en accentuering av regionala olikheter i fråga om samhällsservice. Service blev inte bara en teknisk fråga utan en social rättvisefråga. Servicekommittén såg boendeservice som ett medel att uppnå sociala samhällsmål som trygghet, gemenskap och jämlikhet. En väl fungerande boendeservice betraktades som ett viktigt fördelningspolitiskt instrument. Till boendeservice räknade kommittén barnomsorg, omsorg om äldre, handikappade och sjuka, fritids- och kulturaktiviteter och olika former av kommersiell service som varudistribution, expeditiva tjänster, tjänsteförmedling, mathållning, bostadsvård och tvätt. Grundtanken var att åstadkomma en samplanerad samhällelig och kommersiell service i integrerade anläggningar med skolan som bas. Kommittén förordade också samordning av olika tjänster inom ramen för servicecentraler på områdesnivå.

12.1.2 Bostadsföretagen satsar på boendeservice

Många bostadsföretag engagerade sig i de nya serviceidéerna. HSB och Riksbyggen gjorde tillsammans med KF en utredning, "Service i bostadsområden", med specificerade anvisningar i fråga om konsumtionsunderlag och dimensionering av service på olika närhetsnivåer. I början av 1970-talet växte bostadsområden med integrerade servicelokaler fram på olika håll i landet. Brickebacken i Örebro med Stiftelsen Hyresbostäder i Örebro som byggherre blev det första, mest berömda och studerade, förebild för många integrerade centrumanläggningar. Med skolan som kärna byggdes ett centrum, där alla servicelokaler kunde nås från en uppvärmd, invändig gågata. Skolans gymnastik- och slöjdsalar blev områdets sport- och fritidslokaler på kvällstid och skolbiblioteket samsades med folkbibliotekets filial. Kyrksalen fungerade också som föreningslokal. Intill Konsumbutiken fanns Hyresbostäders servicekiosk som förmedlade tjänster (numera krympt till en servicedisk inne i butiken, där man kan lämna in tvätt och recept, köpa busskort och

receptfri medicin). Samordningen gav möjlighet att bygga en simbassäng som används både av skolan och av Brickebackens vuxna invånare.

Brickebacken bygger på integration både av lokaler och verksamheter med den dubbla avsikten att maximalt utnyttja resurserna och att skapa gemenskap mellan olika brukargrupper. Men anläggningen kom inte att fungera som avsett. Gemenskapen mellan skolbarn och pensionärer blev inte konfliktfri, butiken blev rasttillhåll och efterfrågan på bostadsföretagets servicetjänster var mindre än väntat. Just nu pågår arbetet med en förnyelse av området i samarbete mellan kommun, bostadsföretag och boende. Någon samlad kunskap om hur de integrerade anläggningarna fungerar i dag eller om de bidragit till en förbättrad boendeservice finns inte.

Samtidigt prövades också servicecentraler i flera bostadsföretag. I servicehuset i Sollentuna Centrum finns en sådan servicecentral med en reception. Enligt en tio år gammal undersökning använder nära 95% av hyresgästerna receptionens tjänster vid något tillfälle. Även i dag har receptionen och dess personal stor betydelse för hyresgästerna, både i fråga om praktiska frågor och som en kontaktpunkt. Personalen informerar dessutom nyinflyttade och får på så sätt kontakt med alla boende.

Ett annat exempel på 70-talets servicetänkande är kvarteret Fältöversten på Östermalm i Stockholm (Familjebostäder) - en servicetät kvartersenklav, uppbyggd i en gammal stadsdel. Fältöversten ger dels service åt de boende (114 lägenheter varav 14 är handikappanpassade och ca 50 har larm installerat för äldre boende) genom en reception med paket- och bytestjänst, dygnet-runt-vakt och matservice från kvartersrestaurangen, dels service åt hela området. Inom Fältöversten finns butiker, föreningslokaler, bokkafé, apotek, distriktsläkare, och -sköterska, lekskola, dag- och fritidshem, socialbyrå och polis. Fältöversten bygger inte på integrerade lokaler, men däremot på samutnyttjande av tjänster för boende och besökare, vilket betyder en hög servicenivå för de gamla och handikappade. Men även i Fältöversten har brist på efterfrågan medfört att vissa servicetjänster har uteslutits.

Göteborgs Stads Bostadsaktiebolag har i ca 15 år drivit en servicecentral, "Bo-Service". Uppgifterna har delvis förändrats med åren. I

dag fungerar Bo-Service som en vanlig områdesexpedition, men man kan också förmedla tjänster typ apotek, tvättinlämning, lämna information, hjälpa till med deklarationer och liknande.

Servicecentraler med en bred verksamhet finns också i Upplands Väsby. Där har bostadsföretaget AB Väsbyhem lokaler för bl.a. tvätt och fritidsverksamhet som har samordnats med delar av skolan som matsal och gymnastiklokaler. Receptionerna är öppna på dag- och kvällstid, vilket bidrar till att lokalerna kan utnyttjas under en stor del av dagen.

I Helsingborg finns ett samarbete mellan Riksbyggens förvaltning, brandförsvaret - som också sköter ambulans och färdtjänst - och det lokala handikapprådet och DHR, bl.a. i området Rosengården. Distriktssköterska och kommunalt bibliotek finns också. De boende i servicelägenheter och pensionärer i området har tillgång till matsal, terapilokaler, fotvård och en reception. Receptionen är gemensam för landstinget och socialförvaltningen. Trygghetslarm från lägenheterna går till receptionen som är bemannad dygnet om. Samverkan sker kontinuerligt mellan bostadsförvaltningen och socialförvaltningen i området. Bl.a. planerar socialförvaltningen att placera en fastighetsskötare i området för att ge service utöver "normalt" skötselåtagande åt pensionärerna och servicelägenheternas boende.

12.1.3 Kommunerna bygger ut områdesbaserad samordnad kommunal service

Den kommunala verksamheten har genomgått en kraftig förändring och utbyggnad under 60- och 70-talen. Förändringarna har sina orsaker i bl.a. kommunsammanläggning, befolkningstillväxt och expansion av den kommunala verksamheten. Därtill kommer ökade statliga krav på olika delar av den kommunala verksamheten, vilka inneburit krav på specialisering och fördjupade kunskaper inom kommunens olika verksamhetsområden.

Dessa förhållanden har lett till att den kommunala verksamheten har blivit starkt sektoriserad och i många fall dåligt samordnad. Ibland slår företrädare för olika sektorer slår vakt om sina verksamhetsom-

råden snarare än att diskutera hur samverkan och gemensamt resursutnyttjande skall kunna åstadkommas. Detta kan leda till att den kommunala verksamheten blir så splittrad att den av de boende uppfattas som svåråtkomlig och svår att påverka.

I många kommuner prövas olika vägar för att göra verksamheten effektivare, att uppnå samverkan mellan personal och gemensamt utnyttjande av lokaler, att göra serviceutbudet mera tillgängligt för alla och att engagera brukare och boende i verksamheten. Försök pågår på många håll med områdesbaserad integrerad, kommunal service.

Ett gemensamt drag hos många av dessa försök är strävan att dels undvika särlösningar för olika befolkningsgrupper, dels öka medborgarnas deltagande i den kommunala verksamheten och i kommunpolitiken. Ytterst handlar det om en strävan att ge förutsättningar för ett socialt liv och motverka tendenserna till anonymitet, främlingskap och isolering i våra bostadsområden. Med den kommunala servicen som en drivkraft i kommundelen och bostadsområdet vill man stärka det sociala livet till svaga gruppers och allas fromma. Försök i bl. a. Linköping, Hedemora och Örebro är exempel på dessa strävanden i många kommuner.

I Linköping har socialförvaltningen utvecklat nya modeller för barnomsorg, samt pensionärs- och handikappomsorg. Små, integrerade enheter lokaliserade i nästan alla bostadsområden och ett öppet arbetssätt - alla boende får tillgång till lokaler, personal och material - innebär ett förstärkt samspel mellan socialtjänst, enskilda personer, grupper och föreningar i bostadsområden.

Socialtjänstens alla personella resurser, bestående av barnvårdre, hemvårdare, hemsamariter, terapibiträden, ekonomibiträden m. fl., samlas i en integrerad områdesbaserad organisation i stället för den traditionella funktionsinriktade och sektoriserade organisationen som är vanlig på de flesta håll i landet.

Utgångspunkten i Linköping är att socialtjänsten inte kan lösa alla sociala problem - de är allas angelägenhet. Arbetssättet anges vara det

viktigaste, den främsta uppgiften att skapa väl fungerande sociala nätverk i alla bostadsområden.

I många andra kommuner pågår försök med integrerade "basenheter" för service i bostadsområdena. Basenheterna kan exempelvis innehålla förskola , lågstadieklasser samt en grannskapslokal bestående av matsal och kök vilken avses fungera även som närlokal för de boende.

Även inom äldreomsorgen pågår försök i stor omfattning. Det gäller här som regel integration av lokaler för öppen förskola, dagcentral för pensionärer, café - matservering och föreningslokaler samt vissa personallokaler. I många fall avses lokalerna kunna utnyttjas även av de boende. I en del fall har besökarna själva programansvaret för verksamheten.

I Hedemora kommun har de boende i kommundelen Garpenberg medverkat i planeringen av ett centrum i Garpenberg samhälle med samordnade verksamheter speciellt anpassade till kommundelens behov.

I centrat har således daghemsverksamheten integrerats med fritidsverksamheten för pensionärer, förskola med lågstadieskola, distriktssköterska med hemsamariter. Bibliotek och matsal möjliggör större sammankomster och utnyttjas av daghemmet, förskolan, skolan och dagledigа. Därtill kommer bostäder för i första hand äldre och handikappade.

I Örebro kommun har delar av den kommunala verksamheten decentraliserats till 15 kommundelsnämnder som har ansvar för sektorerna fritid, kultur, skola och social verksamhet. Kommundelsnämnderna har såväl budget- som personalansvar och förfogar över egna kanslier med lokal arbetsledning, verksamhetsadminstration och egna utbildningsresurser.

Ett viktigt syfte med reformen är att bryta ned eller i varje fall kraftigt mjuka upp kommunförvaltningens sektorisering. Ett annat skäl är önskan att öka medborgarnas deltagande i den kommunala politiken.

Försök med kommundelsnämnder i ovan nämnda syften pågår på flera håll i landet.

12.1.4 Den kommersiella servicen

En väl fungerande detaljhandel på områdesnivå är en viktig förutsättning för äldre att klara sitt dagliga liv utan hjälp. Närbutiken som kontaktpunkt är också en del av det sociala nätverket. I gamla stadsdelar finns ofta ännu ganska många lokala butiker kvar. Utglesningen har emellertid medfört att många av dessa bygger på förutsättningen att innehavaren inte räknar med normal lönsamhet och butikerna kommer sannolikt inte att drivas vidare då nuvarande innehavare pensioneras.

Lönsamheten för detaljhandeln kan också sjunka till en kritisk nivå i samband med ombyggnad och förnyelse till följd av högre hyra, krav på att lokalerna skall förbättras med avseende på tillgänglighet, arbetsmiljö etc. och ett minskat befolkningsunderlag p.g.a. lägenhetssammanslagningar.

I nyare bostadsområden saknas ofta lokaler lämpade för detaljhandel, hantverkservice etc. utanför de centrala centrumanläggningarna. Avståndet till dessa kan ofta vara långt för människor som bor i de yttre delarna av området.

Bostadsområdenas dagligvaruservice påverkas också negativt av en oplanerad omlokalisering av handeln till nya enheter i trafikorienterade lägen av typ bensinstationernas trafikbutiker och särskilda storbutiker. Handeln söker ofta externa lägen med god tillgänglighet och låga kostnader, lägen dit bilburna kunder lätt kan komma och handla kanske stora volymer till låga priser, vilket kan vara rationellt för många konsumenter. I många fall är dessa externa etableringar lokaliserade till mark som är stadsplanerad för handelsändamål. Det är dock också vanligt att handel etableras i lokaler och områden som i stadsplanen är reserverade för andra ändamål, t.ex. industriområden, utanför det ordinarie stadsplanearbetet med remissförfarande, samråd och utställning.

Samtidigt har under de senaste åren en stor del av de nyetablerade dagligvarubutikerna bestått av butiker i bostadsområdena. En ganska stor andel av dessa kan betecknas som rena närhetsbutiker.

Många kommuner saknar tillräcklig överblick och kunskap om detaljhandeln och ställer heller inte upp kommunala mål för butiksnätets utveckling i tätorterna. Resultatet blir en splittrad detaljhandel med dåligt utbud av service på vissa platser.

Kommunförbundet har redovisat en modell för kommunal detaljhandelsplanering och tagit fram en varuförsörjningsplan i samarbete med Enköpings kommun. Modellen beskriver hur detaljhandelsplaneringen kan knytas till det årliga planeringsarbetet i kommunen. Syftet med en varuförsörjningsplan kan vara att ge underlag bl.a. för en samordning med annan översiktlig planering i kommunen i samråd med företagen och hushållsinflytande via kommunens konsumentpolitiska verksamhet.

Handelns organisationer har vid överläggningar med arbetsgruppens sekretariat framfört krav på ökad kunskap hos kommunerna om detaljhandelns villkor och konsekvenserna av nyetableringar. De efterlyser bättre kommunalt beslutsunderlag och öppna diskussioner om planeringsprinciperna. De har också visat stort intresse för en utveckling av nya samarbetsformer för bibehållen närservice, t.ex. med bostadsföretag och andra fastighetsägare inom ramen för servicecentraler.

12.2 Utvecklingsmöjligheter

12.2.1 Aktiv, områdesbaserad bostadsförvaltning

I de större bostadsföretagen har förvaltningen sedan länge varit inriktad på stordrift, centralisering och specialisering. Rationaliseringen av fastighetsskötseln har drivits hårt. Fastighetsskötaren blev en bilburen främling som besöker huset för en kort stund. Reparation och service ges av olika specialister, alla okända för de boende. Anonymiteten bäddar för skadegörelse och vandalism. Res- och spilltid fördyrar tjänsterna.

De överläggningar som arbetsgruppens sekretariat har hållit med bostadsförvaltarnas organisationer visar att utvecklingen nu går mot

en samordnad områdesförvaltning i nära kontakt med de boende. Inom t.ex. SABO har ett förändringsarbete påbörjats, bl.a. genom att utbilda ett 100-tal områdeschefer som skall arbeta i en decentraliserad förvaltning. Vidare utvecklas nya budget- och ekonomisystem. I en decentraliserad bostadsförvaltning måste olika funktioner samordnas, vilket bl.a. ställer krav på utbildning av personal och översyn av avtal m.m.

HSB-kongressen har slagit fast, att även om insatser av åldringsvårdande karaktär faller utanför HSB:s uppgifter, finns det skäl att pröva om inte en begränsad utökning av serviceutbudet kan vara möjlig. Enklare former av tillsyn av äldre samt vissa städ- och budtjänstuppgifter skulle kunna inrymmas i en välutvecklad samordnad fastighetsskötsel som ett komplement till samhällets insatser.

Riksbyggen har i studiematerial tillsammans med Pensionärernas riksorganisation (PRO) i flera omgångar utarbetat studiematerial om olika boendeformer för äldre och även uppmuntrat landets kommuner att inventera och följa upp de äldres boendeförhållanden. Under september 1984 kommer ett nytt studiematerial som behandlar olika boendeförhållanden, servicebehov och vårdmöjligheter.

Många fastighetsskötare gör redan i dag småtjänster åt de boende. I kvarteret Räknestickan i Ekholmen i Linköping (Riksbyggen), bekostar kommunen 40 % av en fastighetsskötartjänst för att ge service åt pensionärerna. I bl.a. Malung prövar AB Malungshem att låta ungdomar inom ungdomslagens ram hjälpa hyresgästerna med en rad praktiska uppgifter.

I de fall bostadsföretagen öppnar områdesexpeditioner betjänar de vanligen ca 1 000 lägenheter. Dessa områdesexpeditioner har möjlighet att utvidga sina tjänster utöver de som direkt ingår i den dagliga förvaltningen. På en del håll har detta redan skett.

12.2.2 Samverkan bostadssektorn - servicesektorn

Samverkan mellan bostadsförvaltare och olika former av kommersiell service kan ske på flera olika sätt. Bostadsföretagen är hyresvärd för

många typer av verksamheter. Genom att hålla en låg hyresnivå, bistå med tjänster och medverka till att ombyggnader anpassas till vad olika verksamheter kan bära, kan bostadsföretagen medverka till att servicen i ett bostadsområde bibehålls.

Bostadsföretaget kan också på andra sätt samverka med de lokala serviceföretagen, t.ex. genom att kombinera en lokal reception med en närbutik - som i Brickebacken - eller genom att använda entreprenörer för delar av verksamheten. I en kommun fungerar receptionen i ett hotell också som reception för ett antal servicebostäder för äldre.

HSB beskriver i sitt principprogram för äldreboende ett planerat samarbete med SARA-bolagen för att utveckla "serviceområden" som alternativ till servicehus. I dessa områden skulle ingå lägenheter anpassade för äldre människors behov. Där skulle också finnas samlingslokaler av olika slag, bl.a. en kvartersrestaurang till vilken SARA levererar mat. Från ett SARA-hotell inom rimligt avstånd kunde städservice köpas. Trygghetslarmet kunde kopplas till portierlogen som alltid är bemannad osv. SARA har också en expanderande verksamhet inom kommun- och företagsservice som personalrestauranger, skolor, dagcentraler, servicehus etc. på olika platser i landet. Det är alltså inte nödvändigt med ett SARA-hotell inom ett område för att ett samarbete skall kunna etableras.

Även Fastighetsägareförbundet har tagit initiativ till att frågan om samverkan mellan bostadssektorn och servicesektorn behandlas. I gemensamma konferenser med Köpmannaförbundet och SHIO-Familjeföretagen har man för avsikt att redovisa och diskutera möjligheterna för boendeservicen att överleva och utvecklas på kommersiella villkor. Det gäller inte enbart servicehusens kvartersrestauranger och olika hantverkare utan i hög grad även fastighetsförvaltningens egna förutsättningar att kunna bredda sitt seraviceutbud till de boende.

12.2.3 Integrerad hemtjänst

De gamla serviceplaneringsmodellerna var tänkta för nybebyggelse. Grundidéerna om integration gäller än, men tillämpningen måste anpassas

till äldre områden. Om 80-talets närservice ska fungera för människor som mer än andra är bundna till sina bostadsområden - t.ex. gamla och handikappade - kan det behövas nya former av lösningar som bygger på samverkan t.ex. mellan en decentraliserad fastighetsförvaltning, den sociala hemtjänsten och näringsidkare inom bostadsområdet. Lokaler, personal och verksamheter kommer att behöva integreras. Gränser mellan organisationer och personalkategorier behöver överbryggas.

En mera servicebetonad syn på de tjänster som erbjuds de äldre måste också växa fram, i enlighet med socialtjänstlagens vägledande principer om normalisering och självbestämmande.

Den sociala hemtjänsten har en nyckelroll när det gäller äldre människors möjligheter att bo kvar i ett vanligt boende. Efter den kraftiga utbyggnaden under 1970-talet arbetar nu närmare 70 000 personer med att ge hjälp, stöd och personlig omvårdnad till ca 350 000 äldre. Den sociala hemtjänsten består dels av den sociala hemhjälpen, där kommunernas anställda utför arbete i den enskildes hem, dels av andra verksamheter, som finns i kommundelen/ distriktet och som kan nyttjas kollektivt eller enskilt, som t.ex. matservering, fot- och hårvård, gymnastik, bad, ADL-träning, trygghetslarm och telefonservice, kontakt- och aktivitetsskapande verksamheter m.m.

Tidigare betjänade hemtjänsten nästan uteslutande äldre. Allteftersom institutionsplatserna avvecklas möter hemtjänstpersonalen nya grupper, t.ex. rörelsehindrade, psykiskt sjuka, missbrukare som behöver deras tjänster för att klara ett självständigt boende. Hemtjänstens verksamhetsområde expanderar och ställer nya krav på yrkesroller och kunskaper.

Den sociala hemtjänstens verksamhetsformer befinner sig i förändring. I många kommuner har arbetslag/grupper av vårdbiträden organiserats. Som bas för arbetet har grupperna ofta en områdeslokal. Samtidigt försöker man att lägga ut t.ex. administration i områdeslokaler och att knyta hemvårdsassistenter till servicehus.

Också mål och arbetsinnehåll för hemtjänstverksamheten är under debatt. Hemtjänsten skall inte enbart tillfredsställa materiella behov utan

också medverka till att den enskilde behåller sin intellektuella, emotionella och fysiska förmåga. Hemtjänstens personal skall stödja, hjälpa, träna, råda men också aktivera och stimulera och framför allt skall den utgå från vad den hjälpta personen själv kan. Hemtjänsten skall inte ta över sysslor eller initiativ som den enskilde har förutsättningar att klara själv. En strävan är också att komplettera det individorienterade stödet med en utökad kollektiv service - t.ex. matlag i stället för matdistribution, träffpunkter i kvarteret, möjlighet till skapande verksamhet där de äldres kunskaper och praktiska färdigheter kan tas tillvara.

Också den praktiska, hemserviceinriktade delen av hemtjänstverksamheten behöver enligt vår uppfattning utvecklas. Ca 20 % av hemtjänstens tid går åt till matinköp (Kommunförbundet, 1982). Kan den organiseras annorlunda, t.ex. samordnas med lokal kommersiell service? En tung del av vårdbiträdenas vardagsarbete är städning och fönsterputsning. Kan den i stället utföras av lokala städpatruller som ingår i en decentraliserad fastighetsförvaltning? Vi vet att arbetsmiljöproblemen är stora inom hemtjänsten och att personalomsättningen är hög, ca 70 %. En avveckling av de tyngre hemtjänstsysslorna till andra, bättre lämpade grupper och en ökad betoning av de "medmänskliga" delarna av arbetet skulle kunna ge hemtjänstens personal ett intressantare och mera omvårdnadsinriktat innehåll.

Den utbyggda hemtjänstens lokaler inryms ofta i nybyggda servicehus eller ombyggda ålderdomshem. Man bygger också friliggande lokaler i bostadsområden. Bostadslägenheter och nedlagda butiker blir efter mindre ombyggnader personallokaler. Det förekommer att lokaler samutnyttjas av pensionärer och personal. Lokaler för äldre (t.ex. matservering) kan också utnyttjas av andra grupper som behöver organiserad mathållning, t.ex. skolbarn och daghemsbarn. Det finns exempel - t.ex. i Stolplyckan, Lambohov och Ekholmen i Linköping - på hur lokaler för barn- och äldreomsorg kan samlokaliseras och på kvällstid göras tillgängliga för alla i området.

Normaliseringsmålet - att varje människa ska kunna leva och fungera i sin vanliga miljö under så normala förhållanden som möjligt - talar för att hemtjänsten bör decentraliseras och integreras med andra verksam-

heter i bostadsområdet som t.ex. fastighetsförvaltning, barnomsorg, biblioteks- och föreningsverksamhet och kommersiell service, beroende på lokala behov och förutsättningar. Mycket talar för att en förändrad, mera utåtriktad social hemtjänst kommer att bli en viktig del av det sociala nätverket och den lokala kulturen i framtidens bostadsområden.

12.3 Övervägande och förslag

En av de viktigaste förutsättningarna för att gamla, handikappade och långtidssjuka skall vilja och kunna förbli i vanligt boende i ordinära bostadsområden är att de, liksom deras anhöriga, inte upplever risken för isolering och otrygghet i boendet som överhängande. En rad undersökningar och de praktiska erfarenheter som har vunnits genom de senaste årens satsningar på kvarboende och öppenvård visar på betydelsen av den sociala miljöns kvalitet och möjligheterna att snabbt kunna få den hjälp man behöver.

Samtidigt kan vi konstatera att utvecklingen under de senaste åren har inneburit att såväl de sociala nätverken som närservicen tunnas ut. Den senaste levnadsnivåundersökningen visar att människors välfärd har ökat på alla undersökta områden utom ett, nämligen tillgången på sociala kontakter. En nyligen genomförd undersökning av de handikappades levnadsförhållanden visar att ensamhet och isolering är ett stort och växande problem.

Den här utvecklingen är oroande från allmänna bostadssociala utgångspunkter. Skall det bli möjligt att genomföra den omstrukturering av vården och omvårdnaden om gamla och handikappade som vi önskar måste trenden brytas. Detta är emellertid ingen lätt uppgift. Orsakerna till den pågående utvecklingen är många och sammansatta. Till stor del är det frågan om oönskade konsekvenser av en eftersträvad utveckling på olika områden som t.ex. högre förvärvsfrekvens och ökad rörlighet.

I den här situationen är det angeläget att samhällets insatser utformas på ett sätt som kan bidra till att öka den sociala gemenskapen i närmiljön. De resurser som sätts in från samhällets sida för att tillhandahålla tjänster åt olika befolkningsgrupper måste i högre grad utfor-

mas så att de ger stöd för att stärka både grannkontakterna, föreningslivet och det lokala näringslivet. Genom den stora utbyggnad av skolväsendet och barnomsorgen som har skett tidigare och genom den utbyggnad av socialtjänsten och den öppna vården som nu sker är samhällets insatser i närmiljön numera betydande.

De medvetna satsningar som på några håll har gjorts visar att dessa insatser, om de utformas på rätt sätt, kan utgöra en avgörande resurs för att utveckla den sociala närmiljön. Genom en ökad samverkan mellan samhälle, föreningsliv, bostadsförvaltare och näringsliv kan denna resurs ytterligare förstärkas. En förutsättning för att detta skall kunna ske är dock att den sektorisering som i så hög grad präglar samhällets insatser idag kan brytas. Den fortsatta utbyggnaden av den sociala hemtjänsten och den öppna vården bör därför enligt vår uppfattning medvetet utnyttjas för att också förbättra den sociala miljön i allmänhet i bostadsområdena.

De viktigaste statliga stimulanserna för utbyggnaden av öppna vårdformer är dels den statliga låne- och bidragsgivningen för bostadsbyggande, ombyggnad och bostadsanpassning, dels det statliga driftsbidraget till den sociala hemtjänsten. Vi föreslår i kapitel 10 vissa ändringar i bostadsfinansieringen. På en punkt innebär våra förslag en inskränkning i förhållande till nuvarande praxis. Det gäller möjligheterna att få bostadslån med räntebidrag för lokaler för service till gamla och handikappade. Ett skäl för detta är att vi anser att ett stöd med den utformning det hittills har haft, på ett olyckligt sätt förstärker tendenserna till sektorisering av samhällets tjänster och till uppbyggnad av institutionsliknande bostadsanläggningar speciellt för gamla och handikappade.

Vi föreslår att man i stället inför ett tidsbegränsat statligt bidrag för uppbyggnad av öppen och integrerad lokal tjänsteproduktion. Som vi har visat i det föregående kan en sådan utformas på många sätt.

Basen för verksamheten kan finnas i kommunens olika verksamheter (som i Linköping) eller i bostadsförvaltningen (som i Upplands Väsby). Verksamheten kan vara koncentrerad till en enda anläggning eller mera utspridd inom bostadsområdet. En bärande tanke är dock att det finns en

gemensam kontaktpunkt i form av en reception, områdescentral eller liknande tillgänglig för alla och med ett vidsträckt öppethållande. En annan bärande tanke är att verksamheten skall utformas så att den kan bidra till att knyta samman kommunens, bostadsförvaltarnas, föreningslivets och det lokala näringslivets olika aktiviteter i ett område, till förmån för ett gemensamt resursutnyttjande och en ökad tillgänglighet för de boende.

För att ett statligt bidrag skall komma ifråga bör verksamheten ha en tydlig lokal prägel - det skall verkligen vara frågan om närservice. Det samlade huvudmannaskapet bör kunna bäras av såväl kommun som bostadsförvaltare eller en organisation av fastighetsförvaltare, en sammanslutning av de boende, ett detaljhandelsföretag eller någon annan part. För att säkra en god samordning mellan olika verksamheter och att utvecklingen kan ske i linje med den övergripande planeringen för bebyggelseutvecklingen m.m. bör en förutsättning för statliga stimulansbidrag vara att verksamheten har tillstyrkts av kommunen. Vi förutsätter att kommunen normalt medverkar i den tilltänkta verksamheten inom ramen för socialtjänsten, fritids- och kulturverksamheten etc.

Vi föreslår således att ett tillfälligt statligt stimulansbidrag införs för upp- byggnad av verksamhet av den typ som vi nyss har beskrivit i grova drag. Bidraget bör konstrueras som ett engångsbidrag för att täcka en del av investerings- och/eller driftskostnaderna under ett inledningsskede. Vi bedömer att det kommer att behövas en medelsram på ca 20 milj. kr. per år för att den önskade utvecklingen skall kunna ske med tillräcklig bredd.

Det är angeläget att ett stimulansbidrag av detta slag administreras i former som ger möjlighet att överblicka utvecklingen och att följa upp och sammanställa erfarenheterna av projekt med olika förutsättningar och utformning. Vi föreslår därför att bidragsgivningen kanaliseras genom en centralt placerad delegation med ansvar också för att följa utvecklingen och att sammanställa och redovisa erfarenheterna. I delegationen bör ingå företrädare för närmast berörda myndigheter och organisationer. Delegationen bör knytas till bostadsdepartementet.

Bidragsgivningen och därmed även delegationens verksamhet bör tidsbegränsas. Vår bedömning är att det behövs en verksamhetsperiod om fem år för att bidragsgivningen skall ha gett sådana effekter att tillräckliga kunskaper och erfarenheter skall ha vunnits för att boendeservicen skall kunna utvecklas under permanenta betingelser.

Det är emellertid nödvändigt att närmare analysera dessa betingelser. I olika sammanhang har påpekats att förutsättningarna för lokalt bunden tjänsteproduktion är sådana att de medför svårigheter att utveckla även socialt mycket angelägna verksamheter i bostadsområdena. Enligt vår uppfattning är det angeläget att överväga möjligheterna att stimulera sådan lokalt bunden tjänsteproduktion som har särskild betydelse för gamla, handikappade och långtidssjuka. Sådan stimulans kan utformas på många olika sätt. De s.k. ungdomslagen arbetar på många håll med uppgifter av den karaktär vi här tänker på. En annan möjlighet som har diskuterats är att medge skattefrihet eller skattereduktion för ersättning upp till ett visst belopp per år till människor som på sin fritid medverkar i omsorgsarbetet för dessa grupper. Sådana överväganden bör ske i former som medger att de kan leda till konkreta resultat innan det tidigare föreslagna särskilda stimulansbidraget avvecklas.

13 FORTSATT ARBETE

De förslag vi har lagt fram i detta betänkande avser bostäderna och boendemiljöerna. De utgör viktiga delar i arbetet med att förverkliga de mål och synsätt som vi har angett i avdelning I i betänkandet. Men de är inte ensamma tillräckliga för att den avsedda utvecklingen skall kunna ske med tillräcklig kraft. Andra viktiga områden måste också uppmärksammas. Det arbete vars inledning redovisas i och med detta betänkande måste således fortsätta, men med tyngdpunkten flyttad till andra områden. De områden som vi anser det särskilt angeläget att uppmärksamma i det fortsatta arbete är följande:

1. Bostadssociala inventeringar inom institutionerna

Tidigare bostadssociala inventeringar från mitten av 1970-talet visar att boendestandarden på institutionerna har stora brister. En förnyad kartläggning bör ske. Förslag till åtgärder för att förbättra standarden bör redovisas.

2. Områdesvis planering och resursuppbyggnad

Formerna för att planera och organisera olika slag av hjälpinsatser i bostadsmiljöerna behöver utvecklas. Genom det stimulansbidrag som vi har föreslagit i kapitel 12 kan många olika former för att lokalt erbjuda vård, omvårdnad och service i öppna och integrerade former utvecklas, samtidigt som en fortlöpande erfarenhetsåterföring kan ske. Det är angeläget att den utvecklingsverksamheten följs upp genom att formerna för samarbetet mellan kommuner och landsting i såväl planering som löpande verksamhet uppmärksammas speciellt.

3. Förändrad vårdorganisation

Ändrade boendeformer för människor med olika funktionshinder innebär helt nya krav på vårdorganisationen. Denna fråga måste studeras närmare.

4. Utbildning

För närvarande är huvuddelen av vårdpersonalen utbildad för eller har sin huvudsakliga erfarenhet från arbete inom institutioner. Utvecklingen mot öppna vårdformer innebär att kompetenskrav för nya verksamheter behöver fomuleras och omsättas i grundutbildning och vidareutbildning för olika personalgrupper.

5. Ekonomi och finansiering

De studier av de ekonomiska konsekvenserna av en önskad utveckling som redovisas i kapitel 6 bör följas upp genom en både bredare och mer inträngande studie av konsekvenserna både för samhällsekonomin och för fördelningen av kostnaderna mellan staten, landstingskommunerna, kommunerna och enskilda. En sådan studie bör ligga till grund för en samlad översyn av hur aktuella avgifts-, transfererings- och bidragssystem påverkas av dessa förändringar. Därvid bör också beaktas inkomstutvecklingen för olika grupper. De ekonomiska analyserna bör läggas upp så att de så långt möjligt beaktar hela förändringsförloppet och således inte bara redovisar skillnaderna mellan nuvarande och önskade framtida förhållanden.

6. Arbetsmarknad och regionalpolitik

Den önskade omstruktureringen av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter får i vissa fall betydande återverkningar på sysselsättningen. Dessa effekter bör analyseras och förutsättningarna för att genom arbetsmarknadspolitiska och regionalpolitiska insatser stödja en omstrukturering av vården bör övervägas.

Bilaga 1

VISSA FRÅGOR RÖRANDE ANSVARET FÖR SJUKVÅRD OCH OMVÅRDNAD

Tidigare utredningsarbete

Socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet samt Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) har genomfört ett gemensamt utvecklingsarbete främst inriktat på primärvård, äldreomsorger samt samverkan mellan landstingskommuner och kommuner. Resultatet av detta utredningsarbete har presenterats i sex skrifter, nämligen (1) Primärvård - innehåll och utveckling, (2) Sjukvård i hemmet - social hemtjänst, (3) Boende, service och vård för äldre, (4) Långtidsvård i samverkan, (5) Omhändertagande av åldersdementa samt (6) Dagvård inom primärvården.

Spri har i rapporten (1972:12) Lokala sjukhem - underlag för planering och projektering tillsammans med företrädare för sjukvårdshuvudmännen, fackliga organisationer m. fl. skisserat hur ett lokalt sjukhem kan utformas för att tillgodose krav på mänsklig vård och omvårdnad i nära kontakt med patientens normala miljö och de vårdinsatser som kan klaras där av en samverkande sjukvård och socialvård/tjänst.

I rapporten (1980:35) Lokala sjukhem. Åtta förslag till en bättre vård och arbetsmiljö inom långtidsvården har Spri presenterat inköpta och bearbetade förslag från arkitekttävlingen. I dessa förslag har man försökt göra vårdmiljön så hemliknande som möjligt.

Primärvårdens uppgifter

Enligt socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet (HS 80) skall den övervägande delen av vården lämnas inom primärvården vid vårdcentraler och sjukhem. Primärvården skall ha ett förstahandansvar för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett begränsat geografiskt område, och de hälsovårdande och förebyggande åtgärderna skall avse såväl den kroppsliga som den psykiska hälsan. Bl. a. hälsokontroller, förebyggande mödra- och barnhälsovård och familjerådgivning skall ingå i primärvårdens uppgifter. För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvården vid länssjukhus och länsdelssjukhus samt på regionsjukvården vid regionsjukhus. Så snart man inom länssjukvården och regionssjukvården anser sig ha vidtagit erforderliga åtgärder, avses emellertid ansvaret för patienten återgå till primärvården.

Vårdresurserna skall tillhandahållas i första hand vid vårdcentraler och sjukhem. Sjukvårdsområdena skall uppdelas på ett antal primärvårdsområden.

Primärvården förutsätts nära samarbeta med socialtjänsten.

Förutom läkare för allmänmedicin avses även läkare med annan specialistkompetens tjänstgöra inom primärvården.

Den s. k. distriktsvården med distriktssköterskor faller helt inom primärvården och skall utgöra en av de väsentligaste komponenterna i denna. Även sjuksköterskor med annan vidareutbildning förutsätts få uppgifter inom primärvården liksom undersköterskor samt arbetsterapeuter, kuratorer, sjukgymnaster och annan personal.

Det förutsätts att personal av olika kategorier skall bilda vårdlag, bl. a. för hemsjukvård.

Gränsdragningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Enligt socialtjänstlagen (1980:620) har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Kommunens yttersta ansvar innebär bl. a. att kommunen skall ge den enskilde det stöd han behöver i den mån inte åtgärderna ankommer på annan huvudman, förmedla insatser från andra organ samt vidta tillfälliga åtgärder i avvaktan på att ansvarig huvudman kan träda in. I propositionen om socialtjänsten (prop. 1979/80:1 Del A.) framhölls bl. a. att principen om ett yttersta ansvar för kommunerna inte innebär någon ändring i fördelningen av de uppgifter som ligger hos kommunerna respektive landstingskommunerna. Det underströks att det i allmänhet inte möter några svårigheter att avgöra om ett vårdbehov skall tillgodoses av landstingskommunen inom sjukvårdens ram eller av den kommunala socialtjänsten och att detta även gäller i flertalet fall av sammansatt vårdbehov. Man utgick i propositionen från att de tveksamheter som kan komma upp i fråga om ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och sjukvården smidigast får sin lösning genom överenskommelser mellan huvudmännen.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall varje landstingskommun - i lagen jämställs kommun som inte ingår i en landstingskommun - erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Om någon som vistas inom landstingskommunen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, skall landstingskommunen erbjuda sådan vård.

Inte heller hälso- och sjukvårdslagen innebär någon förändring av gränsdragningen mellan hälso- och sjukvården, som sjukvårdshuvudmännen svarar för, och socialtjänsten, för vilken kommunerna svarar (prop. 1981/82:97).

Både för socialtjänsten och hälso- och sjukvården uttalas att landstingen och primärkommunerna inte bör bygga upp likartade vårdresurser. Strävan bör vara att tillsammans och i samverkan tillhandahålla de vårdresurser som krävs.

Samverkansavtal mellan kommuner och landsting

För närvarande har samtliga län, utom fyra, träffat samverkansavatal mellan kommun och landsting om sjukvård i hemmet - social hemtjänst. De län som ännu inte tagit beslut i landsting och kommun står i begrepp att göra detta. Utredningsarbete har så gott som slutförts i samtliga län. Avtalen har olika utformning i flera avseenden. Gemensamt är att inriktningen är ökat kvarboende och förbättrad samverkan mellan huvudmännen. I några län har de först träffade avtalen löpt ut och nya förhandlingar pågår. De län som först träffade samverkansavatal av det nya slaget håller på att följa upp och utvärdera sina överenskommelser.

Flera avtal omfattar såväl servicehus med helinackordering som stödinsatser i ordinärt boende. Några län fortsätter med tjänsteköp, medan flertalet tillämpar kompetensprincipen. Samtliga län har någon form av ersättning från landsting till kommun. I flertalet fall har omfattningen av denna räknats fram med tidigare tjänsteköp inom avtalsområdet som grund.

De län som frångått tjänsteköp har tillämpat två huvudsakliga sätt att förändra de finansiella förutsättningarna, finansiell transaktion och skatteväxling.

Transaktioner är antingen lika för alla kommuner från början, inbyggd anpassning över tiden från respektive kommuns utgångsläge till länsgenomsnitt eller olika nivåer för respektive kommun. Ersättningen räknas på vissa håll upp årligen, på andra håll trappas den ned successivt.

I tre län har hittills genomförts en skatteväxling. I samtliga fall har landstinget förbundit sig att sänka sin skatt och kommunerna har givits möjlighet att i varierande grad höja sitt skatteuttag.

I drygt hälften av länen pågår f.n. planeringssamarbete kring psykiatri/socialtjänst mellan hvudmännen. I hälften av de resterande planeras sådant.

Ett generellt problem är hur en uppföljning skall ske av effekterna av verksamhetsförändringar. För att kunna värdera tidigare uppgörelser krävs bl.a. att det finns ekonomiska och verksamhetsmässiga mått som huvudmännen är överens om att tillämpa vid en uppföljning. På det här området behövs en metodutveckling.

I dag är de ekonomiska konsekvenserna av strukturförändringar inom äldreomsorgen m.m. föremål för diskussion och stor oenighet mellan olika intressenter. Från flera län har - mot bakgrund av dessa erfarenheter - förts fram önskemål om att centrala uppgörelser eller förändringar skulle genomföras i det statliga regel/stödsystemet. Denna fråga kommer att bli föremål för ytterligare överväganden i den av socialdepartementet tillsatta arbetsgruppen för vård- och boendefrågor. I gruppen finns företrädare för bl.a. de båda kommunförbunden.

Lokala landstingskommunala organ för hälso- och sjukvård

Genom en lokal organisation av primärvården underlättas samarbetet med socialtjänsten.

Enligt 10 § hälso- och sjukvårdslagen utövas ledningen av den landstingskommunala hälso- och sjukvården av en hälso- och sjukvårdsnämnd. Enligt 11 § får emellertid ett eller flera särskilda organ tillsättas för att under hälso- och sjukvårdsnämnden, vart och ett för den verksamhet som landstingskommunen bestämmer.

I propositionen 1981/82:97 anförs bl. a. att 11 § öppnar möjlighet för landstingskommunerna att inrätta särskilda organ - både med och utan anknytning till förvaltning av sjukhus - och att det inte är nödvändigt att det särskilda organets verksamhetsområde blir begränsat till en del av landstingskommunen. På detta sätt, sägs det, får landstingskommunen full frihet både att inrätta direktioner av nuvarande typ och med nuvarande ansvarsområden och att tillsätta nya förtroendemannaorgan för exempelvis primärvården, endera inom landstingskommunen som helhet eller för geografiskt avgränsade områden. Särskilda organ som inrättas med stöd av 11 § blir att betrakta som nämnder i kommunallagens mening, vilket bl.a. innebär att de kan avge förslag direkt till landstinget. Med bestämmelsen att ett särskilt organ skall leda hälso- och sjukvår-

den under hälso- och sjukvårdsnämnden avses enligt propositionen att hälso- och sjukvårdsnämnden i sin egenskap av det för hela landstingskommunen övergripande förtroendemannaorganet har en viss direktivrätt gentemot ett särskilt organ och därjämte en viss samordningsfunktion.

Det kan här nämnas att den år 1977 tillkallade kommunaldemokratiska kommittén (Kn 1977:07) (KDK), vars uppdrag upphört år 1983, i sitt år 1983 angivna betänkande (Ds C 1983:3) Lokala organ i landstingskommunerna (kommitténs betänkande IX) bl. a. har föreslagit ändringar i lagen (1979:408) om vissa lokala organ i kommunerna, vilka innebär att landstingskommunerna får befogenhet att inrätta lokala organ utöver de möjligheter härför som hälso- och sjukvårdslagen och annan lagstiftning f. n. erbjuder. Syftet med lagen om vissa lokala organ i kommunerna är att möjliggöra en försöksverksamhet med decentralicerat förtroendemannainflytande på viss kommunal verksamhet. Försöksverksamheten skall i ett senare skede utvärderas. Ovannämnda betänkande är föremål för beredning i regeringskansliet.

I detta sammanhang kan vidare nämnas att regeringen nyligen i proposition 1983/84:152 om försöksverksamhet med ökad kommunal självstyrelse har föreslagit att en försöksverksamhet med ökad kommunal självstyrelse skall genomföras i några kommuner och landstingskommuner. I propositionen föreslås en lag som medger en friare nämndorganisation i försökskommunerna både i fråga om de centrala nämnderna och lokala organ. Förslagen i propositionen bygger på förslag av den ovannämnda statkommunberedningen i ett i år avgivet betänkande (Ds C 1984:1) Försök med ökad kommunal självstyrelse.

Primärvårdsnämnder i vissa landstingskommuner

Inom Skaraborgs läns landstingskommuns område utgör varje kommun ett primärvårdsområde. I varje primärvårdsområde finns en primärvårdsnämnd som leder primärvården under landstingets förvaltningsutskott (om landstingskommun inte tillsatt särskild hälso- och sjukvårdsnämnd eller uppdragit åt en annan nämnd att vara hälso- coh sjukvårdsnämnd är enligt 10 § hälso- och sjukvårdslagen förvaltningsutskottet hälso- och sjukvårdsnämnd).

Även i Jämtlands läns landstingskommun finns en kommunbaserad primärvård under ledning av en lokal politisk nämnd. Inom varje primärvårdsområde, som är lika med kommunområde, har resurser i form av hälsocentraler, lokala sjukhem m. m. byggts upp.

Lokala kommunala organ för socialtjänsten

Även för delar av en kommun finns möjligheter att skapa för hälso- och sjukvården och socialtjänsten parallella organisationer, då kommunfullmäktige enligt socialtjänstlagen får besluta att inrätta sociala distriktsnämnder för olika geografiska distrikt i kommunen. Lagen (1979:408) om vissa lokala organ i kommunerna ger dessutom numera kommunerna stor frihet att själva besluta om organisation och verksamhetsformer på bl. a. socialtjänstområdet.

Bilaga 2

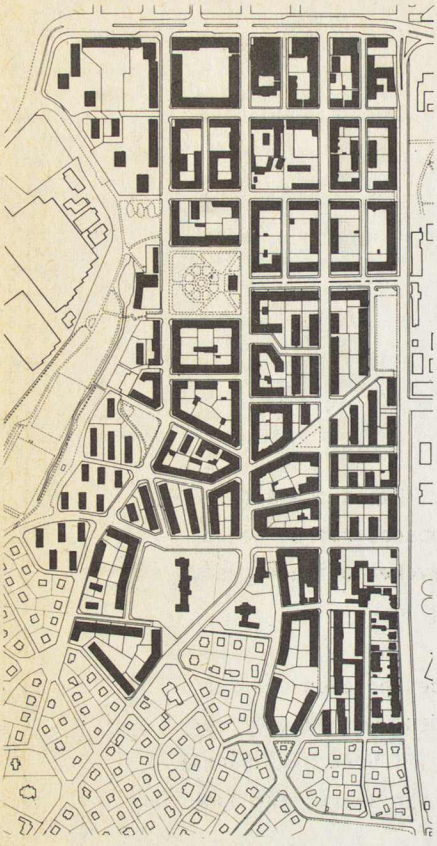
I denna bilaga redovisas tre kommuners - Jönköpings, Umeås och Kungsbackas - försök att planera för äldres och handikappades boende genom förbättring och komplettering. Boendemiljöerna är mycket olika, också följaktligen även de föreslagna lösningarna.

Kommunerna och bostadsområdena är utvalda för att de representerar skilda typer av vanligt förekommande förnyelseområden. För arbetet har svarat kommunala tjänstemän, i Jönköping Ole Reiter, i Umeå Ulf Bränell och i Kungsbacka Eva Bäcklund-Svensson. Ole Reiter har svarat för samordningen av arbetet.

Samtliga tre kommuner befinner sig i ett inventerings- och planeringsstadium och politiska beslut till de nedan redovisade förslagen föreligger ännu inte i respektive kommun.

Kommunerna har emellertid välvilligt ställt detta arbete till arbetsgruppens förfogande som en illustration till de aktuella frågor i samband med planering av bostadsförsörjning, social omsorg och sjukvård som behandlas i kommunerna.

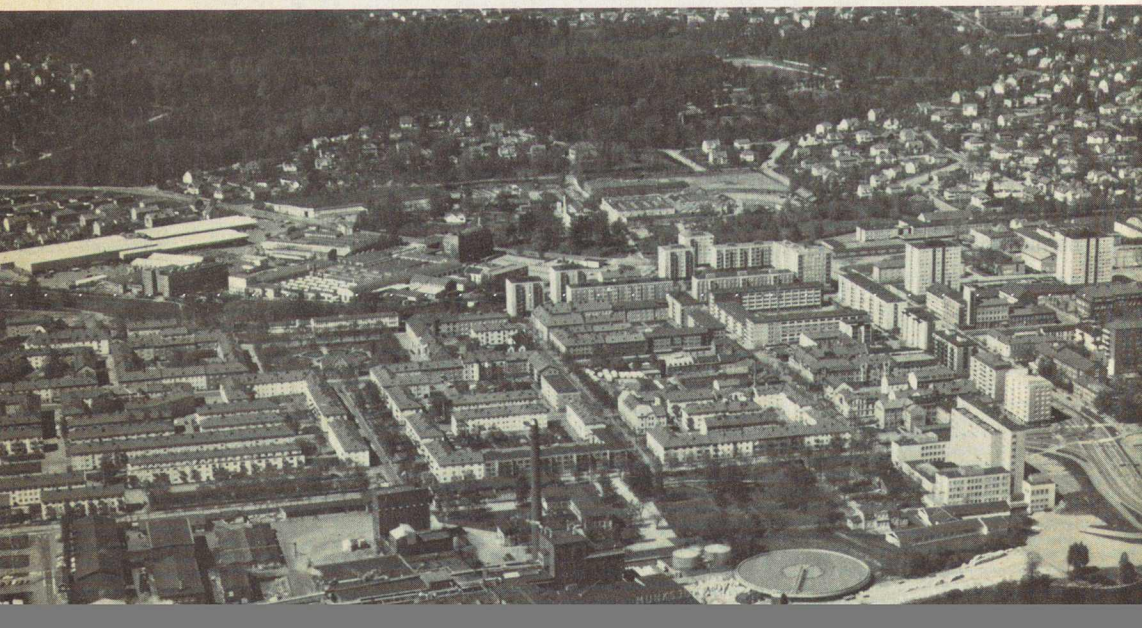
TORPA



TORPA







2.2 Torpaområdet i Jönköping

2.2.1 Stadsdelen

Stadsdelen Torpa är belägen söder om Jönköpings västra centrum. Våra studier avser den del av stadsdelen som består av flerbostadshus. Bebyggelsen består av 3-vånings bostadshus i slutna kvarter och av lamellhus. Bebyggelsen är uppförd under 20-, 30- och 40-talen. Torpa är mycket attraktivt som bostadsområde på grund av bebyggelsens karaktär, närheten till centrum och tillgången på service. De flesta fastigheter är i privat ägo. Ägarbilden är splittrad och många fastighetsägare äger bra enstaka fastigheter i området.

I Torpaområdet bor 5 672 personer och av dessa är ca 1 900 pensionärer. Ca 1 000 personer är 70 år och äldre. Drygt en tredjedel av de boende i området är ungdomar. Det finns mycket få barn och bara ca 300 barnfamiljer. Ca 2/3 av de boende är ensamboende.

2.2.2 Utförda studier - Torpaprojektet

Området har under 82 och 83 varit föremål för särskilda studier inom ramen för ett projekt finansierat med stöd från Statens råd för byggnadsforskning. Projektarbetet har bedrivits i en projektgrupp med företrädare för olika förvaltningar och under medverkan av forskare och konsulter. Projektet är redovisat i byggforskningsrapporten Områdesvis planering för kvarboende. Exemplet Torpa, Jönköping (R 70:1984) av Ole Reiter. Synpunkterna nedan bygger i huvudsak på resultaten från detta projektarbete.

2.2.3 Bostäderna

Vanliga lägenheter

I Torpa finns ca 4 000 lägenheter. Av dem är 3/4 på 2 rum och kök eller mindre. Bara ett fåtal lägenheter i Torpaområdet har tillgång till hiss. Totalt finns endast ett femtiotal hissar, främst i yngre hus i norra delen av området. Många kan emellertid inte användas av en rull-

stolsbunden på grund av trappsteg och knappa mått. Bottenvåningen är i nästan samtliga hus belägen en halv trappa - mellan 4 och 8 trappsteg - över markplanet.

Servicelägenheter

Inom området finns ett servicehus, som togs i bruk år 1980. Servicehuset har totalt 81 lägenheter bestående av enrumslägenheter och tvårumslägenheter. Dessutom finns gemensamhetslokaler och dagcentral med matsal, som är öppen mellan 8.30 och 15.00 5 dagar i veckan. Bland de aktiviteter som förekommer kan nämnas vävning, broderi, tygtryck, småslöjd, träarbeten, boklån, spel, gymnastik, resor och fester samt försäljning av tillverkade produkter.

I en närliggande nybyggd fastighet i kv Medaljen finns 12 servicelägenheter som vad gäller gemensamhetsutrymmen och service stöder sig på Torpa servicehus.

Pensionärslägenheter

Inom Torpaområdet finns sammanlagt 24 pensionärslägenheter, alla om 1 rum och kök eller kokvrå. Samtliga lägenheter är tillgängliga för rörelsehindrade och hiss finns i samtliga fastigheter.

Pensionärslägenheter hyrs av socialförvaltningen och uthyres i andra hand och med subventionerad hyra till pensionärer.

Speciallägenheter

I området finns sammanlagt sex speciallägenheter för handikappade. Lägenheterna är belägna i bottenplan och omfattar 1-2 rum och kök. Samtliga är av kommunen inköpta bostadsrättslägenheter.

Anpassade lägenheter

Inom området finns dessutom ett antal lägenheter som är anpassade med stöd av statligt bostadsanpassningsbidrag. Anpassningar har skett successivt.

	År				
Antal anpassade	1977	1978	1979	1980	1981
lägenheter	8	13	4	8	10

Utöver dessa lägenheter finns inom området en del lägenheter anpassade 1976 och tidigare. Sammanlagt finns f.n. ett sjuttital handikappanpassade lägenheter.

Omfattningen av bostadsanpassningarna varierar. Ändringarna består av borttagande av trösklar, breddning av dörrar, ändring av badrum till duschrum, mindre köksanpassning, trätrall på balkonggolv samt i några få fall dörrautomatik respektive belysnings- och färganpassning för synskadade.

I Torpa finns ännu ingen lyftplatta. Jämfört med andra bostadsområden har däremot fler automatiska dörröppnare installerats. Bostadsanpassning i Torpa har i vissa fall begränsats av att hiss saknats varför en omfattande anpassning inte har ansetts meningsfull.

2.2.4 Boendeservice

Totalt 389 boende i Torpa har hemtjänst och hemsjukvård förutom de boende på servicehuset.

38 patienter har hemsjukvård. Av dessa är tre yngre utvecklingsstörda, 10 yngre och medelålders handikappade och 25 äldre. Sammanlagt 15 patienter vårdas av anhöriga och 23 av kommunala vårdbiträden. Sju av dem är mycket vårdkrävande. I Torpa servicehus bor 18 hemsjukvårdspatienter, varav 4 är mycket vårdkrävande. Därtill kommer ett varierande antal patienter med s.k. lasarettsanknuten hemsjukvård (LAH). 11 Torpabor är dagvårdspatienter.

Till servicehuset går 44 trygghetslarm. 13 av dem är installerade inom Torpa.

Ca 260 personer i Torpa har färdtjänst.

Hemtjänsten i Torpa är organiserad i sex arbetslag med vardera ca 10 hemsamariter (kommunala vårdbiträden). Tre hemvårdsassistenter svarar för verksamheten. En av dem är stationerad på servicehuset.

Totalt ges drygt 2 000 timmar hemhjälp och hemsjukvård per vecka. Hemhjälpen svarar för 1631 timmar varav 62 utförs av anhöriga. Hemsjukvården uppgår till ca 500 timmar. Anhöriga som har hemvårdsbidrag svarar för drygt 200 av dessa.

Knappt en tredjedel av hemsjukvårdstimmarna ges till patienter under pensionsåldern vilket kan jämföras med 7-8 % för hemtjänsten.

2.2.5 Boende utanför området

Torpaområdet är inte "självförsörjande" med bostäder och boendeservice (vård, omvårdnad och service). Utanför området bor eller vårdas ett 80-tal i andra servicehus och på långvårdsavdelningar.

2.2.6 Synpunkter på bostads- och servicebehov i vanligt boende

Bostadsmiljön

De allra flesta äldre och handikappade i Torpa bor - som framgår av det föregående - i vanliga bostäder. För människor med funktionsnedsättningar är denna bostadsmiljö bristfällig i en rad avseenden. Det gäller framförallt brister i den yttre miljön (trafikintensitet, och - störningar) i servicen, samt i bostädernas handikappanpassning och tillgänglighet.

Kvarboendeönskemål

Inom ramen för Torpaprojektet har genomförts en bostadssocial inventering bestående av intervju- och enkätundersökning bland de boende.

Här återges några synpunkter från de äldre.

Flertalet äldre tycks vara nöjda med sitt boende och önskar bara små förändringar i lägenheterna. Dock med ett viktigt undantag; drygt hälften önskar en hiss installerad.

Grundförutsättningen för att kunna förverkliga målsättningen om ett kvarboende för äldre är naturligtvis att de äldre själva faktiskt önskar bo kvar hemma så länge som möjligt. Av undersökningarna framgår att samtliga äldre (70 år och däröver) i Torpa anser att äldre skall ha möjligheten att bo kvar så länge som möjligt även då man behöver hjälp och stöd för sitt boende. (Hälften av undersökningsgruppen har redan nu hemtjänst). Om en flyttning skulle bli nödvändig på grund av ombyggnad önskar de flesta att flytta tillbaka till sin tidigare lägenhet eller till en ny bostad i närheten av den nuvarande bostaden.

Kvarboendeförutsättningar

Många har emellertid problem som försvårar kvarboende. Undersökningsresultaten tyder på att detta kan gälla ca 450 av de ca 1 050 som är 70 år eller äldre. Av dessa 450 personer återfinns ca 160 bland dem som har hemhjälp och 290 bland dem som inte har hemhjälp.

Ungefär en tredjedel har sådana problem med hälsan att kvarboende försvåras. Men hälsoproblemen utgjordes i hög grad av rörelsehinder för vilka miljön - dvs. den bristande tillgängligheten och handikappanpassningen - är av stor betydelse.

Andra faktorer som försvårar kvarboende är brister i de sociala nätverken och i den fysiska miljön. Ca en tredjedel anger att de besväras av ensamhetskänslor och nästan lika många anger att de har direkta problem med bostaden och boendemiljön.

Bara ca 25 % hade funderat på att flytta eller hade direkta flyttningsplaner. Av dessa önskade endast en fjärdedel flytta till servicehus. Övriga önskade en bättre lägenhet inom området. De flesta som vill flytta återfinns bland dem som angett problem som försvårar det dagliga livet.

Hemtjänsten

Det är anmärkningsvärt att ca hälften av hemhjälpstagarna och hemsjukvårdspatienterna i Torpa bor på första våningen, dvs endast en halvtrappa upp. Eftersom de flesta har lång boendetid kan man anta att den hjälp som kan erbjudas inte har varit tillräcklig för att äldre som bott högre upp i huset skulle kunna vidmakthålla självständigt boende.

I ett av hemvårdsdistrikten finns 71 hemhjälpstagare. Av dessa har endast sju personer personlig hjälp (s.k. primär ADL dvs. activities of dayly life), varav två med 10 eller mer per vecka. Annan hjälp dvs. inköp, veckostädning, mat, får 60 personer av vilka endast fem får hjälp mer än sju timmar i veckan. Flertalet äldre får således relativt lite hjälp.

Hemtjänst begärs oftast genom kurator eller anhörig. Enligt uppgift får alla hjälp som begär det om de av hemvårdsassistenterna bedöms vara i behov av insatser. Hög ålder kan vara ett tillräckligt kriterium för att få hemtjänst. Bristande ork eller intresse för hygien och mathållning är andra vanliga skäl för beviljande av hemtjänst. Ensamhet och isolering kan också utgöra motiv för hjälp. Någon egentlig bedömning av om den hjälp som lämnas är tillräcklig finns inte gjord. Det är svårt att anlägga effektivitetsmått och göra bedömningar av behovstillfredsställelsen av gjorda insatser inom hemtjänsten, bl.a. därför att behoven och efterfrågan är svåra att mäta.

Alla får emellertid inte hemtjänst efter önskan. Ett arbetspass med städning tar ca 2 timmar. De äldre som bara har en timme i veckan får alltså städning var fjortonde dag. Tre timmar i veckan betyder i regel veckostädning samt inköp av matvaror en gång per vecka. Bara de som har hjälp alla vardagar dvs. 10-12 timmar i veckan får hjälp även på helgerna. Insatser på 20 timmar betyder som regel att två hemsamariter samtidigt utför 10 timmars arbete. Flertalet äldre önskar städning på fredagar, eller i andra hand torsdagar vilket är omöjligt att tillgodose på grund av hemtjänstpersonalens schemalagda arbetstid.

De flesta äldre får mera hjälp än den som ges av hemtjänsten. Hälften av de som får hemtjänst och 20 % av de som ingen hemtjänst har, får

hjälp från personer utanför hushållet med framför allt olika hushållsgöromål.

Avgiften för hemtjänst varierar i Jönköpings kommun från 40 kr i månaden till 470 kr beroende på taxerad inkomst och antalet hjälptimmar.

Personalen arbetar deltid - ingen är heltidsarbetande. Arbetet anses vara tungt. Personalen har rullande scheman. En första grupp börjar kl 0745, en andra kl 0845 till 13-14-tiden, någon arbetar till kl 1600. Kvällspersonalen börjar sin tjänstgöring kl 1530 till 2130. Sex av tio arbetar kvällstid en gång i veckan. Nattpatrull saknas: Personalen arbetar var tredje helg (en på servicehus och två på distriktet). Lördag och söndag tjänstgör personal mellan 0730-1400.

Personalen "cirkulerar" mellan hemhjälpstagarna och hemsjukvårdspatienterna. Det kan kanske betraktas som ett arbetsmiljökrav. Detta innebär emellertid att antalet personer som besöker den hjälpbehövande kan bli stort.

2.2.7 Bedömning av behovet av servicebostäder

Junegården

På ett servicehus med helinackordering (ålderdomshem) som är beläget strax söder om Torpaområdet (Junegården) finns 73 platser. Där bor idag 16 personer med tidigare adress i Torpa. Medelåldern är hög, 14 av de boende är kvinnor, bara två är män. Föreståndaren anser att 6 av dessa har möjligheter att klara ett ordinärt boende (samtliga kvinnor) under förutsättning av tillgänglig bostad och tillräcklig hemtjänst.

Dalvikshöjden

Dalvikshöjdens servicehus består dels av ett servicehus med helinackordering (ålderdomshem) dels av servicelägenheter med tillgång till en dagcentral inom anläggningen.

I servicehuset bor 29 personer med tidigare adress i Torpa. Av de 22 som bor med helinackordering bedömer föreståndaren att nio kan klara ett eget boende. Fem av de totalt sju Torpabor som har servicelägenhet anses kunna bo i en vanlig lägenhet.

Torpa servicehus

I Torpa servicehus finns 87 hyresgäster, varav tre f.n. är inlagda på långvårdsklinik och en på psykiatrisk klinik. Av hyresgästerna är sex under pensionsåldern.

Personlig hjälp ges till 34 av servicehusets boende. Totalt ges ca 155 timmar per vecka. 75 boende får f.n. "annan hjälp" med totalt ca 425 timmar i veckan. Därtill kommer ca 105 timmar per vecka för löpande insatser, t.ex. att svara på larm. Ca 25 boende får hjälp två timmar eller mindre per vecka. Det bör observeras att dessa serviceinsatser inte är "behovsprövade" på samma sätt som vid ordinärt boende. Det finns så att säga ett stående utbud av service som utnyttjas i varierande grad.

Av hyresgästerna har 12 f.n. ingen service (hemtjänst) alls. Vissa har dock haft hjälp tidigare eller har det sporadiskt. Tre av de nuvarande hyresgästerna har flyttat till servicehuset p.g.a. make/makas hälsotillstånd. Efter dennes bortgång har de emellertid fått möjlighet att bo kvar trots att behov av service inte föreligger. Fem av servicehusets hyresgäster bedöms vara "i behov av gemenskap" men utan egentligt hjälpbehov.

Bara ca två tredjedelar av de boende äter middag i restaurangen; 80 % äter middag åtminstone någon gång. Ca 20 gör det aldrig.

Totalt 41 av servicehusets hyresgäster bedöms av föreståndaren ha förutsättningar att klara ett normalt boende om man därmed menar modern lägenhet, hiss och lättåtkomlig närservice. Det rör sig emellertid inte om en homogen grupp. Hjälpbehoven är mycket olika. Bara 6 av dessa är i behov av personlig hjälp som t.ex. hjälp med personlig hygien, av- och påklädning. 22 boende behöver endast hjälp med städning, tvätt, inköp o.dyl.

Restaurangen rymmer ca 100 matgäster samtidigt. Man serverar ungefär 110 måltider per dag, varav hälften till de boende på servicehuset. Restaurangen har möjlighet att servera kanske dubbelt så många gäster och att laga mat för hemsändning till ännu fler.

Dagcenterverksamheten har ca 250 besök per vecka. Hälften av besökarna är hyresgäster i servicehuset. Verksamheten anses fullt utnyttjad, på gränsen till överbelastning.

Fotvård ges till 30 personer per vecka. Ca 40 % av kunderna bor på servicehuset.

44 trygghetslarm är kopplade till servicehuset förutom de larmanordningar som finns installerade i huset. 13 larm härrör från Torpaområdet.

År 1982 genomfördes en enkät till de då nyinflyttade i Torpa servicehus. Enkäten belyser hyresgästernas tidigare situation och orsakerna till flyttningen till servichuset.

Det kan noteras att endast hälften uppgett det egna hälsotillståndet som inflyttningsorsak. I 50 % av fallen fanns det således andra skäl bakom flyttningen. I ett fåtal fall har det varit den sammanboendes hälsotillstånd som föranlett inflyttningen. Förutom hälsan har den tidigare bostaden angetts som en viktig flyttningsorsak. Hela 20 % har uppgett att den tidigare bostaden var svårtillgänglig eller handikappovänlig och att detta var orsaken till inflyttning till servicehuset.

Innan inflyttningen hade 53 % haft hemhjälp, i genomsnitt drygt 4 tim/vecka. Den faktiska hjälpinsatsen mätt i antalet hjälptimmar i veckan för dem som hade hemtjänst ökade inte i samband med inflyttningen. Den tycks emellertid inte heller ha minskat trots den kollektiva service, större trygghet och tillgänglighet som servicehuset erbjuder jämfört med den tidigare bostaden.

2.2.8 Synpunkter på långvårdspatienternas möjligheter till eget boende

Inom Jönköpings landstings medicinska långvårdsavdelningar finns 36 patienter med senaste adress i området. Medelåldern är hög.

Enligt bedömningar gjorda av överläkarna för respektive avdelning kan 15, eventuellt 16 patienter, bo i eget boende under förutsättning att bostaden är modern, handikappanpassad och tillgänglig och under förutsättning att patienten kan få hemsjukvård, dagvård och hemtjänst efter behov. Endast två av dessa patienter bedöms vara i behov av dygnet-runt-service vid eget boende.

Primärvården i Jönköping är inte utbyggd i en sådan omfattning att den kan svara för all hemsjukvård idag. Detta innebär att en stor del av den hemsjukvård som ges utgår från lasarettet.

Normalinsatsen i den lasarettsanknutna hemsjukvården (LAH) i Jönköping är 2-3 gånger per dygn. Speciellt vårdkrävande patienter får besök av sjukvårdspersonal upp till 7-8 gånger över dygnet.

Få patienter har behövt dagsjukvård - ca 1/3 - och då endast 2 till 3 gånger i veckan. För flertalet har omvårdnadsbehovet kunnat lösas i hemmet. Bland de åtgärder som utförs kan nämnas hjälp med bl.a. personlig hygien, gångträning, sänggående, stomibehandling, katetervård, trycksårsprofylax, medicinering. Inslaget av vård i de insatser som behövs för att vidmakthålla de äldres funktioner är litet. Det rör sig huvudsakligen om omvårdnad.

Av 98 hemsjukvårdspatienter har 32 fått hemtjänst motsvarande ca 8 tim per person och vecka. Det är värt att lägga märke till att 3/4 av de patienter som fått lasarettsanknuten hemsjukvård bor tillsammans med anhöriga. Behovet av service och sociala kontakter har därmed kunnat tillgodoses inom familjen.

2.2.9 Vad krävs för att öka möjligheterna till självständigt boende för äldre och handikappade i Torpa?

Ombyggnad och förbättrad tillgänglighet i vanliga bostäder

För de som idag bor i vanliga bostäder bör målsättningen vara att de skall kunna bo kvar. En nödvändig - men inte tillräcklig - förutsättning för kvarboende är att husen och lägenheterna får en bättre tillgänglighet genom installation av hiss samt handikappanpassning av lägenheterna med avseende på dörrbredder och rymlighet i framför allt badrum.

Antalet lägenheter lämpade för äldre och handikappade behöver vara ca 900. Enligt gjorda bedömningar krävs ombyggnad av ca 190 fastigheter med installation av ca 130 hissar och ett hundratal lyftplattor. Med den låga ombyggnadstakt som nu råder kommer det att ta 20-30 år att uppnå denna målsättning.

Ombyggnadsverksamheten bör läggas upp så att äldre och handikappade inte behöver flytta mer än högst en gång och då till en närliggande lägenhet som ger förutsättningar för ett långsiktigt kvarboende. För att underlätta bibehållande av sociala kontakter och nätverk bör ett tillräckligt stort antal anpassade lägenheter tillskapas i varje kvarter. Detta innebär att de äldre får en bostad inom samma kvarter. I regel bör de kunna flytta till annan lägenhet i huset eller i intilliggande fastighet.

Särskilda boendeformer (gruppboende, kollektivt boende)

Olika former av gruppboende innebär förstärkning av de sociala nätverken. Gruppboende kan behövas i synnerhet för människor utan tillräckliga sociala nätverk och med dålig förankring i bostadsområdet. Gruppboende behöver däremot inte innebära att de boende får mer hjälp än vad som tillhandahålls i individuellt boende.

Genom ett ökat kvarboende bör Torpa servicehus succesivt kunna utvecklas till att ta emot människor med större hjälpbehov. Det skulle därmed kunna avlasta den slutna långtidsjukvården och ge långvårdspatienterna möjlighet till boende under hemlika förhållanden. Lägenheterna skulle kunna bli vårdbostäder och servicehuset ett slags bostads-sjukhus. De allmänna utrymmena skulle kunna utnyttjas för dagvård (rehabilitering)

ev i kombination med en mindre lokal vårdcentral (primärvård). Servicehuset bör även i fortsättningen kunna förvaltas av en kommunal bostadsstiftelse för att därmed betona bostadskaraktären.

Inom exvis Junegården skulle man utifrån Torpaområdets perspektiv kunna tillskapa gruppbostäder för sådana åldersdementa patienter som idag finns inom långvården.

Vård, omvårdnad och hjälp i hemmet

Hemsjukvård kan ges inom ramen för primärvården, som innefattar distriktsvård, mödra- och barnhälsovård och fristående öppen läkarvård med allmänmedicinsk inriktning. Hemsjukvård kan även ges i form av lasarettsanknuten hemsjukvård (LAH).

Den landstingsanknutna hemsjukvården (LAH) anses i Jönköping vara en förutsättning för att mycket vårdkrävande patienter kan bo kvar hemma eller bo inom området. LAH utgör således ett alternativ till dagens vård på långvårdsmedicinsk klinik i Jönköping och ett komplement till den hemsjukvård som ges av primärvården. LAH bör därför kunna ges även på servicehus. Hemsjukvården bör ha tillgång till svikt- och korttidsplatser på exempelvis Torpa servicehus som inte klarar eget boende eller för patienter där anhöriga behöver avlastas.

Genom att vård av långtidssjuka och äldreomsorg kan ske i bostäderna kan den slutna vården allt mer begränsas till akutsjukvård och utredningar.

Hemsjukvård bör inte enbart vara förbehållen långtidssjuka personer utan även omfatta tillfällig vård av såväl långtids - som korttidssjuka. Med denna inriktning på sjukvård i hemmet bör patienter och anhöriga erbjudas möjlighet även till sådan vård som ges inför livets slut. Totalt sett får sjukvård i hemmet en klarare medicinsk inriktning, som till flera delar motsvarar vård på sjukhem.

På grund av behovet av närhet och personkännedom är det önskvärt att den lokala vårdcentralen utgör hemsjukvårdens bas. Utvecklingen mot allt fler hemmaboende vårdbehövande medför önskemål om två vårdcentra-

ler inom området. Den ena bör med fördel kunna lokaliseras till servicehuset. Den andra kan förläggas i anslutning till tillkommande kompletteringsbebyggelser. Eventuellt kan bostäder för vårdkollektiv eller liknande lokaliseras till samma kvarter.

Den nu skisserade utvecklingen innebär en kraftig höjning av omvårdnadsnivån inom den öppna äldreomsorgen. Hemtjänsten utför hemvård och hemsjukvård. De kommunala vårdbiträdena utgör således basorganisationen för service till de boende.

En utveckling enligt ovan leder till krav på ytterligare utbyggnad av den kommunala hemtjänsten. En grov uppskattning ger vid handen att det skulle krävas ytterligare 500 timmar per vecka, dvs en ökning med 25 %. Det medför behov av ytterligare 20 hemsamariter som arbetar på deltid i två arbetslag.

Hemtjänstens arbetslag behöver personallokaler. Med hänsyn till behovet av närhet, personkännedom och lokal förankring bör lokalerna vara spridda inom området. Lokalerna bör med fördel kunna förläggas till ett antal serviceknutpunkter (områdeslokaler) för de boende i området. Det skulle totalt kunna röra sig om ca sju sådana områdeslokaler utspridda på områdets ca 40 kvarter.

Gemenskap och trygghet

Hemtjänstens uppgift är bl.a. att häva tilltagande isolering. Hemtjänstpersonalen skall fungera som en länk mellan den äldre och samhällslivet. En viktig uppgift för hemtjänsten är att stärka individens förmåga till självständig livsföring, att ta vara på det friska.

Hemtjänstens verksamhet inriktas f.n. till stor del på att sköta olika praktiska sysslor. Genom att även fungera som professionella samtalspartner och medmänniskor blir hemtjänsten också ställföreträdare för samhället. Därmed kan hemtjänsten leda till ytterligare isolering och vårdberoende. I stället för att stärka individen och kontakterna med samhället kan hemtjänstens arbetssätt leda till ökande beroende av professionell hjälp. Hemtjänstens verksamhet kan därmed bli institutionsförberedande.

Verksamheten bör istället inriktas på att skapa bättre förutsättningar för hemtjänsten att etablera, vidmakthålla och stärka sociala nätverk. Ett sätt att göra detta är att verka för ökad kontakt de boende emellan. Det kan ske genom att hemtjänstverksamheten anknyts till områdeslokaler som har en rad funktioner och aktiviteter, inte enbart riktade till gamla och handikappade. Områdeslokalen skulle kunna utgöra basen för ett arbetslag som delar sin tid mellan arbete i områdeslokalen och den vanliga tjänstgöringen i äldres och andra servicebehövandes bostäder.

Områdeslokalen bör innehålla flera funktioner. Där kan finnas t.ex.

. kök och matplats
. fritidslokal och samlingslokal
. kiosk eller mindre dagligvarubutik
. möjlighet till tvätt, matdistribution, hemsändning av varor, larmcentral, reception, tekniska hjälpmedel för samariter
. reception för decentraliserad fastighetsförvaltning, underhåll, städning, budtjänst en allt-möjlig-man.
. arbetslokal och personalutrymmen för hemtjänsten

Trygghetslarm bör med fördel kunna kopplas till områdeslokalen.

2.2.10 Kostnader för Torpa

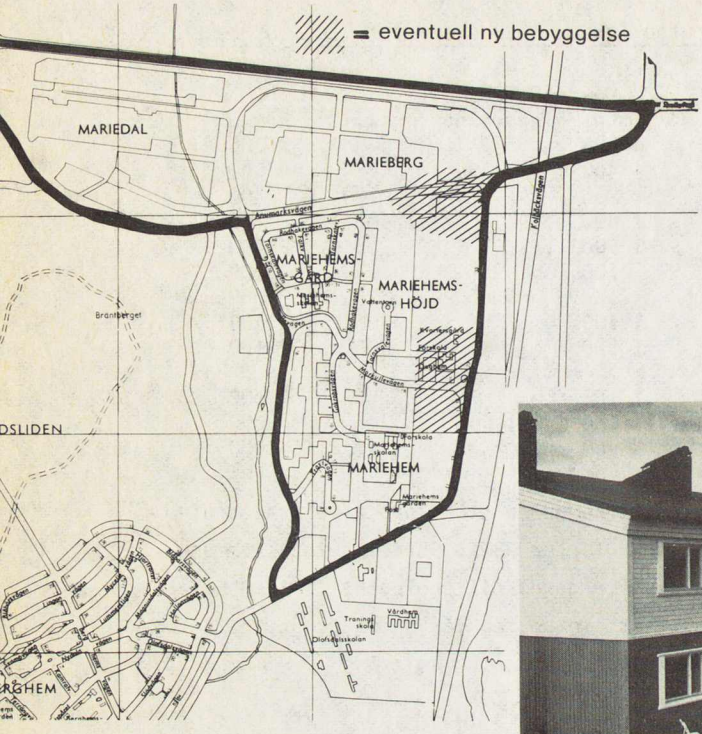
Inledningsvis har ett försök gjorts att beräkna statens, kommunernas och landstingets kostnader för service och vård till främst äldre personer som bor i eller har anknytning till Torpaområdet. Syftet med beräkningen är att ange storleksordningen på olika kostnader.

Kostnader för service/vård, brutto Torpa. 1983 års prisnivå 1 000 kr.

Kostnadsslag	Kostnad för:				
	staten	kommun	landsting	enskild	Summa
KBT	750	3 000	-	-	3 700
Hemhjälp	2 800	4 400	395	405	8 000
Färdtjänst	140	250		10	400
Servicelägenheter	1 900	1 400		1 400	4 700
Dagcenterverksamhet	-	1 900	-	700	2 600
Fotvård m.m.		100		?	100
Långvård	?		9 600	?	9 600
Junegårdens servicehus		1 100		300	1 400
Dalvikshöjdens "-Lasarettsanknuten hemsjukvård		1 500		900	2 400
		1 100			1 100
Summa	5 540	13 650	11 095	3 715	34 000
%	16	40	33	11	100

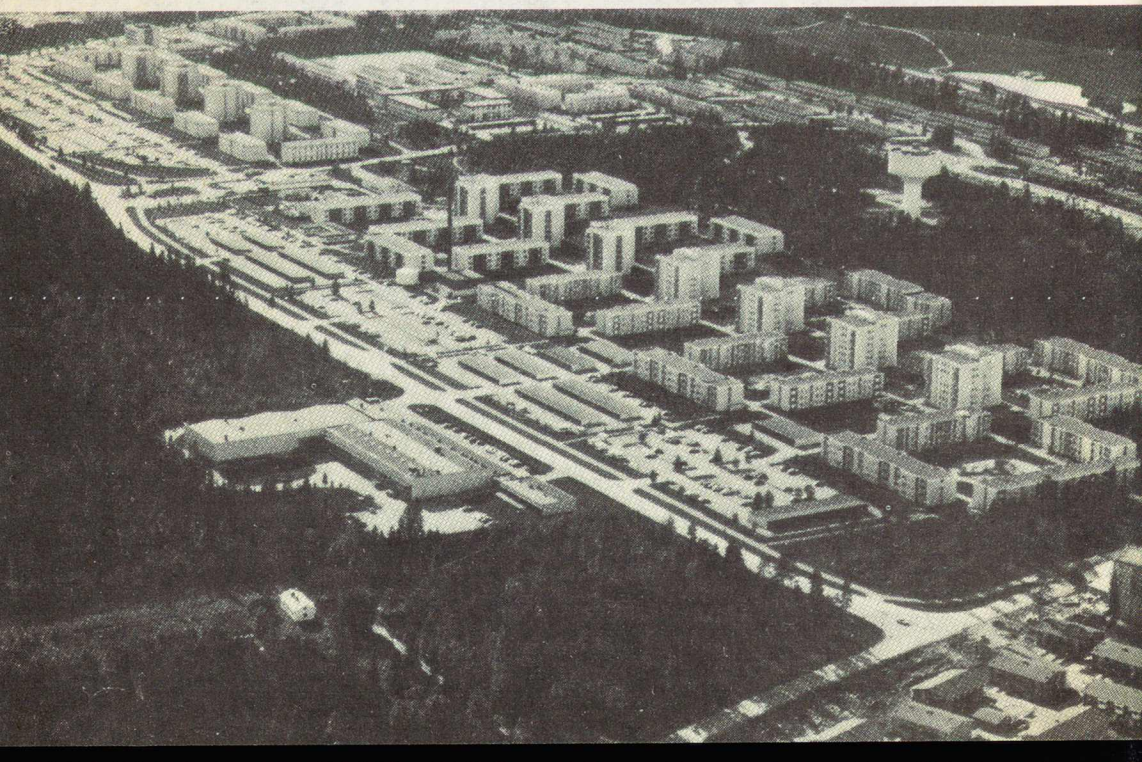
Av denna sammanställning framgår att kommunen står för ca 40 % av bruttokostnaderna medan landstinget står för ca 33 %. Fördelas totalsumman på antalet pensionärer i Torpa så blir genomsnittsbeloppet ca 19 000 kr. Detta kan jämföras med genomsnittsinkomsten för samma grupp (hela Jönköpings kommun) på ca 30 000 kr. per person.

MARIEOMRÅDET









2.3 Marieområdet i Umeå

2.3.1 Stadsdelen

Marieområdet är beläget ca 3 km nordost om Umeå centrum, i närheten av såväl stora fritidsområden som arbetsplatser och universitetet. Området har byggts ut succesivt söderifrån under åren 1964-1980. Det södra, äldre området - Mariehem - är på sin östra sida bebyggt med uteslutande flerbostadshus. I övrigt består bebyggelsen av småhus, samt i den norra delen även av småhusliknande marklägenheter i flerbostadshus. Området räknas som ett av Umeås mest attraktiva bostadsområden.

Nuvarande befolkning är ca 7 800 personer. Därtill kommer ca 2-300 ej kyrkobokförda studerande, som företrädesvis bor i särskilda studentlägenheter i områdets östra del. I området bor ca 400 personer över 65 år, varav ca 250 över 70 år. Dessa har - till följd av områdets ringa ålder - ofta flyttat dit först på äldre dagar. En tredjedel av de boende är under 20 år. Endast 21 % av hushållen består av ensamboende. Hälften av hushållen har barn under 15 år.

Området har goda kollektiva kommunikationer och trafikskyddad miljö. Inom området finns en välutbyggd service med bl.a. fyra större dagligvaruaffärer, vårdcentral, servicehus, tre skolor m.m. Servicen relativt utspriddd inom området.

För området har under våren - 84 utförts en stadsdelsbeskrivning med syfte att bl.a. kartlägga förutsättningarna för långsiktiga förnyelseinsatser. Kommundelsnämnden för denna del av kommunen har haft ansvaret för beskrivningen, som genomförts genom framför allt talrika träffar med representanter för olika grupper av boende och andra intressegrupper. Några egentliga enkätundersökningar eller dylikt har inte genomförts. De allmänna bedömningar och frågor som behandlats i beskrivningsarbetet har också legat till grund för denna redovisning.

2.3.2 Utförda studier - stadsdelsbeskrivning

Totalt finns ca 3 000 bostadslägenheter i området, fördelat på 1 000 lägenheter i småhus och 2 000 i flerbostadshus. Av de senare upplåts ca 1 000 med hyresrätt och 1 000 med bostadsrätt. Av hyreslägenheterna tillhör ca 400 allmännyttan och 600 hos fyra olika privata fastighetsägare.

Nästan alla småhus är på 3 rum och kök eller större. Av flerbostadshusens lägenheter är endast 24 % mindre än 3 rok. I hela området finns alltså ca 700 lägenheter med 2 rum och kök eller mindre.

Flertalet småhus och de ca 700 marklägenheterna är byggda i två plan. Drygt 300 av flerbostadshuslägenheterna är belägna i elva punkthus med hiss i den sydöstra delen av området. Hissens stannplan ligger dock inte i markplanet. I områdets nordöstra del ligger två loftgångshus med totalt 54 lägenheter med 2-3 rok. Dessa är tillgängliga för handikappade, och används delvis för serviceboende i anslutning till servicehuset. De kallas därför "annexet".

De resterande drygt 1 000 flerbostadshuslägenheterna är belägna i trevåningshus i områdets sydöstra del. Dessa lägenheter saknar hiss, och det nedre våningsplanet är beläget en halvtrappa över markplanet. Öster om åsen består bebyggelsen till övervägande del av flerbostadshus. Totalt är således endast 54 lägenheter tillgängliga för rörelsehindrade vid sidan av de 46 lägenheterna i servicehuset.

Servicelägenheter

I området finns ett servicehus som togs i bruk 1980. Servicehuset har totalt 58 lägenheter i 7 lägenhetsplan. Av dessa är 36 lägenheter avsedda för pensionärer, 10 lägenheter är specialanpassade för handikappade och 12 lägenheter fördelas av bostadsförmedlingen till personer i kommunens bostadskö. De lägenhetstyper som förekommer är 1-rums-, 2-rums- och 3-rumslägenheter. Huvudparten (34 st)är 2-rumslägenheter. De 10 specialanpassade lägenheterna liksom de lägenheter som förmedlas via bostadsförmedlingen finns spridda på alla våningsplan.

I anslutning till servicehuset finns en dagcentral med matsal, sysselsättningslokaler, fotvård, hårvård, gemensamhetslokaler m.m.

Ca 75-100 meter från servicehuset har socialkontoret 7 servicelägenheter på 2 rum och kök belägna i markplanet. Lägenheterna har egen ingång. Vad gäller service och gemensamhetsutrymmen hänvisas hyresgästerna till servicehuset. Servicelägenheterna är anslutna till servicehusets trygghetslarm.

I ett loftgångshus ca 200 meter från servicehuset Marieberg finns totalt 28 lägenheter som förmedlas av socialkontoret. De lägenhetstyper som förekommer är 1 1/2 rum och kokvrå (13 st), 2 rum och kök (10 st) och 3 rum och kök (5 st). I loftgångshuset finns hiss och samtliga lägenheter är tillgängliga för rörelsehindrade. Den service som lämnas till pensionärerna utgår från servicehuset.

Anpassade lägenheter

Inom området finns ett betydande antal lägenheter som med statligt bostadsanpassningsbidrag har anpassats till hyresgästernas varierande behov.

Bostadsmiljön

Områdets sociala nätverk är relativt glest. I småhusområdena tycks förekomma mera grannkontakter än i flerbostadshusområdena, men också i det senare skiljer sig förhållandena från husgrupp till husgrupp. Särskilt märkbara är svårigheterna att få ut information om aktiviteter av olika slag. Området erbjuder betydligt mer än vad de boende oftast är medvetna om. Svårigheterna antas bero på bl.a. att det saknas naturliga träffpunkter i området, bl.a. beroende på en splittrad servicestruktur. Andra anledningar är naturligtvis att dagbefolkningen i området är relativt liten.

Av stadsdelsbeskrivningen har framkommit att många äldre har valt att bo i området av speciella skäl. Området har goda och moderna bostäder, nära till service och framför allt kommunikationer m.m. något som är betydelsefullt för den som vill upprätthålla kontakten med sin tidigare

hemmiljö, vänner och barn m.fl. Man kan emellertid befara att isoleringen blir stor för dessa idag aktiva pensionärer när de drabbas av något allvarligare rörelsehinder, på grund av det lokala sociala nätverkets bräcklighet.

2.3.3 Boendeservicen

Hemtjänsten och hemsjukvård

Totalt 93 boende på Marieområdet har hemtjänst och hemsjukvård förutom de som bor på servicehuset och dess annex (loftgångshusen).

Hemtjänsten på Marieområdet är organiserad i ett arbetslag. Arbetslaget består av kommunala vårdbiträden (i öppen vård) som arbetar under ledning av en gruppledare. Den ansvarige hemvårdsassistenten är stationerad på socialkontoret i centrum av staden.

15 personer får hemsjukvård i vanliga bostäder. Av dessa är 2 yngre utvecklingsstörda, 3 medelålders handikappade och 10 äldre. 2 personer vårdas av anhöriga, 13 av kommunala vårdbiträden. 3 är mycket vårdkrävande. I Mariebergs servicehus bor 19 hemsjukvårdspatienter. De totala antalet hemsjukvårdspatienter är således 34.

Till servicehuset är kopplat 48 trygghetslarm. 21 av dem är installerade i Marieområdet.

Totalt ges drygt 1 600 timmar hemhjälp och hemsjukvård per månad (1984).

Behovet av hemtjänst bedöms i Umeå och Marieområdet av hemvårdsassistent. Någon uttömmande bedömning av behov eller efterfrågan på hemhjälp finns inte gjord vare sig i Marieområdet eller något annat Umeådistrikt. Alla som begärt hemtjänst och som av hemvårdsassistent bedömts vara i behov av insatser anses kunna få den nödvändiga servicen. Hög ålder är inte ett tillräckligt kriterium för att få hemtjänst. Bristande ork eller intresse för hygien och mathållning är däremot vanliga skäl för beviljande av hemtjänst. Ensamhet och isolering kan också utgöra motiv för hjälp. Alla får dock kanske inte hemtjänst efter

önskan. Några överklagningar till länsrätten har dock inte förekommit i Marieområdet.
Ett arbetspass med städning tar mellan 1 och 3 timmar. Städning utförs för det mesta var fjortonde dag. Bara de som har hjälp alla vardagar får hjälp även på helgerna. Det innebär att de som har 5 timmar eller mer i veckan kan få sådan hjälp på helgerna.

Flertalet äldre önskar städning på fredagar, eller möjligen torsdagar, vilket är omöjligt att tillgodose på grund av hemtjänstpersonalens schemalagda arbetstid. Personalen arbetar både deltid och heltid. Arbetet anses vara tungt. Alla arbetar var fjärde helg.

Samtliga som nyttjar den sociala hemtjänsten betalar avgift. Avgiften för den sociala hemhjälpen grundas inte på den enskildes ekonomiska situation. Man behöver därför inte lämna uppgift om sina inkomst- och förmögenhetsförhållanden. Alla pensionärer betalar samma avgift för samma sociala service. Storleken på avgiften beror på omfattningen av den sociala hemhjälp som är beviljad. Taxan är så konstruerad att man skiljer på personlig vård, normalstädning och punktinsatser.

Med personlig vård menas - förutom direkt personlig omvårdnad - t.ex. bäddning, inköp, matlagning, etc. efter den enskilde pensionärens personliga behov. I begreppet personlig vård inryms också enklare rengöring i exempelvis kök och toalett - dock inte normalstädning.

Taxan för den personliga vården är (1984), för den som får social hemhjälp mindre än 5 timmar i veckan, 25 kronor/månad. Den som får social hemhjälp 5 timmar och mer i veckan betalar 50 kronor/månad. Normalstädning omfattar städning av bostadsutrymmen samt maskintvätt. Hjälp med normalstädning kan man få med 1-2 gånger/månad. Kostnaden för normalstädning beror på hur ofta man vill ha bostaden städad och hur stor bostad man har eller hur stor del av bostaden man behöver ha städad vid varje tillfälle. För en bostad upp till 2 rum och kök är taxan för normalstädning 50 kronor/månad, för en bostad på 3 rum och kök, 75 kronor/månad och för 4 rum och kök och större, 100 kronor/månad. Om man i förväg kommer överens om normalstädning endast 1 gång/månad uttas halv avgift.

Punktinsatser ges till pensionärer som är i behov av tillfällig hjälp någon gång per år i mån av tillgång på personal. För sådan tillfällig hjälp uttas en fast timavgift på 13 kronor/timme.

Inom kommunen vill man utveckla avgiften så att den blir ännu enklare att tillämpa, typ abonnemangsavgift, lika för alla, per månad, och differentierad bara med hänsyn till lägenhetens storlek.

2.3.4 Boende utanför området

Utanför området bor och vårdas personer som tidigare bott i Marieområdet. Det sker i servicehus och på långvårdsavdelningar. På långvårdsavdelningar finns f.n. 19 personer med senaste adress Marieområdet. I servicehus finns endast ett fåtal.

2.3.5 Synpunkter på bostads- och servicebehov i vanligt boende

Bostadsmiljön

Området delas av en nord-sydgående ås. De delar av Marieområdet som ligger väster om åsen är till stor del brant sluttande, på ett sätt som närmast omöjliggör längre förflyttning för rullstolsbundna eller för personer med gångsvårigheter. Denna del av området innehåller uteslutande småhus och marklägenheter, samt skolor och enkel dagligvaruservice.

Förutsättningarna för kvarboende för personer med omfattande rörelsehinder är därför inte särskilt goda. Till detta bidrar också den sociala miljön - det finns dagtid inte särskilt många människor kvar i det västra området, eftersom flertalet av de boende är förvärvsarbetande barnfamiljer

2.3.6 Bedömning av behovet av servicebostäder

Serviceutnyttjande

I servicehuset Marieberg finns 62 hyresgäster. Av dessa bor 12 i de tio handikappanpassade lägenheterna. Hemsjukvård har beviljats till 19

hyresgäster. Totalt ges ca 330 timmar per vecka. Ytterligare 41 hyresgäster har social hemhjälp där den personliga hjälpen (primär ADL) uppgår till ca 40 tim per vecka och städning till ca 30 timmar per vecka. Därtill kommer punktvisa insatser från personal i receptionen vid larm etc. Dessa insatser är inte behovsprövade och finns som en resurs för servicehusets hyresgäster.

Till hyresgäster i loftgångshuset och de övriga sju servicelägenheterna har beviljats hemsjukvård med ca 55 timmar per vecka, primär ADL ca 55 timmar per vecka och städning ca 20 timmar per vecka.

Av hyresgästerna i servicelägenheter har 17 personer f.n. ingen hemtjänst. Av dessa är sex par. Vissa har haft hjälp tidigare men klarar sig nu med enstaka punktinsatser och med vetskapen om att hjälp finns att få dygnet om. Ett par av hyresgästerna har flyttat till servicehusen p.g.a. makens hälsotillstånd men bor kvar efter makens bortgång trots att något hjälpbehov inte föreligger.

I genomsnitt ca 40 hyresgäster i servicehuset äter middag i restaurangen. I en enkät har hyresgästerna uppgivit att 60 % av männen och 27 % av kvinnorna sällan eller aldrig utnyttjar dagcentralens hobbyverksamhet. Fotvården nyttjas av 66 % av hyresgästerna.

Möjlighet till självständigt boende

För närvarande pågår en undersökning huruvida några yngre handikappade i servicehuset skulle vara beredda att flytta till en annan stadsdel närmare centrum där man nu bygger hyreshus. Det förefaller i dagsläget som om några hyresgäster är intresserade av flyttning till normalt boende.

Beträffande hyresgästerna i pensionärslägenheterna gör föreståndaren bedömningen att 15 personer skulle kunna flytta till vanliga hyreslägenheter. Av dessa är fem par. Det är dock inte troligt att pensionärerna skulle göra samma bedömning om de tillfrågades.

Varför har man flyttat till servicehus?

En undersökning om orsakerna till varför hyresgästerna flyttade till servicehuset Marieberg genomfördes ca ett år efter inflyttningen.

Av resultatet kan utläsas att den helt dominerande anledningen uppgavs vara hälsoskäl (78 %). Otrygghet (42 %), ensamhet (18 %), olämplig bostad (13 %) och otillräcklig hjälp i hemmet (13 %) var andra vanliga svar. Flera hyresgäster uppgav fler än en anledning till flyttning. Innan inflyttningen hade 67 % hemhjälp.

Hyresgästerna i servicehuset Marieberg fick också ange vilka åtgärder som skulle ha erfordrats för att de skulle ha kunnat bo kvar. Det svarsalternativ som fick de flesta svaren var behov av trygghetslarm.

Serviceutbud

Restaurangen rymmer ca 110 matgäster. Restaurangen har ett 80-tal kunder dagligen varav 40 är matgäster från servicehuset. En service som ökat starkt under senare tid är hemsändning av mat från servicehusets kök till boende i de närliggande bostadsområdena.

Hobbyverksamhet, fotvård och hårvård anses ha maximalt utnyttjande. Hobbylokalerna har ca 30 besökande dagligen och fotvårdsterapeuten behandlar 6 pensionärer per dag.

2.3.7 Synpunkter på möjligheterna till eget boende trots stor vårdtyngd

Servicehus med hyresrätt har tidigare varit förbehållet friskare pensionärer som till största delen klarat sig själva. Efterhand som Umeå kommun drivit denna servicehustyp har de som flyttat in vid starten blivit äldre och när det gäller vårdbehovet är idag skillnaderna i hjälpbehoven hos de boende mellan ålderdomshemmen och servicehus med hyresrätt utjämnade.

Det visar sig också att servicehus med hyresrätt väl lämpar sig för vårdtunga äldre. Problem som kan uppstå är vissa isoleringstendenser

när hälsan sviktar samt svårigheter att sköta matfrågan tillfredsställande. Dessa problem kan dock avhjälpas.

Idag kan således servicehus med hyresrätt, med inbyggd dygnet-runt-trygghet och en bemanning som bygger på de boendes faktiska servicebehov vid olika tidpunkter på dygnet, erbjuda också den starkt vårdkrävande pensionären en vård, omvårdnad och service som inte ligger långvårds- eller ålderdomshemsservicen efter. Förutom i boendekvalitet ligger skillnaden egentligen bara i betalningsformen, som för servicehus med hyresrätt är betalning av den egna hyran till hyresvärden plus olika taxor för den hjälp man får till skillnad från ålderdomshem där den enskilde köper allt i ett via inackorderingsavgiften.

Ett exempel på försök med självständigt boende för starkt vårdbehövande är det projekt för gruppboende i servicelägenheterna som startade 1984 i kv. Mejseln i centrala Umeå. Stommen till servicelägenheterna är 18 st 2-rumslägenheter (48,3-51,7 m^2) för boende med eget hyreskontrakt. Äldreomsorgen driver en serviceenhet inredd i 2 st 3-rumslägenheter (79 m^2 vardera) med matsal och hobbyrum samt personalrum. Socialkontorets åtagande är att förmedla de 18 lägenheterna samt förhyra 2 lägenheter för personalutrymmen för dygnet-runt- personal och gemensamhetslokaler.

Någon specialbyggd servicehusanläggning har således inte tillskapats i kv. Mejseln. Detta gör att framtida ekonomiska bindningar kan undvikas, eftersom lägenheterna kan övergå till uthyrning på öppna marknaden.

De 18 lägenheterna blev efter ett tag 20 genom att ytterligare 2 lägenheter förhyrdes av vårdtunga pensionärer. Av dessa 20 pensionärer kom 6 direkt från långvården. Verksamheten har pågått i 4 månader så det är ännu för tidigt att dra några slutsatser. Hittills har dock inga klagomål från hyresgästerna på för knapp tillgång på service och hjälp framförts.

Kvälls- och nattpatruller

Verksamheten startade i Umeå i början av 1983 sedan avtal tecknats mellan kommunen och landstinget angående samordnad patrullverksamhet.

Målgruppen för kvälls- och nattpatrullerna är i första hand långtidssjuka och personer med socialkontorets trygghetslarm, i andra hand korttidssjuka.

Arbetsområdet är begränsat till ett område inom en radie på 20 km från regionsjukhuset eller motsvarande ca 30 min. restid med bil.

Vissa problem uppstod i inledningsskedet av försöksverksamheten då det visade sig vara svårt att sända hem vissa långvårdspatienter. En patientinventering gjordes på långvårdskliniken innan verksamheten startade, för att undersöka vilka patienter som skulle kunna skrivas ut. Antalet sådana patienter var ca 10. Av sociala och medicinska skäl kunde emellertid endast 2 av dessa skrivas ut den första månaden. Detta gjorde att patientunderlaget inledningsvis blev mindre än beräknat.

Antalet patienter med hjälp från kvälls- och nattpatruller har varierat. Medeltalet har legat kring 18. I september 1983 vårdades 26 patienter av patrullerna kväll och natt. Samtliga patienter har erhållit hjälp även dagtid, antingen som hemsjukvård och/eller social hemhjälp. Vården består till största delen av omvårdnad, hjälp med tvättning, av- och påklädning, sårvård och allmän tillsyn.

Distriktsköterskans verksamhet kväll och natt, består, förutom av ansvaret för patrullernas verksamhet, av egna planerade och oplanerade besök. De första månaderna av försöksverksamheten var besöken få, framför allt på natten, men allt eftersom information om målgrupper, kommunikationsvägar m.m. nått ut till berörda parter har besöken ökat och de fortsätter att öka. Idag kan distriktssköterskan på grund av tidsbrist inte tillgodose alla önskemål om kvällsbesök. Den grupp patienter som ökat mest är svårt sjuka och döende.

Besök hos personer med socialkontorets trygghetslarm har ej förekommit och besök vid servicehus har varit få.

På vårdcentralerna har listor förts på vilka patienter som varit aktuella för verksamheten, vilka som kunnat få vård eller inte samt hur lång väntetiden varit. Detta, samt den väntelista som distriktssköterskan för kvälls- och nattpatrullerna för, visar att de flesta kunnat få

vård. Väntetiderna har varierat mellan 1 dag och 1 vecka. Verksamheten har mött positiva reaktioner hos patienter och anhöriga.

Som nämnts är verksamheten begränsad till ett visst omland kring regionsjukhuset. Behov utanför detta område föreligger dock. Kommunens hemtjänst vårdar hemsjukvårdspatienter kvällstid även i områden utanför den angivna radien. Förslag om att utöka verksamheten håller f.n. på att utarbetas.

2.3.8 Vad krävs för att öka möjligheterna till självständigt boende för äldre och handikappade i Marieområdet?

Förbättrad tillgänglighet genom ny bebyggelse och ombyggnad av befintlig bebyggelse

Det tidigare nämnda beskrivningsarbetet för stadsdelen har utmynnat i preliminära principer och mål för det fortsatta förnyelsearbetet. Bland dem märks bl.a.

- att motverka den pågående utflyttningen av barnfamiljer från området
- att stärka livskraften i och underlaget för det centrum intill vilket bl.a. servicehuset ligger
- att ge möjligheter för de som åldras att bo kvar i området, trots eventuella rörelsehinder och behov av vård och service

Man har bedömt att för områdets egna behov kan det vara ändamålsenligt att söka tillskapa ytterligare ett hundratal helt tillgängliga bostadslägenheter inom området. Emellertid måste man räkna med att Marieområdet är ett attraktivt område för äldre som av någon anledning flyttar till Umeå eller inom Umeå. Möjligheterna att tillhandahålla moderna och tillgängliga bostäder i närhet av ett fullt serviceutbud är också större i Marieområdet än i många andra delar av kommunen. Detta talar för att man successivt bör förbättra tillgängligheten till fler lägenheter än vad som behövs just för dem som redan bor i Marieområdet. Med hänsyn till att man vill undvika kategoriboende, och att "successionen" i tillgängliga lägenheter inte kan kontrolleras fullt ut, bör man alltså ha en beredskap för att möta betydligt större behov av tillgängliga

lägenheter. Detta kan lättast åstadkommas i punkthusen. Här är i regel endast komplettering med ramp erforderligt, eventuellt tillsammans med viss ombyggnad av entréer. Sammanlagt kan ca 300 lägenheter göras helt tillgängliga på så sätt. Ett problem är därvid att dessa lägenheter utgörs av 3-5 rok, medan många av de boende som behöver helt tillgängliga lägenheter är ensamstående. Ett annat problem är att 168 av dessa lägenheter upplåts med bostadsrätt, och att såväl ombyggnad till mindre lägenheter, som fördelning av dessa lägenheter efter behov, kan vara svåra att genomföra.

Ur flera synpunkter kan det mest angelägna anses vara att göra de lägenheter tillgängliga, som ligger närmast servicehuset. Det torde dock vara svårt att fastighetsekonomiskt motivera ägarna att bekosta större insatser, då några egentliga upprustningsbehov inte föreligger. Möjligheterna till ett fruktbart samarbete kan vara större om kommunen kan medge viss utökad byggrätt i området, vilket också föreslagits i förnyelseprogrammet. Sammantaget kan åtminstone 56 punkthuslägenheter göras tillgängliga, något fler om ombyggnad till mindre lägenheter kan åstadkommas.

I förnyelseprogrammet har därtill föreslagits en komplettering av området med 100-150 lägenheter i den norra delen av området. I allt väsentligt kan man räkna med att dessa kommer att utgöras av lägenheter i flerbostadshus med full tillgänglighet. Efter förnyelsen av området kommer det i den norra delen närmast servicehuset och centrum att finnas ca 250 helt tillgängliga lägenheter förutom servicehusets.

Även i den södra delen av Marieområdet kan det finnas anledning att tillskapa ytterligare helt tillgängliga lägenheter. Också här är det i dels punkthus, dels kompletteringsbebyggelse som detta enklast låter sig åstadkommas. Sammantaget kan därmed ytterligare ca 400 helt tillgängliga lägenheter tillskapas.

I trevåningshusen kan tillgängligheten till bottenvåningarna uppnås med små medel. En åtgärd som diskuteras för att göra dem mer attraktiva för främst barnfamiljer är att ordna uteplatser till lägenheterna i det nedersta planet.

Det är svårare att genom fysiska åtgärder öka kvarboendeförutsättningarna i den västra delen av området. Såväl den yttre miljön (de branta sluttningarna) som bostädernas utformning och upplåtelseform (tvåplans småhus med äganderätt eller bostadsrätt) innebär restriktioner för vad som kan göras.

Vård, omvårdnad och hjälp i hemmet

Hemsjukvård är en förutsättning för att mycket vårdkrävande patienter skall kunna bo kvar hemma eller bo inom Marieområdet. Hemsjukvård ges i Umeå även på servicehus med helinackordering.

Hemsjukvården bör ha tillgång till svikt- och korttidsplatser på exempelvis Mariebergs servicehus för patienter som inte klarar eget boende eller där anhöriga behöver avlastas.

Hemsjukvårdens bas på Marieområdet är vårdcentralen. En filial bör med fördel kunna lokaliseras i servicehuset.

Hemtjänsten utför både hemvård och hemsjukvård. De kommunalt anställda vårdbiträdena utgör således basen för den kommunala organisationen för service till de boende men de utför också landstingets hemsjukvård. Inriktningen och förutsättningarna ovan leder till krav på ytterligare utbyggnad av den kommunala hemtjänsten.

Hemtjänstens arbetslag behöver utökas till två. Med hänsyn till behovet av närhet, personkännedom och lokal förankring bör arbetslagens lokaler vara spridda inom området. Den nya lokalen bör utformas och lokaliseras så att den kan fungera också som kontaktpunkt för boende i södra Marieområdet.

Ett bostadsområde som är bra för äldre karaktäriseras av närhet och tillgänglighet. Det innebär bl.a. att social service och sjukvård organiseras i de boendes närhet. Det är både besvärligt och opraktiskt för den äldre om t.ex. den sociala hemtjänstens handläggare inte träffas annat än centralt i tätorten. Lika besvärligt blir det för äldre att besöka stora sjukhus eller vårdcentraler.

Service, omvårdnad och sjukvård bör således vara områdesanknuten, dvs. att ha sin bas i bostadsområdet. Den sociala hemtjänsten med hemvårdsassistenter och vårdbiträden samt de distriktssköterskor och undersköterskor som svarar för hemtjänst och sjukvård är viktiga inslag i en fungerande boendemiljö. En utflyttning av hemvårdsassistenten till Mariebergs servicehus och dess arbetslagslokal är aktuell inom en nära framtid.

En pensionärsjour bör inrättas i Marieområdet. Pensionärsjouren kompletterar den sociala hemtjänsten. Jouren fungerar de tider den sociala hemtjänsten inte finns tillgänglig. Arbetsuppgifterna består av såväl på förhand planerade insatser som akut uppkomna behov.

Inom socialkontoret finns också en social jour. Den fungerar som en myndighetsjour vilket innebär att den inte på samma sätt som pensionärsjouren är öppen för allmänheten. Ett samarbete de två jourerna emellan skulle vara värdefull. Man kan då precis som pensionärs- och sjukvårdsjouren komplettera varandra. Med utvecklingen mot kvarboende får jourverksamheten allt större betydelse.

Gemenskap och trygghet

Äldreomsorgens uppgift är bl.a. att häva tilltagande isolering och att stärka individens förmåga till självständig livsföring.

Äldreomsorgen bör bidra till att etablera, vidmakthålla och stärka sociala nätverk. Många olika insatser kan göras för att stärka de sociala nätverken och att ge förutsättningar för kontakt de boende emellan. Exempel på detta ges nedan.

Fritidsgårdarna med sin speciella ungdomsriktning är nu knappast lämpade som en resurs också för de äldre. En önskvärd utveckling är dock, att fritidsgårdarna succesivt förändras så att de blir ett alternativ även för de äldre. Möjlighet till detta finns i Marie- området. Området har tidigare varit rikt på barn och ungdomar. Den ungdomsgård som finns i området har outnyttjade lokaler. Dessa kan erbjudas till pensionärernas föreningar och med visst stöd från socialkontoret kan lokalen bli en träffpunkt för pensionärer i södra Marieområdet.

Hobbylokalerna vid Mariebergs servicehus är i första hand till för de som bor i servicelägenheter men även för kringboende äldre. Servicehusets hobbylokaler bör förändras och ges karaktären av "dagavdelning" för omvårdnadskrävande äldre som bor i ett vanligt boende men som riskerar att bli isolerade i sina lägenheter.

Dagavdelningar finns idag inom sjukvården. Dessa utnyttjas av patienter som är utskrivna från sjukhuset men som av olika skäl behöver en fortsatt kontakt med sjukvården. Inom dagavdelningarna kan man få viss behandling av sjukgymnast och arbetsterapeut, äta mat, dricka kaffe och delta efter förmåga i olika hobbyaktiviteter. En tillvaro som inte helt skiljer sig från den inom äldreomsorgens hobbyverksamhet. Under förutsättning att hobbyverksamheten i servicehuset förstärks med resurser i form av främst arbetsterapeut och sjukgymnast bör den kunna fylla en funktion likt en dagavdelning i den lokala miljön. Det förutsätter ett nära samarbete mellan landstinget och kommunen.

Av de som flyttade in i loftgångshuset år 1980 har flera fått svårigheter att ta sig till servicehuset och till den service som finns där. I loftgångshuset finns en gemensamhetslokal med pentry på ca 40 m^2. I denna lokal kan matservering ordnas dagligen. Färdiglagad mat distribueras från servicehusets kök. Terapibiträdena i servicehuset kan också börja besöka lokalen regelbundet för att få till stånd regelbundna aktiviteter för hyresgästerna i huset.

Äldre med gångsvårigheter har svårt att göra inköp av dagligvaror även om avståndet till butiken inte är särskilt långt. Inom Marieområdet finns två livsmedelsbutiker. Genom överenskommelser mellan butiksägarna och socialkontoret bör det vara möjligt att ordna hemsändning av dagligvaror inom området.

Ett ofta uttalat önskemål från hyresgäster i servichuset och i dess närhet har varit att få bättre postservice. Poststationen finns idag i södra delen av området medan koncentrationen av äldre finns i norra Marieområdet. En diskussion med posten om en postfilial i servicehuset ett par dar i veckan bör snarast inledas.

För att kunna hålla alla pensionärer i bostadsområdet underrättade om aktivitetsutbudet inom området bör regelbunden information utsändas till pensionärerna. Där kan beskrivas det utbud av service som finns inom området, kulturaktiviteter som förekommer på servicehuset och i övriga lokaler inom området, osv.

Inom området finns lägenheter som av bostadstekniska skäl inte kan bebos av personer med nedsatt rörelseförmåga. Småhus i en brant sluttande terräng finns också i området. För att trygga tillgången på tillgängliga bostäder för äldre och handikappade bör avtal träffas med bostadsföretagen i området om att lämpliga marklägenheter i första hand skall erbjudas de i området som har behov av ett bostadsbyte.

För att minska servicehusets karaktär av särlösning kan restaurangverksamheten överlåtas på någon entreprenör och restaurangen kan fungera som personalmatsal för företagen i närheten och som kvartersrestaurang för de närboende, samt som tillagningskök för matservice till pensionärer i området.

2.3.9 Sammanfattning

Åtgärdsprogram för äldres och handikappades kvarboende samt utflyttning av långvårdspatienter i Marieområdet

1. Svikt- och korttidsplatser för primärvården/hemsjukvården på Mariebergs servicehus tillskapas. Hemsjukvården utvecklas.

2. Vårdcentralsfilial tillskapas i Mariebergs servicehus (landstinget huvudman).

3. Tillskapande av ytterligare ett arbetslag av vårdbiträden i södra Marieområdet. Arbetslagslokalen skall ha dagcentralskvalitét dvs. det skall finnas bl.a. matservering, hobbyrum etc.

4. Utlokalisering av hemvårdsassistent till Mariebergs servicehus. Sociala hemtjänsten utvecklas.

5. En komplettering av hemtjänsten görs genom tillkomst av en pensionärsjour som fungerar när hemtjänsten inte är tillgänglig (främst kvällstid och helger).

6. Fritidsgården öppnas för pensionärsföreningar och äldre i södra Marieområdet som har långt till servicehusets hobbylokal.

7. Hobbylokalen i servicehuset utvecklas till en dagavdelning för äldre i ordinärt boende med ensamhetsproblem.

8. Matservering och hobbyverksamhet startas i loftgångshuset (annex till servicehuset).

9. Hemsändning av dagligvaror startas.

10. Informationsblad angående service m.m. ges ut för äldre boende i Marieområdet.

11. För att genomföra förändringar i fastighetsbeståndet kan krävas bl.a.

- ekonomiskt stöd till framför allt installation av ramper och ombyggnad av entréer, tillbyggnad av externa förråd till vissa lägenheter där befintlig hiss ej går ner i källarplan etc.
- kommunala köp av bostadsrättslägenheter
- förstärkt kommunal information och förmedling av bostäder.

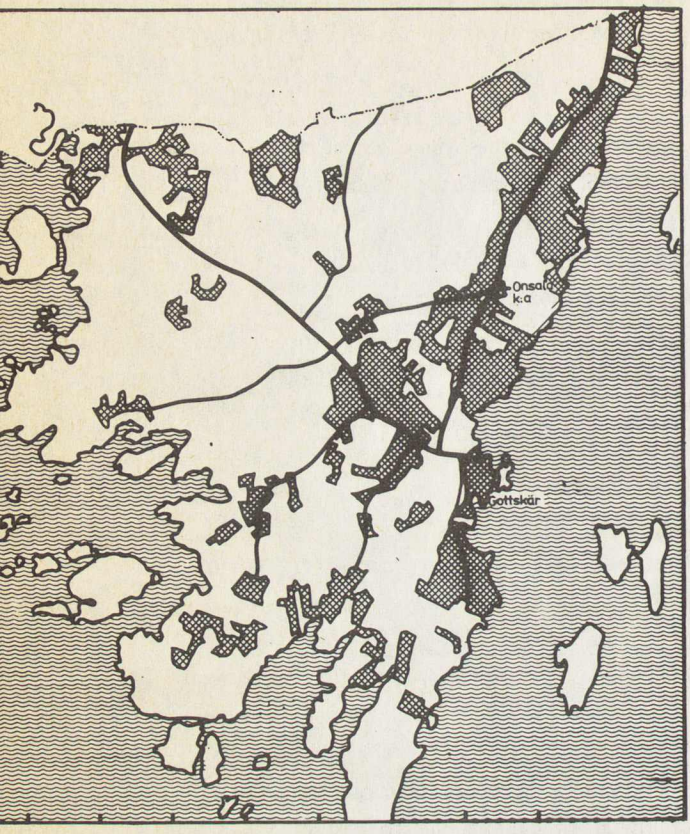
12. Postservicen i norra Marieområdet förbättras.

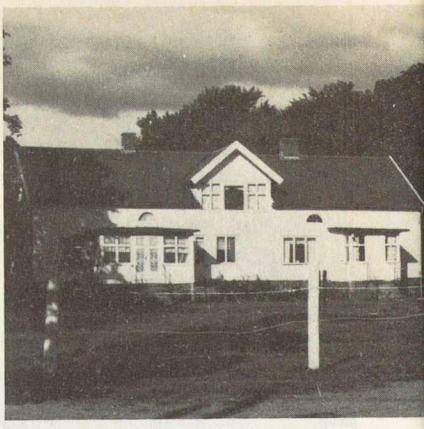
13. Servicehusets restaurang öppnas för att förbättra "kvartersservicen" i området och minska särbehandlingen av äldre.

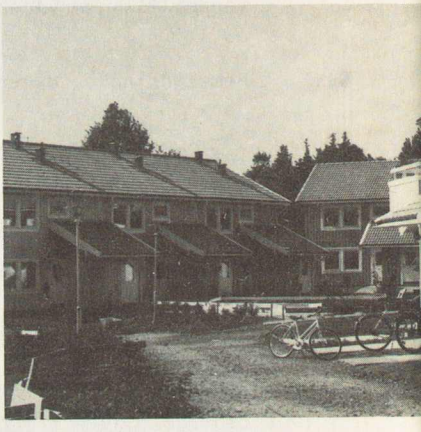
14. Särskilda bostäder för människor som behöver omfattande vård och omvårdnad tillskapas i Marieområdet (ordinärt boende för långvårdspatienter).

ONSALA

GPF-82 ONSALA









2.4 Onsala i Kungsbacka kommun

2.4.1 Kommundelen

Kungsbacka kommun är en grannkommun till Göteborg och ingår i StorGöteborg, men tillhör Hallands län. År 1980 var 44 % av den arbetande befolkningen sysselsatt i kommunen, den övriga delen pendlade till övriga kommuner. Onsala är beläget på en halvö söder om Kungsbacka centrum. Befolkningen i kommundelen har under en tioårsperiod ökat med 66 %. Bebyggelsen består av enfamiljshus och är en blandning av permanentbostäder och fritidshus. Boendet är koncentrerat till kustremsan. Vid årsskiftet 1983/84 bodde 9 899 personer i området och av dessa var 818 pensionärer. 490 personer var 70 år och äldre, 3 325 personer var yngre än 20 år. En mycket stor del av hushållen är barnfamiljer.

På Onsala finns ingen centralort i egentlig mening. Den kommunala servicen i området är till största delen koncentrerad till ett område runt kyrkan. Där finns daghem, distriktssköterskemottagning och barnavårdscentral samt en socialbyrå med hemvårdsassistent, barnomsorgsassistenter och socialsekreterare. Två förskolor, en öppen förskola, samt en nybyggd högstadieskola och ett servicehus med helinackordering med 24 platser är också belägna i närheten.

2.4.2 Utförda studier - Vårdtyngdsinventering

En vårdtyngdsinventering är genomförd inom området. Inventeringen gäller de som redan har någon form av omvårdnad och frågorna är ställda till hemvårdsassistent och servicehusföreståndare och inte till vårdtagarna. Vid inventeringen framkom att det finns ett behov av anpassning av ett ganska stort antal bostäder om vården i hemmet skall kunna bli tillfredsställande.

2.4.3 Bostäderna

Småhus

Den hittillsvarande enda bostadstypen är enfamiljshus (villor). Dessa

är av mycket varierande ålder och standard, men de allra flesta är 3 rum och kök eller större och har modern standard. Många av husen är 1 1/2 planshus och utformade på sedvanligt sätt med trappor och trösklar och normal köksinredning. Bostäderna är till största delen koncentrerade utefter kustremsan. Många av husen är om- och tillbyggda fritidshus som har blivit permanentbostäder. I området finns 1 890 fritidshus.

För närvarande är ett 50-tal lägenheter i flerfamiljshus under uppförande i samband med att man bygger ett centrum med post och och affärer i närheten av kyrkan. Den äldre bebyggelsen ligger ofta spridd längre in på halvön. En stor del av de äldre har varit jordbrukare. Avstånden till den service som kan erbjudas kan vara långa.

Servicehus med helinackordering

Bredvid kyrkan ligger Ekhaga servicehus (ålderdomshem) som till sin äldsta del byggdes år 1914. Onsala var en egen kommun och huset användes som fattighus och kommunalhus. År 1963 byggdes huset till och om så att det fanns 14 platser och i januari år 1984 kunde ytterligare 10 rum tas i bruk, totalt 24 rum. I anslutning till det gamla ålderdomshemmet byggdes år 1978 12 servicelägenheter (se nedan) och en dagcentral med matsal, sysselsättningslokaler, studielokaler m.m. I huset inryms också lokaler för hår- och fotvård samt gymnastiklokal. Bland de aktiviteter som förekommer kan bl.a. nämnas vävning, korgmålning, glasmålning, bokbindning och sömnad.

Servicelägenheter

Av servicelägenheterna består 6 st av 2 rum och kokvrå och 6 av 2 rum och kök. De är byggda som radhus och är anpassade efter de boendes krav. Lägenheterna är utrustade med larm, som är kopplade till larmcentralen i servicehuset. Från lägenheterna kan man nå dagcentralen och matsalen utan att lämna huset.

Pensionärslägenheter

Pensionärslägenheter är normala lägenheter som förmedlas till pensionärer för att kunna ge dem en förbättrad bostadsstandard. Tidigare fanns inga sådana i kommundelen. I den centrumanläggning med flerfamiljshus som nu är under byggnad har 9 lägenheter avsatts till pensionärslägenheter. Dessa är grundanpassade för personer med rörelsehinder bl.a. med separat ugn- kokhäll, lägre bänkhöjd i köket osv. I lägenheterna finns även larm kopplade till larmcentral i servicehuset.

Anpassade bostäder

I kommundelen finns ett mindre antal specialanpassade bostäder för handikappade. Bl.a. har man låtit anpassa den egna bostaden till rullstol genom att bygga ramper och ta bort trösklar samt att anpassa kök och badrum.

Gruppboende i villa för pensionärer

På försök prövas sedan september 1982 ett gruppboende för pensionärer i en ordinär enfamiljsvilla. Denna boendeform tillkom då man upplevde en akut brist på möjligheter att erbjuda serviceboende till pensionärer. Kommunen inköpte en enplansvilla på 175 m^2 och gjorde vissa mindre ombyggnadsarbeten. Man byggde bl.a. en ramp för rullstol. Bostadsutrymmena består av 4 privata rum som hyrs ut till pensionärer med vanliga hyreskontrakt. Dessutom finns det gemensamma utrymmen som vardagsrum, kök etc. Socialförvaltningen står som hyresvärd.

I villan finns det hemtjänstpersonal stationerad mellan kl 8 och 21. Resten av dygnet finns trygghetslarm kopplade till Ekhaga servicehus. Villan är belägen ca 2 km från servicehuset. Mat distribueras från servicehuset.

2.4.4 Boendeservicen

Totalt har 109 personer i kommundelen social hemtjänst eller hemsjukvård förutom de 24 som bor på servicehuset. Sju personer har enbart hemsjukvård. I 12 av fallen är det två personer i hushållet som erhåller hjälp.

Hemtjänsten är organiserad med 33 fast anställda vårdbiträden och ett antal timanställda, som arbetar på vakanser, vid sjukfrånvaro och när man behöver sätta in mer hjälp än vad som från början var planerat. Av vårdbiträdena arbetar 12 st i en vårdbiträdesgrupp som har sin grupplokal i servicehuset Ekhaga. De övriga är inte organiserade i arbetsgrupper, men planer finns på att bilda ytterligare två grupper. Arbetet leds av en hemvårdsassistent.

I området ges ungefär 500 timmar social hemtjänst per vecka och 100 timmar hemsjukvård. Dessutom finns ett 25-tal anhörigvårdare. 12 patienter hade hemsjukvård. Av dessa var 5 under 65 år. Många vårdas av anhöriga utan att dessa har någon ersättning för det, och det är därför mycket svårt att få ett korrekt mått på hur stor den insatsen är.

Larm

12 trygghetslarm från servicelägenheter plus ett 10-tal i vanliga bostäder är kopplade till larmcentralen i servicehuset Ekhaga. I juni 1984 har ytterligare 9 larm från de nybyggda pensionärslägenheterna kopplats dit. Larmcentralen är bemannad dygnet runt. Under dagtid är det schemabunden baspersonal vid servicelägenheterna på Ekhaga som bemannar centralen. Under natten finns undersköterskor som är placerade på servicehuset (1,83 tjänst helårsarbetande). Antalet larm kommer successivt att utökas.

Färdtjänst, matservice

Drygt 200 personer är idag berättigade till färdtjänst i kommundelen.

Inom kommundelen förekommer distribution av färdiglagad mat till pensionärer. Maten tillagas på servicehuset och sänds sedan i fryst skick till pensionärerna i portionsförpackningar tre gånger per vecka. Maten måste beställas en vecka i förväg. Ca 210 portioner distribueras per vecka.

2.4.5 Boende utanför området

Onsalaområdet är inte vara självförsörjande vad avser den totala servicen till invånarna. Inom Kungsbacka kommun finns ingen lasarettssjukvård, utan det närmaste sjukhuset inom länet är beläget i Varberg, 50 km söder om tätorten. Distriktsläkare finns i centrala Kungsbacka, men en läkarstation skall byggas i anslutning till distriktssköterskemottagningen vid kyrkan i Onsala under 1985. I Kungsbacka finns ett sjukhem med observationsavdelning. Där vistas idag 10 personer från Onsala. Ett antal med tidigare hemvist i kommundelen finns också idag på långvårdsklinik och akutkliniker i Varberg.

2.4.6 Synpunkter på bostads- och servicebehov i vanligt boende

De allra flesta av de äldre och handikappade bor som framgår av den tidigare beskrivningen i sina egna gamla bostäder, som är av mycket varierande standard och kvalitet. Någon total undersökning av hur de gamla inom området upplever sin situation har man inte gjort, men erfarenheten säger att de flesta vill bo kvar i sin gamla invanda miljö så länge som möjligt.

Förutsättningarna att kunna bo kvar i sitt hem är mycket varierande beroende på bostadens utseende och standard. En del av bostäderna kan anpassas till de äldres behov medan det i andra fall är omöjligt.

Önskemål och en annan boendeform

Bristerna i boendet som begränsar möjligheterna för gamla att bo kvar finns inte bara i bostädernas inre utformning. Eftersom det enbart rör sig om enfamiljshus utgör även behoven av yttre underhåll av fastigheter, tomt och trädgård faktorer som begränsar möjligheterna. Dessutom är det påfrestande för en gammal människa att acceptera både avtagande krafter och hälsa och att åse att allt som skapats under kraftens dagar nu successivt växer igen och förfaller. De långa avstånden till service och det spridda boendet är ytterligare faktorer som påverkar omsorgen. Kollektivtrafiken är utbyggd efter de stora vägarna men många gamla har långt till busshållplatserna. Det skapar problem med de sociala kontakterna och ensamhet och isolering blir följden.

I ett 20-tal fall har äldre uttryckt önskemål om servicebostäder med hemsjukvård och social hemtjänst. I dessa fall är bostäderna sådana att det inte är realistiskt att kunna anpassa bostäderna så att det går att bo kvar hemma, det skulle i princip krävas nya hus. Det finns också i ett 10-tal fall önskemål om att få bo på servicehus med helinackordering (ålderdomshem).

Av de personer som låg på sjukhem anses tre kunna flytta hem. De övriga är antingen i behov av terminalvård eller i behov av någon annan och mera öppen vårdform än sjukhemmet.

Hemtjänsten i distriktet är organiserad med en hemvårdsassistent och 33 vårdbiträden. Dessa arbetar dock inte heltid utan hemvårdsassistenten har 3/4-tjänst och vårdbiträdena 17 årsarbetartjänster. Till detta kommer ett antal timanställda som varje månad arbetar ca 800 timmar, dels för att ersätta sådana som är sjuka, men också för att tillgodose den ständigt växande vårdvolymen under senare tid.

Hemtjänstarbetet är indelat i tre grupper enligt följande:

Grupp 1 Normalstädning, tvätt, klädvård eller liknande. Normalt ett hjälptillfälle per vecka.

Grupp 2 Hushållsgöromål typ matlagning, inköp och övriga ärenden, hjälp vid läkarbesök m.m. Normalt två-tre hjälptillfällen per vecka.

Grupp 3 Personlig omvårdnad, hjälp vid läggning och uppstigning, personlig hygien m.m. Normalt fler än tre hjälptillfällen per vecka.

Serviceinsatsens storlek bestäms av vilka tjänster man får och inte i antal timmar. Detta innebär bl.a. att tidsåtgången kan bli olika från gång till gång. Inplacering i vårdgrupp görs av hemvårdsassistenten. Denna gör en bedömning av vårdbehov och fastställer vilka uppgifter som skall utföras hos varje vårdtagare.

I december månad 1983 var 39 personer placerade i vårdgrupp 1, 20 i vårdgrupp 2 och 23 i vårdgrupp 3.

Vårdinsatsen i grupp 3 kan variera mycket. Några personer är t.ex. helt beroende av hjälp vid flera tillfällen per dag veckans alla dagar. Personalen är schemabunden och det finns personal tillgänglig från kl 7 på morgonen till kl 21 på kvällen.

Avgiften för hemtjänst beror dels på vilken vårdgrupp man är inplacerad i, dels på vilka inkomster man har. Vårdtagarna betalar minst 90 och högst 540 kronor per månad i avgift.

Vården blir allt tyngre. Antal vårdtagare i grupp 3 ökade från 17 till 23 under år 1983.

Antalet personer som arbetar i vårdtagarnas hem blir naturligtvis flera ju mer hjälp man behöver. Dels arbetar de flesta vårdbiträdena halvtid, dels är det relativt stor omsättning på personal. Dessutom arbetar fler och fler efter schema.

Vid den gjorda vårdtyngdsberäkningen bedömdes att ett 20-tal personer skulle vara i behov av serviceboende i servicelägenhet, 7 personer av att bo med helinackordering och någon av att komma till ett sjukhem. 3 personer skulle kunna bo i ett pensionärskollektiv typ "villan".

2.4.7 Synpunkter på bostads- och servicebehov i servicehus och -lägenheter

I servicehuset Ekhaga (ålderdomshem) bor f.n. 24 personer av vilka 17 är kvinnor och 7 är män. De allra flesta har tidigare bott inom området. Medelåldern bland de boende är 82 år.

Endast 3 av de boende bedöms kunna klara av ett eget boende med en utökad sjukvård och hemtjänst. Flera av de övriga bedöms vara i behov av vård i någon annan vårdform då de är mycket tungskötta främst beroende på åldersdement beteende.

Av de boende i de närliggande servicelägenheterna har 7 hemtjänst. En jämförelse av hjälpbehovet före och efter inflyttningen till servicehuset är svår att göra. Det har förflutit några år sedan de flesta flyttade in och hjälpbehovet har förändrats med tiden. Vid inflyttningen till servicelägenheterna valdes medvetet en blandning av pensionärer som kunde klara sig själva med sådana som var i behov av service.

Restaurangen i servicehuset rymmer ett 50-tal gäster och man serverar ett 40-tal portioner per dag.

Dessutom finns en fotvårdare på 3/4-tid som betjänar ca 225 pensionärer med fotvårdsbehandlingar. Man kan få upp till 6 behandlingar per år till en subventionerad kostnad av 35:- per behandling.

En frisör finns också inrymd i servicehuset i en lokal arrenderad av kommunen.

2.4.8 Synpunkter på möjligheterna till eget boende trots stor vårdtyngd

14 personer från området var under maj månad intagna på andra vårdinrättningar utanför kommunen. Av dessa bedömdes 11 personer kunna flytta hem till någon form av eget boende om servicen förbättrades, antingen till servicelägenhet eller handikapplägenhet med utbyggd sjukvård och social hemtjänst.

De personer som befann sig på akut-sjukavdelningar var i många fall inte färdigbehandlade. Bedömningen av vilken boendeform dessa skulle behöva var av det skälet inte möjligt att göra.

Sjukvården inom kommunen är till stor del uppbyggd på primärvård. Idag finns en distriktssköterskemottagning i området som har hand om den hemsjukvård som förekommer förutom den del som genomförs av hemtjänsten och som beräknas till ca 12 % av den totala insatsen.

Primärvården kommer att byggas ut med en läkarstation för två distriktsläkare i anslutning till distriktssköterskemottagningen. Denna skall börja byggas år 1985 och vara klar år 1986. Den kommer att påtag-

ligt underlätta den medicinska servicen för området och därmed förbättra möjligherna att bo kvar trots behov av medicinsk vård.

2.4.9 Vad krävs för att öka möjligheterna till självständigt boende för äldre och handikappade i Onsala?

Utgångspunkten för det följande resonemanget är de av socialnämnden fastlagda målen för äldreomsorgen;

"Socialnämndens mål för omsorgen om de äldre är, att skapa sådana betingelser för den enskilde att han/hon i kraft av egna resurser och samhällets stöd ges möjlighet att leva ett liv som präglas av självbestämmande och normalisering. De medel som skall bidra till måluppfyllelse är i första hand:

- stöd och förstärkning av egna insatser i hemmet genom en hemtjänst som fungerar veckans alla dagar och dygnets alla timmar,

- särskilda boendeformer för den som så önskar och bedöms vara i behov därav,

- genom en färdtjänst som fungerar som ett alternativ till kollektiva transportmedel,

- stöd och uppmuntran till egen aktivitet och varierat fritids- och kulturutbud i samarbete med pensionärernas egna organisationer, föreningar, studieförbund och berörda förvaltningar (som fritids- och kulturförvaltningen)."

Vad kan man då göra för att uppfylla dessa målsättningar?

Bostadsanpassning, ombyggnad och tillbyggnad

Som framgått av den tidigare beskrivningen så är det inte möjligt att fullständigt anpassa eller bygga om fastigheterna. Det är inte heller möjligt för de gamla att flytta till andra och bättre anpassade och utrustade bostäder inom området på grund av bostadsbyggandets hittillsvarande inriktning. Att i viss utsträckning anpassa de nuvarande bostä-

derna efter de behov som finns, t.ex. genom att bygga upp ramper och anpassa kök och hygienutrymmen kommer att bli nödvändigt i och med att allt fler "tunga" fall kommer att vistas hemma.

För att klara av den tunga vården, kommer det också att bli nödvändigt att planera för fler servicebostäder inom området. Som framgått av den tidigare beskrivningen finns det redan idag ett behov av ytterligare ett 25-tal servicelägenheter. För att dessa skall kunna fungera tillfredsställande bör de lokaliseras i närheten av den redan befintliga servicen. Det framtida behovet av ytterligare servicebostäder är svårt att förutse. Det är dock helt klart att det kommer att öka ytterligare och att kommunen måste beakta det i sin fortsatta planering. Grundtanken måste dock vara att man i så stor utsträckning som möjligt skall få bo kvar i sin egna bostad, om man så önskar. Vissa begränsningar måste dock finnas även för detta av både praktiska, organisatoriska och ekonomiska skäl.

Hemtjänst och dagvård

Mindre arbetslag med schemabundna vårdbiträdesgrupper som betjänar ett relativt litet, begränsat geografiskt område, är att föredra framför de större grupperna. Detta skulle skapa en större kontinuitet i arbetet hemma hos de gamla.

Service, omfattande även andra göromål än den rent personliga hjälpen, t.ex. gräsklippning, enklare grovstädning (källare/vind), enklare löpande fastighetsunderhåll, bör också kunna erbjudas eventuellt som förmedlingsverksamhet. Diskussioner pågår om att låta speciella ungdomslag hjälpa äldre och handikappade med den typen av service.

Eftersom antalet vårdplatser på institutioner och antalet servicelägenheter är litet i området, så kommer dessa att behövas även i fortsättningen. Om vården i hemmet skall utökas är det möjligt att man måste utöka antalet gästrum, för att på så sätt kunna avlasta de anhöriga mer regelbundet.

Ytterligare bostäder typ villan skulle kunna inrättas, dock bör dessa ligga närmare Ekhaga och man bör också vara noga med att hyresgäster

till pensionärskollektivet rekryteras på ett sådant sätt att konfliker undvikes.

Det behövs också "daghem" för äldre där mindre grupper av åldringar med åldersdement beteende kan tas emot och där man kan rehabilitera och aktivera dem. Daghemmen bör lokaliseras till områden som de gamla är väl förtrogna med sedan tidigare.

2.4.10 Gemenskap och trygghet

På Onsala finns mycket aktiva pensionärer som svarar för omfattande egen verksamhet, t.ex. gammeldans och olika studiecirklar, men denna verksamhet riktar sig emellertid i hög grad till aktiva och friska pensionärer. De som främst behöver aktiveras kommer oftast inte med. Den sociala isoleringen blir större när rörligheten nedsätts osv. För att få naturliga träffpunkter inom rimliga avstånd från de gamlas bostäder, skulle man kunna samutnyttja de lokaler som redan finns i kommunen, t.ex. deltidsförskolor och skollokaler. Dessa skulle kunna användas som lokala träffpunkter, dagcentraler, när de inte används för sina ursprungliga ändamål. Man skulle bl.a. kunna servera färdiglagad mat som distribueras från servicehusets kök. Eventuellt skulle det vara möjligt att kombinera dagcentralerna med vårdbiträdesgruppernas grupplokaler.

Den ovan skisserade utvecklingen kräver dock att både kommunens och landstingets resurser utökas och omdisponeras så att den blir ännu mer inriktad på vård i hemmet (både personlig vård och sjukvård).

Dessutom ställer det stora krav på enkla och tillgängliga kommunikationer inom området.

Karin Lidmar Reinius

Lidmar-Reinius-Sporrong
arkitektgrupp AB

Bilaga 3

1984-05-01

BOSTADSUTFORMNING MED HÄNSYN TILL ÄLDRE OCH HANDIKAPPADE

PRESENTATION AV UPPSATSEN

Det är ett samhälleligt mål att människor trots funktionsnedsättningar eller sjukdom i större utsträckning än hittills ska kunna välja att bo kvar hemma och få den service, omvårdnad och vård de behöver i sin egen bostad. Om detta ska kunna förverkligas krävs bl. a. att de har tillgängliga, tillräckligt stora och välplanerade bostäder. För dem som bor bättre i en kollektiv boendeform behövs alternativ till servicehus, sjukhem och andra sjukvårdsinstitutioner. Gruppboende i gruppbostäder är en relativt ny boendeform som det i dag knappast finns några riktliner för.

I denna uppsats föreslår jag att vissa särskilda krav ställs på bostäder för äldre och handikappade samt på viss kompletteringsbebyggelse i äldre områden. Kraven rör tillgängligheten, den minsta lägenhetsstorleken och bostadens utformning: större hygienrum, ett bredare sovrum, direktkontakt mellan bostadsrummen. Man kan också överväga om vissa av dessa krav borde ställas på all nybebyggelse.

Jag föreslår också att försök görs med särskilda gruppbostäder avsedda bl. a. för människor med behov av omvårdnad och hemsjukvård. Vanliga stora lägenheter eller grupper av små lägenheter kan passa för vissa boendekollektiv om de är lämpligt utformade. Utöver dessa kan behövas särskilda gruppbostäder där krav ställs på:

- liten gruppstorlek inom vilken gemenskap kan utvecklas
- ett eget rum med hygienutrymme för varje boende

- de gemensamma bostadsutrymmena i gruppbostaden
- rumssamband som säkrar oberoende och ostördhet.

Innan ev. riktlinjer utformas för särskilda gruppbostäder bör ökad erfarenhet inhämtas genom försöks- och forskningsarbete.

Både vanliga bostäder och gruppbostäder är beroende av olika slags bostadskomplement. Förutom förråd, soprum m. m. behövs lokaler för samvaro och verksamheter som bäst bedrivs i kollektiva former eller inte ryms i de egna bostäderna. För att stimulera tillkomsten av sådana små bostadsanknutna lokaler anser jag att det även fortsättningsvis bör ges statligt stöd. I dag kan de under vissa förutsättningar finansieras med bostadslån med räntebidrag. Dessutom behövs försöksverksamhet med erfarenhetsåterföring som underlag för eventuellt mer preciserade riktlinjer i framtiden.

Jag tänker mig att kommunernas ansvar för bostadsförsörjningen i framtiden utsträcks till att omfatta även människor med behov av omvårdnad och vård. Det innebär bl. a. att kommunerna blir huvudmän för byggande och förvaltning av samtliga självständiga boendeformer, alltså även för gruppbostäderna. Landstingens ansvar för omvårdnad och vård i självständiga boendeformer kan då renodlas.

Denna promemoria har beställts av bostadsdepartementets arbetsgrupp för boendefrågor avseende äldre och handikappade genom Hanne Weiss-Lindencrona och Bengt Söderström. (Beslut 1984-04-02.)

Förslagen stöder jag på min erfarenhet från forskning, utredning och projektering inom området äldres bostäder, gruppbostäder m. m. Jag har också haft visst samråd med Elisabeth Edsjö, bostadsstyrelsen, Solvej Fridell, Spri och Eivor Näslund, socialstyrelsen.

INNEHÅLL

PRESENTATION AV UPPSATSEN Sid

1 SJÄLVSTÄNDIGT BOENDE I EGNA BOSTÄDER
1.1 Eget boende som alternativ till institution
1.1.1 Bostadsstandarden för äldre och handikappade
1.1.2 Gällande bostadsbestämmelser
1.1.3 Eventuella högre krav för särskilda bostäder för äldre och handikappade
1.1.4 Högre krav eventuellt även för viss kompletteringsbebyggelse

1.2 Förslag till högre krav för viss bostadsbebyggelse
1.2.1 Tillgänglighet
1.2.2 Minsta lägenhetsstorlek
1.2.3 Bostadens utformning
1.2.4 Hygienutrymmet
1.2.5 Sovrummet
1.2.6 Direkta rumssamband

1.3 Kommentarer
1.3.1 Behov av projekteringsunderlag
1.3.2 Konsekvenser av högre krav generellt vid nybyggnad

2 SJÄLVSTÄNDIGT BOENDE I GRUPPBOSTÄDER
2.1 Gruppboende som alternativ till institution
2.1.1 Gruppboende i olika former

2.2 Den familjeliknande gruppen i en vanlig stor bostad
2.2.1 De gemensamma bostadsutrymmena
2.2.2 De enskilda rummen
2.2.3 Hygienutrymmena
2.2.4 Mångsidigt användbara stora bostäder

2.3 Gruppboende med större oberoende i vanliga smålägenheter
2.3.1 Minsta lägenhetsstorlek

2.3.2 Gemensamma bostadsutrymmen i särskild lägenhet

2.4 Särskilda gruppbostäder med mångsidig användbarhet
2.4.1 Bestämmelser för särskilda gruppbostäder
2.4.2 Smålägenhetsförslaget 1977
2.4.3 Praxis för utformning av lokala sjukhem
2.4.4 Utformning av handikapplägenheter med dygnet-runt-service

2.5 Förslag angående utformning av särskilda gruppbostäder
2.5.1 Gruppbostadens storlek och samverkan med intilliggande bostäder
2.5.2 Eget rum med hygienutrymme
2.5.3 De gemensamma bostadsutrymmena
2.5.4 Rumssambanden

2.6 Planering av gruppbostäder
2.6.1 Omsorgsfull projektering i varje särskilt fall
2.6.2 Kommunernas ansvar för bostadsförsörjningen

3 BOSTADSKOMPLEMENT OCH BOSTADSANKNUTNA GEMENSAMHETSUTRYMMEN

1 SJÄLVSTÄNDIGT BOENDE I EGNA BOSTÄDER

1.1 Eget boende som alternativ till institution

Merparten av de äldre hushållen, 90 procent av befolkningen 65 år och äldre, bor i egna självständiga lägenheter, i småhus nästan lika ofta som i flerbostadshus. Det är bara i de allra högsta åldersgrupperna som institutionsboende - servicehus med helinackordering/ålderdomshem, sjukhem och andra sjukvårdsinstitutioner - har någon större omfattning.

Yngre människor med olika funktionsnedsättningar eller sjukdomar bor även de i största utsträckning hemma. Det är vid grava fysiska eller psykiska handikapp och långvarig somatisk eller psykisk sjukdom som man hänvisar till olika sjukvårdsinstitutioner.

Av humanitära och kvalitativa skäl såväl som av samhällsekonomiska är det angeläget att så länge som möjligt och för så många som möjligt undvika flyttning till institution.

För äldreomsorgen har samhället formulerat mål i termer av självbestämmande, normalisering och valfrihet. För handikappolitiken gäller liknande målformuleringar med tonvikt på oberoende, självförverkligande och gemenskap. Dessa mål innebär att människor med olika typer av funktionsnedsättningar ska kunna bo kvar hemma om de så önskar och i sin bostad få den service, omvårdnad och vård de behöver.

I sin egen bostad är den handikappade eller gamla människan huvudpersonen. Där är det lättare att bibehålla personliga levnads- och kontaktmönster. Integriteten och självbestämmandet är inte lika hotade som vid flyttning till institution. Förutsättningarna är bättre för en verkligt individuellt utformad service, omvårdnad och vård.

1.1.1 Bostadsstandarden för äldre och handikappade

De äldre och andra med funktionsnedsättningar bor sämre än andra hushåll. 95 procent av hela befolkningen bodde år 1980 i fullt moderna

lägenheter. Bäst bodde de yngsta åldersklasserna och sämst de äldsta. Av gruppen 75 år och äldre var det bara 86 procent som bodde fullt modernt. I flerbostadshusen är skillnaderna obetydliga. Det är bland småhusen de stora variationerna finns. Av samtliga småhusboende bodde 95 procent modernt, men bara 77 procent av dem som var 75 år och äldre. Förhållandena har emellertid förbättrats åtskilligt under den senaste 15-årsperioden. År 1965 var det bara knappt hälften av de äldre hushållen som bodde fullt modernt. (Fob 1980, Bostadsstyrelsen.)

Även yngre handikappade bor i större utsträckning än befolkningen i övrigt i omoderna lägenheter (SCB, levnadsförhållanden 1977/78). Även i fråga om dessa grupper kan antas att förbättringar skett under de senaste åren.

Många gamla och handikappade bor också i bostäder med otillfredsställande tillgänglighet. Av personer med rörelsehinder bor fler i flerbostadshus med trappor utan hiss än den genomsnittliga befolkningen. Av pensionärshushållen i flerbostadshus bodde 1982 15 procent två eller flera trappor upp utan hiss. En viss förbättring hade skett från 1978 då 18 procent bodde så. (BHU 1982 och 1978, Bostadsstyrelsen). Även de som bor en trappa upp utan hiss är en stor grupp. Därtill kommer att både småhus och flerbostadshus med eller utan hiss ofta har flera trappsteg eller en halvtrappa upp till första våningsplanet.

Även utrymmesstandarden är för många äldre och handikappade ett problem. De handikappade 16-74 år har enligt levnadsnivåundersökningen ungefär samma trångboddhet som den övriga befolkningen, mätt med den officiella trångboddhetsnormen. Den innebär emellertid att ensamboende aldrig kan räknas som trångbodda hur liten lägenheten än är. Yngre människor 16-44 år med begränsad rörlighet är dock dubbelt så ofta trångbodda än motsvarande åldersgrupp i hela befolkningen (SCB levnadsförhållanden 1977/78).

De äldres utrymmesstandard är enligt trångboddhetsnormen genomsnittligt inte sämre än de yngres. Men variationerna är mycket stora. Om även ensamboende i 1 RK räknas som trångbodda blir också bilden en annan.

Av de 467 000 ensamboende pensionärerna i landet
år 1980 bodde (Fob 1980, Bostadsstyrelsen)

29 procent i 1 RK eller mindre
(låg eller mycket låg utrymmesstandard)
40 procent i 2 RK
(normal utrymmesstandard)
18 procent i 3 RK
(hög utrymmesstandard)
13 procent i 4 RK eller större
(mycket hög utrymmesstandard)

Moderna, tillgängliga och tillräckligt stora bostäder är som nämnts en av förutsättningarna för att människor ska kunna bo kvar hemma trots funktionsnedsättningar. Att förbättra standarden för dem som bor sämst är också ett rättvisekrav - de äldre i förhållande till de yngre, olika grupper av de äldre sinsemellan, och handikappade i förhållande till andra.

Moderniseringen av bostäder måste därför fullföljas och åtgärderna för att förbättra tillgängligheten intensifieras. Höga kvalitetskrav måste ställas på ny bebyggelse.

Bostadsbeståndets samlade "kapacitet" kan höjas ytterligare. En kvalitetsutjämning kan ske mellan äldre och yngre hus och framför allt mellan olika områden och mellan stad och landsbygd.

1.1.2 Gällande bostadsbestämmelser

Kraven beträffande bostädernas tillgänglighet och handikappanpassning återfinns i Byggnadsstadgans 42 a §. I Byggnadsstadgan 46 § har de grundläggande kraven för bostädernas utformning och utrustning formulerats i 11 punkter. Dessa minimifordringar utvecklas av statens planverk i Svensk Byggnorm SBN 1980, främst i kapitel 71 Bostäder med föreskrifter, anvisningar och exempel på godtagbara lösningar. Till SBN utges också kommentarsamlingar, översikter över bestämmelser m. m.

Motsvarande riktlinjer fanns före år 1975 i bostadsstyrelsens God Bostad 1964 och dess föregångare. De utgjorde då enbart underlag för granskning för statliga bostadslån.

I bostadsstyrelsens föreskrifter till bostadsfinansieringsförordningen BOFS 1981 med kompletteringar/revideringar ställs vissa ytterligare villkor för bostäders finansiering med statliga bostadslån. Bl. a. preciseras vad som räknas som bostäder. Som bostad räknas t. ex. inte institutioner som ålderdomshem eller sjukhem. I BOFS anges också en minsta lägenhetsstorlek som berättigar till lån, 1 RK eller 1 1/2 RKv. Vid ombyggnad kan undantag medges. En särskild minimistandard har preciserats för låneberättigade ombyggnader av ålderdomshem och andra institutioner till bostäder. Dessa krav sammanfaller med socialstyrelsens krav på bostäderna för att statsbidrag till social hemhjälp ska utgå för service och omvårdnad i hemmet.

Bestämmelserna i SBN 1980 gäller i första hand vid nybyggnad. Men kapitel 71 innehåller också vissa ombyggnadsbestämmelser för bostäder. Vid ombyggnad ska i princip nybyggnadsbestämmelserna tillämpas för de av ombyggnaden berörda delarna. Vissa undantag från mått- och utrustningskrav har dock möjliggjorts.

Våren 1982 utarbetade planverket ett förslag till ändring av normerna för bostäder i SBN kapitel 71. Syftet var att minska detaljregleringen. En ökad flexibilitet skulle enligt direktiven kunna minska kostnaderna i byggandet utan att de bostadssociala målen äventyrades. De föreslagna bestämmelserna som stannade vid ett remissförslag innebar dock en sänkning av kraven som kunde försämrat de nya bostädernas användbarhet för äldre hushåll.

I anslutning till bostadsdepartementets arbete med bostadsförbättringsprogrammet gavs planverket i uppdrag att lämna förslag till en särskilt ombyggnadsnorm. Ett remissförslag från planverket Ändring av byggnad SBN - Ä förelåg till nyåret 1984. Där preciserades en särskild lägre kravnivå tillämplig vid ombyggnader där nybyggnadskraven inte vore skäliga.

En omarbetning/komplettering av SBN kapitel 71 aktualiseras också av den nya plan- och bygglagen (PBL) som ska träda ikraft år 1986. I samband härmed kan det vara lämpligt att se över bestämmelserna med avseende på hur väl de tillgodoser de särskilda bostadsbehov som äldre och andra med funktionsnedsättningar har.

1.1.3 Eventuella högre krav i särskilda boendeformer för äldre och handikappade

SBN 1980 kapitel 71 beskriver i dag en relativt hög bostadsstandard med god rymlighet som om den tillämpas fullt ut gör de nya bostäderna väl användbara även för människor med vissa funktionsnedsättningar. För människor med allvarligare rörelsehinder och/eller stort behov av omvårdnad och vård behövs dock bostäder med större rymlighet.

Även i en situtión då tillgången till bra vanliga bostäder möjliggör större insatser av omvårdnad och vård i egen bostad kommer det att finnas behov av särskilda boendeformer för äldre. För dem som inte kan få sina behov tillgodosedda i den egna bostaden har kommunerna skyldighet att ordna servicebostäder med dygnet runt-service. Kollektiva boendeformer behövs också för dem som inte kan bryta isolering och ensamhet i den vanliga bostaden. Olika typer av gruppboende behandlas i kapitel 2.

Servicebostäder är - utom i servicehus med helinackordering/ålderdomshem - självständiga bostäder. De ska uppfylla bostadsbestämmelserna i SBN 1980 kapitel 71 och de finansieras normalt med statliga bostadslån. Ofta väljs för denna boendeform en något högre generell standard i fråga om tillgänglighet och handikappanpassning. Någon särskild kravnivå finns emellertid inte preciserad i SBN eller på annat håll.

I en doktorsavhandling har arkitekten Jörgen Larsen beskrivit en särskild lägenhetstyp, stödbostaden. Han har med egna studier motiverat vissa högre måttkrav beträffande hygienutrymmet, utrymmet kring sängen samt entrén. Även dessa bostäder presenteras som självständiga bostäder med koppling till någon form av sjukvårdsinstitution.

Ansatser och underlag finns alltså för precisering av en särskild kravnivå tillämplig för bostäder för äldre och andra med särskilda behov av omvårdnad och vård samt allvarligare funktionsnedsättningar.

1.1.4 Högre krav eventuellt även för viss kompletteringsbebyggelse

Vid ombyggnad av bostadshus kan som nämnts inte alltid nybyggnadsbestämmelserna i SBN 1980 kapitel 71 uppfyllas. Ombyggnadsbestämmelserna i samma kapitel anger inte någon heltäckande lägre kravnivå utan preciserar i stället på vissa punkter gränser för avsteg från nybyggnadsstandarden.

ROT-programmets förslag till en särskild ombyggnadsnorm syftade till att skapa garantier för att byggnaderna var för sig skulle kunna fungera tillfredsställande för brukarna. Ombyggnadsnormen skulle emellertid ge möjlighet att avväga kraven på den enskilda byggnaden med hänsyn till dess förutsättningar och med hänsyn till områdets behov. Sådana bedömningar skulle enligt ROT-programmet göras av kommunerna och resultera i särskilda riktliner områdesvis. I praktiken kan det innebära bestämda kravnivåer under nybyggnadsbestämmelserna i SBN 1980.

För att inte tillgängligheten eller bostadsstandarden i övrigt ska bli oacceptabelt låg i vissa områden kan man i vissa fall behöva ställa extra höga krav på eventuell kompletteringsbebyggelse i områden med inte fullt tillfredsställande tillgänglighet och bostadsstandard i övrigt.

1.2 Förslag till högre krav för viss bostadsbebyggelse

I högre krav som här föreslås finns skärpningar av de nuvarande nybyggnadsbestämmelserna i tre avseenden: tillgänglighet, minsta lägenhetsstorlek samt bostadsutformning.

1.2.1 Tillgänglighet

I särskilda boendeformer för äldre och andra med funktionsnedsättningar bör samtliga lägenheter nås utan trappsteg. Den standarden tillämpas

också generellt trots att det inte finns något sådant krav i SBN eller på annat håll. Samma höga krav på tillgänglighet bör också ställas på kompletteringsbebyggelse i områden som efter ombyggnad inte kunnat ges fullt tillfredsställande tillgänglighet. Det betyder bl. a. krav på hiss även i tvåvåningsbebyggelse.

Krav på hiss i tvåvåningsbebyggelse kan om det inte kompletteras med ekonomiskt stöd, som det nuvarande tillfälliga hissbidraget, innebära att tvåvåningshus undviks. Det kan också resultera i mycket utbredda byggnader med många lägenheter samlade längs korridorer eller loftgångar, lösningar som i vissa områden kan ha miljömässiga nackdelar.

1.2.2 Minsta lägenhetsstorlek

Behovet av utrymmesstandard kopplas i planeringen ofta ihop med vårdbehov. Människor med stora omvårdnads- och vårdbehov anses inte behöva eller kunna utnyttja mer än ett rum. Det kan vara riktigt vid vissa permanenta och svåra sjukdomstillstånd vilka å andra sidan knappast kan klaras i eget boende.

Med tanke på rehabilitering och tillvaratagande av mentala och fysiska resurser är det självklart att en bostad även för människor med funktionsnedsättningar och vårdbehov ska ha god utrymmesstandard med kök och vardagsrum utöver sovrum.

I tillräckligt stora bostäder är det lättare att klara sjukvård i hemmet. Plats måste ibland finnas för sänglift, rullstol och sjukvårdsutrustning. Det kan vara svårt att ordna i för små lägenheter.

Om man bara har ett rum och kök kan man inte samtidigt få plats med en soffgrupp och en bekväm sovplats. Många väljer hellre att sova i bäddsoffa än att låta rummet domineras av sovplatsen. Att ge omvårdnad och vård försvåras avsesvärt.

Nya bostäder för äldre bör inte heller ha lägre utrymmesstandard än vad som i dag är normalt för hushållstypen. Se avsnitt 1:12. Det vill säga två rum och kök för ensamboende och tre rum och kök för makar.

Mindre lägenheter än så bör inte byggas i särskilda boendeformer för äldre och handikappade eller i kompletteringsbebyggelse i områden med många mindre lägenheter.

(För vissa former av gruppboende kan dock mindre lägenheter komma ifråga om de i grupper om högst 8-10 har tillgång till gemensamt kök/vardagsrum i trapphuset. Se avsnitt 2:3. I områden med många smålägenheter i befintliga hus kan hellre dessa användas för den boendeformen om tillfredsställande tillgänglighet kan ordnas.)

1.2.3 Bostadens utformning

En lägsta utrymmesstandard om två rum och kök innebär att bostadsbestämmelserna i SBN 1980 kapitel 71 för 2 RK eller större ska vara uppfyllda. Det är vanligt i bostäder för äldre att det som kallas 2 RK är 1 1/2 RK och endast uppfyller de lägre krav som ställs på den lägenhetsstorleken. Det innebär att sovrummet kan minskas till 7 m^2 och ges en bredd på bara 1,95 m (mot 12 m^2 respektive 2,70 m i 2 RK). Vardagsrummet kan göras till genomgångsrum till sovrummet eller köket. Köksutrustningen kan minskas till 3,6 m sammanlagd längd (mot 4,2 m för 2 RK och 4,8 för större lägenheter).

Om man hävdar att kraven för 2 RK eller större ska vara uppfyllda har bostäderna betydligt bättre förutsättningar att fungera för olika typer av hushåll, inte minst för de äldre och andra med funktionsnedsättningar.

Även kraven för 2 RK eller större kan behöva höjas på vissa punkter som är strategiska för möjligheten att bo bra trots funktionsnedsättningar och vårdbehov. De allra viktigaste rör hygienrummets storlek, sovrummets minsta bredd samt rumssambanden. Även andra smärre justeringar av bestämmelserna i SBN 1980 kapitel 71 kunde dock övervägas vid en eventuell omarbetning av kapitlet.

1.2.4 Hygienutrymmet

Hygienutrymmet ska enligt SBN 1980 kapitel 63 vara 1,65 x 2,15 m för att vara tillgängligt för person i rullstol med god rörlighet i armarna. Detta vanliga hygienrum är emellertid trångt om man behöver hjälp i hygienutrymmet eller utrymmeskrävande tekniska hjälpmedel.

I SBN 1980 kapitel 71 krävs gemensam tvättstuga som bostadskomplement. Bara när underlag för sådan saknas krävs utrustning för tvätt i den egna bostaden. Inte heller krävs plats för tvättmaskin i hygienrummet.

Många äldre har kontinensproblem. Det kan innebära daglig tvätt av kläder och sänglinne. Många gamla kan klara tvättarbetet eller delar av det själva om det finns tvättmaskin och torkmöjligheter i bostaden. Även en mycket närbelägen gemensam tvättstuga kan vara svår att använda i dessa fall. Även för hemvårdspersonalen underlättas arbetet om det finns tvättutrustning i den enskilda bostaden.

Om det vanliga hygienutrymmet förstoras med 1,5 m i endera riktningen kan tvättmaskin/torktumlare och en kort arbetsbänk med förvaringsskåp rymmas. Hygienrummet blir då antingen 1,65 x 2,65 m eller 2,15 x 2,15 m. I den långsmala typen bör dörren placeras på långsidan för att tillräcklig utrustning ska rymmas. Förstoringen innebär ytökning på 0,8 respektive 1,1 m^2.

Måttet 2,15 x 2,15 m är snarlikt det mått som Spri anger för hygienrum i lokala sjukhem, nämligen 2,20 x 2,20 m, men mindre än det mått 2,25 x 2,50 som Jörgen Larsen kommit fram till.

Det extra utrymmet i hygienrummet kan alternativt användas för att ge ökad rymlighet vid personlig assistans eller för tekniska hjälpmedel. I den kvadratiska rumstypen kan man både få ökat svängrum och plats för tvättutrustning. Utrymmesökning i hygienutrymmet efterlyses ofta av personal inom hemvård och hemsjukvård.

Större hygienrum är om de utformas väl välkomna för många andra hushåll än de äldre. Om platsen inte behövs som komplement till den gemensamma tvättstugan kan den användas för skötbord eller arbetsbänk för grova

hushållsgöromål och förvaring som i dag inte ryms i det vanliga hygienrummet.

1.2.5 Sovrummet

En breddning av det största sovrummet med 20 cm innebär att det blir bättre för en handikappad eller sjuk person.

Tillräckligt utrymme kring sängen hör också till det som underlättar arbetet för hemvårds- och hemsjukvårdspersonalen.

Sovrummet eller ett av sovrummen i lägenheter 2 RK eller större ska enligt SBN 1980 kapitel 71 vara minst 12 m^2 stort och ha en minsta bredd på 2,7 m. Den ytan är tillräcklig för att rummet ska kunna användas av en rullstolsbunden person eller någon som behöver omvårdnad och vård i sängen. Men breddmåttet är för litet. Den passagebredd som blir kvar när sängen ställs vinkelrätt ut ifrån väggen medger inte framkomlighet med rullstol. En specialsäng som ibland kan behövas är inte mindre än 2,1 m. Med ett passagemått på 0,8 m vid sängens fotända skulle rumsbredden behöva vara minst 2,9 m.

Sjukhussängen som normalt är 2,2 m kan knappast få dimensionera bostäderna. Däremot behöver enklare och kortare sängar för hemsjukvård arbetas fram.

Ökningen av det minsta breddmåttet från 2,7 m till 2,9 m behöver inte innebära någon ytökning i sovrummet. Däremot ökar lägenhetens sammanlagda fasadlängd med 0,2 m.

1.2.6 Direkta rumssamband

För gamla människor med rörelsehinder är det en stor fördel om det finns direkta förbindelser mellan rummen. Om man har svårt att förflytta sig ska man inte behöva röra sig onödigt långt eller krångligt i bostaden. Att kunna cirkulera från rum till rum underlättar betydligt för den som sitter i rullstol. God syn- och hörselkontakt mellan rummen är också viktig om man har rörelsehinder, syn- eller hörselskada.

De direkta förbindelserna mellan rummen ska vara extra dörrar som inte ersätter de neutrala förbindelser som i dag krävs i SBN 1980. Sovrum eller kök bör alltså inte nås enbart över vardagsrum. Då försämras möjligheten att använda vardagsrummet för övernattande gäster eller som mer permanent sovrum om bostaden under någon tid eller permanent bebos av fler personer än den egentligen är dimensionerad för.

Även extradörrarna ska ha karmyttermått 0,9 m. De måste placeras mycket noggrannt med hänsyn till de båda rummens möblerbarhet och möjligheten att ställa upp ett dörrblad. Med en riktig placering mot fri- eller passageytor i rummen innebär inte extradörrarna sämre möblerbarhet.

Med breda eller flera dörrar i bostaden är det angeläget att utveckla nya dörrtyper utan otympligt stora dörrblad. Skjutdörrar, pardörrar kan vara alternativ.

1.3 Kommentarer

1.3.1 Behov av projekteringsunderlag

Bra bostäder för äldre kräver kunnig och omsorgsfull projektering. Informationsmaterial behövs som komplement till SBN.

Utöver de nämnda kvalitetsökningarna - förstoring av hygienrummet, bredden av ett sovrum samt direkta förbindelser mellan rummen - finns en rad preciseringar som kan behöva göras i bostadsbestämmelserna. Det gäller t. ex. förvaringsskåpen, köksutrustningen, entréns storlek och balkongens/uteplatsens tillgänglighet. Det skulle dock innebära en ytterligare detaljering av kraven som av olika skäl kan vara tveksam. Kunskaper för en god projektering av bostäder för äldre och andra kan meddelas på andra sätt än genom krav. Bostadsstyrelsens God Bostad för äldre var ett steg på vägen.

Att bostäder där äldre och andra med funktionsnedsättningar kan väntas bo utformas med omsorg är av största vikt inte bara för möjligheten att bo kvar trots behov av omvårdnad och vård. Efter pensioneringen tillbringar människor det mesta av sin tid i bostaden. Vissa med

funktionsnedsättningar kan vara bundna hemma praktiskt taget dygnet runt.

En vacker, välbelyst och solig lägenhet med god kontakt med grönska och liv utanför uppskattas kanske allra mest av äldre hemmabundna människor.

1.3.2 Konsekvenser av högre krav generellt vid nybyggnad

Möjligen bör övervägas om denna högre kravnivå som diskuterats ovan eller delar av den också ska gälla generellt för all nybebyggelse, inte bara för bostäder för äldre och handikappade eller i viss kompletteringsbebyggelse.

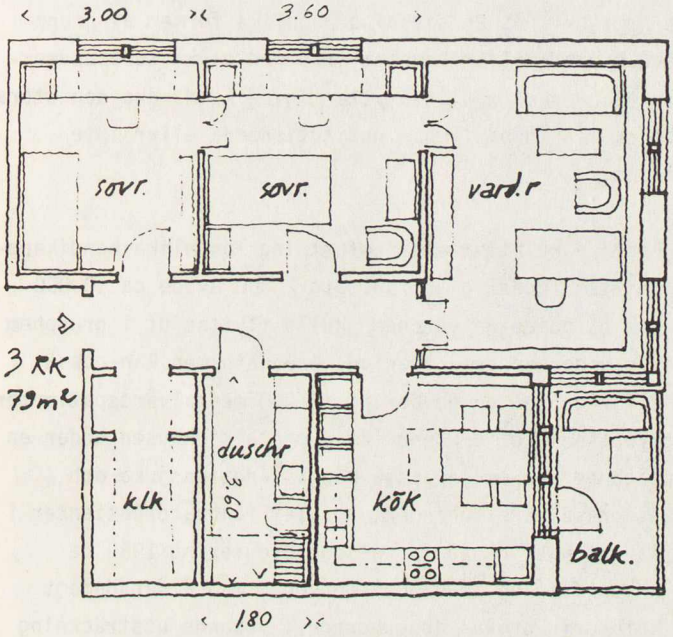
Motivet för en höjning av de generella tillgänglighets- och standardkrav är att undvika specialdestinerade bostäder. Dels kan bostadsbytena bli färre. Dels underlättas nödvändiga bostadsbyten och bostadsförmedling om nya eller ledigblivna lägenheter inte är "öronmärkta".

Om de äldre och andra med särskilda behov inte är en så stor grupp är det ändå rimligt att låta dem vara dimensionerade. De högre krav som då kan behöva ställas gör bostäderna bättre även för andra hushåll. Alla människor har under något skede i sitt liv särskilda bostadsbehov som lättare kan tillgodoses i rymliga, tillgängliga och välutrustade bostäder.

Kostnadskonsekvenserna och andra konsekvenser av en generellt höjd kravnivå måste studeras. Om hiss krävs i tvåplansbebyggelse kan det innebära att hustypen undviks, att man bygger utbredda byggnader med flera lägenheter längs korridorer eller loftgångar (med miljömässiga brister) eller att kostnaderna blir höga.

De högre kraven på rymlighet inom bostaden kan däremot i allmänhet klaras genom omfördelning av ytor. I den genomsnittliga produktionen finns överytor, ibland i kommunikationsutrymmen, ibland i samvarorum. En höjning av miniminormerna i SBN innebär inte säkert en ytökning i produktionen.

Därtill kommer att vissa nuvarande krav på rumsmått och ytor som inte är betingade av tillgängligheten kan diskuteras. Det gäller t. ex. vardagsrummets yta som skulle kunna minskas om köket har plats för stor matplats och lägenheten ges en luftig utformning med genomblickar och direkta kontakter mellan rummen.



I den här trerumslägenheten om 79 m^2 har sovrummen och hygienrummet betydligt större mått än dem jag har föreslagit som minimum. Även i övrigt är lägenheten rymlig och välutrustad. Ändå håller sig ytan under genomsnittsytan för trerumslägenheter i nyproducerade flerbostadshus som är 81 m^2.

2 SJÄLVSTÄNDIGT BOENDE

2.1 Gruppboende som alternativ till institution

Bra lägenheter i tillgängliga hus med närhet till service och tillgång till social hemhjälp och hemsjukvård kan möjliggöra för många att trots

funktionsnedsättningar eller sjukdom bo som vanligt i egna bostäder. sen det finns en del som inte kan eller vill bo ensamma, som på grund av ångest, isolering och otrygghet i dag hänvisas till olika typer av institutioner. Även vissa av dessa skulle kunna bo kvar i eller flytta tillbaka ut till ett självständigt boende om de fick bo tillsammans med andra i någon form av gruppboende.

I gruppbostäder är det också lättare att erbjuda omfattande och långvarig hemhjälp och hemsjukvård. En satsning på olika former av gruppboende i den vanliga bostadsmiljön kompletterad med olika serviceverksamheter och vårdinsatser skulle alltså ytterligare kunna öka den stora grupp människor som skulle kunna lämna institutionerna eller inte behöva flytta till dem.

Gruppboende har prövats i relativt stor omfattning för olika handikappgrupper. Omsorgskommittén föreslog år 1981 att 2 000 av de ca 10 000 utvecklingsstörda som då bodde på vårdhem skulle flyttas ut i grupphem för högst fyra boende under en femårsperiod. Boendeformen kan också vara ett alternativ för en del av de bortåt 10 000 mentalvårdspatienter som enligt socialstyrelsen skulle kunna lämna mentalsjukhusen under en tioårsperiod. Gruppboende kan också passa många långtidssjuka och människor med mycket grava rörelsehinder. Antalet långvårdspatienter i landet var enligt landstingsförbundets patientinventering 1980 ca 50 000. Av dessa var ungefär en tredjedel personer med åldersdement beteende. För den kategorin prövas gruppboende i växande utsträckning och med goda resultat. Unga gravt handikappade människor söker sig i många fall tillsammans för att bo i storfamilj.

Även sjukhemvistelse har på senare tid definierats som ett boende. Vid utformningen av lokala sjukhem eftersträvas numera en bostadslik karaktär på avdelningarna. Spri har bl. a. genom informationsskrifter och arkitekttävlingar stimulerat till nya lösningar. Att utforma sjukhemmen så att patienternas självständighet och oberoende stöttas är en viktig uppgift som emellertid inte diskuteras i denna uppsats. I flera landsting tas också initiativ till mycket små bostadslika sjukvårdsenheter integrerade i vanlig bostadsmiljö. Dessa s. k. bostadssjukhem kan däremot ses som en form av självständigt gruppboende för personer med

stora funktionsnedsättningar och behov av omfattande hemhjälp och hemsjukvård.

2.1.1 Gruppboende i olika former

Gruppboende är efter vad som framgått ovan ingen enhetlig boendeform. För en del kan behovet av gemenskap vara det avgörande vid valet av bostadsform. Kanske föreligger överhuvud taget inget behov av service, omvårdnad eller vård i bostaden. Det är t. ex. fallet för vanliga storfamiljer, ungdomskollektiv m. m. När gruppboendet är ett alternativ föreligger däremot stora men mycket olikartade behov av sådana insatser. Gemenskap och samverkan inom gruppen kan variera från den familjeliknande gruppen till gruppen med större inbördes oberoende mellan medlemmarna. Lämpliga gruppstorlekar varierar för olika kategorier och deras behov av gemenskap respektive oberoende m. m.

Sex till sju personer anses av många vara en lagom grupp för samarbete och samvaro. Vissa personer, t. ex. en del utvecklingsstörda kan emellertid ha svårt att klara större grupper än tre till fyra personer. Andra, t. ex. personer med åldersdement beteende och vissa somatiskt långtidssjuka, som är mycket bundna i bostaden kan få ett rikare liv i något större grupper, kanske åtta till tio personer. I någon mån måste också gruppstorlekarna påverkas av hur den sociala hemhjälpen och hemsjukvården kan organiseras.

Det finns spontant bildade grupper av människor som självvalt och kanske enträget sökt sig till gruppboende. Förutsättningarna för att gruppen ska fungera väl är då särskilt gynnsamma.

I fråga om gruppboende som alternativ till institution är det emellertid oftast landstinget eller kommunen som tar initiativet. Att konstruera grupper för gemensamt boende är en grannlaga uppgift som kräver stor finkänslighet och flexibilitet från erfarna handläggare. Gruppbildningen måste vara och verkligen upplevas som fritt vald bland andra till buds stående bostadsalternativ.

Olika slags gruppboende har sin motsvarighet i olika slags bostäder. Bostadens planlösning spelar en viss roll för hur vardagslivet

gestaltar sig. Rumssambanden och fördelningen av bostadsytan på privata respektive gemensamma utrymmen påverkar gruppens inbördes relationer och aktiviteter.

Gruppbostaden för den familjeliknande gruppen har det mesta gemensamt med den vanliga stora familjebostaden. Så långt det är möjligt bör också vanliga lägenheter tas i anspråk för gruppboende av det slaget. En gruppbostad för mer oberoende individer kan å sin sida bestå av en grupp smålägenheter med gemensamma bostadsutrymmen i en särskild lägenhet.

Gruppbostäder behöver alltså inte och bör inte onödigtvis vara special-bostäder. Men de handikappade, de långtidssjuka, de åldersdementa m. fl. har särskilda behov som bara kan tillgodoses i särskilda grupp-bostäder som uppfyller höga krav på rymlighet och tillgänglighet. Dessa särskilda gruppbostäder bör ges en sådan utformning att de fungerar för olika grupper, med större eller mindre gemenskap och samverkan, med större eller mindre behov av omvårdnad och vård.

2.2 Den familjeliknande gruppen i en vanlig stor bostad

Den familjeliknande gruppen kan vara en liten grupp utvecklingsstörda ungdomar och vuxna. Det kan vara vanliga storfamiljer och ungdomskol-lektiv.

Om gruppen inte är större än tre - fem personer får den plats i en lägenhet om fyra till sex rum och kök. Så stora lägenheter är vanliga i småhus. Men liksom den vanliga stora familjen har den familjeliknande gruppen svårt att finna bostad i flerbostadshusområden. När det finns stora lägenheter i flerbostadshus som ska byggas om bör man därför vara rädd om dem, undersöka om de går att använda för gruppboende i stället för att dela upp dem i mindre lägenheter. Att bygga även stora lägen-heter i flerbostadshus är nödvändigt för att möjliggöra en allsidig befolkningssammansättning i områdena. Det blir inte minst viktigt om stora bostäder också planeras med sikte på gruppboende.

Om en stor lägenhet ska passa för gruppboende är det avgörande att den har vissa egenskaper.

2.2.1 De gemensamma bostadsutrymmena

Samvarorummen - normalt kök och vardagsrum - ska medge och stimulera till en mångfald sysselsättningar. Flera verksamheter ska kunna pågå samtidigt ostört eller i kontakt med varandra.

Lägenheten bör därför innehålla minst två stora bostadsrum för gemensamt bruk, gärna med dörr emellan. Nya planlösningstyper där kök och vardagsrum slagits samman och totalytan skurits ned är alltså inte särskilt lämpliga för gruppboende. Det är tveksamt om sådana dispenser från SBN 1980 kapitel 71 bör medges.

2.2.2 De enskilda rummen

Om de gemensamma rummen planeras för kontakt och stimulans mellan olika verksamheter och hushållsmedlemmarna så bör de enskilda rummen, sovrummen ha desto större avskildhet. I det egna rummet vill man kunna ha lugn och ro och man vill kunna nå det neutralt utan att passera samvarorummen. Det betyder att även i stora lägenheter bör de krav som finns i SBN 1980 på neutrala förbindelser eller dubbla förbindelser till sovrummen upprätthållas.

Sovrummen - ett för varje boende - bör rymma en stor sängplats. I bostäder för storfamiljer möblerar de flesta ensamstående med breda sängar, ca 1,20 i stället för 0,95 m. Dessutom bör det finnas plats för fåtölj, arbetsbord och bokhylla. Det betyder att rummet blir ca 11 m^2 stort, större än normens enpersonersrum. Det bör också vara 20 resp. 40 cm bredare än vad som i dag krävs för föräldrasovrum och andra tvåpersonsrum, nämligen 2,90 m för att sängen ska kunna ställas rakt ut från väggen. (Jfr avsnitt 1:25). Klädförvaringen ordnas lämpligen i eller i direkt anslutning till sovrummen.

2.2.3 Hygienutrymmena

Om lägenheten ska vara lämplig för gruppboende måste den innehålla minst två hygienutrymmen. De bör förutom toalettstol och tvättställ vara utrustade med badkar resp. dusch. I SBN 1980 kapitel 71 krävs i dag att lägenheter större eller lika med tre och ett halvt rum ska ha två hygienutrymmen men det räcker om det ena bara har toalettstol och tvättställ.

Det ena av de båda hygienrummen, lämpligen duschrummet, bör om bostaden ska fungera bra för gruppboende med omvårdnad och vård kunna anpassas för individuella handikapp. Det bör därför ha måtten 1,65 x 2,65 m eller 2,15 x 2,15 m. (Jfr avsnitt 3.1.2.4) Om dessa krav utöver SBN 1980 är uppfyllda fungerar bostaden bättre för gruppboende.

Ett av hygienrummen bör vara lätt att nå som gästtoalett från entrén. Även det andra ska nås neutralt, dvs. inte vara reserverat för bara ett par av sovrummen. Hygienrummen bör förläggas så att de inte stör sovrummen, helst inte vägg i vägg.

2.2.4 Mångsidigt användbara stora bostäder

De egenskaper som nämnts ovan finns inte normalt i de stora lägenheter som byggs i dag eller finns i beståndet. Däremot kan de ofta gå att ordna genom måttliga ombyggnader av befintliga lägenheter. Om stora bostäder generellt skulle ges dessa egenskaper skulle behovet av särskilda gruppbostäder bli mindre. Men de högre kraven innebär tillsammans fördyrande ökningar av utrustning och utrymme som knappast är till gagn för de vanliga stora familjerna.

I ny bebyggelse, där man på sikt vill göra det möjligt för familjeliknande storfamiljer och små kollektiv att bosätta sig, kan man emellertid tillgodose dessa krav som gör bostäderna mångsidigt användbara.

2.3 Gruppboende med större oberoende i smålägenheter

Gruppboende kan också innebära ett boende med mer oberoende individerna emellan. Särskilt i grupper som inte är spontant tillkomna utan konstruerats av andra än de boende kan medlemmarna vilja gardera sig mot alltför krävande kontakter och beroenden. De vill i princip ha en egen liten lägenhet men med omedelbar tillgång till gemensamma utrymmen i trapphuset som de delar med en grupp på åtta - tio personer.

Även för grupper med mer oberoende medlemmar är det bra om lämpliga bostäder går att uppbringa i det vanliga utbudet av bostäder. Det ger större valmöjligheter och anpassning till växlande efterfrågan.

2.3.1 Minsta lägenhetsstorlek

I det befintliga bostadsbeståndet är små lägenheter om ett rum och kök eller kokvrå vanliga. Ofta ligger de tillsammans i hela trapphus. Det vanliga är emellertid att husen är gamla och tillgängligheten är en nödvändighet för vissa boendegrupper. För andra grupper är emellertid handikappanpassning inte nödvändigt. För dem kan även bostäder i äldre hus komma ifråga. Koncentrat av små lägenheter finns t. ex. i pensionärshem, som ofta med fördel kan överlåtas på den kommunala bostadsstiftelsen och förmedlas till andra än pensionärer som i sin tur kan beredas bostäder med större tillgänglighet och rymlighet.

Om koncentrat av små lägenheter inte finns i ett visst område där man vill arrangera denna typ av gruppboende kan kompletteringsbebyggelse komma ifråga.

Två rum och kök betraktas idag som eftersträvansvärd och normal standard för ensamboende i självständiga bostäder. Om flera hushåll, högst åtta - tio, delar gemensamt kök med matplats och vardagsrum är det rimligt med mindre privata lägenheter.

Den minsta lägenhetstyp som idag kan finansieras med statliga bostadslån är ett rum och kök eller ett och ett halvt rum och kokvrå. Den lägenhetstypen har sitt berättigande i nyproduktionen just i ett

mer kollektivt boende eller om den kan adderas till eller samverka med intilliggande lägenheter på annat sätt, flergenerationsboende e.d.

För nyproduktion av bostäder för detta slags gruppboende är kraven i SBN 1980 kapitel 71 samt Bostadsfinansieringsförordningen tillämpliga vad avser de privata lägenheterna. Möjligen kan man överväga om även här kraven på större hygienrum och bredare sovrum skulle gälla om bostäderna avses förmedlas till äldre eller andra med funktionsnedsättningar. (Jfr. avsnitt 1:2).

2.3.2 Gemensamma bostadsutrymmen i särskild lägenhet

När det gäller gemensamma utrymmen i kollektiva boendeformer finns idag inga normer. För att inte begränsa olika lokalers användbarhet bör de göras mångsidigt användbara. Gemensamhetsutrymmen för så här små grupper bör gå att klara i en eller ett par vanliga lägenheter. I en normal tvårumslägenhet som uppfyller kraven i SBN 1980 kan måltider tillagas för upp till åtta - tio personer. Så många kan äta tillsammans i vardagsrummet som också rymmer sittgrupp. Sovrummet kan användas för hobbyverksamhet eller annat som de boende vill ha.

I andra fall kan ytterligare gemensamma lokaler behövas för tvätt, bad, hobbyverksamheter m. m. samt lokaler för personal. Då kan en större lägenhet eller ett par små tas i anspråk.

2.4 Särskilda gruppbostäder för omvårdnad och vård.

Vi har hittills talat om dels den familjeliknande gruppen dels gruppen med oberoende medlemmar i egna små lägenheter med tillgång till gemensamhetsutrymmen. Mellan dessa båda typer kanske man hittar den allmängiltigaste formen av gruppboende. Den kan både erbjuda nära gemenskap och personligt oberoende. Den ställer särskilda krav på bostadens utformning som inte finns eller kan återfinnas i vanliga bostäder för stora hushåll eller många små hushåll.

2.4.1 Bestämmelser för särskilda gruppbostäder

I avsnitt 1.1.3 redovisades vilka bestämmelser som finns för utformningen av vanliga bostäder i SBN 1980. Dessa måste vara uppfyllda även i särskilda gruppbostäder. De garanterar emellertid inte alls att bostaden blir bra för gruppboende.

Planverket och bostadsstyrelsen utarbetade år 1977 ett förslag om krav på mycket små enpersonsbostäder med gemensamma bostadsutrymmen. Detta s. k. smålägenhetsförslaget kom dock inte att genomföras.

I den mån gruppbostäderna avses för människor med behov av vård kan även vissa delar av bestämmelserna för vårdanläggningar i SBN 1980 kap 73 aktualiseras. Det rör emellertid uteslutande brandskydd, säkerhet och hygien. Några krav beträffande vårdanläggningars bostadsegenskaper finns inte.

Men utvecklingsarbetet inom Spri har resulterat i information och exempelsamlingar för utformningen av lokala sjukhem.

De diskussioner som under senare år förts om mycket små bostadslika sjukvårdsenheter integrerade i vanlig bostadsmiljö har heller ännu inte resulterat i några centrala riktlinjer. För bostäder för svårt rörelsehindrade med dygnet-runtservice har dock en exempelsamling utgivits av Handikappinstitutet.

2.4.2 Smålägenhetsförslaget år 1977.

Planverket och bostadsstyrelsen arbetade år 1977 fram ett förslag till riktlinjer för smålägenheter. Där fanns en typ av "enpersonsbostäder med gemensamma bostadsutrymmen". I sådana enpersonsbostäder skulle rummet enligt förslaget kunna minskas till 14 m^2. Då ryms bäddsoffgrupp med fåtölj, arbetsbord med stol bokhylla och byrå eller högskåp. Privat köksutrustning skulle helt kunna utgå om det fanns gemensamt kök med matplats. I fråga om hygienrum skulle inte kravet på tillgänglighet för rörelsehindrade behöva vara uppfyllt i var och en av de privata enheterna, om det fanns minst en enhet som uppfyller tillgänglighets-

kraven och en gemensam toalett som var anpassad för rullstolsbunden person.

Det var alltså frågan om en mycket låg standard. Den motsvarar ungefär de krav för ålderdomshem som utgavs från socialstyrelsen som Råd och Anvisningar år 1970. Både beträffande rumsyta och utrustning har dessa krav i allmänhet överskridits i den sparsamma produktionen av ålderdomshem under 70-talet. "Smålägenhetsförslaget" kom heller inte att förverkligas.

2.4.3 Praxis för utformning av lokala sjukhem.

Möjligen kan man för utformningen av särskilda gruppbostäder hämta visst underlag från den praxis som gäller för nya lokala sjukhem. Några egentliga bestämmelser för utformningen finns inte utöver SBN 1980 kap 73 Vårdanläggningar. Spri har emellertid i ett flertal informationsskrifter och på annat sätt lämnat exempel på utformning av bl. a. sjukhemmens bostadsavdelningar. Vid utformningen av dessa exempel har samråd skett med sjukvårdens fackliga organisationer. Men inte heller arbetsmiljökraven finns särskilt uttryckta i centrala bestämmelser utöver det som rör personalrum m. m.

De planexempel som visas i informationsmaterial utgår i hög grad från vårdarbetets och personalens utrymmesbehov. Men boendekvaliteter betonas också särskilt.

Landstingen har alltså formellt stor frihet att utforma de lokala sjukhemmen inom ramen för de allmänna kraven i SBN 1980 och i samråd med lokala fackliga organisationerna. Någon särskild granskning sker inte eftersom landstingen inte är skyldiga söka byggnadslov och själva finansierar byggandet.

2.4.4 Utformning av handikapplägenheter med dygnet-runt-service

Handikappinstitutet har givit ut en rapport Bostäder med dygnet-runt-service för svårt rörelsehindrade (best. nr. 0207 198 1980). Där visas exempel på handikapplägenheter kompletterade av gemensamma utrymmen för service och samvaro. Ett av exemplen är en gruppbostad med sex boende.

Varje boende har ett eget stort rum och hygienrummen delas parvis. I ett avslutande kapitel ges synpunkter på utformningen som kan utgöra visst underlag även för projektering av särskilda gruppbostäder. Den mycket långtgående handikappanpassning som där diskuteras kan emellertid inte generellt vara tillämplig för alla gruppbostäder.

2.5 Förslag angående utformningen av särskilda gruppbostäder

Särskilda gruppbostäder är alltså avsedda för sådana gruppboende för vilka inte vanliga stora lägenheter eller flera smålägenheter passar. En orsak kan vara deras stora behov av service, omvårdnad och vård. Det är alltså fråga om en särskild boendeform som idag nästan saknas i bostadsutbudet.

För att inte i onödan öronmärka olika särskilda gruppbostäder för bestämda boendekategorier med större eller mindre behov av handikappanpassning, omvårdnad och vård, gemenskap respektive oberoende o.s.v. bör gruppbostäderna ges en generell utformning. Då kan de passa för de flesta. De mycket svårt rörelsehindrades behov kan knappast göras dimensionerande för alla gruppbostäder. Men det är rimligt att de utformas så att de passar för människor med vanligare rörelsehinder och behov av personlig omvårdnad och vård. Gruppstorleken bör också väljas så att den i sig eller tillsammans med intilliggande bostäder motsvarar olika gruppers behov av kontakter, gemenskap och oberoende.

För att de särskilda gruppbostäderna ska fungera bra kan uppmärksamhet behöva riktas mot
- gruppbostadens storlek
- det egna rummet med hygienutrymme
- de gemensamma bostadsutrymmena
- rumssambanden inom gruppbostaden.

2.5.1 Gruppbostadens storlek och samverkan med intilliggande bostäder.

Antalet boende och enskilda rum bör inte vara större än att gruppbostaden upplevs som en bostad och inte som en institutionsavdelning. Om den planeras för fyra till fem boende kan den i det mesta likna en vanlig stor bostad. Korridorer kan undvikas. I en så liten grupp skapas stor delaktighet i gemensamma beslut och verksamheter. Risk finns emellertid också för oönskat starkt beroende och att man inte inom gruppen finner likasinnade. Dessa olägenheter kan mötas om två gruppbostäder placeras tillsammans för samverkan eller om gruppbostaden kompletteras av små satellitlägenheter för dem som vill ha en lösare anknytning till gruppen. I den större grupp om kanske åtta till tio boende kan också den sociala hemhjälpen och hemsjukvården få större frihet att organisera sitt arbete effektivt. Gruppbostäderna kan givetvis också kopplas till utrymmen för personal i en särskild intilliggande eller närbelägen lägenhet eller lokal. Vad som är bäst i det enskilda fallet beror på vilka boende man i första hand planerar för och hur övriga förutsättningarna är.

2.5.2 Eget rum med hygienutrymme

De egna rummen ska inte bara var sovrum utan också en plats där man kan vara för sig själv och arbeta eller umgås ostört. Det ska också vara stort nog för att sängen, ev. en vanlig sjukhussäng, ska kunna ställas rakt ut från väggen och plats finns för tekniska hjälpmedel. Ett bra rum är minst 14 m^2, gärna 16 m^2, och har ett breddmått på minst 3,5 m.

Ett eget hygienutrymme kan betyda mycket för känslan av personligt oberoende. I särskilda gruppbostäder som behövs som komplement till vanliga stora bostäder för mer familjeliknande gruppboende är det självklart att varje enskilt rum kompletteras med eget hygienutrymme. Det bör ha minst de mått som tidigare föreslagits för vanliga bostäder i särskilda boendeformer för äldre och handikappade samt viss kompletteringsbebyggelse. (Jfr avsnitt 1.2.4). Det betyder att hygienutrymmet ska vara antingen 1,65 x 2,65 m med dörr på långsidan eller 2,15 x 2,15 m. Det är 50 cm bredare i endera riktningen än dagens standardbadrum men mindre än hygienrum för svårt rörelsehindrade. I lokala sjukhem visar Spri hygienrum med måtten 2,20 x 2,20 m. Det ovan beskrivna hygienrummet bör vara minimum i särskilda gruppbostäder. I det enskilda fallet kan man ha anledning att välja en högre grad av handikappanpassning.

I eller i anslutning till det enskilda rummet bör finnas plats för klädförvaring, t. ex. i garderobsskåp med minst 1,2 m längd. Då förutsätts att plats finns för säsongförvaring av kläder i eget förråd i eller i omedelbar anslutning till gruppbostaden.

2.5.3 De gemensamma bostadsutrymmena

De gemensamma bostadsutrymmena ska minst motsvara dem som finns i vanliga stora bostäder. De ska vara så tilltagna att de medger olika sysselsättningar samtidigt i kontakt eller avskilt från varandra och utformas så att deltagande i samvaro och gemensamma aktiviteter stimuleras.

I gruppbostaden ska finnas en rymlig entré med stor kapphylla och toalett för gäster och eventuell personal.

Köket bör ligga centralt och vara rymligt så att de boende tillsammans eller med hjälp av eventuell personal kan delta i eller sköta den viktiga mathållningen. Kökets matplats bör också vara så stor att utom gruppen ryms lika många gäster och/eller personal. Det betyder att ett vinkelkök bör vara minst 4,2 m brett och minst lika djupt.

Om köket utformas som ett stort allrum räcker det om vardagsrummet rymmer en stor soffgrupp för lugnare samvaro och tv-tittande. Det bör ha minst samma yta som det vanliga vardagsrummet, dvs. 20 m^2, men gärna en mer kvadratisk form.

Tvätt och klädvård är en central del av boendet som för de här aktuella boendekategorierna klaras bättre i den egna bostaden/gruppbostaden än i gemensamma bostadskomplement för flera hushåll. Gruppbostaden bör därför ha utrymme för fullständig tvättutrustning och trivsam plats för strykning, lagning och sömnad där boende och eventuell personal eller anhöriga kan hjälpas åt.

Förråd med avdelningar för varje boende bör finnas i eller i omedelbar anslutning till gruppbostaden. Ett gemensamt förråd behövs också.

2.5.4 Rumssambanden

För att varje boende ska kunna få den ostördhet och det oberoende hon eller han behöver bör de enskilda rummen inte vätta mot eller nås via kök eller gemensamma rum. Liksom sovrum i vanliga bostäder bör de enskilda rummen kunna nås neutralt oberoende av övriga boende. Det innebär inte att man måste avstå från genomblickar eller att de gemensamma utrymmena inte kan ges ett centralt läge i bostaden så att samvaro och gemensamma aktiviteter stimuleras.

2.6 Planering och projektering av gruppbostäder

2.6.1 Omsorgsfull projektering i varje särskilt fall

De gruppbostäder som idag finns eller planeras förefaller ha mycket olika egenskaper med avseende på vad som diskuterats i föregående avsnitt. Det gäller gruppbostadens storlek och samverkan med intilliggande bostäder, de egna rummens storlek, förekomsten och storleken på hygienutrymmena, de gemensamma bostadsutrymmena och rumssambanden. Störst förefaller naturligt nog skillnaderna vara där befintliga bostäder byggts om för gruppboende.

Ofta fungerar gruppboendet bra trots brister i själva bostaden. Det kan också fungera dåligt i en alldeles utmärkt bostad. Andra faktorer spelar större roll: gruppens sammansättning och tillkomst, hemhjälpens och hemsjukvårdens arbetssätt, läget på orten och tillgången till service och andra verksamheter m. m. Men brister i bostaden kan skapa onödiga irritationer och kanske hinder för ett bra dagligt liv.

Inom ramen för de utformningskriterier som beskrivits i föregående avsnitt kan gruppbostäder utformas ganska fritt. Planlösningarna blir olika i olika typer av flerbostadshus eller småhus, i nybyggnader och ombyggnader osv. I det enskilda fallet kan det också finnas anledning att ge gruppbostaden en speciell utformning i något avseende. Graden av handikappanpassning skiljer också gruppbostäder från varandra.

I föregående avsnitt har endast berörts vissa avgörande bostadsegenskaper som direkt kan få konsekvenser för de boendes dagliga liv. Varje gruppbostad måste planeras och projekteras med stor inlevelse och kunskap. Den uppnås bäst i samarbete med de personer som ska bo eller arbeta i gruppbostaden eller har tidigare erfarenhet av gruppboende. Försöksverksamhet med utvärdering och erfarenhetsåterföring behövs i större skala och med bättre metoder än hittills. Först när ytterligare kunskap vunnits finns underlag för mer detaljerade och definitiva riktlinjer för utformningen av särskilda gruppbostäder.

2.6.2 Kommunernas ansvar för bostadsförsörjningen

Kommunerna har det yttersta ansvaret för bostadsförsörjningen. Det innefattar bl. a. byggandet av särskilda boendeformer för äldre och handikappade. Det är också kommunen som ansvarar för den sociala hemhjälpen och annan service till kommuninvånarna.

När det gäller sjuka och vissa handikappade har landstinget ansvar för vården. Det innefattar även vistelsen eller boende vid olika institutioner för omvårdnad och vård. När man nu söker sig mot nya former för boende och vård t. ex. i gruppbostäder, är det oftast landstingen som tar initiativet och står som huvudmän både för vården och bostaden.

På sikt kan man anta att ansvaret för vården respektive boendet kommer att särskiljas. Då kommer kommunerna att svara för att alla medborgare, även de med behov av omvårdnad och vård, bereds lämpliga bostäder. Vistelse vid institution kommer i högre grad än idag förutsättas vara tidsbegränsad med sikte på återflyttning till självständigt boende i någon form, i första hand i den bostad man tidigare bott. Även gruppbostäder kommer, som den självständiga boendeform det är, att planeras och förvaltas av kommunen. Att samla bostadsbyggandet på en hand ger bättre överblick med bättre möjligheter till behovsbedömningar, flexibel bostadsförmedling osv.

3 Bostadskomplement och bostadsanknutna gemensamhetsutrymmen

Både vanliga bostäder och gruppbostäder behöver bostadskompletterande lokaler i huset eller på nära håll. Förutom de vanliga fastighetskomplementen som tvättstuga, förråd och soprum bör det finnas gemensamhetsutrymmen för begränsade grupper av hushåll. Äldre och andra människor med funktionsnedsättningar är mycket bundna till sin närmiljö. Kanske är det just bland sina grannar de har den starkaste grupptillhörigheten.

I gemensamma bostadsanknutna utrymmen kan en del av den service äldre och handikappade personer behöver ges i kollektiva former. Där kan de finna meningsfull samvaro och sysselsättning tillsammans med andra boende i olika åldrar eller i sin egen situation. Lokalerna kan innehålla enkel matservering, samvaro, studie- och verkstadsutrymmen i liten skala, kanske tvättstuga, välutrustat badrum, rum för fotvård och andra verksamheter som inte alltid ryms i de egna bostäderna. Dessa lokaler kan också vara baser för arbetslag av hemhjälps- och hemsjukvårdspersonal. Det är då naturligt att de kompletteras med utrymmen för dessa.

Den ovan beskrivna typen av bostadsanknutna gemensamhetsutrymmen ingår normalt i kollektiva boendeformer t. ex. servicehus för äldre och handikappade. Även friliggande i vanliga bostadsgrupper betraktas de som en utvidgning av de privata bostäderna. Under vissa förutsättningar och i viss utsträckning har de därför också beviljats statliga bostadslån med räntebidrag. Denna eller någon annan stimulans kan behövas även i framtiden om man får till stånd en decentralisering av verksamheter ut till bostäderna och ett berikande av den nära bostadsmiljön som förbättrar möjligheterna att välja självständigt boende i stället för institution.

Statens offentliga utredningar 1984

Kronologisk förteckning

1. Sociala aspekter på regional planering. I.
2. Värdepappersmarknaden. Fi.
3. Domstolar och eko-brott. Ju.
4. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. Fi.
5. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. Fi.
6. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. Fi.
7. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. Fi.
8. Näringstillstånd. Ju.
9. Förslag till lag om Kooperativa föreningar. I.
10. Kompletterande motståndsformer. Fö.
11. Rösträtt och medborgarskap. Ju.
12. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. Ju.
13. Samordnad narkotikapolitik. S.
14. RF 10:5. Ju.
15. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder, Ju.
16. Förvärv i god tro. Ju.
17. Sveriges internationella transporter. K.
18. Arbetsmarknadsstriden I. A.
19. Arbetsmarknadsstriden II. A.
20. Datorer och arbetslivets förändring. A.
21. Förenklad självdeklaration. Fi.
22. Panträtt. Ju.
23. Folkbibliotek i Sverige. U.
24. En bättre information om kemiska produkter. Jo.
25. Ny konsumentköplag. Ju.
26. Ny Banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. Fi.
27. Ny Banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslag. Fi.
28. Ny Banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. Fi.
29. Ny Banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. Fi.
30. LÄS MERA! U.
31. Arbetsmarknadspolitik under omprövning. A.
32. Nya alternativ till frihetsstraff. Ju.
33. Handla med tjänster. UD.
34. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. Bo.
35. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. Bo.
36. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. Bo.
37. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. Fi.
38. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. Fi.
39. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) Huvudrapport. S.
40. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. S.
41. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård. Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? S.
42. Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. S.
43. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. S.
44. Hälsopolitik i samhällsplaneringen – Boendemiljö – Arbetsmiljö – Arbetslöshet – Kost. Underlagsstudie. S.
45. Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie. S.
46. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie. S.
47. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga. Hälsoupplysning. S.
48. Länssjukvården – möjligheter till förändring. Underlagsstudie. S.
49. Hälsa – vård – Samhällsekonomi – Sysselsättning. Expertrapport. S.
50. Personal för framtidens hälso; och sjukvård. Underlagsstudie. S.
51. Datateknik och industriell förnyelse. I.
52. Svensk sydafrikapolitik. Ud.
53. Föreningarnas radio. U.
54. Tvångsmedel – Anonymitet – Integritet. Ju.
55. I rätt riktning. A.
56. Folkrätten i krig. Fö.
57. Kommunerna i totalförsvaret. Fö.
58. Invandrar- och minoritetspolitiken. A.
59. Näringsförbud. Ju.
60. Generell permutation av donationsbestämmelser. Fi.
61. I stället för kärnkraft. I.
62. Med sikte på nedrustning. Ud.
63. Homosexuella och samhället. S.
64. Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten. S.
65. Via satellit och kabel. U.
66. Den allmänna rättshjälpen. Ju.
67. Cancer-orsaker-förebyggande m.m. S.
68. Samordnad samhällsinformation. C.
69. Säker elförsörjning. I.
70. Staketmetoden. Fi.
71. Värnplikten i framtiden. Fö.
72. Fastighetsbildning 3. Plangenomförande genom inlösenförrättning. Ju.
73. Patientjournalen. S.
74. Regional utveckling och mellanregional utjämning. I.
75. Församlingarna om framtiden. C.
76. Samordnad kärnavfallshantering. I.
77. Kemikaliekontroll. Jo.
78. Bo på egna villkor. Bo.

Statens offentliga utredningar 1984

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Kommissionen mot ekonomisk brottslighet. 1. Domstolar och ekobrott. [3] 2. Näringstillstånd. [8] 3. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. [15]
1983 års rösträttskommitté. 1. Rösträtt och medborgarskap. [11]
2. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. [12]
RF 10:5. [14]
Förvärv i god tro. [16]
Panträtt. [22]
Ny konsumentköplag. [25]
Nya alternativ till frihetsstraff. [32]
Tvångsmedel – Anonymitet – Integritet. [54]
Näringsförbud. [59]
Den allmänna rättshjälpen. [66]
Fastighetsbildning 3. Plangenomförande genom inlösenförrättning. [72]

Utrikesdepartementet

Handla med tjänster. [33]
Svensk sydafrikapolitik. [52]
Med sikte på nedrustning. [62]

Försvarsdepartementet

Kompletterande motståndsformer. [10]
Folkrätten i krig. [56]
Kommunerna i totalförsvaret. [57]
Värnplikten i framtiden. [71]

Socialdepartementet

Samordnad narkotikapolitik. [13]
Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90)
1. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) Huvudrapport. [39]
2. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. [40] 3. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård. Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? [41] 4. Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [42] 5. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie [43] 6. Hälsopolitik i samhällsplaneringen – Boendemiljö – Arbetsmiljö – Arbetslöshet – Kost. Underlagsstudie [44] 7. Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie. [45] 8. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie. [46] 9. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga: Hälsoupplysning. [47] 10. Länssjukvården – möjligheter till förändring. Underlagsstudie. [48] 11. Hälsa – vård – Samhällsekonomi – Sysselsättning – Expertrapport. [49] 12. Personal för framtidens hälso- och sjukvård. Underlagsstudie. [50]
Homosexuella och samhället. [63]
Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten. [64]
Cancer-orsaker-förebyggande m m. [67]
Patientjournalen. [73]

Kommunikationsdepartementet

Sveriges internationella transporter. [17]

Finansdepartementet

Värdepappersmarknaden. [2]
Långtidsutredningen. 1. Långtidsutredningen LU 84. Huvudrapport. [4] 2. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. [5] Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. [6] 4. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. [7]
Förenklad självdeklaration. [21]
Banklagsutredningen. 1. Ny Banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. [26] 2. Ny banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslagen. [27] 3. Ny banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. [28] Ny banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. [29]
Fastighetstaxeringskommittén. 1. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. [37] 2. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. [38]
Generell permutation av donationsbestämmelse. [60]
Staketmetoden. [70]

Utbildningsdepartementet

Folkbibliotek i Sverige. [23]
LÄS MERA! [30]
Föreningarnas radio. [53]
Via satellit och kabel. [65]

Jordbruksdepartementet

En bättre information om kemiska produkter. [2]
Kemikaliekontroll. [77]

Arbetsmarknadsdepartementet

Konfliktutredningen. 1. Arbetsmarknadsstriden. [18] 2. Arbetsmarknadsstriden II. [19]
Datorer och arbetslivets förändring. [20]
Arbetsmarknadspolitik under omprövning. [31]
I rätt riktning. [55]
Invandrar- och minoritetspolitiken. [58]

Bostadsdepartementet

Bostadskommittén. 1. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. [34] 2. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. [35] 3. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. [36]
Bo på egna villkor. [78]

Industridepartementet

Sociala aspekter på regional planering. [1]
Förslag till lag om Kooperativa föreningar. [9]
Datateknik och industriell förnyelse. [51]
I stället för kärnkraft. [61]
Säker elförsörjning. [69]
Regional utveckling och mellanregional utjämnig. [74]
Samordnad kärnavfallshantering. [76]

Civildepartementet

Samordnad samhällsinformation. [68]
Församlingarna om framtiden. [75]

KUNGL. BIBL.
1984 -10- 15
STOCKHOLM

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

ISBN 91-38-085527-5
ISSN 0375-250XX

Liber
Allmänna Förlaget

SOU 1984:78