

Nr 16

Av herr **Ohlin m. fl.**, om ökad personalutbildning inom hälso- och sjukvården, m. m.

(Lika lydande med motion nr 11 i Första kammaren)

Folkpartiet har under de senaste 10—15 åren riktat kritik mot brist-situationen på hälso- och sjukvårdsområdet. Redan år 1951 begärde folkpartiet att regeringen skulle lägga fram en tioårsplan för upprustningen av eftersatta sociala vårdområden. Denna kampanj från folkpartiets sida har därefter fullföljts vid upprepade tillfällen.

En viss upprustning har också skett. Men den har skett ryckvis och utan tillräckligt stöd i en genomtänkt, sammanhängande planering. Trots denna upprustning måste bristsituationen på vårdområdet fortfarande karakteriseras som krisartad. Man torde med fog kunna påstå att kösituationen under de senaste åren snarast förvärrats.

Den tar sig uttryck i sådant som att människor står i kö för att få plats på sjukhus men kan inte få vård trots att det finns tomma sängar på sjukhusen. Man torde också kunna räkna med fortsatta stegrade anspråk på sjuk- och hälsovårdens tjänster. Det är därför nödvändigt att vårdresurserna under de närmaste åren undergår en väl planerad och samordnad upprustning.

Vi skall med en del siffror försöka belysa bristläget på vårdområdena.

Vårdplatssituationen

Medicinalstyrelsen kunde den 31 mars 1965 visa på ett totalt antal lasarettsvårdplatser uppgående till 49 586. I realiteten utnyttjades bara 46 292 av dessa medan 3 294 sängar, trots köbildningen framför sjukhusportarna, stod tomma. Man har beräknat att ca 250—300 miljoner kronor i investerat kapital på detta sätt står outnyttjat, därför att sängplatserna inte kan utnyttjas helt.

Stängningarna motiverades i de flesta fallen av personalbrist, framför allt sjuksköterskebrist, och delvis (mindre än en tredjedel) av reparation, ombyggnad, »vädring» o. d.

Personalsituationen

Det är uppenbart att personalsituationen utgör en väsentlig flaskhals och är huvudorsaken till de flesta vårdköerna. Trots en flerdubbling av

antalet anställda inom sjukvården under de senaste två decennierna har inte behoven kunnat fyllas.

Läkarvakanserna under de senaste åren framgår av nedanstående tabell:

	1963 (2/10)		1964 (1/10)		1965 (1/10)		1966 (30/9)	
	Totalt	%	Totalt	%	Totalt	%	Totalt	%
Antal läkartjänster ¹⁾	4 867	—	5 132	—	5 338	—	5 446	—
Antal vakanta tjänster utan vikarie	355	7,3	396	7,7	406	7,6	398	7,2
Samtliga tjänster som inte uppehålls av leg. läkare	727	14,9	831	16,2	907	17,0	1 001	18,1

1) Provinsialläkartjänster samt tjänster vid kropps- och mentalsjukhus.

Av tabellen framgår att antalet läkartjänster som icke uppehålls av legitimerad läkare under senare år oavslutligt ökat från 14,9 % 1/10 1963 till 18,1 procent tre år senare. Detta innebär att mellan var femte och var sjätte läkartjänst icke uppehålls av leg. läkare. På 603 av dessa tjänster fanns emellertid en medicine kandidat eller utländsk läkare, varför i realiteten »bara» 7,2 % av tjänsterna var helt obesatta. Särskilt besvärande är situationen vid de statliga mentalsjukhusen där 38,3 % av tjänsterna icke är besatta med leg. läkare och 27,8 % (30/9 1966) är helt obesatta. Vid samma tidpunkt var 21,5 % av provinsialläkartjänsterna icke besatta med legitimerad läkare och 10,3 % var helt obesatta. Provinsialläkarsituationen är särskilt besvärande i Norrland. Sålunda var omkring hälften av provinsialläkartjänsterna i Norrbotten icke uppehållna av leg. läkare.

Bristen på läkare, liksom på sjukvårdspersonal i allmänhet torde dock i verkligheten vara betydligt större än vad dessa siffror visar. Man har nämligen inte medräknat det antal tjänster som skulle ha inrättats, om man inte just på grund av den otillräckliga tillgången på läkare hade avstått därifrån.

I den akuta krissituationen spelar dock *sjuksköterskebristen* den avgörande rollen. En undersökning gjord 1965 visar att av de 3 290 stängda vårdplatserna 1 409 (43 %) berodde på brist på sjuksköterske- och barnmorskepersonal.

Sjuksköterskebristens omfattning har i stort sett varit konstant sedan 1960-talets början. Vad gäller andra personalkategorier, som t. ex. sjukgymnasterna, har bristen kraftigt ökat under senare år.

Av nedanstående tabell framgår vakansläget betr. sjuksköterskor och vissa andra personalkategorier. Siffrorna avser procent av antalet tjänster, där det icke finns vikarier.

Personalkategori	Brist i % hösten 1965	Hösten 1966
Sjuksköterskor	7,1	7,8
Barnmorskor	5,2	5,8
Sjukgymnaster	15,6	18,6
Arbeterapeuter	5,2	9,4

En väsentlig orsak till denna bristsituation är att fortfarande ett alldeles för litet antal sjukvårdspersonal utbildas. Redan under slutet av 1950-talet konstaterades att, om man till omkring 1975 skulle kunna avskaffa sjuksköterskebristen, måste minst 4 000 nya sjuksköterskor årligen utbildas. I dag utbildas fortfarande blott omkring 2 500. Det är sjukvårdshuvudmännen som här främst är ansvariga. Det måste vara en statlig angelägenhet att se till att en bättre samordning här kommer till stånd.

Utbildningen av barnmorskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter är däremot statlig. En viss utvidgning av skolorna har skett, dock även här högst otillräcklig.

Därtill kommer att man genom olika åtgärder — förbättrade barntillsynsmöjligheter, reaktiveringskurser, mer flexibla arbetstider, samt åtgärder på skatteområdet säkerligen skulle kunna få ett icke oväsentligt tillskott av sjuksköterskor.

Samtidigt som det råder stor brist på vårdpersonal avvisas årligen ett stort antal sökande till utbildningsvägar på detta område. Förhållandena framgår av följande sammanställning:

År	Sökande	Intagna	Ej intagna antal	Ej intagna % av sökande
1963	3 923	2 297	1 626	41,4
1964	4 122	2 486	1 636	40,0
1965	4 141	2 636	1 505	36,3

Aldringsvården

Under de närmaste decennierna kommer åldersstrukturen att förändras kraftigt i vårt land. Antalet personer i åldern 67 år och däröver beräknas öka med 20 000—25 000 personer per år under 1960-talet. De äldsta åldersgrupperna kommer relativt sett att öka mest. Den genomsnittliga ökningen av antalet personer fyllda 80 år utgör under 1960-talet ca 5 900 personer om året. Åldersklasserna 85 år och däröver kommer att mer än fördubblas under perioden 1960—1980. Fram till år 1980 kan vi räkna med att antalet människor över 70 år kommer att öka med ca 180 000. Mer än var tionde människa i Sverige kommer 1980 att vara över 70 år.

Eftersom sjukvårdsbehovet är olika inom olika åldersgrupper och större inom högre åldrar, kommer den starka ökningen av befolkningen i åldern 70 år och däröver att drabba sjukvården på ett ogynnsamt sätt. Läkarprognosutredningen har beräknat, att sjukvårdsbehovet hos en 70-åring är fyra gånger så stort som i åldrarna under 30 år. De med åldern följande sjukdomarna är till sin natur mer långdragna och svårartade, varför behovet av sjukvårdsplatser för människor i åldern 70—80 år är ungefär tio gånger så stort som för individer i åldern 30—40 år.

Det totala platsantalet inom långtidssjukvården uppgår till ca 27 000. Vårdbehovet är avsevärt mycket större. Antalet platser på ålderdomshem uppgick 1964 till ca 45 000. Platsbristen har uppskattats till ca 8 500. Det

är inte osannolikt att bristen kommer att vara lika stor eller större om några år än den är i dag.

Mentalsjukvården

har genomgått en viss upprustning under senare år men läget är dock långt ifrån tillfredsställande. Alltjämt kan man tala om en mentalsjukvårdens kris, som dels bottenar i en i många fall otymplig organisation och bristande tekniska resurser, dels i personalbrist. Uppenbart råder det stor brist på sjukvårdsplatser och köerna är långa. Bristen på psykiatriker i dagens läge utgör också ett av den moderna mentalsjukvårdens största problem. Personalbristen försvårar eller praktiskt taget omöjliggör i många fall den nära kontakt mellan patient och vårdpersonal som är så nödvändig speciellt inom mentalsjukvården.

Folktandvården

Ungefär 20 procent av *folktandvårdens* tjänster är vakanta. Prognoserna visar på ett tandläkarbehov omkring 1970 på 7 000 tandläkare. Antalet tandläkare i tjänst år 1970 har uppskattats till ca 5 600. Det föreligger således uppenbarligen en klar bristsituation. Genom en tandvårdsförsäkring skulle det dolda behovet som i dag finns mer märkbart komma att ytterligare göra sig gällande.

Åtgärder

Bristen på sjuksköterskor och annan kvalificerad sjukvårdspersonal, de snabbt stigande kostnaderna för den slutna vården, nya insikter om orsakerna till vanliga sjukdomar gör det nödvändigt att tänka längs nya linjer beträffande sjukvårdens organisation. Den förebyggande hälso- och sjukvården måste ägnas ökat intresse, likaså rehabilitering och arbetsvård samt skyddad sysselsättning. De traditionella sjukhusen måste kompletteras med billigare och mindre personalkrävande vårdformer för sådana sjukdomstillstånd, som icke kräver mera kvalificerade vårdresurser. Ökade resurser åt den öppna vården kan möjliggöra god vård med betydligt mindre insats av personal och pengar än i den slutna vården.

Följande konkreta åtgärder bör vidtagas:

1. En kraftigt utökad personalutbildning inom olika hälso- och sjukvårdssektorer.

2. Den förebyggande hälso- och sjukvården utbyggs, i takt med de ökade resurser som bl. a. effektiva åtgärder på personalområdet ger, med lämpligt utformade till en början riktade *hälsokontroller* av friska personer i avsikt att tidigt uppspara och avhjälpa sjukdomstillstånd. Provinsialläkarorganisationen utbyggs med flerläkarstationer, som av landstingen utrustas så att de kan bedriva en kvalificerad öppen vård.

3. Den *medicinska upplysningen*, bl. a. i skolan, ges nödiga resurser. Forskningens rön beträffande näringsfrågor och andra livsföringsfrågor

av betydelse för hälsan måste på ett auktoritativt sätt meddelas allmänheten, som nu ofta blir villrådig på grund av motsägande uppgifter i massmedia.

4. Den *öppna sjukvårdens* resurser förstärks. Utbyggandet av flerläkarstationer fullföljs och dessa förses med läkare och sjuksköterska, laboratoriebiträde, mottagningsbiträde, skrivhjälp och sjukgymnast, varigenom en mera kvalificerad vård kan ges i den sjukens närhet och vården på sjukhusens tidsödande och mekaniserade polikliniker avlastas och begränsas. Till dessa läkarstationer knyts också dispensärer med fortlöpande kontroll av långvariga, invalidiserande sjukdomar såsom sockersjuka, astma, ledgångsreumatism, the m. fl. där en livslång, kontinuerlig kontroll är nödvändig för att förhindra onödigt invaliditet. Givetvis skall dessa läkarstationer arbeta i nära kontakt med specialisterna på närmaste lasarett, som avgör när den fortsatta kontrollen av dessa patienter kan ske vid läkarstationerna.

Utredningar som kräver lasarettets resurser men där patienterna icke är direkt vårdbehövande företas ambulantly med patienten boende på ett patienthotell, som är beläget nära lasarettet men som kan drivas med en bråkdel av lasarettets vårdavgiftskostnad. Det bör i detta sammanhang understrykas den väsentliga insats de privatpraktiserande läkarna utför inom den öppna sjukvården. Den pågående utbyggnaden av de s. k. läkarhusen är en naturlig utveckling och måste ses som ett inte oväsentligt komplement till sjukhusens öppna vård.

5. *Hemsjukvårdens* resurser förstärks, framför allt när det gäller åldersvård och långtidssjukvård. Hemvårdscentraler med läkare som gör hembesök för att bedöma behovet av intagningar på hem för långtidssjuka och som till sitt förfogande har sjuksköterska och hemsamariter kan avlasta den slutna vården och möjliggöra sjukvård till ett väsentligt lägre pris, även om samhället helt bekostar samarit, sjuksköterska och läkare.

6. Den *slutna vården* utbygges i den takt personaltillgången medger. Sjuksköterskornas lönesättning, skatteförhållanden och arbetstider ordnas så att yrket blir attraktivare för gifta kvinnor. De dyrbara lasarettspplatserna reserveras för sådana patienter som verkligen kräver dessa stora vårdresurser, för andra patienter ordnas billigare vårdformer såsom B-sjukhus, eftervårdssjukhus, konvalescenthem etc.

7. *Mentalsjukhusens* utrustning fullföljs, så att denna vårdform blir likvärdig med kroppssjukvården. Även här ges den öppna vården och fria eftervården ökade resurser. Kvalificerad kroppssjukvård och mentalsjukvård samordnas i samma sjukhusenheter, vilket möjliggör bättre utnyttjande av behövliga resurser (laboratorier, röntgen, konsultationer).

8. *Eftervård och rehabilitering* ges en naturlig ställning i anslutning till såväl akut- som långtidsvård, såväl kropps- som mentalsjukvård. Den sjuke skall inte lämnas förrän han om möjligt har återanpassats till arbetslivet,

eventuellt till någon form av skyddad sysselsättning. Varje centrallasarett utrustas med en rehabiliteringsklinik med resurser för fysikalisk terapi och sjukgymnastik, arbetsträning och -testning, psykiatrisk bedömning och vård samt tillräckliga resurser för skyddad verksamhet. Det blir billigare för samhället och nyttigare för individen att utnyttja även en avsevärt nedsatt arbetsförmåga än att döma vederbörande till pensionering och sysslolöshet.

9. *Sjukförsäkringen* omarbetas, så att de onödiga administrationskostnaderna för oväsentliga vinnningar försvinner till förmån för ordentliga handtag där det verkligen behövs.

10. *Forskning och rationalisering* inom sjukvården måste genomföras för att skapa bättre, billigare men samtidigt effektiva vårdresurser. Denna sida kommer att utvecklas utförligt i en annan motion från vårt håll till årets riksdag.

Det är uppenbart att det fordras ett samlat grepp på hela vårdproblematiken om man från samhällets sida skall kunna klara av den rådande krissituationen och kunna möta de ökade vårdkrav, som kommer att ställas under kommande årtionden.

Såsom ovan nämnts utgör emellertid bristen på utbildad sjukvårdspersonal den viktigaste orsaken till den nuvarande krissituationen. Om man skall kunna komma till rätta med denna situation och ge medborgarna den hälso- och sjukvård, som de med rätta kan ställa krav på, erfordras framför allt en väsentligt utökad personalutbildning inom vårdområdet.

För att åstadkomma detta erfordras en utredning av såväl det aktuella som det beräknade behovet av personal. Denna utredning bör vara parlamentarisk och bedrivs med största skyndsamhet. Dess huvuduppgift bör vara att snarast framlägga förslag till den utökade personalutbildning som är erforderlig.

Med hänvisning till det anförda hemställes,

att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t måtte föreslå tillsättandet av en parlamentarisk utredning med uppgift att framlägga förslag till den utökade personalutbildning som behövs inom olika hälso- och sjukvårdssektorer samt därvid även beakta angelägenheten av utbyggd hälsokontroll och medicinsk upplysning.

Stockholm den 12 januari 1967

<i>Bertil Ohlin (fp)</i>	<i>Sven Gustafson (fp)</i>	<i>Sven Wedén (fp)</i>
<i>Henning Gustafsson (fp)</i>	<i>Daniel Wiklund (fp)</i>	<i>Sven Antby (fp)</i>
i Skellefteå	i Stockholm	
<i>Elias Jönsson (fp)</i>	<i>Cecilia Nettelbrandt (fp)</i>	<i>Mac P. Hamrin (fp)</i>
i Ingemarsgården		i Kalmar