

Nr 33

Av herr **Ohlin m. fl.**, om åtgärder för tillgodoseende av personalbehovet inom de sociala och medicinska vårdområdena.

(Lika lydande med motion nr 15 i Första kammaren)

Samhällets engagemang för individens sociala och ekonomiska trygghet och för hennes möjligheter att vårda fysisk och psykisk hälsa är av stor omfattning i vårt land. I förslaget till riksstat för 1962/63 svarar socialhuvudtiteln för mer än en fjärdedel, vartill kommer kommunernas utgifter. År 1958 var de offentliga kostnaderna för hälso- och sjukvård (tandvårdskostnader icke inräknade) närmare två miljarder kronor. Inom ramen för vår socialpolitik lämnas i dag hjälp vid de flesta uppkommande situationer, och den svenska läkarvetenskapen står sig gott vid internationella jämförelser.

Både den sociala och den medicinska vården lider emellertid av avsevärda brister i form av svagheter i lagstiftningen, vilka lett till att vissa grupper lämnats med dåligt eller inget skydd och eftersläpningar i de materiella och personella resurserna. Tyvärr måste man konstatera att de vårdbehövande i otillräcklig grad fått del av den allmänna standardhöjningen. Orsakerna härtill är många. För många vårdyrken försvåras rekryteringen i hög grad av dålig betalning, vilket bidragit till svår personalbrist inom många sektorer och till att man i ökad omfattning tvingats anlita icke kvalificerad personal. Den kvarvarande personalen har fått mycket otillfredsställande arbetsförhållanden, vilket bidragit till ytterligare rekryteringssvårigheter och sänkning av kvaliteten på den personliga omvårdnaden. Utbildningssidan har alltför ofta blivit bortglömd i reformarbetet.

Till bilden av svensk sjukvård hör inte bara hög vetenskaplig och materiell standard utan också stängda vårdavdelningar och långa väntetider. Situationen är i flera under den senaste tiden mycket uppmärksammade fall ytterst kritisk, och det har redovisats att svårt sjuka personer avlidit utan att möjlighet att inkoppla läkare stått till buds. Även i fall då dessa människor ändå icke kunnat räddas till livet är det djupt beklagligt att brist på personella resurser skall hindra att människor får medicinsk behandling och lindring i sina plågor. Det är också otillfredsställande, att dyrbara sjukhusanläggningar inte utnyttjas på grund av bristande samordning mellan personalpolitik och byggnadsverksamhet.

Inom det sociala området har stora ekonomiska resurser ställts till förfogande för beredande av ekonomisk trygghet vid sjukdom, ålderdom, invaliditet, ar-

betslöshet etc. Den betydligt mindre kostsamma vårdsektorn har dock blivit eftersatt, främst genom bristande personella resurser.

Utbildningskapaciteten inte i takt med utvecklingen

Inom det sociala och det medicinska området har utbildningskapaciteten icke anpassats till personalbehovet. Utbildningen av läkare har länge varit underdimensionerad. Läkarprognosutredningen beräknar att en acceptabel hälso- och sjukvårdsstandard kräver 2 200 fler heltidsanställda läkare 1970 d. v. s. en ökning med 24 %, vilket innebär att antalet läkare det året totalt borde vara 11 300. Den nuvarande utbildningskapaciteten ökar år 1970 läkarantalet till ca 9 000. Då samtliga de utredningar av läkarbehovet, som gjorts under 1900-talet, underskattat behovet har vi under en lång följd av år att räkna med ett betydande läkarunderskott. Utredningen beräknar att den kapacitetsökning av utbildningen som synes realistisk skulle kunna reducera det ovan nämnda underskottet år 1970 med 1 795. Det är emellertid högst ovisst om ens denna ökning kan komma till stånd, då den bl. a. bygger på en kraftigt ökad intagning redan år 1961 och den med denna fråga arbetande beredningen ännu inte framlagt några förslag.

Bristen på sjuksköterskor är allvarlig både till omfång och verkningar, och lika litet som på läkarområdet har några korrekta förutsägelser om behovet framkommit. Av de uppgifter som lämnades i 1949 års arbetskraftsutrednings betänkande (SOU 1955: 34) framgick att man år 1965 skulle ha ett *överskott* på sjuksköterskor. Utredningen presenterade två alternativa beräkningar. Enligt den ena beräknades överskottet år 1965 till 100 sköterskor, enligt den andra till 2 300. I båda fallen räknade man med oförändrad utbildningskapacitet vid 1954 års nivå men med ett avsevärt vidgat behov av tjänster. Utvecklingen har som bekant blivit en helt annan. 8,7 % vakanta sjukskötersketjänster i oktober 1961 innebär närmare en fyrdubbling av antalet obesatta tjänster under en femårsperiod.

För andra personalkategorier inom sjuk- och hälsovården är situationen likartad. Av 660 barnmorsketjänster var vid samma tidpunkt 87 tjänster vakanta, av 549 sjukgymnasttjänster var inte mindre än 147 vakanta.

Bristen på väl utbildad social-kurativ personal vid våra anstalter för alkoholskadade torde exempelvis vara en viktig anledning till den relativt låga förbättringsprocenten liksom bristen på övervakare, assistenter vid nykterhetsnämnderna, kurativ och medicinsk personal vid alkoholpoliklinikerna etc.

Inom den *förebyggande vården* bidrar bristen på personal givetvis indirekt till att öka trycket på anstalts- och eftervården på ungdoms-, nykterhets- och kriminalvårdens områden. Då man icke f. n. kan bedöma effekten av de metoder samhället har till sitt förfogande för att förebygga och bekämpa ungdomsbrottslighet och annan kriminalitet beslöt riksdagen på förslag från vårt håll år 1959

att begära utredning av frågan om ett försök med en fullständig upprustning av alla ungdomsvårdande personella och materiella resurser i en viss stad i landet. Härigenom skulle skapas en "kontrollgrupp", vars resultat skulle kunna jämföras med andra orters utan samma resurser. Tyvärr har den utredning som är sysselsatt med detta projekt ännu inte presenterat sina förslag. Så mycket kan dock utan vidare förutses som att en effektiv förebyggande vård är i hög grad personalkrävande.

En av de mest eftersatta grupperna är *de långtidssjuka*. Av dessa är 80 % över 65 år. Antalet personer över 65 år beräknas enligt statistiska centralbyrån öka med 25 % under 1960-talet, varför situationen kommer att bli ytterligare förvärrad. Läkarpå prognosutredningen har räknat med att behovet av vårdplatser för långvarigt sjuka år 1970 kommer att vara 40 000. I dag finns 16 000 sådana platser tillgängliga. Omkring 6 000 personer väntar på intagning.

Inom *den psykiska barna- och ungdomsvården, familjerådgivningen och den ungdomspsykiatriska rådgivningen* är väntetiden för konsultation på sina håll årslång.

Personalsituationen inom *ungdomsvårdsskole-, nykterhets- och fångvården* aktualiserades i en flerpartinotion till 1964 års riksdag (FK: 443). Efter att ha pekat på den upprustning av anstaltsväsendet som ägt rum konstaterar motionärerna, att utvecklingen givetvis har lett till en ökad efterfrågan på för vårduppgifterna lämpad och utbildad personal men att det tyvärr torde kunna fastslås, att utbildningsmöjligheterna inte ökat i takt med vårdområdenas utbyggnad och att de för vissa grupper saknas helt eller är otillräckliga. Motionärerna pekar därefter på den menliga effekten på vårdresultaten som de både kvantitativa och de kvalitativa bristerna i personalhänseende medför och möjligheten att effektivisera utbildningen för personalen genom en samordning mellan de olika verk som nu handhar utbildningen. Ett förhållande, som inte nämns i motionen men som enligt vår mening bör ägnas uppmärksamhet, är det låga bottenlöneläget för vårdpersonalen vid de statliga anstalterna. Statsutskottet (utl. nr 5, punkt 41) förutsatte, att frågan skulle komma att ägnas fortsatt uppmärksamhet och att "de åtgärder som må finnas erforderliga för en effektivisering av personalutbildningen redovisas i samband med de årliga förslagen till medelsanvisning för ändamålet". Tyvärr saknas någon sådan redovisning i årets statsverksproposition, där det (bil. 7, s. 56) endast fastslås att personalutbildningen under nästa budgetår bör bedrivas i samma omfattning som hittills. Vi hoppas dock att den tillsatta personalutbildningsberedningen snarast möjligt kommer att kunna föreslå åtgärder i linje med vad som föreslagits i motionen.

Under senare år har man kunnat konstatera tilltagande svårigheter för kommunerna att besätta tjänster inom socialvården med kvalificerade sökande. Ett par exempel visar läget i slutet av år 1961. Av 117 kvalificerade tjänster

(s. k. socionomtjänster) inom nykterhetsvården i landets tre största städer var endast 35 besatta med socionomer, medan 57 tjänster uppehölls av personer utan denna eller motsvarande utbildning och 25 var vakanta. I socialnämnderna i dessa städer var av 260 kvalificerade tjänster endast 80 besatta med socionomer. Knappheten på personal har försvårat kommunernas möjligheter att fullgöra sina uppgifter inom socialvård, barnavård och nykterhetsvård. I en år 1960 framlagd utredning om socialvården i Stockholm konstateras, att socialbyråerna har svårt att få personal, och "läget betecknas som katastrofalt". Bristen på socionomutbildad personal inom vårdområdena har betonats av flera statliga kommittéer, senast av nykterhetsvårdsutredningen.

Hur skall problemen lösas?

De här diskuterade personalproblemen bör enligt vår mening lösas enligt följande huvudlinjer:

1. Utbildningskapaciteten måste ökas,
2. personalinbesparande rationaliseringsåtgärder vidtagas,
3. den arbetskraftsreserv som representeras av hemmavarande kvinnor tillvaratas,
4. utländsk arbetskraft utnyttjas i större utsträckning och
5. de vårdyrken som har svåra rekryteringsproblem göras mera lockande genom bättre arbetsförhållanden och bättre sociala och ekonomiska förhållanden.

När det gäller läkarna har den i början på förra året avslutade läkarprognosutredningen redan nämnts liksom den beredning som inom ecklesiastikdepartementet arbetar med planerna på en utvidgning av den medicinska utbildningen. Därtill kommer universitetsutredningens förslag om bl. a. en fullständig utbyggnad av den medicinska högskolan i Umeå. (Det är dock beklagligt att realiserandet av dessa planer tycks dra ut på tiden.) På sköterskeområdet har den Thapperska utredningen med förslag till vissa rationaliseringar av sjuksköterskornas arbete nyligen framlagts. Särskilda åtgärder vidtoges också för att öka utbildningskapaciteten. För att utöka och förbättra socionomutbildningen arbetar en särskild kommitté. Denna kommittés förslag om ett socialinstitut i Umeå har avancerat så långt att institutet är klart att börja sin verksamhet i höst.

Nödvändigt med åtgärder som ger snabba resultat

Alla dessa och andra här icke nämnda åtgärder för att lösa personalproblemen för vårdområdena är välkomna och nödvändiga men uppenbarligen icke tillräckliga. Åtgärder på utbildningens område ger effekt först på lång sikt för sådana grupper som läkare, sjuksköterskor och socionomer för vilka utbildningen är relativt tidskrävande. För att bemästra personalproblemen för

de mest utsatta områdena även under den närmaste tiden krävs därför samtidigt åtgärder som kan ge snabbare resultat. Vad som närmast bör komma i fråga är personalbesparande rationaliseringsåtgärder efter metoder som redan är kända inom industrien, t. ex. för transporter och övriga kommunikationer inom institutionerna, databehandling, specialisering av arbetsuppgifter etc., ökad användning av öppen vård och familjevård och ett ökat utnyttjande av utländsk arbetskraft.

Utvecklingen mot ett ökat utnyttjande av den öppna vården och familjevård, som ersättning för anstaltsmässig vård har emellertid gått långsamt. Inom t. ex. mentalsjukvården, där familjevård har gamla anor, har omfattningen av denna vårdform knappast ökat under senare år trots en katastrofal press på våra mentalsjukhus. Ersättningen för denna vård är också fortfarande anmärkningsvärt låg — enligt en den första juli förra året antagen taxa maximerad till 8 kronor per dag med rätt för vissa sjukhus att betala till 9 à 10 kronor.

Från vårt håll väcktes år 1960 en motion vari bl. a. föreslogs att frågan om en utbyggnad av den öppna vården blir föremål för prövning. I samma motion rekommenderades också användandet av s. k. dagsjukhus. Utskottet (S 82) hänvisade till att frågan sannolikt skulle bli föremål för behandling av mentalsjukvårdsberedningen, som dock ännu inte har behandlat saken närmare. En utökning av familjevården liksom inrättandet av dagsjukhus är emellertid enligt vår mening två goda exempel på åtgärder som bör kunna genomföras utan större dröjsmål och som snabbt ger effekt i form av en viss lättnad i kravet på vårdplatser. Erfarenheterna från t. ex. det vid Södersjukhuset i Stockholm inrättade dagsjukhuset tyder på mycket goda behandlingsresultat till lägre kostnader med mindre personalåtgång än vid traditionell vård och med större trevnad för patienten.

Inom den ungdomsvårdande sektorn är ett ökat utnyttjande av familjevård ofta en väg att minska behovet av vårdplatser vid ungdomsvårdsskolorna, och den ger också i många fall flera företräderna framför vård på ungdomsvårdsskola eller ungdomsfängelse. Ytterligare krafttag för att få fram flera för fosterhemsvård lämpade privathem måste tagas och de kommunala fosterlegorna höjas.

Ekonomiskt ter sig också fosterhemsvården över huvud taget betydligt förmånligare än anstaltsvården. Med undantag för eftervården av ungdomsvårdsskoleelever betalas fosterhemsvården emellertid av kommunerna. Ungdomsvårdsskoleverksamheten finansieras helt av staten. Det är möjligt att statsbidrag till kommunernas kostnad för fosterhemsvård åt missanpassad ungdom skulle stimulera fosterhemsvården.

Frågan bör bli föremål för utredning, och förslag i saken snarast möjligt föreläggas riksdagen.

Inom åldringsvården kan man också med ett mera okonventionellt grepp på

problemen finna personalinbesparande reformer. En lämplig mellanform mellan hem- och sjukhusvård erbjuder metoden att låta äldre människor som är i behov av tillsyn, behandling och sysselsättning vistas på sjukhus eller s. k. 'äldringdaghem' på dagarna men i sina egna eller släktingars hem på nätterna. I USA praktiseras på sina håll metoden att läkare vid geriatriska kliniker gör regelbundna ronder till i hemsjukvård behandlade patienter. Givetvis bör även annan medicinsk och social expertis, arbetsterapeuter, sjukgymnaster etc., användas även inom hemvården. En utökad och innehållsmässigt vidgad utbildning av ålderdomshemsföreståndarinnor bör också snarast komma till stånd. Samtidigt bör frågan om ett förstärkt utbildningsupptagas till behandling.

Skatte- och lönepolitiska åtgärder, som gör tjänsterna som sjuksköterskor och annan vårdpersonal samt socialassistenter, kuratorer m. fl. mera lockande, bör vidtagas, och det bör över huvud taget göras mera lönande för kvinnor att ha förvärvsarbete.

Från vårt håll har sådana synpunkter framförts vid olika tillfällen, och en rad konkreta åtgärder har föreslagits. Bl. a. kan pekas på förslag syftande till att göra det mera lönande för hemmavarande kvinnor med barn att ha förvärvsarbete genom höjning av förvärvsavdragen samt bättre socialpolitiska åtgärder för de ensamstående mödrarna etc.

Den under senare år allt tydligare tendensen att många socionomer söker sig till andra delar av arbetsmarknaden än socialvård och förvaltning bör uppmärksammas. Den främsta anledningen härtill torde vara den låga lönesättningen. Av en undersökning sommaren 1960 framgår, att av socionomer i kommunal tjänst var 75 procent placerade i lönegrad 15 eller lägre, över hälften i lönegrad 13. Åtskilliga gifta kvinnliga socionomer har — av löne- och skattepolitiska skäl — ingen anställning. En god lönesättning är nödvändig för att rekrytera kvalificerade sökande till socionomutbildningen och för att sedan behålla den utbildade arbetskraften inom de områden för vilka den ursprungligen utbildats.

Härovan har endast pekats på några typer av åtgärder som kan tillgripas för att övergångsvis bemästra rådande personalsvårigheter.

Vi är medvetna om att man i viss utsträckning kommit fram till lösningar efter här antydda riktlinjer, men vi saknar ett samlande grepp från statsmakternas sida.

Samordnade expertgrupper

Vi anser att situationen inom nästan alla vårdområden är sådan att det finns skäl för myndigheterna att ta krafttag över hela fältet och samordna och bearbeta erfarenheterna i en eller flera expertgrupper, innan situationen ytterligare försämrats. En rad utredningar finns utarbetade inom nykterhetsvårdens, den psykiska barna- och ungdomsvårdens område och inom flera andra

vårdsektorer. Inom andra områden pågår eller förbereds utredningar. Därtill finns det en stor stab av skicklig expertis inom varje fack, i många fall med personliga erfarenheter om förhållandena i andra länder. Denna samlade erfarenhet bör enligt vår mening utnyttjas för snabba åtgärder syftande till att främst provisoriskt men också på lång sikt åstadkomma utökad och bättre människovård av skilda slag inom ramen för de personella resurserna.

De stora utbyggnads- och reformprojekten bör givetvis fortsättas och om möjligt påskyndas. Målet för en aktion av det här slaget bör vara att den skall ge snabba resultat, varför den inte får bromsas av byråkratisk stelhet. Bl. a. bör den upptaga bland sina förslag även skatte- och lönepolitiska åtgärder. Arbetet bör bedrivas så att resultatet stegvis kan föras ut i praktisk tillämpning utan att man avvaktar någon samlad redovisning. Vidare bör man beakta erfarenheter på dessa områden utomlands. Där så är möjligt bör en vidgad användning av utländsk arbetskraft övervägas. Mycket av det onödiga byråkratiska krångel som är förknippat med utlänningsars uppehåll här i landet borde kunna avlägsnas. Hemmavarande kvinnors arbetskraft bör, när så är möjligt, utnyttjas inom öppen vård och familjevård. Deltidstjänster bör inrättas i större utsträckning.

Många av de åtgärder som kan komma att aktualiseras vid den här föreslagna genomgången berör primär- eller landstingskommunala verksamhetsområden, vilket inte bör hindra expertgrupperna från att utarbeta planer och föreslå konkreta åtgärder. I vissa fall kan man genom statsbidragsgivning stimulera kommunerna till nya initiativ. Vi förutsätter att representanter för kommuner och landsting kommer att ingå i grupperna.

Vidgad prognosverksamhet nödvändig

Vad vi här föreslagit avses utgöra en punktaktion. Då det är uppenbart att en stor del av ansvaret för den rådande situationen ligger i bristande planering från myndigheternas sida, är det dock angeläget att man samtidigt, för de sektorer där detta inte redan sker, utarbetar metoder för effektivare fortlöpande beräkningar av personalbehovet inom vårdområdena.

Med stöd av det ovan anförda hemställer vi,

- a) att riksdagen måtte hos Kungl. Maj:t begära tillsättandet av det antal samordnade expertgrupper som befins lämpligt för att inom de sociala och medicinska vårdområden, där det råder svår personalbrist, föreslå sådana skyndsamma reformer och åtgärder som syftar till
 1. att genomföra personalinbesparande rationaliseringsåtgärder,
 2. att utnyttja eventuellt tillgänglig kvalificerad utländsk arbetskraft,

3. att inom de vårdområden där detta är möjligt i ökad utsträckning utnyttja möjligheterna till öppen vård och familjevård, varvid ersättningarna bör höjas och finansieringen i samband härmed i ökad omfattning övertas av staten, samt att på annat sätt ta tillvara den reservarbetskraft som representeras bl. a. av hemarbetande kvinnor,
4. att på olika sätt stimulera återgång till vårdområdena av för dessa redan utbildad men nu icke yrkesverksam arbetskraft,
5. att i övrigt i enlighet med vad som i motionen anförts — bl. a. genom löne- och skattepolitiska åtgärder — verka för att ökade personella insatser kommer de *vårdande* uppgifterna inom den socialpolitiska verksamheten till godo, samt
 - b) att riksdagen hos Kungl. Maj:t anhåller, att för de grupper som inte redan omfattas av en tillfredsställande prognosverksamhet riktlinjer utarbetas för en fortlöpande långsiktig bedömning av personalbehovet inom de medicinska och sociala vårdområdena.

Stockholm den 17 januari 1962

Bertil Ohlin

Sven Wedén

Henning Gustafsson

i Skellefteå

Bertil von Friesen

Wald. Svensson

Gustaf Kollberg

Brita Elmén

Daniel Wiklund

i Stockholm