

Sjuksköterskebristen

Av redaktör *Erland Dahm*, Göteborg

I Nordisk Medicin nr 34/61 skriver överläkare Hj. Wijnblad att sjuksköterskebristen beror på systrarna själva — han tror att "känslan för kallet" bringar unga kvinnor välja detta yrke och vet att deras idealitet sedan exploateras av arbetsgivarna. Han anser att systrarna arbetat och arbetar till absolut sista kraftreserven och därför att vi har så duktiga sjuksköterskor har paradoxen uppstått, att först nu har den länge latent katastrofbristen plötsligt uppenbarats och dess verkningar för köande sjuka. Prof. Lars Werkö skriver i Göteborgs Handels- och Sjöfartstidning 19 aug. 1961, på tal om överbeläggningar och underbemanningar vid alla sjukhus, att det är underligt att systrarna över huvud stannat kvar med nuvarande arbetspress.

Sjuksköterskebristen beror naturligtvis inte enbart på de låga lönerna, utan på många samverkande faktorer:

I. Komplexet ökad sjukvård, fler sjukvårdstjänster, upphörd byggnadsreglering.

II. Komplexet medicinens framsteg, tidigare diagnosticering av folksjukdomar, grundligare för- och eftervård, högre krav på vårdpersonalen.

III. Ökad standard, sjukvårdsreformer, obligatoriska sjukförsäkringen.

IV. 45-timmarsveckan för sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden.

V. Komplexet låga sjuksköterskelöner, obekväma arbetstider, usel ersättning för dessa liksom deltid och övertid. Gammalmodig personalpolitik. Som direkt följd härav: svårigheter kvarstanna i yrket efter giftermål.

VI. Felslagen arbetskraftprognos 1954/55.

VII. Svensk Sjuksköterskeförenings lamt skötta avtalsförhandlingar.

Sjuksköterskebristläget var i december 1961 2.600 vakanta platser, därav över 1.000 utan vikarie. Eftersom yrket är kvinnans äldsta offent-

liga insats, och så genuint uttrycker den kvinnlighetsroll samhället påtrycker dessa, kunde man förvänta att detta yrke fått bli normgivande för kvinnolönesättning. Men det är tvärtom ett låglöneyrke i förhållande till den reella arbetsinsatsen och dessutom i högsta grad bevis på bristen på lönedemokrati; det har t. o. m. förmodats att manliga röntgentekniker som ska ersätta de nuvarande röntgensköterskorna och utföra exakt samma arbete, kommer att få dubbel lön mot dessa.

Ytterligare en faktor sänker värdesättningen av sjuksköterskornas arbetsinsats; den allmänna obenägenheten och svårigheten över huvud att värdera serviceyrken, jämfört med "produktionsnyttiga" arbeten.

Redan under medeltiden förvandlade kyrkan yrket till askes och botgöring för kvinnor för deras medfödda syndfullhets skull; sjukvård bedrevs som välgörenhet. (Jmfr E. Dahm: Kvinnan-sjukvårdarinnan — en historisk resumé. Soc. Med. Tidskr. 37:9/60:353). Via påverkan från kristet-militära ordnar kom yrket att i Europa bli ett högre-ståndsyрке, som f. ö. infördes i Sverige av adelsdamer. Noblesse oblige — den förnämhetstradition som föreskrev att endast fina damer av god familj blir sjuksköterskor — är ännu inte utrotad på vissa skolor. Enligt fil. lic. Eva Bohms nyss utgivna historik över Svensk Sjuksköterskeförenings historia "Okänd, godkänd, legitimerad", kunde vid sekelskiftet och i den allmänna opinionens ögon bildade damer endast tänkas få syssla med kroppsvård av sjuka — något som i viktorianismens eftersvall gav associationer till osedlighet — och verksamheten hade kyrklig sanktion; de katolska nunnorna, Barmhärtighetssystrarna, blev föredöme. För sjuksköterskepionjärerna i kvinnoemancipationens första stadier gällde det att "rädda sjukvården åt kvinnorna"; att föra den över från den ökända,

obildade, ofta alkoholiserade "sjukpigan" till flickor och damer av kända familjer. Enda utvägen gick över att låta arbetet ske till Guds ära — verksamheten blev ett uppoffrande kall. Det är delvis den sociologiska förklaringen till att en kår om 27.000 yrkeskvinnor låtit sig behandlas med en svensk apartheidpolitik under årtionden. Det kanske förklarar mångfalden osakliga eller direkt lögnaktiga försök från de ansvarigas sida att skylla bristen på allt möjligt utom låg lön och antika arbetsvillkor, något som ganska väl återspeglas i inrikesminister Rune Johanssons metamorfoser på en glidande skala alltifrån förnekande av att det över huvud taget föreligger någon brist ("stängda avdelningar bara vädras!") till tvångstänkande: hot om tjänsteplikt och att ta legitimationen från systrar ur tjänst.

Det vanligaste temat för att förklara bristen har varit att skylla på att systrarna gifter sig och slutar — det varierar likasinnade landstingsmän med nästan anklagande tonfall — jämte ett besläktat argument som behövs för att förklara hur den låga sjuksköterskelönen gör sambeskattningen oförmånlig: systrarna gifter sig med rika män!

Enligt inrikesministern bör 2.000 sjuksköterskor utbildas pr år, så att 1.000, hälften, kan lämna tjänsten och gifta sig. Inom vilka andra kvinnoyrken är det regel att utbilda dubbelt så många, för att hälften anses predestinerad sluta vid giftermål — särskilt i vår tid, då hemmaruskapet kritiserats så? Eftersom erfarenheten visat att hälften av de utbildade avgår, borde väl konsekvensen vara att undersöka varför. En SSF-intervju av till hemarbete avhoppade systrar klargjorde entydigt att yrket ej kan förenas med hemarbete på grund av a) obekväma arbetstider, b) låg ersättning för övertider, c) den låga lönen som gör deltid ersättning låg. I förening innebär det, att om hemhjälp ska betalas för *sin* obekväma arbetstid, som följer sjuksköterskans, kan det hända att hemhjälpens får mer betalt än sjuksköterskan tjänar in pr deltid dag. Inte ens sjuksköterskor kan längre förväntas arbeta gratis. Ändock är, enligt en TCO-rapport, 72 % av denna kår yrkesverksam, mot endast 45 % för hela

befolkningens yrkeskvinnor. (Kvinnliga läkare 93 %, folkskollärarinnor 76 %.) Alltså borde huvudmännen för att få åter i verksamhet de avhoppade systrarna, bjuda dem bättre lön, högre övertidsersättning, bekväma arbetstider och modern personalpolitik.

Men nej — lockelsemetoderna består mest av hjärtnipande vädjanden pr upprop i radio eller via personliga brev — alltså spekulationer i den gamla kallelseideologin. Därför blir resultatet som vid reservkårsuppropet i juni 1960: Medicinalstyrelsen fick elva stycken intresserade sjuksköterskor. Det är som att söka fiska med stenar som bete och sen säga: — Nej, sjön är utan fiskar. Enligt fil. lic. Eva Bohm, SSF, finns ca 6.300 gifta, icke yrkesverksamma systrar. Om endast hälften av dessa arbetade, vore det samma antal som inrikesministern vill producera på tre år. Varför söker de ansvariga blunda bort alla dessas existens, genom att, som skett och sker, inte bjuda dem höga löner, normala arbetstider, eller god övertidsersättning och modern personalpolitik? Så lockar industrin fram icke yrkesverksam arbetskraft och behåller den.

Detta är det första skälet till varför sjuksköterskorna bör ha högre lön. Man kunde kalla det *den konsekvent-logiska aspekten*.

Eftersom "fakta sparkas" har äntligen bristens risker uppdagats och föranlett utredningar och enskilda till en ny giv: rationaliseringar inom sjukvård och sjukhusarbete.

Men — samtliga nya förslag blir också ett outtalat men tydligt erkännande av antikviteter inom sjuksköterskans arbete, vilka alltså SSF inte lyckats råda bot på, trots 50 års verksamhet.

1. Ökad utbildning. Men eftersom det alltid varit så, att sjuksköterskelever utgjort gratis arbetskraft för sjukhusen, ända sedan den tid, då de fick en smula undervisning av ren välgörenhet efter en 12-timmars arbetsdag, och principen

2. ännu råder, bör *utbildningen överses*. Om det sker en behövlig specialisering och differen-

tiering av arbetsuppgifterna på nya kategorier sjuksköterskor, finner man säkert internatsystemet överflödigt. *Varför* över huvud taget internatsystem för systrarna, då det ej behövs för läkare eller sjukvårdsbiträden? Studier vid universitet, som i USA, och betald praktik vore modernare.

Det är inte bara dyrt utbilda dubbelt så många elever pr år som beräknas bli kvar i yrket — vad kostar alla nybyggda sjuksköterskeskolor?

3. Konsekvenserna av Thapperska utredningen och utredningen om specialgrupper (teknisk, lab-röntgen och op.-ass.): att avlasta sjuksköterskorna arbetsuppgifter, grovsysslor, administrativt- och expeditiönsarbete. Men för att hålla nyrekryteringen av systrar vid liv, bör dessa i så fall kompenseras i lön. Laboratriserna t. ex. kan efter tvåårig utbildning ha samma lön som en sjuksköterska på avdelning men plus normalreglerad arbetstid och fria helger.

4. Arbetstidsomfördelning. Bort med det anakronistiska schemat med tre håltimmar mitt på dagen; eftersträva sammanhängande arbetstid. "Är det medicinskt ofrånkomligt att sjukhusdagen börjar kl. 6.45?" (Överläkare Nils Brage Nordlander, Sv. D. 25/9 -61.) Försök med 3-skift, som t. ex. Danmark haft i 20 år. Låt ett par systrar dela en tjänst. Men det förutsätter fler sjuksköterskor och det kan man endast få om villkoren förbättras.

5. Fler deltidstjänster — men då med pensionsrätt. För sjukvårdsstyrelserna ter det sig nu olustigt inrätta nya tjänster, eftersom de fruktar att alltför många ska söka dem.

6. Fler lärdomar från industrin. Eftersom systrar kan uppleva det förödmjukande att husmor måste attestera övertid, och att en halv timmas övertid ej betalas och det motiveras med att syster ej kan bevisa att den ej berott på söl — varför inte stämpelur?

7. Fler lärdomar från den privata sektorn: Modern personalpolitik, större uppmärksamhet åt trivselfrågor, aktiva samarbetsnämnder, belöningar åt systrar som föreslår rationaliseringar.

8. Moderna regionala ombudsmän.

9. Aktivt uppspårande av SSF och dess regio-

nala ombudsmän av alla diskriminerande särbestämmelser för enskilda eller grupper av sjuksköterskor, och utrotande av alla orättvisor.

10. Bort med alla samarbetshindrande onödiga konservativa disciplin- och klasstraditioner inom kåren, mer demokratisk teamworkanda.

11. Bort med den nuvarande självklara dubbeltjänstgöringen (då *en* syster beordras göra två eller fleras arbete utan ett öres extraförtjänst). Varje sådant fall bör härnäst betraktas som krisfall och omedelbart stoppas. Finge syster med dubbeltjänstgöring dubbel lön, skulle sjukvårdsstyrelserna snart söka andra utvägar, så vana som de är vid att spara in sjuksköterskelöner.

12. Där det går: begränsa sjukhusvården, öka hemvården, och den öppna vården, minska akutvården. Observera prof. Lars Werkös förslag GHT 19 aug. -61: Stänga alla akutavdelningar under sommaren för att ge systrar och läkare semester (m. u. a. jourfall). Givetvis ökad ersättning till i så fall drabbade kategorier i öppen vård: distrikts-, skol- och hemsjuksköterskor.

13. Försök med att bringa slutet vård mer glida över i öppen vård, såsom sker vid vissa invalidrehabiliteringskliniker: sjukvårdshotell, dagssjukhus.

14. Beträffande materielen: Mer centralisering, fler engångsmaterial.

15. Fler barndaghem för sjukvårdspersonalen.

Utom att dessa rationaliseringsförslag alltså avslöjar att sådana förbättringar ej redan är genomförda, trots att SSF och huvudmännen haft god tid på sig förhandla, innehåller de dessutom en tendens att söka lösa sjuksköterskebristen på omvägar, utan att ge systrarna högre betalt. Därför bör till dessa förslag även fogas:

16. Påskyndad arbetsvärdering och arbetsanalys

17. och i samband därmed: en effektivare kraftfullare förhandlingspolitik från SSF:s sida.

18. Bättre avanceringsmöjligheter. Av 15.592 sjuksköterskor har endast 418 möjlighet passera lönegrad 14.

19. "Sjömansskatt" för sjuksköterskor. Avdragsrätt för hemhjälp.

Bland de mera egendomliga rationaliseringsförslagen kan märkas: Stipendier för systrar som tar vintersemester (varför inte också betald högfjällssemester?) Dessutom: Kvinnlig vårdvärnplikt (varför inte också tvångsmoderskap, om vi ändå slår in på den linjen?)

Vad är en sjuksköterska? Vad gör en sjuksköterska? Vad är en sjuksköterska värd?

Denna fråga är pudelns kärna. Nu är en syster åsatt ett mindre pris än folkskollärarinnan, än polis, än socionom, ja, kan ha lägre lön än tillfällig spärrvakt vid Stockholms spårvägar. Läkarprognosen 1960 siar att i en nära framtid arbetar halva befolkningen i servicebetonade yrken. Det är alltså på hög tid att träna nytänkande i fråga om arbetsvärdering; att vidga begreppet "produktionsnyttig".

Under hela 50-talet var den drivande faktorn i lönesättningen utbud och efterfrågan på arbetsmarknaden. Ingen kan påstå att efterfrågan på systrar var mindre då, bristen bara bättre maskerad och SSF:s grepp om systrar som sökte väcka kåren, var lika hårt som arbetsgivarnas — kulminationen nåddes vid urtima riksdags tjänstepliktshot för 10 år sedan; det enda som riktats mot en svensk fackförening.

En ordentlig arbetsanalys av vad en syster gör, skulle säkert ge överraskande besked. National League of Nursing Education gjorde 1932 studier av sjuksköterskans arbetsuppgifter och fann i "An Activity Analysis of Nursing" att hon är engagerad i 659 olika aktiviteter. Fler och fler har tillkommit sen dess, dels på grund av medicinens framsteg, dels på grund av att vi också har läkarbrist i Sverige intill år 1975, som fått till följd att systrarna sen länge övertagit fler och fler verksamheter, som i länder med läkaröverskott utförs av läkare — dock utan motsvarande kompensation i lön.

En yrkessociologisk USA-undersökning: "Education for Nursing Leadership" 1958 (Eleanor C. Lambertsen m. fl.) ger oss mer insikt.

Den svenska sjuksköterskans kvalitet har jäm-

förts med den amerikanska, ja, enligt docent Rudström i TV-programmet om sjuksköterskebristen 12/12 -61 är hon "mer kvalificerad än någon annanstans i världen". Citat ur USA-undersökningen:

"Arbetsledaren.

Louise McManus jämför den kvalificerade sjuksköterskans uppgifter med läkarens:

1. Hon ställer en diagnos beträffande sjukvårdsproblemen för en viss patient.
2. Hon beslutar om en speciell plan som skall följas i vården, med hänsyn till omedelbara och långsiktiga behov.
3. Tillsammans med övriga i sjukvårds- och hälsoteamet gör hon upp en tillfredsställande vårdplan inkluderande terapeutiska, preventiva och rehabiliterande åtgärder, av vilka läkaren har delegerat vissa uppgifter till sjuksköterskan.
4. Ser till att planen fullföljs på bästa sätt med hänsyn till ändringar i problemställningen och utför själv de funktioner, som fordrar speciell skicklighet och omdöme.
5. Ansvarar för en fortsatt utveckling och förbättring av sjukvården."

1955 identifierade två forskare, Milton J. Lesnik och Bernice E. Anderson, 7 *områden för sjuksköterskans uppgifter*. (Nursing Practice and the Law, Philadelphia 1955):

" 6 områden är *oberoende* och 1 *beroende*:

1. Övervakning av vården av en patient, vilket fordrar principkunskaper från de biologiska, fysiska och sociala vetenskaperna.
2. Observation av symptom och reaktioner, såväl psykiska som fysiska, vilket fordrar principkännedom enligt ovan.
3. Riktig rapportering och registrering av fakta.
4. Övervakning av andras medverkan i patientvården.
5. Medverkan i sjukvårdande procedurer och teknik.
6. Ledning och fostran för att säkra den fysiska och mentala vården.

Beroende funktion:

7. Utförande av läkarens order, med kännedom om orsaken till denna och dess effekt.”

I dessa sammanhang kan sökas det andra skälet till varför sjuksköterskan bör ha högre lön: *den arbetsvärderande aspekten.*

Det finns ytterligare en aspekt: *den retroaktiv-kompensatoriska*, som borde berättiga kåren till en högre lön.

A. Eftersom det är svårt att rationalisera sjuksköterskans arbetstider med det underskott på systrar som kommer att råda länge än, måste personalen ha kompensation för varje arbetsstund över (den formella) 45-timmarsveckan — även fränsett avsikten locka fram den icke-yrkesverksamma reserven. Enligt meddelande 48 från Socialstyrelsens byrå för löne- och sysselsättningsstatistik (8/12 -61) är nu arbetstiden för kvinnlig teknisk- och kontorspersonal med självständigt arbete 38,9 tim. Om denna arbetsvecka består av regelbunden arbetstid, fria helger och ordentligt betald eller ingen övertid alls, inser man varför sjuksköterskan måste ha generell kompensation inbakad i sin lön för sin besvärliga och längre arbetstid. Så behåller industrin sina anställda.

B. Stat och landsting gör stora inbesparingar på sjuksköterskan, jämfört med vad arbetskraft med annan historisk tradition skulle begära. Man tjänar på varje sjuksköterska i sju led: 1) Såsom elev i praktiskt arbete i nära tre år, 2) själva utbildningen är bevisat billigare än exempelvis verkstadselevutbildning, 3) det fria vivret beskattas, 4) elevarvodet är ej pensionsgrundande, 5) syster tjänstgör ofta tredje elevåret som ren vikarie men utan ordinariens lön, oftast på bara elevarvodet, 6) övertid ersättning utgår ej till elev, ej ens klumpsumman 240 kr pr år, som annars utgår till systrar i 8:e lgr och som varit oförändrad sedan 1951, 7) under aspirantåret har syster endast rätt till lönegraden närmast under den vari hon är placerad. Detta summerat till sjuksköterskans övriga utsatta läge

och arbetsbillighet ger kompensatoriska skäl unna henne högre lön.

C. Beträffande arbetsvärdering och ”produktionsnyttighet” kan man fråga: varför är vi av vana mer beredda offra stora summor på krigiskt försvar och dess personal, än på försvar mot sjukdom och lidande? Försvarets personal producerar heller ingenting, men dess bottenlönegrad, som ändock är en genomgångsdito, är 11:e lgr. Önskar vi ett gott försvar för hälsa borde vi vara lika beredda betala för det, som för krigiskt försvar.

D. Ytterligare en synpunkt kan stödja det retroaktiv-kompensatoriska skälet unna systrarna högre lön: I artikel i Hertha 6, 59 räknar Brita Elmén med att staten pr år intjänar 300 miljoner kr (märkligt nog samma summa som sista sänkningsförslaget) på löneklyftan mellan manliga-kvinnliga löner i statlig tjänst. En del av den kakan kunde beskäras sjuksköterskan!

Ett vanligt argument på huvudmannahåll mot höjda sjuksköterskelöner, är att sådana skulle ”betyda ett ras över hela löneområdet på sjukvårdssidan” (lönedirektör K. Fritzdorf, Sv. Landstingsförbundet, okt. 61). Det raset måste ändå komma inför en ny tids nytänkande inom arbetsvärdering.

Det finns ytterligare en metod att söka ut en sjuksköterskas produktionsvärde: Vad kostar en sjuk människa samhället, och vad vinner det på att göra henne arbetsför?

Gentemot slentriantänkandet att stängda sjukhusavdelningar medför inbesparad drift, genmäler med. lic. Erland Svennilsson i DN 5 aug. 61 att stängning av en enda avdelning sammanräknat kan medföra dolda nationalekonomiska förluster om 30.000—50.000 kr årligen; och de många stängda avdelningarna mångmiljonförluster. 25 stängda vårdplatser betyder ofta 25 köande sjukskrivna — pr dag 4.000 kr i sjukassepengar. Dessutom ett ännu större belopp genom att de sjuka är ur produktionen. Som rapporten från Lund visat, medför ibland alltför lång väntan invalidisering: dvs. den köande blir beroende av sjukpension. Vissa undersökningar visar att

en del socialvårdsklientel härrör ur denna grupp. En enda sådan patient kan därför orsaka samhället förluster om 10.000-tals kronor. Om den invaliderade behöver hemmahjälp, bortfaller inte sällan en anhörigs produktionstillskott.

Enligt fil. lic. Gunnar Lindgren vid konjunkturinstitutet, är den årliga produktionsförlusten i Sverige på grund av sjukdomar ca fem miljarder kronor. Men den summan räknades ut innan de dolda förlusterna på grund av köande sjuka kom in i bilden.

Även den stängda avdelningen drar skattepengar, påminner licentiat Svennilsson.

”Om en stängd modern sjukavdelning kostar 2 mkr i anskaffning, innebär det med räntor, amortering och avskrivning på ca 30 år en automatisk årlig kapitalkostnad för denna avdelning om ca 130.000 kronor — vare sig den används eller icke.”

Enligt pressuppgift (G.T. 26/1 -62) kan det nybyggda länslasarettet i Skene med 200 vårdplatser ej ens öppnas på grund av sjuksköterskebrist.

Eftersom fasta driftskostnader slås ut på alla vårdplatser, medför det att vårdplatser blir dyrare när en del är stängda. Lunds lasarett har genom stängningar förlorat 70.000 vårddagar, vilket motsvarar årskapaciteten av en stad av Landskronas storlek. ”Att stänga en avdelning är en åtgärd som kan ha samma räckvidd som att stänga en fabrik.” Privata näringslivet skulle aldrig acceptera sådana förluster, anser licentiat Svennilsson.

Den 8 okt. 1959 var inrikesminister Johansson medveten om detta ty han sa i ett tal i Växjö: ”... en sådan expansion är en felinvestering, (stängda vårdavdelningar) som förorsakar det allmänna och i sista hand de enskilda skattebetalarna onödiga och onyttiga extrautgifter...”

Sjukvårdskonsumtionen har ökat från 1945 420 mkr till 1.700 mkr 1960. Denna ökande utgiftssektor vädjar till de ansvariga att bättre planera med de olika faktorerna inom sjukvården, inklusive sjuksköterskans villkor. Att locka fram med goda villkor och behålla kvalificerad sjukvårdspersonal är en god investering — en för-

svarsberedskap mot lidande som hör till ett civiliserat högstandardsamhälle. Egendomligt nog är det vedertaget då det gäller läkarlöner — men ej deras nödvändiga assistenter — sjuksköterskorna. Man kan föreställa sig följderna om under nuvarande katastrofbrist någon epidemi mångfaldigat sjukhusens patientantal!

Detta är den fjärde orsaken unna sjuksköterskorna god lön och moderna arbetsvillkor: den *humana eller preventiva aspekten*.

Den diskriminerande behandlingen av denna kår är till slut nästan oförklarlig, såvida man inte tar till djuppsykologiska spekulationer. Nej, det är inget tramp utanför ämnet — högt står på lågt, sa Lao-tse.

Det är otänkbart att en nära 28.000 personer stark yrkesgrupp män under årtal i vår tid skulle ha funnit sej i vad sjuksköterskorna utstått. Kanske SSF f. ö. först får pondus och ryggrad dess mer sjukskötare som blir aktiva inom föreningen.

Någonstans i denna fråga döljs en typisk manlig tuffhetstendens speciellt emot kvinnan-vårdarinnan-moderbilden. Utom att sjuksköterskan redan före Nightingale utgjort en internationell symbol för fred och lindring, där män avgjort en gränsdragning med blod och vapen, har hon — och kanske mest — varit en urmoderbild. Alla människor har haft en vårdande mamma, och har henne kvar i hjärtat; där är kanske all ömhets gryning. Men grundtonen i vår kultur är långtifrån ömhet; det ingår i manrollen att förkväva ”osakligt känslotänkande”, att söka det påtagliga och det objektiva, ibland t. o. m. i sammanhang som fordrar med- och inkännande. Den positiva effekten är fördomsfri naturvetenskap och t. ex. värdenihilismen inom filosofin. Den negativa polen gav upphov till vad man kan kalla den patriarkaliskt-feodala attityden. Eftersom också beslutande män även är kännande varelser, uppstår den paradoxala ambivalensen att ju ömtåligare något är att besluta över, ju mer det vädjar till känsla, desto hårdare blir i allmänhet tuffhetsmasken, objektivitetsattityden, det känslöväckande förträngs, föraktas — som när

den morska skaran av pojkar leker med liv i storpolitikens spel.

När denna tendens möter sjuksköterskeyrkets urgamla nunne- och botgöringstraditioner och dess representanter, utvecklas dubbel förställningstuffhet; t. ex. i ett avtalsmöte; kvinnoförhandlarna är bara på ytan, och därför extra, objektiva, självsäkra — på botten bor kvar vördnaden för den bestämmande fadern-överläkaren-guden — osv. Manförhandlarna å sin sida tyngs av en skuld känslolik förträngd respekt för modern — vårdarinnan och fördubblar sin tuffhet. Det blir en prestigekamp mellan omedvetna överkänsligheter vid sidan av avtalsförhandlingar, och som vanligt segrar män.

Däriigenom kommer alldeles i skymundan den allra viktigaste synpunkten på hela sjukvården: den djupast vårdande!

Varje sjuk människa hamnar i beroendeska-

förhållande till sina vårdare, får en barnskapsroll — det visar bl. a. Sonja Risinger — Calais sociologiska undersökning 1960 om invalidattityder m. m. Troligen skulle det få en ofantligt psykosomatiskt läkande effekt om alla sjuka, eller en stor kategori av dem, finge möta mer av den kvinnomedkänsla de av tradition rollförväntar av kvinnan-sjukvårdarinnan-moderbilden. F. n. plågas många av systrarna själva av att aldrig ha tid uttrycka en personlig vårdandekänsla.

Detta är den femte och slutliga orsaken belöna eller värdera sjuksköterskornas insats med högre lön: *den filantropiska eller humansympatiska aspekten*. Resonemanget bygger alltså på en anklagande fråga: Är försvar mot sjukdom och lidande mindre lönsam och dess personal mindre värd, än försvaret och dess personal mot krig? Här är ett centralt område för nytänkande och omvärderingar i ett samhälle under omdaning.

Ett yrke växer fram

I år firar landstingen 100-årsjubileum och redan från början fick de sig ålagt att sörja för sjukvården, 1861 hade varje län ett lasarett. Den som tror att dessa lasarett hade ens en avlägsen likhet med våra dagars sjukhus kan bara försöka göra klart för sig att det vid den tiden icke fanns några sjuksköterskor i Sverige och knappast utomlands heller. Den yrkesgrupp som mer än någon annan sätter sin prägel på det dagliga livet på nutidens sjukhus började inte ta form förrän 30 år senare. 1860-talets sjukhus betjänades av sjukvakterskor eller sjukpigor, tjänstefolk utan utbildning eller anseende, ofta alkoholiser-

de och avsigkomna. Den som på något vis kunde, undvek kontakt med lasaretten och flertalet sjuka vårdades av sina anhöriga i hemmet. I lasaretten härbärgerades fattiga och ensamstående under de primitivaste hygieniska villkor. Latrintunnan stod mitt i sjuksalen, där kunde också obduktioner förrättas mitt ibland de levande patienterna och liken efter avlidna stuvades undan hopvis i en skrub. Det fordrades ett betydande mått av idealitet och självupppoffring av flickor med uppfostran och utbildning för att ge sig in i detta tämligen bottenlösa elände och där åstadkomma en uppräckning och nyordning. Så skedde emellertid och man måste stanna i häpen beundran inför vad som uträttades av dessa kvinnor med adliga namn och förmögen bakgrund i Florence Nightingale's efterföljd, uppmuntrade och stimu-

Eva Bohm: *Okänd, godkänd, legitimerad*. Svensk sjuksköterskeförenings förlag. Pris kr 27: 50.