

Nr 152

Av herr **Ohlin m. fl.**, om åtgärder mot sjukvårdskrisen.

(Lika lydande med motion nr 120 i Första kammaren)

Vårdplatssituationen i dag

Medicinalstyrelsen kunde den 1 april 1964 visa på ett totalt antal lasarettsvårdplatser uppgående till ca 47 700 å våra sjukhus. I realiteten nyttjades dock bara ca 44 800 av dessa, medan ca 2 800 sängar, trots köbildningen framför sjukhusportarna, stod tomma. I september 1964 stod ca 3 500 sängar tomma. Dessa outnyttjade vårdplatser torde innebära att ett kapital på mellan 200 och 300 miljoner kronor inte var utnyttjat.

Stängningarna motiverades officiellt i en del fall av ombyggnad och »vädring», men som grundorsak måste anses bristen på personal, framför allt då sköterskepersonal.

En jämförelse mellan de absoluta talen för antalet tomma vårdplatser kan verka missvisande, men ett studium av de relativa talen ger vid handen hur hårt sjukhusen drabbats av personalbristen.

År	Stängda vårdplatser inom kroppssjukvården (medeltal per år)	
	Totalt	Proc. av fastställt antal
1955	479	1,4
1959	1 799	4,8
1964 (gäller den 1/4)	2 856	6,0

Under sommarmånaderna ter sig läget än mer ansträngt. Det är då vanligt att 30—40 procent av en kliniks eller avdelnings sängar står tomma. Som exempel på detta kan Stockholms sjukvårdsstyrelses statistik över de medicinska och kirurgiska klinikerna vid Sabbatsberg, S:t Görans och S:t Eriks sjukhus tjäna:

År	Stängda vårdplatser i procent av fastställt antal i medeltal per dag under juni—augusti	
	Med. kliniker	Kir. kliniker
1958	28,6	24,1
1960	32,0	26,3
1962	44,1	36,6
1964	41,3	44,4

På sex år har således antalet stängda vårdplatser på de medicinska klinikerna ökat från 28,6 till 41,3 procent och på de kirurgiska klinikerna från 25,1 till 44,4 procent.

Personalsituationen

Det är uppenbart, att personalsituationen väsentligt bidrar till dagens sjukvårdskris. Trots en fördubbling av antalet anställda inom sjukvården från 1945 (55 000 anställda) har behoven inte kunnat tillgodoses.

Antalet läkarvakanser uppgick 1 april 1964 till 769. På 472 av dessa poster fanns dock ersättare i form av medicine kandidat eller utländsk läkare, varför i realiteten bara 297 vakanser stod utan vikarie. Bristen på läkare liksom på personal i allmänhet torde dock i verkligheten vara större än vad statistiken visar, då i siffran 297 inte är medräknat det antal tjänster, som skulle ha inrättats, om man inte just på grund av den otillräckliga tillgången på läkare avstått därifrån.

I den akuta krissituationen spelar sjuksköterskebristen en avgörande roll. Det är befogat att påstå att samhället hitintills inte lyckats stimulera de personalreserver, som finns bland de icke yrkesverksamma sjuksköterskorna. Vid årsskiftet 1963/64 fanns 11 822 legitimerade icke aktiva sjuksköterskor. Huvudorsaken till sköterskebristen är dock en underdimensionerad utbildningsapparat.

Ett problem för de svenska sjukhusen i storstäderna börjar bristen på sjukvårdsbiträden och liknande personal att ge upphov till. Den 1 april 1964 fanns 1 061 vakanta underskötersketjänster, varav vikarie saknades helt på 224. Underlåtenhet att inrätta skrivbiträdestjänster drabbar ogynnsamt, då vid dessa tillfällen läkare och sjuksköterskor ofta tvingas använda sin dyrbara tid till för dem okvalificerat arbete.

Läkarutbildningens utbyggande

Bristen på läkare har länge utgjort ett hinder för att undanröja krissituationen inom sjukvårdsområdet. I partimotioner vid 1962, 1963 och 1964 års riksdagar har från folkpartiet föreslagits att en ny medicinsk högskola bör inrättas. Dessutom har föreslagits att en omedelbar planläggning borde igångsättas rörande ytterligare en medicinsk högskola.

Läkarutbildningen kräver i regel sju års studier, varför initiativ tagna i dag ger utslag först under nästa decennium. Trots rådande brist på läkare har endast ca hälften av sådana, som måste betraktas som kompetenta, kunnat antagas för utbildning till läkare. Relationerna mellan sökande och antagna under de sista fyra åren kan utläsas i följande tabell. Att observera är, att många studenter med moderata betyg icke söker bli antagna då de vet att deras betygssumma omöjliggör intagning. Många av dessa kan dock vara utomordentligt väl lämpade för läkaryrket.

År	Vårterminen		Höstterminen	
	Sökande	Antagna	Sökande	Antagna
1959	437	204	526	204
1960	434	204	515	227
1961	415	227	610	230
1962	436	249	745	275
1963	509	273	660	293
1964	503	293	756	293

Riksdagen uttalade år 1962 i anledning av våra motioner att den växande läkarbristen motiverade inrättande av fler utbildningsplatser utöver den vid dåvarande tidpunkt beslutade och planerade utbyggnaden.

Kungl. Maj:ts inställning synes vara den som redovisas i direktiven till 1963 års universitets- och högskolekommitté. I direktiven ger ecklesiastikministern kommittén i uppdrag att planera en utbyggnad av bl. a. läkarutbildningen. »På basis av de nu skisserade utredningarna rörande medicin, teknik och matematisk-naturvetenskapliga ämnen bör ställning tagas till om övervägande skäl talar för att den här avsedda utbyggnaden inom dessa områden bör ske vid nu bestående lärosäten. Skulle denna prövning leda till att så ej är fallet, bör tagas upp till prövning vilka de kostnads-mässiga konsekvenserna blir av att till ett nytt lärosäte med en eller flera av disciplinerna medicin, teknik och naturvetenskap även förlägga ekonomutbildning, samhällsvetenskaplig utbildning och humanistisk utbildning», framhåller statsrådet.

Det har sedan vår första motion om en ny medicinsk högskola väcktes år 1962 varit intensiv debatt om lokaliseringen av medicinarutbildningen. Framför allt har det betonats att resurserna vid nuvarande högskolor inte torde medge en avsevärd ökning av den kliniska utbildningen där. Med hänsyn till nuvarande sjuksköterskebrist och patientunderlaget m. m. är nämligen tillgången på kliniker begränsad och kan heller inte väntas avsevärt öka. Enighet råder därför i stort sett om, att en väsentligt ökad läkarutbildning förutsätter inrättande av fler medicinska högskolor.

Under dessa omständigheter är den förhållning av frågans lösning som direktiven till kommittén ger uttryck för ganska anmärkningsvärd. Direktiven har ytterligare kritiserats i en reservation från bl. a. vårt håll till statsutskottets utlåtande nr 212 år 1963.

Självfallet måste alla möjligheter tillvaratagas för att vid nuvarande lärosäten utvidga kapaciteten då det gäller utbildningen av läkare. Den i propositionen 1963: 142 föreslagna och beslutade ökningen av intagningskapaciteten vid nuvarande lärosäten till 718 nyintagna studenter per år med början 1965/66 hälsas därför med tillfredsställelse, men utbyggnaden av nya läroanstalter får emellertid inte ytterligare fördröjas. Vi föreslår därför att riksdagen fattar principbeslut om inrättande av två nya medi-

cinska högskolor, lämpligen i Mellansverige, vardera med en intagningskapacitet av ca 50 studenter per högskola och termin utöver den ovan nämnda siffran 718. Riksdagen bör uppdraga åt Kungl. Maj:t att snarast igångsätta och slutföra förhandlingar med vederbörande sjukvårdshuvudmän härom.

Åtgärder att minska bristen på kvinnlig personal vid sjukhusen

När det gäller att lösa sjukvårdens brist på kvinnlig personal måste ett flertal åtgärder vidtagas som ömsesidigt stöder varandra. Det torde sålunda i praktiken inte gå att uteslutande genom ökning av utbildningskapaciteten för sjuksköterskor häva bristen på sådan personal. Utbildning av olika personalkategorier är och förblir dock en mycket viktig uppgift vid en lösning av bristsituationen.

Den alltmer utbredda uppfattningen bland den utbildade gifta kvinnliga personalen inom sjukvården, att det inte lönar sig utnyttja sina kunskaper inom förvärvslivet, måste från samhällelig synpunkt te sig oroväckande. Det måste därför vara en synnerligen angelägen uppgift för sjukvårdshuvudmännen att övervinna denna inställning samt mer aktivera den utbildade kvinnliga personalreserven. En ökning av antalet manliga anställda bör även eftersträvas. Detta gäller också inom kroppssjukvården. För en förbättring av rekryteringen av manlig vårdpersonal fordras att nuvarande schablonföreställningar om vårdyrkena försvinner. De yrkesvägledande lärarna vid landets skolor torde här ha en stor uppgift att fylla.

Möjligheterna att behålla personal inom sjukvården är givetvis en fråga om arbetsvillkor. I detta sammanhang är det omöjligt att hävda, att löneförhållandena skulle spela en underordnad roll. För en majoritet av de icke aktiva sjuksköterskorna torde lönefrågan spela stor roll, varvid den ur deras synpunkt väsentligaste inkomsten är netto- och inte bruttolönen. I särskilda motioner från vårt håll har föreslagits *dels* en höjning av förvärvsavdragen, *dels* att familjebeskattnings framtida utformning bör göras till föremål för en skyndsamt utredning, varvid speciell uppmärksamhet ägnas möjligheterna att övervinna de svårigheter som skulle uppstå vid en eventuell övergång från sam- till särbeskattning.

Under de senaste åren har en mer målmedveten politik, när det gäller personal- och lönefrågor, förts från huvudmännens sida. Det är väsentligt, att denna politik fullföljs och speciellt inriktas på att underlätta rekryteringen samt förbättra yrkesintensiteten. Möjligheterna härtill kan bl. a. förstärkas genom ökade statsbidrag till utbildningen inom vårdyrkena.

Bland ytterligare åtgärder för att avhjälpa sjuksköterskebristen bör göras försök enligt nedan nämnda förslag: bättre personalvård, odelad arbetstid, ökat antal deltidstjänster, ökat anslag till byggande av servicehus samt lämpliga bostäder ej för avlägsna från sjukvårdsenheten, återutbildningskurser och rörlig pensionsålder. Rationalisering och funktionellt rik-

ligt byggda sjukhus måste också i hög grad kunna begränsa efterfrågan av sjuksköterskor liksom vårdpersonal i övrigt. Det måste i större utsträckning klargöras hur väsentligt det är att tekniker, ekonomer och administratörer tilldelas de planeringsuppgifter, som sjukhusen förr skött med för dylika sysslor ej utbildad personal, samt att såväl sjuksköterskor som annan vårdpersonal avlastas matserverings-, städnings- och liknande uppgifter inom driften av vårdavdelning. Å andra sidan måste självklart alltid den medicinska sakkunskapen vara utslagsgivande beträffande vad som ur ren vårdsynpunkt är nödvändigt och lämpligt. Ett sjukhus kan ur rationaliseringssynpunkt inte jämföras med en fabrik.

Sjuksköterskeutbildningen

Antalet sköterskevakanter uppgick den 1 april 1964 till 2 869. Siffran för antalet vakanser utan vikarie var vid samma tidpunkt 1 255, motsvarande 9,6 % av totala antalet tjänster (mot 7,9 % 1961 och 3,0 % 1958). Bland de olika personalgrupperna drabbades följande kategorier hårdast (gäller den 1 april 1964):

Sjuksköterskor på vårdavdelning, 413 vakanta tjänster utan vikarie.

Sjuksköterskor på operations inkl. narkosavdelning, 122 vakanta tjänster utan vikarie.

Nattsköterskor på vårdavdelning, 113 vakanta tjänster utan vikarie.

För mottagningsköterskor, som utgör en ungefär lika stor grupp som t. ex. operations- eller nattsköterskor, var på grund av denna grupps reglerade arbetstid antalet vakanser utan vikarie blott 46.

Trots den kraftiga bristen på sjuksköterskor har endast drygt hälften av de sökande kunnat antagas för utbildning. Relationen mellan sökande och antagna framgår av följande tabell:

År	Antal sökande (korrigerat för dubbelansök- ningar)	Antal antagna	Antal avvisade
1961	3 366	2 000	1 366
1962	3 798	2 185	1 613
1963	3 923	2 297	1 626
1964		ca 2 500	

I utredningen Sjuksköterskeutbildningen I (SOU 1964: 45) föreslås, att utbildningstiden för en sjuksköterska förkortas från 3 till 2 1/2 år. För erhållande av legitimation inom specialområde kommer emellertid krav på ytterligare utbildning att resas. Utbildningstidens längd blir därför i realiteten för de flesta sköterskorna oförändrad eller längre.

I utredningen om Sjukhus och öppen vård (SOU 1963: 21) sågs relativt optimistiskt på möjligheten av en ökad förvärvsintensitet inom sköterske-

kåren. En jämförelse mellan förvärvsintensiteten hos 1960 och 1962 års sköterskor ger dock följande resultat:

1960 Antal sköterskor	Årsverken	%	1962 Antal sköterskor	Årsverken	%
29 436	15 419	54,2	31 996	16 118	50,4

Som kan utläsas minskade förvärvsintensiteten med 3,8 % på två år. Yrkesintensiteten bland sjuksköterskorna överensstämmer väl med densamma inom andra yrken, där arbetstiden är mindre väl reglerad.

Med hänsyn till den ökade efterfrågan på sköterskor samt den minskade förvärvsintensiteten inom yrkesgruppen har i Sjuksköterskeutbildningen I (SOU 1964: 45) gjorts en prognos för den ökning av elevintaget som erfordras för uppnående av balans 1970—1980:

Alternativ reduktion av sjukskötersketäthet	Erfordrat elevintag fr. o. m. 1965—1966 för uppnående av balans		
	1970	1975	1980
I (— 0 %)	orealistiskt	4 650	3 600
II (— 10 %)	»	4 000	3 300
III (— 20 %)	»	3 250	2 800
IV (— 30 %)	3 750	2 700	2 700

Som synes har i tabellen medtagits alternativ som förutsätter en reduktion av sjukskötersketätheten. Detta beror på den ökade tillkomsten av laboratorie-, operations-, radioterapi- och röntgenassistenter. Skäl kan emellertid anföras mot kraftigare sänkningar av skötersketätheten, bl. a. överförandet av arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterskor, varför reduktionsalternativen bör bedömas med försiktighet. Att det skulle vara möjligt med en reduktion upp till 20—30 % torde vara helt orealistiskt. Trots reduktion av skötersketätheten, kommer antalet skötersketjänster i landet att öka. Även detta talar för att sjuksköterskeutbildningen måste intensifieras.

Som ovan nämnts är det även viktigt att söka öka antalet manliga anställda. Detta gäller även inom kroppssjukvården. I samband med en ökad rekrytering av manlig arbetskraft måste frågan om vissa titlar inom sjukvården åter aktualiseras. Nuvarande titlar och hitintills avgivna förslag till nya sådana verkar snarast hämmande för rekryteringen av manlig arbetskraft.

Utbildningen av sjuksköterskor i Sverige bedrivs vid 33 sjuksköterskeskolor, varav 3 är statliga, en drivs gemensamt av stat och landsting, 3 drivs av städer utanför landsting och 6 av stiftelser eller sammanslutningar. Statliga bidrag utgår för närvarande till driften av två stiftelseskolor, nämligen Sophiahemmets i Stockholm och Samariterhemmet i Uppsala.

Sjuksköterskebristen är för närvarande speciellt utpräglad i Stockholm och Göteborg. I Stockholm fanns den 31 oktober 1964 på 250 av de 1 569

platserna eller i 16 procent av fallen inte ens vikarie. I relation till dessa städers låga utbildningskapacitet och stora behov av sköterskepersonal synes bristen motivera ut- och nybyggnad av sköterskeskolor speciellt i Stockholm och Göteborg, tillsammans minst fyra i sjukvårdshuvudmännens regi. Det förefaller likaså rimligt att staten ställer sig som huvudman för ytterligare minst två nya sköterskeskolor. Som mål för sjuksköterskeutbildningen bör ställas minst 4 000 nytexaminerade sjuksköterskor per år. Större intresse måste också från statsmakternas sida ägnas de problem som uppstått genom huvudmännens rädsla att förlora utbildad arbetskraft till andra geografiska områden. Genom rimliga statsbidrag till landstingen och städer utanför landsting bör huvudmännens tvekan inför sjuksköterskeutbildningen kunna elimineras. Skolöverstyrelsen bör med det snaraste göras till central tillsynsmyndighet för landets sjuksköterskor.

En förutsättning för att utbildningen av nya sjuksköterskor skall kunna genomföras är att lärarresurserna inom området stärkes kraftigt. Antalet utbildningsplatser vid statens institut för högre utbildning av sjuksköterskor har stigit kraftigt under de senaste åren. Från budgetåret 1958/59 har utbildningskapaciteten mer än tredubblats. Styrelsen för institutet har förklarat sig ha förutsättningar att genomföra ett utbildningsprogram för nästa läsår omfattande totalt 980 utbildningsplatser, vilken kapacitetsökning departementschefen förordar. Under innevarande budgetår är platsantalet 730. Med hänsyn till det stora behovet av lärare för utbildning av sjuksköterskor är det angeläget att institutet ges erforderliga resurser för att omgående öka platsantalet till 980. Antalet fasta lärare för utbildning av nya sjuksköterskor måste öka, varför en ytterligare förstärkning av institutets kapacitet är nödvändig under de närmast kommande åren. Enligt vår mening måste intagningen vid Statens skola för högre utbildning av sjuksköterskor genom provisoriska åtgärder under några år framåt ökas med minst 50 % i förhållande till den planerade kapaciteten för nästa läsår, vilket skulle medföra en intagning av ca 1 500.

Vi anser därför, att utbildningskapaciteten vid landets sjuksköterskeskolor bör dimensioneras så att minst 4 000 sjuksköterskor årligen nytexamineras. Den högre utbildningen av sköterskor bör vidare fördubblas. Flera nya sjuksköterskeskolor bör byggas, varav staten bör stå som huvudman för minst två. Sjukvårdshuvudmännen bör uppmuntras till ökad utbildningsverksamhet dels genom ökade statsbidrag för sköterskeutbildning dels genom en utjämning av utbildningen rent geografiskt. Sjuksköterskebehovet bör vidare kunna minskas genom att huvudmännen stimuleras att vidtaga åtgärder och utbilda annan personal såsom undersköterskor, laboratorieassistenter, tekniska assistenter, skrivbiträden, ekonomibiträden etc. som kan övertaga eller avlasta sjuksköterskornas arbete.

Utbildningen av tandläkare

Antalet tandläkare i landet 1964 var enligt Svenska tandläkarförbundets statistik 5 980 mot ca 5 500 1962. I dessa medlemstal ingår även i landet tjänstgörande utländska tandläkare. De i folktandvården anställda tandläkarna var 1964 tillhopa 1 957 eller ca 30 % av i riket verksamma tandläkare. Tjänste- och vakansantal inom folktandvården framgår av följande tabell:

År	Antal tjänster	Antal tandläkare	Antal vakanser	Vakanser i %
1960	1 864	1 618	246	13
1961	1 968	1 695	273	14
1962	2 076	1 794	282	14
1963	2 153	1 839	314	15
1964	2 307	1 957	401	17

Som framgår av tabellen har situationen inom folktandvården under perioden försämrats. Trots rådande brist på tandläkare har en stor grupp kompetenta sökande avvisats från landets tandläkarhögskolor. Relationerna mellan sökande och antagna under de senaste åren kan utläsas av följande tabell:

År	Vårtermin		Hösttermin	
	Antal		Antal	
	Sökande	Antagna	Sökande	Antagna
1960	297	120	346	121
1961	288	120	316	122
1962	227	120	439	130
1963	356	130	426	ca 130
1964	262	ca 130	455	ca 130

Under de sista åren har andelen kvinnliga studerande vid tandläkarhögskolorna ökat. Man kan enligt 1960 års tandläkarprognosutredning grovt räkna med att, på grund av den lägre förvärvsintensiteten, tre kvinnliga tandläkare måste utbildas för att utföra samma tandvårdsarbete som två manliga. För att minska de hinder som f. n. existerar för kvinnors förvärvsarbete måste åtgärder vidtas på olika områden. En viktig åtgärd är höjning av förvärvsavdragen.

Det tar ca fem år att utbilda sig till tandläkare i Sverige. Efter beslut vid höstriksdagen 1964 om inrättande av en tandläkarhögskola i Göteborg 1966—67 kommer examinationssiffran 1972 för tandläkare att stiga från ca 260 till ca 335 per år. Här kan påpekas att den planerade intagningen i Göteborg nedskrivits från 100 till 75 svenska studenter per år.

Prognoser beträffande morgondagens tandläkarbehov har gjorts av bl. a. 1960 års tandläkarprognosdelegation. Som grundval för detta arbete har använts den procentuella anslutningen och behandlingstiden inom skilda åld-

rar. Dessutom har synpunkter på arbetstidsförkortning (ej medtagna i nedanstående tabell) och kariesförebyggande åtgärder genom t. ex. fluoride-ring anlagts. Med utgångspunkt från dessa förutsättningar har behovet av tandläkare för 1960 års befolkningsreviderande tandsjukvård bedömts enligt nedanstående:

Behovet av tandläkare för årlig reviderande tandsjukvård gällande befolkningsnumerären 1960

	Alternativ 1 (behandlings- tid 1,5 tim.)	Alternativ 2 (behandlings- tid 1,7 tim.)	Alternativ 3 (behandlings- tid 2 tim.)
Totalbehov av tandläkare	6 400	6 800	7 400

I dessa beräkningar har ingen tid inräknats för akuta eller partiellt vårdade fall. På grund av detta finns enligt proposition nr 108 1961 ytterligare utrymme för 480 tandläkare. Likaså borde, trots förhoppningar om en ökad kariesprofylax, ytterligare 560 tandläkare behövas på grund av folkökningen 1960—1975. Ett sannolikt behov av 1 000 tandläkare utöver prognosen hade enligt 1961 års propositionsdelegation inte tillgodosetts.

Prognosutredningen har även gjort en beräkning av antalet »effektiva tandläkare» vid tillkomsten av den nya tandläkarhögskolan i Göteborg. Beräkningen baseras på att antalet antagna från 1965 (i realiteten sker dock första intagningen våren 1967) skall vara 360 odontologie studerande i landet. Emellertid kommer den verkliga siffran att ligga omkring 335, då 25 av Göteborgs-platserna disponeras av norska studenter:

År	Antal effektiva tandläkare
1970	5 620
1975	6 370
1980	7 230
1985	8 050
1990	8 700

Med hänsyn till att ett förslag om tandvården inom den närmaste tiden kommer att framföras av 1961 års sjukförsäkringsutredning samt att detta förslag, om det kommer att realiseras relativt snabbt, följs av en betydligt ökad efterfrågan på tandläkare, kommer behovet av tandläkare snabbt att stegras. Folk tandvården är i behov av ytterligare utbyggnad, och särskilt barntandvårdens om möjligt hundra procentiga genomförande kräver ytter- ytterligare tandläkare. Allt detta talar för en ytterligare ökning av tandläkarutbildningen.

Planering, rationalisering och ledning inom sjukvården

Då i dagens läge personalproblemen dominerar ur såväl rekryterings- som driftsynpunkt, är det naturligt att dagens planering inriktas på en verksamhet med ett så rationellt som möjligt utnyttjande av all personal. Aktuella problem och svårigheter får dock ej alltför ensidigt styra planeringen, då sjukhusen även måste kunna fungera tillfredsställande minst 20 år framåt i tiden. Vår tid kännetecknas av en ytterligt snabb teknisk och vetenskaplig utveckling. Denna kommer säkert att ytterligare accelereras. Allt talar således för att vi i framtiden måste räkna med snabbare förändringar än för närvarande i fråga om sjukhusens funktioner och struktur.

Specialisering

Det synes rimligt att räkna med väsentligt ökade insatser från samhällets sida i framtiden för medicinsk forskning och därmed för den medicinska utvecklingen i dess helhet. Man måste även räkna med *fortskridande specialisering*. Det finns anledning anta, att *nya specialiteter, inte minst av servicebetonad karaktär*, kommer att aktualiseras. Denna utveckling mot en allt rikare specialisering måste beaktas i högre grad än för närvarande sker av dem som planerar morgondagens sjukhus. Man bör eftersträva att ge kliniker och avdelningar en sådan flexibel utformning, att de inom sig kan bära en fortgående specialisering. Som ett led i dessa strävanden bör *bl. a. vårdavdelningarna planeras, så att patienter av båda könen kan vårdas inom samma avdelning samt expeditionlokaler och allmänna kliniklokaler utformas så, att de möjliggör en uppdelning av verksamheten på kliniken på flera kliniker med skilda överläkare.*

Tekniska och medicinska framsteg

Den medicinska tekniken och automatiken kommer att finna ytterligare insteg vid våra sjukhus. Inom väsentliga fält av den icke medicinska verksamheten, såsom mathållning, tvätt, renhållning, transporter etc. *bör i ökad utsträckning kunna tillämpas från industrien hämtade metoder och tänkesätt.* Här föreligger möjligheter till rationalisering och effektivisering med utnyttjande av stordriftens fördelar. *Speciell uppmärksamhet måste ägnas de fördelar och möjligheter som ett modernt datasystem erbjuder, då det gäller mekaniserad informationsbehandling. Frågan om fler varor och tjänster utifrån måste ägnas större uppmärksamhet.* Ett centralt problem utgör även *utformningen av ett effektivt kommunikationssystem* med utnyttjande av moderna tekniska hjälpmedel, såsom paternosterhissar, rörpost, telekommunikation samt automatiska vertikala och horisontala transporter.

En del undersökningar har redan gjorts för att *söka utreda hur transportkostnaderna påverkar driftkostnaderna.* Det fordras emellertid betydligt

mer forskning inom dessa och liknande områden för bästa lösning av problemen.

Uppgifter för ett modernt sjukhus

En annan faktor av betydelse vid nutida planering är *överflyttning av tyngdpunkten i driften från vårdavdelningar till andra utrymmen inom sjukhuset*. Nuvarande skarpa skiljelinjer mellan vårdavdelningar och behandlingsavdelningar håller på att uppluckras. Vårdplatsen blir endast en bland de många tjänster som sjukhuset erbjuder. Ur planeringssynpunkt synes angeläget att *frågan om lämplig vårdavdelningsstorlek* samt vilka faktorer, som bör röna inflytande på vårdavdelningarnas utformning, blir föremål för ytterligare ingående analys.

Vid planeringen av morgondagens sjukhus är det väsentligt att hänsyn tas till *den roll, vilken i framtiden kan tänkas tillkomma sjukhuset som centrum i en organisation, som binder samman sjukhusets verksamhet med den som utövas av läkare och andra hälso- och sjukvårdsorgan inom sjukhusets upptagningsområde*. Den öppna vården i allmänhet vid framtidens sjukhus kan effektiviseras genom att den mer får karaktär av medicinsk utredningsverksamhet för remissfall, medan öppen vård i övrigt organiseras på annat sätt. Hemsjukvården i sjukhusets upptagningsområde kopplas även till sjukhuset, varigenom överflyttningar mellan öppen och sluten vård underlättas. Sjukhuset kommer sannolikt även att fungera som organisationscentrum för långtidsvården inom sitt upptagningsområde, vilket ställer större krav på rehabiliteringsresurserna. *Framtidens sjukhus kommer möjligen även att spela aktivare roll i arbetet med riktade hälsokontroller*, något som även måste beaktas vid dess organisation.

Rationaliseringssträvanden

Rationalisering blir bäst om den grundlägges på fakta vunna genom objektiv och klartänt analys. I motioner år 1962 från vårt håll begärdes tillsättande av samordnade expertgrupper som inom de medicinska och sociala vårdområden, där det råder svår personalbrist, skulle föreslå skyndsamma rationaliseringsåtgärder. I december 1962 skapades vid centrala sjukvårdsberedningens sida ett råd för sjukvårdens rationalisering. Under tidigare diskussioner i detta ämne har man rört sig med begreppet hälso- och sjukvård. I rådets benämning har nu införts en begränsning till sjukhusdriftens område.

SJURA:s uppgifter är att följa den tekniska utvecklingen på sjukhusdriftens område, att taga initiativ till och främja forskning av betydelse för sjukhusdriften samt att verka för att vunna forskningsresultat utnyttjas. Rådet skall även verka för frivilligt samarbete mellan forskningsintressenter såväl bland statliga och kommunala myndigheter och institutioner som bland industriföretag och andra enskilda organisationer.

Som en allmän princip har inom rådet uppställts att detta skall svara för större rationaliseringsförsök av allmängiltig eller principiell natur. Sjukvårdshuvudmännen skall däremot svara för lokala organisatoriska rationaliseringsåtgärder, som visar sig lämpliga. Under budgetåret 1964/65 förutsatte statsmakterna att rådets verksamhet skulle hållas inom en total kostnadsram av tre millioner kronor. Rådet har för 1965/66 räknat med utvidgad ekonomisk ram för verksamheten. Detta skulle medge påbörjande av vissa nya angelägna rationaliseringsprojekt samt dessutom öka möjligheterna att ge bidrag till rationaliseringsförsök hos andra institutioner och enskilda. Det har ansetts viktigt att i större utsträckning än tidigare pröva sistnämnda väg.

Verksamheten inom SJURA har ännu inte kommit i gång i full utsträckning utan befinner sig fortfarande på försöksstadiet. Förutom de redan påbörjade projekten vilka uppdelats på nio expertgrupper — datatransmission, egenskapsdeklaration, fysiologi och anestesifysiologi, journal, kemilaboratorie, röntgen, sjukhushygien, toxikologi samt vårdavdelningsgrupper — finns en rad föreslagna ännu ej utforskade projekt. Hit kan räknas *läkararbetets organisation, förbättring och rationalisering av isotoptekniken, förbättrad teknik i fråga om bakteriologisk och serologisk laborieverksamhet samt förbättring av kunskaperna på materialhanteringsområdet*. Som speciellt viktigt må det av 1964 års riksdag givna uppdraget nämnas, att efter utredning och försöksverksamheter *utarbета anvisningar och riktlinjer med syfte att nedbringa väntetiderna vid polikliniker och läkarmottagningar*. Rådet måste också få tillräckliga resurser till *närmare utredning av den viktiga frågan om åtgärder för ett bättre samarbete mellan läkare och tekniker*. Av vikt att undersöka är även *vad som kan göras för att få kvalificerade tekniker intresserade av medicinsk teknik*.

En väsentlig uppgift för rådet är inrättande av en expertgrupp för att *organisera och planera »modellsjukhuset»*. De planeringssynpunkter som ovan anlagts samt de resultat som uppnåtts av andra expertgrupper bör här användas som grund för utredningsarbetet. Det finns all anledning att förmoda att skapandet och uppförandet av en enhetlig, ideal sjukhustyp skulle bli mycket förmånlig ur samhällsekonomisk synpunkt. Det är därför av största intresse, att en plan för en sådan prototyp med det snaraste ställes till huvudmännens förfogande.

Här är på sin plats att framföra krav på att påbörjade projekt inom SJURA snabbt genomföres, så att resultaten kan komma till sjukvårdens fromma snarast. Bristande ekonomiska resurser får inte hindra. En prioritering av de rationaliseringsförsök, som kan genomföras av andra institutioner och enskilda, bör även göras, och de resurser, som begärts för detta, bör ställas till rådets förfogande.

Till SJURA:s förfogande har för innevarande budgetår ställts ett belopp om sammanlagt 3 milj. kr. Härav har 1,8 milj. kr. anvisats av statliga me-

del medan Svenska stadsförbundet och Svenska landstingsförbundet åtagit sig svara för 1,2 milj. kr. För budgetåret 1965/66 begär SJURA totalt 5,4 milj. kr. Kungl. Maj:t föreslår, att 1,8 milj. kr. — samma belopp som innevarande budgetår — anvisas på riksstaten. Rörande stads- och landstingsförbundens andel av kostnaderna föreslår departementschefen, att det skall ankomma på Kungl. Maj:t att träffa ny uppgörelse. Vi förordar att det statliga anslaget uppräknas från 1,8 till 3,0 milj. kr., dels för att möjliggöra en speciell utredning om »modellsjukhuset», dels för att de utredningar, som redan påbörjats måtte kunna snabbare genomföras. En kraftig höjning av det statliga bidraget till SJURA torde dessutom gynnsamt kunna påverka stads- och landstingsförbundens ekonomiska åtaganden.

Sjukhusets ledning

Alla företag kräver god ledning. Detta gäller i särskilt hög grad vid stora sjukhus, där de olika verksamhetsgrenarna på många sätt griper in i varandra. För en rationell drift krävs en ansvarig chef. På denna bör främst ankomma att handlägga principfrågor och ärenden av större betydelse, att planera och organisera verksamheten med hänsyn till skiftande medicinsk utveckling, variationer i vårdbehovet samt tillgången på personal, utrustning och lokaler, kontrollera medarbetarnas arbetsresultat samt ständigt verka för hög effektivitet inom institutionens alla verksamhetsgrenar. Den centrala uppgiften är således att samordna de olika enheter, som ett stort sjukhus utgör, att verka för att samarbetet dem emellan ständigt förbättras. Det går ej att göra en sträng uppdelning mellan å ena sidan ärenden av medicinsk och å andra sidan sådana av företagsekonomisk art. Det är därför av värde att sjukhuschefen har viss både medicinsk och företagsökonomisk men framför allt administrativ utbildning. För närvarande finnes sådana personer knappast att uppbringa, utan i stället överlåtes chefskapet ofta åt en läkare eller åt en icke medicinare med stor administrativ erfarenhet men med bristande utbildning.

Här finns ett klart behov av väl utbildade sjukhusadministratörer, som kan ägna hela sin tid åt ledningen av ett sjukhus. Vid sjukhuschefens sida bör ställas en chefsläkare som rådgivare i medicinska angelägenheter. Därigenom skulle större garantier skapas för att förslag och åtgärder från sjukhusledningens sida i fråga om sjukhusdriften på ett betryggande sätt blir medicinskt lämpliga.

Med stöd av det anförda — och med erinran om att vårt yrkande om principbeslut om två nya medicinska högskolor av formella skäl framföres i särskild motion — hemställes,

I. att riksdagen måtte fatta principbeslut om *två nya statliga sjuksköterskeskolor* för såväl kvinnliga som manliga elever samt uppdraga åt Kungl. Maj:t att för detta ändamål upplaga förhandlingar med därvid ifrågakommande

sjukvårdshuvudmän samt snarast förelägga riksdagen definitiva förslag;

II. att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t måtte an hålla om

1. att intagningen vid statens skola för högre utbildning av sjuksköterskor genom provisoriska åtgärder under några år framåt måtte öka med 50 % i förhållande till den planerade intagningen för nästa läsår,

2. att förslag att genom ökade statsbidrag stimulera sjukvårdshuvudmännen till utbyggnad av nuvarande och inrättande av nya sjuksköterskeskolor förelägges riksdagen,

3. att beslutet att all sjuksköterskeutbildning underordnas skolöverstyrelsen snarast effektueras,

4. att förslag utarbetas om ökad utbildning av tandläkare;

III. att riksdagen måtte besluta att det statliga anslaget till rådet för sjukhusdriftens rationalisering (SJURA) under femte huvudtiteln höjes från 1,8 till 3,0 milj. kr. budgetåret 1965/66 dels för att möjliggöra en speciell utredning om »modellsjukhuset», dels för att de utredningar som redan påbörjats måtte kunna snabbare genomföras; samt

IV. att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t begär att en utredning verkställs angående förbättrad utbildning av sjukhusadministratörer.

Stockholm den 25 januari 1965

Bertil Ohlin

Sven Wedén

Brita Elmén

Henning Gustafsson

Daniel Wiklund

Bertil von Friesen

Sven Antby

Cecilia Nettelbrandt