Sjukvårdens inre organisation

~en idépromemoria

Ref

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2013

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

Betänkande av
utredningen om sjukvårdens inre organisation

SOU
1979:26

Sjukvårdens inre organisation

~en idépromemoria

Betänkande av
utredningen om sjukvårdens inre organisation

SOU
1979:26

126
38

Statens offentliga utredningar
1979:26
Socialdepartementet

Sjukvårdens inre organisation

– en idépromemoria

Betänkande av utredningen om
sjukvårdens inre organisation

Stockholm 1979

Omslag Jan Bohman

ISBN 91-38-04798-5
ISSN 0375-250X
Gotab, Kungälv 1979

Till Statsrådet Lindahl

Enligt regeringens bemyndigande den 17 februari 1977 tillkallade dåvarande statsrådet Ingegerd Troedsson en kommitté med uppdrag att utreda vissa frågor om sjukvårdens inre organisation. Till ledamöter i kommittén förordnades regeringsrådet Bengt Wieslander, tillika ordförande, samt personalchefen Sewon Ekberg, landstingsrådet Bertil Göransson, docenten Thomas Ihre, förbundsordföranden Marianne Lundqvist, förbundsordföranden Sigvard Marjasin och landstingsrådet Åke Pettersson. Till experter i kommittén förordnades t. f. överdirektören Sven Alsén, departementssekreteraren Birgitta Bratthall, professorn Bertil Gardell, sektionschefen Vanja Gavelin och förste sekreteraren Birgitta Pettersson. Den sistnämnda ersattes den 12 september 1978 med förste sekreteraren Gunilla Lamnevik. Till sekreterare hos kommittén utsågs den 2 juni 1977 sekreteraren Marianne Boivie.

Kommittén har antagit namnet SIO-kommittén (Kommittén för utredning av vissa frågor rörande sjukvårdens inre organisation).

Statsrådet Troedsson har till kommittén överlämnat betänkandet (Ds S 1978:1). De äldre och hälso- och sjukvården.

SIO-kommittén har anlitat sjukvårdschefen Henric Hultin, som på kommitténs uppdrag utarbetat kapitel 3 i kommitténs betänkande.

SIO-kommittén får härmed överlämna ett betänkande om sjukvårdens inre organisation. Betänkandet, som har karaktären av en idépromemoria, innehåller förslag till riktlinjer för den framtida utvecklingen av sjukvårdens inre organisation och tillika förslag om fortsatt utrednings- och utvecklingsarbete på området.

Kommittén anser härmed sitt arbete slutfört.

Stockholm i februari 1979

Bengt Wieslander

Sewon Ekberg *Bertil Göransson* *Thomas Ihre*

Marianne Lundqvist *Sigvard Marjasin* *Åke Pettersson*

/Marianne Boivie

Innehåll

Sammanfattning 7

Utredningsuppdraget 15

Kapitel 1 *Samband mellan samhälle och sjukvård* 19
Inledning 19
Befolkningens storlek och åldersstruktur 20
Den allmänna utbildningsnivån 22
Familjestruktur och förvärvsfrekvens 24
Urbanisering 25
Samhällsekonomi 25

Kapitel 2 *Hälso- och sjukvårdens utveckling* 27
Inledning 27
Hälso- och sjukvårdens struktur 27
Huvudmannaskap 28
Den medicinska utvecklingen och utvecklingen av vårdorganisationen 28
Vårdverksamhetens omfattning och inriktning 30
Administrationens utveckling 31
Utveckling av arbetsorganisationen 32
Vårdutbildningen 34
Personalresurser 35
Personalrörlighet 37
Deltidstjänstgöring 38
Sysselsättning 38
Byggnads- och utrustningsfrågor 39
Kostnader 39

Kapitel 3 *Den medicinska verksamheten och sjukvårdens inre organisation* 41
Inledning 41
Beskrivning efter funktionsområden 42
Information 42
Behandling 52
Omvårdnad 56
Utbildning 58

Organisation – planering 61
Några andra beskrivningsmodeller 64
Beskrivning med utgångspunkt från huvudmål 64
Beskrivning med utgångspunkt från utvecklingsfas 66
Beskrivning med utgångspunkt från organisatoriska utvecklingstendenser 67

Kapitel 4 *Hälso- och sjukvårdens intressenter* 79
Inledning 79
Patientens krav på hälso- och sjukvården 79
Patientens kontakter med vårdsystemet 80
Patienten och vårdavdelningens/mottagningens tekniska och sociala system 82
Patienternas (allmänhetens) syn på olika förhållanden inom hälso- och sjukvården 83
Patienternas behov och krav i några olika vårdsituationer . . . 88
Förlossningsvård 89
Vården av sjuka barn 91
Somatisk akutvård 93
Psykiatrisk vård 95
Somatisk långtidssjukvård 98
Vård i livets slutskede 100
Sammanfattning av patientkrav 102
Personalens krav på hälso- och sjukvården 102
Berörda fackliga organisationer och arbetstagargrupper 103
De fackliga organisationernas program för vårdarbetet 104
Vårdarbetets inre organisation med utgångspunkt i fackliga krav 107
Sjukvårdshuvudmannens krav på hälso- och sjukvården 108
Sjukvårdshuvudmannens medel för påverkan 109
Dålig överensstämmelse mellan sjukvårdspolitiska ambitioner och vad som sker i verkligheten 110
Varför fungerar inte dagens sjukvårdspolitiska styrsystem? . . . 111
Sjukvårdshuvudmannens krav på vårdens inre arbete 112

Kapitel 5 *Kommitténs överväganden och förslag* 113
Inledning 113
Varför blev det som det är? 113
Förutsättningar att förändra vårdorganisationen 115
Ansvarsfördelning och möjligheter till delegering 116
Utveckling av omvårdnadsarbetet 116
Personalutveckling i omvårdnadsarbetet 120
Lagarbete inom sjukvården 122
Hur är arbetet organiserat i dag? 122
Former för lagarbete 123
Vårdlag 125
Förändrade krav på avdelning, klinik och sjukhus/distrikt . . . 129
Sjukvårdshuvudmannens roll i utvecklingen av arbetsorganisationen 132
Genomförande 132
Bilaga 1 *Förteckning över vissa refererade intervjuundersökningar* . . . 135

Sammanfattning

SIO-kommittén är nu färdig med sitt arbete. Detta redovisas i föreliggande betänkande, som har karaktären av en idé-promemoria. I första kapitlet redogörs för sambandet mellan samhälle och sjukvård – hur samhällsutvecklingen inneburit en kraftig förskjutning i arbetsfördelningen mellan den enskilde och samhället och hur kraven på sjukvården ökat från den enskildes sida. Hälso- och sjukvårdens utveckling framgår i stora drag av kapitel 2. Där redogörs bl. a. för den strukturella inriktningen av hälso- och sjukvården idag och under överblickbar framtid, den yttre ramen med andra ord. Den medicinska verksamheten behandlas i kapitel 3, som också beskriver sjukvårdens inre organisation. För olika undersökningar om patienternas och personalens syn på vårdmiljön och deras krav redogörs i kapitel 4. Vidare redovisas krav och synpunkter från fackliga organisationer och från sjukvårdshuvudmännen. De två sistnämnda kapitlen utgör grundvalen för de överväganden, som kommittén gör i kapitel 5 och som mynnar ut i olika förslag.

Kapitel 5 innehåller i huvudsak följande.

Dagens hälso- och sjukvård präglas av vårdproblem som uppstod under 1960-talet. Livslängden ökade, andelen äldre i befolkningen ökade. Missbrukarproblemen accentuerades, likaså skador och sjukdomar genom brister i miljön. Bättre utbildning och höjd levnadsstandard medverkade också till ökade krav på hälso- och sjukvården. För att klara denna situation gick strävandena inom sjukvården ut på att rationalisera verksamheten och höja effektiviteten. Man fäste stora förhoppningar vid att industrins teknologiska processer och metoder skulle kunna anpassas och överföras till sjukvårdsområdet. För att motverka en tilltagande brist på välutbildad arbetskraft gick man in för att utbilda personal till snävt avgränsade uppgifter. Samtidigt med detta skedde minskningar av arbetstidens längd.

Den enskilda patientens vård blev i allt större utsträckning resultatet av en ökad samverkan mellan olika medicinska specialister och experter. Detta medförde behov av samordning, vilket i sin tur ledde till en snabb utbyggnad av administrationen.

Den utveckling som inleddes på 1960-talet hade många positiva sidor såsom bättre diagnostik och effektivare behandling av sjukdomar för allt större grupper medborgare. Men samtidigt medförde den brister i den personliga omvårdnaden. Man klagade på kontaktlöshet – det var ständigt nya vårdande personer kring patienten. Den ökade specialiseringen har minskat möjligheterna till helhetssyn på patienten och samtidigt begränsat möjligheterna att anpassa uppgifterna till de anställdas förvärvade erfarenheter.

Antalet anställda inom sjukvården har fördubblats på tio år och uppgår nu till drygt 300 000 personer. Den genomsnittliga arbetstiden för landstingsanställda är idag 30 timmar per vecka. Förlängd semester, ökad utbildning, förbättrade möjligheter till föräldraledighet – 85 procent av personalen är kvinnor – har ökat frånvaron, som dock inte är speciellt hög för landstingsanställda i förhållande till övriga områden.

Utvecklingen har sålunda medfört att krav nu reses på bättre kontinuitet i kontakterna mellan patienter och personal, minskad specialisering av arbetsuppgifterna inom omvårdnadsområdet, ökade möjligheter till helhetssyn i vårdarbetet, färre personalkategorier och en jämnare könsfördelning inom de olika kategorierna samt färre personer i arbetet med patienten, ökade möjligheter för patienten att påverka sin vårdsituation, mer och bättre information till patienten och anhöriga, förbättrad personlig omvårdnad för patienten och en mer aktiv rehabilitering av patienter i alla vårdformer. Behovet av översyn av sjukvårdens inre organisation har understrukits av fackliga organisationer och av företrädare för sjukvårdshuvudmännen. Under senare år har dessutom på många håll startats försök med ändrad arbetsorganisation och omfördelning av arbetsuppgifter.

Kommittén konstaterar att gällande lagar och föreskrifter ger en betydande handlingsfrihet beträffande delegering av arbetsuppgifter och inte utgör något hinder för genomförande av kommitténs förslag.

Svensk sjukvård har traditionellt varit inriktad på att tillgodose de medicinska och fysiologiska vårdbehoven och på dessa områden nått en ofta omvittnad hög nivå. Men även de emotionella, sociala och aktiveringsinriktade behoven måste tillfredsställas, betonar kommittén. Patientens hela livssituatiuon bör i ökad grad beaktas. Utvecklingen av sjukvårdens inre organisation bör göra det möjligt att komplettera ett medicinskt kunnande med bättre förutsättningar att bedöma patientens samlade behov.

Kommittén beskriver hur patienten på sjukhus – förutom läkare, avdelningsföreståndare och annan vårdavdelningspersonal möter ett betydande antal andra ykeskategorier såsom ekonomibiträden, städerskor, badpersonal, fotvårdsspecialister, vaktmästare, arbetsterapeuter, terapibiträden, sjukgymnaster, gångassistenter, psykologer, kuratorer, laboratorieassistenter – i flera fall yrkeskategorier med mycket specialiserade arbeten.

I varje vårdsituation finns kraven på god omvårdnad. Självfallet är kraven på omvårdnad olika i olika situationer, allt från ett tillfälligt besök hos en distriktssköterska till intagning för en större operation. Omvårdnaden är en viktig del – också i verksamheter präglade av avancerad medicinsk teknik. Omvårdnaden får inte ställas i motsatsförhållande till den rent medicinska verksamheten. Kommittén ifrågasätter inte att en uppdelning i medicinska specialiteter behövs och är en förutsättning för en god vårdkvalitet. Det är istället så att kraven på utveckling av omvårdnadsarbetet är en följd av ökade kunskaper om patientens situation. Om miljön är stimulerande ökar förutsättningarna för att behandlingen ska ge effekt. Patientens medverkan i vården är viktig. Initiativförmågan måste bevaras och individens naturliga vilja att klara sig själv skall utnyttjas. En utveckling av omvårdnaden kräver bl. a. att personalen har förmåga att leva sig in i patientens situation. Personalens ansvar i omvårdnadsarbetet måste omfatta att avgöra på vilket sätt patientens psykologiska och sociala behov skall mötas. Härför

fordras kännedom om patientens bakgrund och sociala situation.

Det är viktigt att på alla sätt underlätta för patienten att behålla kontakten med livet utanför sjukhuset. För att klara detta måste en del praktiska frågor lösas, såsom möjligheter för anhöriga att övernatta på sjukhus, måltider för anhöriga och gäster, friare besökstider etc.

Kultur- och fritidsverksamheter på sjukhusen är viktiga och bör så långt möjligt återspegla kulturlivet i samhället och ses som en naturlig del av den rehabiliterande verksamheten.

Utveckling av omvårdnaden kräver ökade resurser för forsknings- och utvecklingsarbete. Omvårdnadsområdet är förhållandevis oprövat i forsknings- och utvecklingssammanhang trots att den allmänna debatten om sjukvården i hög grad hänger samman med brister i omvårdnaden. Därför anser kommittén att ökade resurser bör ställas till förfogande för forskning och utveckling rörande omvårdnadsarbetet. Kommittén betonar vidare bl. a. att omvårdnadsarbetets betydelse måste beaktas på alla nivåer i utbildningen av vårdpersonal.

Den nuvarande arbetsorganisationen kännetecknas av långt driven specialisering, dålig spridning av nödvändig information om patienten och uppdelning av omvårdnadsarbetet i detaljerade moment. Specialiseringen av arbetsuppgifter, som innebär att så många personer samtidigt arbetar med patienten, gör bl. a. att möjligheterna till sociala kontakter försvåras. Den medför också risker för bristande information. En stor del av personalen får inte tillfälle att tala om patientens problem, vilket inte sällan medför att omvårdnadsarbetet uppfattas som tungt och meningslöst.

Utveckling i arbetet är en förutsättning för att arbetet skall bli meningsfullt. Med hänsyn till patienters och personals krav på kontinuitet i kontakterna anser kommittén att arbetsutvidgning är den metod som i första hand bör prövas inom hälso- och sjukvården. För många betyder arbete i grupp en möjlighet till utveckling. De nuvarande arbetsförhållandena gör det svårt att lära känna varandra, förstå och utveckla arbetsformer som tar tillvara den enskildes förutsättningar.

Varje större förändring i vårdorganisationen och arbetsorganisationen måste föregås av ett intensivt förberedelsearbete. Det finns många sätt att börja ett förändringsarbete på. Förslagen bör dock växa fram successivt sedan personalen fått den kunskap som är nödvändig för att gå in i en förändringsprocess.

Kommittén hänvisar vidare till de försök som pågår när det gäller att utveckla omvårdnaden och att åstadkomma bättre arbetsmiljöer. Erfarenheterna från dessa försök bör utgöra en bra grund för ytterligare utveckling.

I betänkandet redovisas olika sätt att organisera arbetet på en vårdavdelning. Det äldsta – salsystemet – innebar att en personalgrupp vårdade patienterna på en eller flera salar med stor beläggning. Detta system övergavs för rondsystemet, som inte har något samband med de olika typerna av läkarronder. Rondsystemet karakteriseras av att arbetet är nedbrutet i komponenter eller funktioner. De anställda är specialiserade – en mäter temperaturen, en annan hjälper patienterna med den personliga hygienen. Tanken bakom rondsystemet var att få större effektivitet i arbetet och att minska behovet av utbildning, arbetsledning och övervakning.

En vanlig arbetsorganisation inom vården i dag är en kombination av

rond- och salsystemen. Ytterligare ett sätt att organisera vårdarbetet är att fördela arbetsuppgifterna på olika lag eller grupper.

Den utveckling av arbetsformerna inom sjukvården som ägt rum under de senaste åren har just tagit fasta på behovet av ökat lagarbete, ett arbetssätt som även gör det möjligt för patienten att mer aktivt ingå som en del i laget. En form av lagarbete som prövats i försöksverksamhet är gruppvård. Patienter och personal indelas i grupper och vårdarbetet med varje patientgrupp utförs av en bestämd personalgrupp.

I nära nog samtliga landsting och kommuner utanför landsting bedrivs gruppvård i någon form. Det gäller främst inom långtidssjukvården men också inom den somatiska korttidsvården har på senare tid intresse visats för gruppvårdstanken.

Kommittén har funnit att en utveckling av arbetsorganisationen mot ökat lagarbete med personalen organiserad i vårdlag skapar de bästa förutsättningarna för kontinuitet i kontakterna mellan patient och personal, för information till och från patienten, för inflytande för patient och personal och för kontinuerlig fortbildning i arbetet. Kommittén föreslår därför att en organisation med lagarbete/vårdlag prövas och utvecklas inom hela hälso- och sjukvården. Patienter och personal får därigenom ökade möjligheter att lära känna varandra. Samarbetet mellan olika personalgrupper förstärks, arbetsuppgifterna blir mer omväxlande och den individuella kompetensen kan höjas. Vidare förbättras informationen. De ökade möjligheterna att påverka den egna arbetssituationen medför sannolikt en ökad arbetstillfredsställelse. Det bör medverka till att minska personalrörligheten, att döma av erfarenheter från pågående gruppvårdsförsök.

Vårdlag ger bättre förutsättningar för samarbete och kunskapsutbyte mellan olika yrkeskategorier. Arbetet blir mera varierat och medlemmarna i laget kan ge varandra handledning och utbildning varigenom kompetensen ökas.

Kommittén förutser att vissa svårigheter kan uppstå vid övergång till vårdlag – samarbetsproblem mellan enskilda kan förstärkas i en mindre grupp, vårdtyngden kan vara olika stor för olika vårdlag. Vidare krävs en förändring av attityder som av vissa kan betraktas som besvärlig.

I sluten vård exempelvis består ett vårdlag av minst 3–5 anställda som svarar för vård och behandling av ett visst antal patienter. Arbetsuppgifterna fördelas inom vårdlaget. En kontaktperson som vårdlaget utser inom sig, svarar för samordningen inom laget och kontakt med avdelningsföreståndare och vårdavdelningens läkare. Vid dagliga vårdkonferenser sker arbetsplaneringen och fördelningen av arbetsuppgifter. Vårdlaget har representanter i regelbundna avdelningskonferenser.

Kommittén föreslår att vårdlagsorganisationen byggs ut successivt till att omfatta dag- och kvällstid veckans alla dagar. För att åstadkomma förbättringar för såväl patienter som personal under hela dygnet måste nattpersonalens situation bli föremål för särskild översyn.

Kommittén anser att vårdlagets sammansättning måste variera med hänsyn till patienternas behov, verksamhetens inriktning och de arbetsuppgifter som laget skall utföra. Därför är det inte möjligt att precisera vilka yrkeskategorier som bör ingå i ett lag. Varje medarbetare i ett vårdlag bör ha en grundkompetens som på sikt lägst motsvarar undersköterskeutbild-

ningens respektive skötarutbildningens nivå.

Antalet yrkeskategorier i arbetet med patienten bör minska. Vårdlaget skall i ökad omfattning medverka i rehabiliteringen och aktiveringen av patienten. Vårdlaget bör medverka i genomförande av ADL-program, delta i annan fysioterapi, svara för städuppgifter inom vårdavdelningen, utföra hygieniska bad. Det innebär att sjukgymnaster och arbetsterapeuter i ökad omfattning kommer att fungera som handledare inom vårdlaget.

Arbetsuppgifter som f. n. utförs av gångassistenter, terapibiträden, badbiträden, städpersonal och socioterapeuter bör i stor utsträckning utföras av vårdlaget och vissa av dessa tjänster kan därför överföras till vårdavdelningen. I det här sammahanget föreslår kommittén att den nuvarande undersköterskeutbildningen kompletteras i första hand inom arbetsterapins och fysioterapins område.

Basen i vårdavdelningens vårdlag utgörs i regel av undersköterskor i somatisk vård och skötare i psykiatrisk vård. Sjuksköterskan blir ibland (lokala sjukhem) en för flera vårdlag gemensam resurs med ansvar för vissa medicinska bedömningar och åtgärder, metodutveckling inom omvårdnadsarbetet etc. Inom andra verksamhetsområden är sjuksköterskan medarbetare i vårdlaget och deltar i det direkta behandlings- och omvårdnadsarbetet.

Vårdlagets kompetens kan öka genom att personal med specialkunskaper (läkare, arbetsterapeut, psykolog, sjukgymnast etc.) går in i vårdlaget och tillsammans med laget arbetar med patienterna.

Avdelningsföreståndarens roll kommer att förändras vid införande av vårdlag. För den ändrade arbetsledarrollen krävs stöd genom utbildningsinsatser.

Kommittén utvecklar närmare konsekvenserna av förslaget om höjningen av vårdlagets grundkompetens till undersköterskesenivå. Förslaget kommer att ställa krav på framtida resurser, såväl ekonomiska som utbildningsmässiga. De verkliga kostnaderna per år för att på sikt uppnå den höjning av utbildningsnivån som följer av kommitténs förslag om vårdlagets grundkompetens är svåra att beräkna. Kostnaderna beror på den takt i vilken reformen genomförs och det sätt på vilket den genomförs. Reformen kommer också att medföra betydande vinster som dock är svåra att beräkna rent siffermässigt. Det gäller här bättre vårdkvalitet, kortare vårdtider, minskad personalrörlighet och bättre arbetsmiljö.

Möjligheterna att öka utbildningskapaciteten är f. n. begränsade. Kommittén anser att alla möjligheter bör tas till vara att öka vårdlinjens och specialkursernas kapacitet. Men också andra lösningar krävs. Utbildningar bör skapas som bättre än de nuvarande tar tillvara sjukvårdsbiträdenas erfarenheter och kunskaper. Sjukvårdsbiträden med lång yrkeserfarenhet torde inte vara i behov av 40 veckors gymnasial utbildning för att få undersköterskekompetens.

Behovet av höjd utbildningsnivå är störst inom somatisk långtidssjukvård varför reformarbetet i första hand bör gälla denna del av vårdsektorn.

Kommittén påpekar vidare att insatser i form av internutbildning kommer att krävas för att vårdlagen skall kunna genomföra vissa ADL-program, gångträning och andra rörelseterapeutiska uppgifter. Introduktion och inskolning av nyanställd och extra personal bör ägnas ökad uppmärksamhet.

I fråga om personalbehov nämner kommittén att hos dem som redan

prövat gruppvård i någon form råder det delade meningar huruvida gruppvård skulle kräva mera personal, vilket tycks bero på den olika bemanning som finns inom skilda landsting.

Kommittén understryker också det angelägna i att insatser sker i attitydpåverkande avseende för att få balans i könsfördelningen inom de olika personalkategorierna.

En bättre vård- och arbetsmiljö innebär förändrade krav både på vårdavdelning, klinik och sjukhus. Den patientvårdande verksamheten på vårdavdelningen skall vara utgångspunkten för en diskussion om avdelningens och klinikens organisation. Det innebär bl. a. att vårdavdelningen skall ges ökade möjligheter att påverka omgivande serviceenheter och administrativa system.

En mer personlig och individualiserad omvårdnad reser krav på flexibilitet i organisationen beträffande sänggående, mattider, besökstider etc. Här måste vårdavdelningens synpunkter tillmätas stor betydelse.

Kommittén betonar avdelningsföreståndarens betydelse för en förbättrad kontinuitet och samordning mellan länssjukvård och primärvården, vid byte av institutioner eller utskrivning till hemmet.

Läkarens arbete måste planeras och samordnas med den övriga vårdpersonalens eftersom läkarens beslut och ordinationer i hög grad påverkar omvårdnadsarbetet. Klinikens och avdelningens läkare måste vara fastare knutna till vårdavdelningen och i högre grad delaktig i vårdavdelningens arbetsorganistion.

Patienten måste få ökade kunskaper om grundläggande biologiska förhållanden, sjukdomar och deras behandling, vårdorganisation och liknande. Det ställer pedagogiska krav på personalen. Läkaren och vårdpersonalen i övrigt måste få ökade möjligheter till individuella kontakter med patienterna. Personalrörligheten måste minska och omvårdnadsarbetet ombesörjas av stabila arbetslag.

Kraven på kliniken kommer att öka till följd av kommitténs förslag. Klinikledningen måste i ökad omfattning kunna planera verksamheten på kort och lång sikt med hänsyn till personella, ekonomiska, och andra resurser.

Ett förändringsarbete av det slag kommittén skisserat kan inte komma till stånd genom lagstiftning. Ansvaret för att arbetet kommer igång vilar på landstingen och de övriga sjukvårdshuvudmännen. Vidare krävs samverkan med de fackliga organisationerna. Kommittén anser att studiematerial bör utarbetas att användas i förändringsarbetet. Det är inom den somatiska långtidssjukvården som förutsättningarna för att på kort sikt genomföra förslagen är störst.

Kommittén anser vidare att den sittande gymnasieutredningen och kommande utbildningsutredningar inom vårdsektorn bör beakta kommitténs förslag. Det bör också skolöverstyrelsen och universitets- och högskoleämbetet göra, när de reviderar läro- och utbildningsplaner. Regeringen bör vidare pröva möjligheten att genom ekonomiska bidrag stimulera den försöksverksamhet som kommittén föreslår att sjukvårdshuvudmännen i samverkan med de fackliga organisationerna bör genomföra. Regeringen bör också stimulera omvårdnadsarbetet genom att tillföra medel för forsknings- och utvecklingsarbete.

Kommittén föreslår vidare fortsatt utrednings- och utvecklingsarbete inom

området. Det gäller bl. a. arbetsorganisationen och vårdlagens sammansättning och arbetsuppgifter inom i första hand somatisk långtidssjukvård, allmän kirurgi, allmän psykiatri, barnmedicin och primärvård. Ledningsfunktionerna på avdelnings- och kliniknivå bör studeras närmare. Formerna för samverkan vårdavdelning – serviceavdelningar bör närmare utredas likaså samverkansformerna länssjukvård – primärvård. Nattpersonalens arbetssituation bör undersökas närmare och slutligen bör utbildningsbehovet för sjukvårdsbiträden analyseras och alternativa vägar prövas för att ge alla i vårdlaget kompetens motsvarande lägst undersköterskenivå.

Utredningsuppdraget

Direktiven

Dåvarande biträdande socialministern, statsrådet Troedsson, meddelade direktiv för utredningen i anförande till statsrådsprotokollet den 17 februari 1977:

Hälso- och sjukvården byggs f. n. ut kraftigt. Utbyggnaden inriktas främst mot öppna vårdformer, resurser för långtidssjukvård samt förebyggande åtgärder. Den del av hälso- och sjukvården som inte sker på sjukhusen får därmed allt större betydelse.

I socialstyrelsens principprogram för sjukvårdens fortsatta utbyggnad (Hälso- och sjukvård inför 80-talet, SoS anser 1976:1) förordas en decentralisering av vårdresurserna så att patienterna så långt möjligt skall kunna få den vård som behövs i närmiljön. Det innebär en fortsättning på den inriktning av sjukvårdens utbyggnad som sedan länge kännetecknat huvudmännens insatser.

Den snabba medicinska och medicinskt tekniska utvecklingen har tillfört sjukvården nya möjligheter för diagnostik och behandling, som i sin tur har påverkat vårdarbetets innehåll och uppläggning. Vården har blivit alltmer specialiserad. Detta är ett resultat av en strävan att genom kvalificerad specialistvård och bästa möjliga tekniska utrustning förbättra den medicinska vården. Inom den slutna akutsjukvården har vårdtiderna blivit allt kortare. Patienternas kontakter med sjukvården har blivit mer splittrade, samtidigt som anspråken på omvårdnad blivit allt större.

Långtidssjukvården har speciella problem. Inom denna del av sjukvården måste man särskilt beakta patienternas behov av omvårdnad. Eftersom vårdtiderna är långa är det dessutom väsentligt med personalkontinuitet och mer personlig kontakt med patienterna, vilket ställer särskilda krav på bl. a. vårdens organisation.

Vårdpersonalens insatser är avgörande för kvaliteten på vården. Detta gäller såväl medicinska och medicinskt tekniska insatser som omvårdnaden av patienterna. Utbildningen av sjukvårdspersonalen är därvid viktig. Kravet att snabbt bygga ut hälso- och sjukvården har bl. a. lett till att utbildningar har tillkommit i bristsituationer för att lösa trängande behov av personal. Ett samlat grepp på utbildningsfrågorna erfordras.

En utredning inom utbildningsdepartementet (Vård 76) har nyligen avslutat sitt arbete med att se över och samordna de vårdutbildningar som skall tillhöra den nya högskolan fr. o. m. nästa budgetår. Arbetet har visat att det finns en rad angelägna frågor att behandla också i ett längre perspektiv. Hit hör en samlad översyn av studieorganisation för att anpassa berörda utbildningar till framtida krav på hälso- och sjukvården. En ny utredning kommer att tillkallas av regeringen för att behandla dessa frågor.

I framtiden kommer det att finnas tillgång till fler läkare och sjuksköterskor. Dessutom kommer den pågående utbyggnaden av den gymnasiala skolan att positivt på-

verka personaltillgången. Det tillkommer också personal med annan bakgrund och utbildning (t. ex. beteendevetare och tekniker) som direkt eller efter kompletterande utbildning kan vara lämpad för arbetsuppgifter inom vårdområdet. Den ökade tillgången på utbildad personal ger förutsättningar för en ändring av personalsammansättningen inom vårdområdet. De traditionella yrkesrollerna kan förväntas bli ändrade.

Det ökande intresset för arbetsmiljön kommer liksom anspråken på goda arbetsförhållanden i övrigt också att påverka vårarbetets miljö.

Utredningen (C 1970:29) om den kommunala demokratin behandlar frågor som berör de anställdas inflytande i kommuner och landsting. Den nya lagstiftningen om medbestämmande ger de anställda – med de begränsningar som följer av sjukvårdslagen och andra författningar – rätt till ökat medinflytande, vilket måste byggas in i arbetsorganisationen.

Frågor om sjukvårdens arbetsorganisation och personalstruktur som jag nu berört har under senare år debatterats livligt. Socialstyrelsen har uppmärksammat frågeställningarna i principprogrammet för hälso- och sjukvård inför 80-talet. Landstingsförbundet har tagit fram ett omfattande material och ägnade en stor del av 1976 års kongress åt dessa frågor. Försöksverksamhet pågår inom flera landsting med olika former av ändrad arbetsorganisation som t. ex. gruppvård.

Svenska kommunalarbetareförbundet har i skrivelse den 13 maj 1976 hemställt att en särskild utredning tillsätts med uppgift att se över sjukvårdens inre organisation och därvid beakta formerna för arbetsorganisation, personalstruktur, utbildningsvägar och utbildningsinnehåll. Skrivelsen har remissbehandlats. Flertalet remissinstanser tillstyrker förslaget om utredning.

Svensk sjuksköterskeförening har tillsammans med Sveriges sjuksköterskeelevers förbund i skrivelse den 19 oktober 1976 framfört synpunkter på bl. a. frågor som rör vårdens inre organisation.

Statsrådet Troedsson drog därpå upp riktlinjerna för utredningsarbetet och anförde:

Kommittén bör i första hand utgå från patienternas behov av vård och behandling i vidsträckt bemärkelse. Patienternas möjligheter till eget engagemang i vården bör också belysas liksom frågan om hur största möjliga personliga omvårdnad och personalkontinuitet skall kunna erhållas. Kommittén bör lägga fram förslag om på vilket sätt detta skall kunna genomföras.

Vidare bör kommittén överväga sjukvårdens framtida personalstruktur inom såväl öppen som sluten vård med utgångspunkt från en samlad bedömning av kvantitativa och kvalitativa krav på vårdorganisationen och fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika personalkategorier. Därvid bör prövas möjligheterna att använda färre personalkategorier med bredare kunskaper. Kommittén bör uppmärksamma frågor som aktualiseras vid den praktiska tillämpningen av de nya lagarna på arbetslivets område och undersöka om särskilda åtgärder krävs för att tillämpa dem inom sjukvården. Frågan om hur gruppvård eller lagarbete kan bedrivas bör beaktas liksom hur olika sjukvårdsenheter skall kunna utforma sin verksamhet inom vissa angivna riktlinjer. Det pågående forskningsarbetet angående sjukvårdspersonalens psyko-sociala arbetsmiljö bör också uppmärksammas.

Handikapputredningen (S 1966:38) har i betänkandet (SOU 1976:20) Kultur åt alla, diskuterat vissa problem i kulturellt och socialt hänseende som uppkommer särskilt för de patienter som under lång tid vårdas på institution. Utredningen betonar att de vägledande grundsatserna på handikappområdet om integration och normalisering så långt det är möjligt måste gälla även dem som vistas på institutioner. Den framhåller vidare att den socioterapeutiska verksamheten inom somatisk och psykiatrisk långtidsvård är betydelsefull för att motverka den isolering som institutionerna skapat.

Utredningen föreslår att socioterapiens ställning inom sjukvårdsorganisationen närmare klarläggs. Förslaget tillstyrks av remissinstanserna. Hithörande frågor bör övervägas av kommittén.

Behoven inom sjukvården är stora. Samtidigt har kostnadsutvecklingen varit mycket snabb, vilket medfört en betydande höjning av den landstingskommunala utdebiteringen. Som redovisades i direktiven till utredningen om kommunernas ekonomi (1976-11-18) kommer de automatiska efterfrågeförändringarna under perioden 1974–1985 att särskilt beröra landstingen. Mot denna bakgrund bör utredningen noggrant redovisa de ekonomiska konsekvenserna av framlagda förslag och i första hand överväga möjligheterna att tillgodose behoven inom sjukvårdsområdet genom omprioriteringar och omdispositioner av befintlig verksamhet.

Konsekvenserna för sjukvårdens inre organisation av vad jag här har anfört skall belysas, varvid formerna för organisationen och fördelningen av arbetet samt behovet av utbildningsinsatser skall beaktas. I detta sammanhang kan författningsmässiga frågor behöva aktualiseras. Det är viktigt att detta sker i samråd med andra berörda utredningar.

Kommitténs arbete

Med utgångspunkt i de för kommittén meddelade direktiven har kommittén valt att i första hand beskriva i vilken riktning ett förändringsarbete inom sjukvården bör bedrivas. I enlighet med direktiven har en utgångspunkt varit patienternas behov och krav i olika vårdsituationer. En annan utgångspunkt har varit personalens krav på en i vid mening bättre arbetsmiljö och ökade möjligheter till inflytande.

På uppdrag av kommittén har professor Casten von Otter och sektionschef Lars Svensson systematiserat tillgängligt material i form av utredningar, undersökningar, statistik, utvecklingsplaner, rapporter, debattskrifter etc. För kommitténs räkning har ett tiotal uppsatser med rubriken: Hur skulle sjukvårdens inre organisation kunna se ut 1990? skrivits av personer med olika erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården. Elever från gymnasieskolans vårdlinje har också delgivit kommittén sina synpunkter på sjukvården.

Kommittén har genom skrivelse till sjukvårdshuvudmännen inhämtat synpunkter och material i form av utredningar, planer m. m. rörande den socioterapeutiska verksamheten vid sjukvårdens institutioner.

Kommittén har också genomfört studiebesök vid sjukvårdsinrättningar och kontinuerligt informerats om det utredningsarbete inom Spri, som har anknytning till frågor kommittén diskuterat. Kommittén har också följt projektet Sjukhusets psykosociala arbetsmiljö.

Kommittén har mottagit skrivelser från bl. a. Handikappförbundens Centralkommitté "med synpunkter på sjukvårdens innehåll med anknytning till kommitténs direktiv" och från socialstyrelsen "angående personalsituationen inom operationssjukvården". Ett flertal rapporter och utredningar utarbetade inom landstingsförbundet, enskilda landsting, socialstyrelsen, psykotekniska institutet m. fl. har överlämnats för kännedom till kommittén. Sveriges läkarförbund har till kommittén överlämnat promemorian Sjukvårdens inre organisation – analys och förslag.

Statsrådet Troedsson har till kommittén överlämnat ett antal skrivelser

från enskilda och organisationer samt utredningen (Ds S 1978:1) Hälso- och sjukvård för äldre och (SOU 1977:66) Patienten i sjukvården, rapport från en expertgrupp inom medicinalansvarskommittén.

Kommittén har haft fortlöpande kontakt och samråd med bl. a. hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04), medicinalansvarskommittén (S 1974:02), utredningen om vissa vårdutbildningar inom högskolan (Vård -77), (U 1977:06), lärartjänstutredningen (U 1977:04), gymnasieutredningen (U 1976:10), kontinuitetsutredningen (S 1977:08) och utredningen beträffande sjukvård i livets slutskede (S 1974:09).

1 Samband mellan samhälle och sjukvård

Inledning

Hälso- och sjukvård meddelas dels av staten, landstingen och kommunerna, dels av privata vårdgivare enskilt eller i sammanslutningar. Staten är huvudman för två undervisningssjukhus: Karolinska sjukhuset i Stockholm och Akademiska sjukhuset i Uppsala. Vidare faller under statligt huvudmannaskap länsläkarorganisationen och kriminalvårdens och försvarets sjukvård samt rättspsykiatriska organisationen.

Landstingen och de tre landstingsfria kommunerna (Malmö, Göteborg och Gotlands kommuner) är huvudmän för sjukhusvård inkl. öppen vård vid sjukhus i allmänhet (lasarett, sjukstugor, sjukhem för långvarigt kroppssjuka, sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka, konvalescenthem), distriktsläkarvård, distriktsvård (distriktssköterskor), mödra- och barnhälsovård, psykisk barn- och ungdomsvård samt sjuktransportväsendet. För de landstingsfria kommunerna tillkommer skolhälsovården, som står under primärkommunalt huvudmannaskap. Exempel på privata vårdgivare är föreningar, stiftelser, företag och enskilda yrkesutövare som dels kan meddela vård vid vissa specialsjukhus (reumatikersjukhus), dels vid mottagningar och enskilda vårdhem.

Grundläggande bestämmelser för hälso- och sjukvården finns i kommunallagen, sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen. Hälso- och sjukvårdsverksamheten regleras även genom instruktioner, reglementen och cirkulär. Som exempel kan nämnas allmän läkarinstruktion, reglemente för sjuksköterskor och normalinstruktion för distriktssköterska. Socialstyrelsen har som central statlig förvaltningsmyndighet i ett antal författningar erhållit bemyndigande att närmare meddela föreskrifter och anvisningar för hur verksamheten skall bedrivas.

Mellan den allmänna samhällsutvecklingen och utvecklingen av hälso- och sjukvården finns en rad samband. Förändringar i samhället har medfört nya krav på eller förändrade förutsättningar för sjukvården. Detta gäller såväl i fråga om sjukvårdens struktur som dess inre organisation. De strukturella förändringar som haft och har avgörande betydelse för utvecklingen av hälso- och sjukvården kan i stor utsträckning härledas från utvecklingen och fördelningen av landets samlade resurser. Kunskapsbildningen och kunskapsspridningen har varit avgörande inte bara för den ekonomiska expansionen utan också för den kulturella och demokratiska utvecklingen.

Samhällsutvecklingen har å ena sidan möjliggjort att den svenska hälso- och sjukvården i ett internationellt perspektiv framstår som välutvecklad såväl kvantitativt som kvalitativt. Å andra sidan har samhällsutvecklingen inneburit en kraftig förskjutning i arbetsfördelningen mellan den enskilde och samhället samt att allmänheten/patienten kunnat ställa ökade krav på sjukvården. Kraven avser inte bara en medicinskt-tekniskt fullgod vård och behandling utan i ökad omfattning också ett individuellt hänsynstagande, personligt bemötande liksom information om och delaktighet i olika vårdsituationer. Dessa förutsättningar och krav präglar alltmer hela samhället, skolan, arbets- och fritidslivet och riktas nu med ökad tyngd mot hälso- och sjukvården.

Av stor betydelse för sjukvårdens del har varit strävan att utveckla det medicinska kunnandet och snabbt tillgodogöra patienterna olika medicinska landvinningar. Detta har i sin tur förutsatt en koncentration och specialisering av den medicinskt-tekniskt avancerade vården, vilket påverkat möjligheterna till kontinuitet och helhetssyn på patienten och dennes miljö. För personalen har en alltmer komplicerad organisation medfört växande svårigheter för den enskilde att kunna överblicka eller förstå de allt mer standardiserade och specialiserade uppgifternas betydelse i ett samlat agerande för patientens bästa. Vårdpersonalens känsla av att arbeta trots och inte tack vare de tekniska och administrativa stödfunktionerna har tilltagit i takt med att också dessa vuxit i omfattning och blivit allt mer specialiserade.

Parallellt med den naturvetenskapliga utvecklingen har nya och vidgade kunskaper inom det beteendevetenskapliga området fört in ytterligare dimensioner i diskussionen om vård- och arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården. Kraven på helhetssyn på patientens inte bara medicinska utan också psykologiska och sociala behov gör sig allt mer gällande.

I figur 1.1 beskrivs sjukvårdens inre organisation och dess beroende av sjukvårdens struktur och samhällsförhållandena i stort.

I det följande redogörs för några av de faktorer som är av särskild betydelse för efterfrågan på hälso- och sjukvårdens tjänster.

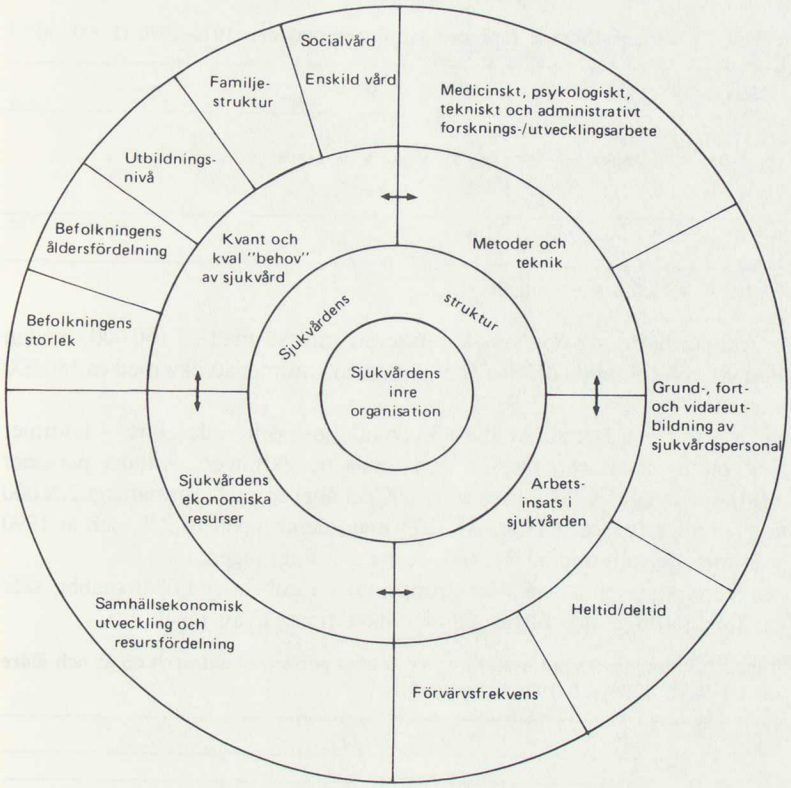
Befolkningens storlek och åldersstruktur

År 1960 var folkmängden 7,5 miljoner. 1975 hade den ökat till 8,2 miljoner, dvs. med 9,5 %.

Antalet personer i åldrarna under 18 år var i stort sett oförändrat (ca 2 miljoner) medan åldersgruppen 18–64 år ökade från ca 4,5 miljoner till ca 5 miljoner, dvs. med drygt 8 %. Den äldsta åldersgruppen (65 år och äldre) ökade med över 40 %.

Det sammanlagda antalet personer i åldrarna över 65 år ökade under den aktuella perioden från ca 890 000 till ca 1 250 000, dvs. från 12 % till 15 % av den totala folkmängden.

Ökningen i de äldsta åldersgrupperna framgår av tabell 1.1.



Figur 1.1

Tabell 1.1

Åldersgrupp	1960	1975	Ökning	
			Abs.	%
65–74 år	576 401	784 286	207 885	36
75–84 år	266 147	383 187	117 040	44
85–w år	45 838	83 312	37 474	82

Källa: SCB, befolkningsstatistik.

Befolkningssituationen i framtiden kommer enligt prognoserna att kännetecknas av att befolkningsökningen stagnerar och antalet äldre ökar. Erfarenhetsmässigt kan konstateras att säkerheten i befolkningsprognoserna är mycket hög när det gäller de äldsta åldersgrupperna, medan en betydande osäkerhet präglar prognoser för det framtida antalet barn.

Tabell 1.2 Prognostiserade förändringar under perioden 1975–1990 (1 000-tal)

Åldersgrupp	1975	1990	±
0–17 år	2 012	1 852	– 160
18–64 år	4 945	5 094	+ 149
65–w år	1 251	1 471	+ 220
Totalt	8 208	8 417	+ 209

Källa: SCB, befolkningsstatistik.

Antalet barn och ungdom kommer att minska med ca 160 000, medan den yrkesverksamma delen av befolkningen kommer att öka med ca 150 000 invånare.

Den från vårdsynpunkt mest krävande gruppen – de äldre – kommer i absoluta tal att öka mer än den totala befolkningen. Antalet personer i åldrarna över 65 år ökar med ca 15 000 per år eller med sammanlagt 220 000 mellan åren 1975 och 1990. År 1975 utgjorde gruppen 15,2 % och år 1990 kommer den att utgöra 17,5 % av hela befolkningen.

Även inom den äldsta åldersgruppen, där vårdbehoven ökar snabbt, sker en förskjutning mot högre åldrar, vilket framgår av tabell 1.3.

Tabell 1.3 Prognostiserad utveckling av antalet personer i åldrarna 65 år och äldre mellan åren 1975 och 1990 (1 000-tal)

Ålder	1975		1990	
	Antal		Antal	
	Abs	%	Abs	%
65–74 år	784	62,72	820	55,7
75–84 år	383	30,64	510	34,7
85–w år	83	6,64	141	9,6
Summa	1 250	100	1 471	100

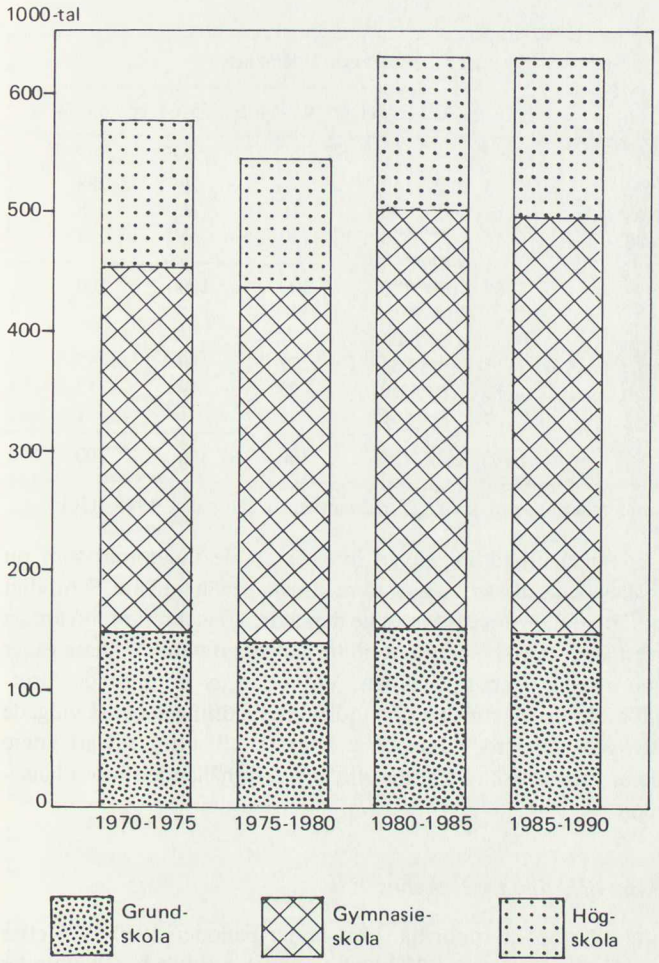
Källa: SCB, befolkningsstatistik.

När det gäller könsfördelningen i åldrarna över 65 år är kvinnorna fler än männen i samtliga åldersgrupper. I de högsta åldersgrupperna är antalet kvinnor dubbelt så stort som antalet män.

Enbart förskjutningen i befolkningens åldersmässiga sammansättning och därav följande förändringar i vårdbehoven skapar väsentligt ändrade förutsättningar för hälso- och sjukvården. I dag utgör kombinationen av minskade alternativa möjligheter till dygnetruntomvårdnad i hemmet och förskjutningar i befolkningens sammansättning en väsentlig förklaring till det ökade behovet av insatser från hälso- och sjukvårdens sida.

Den allmänna utbildningsnivån

År 1960 skaffade sig ca 40 % av 16-åringarna i riket utbildning efter den obligatoriska skolan. År 1970 hade andelen ökat till 90 %. Antalet personer med genomgången universitets- eller högskoleutbildning fördubblades från



Figur 1.2

mitten av 1960-talet till början av 1970-talet. Därefter har en viss nedgång skett. Det sammanlagda antalet utbildade vid gymnasium, fackskola, universitet och högskolor m. m. har mer än fördubblats under 1970-talet.

Antalet utbildade i grundskola, gymnasieskola och högskola under perioden 1975–1900 redovisas i ovanstående figur 1.2.

Ökningen under 1980-talets båda femårsperioder är en följd av befolkningsutvecklingen. De stora årskullarna från mitten av 1960-talet avslutar då sin skolgång och går ut på arbetsmarknaden.

Av tabell 1.4 framgår att de äldre i dagens samhälle har betydligt kortare utbildning än de yngre.

Tabell 1.4

Utbildning	Andel (%) av resp. åldersklass				
	16–24 år	25–44 år	45–54 år	55–64 år	65–74 år
Män					
Folkskola mindre än 8 år	3	40	71	79	88
Grundskola, realexamen	82	40	19	16	8
Högre utbildning	15	20	10	5	4
	100	100	100	100	100
Kvinnor					
Folkskola mindre än 8 år	3	35	72	80	87
Grundskola, realexamen	83	50	23	19	12
Högre utbildning	14	15	5	1	1
	100	100	100	100	100

Källa: SCB:s undersökning om levnadsförhållandena i samhället 1975 (ULF).

Den kraftigt höjda utbildningsnivån innebär att de ungdomar som nu söker sig till hälso- och sjukvården har större kunskaper än tidigare. Samtidigt har samhället fått ett ökat ansvar för att ge den äldre arbetskraften likvärdiga teoretiska kunskaper som komplement till förvärvad erfarenhet. Detta gäller inte minst inom hälso- och sjukvården. Vid sidan av de ändrade förutsättningarna för rekrytering innebär den utökade utbildningen också vidgade krav på hälso- och sjukvård, vilket bl. a. kommer till uttryck i att yngre genomgående är mer kritiska än äldre till dagens förhållanden inom hälso- och sjukvården.

Familjestruktur och förvärvsfrekvens

Andelen ogifta män och kvinnor har ökat under perioden 1970-1976 efter att tidigare ha minskat ända sedan 1920-talet. Andelen skilda har ökat under hela 1900-talet och särskilt kraftigt sedan år 1970. Antalet skilsmässor per år har ökat från 9 000 år 1960 till 26 000 år 1975.

Födelsetalen i Sverige har sjunkit kraftigt sedan mitten av 1960-talet. År 1965 var antalet levande födda barn närmare 123 000. Därefter har antalet sjunkit och uppgick år 1977 till 96 000. En internationell jämförelse ger vid handen att utvecklingen i Sverige inte är unik. I stort sett alla länder i västvärlden har en motsvarande tendens.

År 1945 förvärvsarbetade 10 % av de gifta kvinnorna. Under 1960-talet ökade denna andel till närmare 50 % och har därefter fortsatt att stiga. Den kraftigaste ökningen efter år 1965 redovisas för kvinnor med barn under 7 år, där andelen förvärvsarbetande ökat från 38 % till 67 % (1977). Även för äldre kvinnor har en betydande ökning skett under den senaste 10-årsperioden.

Beträffande förändringar i förvärvsfrekvensen räknar långtidsutredningen med en något minskad förvärvsfrekvens för män, från 80 % till 78,6 % under perioden 1975–1980. För kvinnor räknar samma utredning med att förvärvsfrekvensen skall öka från 59 % till 64,3 %.

Ökningen är främst hänförlig till kvinnor med barn i förskoleåldern, där man räknar med en ökning från 60 % till 72 % och för kvinnor i åldern 45–54 år, där en ökning förväntas ske från 75 % till 85 % under perioden 1975–1980.

För hälso- och sjukvårdens vidkommande torde således den framtida utvecklingen vad gäller familjestruktur och förvärvsfrekvens innebära att efterfrågan på vård kommer att öka, därför att möjligheterna till vård i hemmet minskar.

Urbanisering

Under 1960-talet växte storstadsområdena hastigt till följd av stor inflyttning. Medan omflyttningen mellan länen i stort sett upphört under 1970-talet har inflyttningen till tätorterna fortsatt. Omflyttningar gäller i mycket begränsad omfattning de äldre (ca 3 %). Ca 80 % av det totala antalet flyttningar över kommungränser under åren 1968–1974 företogs av personer som var yngre än 35 år.

Totalt uppgick antalet invånare som bor i glesbygd (orter med mindre än 2 000 invånare) till 1,4 miljoner år 1975, vilket motsvarade 17 % av totalbefolkningen. Motsvarande andel var år 1960 27 %. Andelen invånare 65 år och äldre har ökat något mer i glesbygd än i tätort och uppgick år 1975 till 21 % mot drygt 14 % i tätort. Andelen 80 år och äldre uppgick till 3,9 % mot 2,6 % i tätort.

Urbaniseringen under de senaste 15 åren kan i stort sägas ha inneburit följande förändringar av betydelse för hälso- och sjukvården och dess inre organisation.

- Andelen äldre i glesbygdsbefolkningen har ökat.
- Genom att de äldres barn flyttat från hemorten har bl. a. behovet av hemsjukvård och socialvård påverkats.
- Möjligheterna att rekrytera sjukvårdspersonal i glesbygden har minskat.
- Det uppbrutna sociala kontaktnätet har förstärkt kraven på en mera offensiv och uppsökande hälso- och sjukvård.
- Storstadsmiljön och dess levnadsbetingelser gör det angeläget att bedöma vårdbehoven från såväl medicinska som psykologiska och sociala utgångspunkter.
- Kraven på samverkan mellan hälso- och sjukvården och övriga samhälleliga vårdresurser har ökat.

Samhällsekonomin

Tillväxttakten i samhällsekonomin har avtagit under 1970-talet. Bruttonationalprodukten har genomsnittligt ökat med mindre än 2 % per år under den senaste 10-årsperioden. Resursutvecklingen har inte medgivit genomförda konsumtionsökningar utan en betydande upplåning har fått ske utomlands. Samhällsekonomiskt var läget annorlunda under 1960-talet. Då var frågan hur de växande resurserna skulle fördelas mellan olika angelägna ändamål. I dag och framöver gäller frågan hur kvardröjande och nya problem skall kunna avhjälpas inom en snävare ekonomisk ram.

2 Hälso- och sjukvårdens utveckling

Inledning

Hälso- och sjukvården har sedan länge befunnit sig under stark utbyggnad. Samtidigt pågår en betydande omstrukturering med ökad satsning på förebyggande åtgärder, lättillgänglighet samt förbättrad omvårdnad.

I den allmänna sjukvårdsdebatten betonas alltmer hälso- och sjukvårdens samlade ansvar för befolkningens hälsotillstånd. På hälso- och sjukvården ställs – liksom inom andra delar av den sociala sektorn – bl. a. krav på helhetssyn på individen liksom på ökad tyngd åt långsiktiga förebyggande åtgärder och medverkan i samhällsplaneringen.

Hälso- och sjukvårdens struktur

I ett principprogram "Hälso- och sjukvård inför 80-talet" (HS 80) har socialstyrelsen skisserat en strukturmodell för verksamheten. Strukturmodellen är uppbyggd kring de tre komponenterna primärvård, länssjukvård och regionsjukvård.

Primärvården – med bl. a. vårdcentraler, lokala sjukhem och hemsjukvård – skall enligt principmodellen primärt ansvara för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett givet betjäningsområde. Tillfälligt, när primärvårdens resurser är otillräckliga för de åtgärder, som fordras för en viss patient, kan ansvaret för denne övergå till läns- eller regionsjukvården.

Länssjukvårdens ansvar skall enligt HS 80 omfatta patienter med livshotande tillstånd och andra sjukdomstillstånd, som kräver tillgång till personella och tekniska resurser, vilka av olika skäl måste koncentreras till ett eller ett fåtal sjukhus inom varje sjukvårdsområde. Länssjukvårdens somatiska och psykiatriska korttidsvård bedrivs vid länssjukhus och i viss utsträckning vid länsdelssjukhus. Endast en mindre del av långtidssjukvården faller inom länssjukvården.

Regionsjukvården slutligen ansvarar för det fåtal patienter vars speciellt svårbemästrade problem kräver samverkan mellan högt utbildade specialister och eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött.

I strukturmodellen läggs stor tyngd vid primärvården bl. a. för att erbjuda människorna en geografiskt lättillgänglig vård av god kvalitet. Detta kan nås bl. a. genom en förstärkning av allmänläkarvården och en decentra-

lisering av specialistvården. Primärvården ges ansvar för en decentraliserad långtidsvård. Ett ytterligare skäl för satsningen på primärvård är insikten om att det är nödvändigt att samordna hälso- och sjukvården med den socialvård, som bedrivs av primärkommuner samt med skolans, arbetsvårdens och försäkringskassans verksamhet.

Den planerade utbyggnaden av primärvården kommer att medföra att huvuddelen av den öppna hälso- och sjukvården liksom långtidssjukvården på sikt kommer att bedrivas såsom decentraliserad närhetsservice i form av vårdcentraler, lokala sjukhem och hemsjukvård.

Huvudmannaskap

Successivt har landstingen och de landstingsfria kommunerna Göteborg, Malmö och Gotland blivit huvudmän för praktiskt taget all sjukvård.

Vården av kroniskt sjuka betraktades under förra hälften av 1900-talet som ett led i fattigvården i den mån inte anhöriga kunde svara för den sjuke. Successivt ändrades detta synsätt och som konsekvens av en beslutad reform av ålderdomshemsvården ålades landstingen år 1951 vården av kroniskt kroppssjuka, dvs. i stort sett vad som nu benämns långtidssjukvård.

Landstingens skyldighet att bereda öppen vård lagfästes första gången år 1959. Den gällde då endast öppen vård vid sjukhus och begränsades till sådan vård som inte lämpligen kunde erhållas annorstädes än på sjukhus.

År 1963 övertog landstingen ansvaret för öppen läkarvård utanför sjukhus. Den hade dittills bedrivits av staten genom provinsialläkare och av de större städerna genom stadsdistriktsläkare. Fullständigt reglerades huvudmannaskapsförändringen i 1972 års sjukvårdslag.

Landstingen hade före år 1967 ansvar för vissa begränsade uppgifter inom den psykiatriska vården, men det fulla ansvaret för vården av psykiskt sjuka ålades inte landstingen förrän detta år. Då överfördes huvudmannaskapet för den av staten drivna mentalsjukvården till landstingen.

Den medicinska utvecklingen och utvecklingen av vårdorganisationen

Medicinsk forskning bedrivs i hög grad på internationell bas. Det medicinska forsknings- och utvecklingsarbetet har ökat möjligheterna till diagnostiska och terapeutiska insatser samt inneburit stora förbättringar i fråga om resultaten av olika behandlingar.

En förutsättning härför har tidigare många gånger bedömts vara en allt mer specialiserad vårdorganisation, där den enskilde patientens vård i allt större utsträckning kräver en vidgad samverkan mellan olika medicinska specialiteter och experter. Utvecklingen har ett direkt samband med nödvändigheten att systematiskt dela upp en växande kunskapsmassa, som inte bara gäller det medicinska området utan jämväl olika medicinskt-tekniska servicefunktioner. Detta har i sin tur lett till att olika organisatoriska lösningar, system och metoder måste samordnas. Den snabba tillväxten

av antalet anställda inom sjukvården har också medfört behov av samordning och en väl utbyggd personaladministration. Dessa faktorer kan bl. a. förklara utbyggnaden av en allt mer specialiserad administration. Denna har i sin tur medfört att avstånden ökat mellan den i vården verksamma personalen och den demokratiskt valda ledningen för verksamheten, varigenom en rad problem uppstått som rör det ömsesidiga informationsutbytet.

År 1960 antogs riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande m. m., vilka i allt väsentligt avsåg en plan för utbyggnad av och samarbete inom specialiserad sjukhusvård. Det medicinska forsknings- och utvecklingsarbetet har därefter resulterat i en långtgående specialisering inom samtliga medicinska verksamhetsområden. F. n. finns 43 olika specialiteter med angränsande verksamhetsområden. Den snabba utvecklingen i medicinskt-tekniskt/vetenskapligt avseende har utgjort den kanske viktigaste drivkraften bakom de organisatoriska förändringarna.

Den år 1974 tillsatta regionsjukvårdsutredningen har nyligen lämnat ett betänkande vilket f. n. remissbehandlas.

Utvecklingen har i vissa avseenden krävt en centralisering av vården och i andra avseenden möjliggjort en decentralisering. Tekniskt svårskött och dyrbar apparatur kräver vanligtvis såväl kontinuerlig användning för bibehållande av kunskaper och metodik hos användaren som ett förhållandevis stort upptagningsområde.

På andra områden har den tekniska utvecklingen lett till att verksamheten kunnat decentraliseras beroende på att apparaturen förenklats och blivit förhållandevis billig samt kunnat ersätta mer svårgenomförbara undersökningar och därigenom kunnat användas på fler ställen.

Kunskapsspridning sker också genom grund-, fort- och vidareutbildning samt genom att läkare efter utbildning på regionsjukhusen söker tjänst inom länssjukvården.

Generellt kan således sägas att utvecklingen under de senaste decennierna inneburit ökade medicinskt-tekniska förutsättningar för en högspecialiserad vård i första hand på regionsjukhusen men även på länssjukvårdsnivån och i vissa fall genom ett ökat antal specialistläkare i öppen vård även på primärvårdsnivån.

Den medicinska utvecklingen har också påverkat sjukvårds/sjukhusorganisationen. Ett flertal nya specialiserade arbetsenheter har inrättats. Dessa har delvis övertagit arbetsuppgifter som tidigare utfördes inom resp. klinik (motsv.).

Sammantaget innebär utvecklingen att nya personalkategorier med specialiserade arbetsuppgifter tillförts klinikens (motsv.) arbetsområde. Klinikens kontaktytor "utåt" har ökat. Den uppdelning av arbetsuppgifterna som skett har medfört ett gediget kunnande hos berörda yrkeskategorier men samtidigt har specialiseringen fått till följd att varje anställd arbetar inom ett snävare arbetsområde, vilket har minskat möjligheterna till resursomfördelning. Möjligheterna till en mer flexibel arbetsfördelning har också begränsats.

Den medicinska utvecklingen och de ökade resurserna har också inneburit att medelvårdtiden reducerats kraftigt trots att andelen äldre patienter ökat. 1960 uppgick medelvårdtiden till 15,3 dagar på en allmänmedicinsk klinik

och till 11,6 dagar på en allmänkirurgisk klinik. 1976 var motsvarande uppgifter 12,7 resp. 10,2 dagar. De förkortade medelvårdtiderna har bidragit till att antalet intagningar ökat oavbrutet under hela efterkrigstiden. Från ca 620 000 intagningar år 1950 inom den akuta kroppssjukvården har antalet stigit till 930 000 år 1960, 1 180 000 år 1970 och 1 310 000 år 1976.

Vårdverksamhetens omfattning och inriktning

Grunden för de vårdorganisatoriska förändringar som ägt rum på 60-talet och under första delen av 70-talet är sjukvårdspolitiska ställningstaganden som i sin tur baseras på olika faktorer i samhällsutvecklingen.

Tabell 2.1 Utvecklingen av antalet vårdplatser och intagna samt läkarbesök i öppen vård under perioden 1965–1976 framgår av följande tabell

	Somatisk akutvård		Somatisk långtidssjukvård		Psykiatrisk vård		Sluten vård (sammanlagt)		Läkarbesök öppen vård
	Vp	Intagna	Vp	Intagna	Vp	Intagna	Vp	Intagna	
Förändring i % per år	–0,2	+2,3	+6,0	+7,0	–0,5	+7,5	+1,3	+2,9	+5,5
Förändring faktiska tal 1965–1975	–900	+225000	+17000	+29000	–1800	+67000	+14300	+351000	+7,1 milj

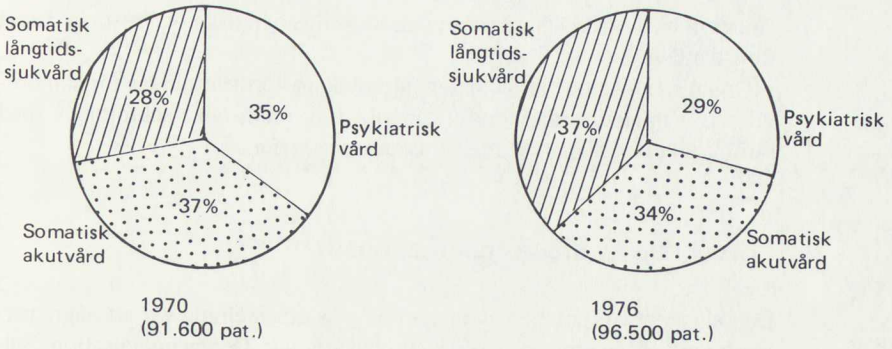
Källa: Allmän hälso- och sjukvård, LKELP, Vp = vårdplatser.

Av tabell 2.1 framgår att antalet vårdplatser inom somatisk akutvård och psykiatrisk vård minskat under perioden med 900 resp. 1 800 platser samtidigt som antalet intagna ökat. Inom somatisk långtidssjukvård har antalet vårdplatser ökat totalt med 17 000 under perioden samtidigt som antalet intagna stigit med 29 000.

Det kan konstateras att utbyggnadstakten för öppen vård varit betydligt högre än för den slutna vården. Antalet öppenvårdsbesök har ökat med 5,5 % jämfört med en ökning av slutenvårdsplatserna med 1,3 % och antalet intagna med 2,9 %. Utbyggnaden av vårdplatserna faller helt inom långtidssjukvården medan akutsjukvårdens platsantal hållits i det närmaste konstant.

År 1970 vårdades i genomsnitt per dag 91 600 patienter inom den offentliga slutna hälso- och sjukvården, varav 37 % inom somatisk akutvård (somatisk korttidsvård), 28 % inom somatisk långtidssjukvård och 35 % inom den psykiatriska vården. Fram till år 1976 hade det genomsnittliga patientantalet i sluten vård stigit till 96 500, dvs. med i genomsnitt 0,9 % per år.

Till följd av bl. a. utbyggnadens inriktning har den somatiska långtidssjukvården ökat sin relativa andel av samtliga vårdade medan motsvarande andelar för somatisk akutvård och psykiatri minskat. Förskjutningarna framgår av figur 2.1



Källa: Allmän hälso- och sjukvård, LKELP.

Figur 2.1

Det mest anmärkningsvärda i den aktuella utvecklingen av den slutna vården är att ökningstakten av antalet vårdade per dag inom långtidssjukvården avtagit från 1974. Minskning av antalet vårdade inom somatisk akutvård (somatisk korttidsvård) och psykiatrisk vård har varit större än ökningen av antalet vårdade per dag inom långtidssjukvården. Detta innebär att det totalt vårdades färre patienter per dag åren 1975 och 1976 än under år 1974. För den öppna vården kan noteras en "språngvis" tillväxt under perioden 1970–1976. Totalt har emellertid antalet läkarbesök per invånare (exkl. företagshälsovården) ökat endast från 2,4 till 2,5.

Ett annat förhållande som bör uppmärksammas är de förändringar som skett i ett längre perspektiv i fråga om patientstrukturen. För det första kan konstateras att medelåldern hos de intagna ökat kraftigt; för det andra har andelen äldre inom företrädesvis den allmänmedicinska och allmänkirurgiska vården ökat; för det tredje finns ett relativt stort antal "klinikfärdiga" patienter inom akutsjukvården. Slutligen bör nämnas den ökande andelen patienter i sluten vård som intas akut, vilket försvårar klinikernas intagningsplanering.

Administrationens utveckling

I början av 1970-talet genomfördes förändringar i sjukvårdsförfattningarna i syfte att skapa ökad frihet i organisatoriska frågor och främja den pågående integreringen mellan öppen och sluten vård.

Bland de organisatoriska lösningar som flertalet sjukvårdshuvudmän valt när det gäller den övergripande organisationen kan i princip följande tre modeller urskiljas.

1. Geografisk distriktsindelning där sjukvårdsdistrikten leds av en distriktsdirektion.
2. Indelning efter verksamhetsområden, där en gruppering skett med utgångspunkt från olika medicinska verksamheter (s. k. blockorganisation).
3. Kombinerad geografisk indelning och verksamhetsområdesindelning.

Bedömningen av alternativen sammanhänger med det enskilda landstingets

situation bl. a. vad gäller dess storlek liksom geografiska och resursmässiga förhållanden.

Organisationsmodellerna syftar till att skapa förutsättningar för samordning av vårdresurserna inom ett distrikt eller inom olika sektorblock med samma eller närliggande medicinska specialiteter.

Utveckling av arbetsorganisationen

Den äldsta organisationen av arbetet på en vårdavdelning var att några personer vårdade patienterna på en eller två vårdsalar. Denna organisation "salsystemet" övergavs för det s. k. "rondsystemet", vilket innebär att vårdarbetet är nedbrutet i specialiserade funktioner. I dag är det vanligt att arbetsorganisationen på en vårdavdelning är en kombination av sal- och rondsystemen.

Den vanligaste utvecklingen av vårdavdelningens organisation under senare tid kan sammanfattas i begreppet gruppvård. Gruppvård är ett samlingsnamn för vissa former av organisationsutveckling. Gemensamt är att avdelningens patienter och personal delas in i grupper och att vårdarbetet inom varje patientgrupp utförs av en bestämd personalgrupp.

Enligt Spri rapport 4/78 "Gruppvård – ett alternativ?" kan f. n. skönjas olika utvecklingsfaser i gruppvården. Nedan redovisas en schematisk uppställning av dessa faser.

Fas I	Personal och patienter indelas i grupper men de gamla rutinerna för arbetsledning, konferenser och rapportgivning bibehålls.
Fas II	Personalgruppen utser inom sig en ledare som övertar den dagliga arbetsledningen.
Fas III	Rapportgivning och konferenser administreras av personalgruppen.
Fas IV	Patientgruppen deltar bl. a. i att utveckla individuella vårdplaner.

Gruppvård bedrivs i en eller annan form i nära nog samtliga landsting och kommuner utanför landsting främst inom långtidssjukvården. Under det senaste året har allt fler avdelningar inom den somatiska akutsjukvården (somatisk korttidsvård) visat intresse för att utveckla vårdorganisationen på liknande sätt.

Inom enskilda landsting har pågående försöksverksamheter inom långtidssjukvården utvärderats, främst med avseende på attityder till vården och arbetet hos de i gruppvården direkt engagerade personalgrupperna. Av dessa utvärderingar framgår genom intervjuer med i första hand sjukvårdsbiträden, undersköterskor och avdelningsföreståndare bl. a. följande.

För patienterna har förändringarna framförallt inneburit

- kontakt med färre personer bl. a. genom minskning av behovet av extrapersonal under dagtid
- ökade möjligheter till information och påverkan av den egna vårdsituationen

För sjukvårdsbiträden och undersköterskor noteras i första hand följande

- ökad kontakt med och ökade kunskaper om patienterna
- en jämnare arbetsdelning och en utökning av arbetsuppgifterna för många
- ökat intresse för och krav på vidareutbildning
- större möjligheter att förmedla egna synpunkter på arbetets innehåll
- gemensamt ansvar
- minskad kunskap om de övriga gruppernas patienter – en nackdel under de tider då gruppvård inte bedrivs
- för stort individuellt ansvar. "Det är svårare att gömma sig i gruppvård."
- svårigheter att anpassa sig till lagarbete

För avdelningsföreståndaren konstateras följande förändringar av betydelse.

- mer tid att utveckla samordningsfunktionen och det praktiska vårdarbetet
- bättre information via grupperna om samtliga patienter
- osäkerhet i yrkesrollen när hon inte ingår i gruppen.

Spri genomförde år 1978 en kartläggning av då pågående försöksverksamheter. Av denna framgår följande:

Patientgruppernas storlek varierar från 10 till 20 patienter. Personalgruppen varierar från 2 till 6 personer. Till personalgruppen räknas då det antal personer som samtidigt arbetar i gruppen. Tar man också hänsyn till att en del av personalen är ledig eller periodvis arbetar utanför gruppen uppgår antalet gruppmedlemmar till mellan 5 och 10 personer.

Eftersom en del av gruppmedlemmarna arbetar deltid motsvaras antalet gruppmedlemmar ofta av ett något mindre antal heltidstjänster.

På praktiskt taget alla vårdavdelningar varierar personaltätheten under dagen och ofta även mellan olika veckodagar. Variationerna är stora och gruppvård bedrivs i dag på avdelningar med mycket skiftande bemanning. En hög personaltäthet synes inte vara ett absolut krav för att kunna organisera gruppvård, men svårigheterna att upprätthålla gruppvård efter kl. 16.00 har påtalats. Att man ofta genomför personalförstärkningar i samband med övergång till gruppvård under dagtid beror troligen på att man på detta sätt vill underlätta schemaläggningen och lösandet av andra införandeproblem.

Av denna kartläggning framgår vidare att de olika personalkategorier som ingår i grupperna återspeglar direkt avdelningens personalstat. Genomgående är sjuksköterska eller undersköterska gruppledare. I de fall man haft tillgång till tillräckligt antal sjuksköterskor har dessa i första hand valts till gruppledare. I något fall saknas gruppledare.

Ambitionen vid införandet av gruppvård är på de flesta ställen att omvandla tjänster för badpersonal, "gångassistenter", städerskor till sjukvårdsbiträdestjänster för att på så sätt tillföra gruppen mer personal och fler arbetsuppgifter. Hittills har man emellertid i stor utsträckning behållit särskild servicepersonal. En fortlöpande diskussion pågår på de flesta enheter om möjligheterna att genomföra förändringar härvidlag.

Något slag av konferenser organiseras på alla enheter med gruppvård men med olika intervall. Konferenser med hela avdelningspersonalen förekommer allt ifrån en gång per vecka till en gång per kvartal. Konferenserna är i vissa fall avsedda för vissa representanter för avdelningen.

Inom de flesta grupper har man vårdkonferens en gång per dag, i enstaka fall en gång per vecka. Vårdkonferensen innehåller främst diskussion om varje enskild patients vårdbehov. Individuella vårdplaner förekommer på vissa enheter.

Inom långtidssjukvården förekommer att patienter fördelas på olika avdelningar med hänsyn till behovet av medicinska insatser, exempelvis genom uppdelning på sjukhems-, klinik- resp. intagningsavdelning. Sammansättningen av vårdpersonalen på de olika avdelningarna blir beroende av vilka krav patienternas tillstånd ställer på medicinska kunskaper hos vårdpersonalen. Arbetsorganisationen kan antingen vara gruppvård eller en kombination av sal- och rondsystemen.

Vårdutbildningen

Tillgången på utbildad sjukvårdspersonal var genomgående mycket knapp under hela 60-talet då hälso- och sjukvården byggdes ut kraftigt. Vidgat diagnostiskt och terapeutiskt kunnande medförde också krav på förbättrade och nya utbildningar. Situationen medförde att ett flertal personalkategorier tillkom i syfte att avlasta personal med längre utbildning vissa arbetsuppgifter. Som exempel kan nämnas utbildning av biträdespersonal och administrativ personal för att avlasta sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter etc. vissa arbetsuppgifter och utbildningen av medicinskt-tekniska assistenter. Parallellt med denna utveckling tillkom nya arbetsenheter inom sjukhusen, varvid kan nämnas centraliserade laboratorieenheter, intensivvårdsavdelningar, sjukgymnastavdelningar etc. Vidare centraliserades, sannolikt av rationaliseringsskäl, vissa hotellfunktioner såsom viss städning och bäddning etc.

Följden av denna ökade specialisering har blivit att ett stort antal yrkeskategorier med skilda arbetsuppgifter arbetar med en patient inom en klinik. Specialiseringen inom sjukvården sammanhänger inte enbart med den snabba expansionen och strävanden att minska bristen på viss personal. Den medicinska och tekniska utvecklingen i sig har i väsentlig omfattning bidragit till kunskaps- och arbetsspecialiseringen.

Samtidigt med den expansion som under de senaste decennierna skett av resurserna för hälso- och sjukvård i vårt land har en betydande utbyggnad såväl kvantitativt som kvalitativt ägt rum av vårdutbildningarna. Antalet platser i de traditionella utbildningarna – såsom läkar-, tandläkar- och sjuksköterskeutbildningarna – har ökat starkt. Samtidigt har nya utbildningar tillkommit och tidigare utbildningar förändrats för att bättre svara dels mot utbildningssamhällets utveckling, dels mot vårdarbetets alltmer kvalificerade krav.

För att lösa personalbristen inom vårdområdet och samtidigt tillgodose kravet på differentiering och specialisering av vårdarbetet försökte man som tidigare nämnts, under 1950- och 1960-talet införa nya personalgrupper med i vissa fall isolerade och avgränsade utbildningsvägar. Detta är en av orsakerna till den starka splittring av personal- och utbildningsstrukturen som råder inom hälso- och sjukvården. Enbart i skolöverstyrelsens förteckning över läroplaner finns för närvarande ca 140 olika planer för vårdsektorn, fördelade på 80 generella läroplaner, 14 individuella läroplaner, 10 läroplaner

för kommunal vuxenutbildning och 33 läroplaner för arbetsmarknadsutbildning. Till dessa bör sedan läggas de läroplaner (motsvarande), som finns för vårdutbildningar inom det traditionella universitetsväsendet (läkar-, tandläkar-, farmaceut-, sjukgymnast- och logopedutbildningar m. fl.) samt vid socionomutbildning m. fl. I detta sammanhang kan också nämnas de s. k. blandade utbildningar som tillkommit för verksamheter inom vårdområdet och som innehåller inslag från olika fakulteter (motsvarande), t. ex. medicinsk-teknisk utbildning, biomedicinsk utbildning och sjukvårdsadministrativ utbildning.

Personalresurser

Den offentliga sektorns andel av antalet sysselsatta på hela arbetsmarknaden har fördubblats mellan år 1960 och år 1975, från 12 % till 25 %. De nya arbetstillfällena inom kommuner och landsting utgör en dominerande del av den totala sysselsättningsökningen. Den totala arbetsinsatsen mätt i arbetstimmar har ökat relativt litet under perioden 1960 till 1975 trots den betydande ökningen av förvärvsfrekvensen. Orsaken är den genomsnittligt förkortade arbetstiden genom bl. a. generella arbetstidsförkortningar och en ökad deltidsfrekvens. Antal arbetstimmar per invånare och år minskade från 870 år 1960 till 774 år 1975.

Antalet anställda inom hälso- och sjukvården[1] har ökat från ca 115 000 år 1960 till ca 185 000 år 1970 och till 300 000 i mars 1977. Antalet arbetstimmar per vecka uppgår till ca 8 miljoner eller 6 % av totalantalet arbetstimmar på arbetsmarknaden. Inom sjukvården med 85 % kvinnlig personal ligger i dag den genomsnittliga arbetstiden per vecka på ca 30 timmar.

Enligt Landstingskommunernas ekonomiska långtidsplaner (LKELP 76) fanns det år 1975 ca 150 000 tjänster inom den sjukhusanslutna hälso- och sjukvården och ca 13 000 tjänster inom hälso- och sjukvård utanför sjukhus (exkl. folktandvård) eller sammanlagt ca 165 000 tjänster. Antalet tjänster i öppen och sluten vård (exkl. folktandvård) år 1966 enligt Socialstyrelsens rullande prognos 1967 (RUPRO 67) uppgick till ca 110 000 tjänster. Under den aktuella 10-årsperioden har således tillkommit 55 000 tjänster.

Den relativa fördelningen av antalet tjänster för vårdpersonal år 1975 framgår av tabell 2.2.

[1] Exkl. tandvård och omsorger om psykiskt utvecklingsstörda.

Tabell 2.2

Vårdpersonal	Antal tjänster	%
Sjukvårdsbiträden	50 050	40
Sjuksköterskor	27 710	22
Skötare i psyk vård	14 160	11
Läkare	12 170	10
Undersköterskor	11 820	9
Assistenter	4 340	3
Sjukgymnaster	2 220	2
Arbetsterapeuter	1 810	1,5
Kuratorer	1 620	1
Psykologer	700	0,5
	126 600	100

Källa: LKELP 76.

Läkare

I mars 1977 fanns det i landet totalt ca 14 300 yrkesverksamma läkare (inkl. läkare med enbart läkarexamen). Dessutom fanns 850 yrkesverksamma läkare med utländsk läkarexamen men utan svensk legitimation.

Andelen helt vakanta tjänster för vidareutbildade läkare inom öppen vård utanför sjukhus var 16 à 17 % under våren 1977. Motsvarande uppgift för den slutna vården var ca. 9 %. Inom den senare förekommer stora variationer. Inom långtidssjukvården och psykiatrisk vård var drygt 16 % av tjänsterna helt vakanta medan vakansprocenten inom t. ex. vårdspecialiteten allmänkirurgi var ca 4 %.

Sjukgymnaster

Vid utgången av år 1977 fanns det totalt 6 350 legitimerade sjukgymnaster. 3 900 av dessa var yrkesverksamma i september 1977, varav 2 800 var verksamma enbart i offentlig tjänst och drygt 200 i offentlig tjänst kombinerad med enskild tjänst.

Våren 1978 var 300 sjukgymnasttjänster – omräknade till heltid – helt vakanta, vilket motsvarar drygt 14 %.

Arbetsterapeuter

Våren 1977 fanns totalt 1835 utbildade arbetsterapeuter och år 1976 var antalet tjänster 1965. Av dessa var ca. 300 helt vakanta dvs. drygt 15 %.

Kuratorer

I början av 1978 fanns ca. 2 100 landstingsanställda kuratorer.

Sjuksköterskor

Vid utgången av år 1977 fanns det drygt 68 000 sjuksköterskor (inkl. barnmorskor). Drygt 50 000 av dessa var verksamma under september 1977. År 1975 var 76,5 % yrkesverksamma. År 1977 var motsvarande siffra 77,4 %. Antalet arbetsmånader per registrerad sjuksköterska har under samma period stigit från 5,97 till 6,0.

En av Landstingsförbundet och socialstyrelsen genomför undersökning (våren 1978) angående vakanssituationen visar bl. a. att ca 1 620 tjänster (omräknade till heltid) av totalt ca 31 000 tjänster var helt vakanta (ledigförklarade utan att sökande erhållits eller tillträtt tjänsten), vilket motsvarar drygt 5 %. Dessutom var 1 050 tjänster (3 %) utan vikarie beroende på innehavarens semester, sjukledighet o. dyl. Stora variationer förekommer mellan olika medicinska verksamhetsområden och mellan olika regioner.

Bristen på sjuksköterskor har bl. a. inneburit att nya långvårdsavdelningar inte kunnat öppnas eller att dessa bemannats med personal utan föreskriven utbildning. Våren 1977 uppehölls således ca. 12 % av sjuksköterskетjänsterna inom långtidssjukvården av personal utan föreskriven utbildning.

En under våren 1978 genomförd undersökning visar att de helt vakanta

tjänsterna för sjuksköterskor inom sjukhusansluten hälso- och sjukvård har ökat från 4,2 % till 5,3 % från år 1977 till år 1978. De tillfälligt vakanta tjänsterna har under motsvarande tidsperiod ökat från 2,3 % till 3,5 %.

Undersköterskor och sjukvårdsbiträden

Även när det gäller undersköterskor råder obalans mellan tillgång på utbildad personal och antalet inrättade tjänster. Till skillnad från övriga personalkategorier är utbudet av personal med undersköterskekompetens större än antalet tjänster. Enligt en undersökning avseende förhållandena i maj 1977 var närmare 3 400 personer med undersköterskeutbildning verksamma som sjukvårdsbiträden (motsvarande).

Antalet utbildade med undersköterskekompetens har ökat från 9 800 år 1970 till ca. 31 000 år 1977. Härmed avses undersköterskor som antingen genomgått s. k. 32-veckorsutbildning eller gymnasieskolans vårdlinje gren för hälso-, sjuk- och åldringsvård.

Antalet personer anställda som sjukvårdsbiträden inom landsting och primärkommuner (dvs. exkl. Karolinska sjukhuset i Stockholm och Akademiska sjukhuset i Uppsala) uppgick 1976 till ca. 85 000, varav 40 % var heltidsanställda.

Tillgången på sjukvårdsbiträden varierar i landet beroende på utbildningsförhållandena och det allmänna sysselsättningsläget. Många anställda sjukvårdsbiträden saknar för verksamheten önskvärd utbildning.

Läkarsekreterare

I början av år 1978 hade landstingen ca. 5 000 läkarsekreterare anställda. Tillgången på utbildad personal varierar mellan olika delar av landet. Storstadsområdena befinner sig ofta i en bristsituation medan det i övriga delar av landet finns en viss överkapacitet.

Personalrörlighet

Inom hälso- och sjukvården medför frånvaro och tillfälligt ökad arbetsbelastning att vårdavdelningarna ofta tillförs personal, som är mindre van vid vårdarbete. Det betyder att vårdkvaliteten blir sämre. Hälso- och sjukvårdens krav på flexibilitet, kontinuitet och säkerhet förutsätter goda kunskaper och samträning av personalen.

Personalrörlighet är ett vidare begrepp än personalomsättning. Personalomsättningen redovisar hur många som slutat under året i förhållande till antal anställda eller befattningar. Personalrörligheten redovisar dessutom frånvaro, vikarier, extrapersonal och byte av arbetsställen.

Med begreppet personalrörlighet avses således dels personalflödet i form av vikarier och extrapersonal, dels personalomsättning i den meningen att någon slutar en stadigvarande anställning på vårdavdelningen. Personalrörligheten kan sägas motsvara det antal nya personer en patient observerar från sjuksängen.

Det är vikarier och extrapersonal som till allra största delen svarar för

den höga personalrörligheten på avdelningsnivå. Endast var tionde extra anställd och var femte vikarie stannar mer än tre dagar i följd på samma avdelning.

I Spri rapport 5/78 Personalrörlighet på vårdavdelningar konstateras att den dominerande orsaken till denna rörlighet är en bristande organisatorisk och planmässig anpassning till frånvarons utveckling.

I många fall har personalrörligheten sålunda en sådan omfattning att den utgör ett av sjukvårdens verkligt stora problem. En hög personalrörlighet utgör hinder för angelägna mål i sjukvården. Kontinuiteten för patienten och den stabila arbetsmiljön för personalen blir lidande. Alltför mycket tid måste läggas ner på handledning och inlärning.

En förutsättning för att utveckla den för hälso- och sjukvården så viktiga s. k. psykosociala miljön är att skapa en stabil personalstyrka.

Deltidstjänstgöring

Antalet deltidsarbetande i hälso- och sjukvården har ökat under de senaste åren. Utvecklingen beskrivs i tabell 2.3.

Tabell 2.3 Anställningsformernas fördelning för sjukvårdspersonal (exkl. läkare)

	1973	1976
Heltid	57 %	52%
Deltid	25 %	33 %
Timavlönade	18 %	15 %

Deltidsarbetet har nu en sådan omfattning att det utgör ett problem i dagens hälso- och sjukvård. Skälen till att andelen deltidsanställda ökat under senare år är många. Man kan i detta sammanhang peka på svårigheterna att ordna barntillsyn, krävande arbetsbelastning, och ofta återkommande kvälls- och helgtjänstgöring. Andelen deltidsanställda är dock störst bland nattpersonal. År 1978 hade i genomsnitt inte fullt 10 % av nattpersonalen heltidstjänstgöring.

Sysselsättning

Möjligheterna att tillgodose hälso- och sjukvårdssektorns behov av personal sammanhänger till stor del med faktorer som inte är påverkbara inifrån systemet, utan är kopplade till samhällsutvecklingen i stort.

För att bl. a. möjliggöra att ett större antal kvinnor skall kunna komma ut på arbetsmarknaden har den kommunala barnomsorgen byggts ut i ökad takt, men den täcker inte behovet. År 1977 hade minst 320 000 barn under 7 år föräldrar som förvärvsarbetade halvtid eller mer. Men det fanns endast 165 000 platser i kommunala daghem och familjedaghem.

I dag arbetar dubbelt så många – drygt 300 000 – inom hälso- och sjukvården som för 10 år sedan. Av dessa är ca. 85 % kvinnor.

I Sverige förvärvsarbetar 2,3 miljoner män och 1,8 miljoner kvinnor. Av kvinnor i åldern 16–65 år förvärvsarbetar 70 %. Av kvinnor med barn under 7 år arbetar 63 %. Av kvinnorna arbetar 45 % deltid, mot endast 5 % av männen. De deltidsarbetande har ökat kraftigt under senare år.

Byggnads- och utrustningsfrågor

Mellan åren 1963 till 1976 ökade landstingens byggnadsinvesteringar från ca. 325 miljoner kr./år till ca 630 miljoner kr./år i fasta priser. Omkring år 1970 inträffade en stagnation, därefter har utvecklingen kännetecknats av en sjunkande tendens.

Vad gäller de prioriterade objektens fördelning på olika vårdområden kan nämnas att långtidssjukvård och offentlig öppen vård utanför sjukhus år 1971 svarade för sammanlagt 40 % av sjukvårdsinvesteringarna. För år 1978 beräknas motsvarande uppgift vara ca. 75 %.

Utvecklingen inom den öppna vården under 70-talet har bl. a. inneburit en förskjutning mot lättillgänglig vård i patientens närmiljö. Även när det gäller utbyggnaden av långtidssjukvården finns en strävan efter närhet till patientens normala miljö, vilket innebär en tendens till en minskad storlek på anläggningarna. Vidare kan noteras en klar inriktning under 70-talet mot en allt större andel en-patientrum i de nya sjukhemmen.

Kostnader

År 1960 utgjorde kostnaderna för hälso- och sjukvården 2,5 miljarder kr. År 1976 var motsvarande uppgift 19,2 miljarder kr. Hälso- och sjukvården gör numera anspråk på ca. 8,8 % av BNP mot 2,5 % år 1960. Hälso- och sjukvårdskostnaden utslagen per invånare och inkomsttagare uppgick år 1976 till 2 340 kr. resp. 4 390 kr.

En snabb tillväxt i samhällsekonomin underlättar i hög grad sjukvårdshuvudmännens möjligheter att bygga ut sin verksamhet. Sedan början av 1970-talet har tillväxttakten i samhällsekonomin trendmässigt avtagit.

För närvarande finns inte förutsättningar att göra säkra bedömningar av utvecklingen på längre sikt vare sig när det gäller den samhällsekonomiska utvecklingen i stort eller utrymmet för den landstingskommunala verksamheten. Sannolikt kommer möjligheterna framöver till ökad såväl privat som offentlig konsumtion att vara starkt begränsade. Mot denna bakgrund kommer också kraven att skärpas på prioriteringar inom sjukvården och på effektivitet i vid mening.

3 Den medicinska verksamheten och sjukvårdens inre organisation

Inledning

I detta kapitel ges en beskrivning av vilka krav som från medicinsk synpunkt finns i dagens sjukvårdsverksamhet och på vad sätt dessa krav påverkar dagens inre organisation inom sjukvården. Försök göres också att belysa i vilken utsträckning dagens inre organisation kan tillmötesgå dessa medicinska krav. De medicinska kraven sätts i detta kapitel i centrum, medan krav från patienter, fackliga organisationer och sjukvårdshuvudmän sätts i centrum i kapitel 4.

Begreppet "den medicinska verksamheten" kan ges ett begränsat innehåll t. ex enbart läkarnas diagnostiska och behandlande åtgärder i förhållande till enskilda patienter eller enbart medicinalpersonalens motsvarande åtgärder. Begreppet används emellertid i detta kapitel mera övergripande och innefattar allt handlande inom avdelningen (kliniken/sjukhuset) som sker i avsikt att direkt bidra till uppnående av sjukvårdens mål för den enskilde patienten eller för patienterna.

Den medicinska verksamhetens krav kan ytterst inte vara något annat än de samlade kraven på den medicinska verksamheten från befolkningen i dess egenskap av nyttjare och betalare av verksamhetens tjänster. Dessa senare krav kan emellertid bli motstridiga eller konkurrerande. De beskrivs heller inte primärt i användbara handlingstermer. Varje samhällssektor måste utifrån sin professionella kunskap och överblick av krav på sektorn göra en sammanvägning av på vilket sätt, med vilka medel och i vilka arbetsformer de utifrån ställda kraven på sektorn i största möjliga utsträckning kan motsvaras.

Många olika politiska, fackliga och professionella organ deltar i sammanvägningen av de olika kraven på sjukvården och sjukvårdens möjligheter att motsvara dessa. Regering och riksdag ansvarar på riksplanet för att sjukvårdens krav kommer fram och blir rimligt tillgodosedda i förhållande till andra intressen i samhället. Socialstyrelsen medverkar därvid som centralt expertorgan och har som tillsynsmyndighet att bevaka att kraven tillgodoses i den löpande verksamheten. På landstingsplanet åvilar motsvarande ansvar landstingens sjukvårdsstyrelser, på distrikts- och sjukhusplanet direktion och distrikts- och sjukhusledningar, på klinikplanet klinikledningen och på avdelningsplanet vårdansvariga läkare (överläkare eller bitr överläkare) tillsammans med avdelningsföreståndarna.

Målet för den medicinska verksamheten kan i förenklad form sägas vara

att förebygga, bota och lindra sjukdom eller följder av sjukdom (eller befarad sjukdom). Definition av sjukdomsbegreppet kan ibland vålla vissa svårigheter. Uppfattningarna härom modifieras successivt av förändrade medicinska uppfattningar eller förskjutningar i de allmänna värderingarna i samhället. Ibland förändras de på ett mer påtagligt sätt genom sjukvårdspolitiska beslut.

I det löpande sjukvårdsarbetet bedrivs en stor mängd aktiviteter av skilda slag med gemensamt syfte att bidra till att uppfylla målet i förhållande till enskilda patienter eller till patienterna gemensamt. Ett stort antal personer med olika utbildnings- och erfarenhetsbakgrund deltar och kvaliteten på den enskildes bidrag i vårdinsatserna liksom samordningen av de olika bidragen är av avgörande betydelse för vårdresultat och för effektivitet i verksamheten.

De olika aktiviteterna och organisationen av sjukvårdsarbetet beskrivs i följande fem funktionsområden:

information
behandling
omvårdnad
utbildning
organisation – planering.

Dessa fem funktionsområden kan inte betraktas oberoende av varandra. De bedrivs inte bara med gemensamt syfte utan varje aktivitet inom ett av funktionsområdena innehåller mycket ofta inslag av ett eller flera av de andra funktionsområdena. Varje i vården deltagande individ och varje personalgrupp gör också rutinmässigt insatser inom alla eller flera av funktionsområdena.

Beskrivning efter funktionsområden

Information

Den valda strukturering innebär att diagnostik inte angivits som särskilt funktionsområde utan beskrives som en del av informationsavsnittet. Häri ingår alltså även sådan information som erhålles t. ex genom avancerade medicinska undersökningsmetoder och bearbetning av sådan information. Med informationsbegreppet avses inte bara enkelriktad muntlig eller skriftlig informationsgivning eller informationsinhämtande utan även den process som sker hos "sändare – mottagare" under dubbelriktad kommunikation.

Inom ramen för medicinalansvarskommitténs (MAK) arbete har en expertgrupp avgivit en rapport "Patienten i sjukvården – kontakt och information" (SOU 1977:66). Denna rapport innehåller en omfattande genomgång av bakgrund, nuläge och aktuella diskussioner kring informationsfrågorna i sjukvården. Det finns därför ingen anledning att här försöka göra någon total belysning. Som ett komplement till rapporten belyses informationsfrågorna här betraktade mera renodlat från vårdavdelningens (motsv) synpunkter.

Med det innehåll informationsbegreppet här givits så är kraven på information inom den medicinska verksamheten utomordentligt omfattande.

Här göres ett försök att i funktionell följd med hänsyn till den enskilda patienten belysa informationsaktiviteter sedda från vårdavdelningens/mottagningens horisont och med särskild tonvikt på de medicinska kraven.

Information om sjukvårdsapparaten

Allmänhetens kunskap om sjukvårdens organisation och arbetssätt har stor betydelse för medborgarnas möjligheter att ta de rätta kontakterna då man behöver hjälp av sjukvården. Denna kunskap och förståelse är också avgörande för de enskilda hjälpsökande individernas förväntningar och inställning, när de i egenskap av patienter kommer i direktkontakt med den enskilda sjukvårdsenheten. Otillräcklig eller missledande information måste då fyllas ut av representanter för avdelningen/kliniken. Utgångsläget kan då försvåra en positiv inledning på en individuell vårdkontakt.

Förbättringar i denna information till allmänheten kan sägas vara ett medicinskt krav i den meningen att möjligheterna att uppnå goda vårdresultat inom ramen för tillgängliga resurser därigenom underlättas. De befattningshavare inom kliniker, mottagningar och avdelningar, som dagligen har dessa kontakter med patienterna kan säkert bidra mera än nu till att klargöra vilken information som behöver föras ut till allmänheten. Det är också viktigt att de befattningshavare inom avdelningen (mottagningen), som patienterna har dessa kontakter med, inte bara känner till avdelningens eller klinikens interna förhållanden, utan även sjukvårdsorganisationen i vidare mening.

Historiskt har sjukvården inte ansetts behöva eller kunna vara kontaktsökande eller i högre grad spontant informationsgivande i förhållande till allmänheten. En relativt fast tradition har utbildats att sjukvårdens uppgift enbart är att ta sig an de medborgare, som själva söker information och hjälp. Först på senare år har märkts en tydlig förändring i inställningen i detta avseende. Inom vissa enheter (t. ex vårdcentraler och akutmottagningar) för vilka denna typ av primära kontakter med allmänheten är en stor del av arbetet, har detta redan börjat få genomslag i den inre organisationen (t. ex med särskild sjukvårdsupplysningsfunktion). En sådan vidgning av målsättningen kräver uppmärksamhet när man diskuterar förändringar i arbetsformerna.

Information om befolkningen och upptagningsområdet

Historiskt har det funnits ett allmänt känt och accepterat primärvårdsansvar genom det gamla provinsialläkarväsendet (och sedermera distriktssköterskorna). Dessa kunde antingen ge den begärda sjukvårdsservicen eller förmedla hjälp på lasarett eller andra speciella vårdinstitutioner genom remiss. Denna primärvård hade, genom den rent fysiska närheten och den begränsade storleken på "upptagningsområdet", god information om många förhållanden (t. ex. miljömässiga, sociala mm) som är viktiga för bedömning av sjukdomsorsaker, vårdbehov och vilka behandlingsformer som är genomförbara för de enskilda patienterna. Av olika anledningar (medicinsk ut-

veckling, specialisering, "provinsialläkarkris") har detta enhetliga mönster beträffande vårdansvaret blivit mera splittrat. Utvecklingen är tydligt på väg att återinföra det tidigare primärvårdsansvaret om än i annorlunda former. Vissa konventionellt sjukhusbundna verksamheter har emellertid fått och kommer att ha ett ansvar utanför sjukhusen och dess patienter. En ökad tonvikt vid betydelsen av miljöförhållanden och sociala faktorer för sjukdomar och behandlingsresultat gör också att sjukhusspecialiteternas information och kunskap samt initiativ till åtgärder ute i samhället måste öka. Dessa krav på utåtriktad kontakt kommer att ha betydelse för den inre organisationen av arbetet vid många sjukvårdsenheter.

Information om och till enskilda patienter

Den inledande kontakten sker ofta i form av ett telefonsamtal från patienten till vårdenheten (vårdcentralen, mottagningen). Även om samtalet inleds från patientens sida med en direkt begäran om att få beställa tid för konsultation måste i princip varje sådan kontakt primärt uppfattas som en begäran om hjälp i en form som ännu icke är preciserad. Det fortsatta förloppet (och ytterst vårdresultatet för patienten) är starkt beroende av hur kontakten besvaras. Förmågan att initialt skapa förtroende för sjukvårdsenhetens vilja och förmåga att ge den "rätta" hjälpen är avgörande för patientens villighet att acceptera de resultat, som man sedan kommer fram till, även om det inte skulle vara vad patienten inledningsvis begärt eller tänkt sig. Enhetens kontaktperson måste ha nödvändig medicinsk sakkunskap och erfarenhet, vara tillräckligt säker på vilka besked som skall lämnas under skilda förhållanden och ha tillgång till konsultationsmöjlighet i ovanliga eller svåra överväganden. Ofta betyder detta att kontaktpersonen måste vara en erfaren sjuksköterska och dessutom som underlag för sitt handlande ha ett åtgärdsprogram för de vanligast förekommande situationerna. Åtgärdsprogrammet är mottagningens/klinikens medicinska policy i givna situationer och måste konsekvent och solidariskt tillämpas av alla inom enheten som har denna typ av kontakter. Framtagningen av ett sådant handlingsprogram och förankringen härav såväl hos den egna personalen som hos av samarbete berörda kliniker är en central uppgift för klinikens/vårdcentralens chef.

Mycket goda erfarenheter av tillämpningen av detta synsätt på de initiala patientkontakterna har utförligt redovisats t. ex inom öppenvårdsprojektet i Lerum (SPRI rapport nr 3/77). Av intresse i sammanhanget är också att man under vissa betingelser kan göra det möjligt för personal utan någon avancerad medicinsk grundutbildning att fullgöra uppgiften som "kundmottagare" med en hög grad av medicinsk säkerhet. Inom projektet "Planering av öppen öron-, näs- och halssjukvård i Göteborg" (SPRI rapport nr 11/72) kunde man på relativt kort tid lära läkarsekreterare/kontorister att med hög grad av precision bedöma vilken typ av omhändertagandebehov som förelåg enligt ett motsvarande handlingsprogram. Förutsättningarna härför är ovanligt goda inom öronspecialiteten där akutfallens symtombild och tillhörande vårdbehov är förhållandevis lätta att beskriva i enkla termer.

En annan form av inledande information om en enskild patient är remiss från en annan sjukvårdsinstitution. Även när det finns läkarremiss för vård eller intagning vid en mottagning/klinik kan det förekomma att den ade-

kvata åtgärden inte är att ge tid för besök eller intagning. Denna kan istället under vissa betingelser vara ett auktoritativt besked från en specialklinik att den gjorda bedömningen och insatta behandlingen från t. ex. distriktsläkarens sida är helt i enlighet med specialklinikens handlingsprogram, eller att man istället för tid för läkarbesök remitterar patienten till exempelvis sjukgymnast.

Viss "administrativ" information om patienten krävs vid besök på mottagning eller inläggning. Det gäller identifikationsdata, adress och telefonnummer, uppgifter om närmast anhöriga, sjukförsäkringsuppgifter m. m. För inhämtande och registrerande av dessa uppgifter krävs ingen medicinsk utbildning. Det är emellertid ett medicinskt krav att uppgifterna registreras med tillfredsställande säkerhet med tanke på betydelsen av att återfinna journalhandlingar, att provförväxlingar inte sker m. m. Förutom allmän förtrogenhet med gällande rutiner krävs också ett medvetande om betydelsen av säkerhet i dessa registreringar för att allt skall fungera tillfredsställande.

Anledningen till att patienten behöver vård är en viktig information för sjukvården oberoende av om det är patienten själv som söker eller det finns remiss. Rätt uppfattning om vilket problem det är patienten önskar eller behöver hjälp med av vårdenheten styr uppfattningen om i vilken vårdform (t. ex. öppen – sluten vård) som patienten behöver bli undersökt, vilka åtgärder som skall planeras in till dess patienten kommer (blodprover, röntgenundersökningar m. m.) och vilka förberedelser patienten själv behöver vidta (t. ex. komma fastande, ta med morgonurin). För de vanliga och banala fallen vid en mottagning eller vårdavdelning är detta inget bekymmer. Väl etablerade rutinförfaranden finns utarbetade och kan tillämpas av anställda utan alltför omfattande medicinsk utbildning. För de ovanligare eller svårare fallen är det nödvändigt att läkare och/eller sjuksköterska tar in denna information för adekvat planering av den avsedda konsultationen eller inläggningen. Återinformationen till patienten om vad som planeras är givetvis viktig så att patienten har rätt förväntningar och vidtagit rätt förberedelser. I de flesta verksamheter finns utvecklat blankettrutiner för kallelse eller bekräftelse av bokad tid där man försöker lämna sådan information.

Information om de aktuella besvären och ev tidigare sjukdomstillstånd inhämtas som inledning på den egentliga utredningen. Dessa uppgifter utgör grunden för hela den fortsatta utredningen och behandlingen. Väl nyanserade uppgifter om sjukdomstecken, hur länge och under vilka omständigheter de framträtt och hur tillståndet förlöpt behövs och dessutom krävs information om den sociala, fysiska och psykiska miljö och bakgrund som påverkar patienten. Noggranna uppgifter om tidigare sjukdomar hos patienten och sjukdomar i patientens närmaste släkt eller omgivning (med tanke på ärftliga eller smittsamma sjukdomar) är också viktiga komplement. Reaktioner av allergisk natur måste efterfrågas och registreras.

Denna information inhämtas som regel av läkare i form av en strukturerad muntlig intervju med patienten. Den inhämtade informationen sammanställes sedan under beteckningen "anamnes" och utgör inledningen på den medicinska journalen över patienten. Det krävs en hög grad av såväl medi-

cinsk utbildning, personlig känslighet och vana vid ledning av intervjuer för att få fram och registrera adekvat information. Patienten är naturligen ofta "spänd" i denna situation och kan heller inte själv alltid veta vilken information som är viktig. Man har gjort försök på en del håll att ge patienten möjligheter att i lugn och ro i förväg fundera över de uppgifter som kommer att efterfrågas genom att sända eller lämna ut intervjuformulär av olika slag. En sådan skriftlig intervju kan inte ersätta den muntliga men kan utgöra ett värdefullt underlag för den. Inom vissa medicinska områden är erfarenheterna härav goda men något allmänt genomslag i rutinverksamhet har metoden ej fått.

Den allmänna informationen beträffande bakgrunden till patientens sjukdomstillstånd måste sedan kompletteras på olika sätt. Om bakgrunden i ett visst avseende (socialt eller relationsmässigt) förefaller svåranalyserad och viktig för den aktuella situationen kan befattningshavare med speciell utbildning (exempelvis kuratorer, psykologer) anlitas för att göra fördjupade intervjuer och bedömningar inom dessa specialområden. Detta dokumenteras då vanligen i särskilda patientkort hos vederbörande och en sammanfattning av bedömningen förs in i journalen. En viktig komplettering av informationen i den inledande läkarintervjun är de upplysningar patienten lämnar löpande under vårdperioden. När den inledande spänningen släppt och patienten för sig själv funderat på vad läkaren egentligen menade med vissa frågor så kommer ofta spontana tillägg som inte alltid framförs av patienten direkt till läkaren. De kan istället lämnas till sjuksköterskan eller som kommentarer i samband med andra samtal med sjukvårdspersonal eller medpatienter.

Här beskriven information kan behöva kompletteras och nyanseras genom uppgifter från anhöriga eller personer i patientens normala omgivning. Detta kan dels ske genom att sjukvården (t. ex. läkare, kurator) tar kontakt med vederbörande direkt i detta syfte, dels genom de underhandsupplysningar som kan komma fram vid anhörigas (motsv) besök och förfrågningar.

Patientens tillstånd allmänt, fysiskt och psykiskt är nästa viktiga information som måste insamlas och registreras vid inkomsten för att sedan tillsammans med anamnesen utgöra grundval för fortsatt utredning och behandling. Läkaren skaffar sig denna information genom observationer under den ovan beskrivna inledande intervjun och fullföljer intervjun med en allmän kroppsundersökning som i journalen dokumenteras under rubriken "status". Denna undersökning fokuseras naturligtvis till de kroppsfunktioner som har omedelbart samband med patientens angivna besvär.

Observationerna i samband med undersökningen vid intagningen kan bara gälla tillståndet just då. Såväl specifika sjukdomstillstånd som allmäntillstånd kan förändra sig relativt snabbt och det är viktigt att sådana förändringar uppmärksammas och dokumenteras. Den onormala situationen för patienten vid den inledande läkarundersökningen kan också göra att kroppsreaktioner som inte tillhör patientens normala tillstånd observeras (t. ex. puls- och blodtrycksstegring, svettning). Om iakttagelser och registrering av patientens tillstånd i sjukvårdsarbetet uppfattas enbart som en läkaruppgift så kan avvikelser jämfört med registrerad status lätt förbises.

Läkarens intresse och observationer i den fortsatta vården koncentreras naturligen på hur själva sjukdomstillståndet utvecklar sig.

Läkarens bedömning av patienten vid den inledande undersökningen måste också (framför allt i sluten vård) kompletteras med observationer och bedömningar av en sjukvårdserfaren person med omvårdnadsaspekter i fokus. Denna bedömning blir avgörande för i vilken utsträckning avdelningens sätt att ta hand om patienten anpassas till patientens psykiska och fysiska tillstånd, vanor beträffande livets vardagligheter, speciella hjälpbehov m. m. Denna bedömning kräver både medicinsk utbildning, erfarenheter av den aktuella vården och medmänsklig blick för personlighetsskillnader hos olika individer.

"Vad kommer att hända härnäst?" behöver patienten få svar på av både läkaren och avdelningsföreståndaren i direkt anslutning till de inledande samtalen och undersökningarna. Denna information till patienten är inte bara en allmän hövlighetsfråga utan också avgörande för patientens möjligheter att anpassa sig till de fortsatta åtgärderna och finna sig tillrätta i vårdmiljön. Patienten behöver också tidigt (även från medicinsk synpunkt) en ordentlig information om allmänna förhållanden och regler inom avdelningen: tider och former för måltider, tvätt och toalettfrågor, kläder, besökstider, in- och utgående telefonsamtal o. s. v. En hel del av denna information kan ges i någon form av patientbroschyr, men måste vara kombinerad med möjlighet till muntliga förklaringar vad gäller både organisatoriska och medicinska bakgrunder till anvisningarna. För denna del av patientens allmänna "introduktion" på vårdavdelningen krävs ingen avanserad medicinsk utbildning, men väl stor förtrogenhet med sammanhangen i sjukvårdsarbetet och den egna avdelningens speciella förhållanden.

För att kunna fullgöra sin del av lagarbetet måste övrig personal inom avdelningen tidigt ha information om vårdanledningen, patientens tillstånd och speciella förhållanden samt planer för fortsatta åtgärder med patienten. Detta är viktigt också därför att det från patienten kommer att dyka upp många "varför?" under den fortsatta vården till alla som deltar i vårdarbetet, och patientens förtroende för vårdlaget är beroende av upplevandet av en gemensam målinriktning med alla olika åtgärder. Denna information till övrig personal lämnas i sluten vård vanligen i samband med rapportering och instruktioner vid byte mellan olika "skift".

Störst behov av detaljerad information om vad som avses ske närmast med patienten har givetvis avdelningsföreståndaren (modifieringen i utvecklad gruppvård berörs senare). På denna vilar ansvaret att planera in och delvis verkställa de avsedda undersökningarna och behandlingarna som läkare begär. Hon skall vid behov komplettera läkarordinationerna med uppgifter om den allmänna omvårdnaden (t. ex. ev. dietföreskrifter, ev. restriktioner beträffande fysisk aktivitet, såromläggningar, smittrisker och ev. isoleringsåtgärder osv.) så att det blir ett komplett handlingsprogram beträffande vården av den enskilda patienten. Detta program utgör underlag för instruktioner till övrig personal. Detta handlingsprogram måste finnas skriftligt dokumenterat på avdelningen i de mest väsentliga punkterna så att alla i vården inblandade vid varje tidpunkt under dygnet och veckan kan kontrollera att man uppfattat intentionerna och instruktionerna rätt. Denna do-

kumentation justeras allt eftersom nya bedömningar görs men måste samtidigt göra det möjligt att i efterhand klarlägga vilka instruktioner som gällt vid varje tidpunkt tidigare under vårdtillfället.

De inledande läkarundersökningarna och bedömningarna görs som regel av läkare i underordnad ställning. En justering, komplettering eller bekräftande av uppgjort handlingsprogram från medicinsk synpunkt görs av den vårdansvarige läkaren (överläkare eller bitr. överläkare) vid någon form av "överläkarrond" inom någon eller några dagar.

Insamlande av diagnostisk information inom avdelningen. Inom avdelningen insamlas medicinsk information dels av mera allmänt slag (exempelvis temperatur, puls), dels av sådant slag som är direkt riktat för att ge speciell information om det konstaterade eller misstänkta sjukdomstillståndet (registrering av medvetandegrad, andningsfrekvens, blodtryck). All personal inom avdelningen är på ett eller annat sätt inblandad i denna insamling av information. Vissa sådana registreringar kräver ringa medicinsk utbildning men däremot praktisk vana (temperaturmätning, pulskontroll). Sådan registrering är också oftast så vanligt förekommande i rutinverksamheten att all vårdpersonal snabbt förvärvar nödvändig erfarenhet och vana. Andra registreringar är såpass ovanliga i verksamheten och/eller så komplicerade i utförandet (t. ex. EKG-registrering inom vissa specialiteter) att de kräver en ansenlig förtrogenhet med detaljer i utförandet. Andra löpande informationer innehåller ett starkt inslag av undersökarens egen bedömning (exempelvis bukkontroll under vård av "akut buk", kontroll av modermunnens öppningsgrad under förlossningsarbete) att det krävs avsevärd medicinsk specialutbildning och erfarenhet inom området. Åter andra observationer eller registreringar innehåller sådana moment av risker för patienten att de av säkerhetsskäl endast bör utföras av eller under direkt överinseende av sjuksköterska eller läkare (t. ex. blodprovstagning ur central venkateter, provokationstest vid allergier).

Det bör observeras att en och samma registreringsåtgärd kan vara en banal rutinåtgärd inom en verksamhet men samtidigt en ovanlig och krävande åtgärd inom en annan medicinsk verksamhet. Betydelsen av detta förhållande för sjukvårdens inre organisation diskuteras i samband med specialiseringsproblematiken.

Insamlande av diagnostisk information utom avdelningen. För en stor del av registrering och tolkning av viktig medicinsk information krävs medverkan från avdelningar och kliniker utanför den egna avdelningen. Detta beror på att det krävs teknisk utrustning eller omgivning resp specialkunnande som bara kan finnas inom speciella avdelningar. Sådana funktioner brukar ibland betecknas med samlingsbegreppet "medicinsk service". Inom viss del av medicinsk service sker undersökningarna direkt på patienten (röntgen, klinisk fysiologi m. m.) varvid patienten överflyttas till specialavdelningen för de aktuella undersökningarna. Ibland förflyttar istället dessa specialavdelningar apparatur och personal till patienten. Inom andra sektorer av medicinsk service översändes endast prover från patienten till specialavdelningen (klinisk kemiska laboratorier, histopatologiska laboratorier, bakteriologiska laboratorier m. m.). I dessa fall är specialavdelningens möjligheter att bidraga

med sitt kunnande helt beroende av att proverna är tagna exakt på det sätt och under de betingelser de angivet som krav, samt att specialavdelningen får nödvändiga upplysningar om patienten. Beträffande ytterligare andra specialavdelningar är informationsinsamlandet så direkt sammanhäng ande med behandlingsåtgärder av särskilt slag att hela omhändertagandet av patienten för viss period måste överlåtas på specialavdelningen (operationsavdelning, intensivvårdsavdelning, förlossningsavdelning m. m.). Vid sådana överlämningstillfällen ställs speciella krav på överförande av muntlig och skriftlig information om patienten. Det är i svensk sjukvård en utbredd ambition att den skriftliga informationen om patienten vid sådant överlämnande skall kompletteras med muntlig information direkt mellan sjuksköterska (motsv.), som haft hand om patienten på den avlämnande avdelningen till sjuksköterska som skall ha hand om patienten på den mottagande avdelningen. På grund av stora transportavstånd har man, framför allt på stora sjukhus, måst acceptera överlämnanderutiner som ej möjliggör detta.

Sammanställning och sammanvägning av information om patienten är en viktig del av informationshanteringen och utgör grunden för diagnostiken, vilken i sin tur utgör grunden för val av behandling. Denna process kan vara kort och komprimerad (exempelvis inom akut kirurgi) eller långdragen och indelad i flera steg (vanligt exempelvis inom invärtesmedicin och rehabilitering – långtidssjukvård). Gemensamt är emellertid att det är den utvecklingstendens som olika typer av information från olika tidpunkter visar på när de sammanställs som är av avgörande betydelse mera än enstaka isolerade observationer. Stora informationsmängder strömmar in från olika håll (röntgenutlåtanden, provsvar på laboratorieanalyser, nattrapporter, uppgifter från besökande anhöriga, iakttagelser under såromläggning och gångövningar m. m.). Det är lätt hänt att viktig information dränks eller aldrig kommer fram i detta stora informationsflöde. Ett ständigt urval måste ske beträffande vilka data man tar fasta på såsom särskilt betydelsefulla. De viktiga avgörandena kan i en verksamhet (exempelvis intensivvård) behöva ske flera gånger per timma i samverkan mellan specialutbildad läkare och sjuksköterskor och i andra verksamheter ske vid mindre konferenser kanske en gång per vecka (teamkonferenser inom rehabiliteringsverksamhet) under medverkan av många olika specialistkategorier. Sjukvårdsarbetets organisation måste anpassas till de speciella krav som gäller i den egna verksamheten men samtidigt måste improvisationer kunna bryta igenom nutinerna om ny eller oväntad information ger anledning härtill.

Även den rent fysiska hanteringen av informationsmassan ger organisatoriska bekymmer. Det krävs ingen egentlig medicinsk utbildning för att per telefon eller post mottaga och i journalen införa olika provsvar och informationer utifrån. Däremot krävs det ibland stor medicinsk kunskap för att veta om den nykomna informationen skall ge anledning till revidering av planerade eller påbörjade åtgärder. Någon enhetlig lösning torde inte finnas för alla de olika medicinska verksamhetsområdena vare sig beträffande organiserandet av insamling och bearbetande av information eller beträffande de formella utbildningskraven för de medagerande.

Journalen skall utgöra en slags loggbok eller protokoll över utrednings-

och behandlingsgången för patienten. Av den måste i komprimerad form framgå vilken arbetshypotes man under skilda delar av vårdperioden handlat efter, viktigare information som tillkommit, på vilka grunder man reviderat arbetshypotesen eller beslutat om viktigare diagnostiska åtgärder eller behandlingar. I bilageform måste den innehålla detaljerad information om utomstående enheters bidrag till informationen om patienten (provsvar, röntgenutlåtande, konsultsvar). Journalen måste också vara överskådlig och otvetydig för utomstående medicinska instanser, så att inga missuppfattningar uppstår vid överflyttning av patienter till annan avdelning/klinik/sjukhus eller vid konsulterande av andra specialiteter.

Patienten själv måste också kontinuerligt hållas informerad om hela förloppet i för individen anpassade och begripliga former. Detta är nödvändigt dels för att patienten har rätt att kräva det, dels därför att det är en nödvändighet för att stilla onödig oro och få behövlig medverkan från patientens sida, dels för att göra det möjligt för patienten att utnyttja sin principiella rättighet att själv ta ställning till vilka undersökningar och behandlingar han/hon vill eller inte vill vara med på. En förbättring av detta informationsutbyte tillhör de mest angelägna förändringarna inom sjukvården. Formerna måste anpassas noga till olika former av medicinsk verksamhet och måste även starkt individualiseras efter den enskilde patienten. Förutsättningen för att kunna avsevärt förbättra sjukvården på detta område är emellertid framför allt att det finns tid.

Informationsutbyte med anhöriga och massmedia. Betydelsen av information från anhöriga om patienten har tidigare betonats. Anhöriga efterfrågar också löpande information om patitenten. Denna måste lämnas med stor samlad kunskap om patientens totala situation men samtidigt med vetskap och känsla för vilka uppgifter som med tanke på sekretess och patientens integritet inte bör utlämnas. Oftast brukar gälla att anhöriga vid förfrågningar hänvisas till avdelningsföreståndaren eller annan tjänstgörande sjuksköterska inom avdelningen. Vid mer ingående diskussioner om medicinska förhållanden hänvisar sjuksköterskan ofta till direkt kontakt med den vårdande läkaren. Gränsdragningen kan naturligtvis behöva bli olika inom t. ex. olycksfallskirurgi och inom psykiatri. Viktigast är att det råder klarhet bland all vårdpersonal om vilken sorts information som lämnas av vem. Under förutsättning att information alltid lämnas på basen av säker egen kunskap och med möjlighet att ansvarsfullt bedöma vilken information patienten själv önskar få förd vidare till anhöriga så finns en betydande frihet att inom den egna organisationen komma överens om hur och av vem information lämnas till anhöriga.

Information till massmedia om enskilda patienter kan vara en mycket svår och känslig fråga. Inom nästan varje sjukhus eller sjukvårdsområde har man under 70-talet i samverkan med lokala massmediarepresentanter försökt skapa enhetliga regler härför. För det inre arbetet på en vårdavdelning torde även i detta avseende viktigaste punkten vara att klarhet råder om vem som lämnar sådan information.

Information vid utskrivning. Vid slutet av ett vårdtillfälle skall den insamlade informationen inkl. resultatet av insatt behandling summeras.

För patienten sker detta som regel i form av ett enskilt samtal med den behandlande läkaren där skälen för den antagna diagnosen beskrives, där betydelsen och avsikten med insatt behandling ytterligare kan förklaras och där det långsiktiga behandlingsprogrammet diskuteras. Frågor om medicinering, föreskrifter om diet och allmän livsföring, sjukskrivningsfrågor och former för fortsatta kontroller gås igenom. Ofta är tiden knapp vid dessa tillfällen, det är svårt för patienten att både ta emot all information och hinna formulera alla sina funderingar och oklarheter i direkta frågor. Dessutom saknar läkaren ofta full inblick i vilka problem och svårigheter patienten haft i det dagliga livet på avdelningen. Dessa frågor dyker inte upp förrän vid avskedstagandet från avdelningsföreståndare och övrig personal på vårdavdelningen.

I journalen skriver läkaren en "slutanteckning" eller 'epikris", som summerar och värderar den insamlade informationen och förloppet under vården, anger den diagnos man stannat för och skälen härför, insatt behandling och patientens tillstånd vid utskrivningen samt planer för fortsatt behandling och kontroll.

Information till primärvården eller annan inremitterande läkare är också viktig i samband med utskrivningen. Ofta sker den genom att en kopia på slutanteckningen sändes till distriktsläkaren eller motsvarande. Ofta är även distriktssköterskan inblandad direkt i fortsatta kontroller på hemorten. Informationen mellan sjukhusen och primärvården fungerar ofta otillräckligt och kräver fortsatt uppmärksamhet.

Långsiktigt vårdresultat – kvalitetskontroll. Bristerna när det gäller långsiktig uppföljning av vårdresultat inom sjukvården är föremål för mycket uppmärksamhet i den allmänna sjukvårdsdebatten. Även om detta för dagen endast i mindre grad berör sjukvårdens inre organisation kan konstateras att insamling, sammanställning och värdering av långsiktiga vårdresultat torde komma att bli en allt viktigare del av sjukvårdsinstitutionernas arbete.

Information om medicinsk utveckling. Enligt allmänna läkarinstruktionen åligger det varje läkare "att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet meddela patient de råd och, så vitt möjligt, den behandling, som patientens tillstånd fordrar". Enligt sjukvårdskungörelsen åligger det överläkare resp distriktsläkare att "ansvara för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande" inom sitt verksamhetsområde. Enligt sjukvårdskungörelsen åligger det klinikchef (distriktsöverläkare) bl. a. att svara för att "personal och utrustning utnyttjas effektivt" och att "föreslå åtgärder som behövs för att främja klinikens verksamhet och utveckling" (resp "...den verksamhet som är underställd honom").

Klinikens/avdelningens medicinska ledning har bl. a. ansvar för att de metoder och rutiner som tillämpas inom enheten kontinuerligt anpassas till den medicinska utvecklingen. Tidigare har understrukits nödvändigheten att alla medarbetare inom enheten har en grundläggande förståelse för de medicinska sammanhangen och konsekvenserna av alla olika diagnostiska, terapeutiska och omvårdnadsmässiga åtgärder för patienterna. Detta är en nödvändig förutsättning för att var och en skall kunna ge sitt bästa och bidra till största möjliga uppfyllande av målen för vården av patienterna.

Det är också en nödvändig förutsättning för att den enskilde medarbetaren skall kunna veta vilka egna iakttagelser som är angelägna att föra vidare till de i mera strikt mening medicinskt ansvariga.

Förändring av de tillämpade medicinska metoderna påverkar och förändrar ofta arbetssituationen för alla dem som deltar i vården av patienterna. För att förändringarna skall kunna innebära den avsedda förbättringen av vården måste en grundläggande förståelse ha skapats hos alla medarbetare för varför förändringen görs. Det är alltså ett medicinskt krav (förutom de fackliga, som ej skall behandlas här) att alla medarbeare inom enheten kontinuerligt har möjlighet att vara översiktligt orienterade om den medicinska utvecklingen inom det egna arbetsområdet och följa de nödvändiga ständiga övervägandena om ändringar och justeringar i tillämpade rutiner och därvid bidra med sitt kunnande och sina erfarenheter. Detta måste givetvis påverka den inre organisationen av sjukvårdsarbetet.

Motsvarande informationskrav beträffande den medicinska utvecklingens konsekvenser för medicinska rutiner inom en verksamhet gäller också i förhållande till primärvård och andra samarbetande sjukvårdsorganisationer, sjukhus- och landstingsledning. Det gäller också i förhållande till massmedia och allmänhet.

Behandling

Inledningsvis skall understrykas att inte heller funktionsområdet "behandling" kan ses fristående från övriga funktionsområden. Beslut om och utförande av behandlingar inom sjukvården förutsätter att behandlaren både har och kan ge mycket av den information som beskrivits tidigare. Ibland är gränsen mellan informationsinsamlande och behandling omöjlig att dra (exempelvis provpunktion av vätskeansamlingar, bukoperationer vid oklara buksmärtor). Sortimentet av behandlingsåtgärder inom sjukvården är synnerligen stort alltifrån de mest banala såromläggningar till omfattande åtgärder där man hela tiden balanserar mot stora risker för patienten (cellgiftbehandling vid tumörer, strålbehandling med koboltkanon, hjärtoperationer med hjärt-lungmaskin). I omvårdnadsområdet ingår rutinmässigt behandlingsåtgärder (liggsårsbehandling, rörelsebehandling, skötsel av blåskateter).

Inom ramen för denna utredning kan inte göras en fullständig belysning av de medicinska kraven vid alla olika sorters behandlingar. Som ett försök att mera principiellt analysera de medicinska kraven med hänsyn till sjukvårdens inre organisation skall följande strukturering användas;

- val av behandlingslinje
- behandlingsbeslut
- utförande av behandling.

Val av behandlingslinje

Det är vanligt i sjukvården att man vid ett och samma sjukdomstillstånd kan välja mellan principiellt olika behandlingslinjer. Man kan välja mellan att under observation avvakta sjukdomens naturliga läkning eller sätta in

behandling som aktivit påverkar förloppet (exempelvis penicillinbehandling vid halsinfektion). Man kan välja mellan att angripa utlösande faktorer i patientens omgivning eller att aktivt påverka patientens reaktion på dessa faktorer (miljösanering resp hyposensibilisering vid allergi). Man kan välja principiellt olika sätt att påverka patientens reaktion på faktorer i omgivningen eller kombinera dessa metoder (behandling med psykofarmaka eller/och psykoterapi vid psykiska insufficienstillstånd). Man kan välja en huvudsakligen medicinsk eller en huvudsakligen kirurgisk behandlingsmetod (exempelvis diet + läkemedel som hämmar magsaftsproduktionen eller avskärning av nervtrådarna till de magsaftsproducerande körtlarna vid recidiverande magsår).

De medicinska kraven på den eller de som skall välja vilken behandlingslinje man skall rekommendera patienten är följande

- kunskap om vilka behandlingslinjer som står till buds
- kunskap om de olika behandlingslinjernas speciella risker/chanser och följdverkningar
- möjlighet att värdera säkerheten i den antagna diagnosen
- kunskap om patientens tillstånd och möjlighet att värdera speciella komplikationsrisker hos patienten och patientens möjligheter/svårigheter fysiskt, psykiskt och socialt att fullfölja viss behandlingslinje.

Dessa samlade medicinska krav innebär vanligen i sjukvården att det är den behandlande läkaren som måste välja behandlingslinje. I många fall kan emellertid läkaren ensam inte motsvara alla dessa krav utan behöver aktiv medverkan både från andra medicinska specialiteter och från medarbetare inom den egna verksamheten. Under förutsättning att patienten kommit till "rätt" specialitet bör den behandlande läkaren i huvudsak själv motsvara de två första kraven, men beträffande säkerheten i diagnosen kan t. ex. kirurgen behöva ingående diskussioner med laboratorieläkare, röntgenläkare och patolog. I kirurgexemplet kan medverkan från narkosläkare och invärtesmedicinare krävas för att värdera de medicinska komplikationsriskerna för den enskilda patienten. För att bedöma patientens möjligheter eller särskilda svårigheter att fullfölja en viss behandlingslinje krävs i vissa fall tillgång till nyanserade omdömen från sjuksköterska och övrig vårdpersonal, som följt patientens beteende på nära håll under vårdperioden, och från sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator eller psykolog.

För att tillgodose de medicinska kraven i här beskrivna valsituationer måste sjukvårdens inre organisation möjliggöra enkla och snabba beslutsgångar i de okomplicerade fallen men ge tillfälle till omfattande samråd i de mer komplicerade och svåranalyserade fallen.

Behandlingsbeslut

Även sedan man valt en viss behandlingslinje uppstår en serie beslut om behandlingen. En behandlingslinje innebär ofta en kombination av olika behandlingar som skall kombineras mer eller mindre "skräddarsytt" för den individuella patienten. Självklart finns inom varje medicinsk verksamhet en viss basrutin för alla vanligt förekommande behandlingar men ibland

måste val träffas mellan parallellt förekommande rutiner eller beslut tas om skäl föreligger i det individuella fallet för att göra undantag från gällande rutin. De flesta behandlingar kräver dessutom inte bara ställningstagande till metod och medel utan även till kvalitativa och kvantitativa frågor. Väljer man exempelvis att behandla ett tillstånd med antibiotika skall dessutom ställning tas till vilket antibiotikum som skall väljas, i vilken beredningsform (injektion på visst sätt, i tablettform eller flytande via munnen), i vilken mängd det skall ges, vid villka tider på dygnet de olika mängderna skall ges och under hur lång tid behandlingen skall pågå.

De medicinska kraven på den eller de som beslutar om den enskilda behandlingen kan allmänt sägas vara kunskap om följande:

- alternativa metoder att uppnå samma resultat
- alternativa sätt att utföra en och samma behandling
- den individuella patientens tillstånd och dess påverkan på val av alternativa sätt att utföra behandlingen
- behandlingens normala effekter
- förekommande biverkningar eller risker med den överväga behandlingen eller utförandealternativen.

Ifråga om vissa behandlingar ger gällande författningar och anvisningar klara besked om vilken formell behörighet eller befattning som krävs för rätten till beslut (ordination) om viss behandling och om vilka detaljanvisningar beslutet måste innehålla. I det ovan givna exemplet med antibiotikabehandling är de formella reglerna enkla då det endast är läkare (under vissa förhållanden tandläkare) som får lov att ordinera sådan behandling till patient. I författningen (SOS FS (M) 1965:100) anges även att den ordinerande läkaren själv måste ta ställning till val av antibiotikum, beredningsform, dosering och fördelning över dygnet. Även i ett så enkelt exempel finns emellertid nyanser att ta hänsyn till med tanke på sjukvårdsarbetets organisation. Avdelningsföreståndaren, eller annan sjuksköterska, som har hand om avdelningens läkemedelsförråd kan behöva informera läkaren om olika tillgänglighet hos antibiotika som kan övervägas. Valet av beredningsform kan vara starkt beroende av hur pass lätt patienten har att svälja tabletter eller hur pass sönderstuckna patientens blodkärl är efter tidigare injektioner. Fördelningen av läkemedelsgivningen över dygnet måste, såvida inte särskilda medicinska skäl föreligger, vara anpassad till avdelningens aktuella arbetsordning. Även när den formella beslutskompetensen är helt klar måste sjukvårdsarbetets organisation ge möjlighet för bidrag och påverkan på besluten för många.

Även i fråga om behandlingar, där beslutsrätten är författningsreglerad, måste praktiska anpassningar ske av de individuella besluten. Så kan t. ex. "rambeslut" tas av vårdansvarig läkare med möjlighet för sjuksköterska, annan bland vårdpersonalen eller för patienten själv att bestämma om verkställande inom givna ramar. Vanligt är exempelvis att vissa typer av smärtstillande mediciner eller sömnmediciner är "behovsordinerade". Som regel gäller detta emellertid så vanligt förekommande och med vederbörande genomdiskuterade tillstånd och såpass lågpotenta läkemedel att de tidigare angivna medicinska kraven kan anses uppfyllda.

Långtifrån alla behandlingsbeslut är författningsreglerade, utan det ges en betydande handlingsfrihet för sjukvården. Vissa sådana ställningstaganden ingår som ett naturligt led i det löpande vårdarbetet. Principiellt torde dock kunna sägas att de tidigare uppställda kraven för behandlingsbeslut måste vara uppfyllda i varje enskild situation. Beroende på de vitt skilda förhållandena inom olika medicinska verksamheter kan ett och samma behandlingsbeslut ställa helt skilda krav på den beslutandes formella befattning eller behörighet. Ingen torde ifrågasätta det berättigade i att en narkos- eller intensivvårdssköterska ofta själv beslutar inleda intravenös vätskebehandling på en patient utan att invänta ordination från narkosläkare eller kirurg. Samma behandlingsbeslut kan te sig helt otänkbart för en överskötare (eller sjuksköterska) inom allmän psykiatri.

Utförande av behandling

Det är inte självklart att de medicinska kraven är desamma på den som skall/kan utföra en behandling som på den som enligt ovan beslutar om behandlingen. Tidigare har påpekats det stora sortiment av behandlingar som ingår i det löpande sjukvårdsarbetet. Här finns skäl att dessutom påpeka att en och samma behandlings genomförande kan ställa vitt skilda krav på den som skall utföra den. Övervakning av vakenhetsgrad hos en patient kan i viss situation vara en normal arbetsuppgift för ett sjukvårdsbiträde. I en annan situation kan samma arbetsuppgift vara så svår och kräva observation av sådana nyanser att det krävs meverkan från specialutbildad läkare. Vändning av patient kan i en situation synas inte innehålla egentligen några medicinska krav medan den i ett annat fall (exempelvis hos en nyopererad scolios-patient) kan ställa stora medicinska krav. Venprovstagning kan vara en väl inträngd rutin för ett laboratoriebiträde eller ställa krav på specialutbildad läkare (t. ex. hos spädbarn). En intravenös narkos och/eller införande av narkostub i luftstrupen kan i en viss situation på ett betryggande sätt utföras av en tränad sjuksköterskeelev eller medicine kandidat medan samma åtgärd i en annan situation kan kräva det yttersta av vad en erfaren överläkare förmår.

Exemplen på bredden i kompetenskrav ifråga om arbetsuppgifter som betecknas med ett och samma ord kan naturligtvis mångfaldigas i det oändliga. De principiella medicinska kraven som skall vara uppfyllda hos den som utför en behandling är kunskap om

- alternativa utföranden av behandlingen (för att vid behov kunna avgöra eller efterfråga vilket alternativ som skall väljas)
- utförandet i detalj
- behandlingens normala effekter eller följder
- behandlingens biverkningar eller risker
- handlande vid onormala förlopp.

Som alltid vid delegation av arbetsuppgifter inom sjukvården åligger det den som ger uppdraget att säkerställa att både de individuella förhållandena hos den som skall utföra uppdraget och de individuella förhållandena hos patienten innebär att ovanstående krav är tillgodosedda. I vissa situationer

ger författningsreglerade legitimationer och behörigheter uppdragsgivaren stöd i sin bedömning om vilket kunnande som kan förutsättas hos medarbetaren. I det praktiska vardagsarbetet är den personliga kännedomen om medarbetarens erfarenhet, kunnande och individuella personlighet dock betydligt viktigare för att helt kunna utnyttja de delegationsmöjligheter som författningarna medger.

Omvårdnad

Omvårdnadsbegreppet

Vanligen torde man inom sjukvården uppleva begreppet omvårdnad synonymt ungefär med "praktisk patientvård" eller "allmänt omhändertagande och skötsel av patienter". Söker man efter en mera klargörande definition brukar hänvisas till den definition Virginia Henderson gav 1961 för "Nursing" eller "Nursing care":

"att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befordrar hälsa eller tillfrisknande (eller fridfull död); åtgärder som individen själv skulle kunna utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift skall utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende".

Denna definition har även tagits som utgångspunkt för analyser av omvårdnadsarbetet inom WHO (Världshälsoorganisationen).

Även beträffande funktionsområdet omvårdnad måste konstateras att detta inte kan ses fristående och välavgränsat från övriga beskrivna funktionsområden. Ledning och genomförande av omvårdnadsarbete kräver mycket av den information som beskrivits tidigare. Det är också genom omvårdnadsarbetet som en del av den nödvändiga informationen insamlas. I omvårdnaden ingår många aktiviteter som, sedda som enstaka åtgärder, kan beskrivas som behandlingar eller är omedelbar förberedelse för behandling.

Även om omvårdnadsbegreppet enligt definitionen ovan kan synas gälla enbart vården av den enskilda individen så inbegripes i omvårdnadsbegreppet oftast de delar av sjukvårdens underhållssystem som är direkt kopplade till och påverkande patientens närmiljö under vården. I den följande genomgången väljes därför följande strukturering:

- miljöcentrerad omvårdnad
- individcentrerad omvårdnad.

Miljöcentrerad omvårdnad

Den miljöcentrerade omvårdnaden inbegriper sådana funktioner som allmän hygien och städning, desinfektion och rengöring, sterilisering, hantering av riskavfall, distribution och hantering av läkemedel och sjukvårdsmaterial, distribution av mat m. m.

Att miljön inom sjukvården är betydelsefull och kräver stor uppmärksamhet är allmänt omvittnat. Det är inte bara en trivselfråga för patienterna när de, på ena eller andra sättet handikappade, söker hjälp i en för dem främmande miljö. Det kan även sägas vara ett i allmän mening medicinskt krav att miljön och aktiviteterna runtomkring patienten i så liten grad som

möjligt skapar främlingskap och passiverar patienterna. Alla aktiviteter i sjukvården avser att på olika sätt hjälpa patienten att fungera självständigt i sin normala omgivning. Det är då angeläget att man under pågående vård så mycket som möjligt kan studera i vilken utsträckning insatta behandlingsåtgärder leder till detta resultat. Självklart måste man försöka undvika att vårdmiljön i sig skapar nya handikapp och svårigheter för patienten.

Förhållandena i patientens närmaste omgivning under vård måste naturligtvis också formas efter sjukvårdens krav. Det är naturligt att möjligheten att klara hygien och smittförebyggande åtgärder är helt annorlunda på en vårdavdelning än i ett hem. Nyopererade patienter behöver en annan närmiljö. Kommer patienten till sjukhuset för att få en njurdialys så måste patientens omgivning på vårdavdelningen få präglas av de tekniska krav som behandlingen medför. Dessa medicinska och tekniska krav måste utformas under medverkan från såväl medicinsk expertis (t. ex. sjukhushygieniker, bakteriologer och läkare från resp. vårdande specialitet) som från sakkunniga inom omvårdnadsarbetet.

Ju kortvarigare vårdtillfällen det rör sig om och ju mer påtagligt det är att patienten vårdas på sjukhus just för att genomföra en viss behandlingsåtgärd, dess lättare har patienten för att acceptera att vårdmiljön är speciellt anpassad till den vård som skall bedrivas. Riskerna är under sådana förhållanden också betydligt mindre att vårdmiljön påverkar patienten negativt (passiverande, hospitaliserande). Ju längre vårdperioder det rör sig om och ju mindre "dramatiskt" behovet av specifika behandlingsåtgärder är, desto angelägnare är det att den patientnära vårdmiljön avviker så lite som möjligt från den miljö vården avser att hjälpa patienten att återanpassa sig till. Det senare är särskilt aktuellt inom somatisk och psykiatrisk långtidssjukvård.

Individcentrerad omvårdnad

Den individcentrerade omvårdnaden upplevs sannolikt av de flesta i sjukvården som det centrala i omvårdnadsarbetet. Den innehåller ett brett register av stödjande och behandlande åtgärder som individen "själv skulle kunna utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap" och syftar till att hjälpa individen "att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende". Som tidigare antytts ingår i omvårdnadsbegreppet åtskilliga behandlingsåtgärder, som man kanske aldrig kan räkna med att patienten skulle kunna utföra själv, men som hela vården syftar till att för patientens räkning eliminera behovet av. Genomförandet av åtgärderna måste hela tiden göras på ett sådant sätt och i sådan kontakt med patienten att denne kan bevara sin integritet och samtidigt stimuleras och uppmuntras att själv medverka och bli oberoende.

Ett försök att göra en komplett uppräkning av moment som ingår i den individcentrerade omvårdnaden skulle, även om den gjordes mycket lång, sannolikt bli ofullständig och framför allt lätt få en alltför teknisk karaktär. Några exempel kan kanske ändå vara av värde som belysning:

- munvård för medvetslös resp käkskadad patient
- övre och nedre toalett, helavtvättning av sängliggande patient

- speciellt omhändertagande av nyförlösta mödrar
- rådgivning till nyförlösta mödrar vid utskrivning
- magsköljning på nyfödda
- provtagning för urinodling hos barn
- behandling med dagsljuslampa av nyfödda
- isoleringsteknik beträffande infekterad patient
- syrgasbehandling
- sugning i övre eller nedre luftvägar
- kateterisering av urinblåsa, katetersköts el
- blåssköljning
- trycksårsbehandling, trycksårsprofylax
- preoperativ tvättning och rakning
- anläggning och skötsel av intravenös infusion
- förberedelse och assistans vid inläggning av central venkateter

Beträffande de direkta kunskapskraven i utförandet av omvårdnadsarbetets alla olika moment är variationen stor. Skalan sträcker sig alltifrån ganska enkla och riskfria åtgärder, som från teknisk synpunkt endast kräver en manuell vana förvärvad i praktisk verksamhet, till åtgärder (t. ex. inom intensivvård), som kräver avsevärd teknisk träning, kunskap om de medicinska sammanhangen och bereskap att möta komplikationer. I princip torde kunna sägas att de medicinska kraven på utbildning och erfarenhet är desamma för de olika momenten i omvårdnadsarbete som för behandlingar enligt beskrivningen i föregående avsnitt.

Den största kunskapen och erfarenheten inom omvårdnadsarbetet finns samlad hos den personal (sjuksköterskor, undersköterskor och sjukvårdsbiträden), som har sin utbildning inriktad härpå och som har sin dagliga gärning i omvårdnasarbetet. Förutsättningen för dessa gruppers möjlighet att med bästa verkan bidra med sitt kunnande är, som tidigare påpekats, att de får möjlighet att sätta in sina insatser i ett helhetssammanhang i vården av den enskilda patienten. Svensk sjukvård har internationellt ett mycket gott anseende inom det diagnostiska och terapeutiska fältet. Man har inom dessa områden lämnat och fortsätter att lämna viktiga bidrag till den medicinska utvecklingen. Standarden i den svenska rutinsjukvården är i detta avseende påfallande hög och jämn. Omvårdnadsarbetet inom den svenska sjukvården och forskningen och vidareutvecklingen har inte samma status vid internationell jämförelse. Jämfört med de diagnostiska och terpeutiska områdena vet vi inom omvårdnadsområdet förhållandevis lite om vad som är bra och mindre bra tillvägagångssätt. Uppmuntrande tendenser till utveckling och forskning inom området finns dock under senare år (se t. ex. Elisabeth Hamrin: "Omvårdnadsforskning i Sverige – en ung vetenskap i tiden", Nordisk Medicin 93/1978).

Utbildning

Inom de flesta vårdavdelningar/vårdcentraler inom sjukvården pågår en omfattande utbildningsverksamhet parallellt med och inflätat i det löpande sjukvårdsarbetet. Ett stort antal personer av olika kategorier, som inte tillhör enhetens ordinarie personal, skall på olika sätt ha handledning och förvärva

praktisk erfarenhet av olika delar av det löpande arbetet. Detta påverkar givetvis också hur det löpande vårdarbetet kan och bör organiseras. Antalet samtidigt närvarande av dessa olika kategorier kan variera från tid till annan och uppläggningen av deras praktiktider styrs och påverkas från många olika håll. Denna kliniska praktik skall passas in i den totala kursuppläggningen för många olika utbildningsvägar och denna planering måste ta hänsyn till många andra intressen än avdelningens.

Dessutom pågår på de flesta avdelningar en mer eller mindre programmerad intern fortbildning av avdelningens egen personal med hjälp huvudsakligen av avdelningens eller klinikens egna medarbetare. Särskilt på vissa enheter (t. ex. olika typer av intensivvårdsavdelningar) ges i dessa former en mycket avancerad utbildning. Sådana utbildningsaktiviteter är utomordentligt betydelsefulla som grund för informationsutbytet och förståelsen såväl beträffande vården av enskilda patienter som beträffande diskussioner om metodändringar.

Den interna utbildningen inom avdelningens ram är också mycket betydelsefull för skapande av "laganda" och gemensam målsättning.

I den fortsatta beskrivningen inom utbildningsavsnittet diskuteras enbart utbildning och handledning av sådana individer som tillfälligt finns på avdelningen för någon form av klinisk praktik utan att tillhöra avdelningens egen personal.

Utbildningens omfattning

Inom vårdutbildningarna finns en rad utbildningslinjer, som innehåller klinisk praktik av olika omfattning och med olika innehåll. Eftersom olika vårdutbildningars teoretiska delar framför allt är koncentrerade till länssjukhusorter kommer den kliniska praktiken naturligtvis att framför allt förläggas till vårdavdelningar och vårdcentraler på eller i anslutning till länssjukhus. De specialiteter som finns representerade på länsdelssjukhus och vissa specialsjukhus utnyttjas också i hög grad för den kliniska praktiken, varför beskrivningen har aktualitet för i stort sett all sjukvård.

Det dominerande praktikplatsbehovet finns inom följande utbildningslinjer och har ungefär nedanstående krav på klinisk praktik:

Grundutbildning för sjuksköterskor (5-terminers): ca 70 veckor under grundutbildning inom långtidssjukvård, medicin, kirurgi, barnsjukvård och förlossningsvård, psykiatri och distriktsvård.

Vidareutbildning för sjuksköterskor: 1–2 terminer, varierande efter utbildningslinje.

Röntgenassistentutbildning: 10 veckor inom medicin och kirurgi, samt 14 veckor akutsjukvård (förutom 27 veckor röntgendiagnostik).

Radioterapiassistenutbildning: 10 veckor inom medicin och kirurgi (förutom 27 veckor radioterapi).

Laboratorieassistentutbildning: 8 veckor inom medicin och kirurgi (förutom 40 veckor inom laboratorium).

Operationsassistentutbildning: 10 veckor medicin eller somatisk långtidssjukvård, 7 veckor akutsjukvård (förutom 40 veckor operationssjukvård).

Oftalmologassistentutbildning: 12 veckor allmän hälso- och sjukvård och 30 veckor ögonsjukvård.

Ortoptistutbildning: 20 veckor oftalmologisk klinik med ortoptistavdelning.

Hörselvårdsassistentutbildning: 5 veckor vårdavdelning och ca 40 veckor audiologisk avdelning eller hörcentral.

Vårdbiträdesutbildning: 10 veckor inom långtidssjukvård, kirurgi, öppenvård.

Undersköterskeutbildning: 10 veckor inom långtidssjukvård, kirurgi och öppen vård.

Skötare i psykiatrisk vård: (3-termins grundutbildning): 12 veckor inom akutsjukvård (kirurgi-medicin) + 14 veckor psykiatri, 2-årig vårdlinje: 30–40 veckor inom akutsjukvård (kirurgi-medicin), psykiatri och långtidssjukvård.

Grundutbildning i sjukvård för ambulansförare: 4 veckor inom akutsjukvård (anestesi-intensivvård, kirurgi, medicin).

Sjukvårdsutbildning för värnpliktiga sjukvårdare, befälsutbildning samt sjukvårdstjänstgöring för vapenfria värnpliktiga: varierande omfattning.

PRYO-ungdom: lokala variationer men i kraftigt ökande.

Ungdom under s. k. "kortare kurser" inom arbetsmarknadsutbildning och i beredskapsarbete.

Det är inte ovanligt att man på en vårdavdelning inom kirurgi, invärtesmedicin, barnsjukvård, somatisk långtidssjukvård eller psykiatri har sammanlagt 10 individer av dessa olika "elevkategorier" varav flertalet är samtidigt närvarande under vardag dagtid (förutom PRYO och ungdom i beredskapsarbete). Det bör observeras att dessa praktikelever dels är många, dels har korta praktikperioder på varje avdelning, vilket medför ständigt nya ansikten och ständiga krav på introduktion i någon form förutom handledning under praktiktiden.

Ansvar för utbildning – handledning

Frågan om vem som praktiskt och konkret har ansvaret för omhändertagande, utbildning och handledning av alla dessa olika kategorier elever ute på vårdavdelningarna/motsvarande upplevs något oklart. Inom många gymnasiala utbildningslinjer förekommer praktiska utbildningsavsnitt förlagda till vanliga arbetsplatser utanför skolorna. För linjerna utanför vårdutbildningen är det helt klart att det är de ordinarie befattningshavarna i den verksamhet där de praktiska utbildningsavsnitten är förlagda, som har handledningsansvar. På grund av den belastade arbetssituationen ute i sjukvården har det visat sig nödvändigt att för vårdutbildningen inrätta

lärartjänster (upp till 1 tjänst per 15 elever) i hälso- och sjukvård med handledningsuppgifter i klinisk praktik för att hjälpa den ordinarie vårdpersonalen med utbildning och handledning av praktikanterna inom de gymnasiala vårdutbildningarna. En sådan lärare har elevgrupper samtidigt på flera olika vårdavdelningar eller kliniker och kan inte räcka till för att ta hand om den kontinuerliga handledningen på varje avdelning. Deras uppgift är att ute på fältet samordna handledningen, vara pedagogiskt stöd för vårdpersonlaen och leda särskild demonstrationsundervisning vad gäller vissa enskilda omvårdnadsmoment. Som så ofta, när en ny speciell befattningsgrupp tillskapas, finns det risk att det av omgivningen uppfattas som om den helt och hållet skall ombesörja aktiviteterna inom sitt område.

Om utbildning och handledning för alla dessa elevkategorier skall fungera så är det uppenbart att det måste ingå i den ordinarie arbetsledningen på avdelningen att även leda och samordna detta "funktionsområde" inom avdelningen.

Sjukvårdsverksamhetens krav i samband med klinisk praktik

Alla kategorier av den ordinarie sjukvårdspersonalen är mer eller mindre inblandade som handledare för några eller flera av de beskrivna kategorierna praktikanter inom olika delar av det löpande vårdarbetet. Huvudverksamheten, vården av patienterna, ställer delvis motstridiga krav som tvingar personalen till en ofta delikat avvägning.

Sjukvården kräver att patienterna i de olika omvårdnadsmomenten skall bli kompetent och professionellt omskötta, men samtidigt måste de ovana eleverna få "lära sig genom att göra", eftersom de måste behärska sina arbetsuppgifter när de är färdiga med sin vårdutbildning.

Sjukvården kräver att patienterna skall kunna känna sig trygga i omvårdnadens olika känsliga och betydelsefulla moment och slippa uppleva känslan av att vara försökskanin. Samtidigt kräver sjukvården att den kliniska praktiken skall innehålla verklig övning under realistiska förhållanden för att ge önskat resultat.

Sjukvården ställer krav på att den ordnarie personalen skall hinna med stora kvantiteter arbetsuppgifter. Med täta byten av elever blir den situationen allt vanligare att det går betydligt fortare för den ordinarie befattningshavaren att utföra uppgiften själv och den studerande får titta på. Detta är ett dilemma i dagens sjukvård.

Organisation – planering

Med begreppen organisation-planering menas i detta sammanhang inte de övergripande aktiviteter som speciella administrativa avdelningar inom landstingskansliet eller motsvarande sysslar med. Den aktivitet som här skall belysas är den marknära konkreta samordnande ledning av hela aktiviteten inom de olika beskrivna funktionsområdena, som också måste bedrivas inom vårdavdelningen/motsvarande. För att få en form av grepp på detta mångfacetterade funktionsområde används följande strukturering:

- Individuell vårdplanering för patienter

- Planering av avdelningens inre dagliga arbetsuppgifter
- Samverkan med andra medicinska enheter
- Långsiktig planering.

Individuell vårdplanering för patienterna

Inom informationsavsnittet har beskrivits de handlingsprogram som måste finnas för varje enskild patient och som kontinuerligt måste justeras enligt nytillkomna informationer och beslut. Arbetsuppgiften kräver en kombination av avancerat medicinskt kunnande och förståelse för de medicinska problemställningarna. Olika provtagningar och undersökningar står i ett visst logiskt samband från utredningssynpunkt, men måste också samordnas i förhållande till varandra och till behandlingar så att de inte stör varandra (exempelvis jodhaltiga hostmediciner vid ämnesomsättningsundersökningar, kvarliggande kontrast efter tarmröntgen). Uppgörande av handlingsprogrammet förutsätter också stor kunskap om omvårdnadens hela register och om den totala arbetssituationen inom avdelningen. Det är idag en naturlig uppgift för avdelningsföreståndaren eller dennes ersättare.

I tidigt skede i den individuella vårdplaneringen måste även ingå utskrivningsplanering för att man i god tid skall kunna förbereda patienten, anhöriga, eventuellt nödvändiga insatser från distriktssköterska eller kommunal socialvård.

Beskrivningen hänför sig huvudsakligen till den slutna vårdens förhållanden. I huvudsak samma planering måste göras även i öppen vård, även om det där handlar om ett mindre antal aktiviteter komprimerade under ett kort besök och sådana fortsatta undersökningar som blir följd av besöket.

Planeringshjälpmedel i form av strukturerade blankettsystem finns utvecklade och dokumenterade för såväl öppen som sluten vård.

Planering av avdelningens inre dagliga arbetsuppgifter

Avdelningspersonalen har varje dag en stor mängd av arbetsuppgifter som skall utföras inom vårdavdelningen. Vissa av dessa är av ständigt återkommande och rutinmässig karaktär och kräver inte särskild detaljplanering för den enskilda dagen. Många arbetsuppgifter är emellertid helt beroende av den dagsaktuella beläggningen och påverkas av snabba variationer i patienternas vårdbehov. Även de tillgängliga personalresurserna varierar, ibland med en ringa möjlighet till förutseende (t. ex. sjukdom, vård av sjukt barn, fackliga uppgifter m. m.). Denna planeringsuppgift är en självklar del av arbetsledningen.

En utveckling i riktning mot gruppvård är märkbar inom den slutna vården. Uppmuntrande resultat finns redovisade från försök på olika håll i landet, framför allt inom områdena långtidssjukvård och psykiatri: Under den verksamhetsintensivaste delen av dagen delas då vårdavdelningar av konventionell storlek upp i mindre enheter såväl vad gäller patienter som personal. Arbetsledningen och planeringen av dagens arbetsuppgifter flyttar då i stor utsträckning ut i dessa mindre personalgrupper och kan utövas i gruppgemenskapen i den mindre arbetsgruppen. I långt driven gruppvård

kan även stora delar av den individuella vårdplaneringen för patienterna enligt ovan utföras i den mindre personalgruppen. En färsk lägesrapport beträffande gruppvårdsförsök i Sverige finns bl. a. i SPRI rapport 4/78 "Gruppvård – ett alternativ?"

Samverkan med andra medicinska enheter

Såväl vårdavdelningar inom de vanligaste specialiteterna som vårdcentraler i primärvården har en stor mängd kontakter med andra medicinska enheter (givetvis även med förråd, kök m. m.). Röntgenundersökningar och konsultationer i andra specialiteter skall beställas, patienter skall iväg till operationsavdelningen eller hämtas från intensivvårdsavdelningen, nya patienter behöver hjälp från sjukgymnastik och arbetsterapi, tekniska hjälpmedel skall utprovas osv.

Å ena sidan behövs det i denna samplanering med andra enheter en kunskap om de enskilda patienternas förhållanden, medicinska sammanhang och avdelningens arbetssituation, å andra sidan innehåller dessa planeringskontakter en myckenhet av rent praktiskt arbete som inte behöver belasta och blockera avdelningsföreståndaren. På många håll har man prövat införande av en avdelningssekreterarfunktion på hel- eller deltid. Under förutsättning att vederbörande är väl insatt i de löpande rutinerna och har sin placering i nära kontakt med avdelningsföreståndaren så kan detta vara en mycket god avlastning.

I en utvecklad gruppvårdsorganisation kan, särskilt i verksamheter med mindre intensiva kontakter utåt, en del av dessa planeringsaktiviteter och kontakter ombesörjas av gruppen ute i det enskilda gruppområdet.

Långsiktig planering

Mitt i all den intensiva vardagliga verksamheten riskerar långsiktiga planeringsuppgifter att bli dränkta eller ständigt undanskjutna. Några exempel på sådana långsiktiga planeringsuppgifter som ändå måste ges tillfredsställande tid och arbetsformer är:

- förråds- och utrustningskomplettering, underhåll inom avdelningen
- personalplanering
- väntelisteplanering
- metoddiskussioner, målsättningsfrågor.

Ansvaret för både kort- och långsiktig planering av förråds- och utrustningskomplettering och underhåll kan säkert med fördel delegeras på annan inom avdelningen än avdelningsföreståndaren eller sjuksköterska. Det är relativt vanligt att en av undersköterskorna inom avdelningen har detta särskilda ansvar.

Personalplaneringsaktiviteterna innehåller en rad olika och viktiga delar. Det gäller planering av ledigheter, utbildning, planering av den viktiga introduktionen av både ny personal och nya elever. Utvecklingssamtal med medarbetare och övriga individuella personalkontakter kräver också särskild uppmärksamhet. Enskilda delar av dessa aktiviteter kan givetvis läggas ut

på annan än arbetsledaren (exempelvis utbildningsplanering och introduktion). Andra delar av personalplaneringen är däremot naturliga och nödvändiga element i arbetsledarfunktionen, men måste bedrivas under öppen kontakt och medverkan från alla medarbetare.

Väntelisteplaneringen är en medicinskt sett viktig del av avdelningens sätt att motsvara de medicinska kraven och samtidigt ett viktigt styrinstrument när det gäller arbetssituationen på avdelningen. En aktiv väntelistehantering i nära samarbete mellan vårdansvarig läkare och avdelningsföreståndare (och avdelningens övriga personal) kan betyda mycket både när det gäller avdelningens medicinska effektivitet i förhållande till yttre krav och när det gäller en anpassning av de kvalitativa kraven på insatser i vårdarbetet från de olika samtidigt inneliggande patienterna. Att diskussioner kring utveckling av metoder och delmål i den medicinska verksamheten är mycket betydelsefulla för motivationen i arbetet torde vara uppenbart. Det samordnade ansvaret för att dessa diskussioner blir av och att sedan resultaten omsätts i verkligheten vilar huvudsakligen på avdelningsföreståndaren. Diskussionerna måste dock, för att få den beskrivna effekten och för att vara baserade på de vardagliga realiteterna i avdelningens arbete, föras gemensamt i personalgruppen. Mycket aktiv medverkan krävs från vårdansvarig läkare, klinikföreståndare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m. fl.

Några andra beskrivningsmodeller

I det föregående har lämnats en beskrivning av den medicinska verksamheten i dagens hälso- och sjukvård med utgångspunkt från det konkreta utförandet av arbetsuppgifterna och de medicinska krav dessa ställer på sjukvårdens inre organisation.

Denna beskrivningsmodell ger en belysning som grund för diskussioner och analys av önskvärda och möjliga förändringar av den inre organisationen i sjukvården. Det har emellertid bedömts värdefullt att *antyda* några andra sätt att från andra utgångspunkter belysa samma verksamhet.

Beskrivning med utgångspunkt från huvudmål

Istället för en strukturering efter verksamhetens olika funktionsområden kan man välja att ta den principiella avsikten med de olika aktiviteterna till utgångspunkt för beskrivningen.

Indelningen blir då följande:

- ☐ förebyggande
- ☐ sjukdomsbehandlande
- ☐ rehabiliterande

Den *förebyggande (preventiva)* verksamheten kan ytterligare delas upp i

- miljöinriktad primär prevention, som syftar till att identifiera och minska sjukdoms(skade-)framkallande påverkan på befolkningen
- individinriktad primär prevention, som syftar till förebyggande effekt

genom åtgärder direkt på den enskilda individen t. ex. vaccinationer
- sekundär prevention, som syftar till att upptäcka och åtgärda redan uppkommen påverkan (sjukdom) innan den givit sådana symtom, som av individen uppfattas som skäl för att söka sjukvård (respektive att på motsvarande sätt kontrollera resultatet av insatt behandling/sjukvård).

Den *sjukdomsbehandlande verksamheten* syftar till att identifiera orsaken till uppkomna symtom/ohälsa (diagnostik) hos individen och att vidta åtgärder för att begränsa – upphäva den negativa effekten på individen (behandling).

Den *rehabiliterande verksamheten* syftar till att begränsa individens handikapp av en uppkommen och behandlad sjukdom/skada och kan delas in i

- individinriktad handikappbegränsande rehabilitering genom att hjälpa individen att på ett optimalt sätt förbättra och utnyttja den behållna funktionen (t. ex. gångträning vid bestående muskelförlamningar, afasiträning efter hjärnblödning, protesträning efter amputation)
- omgivningsinriktad handikappbegränsande rehabilitering genom att anpassa individens omgivning så, att en given funktionsinskränkning hos individen utgör ett mindre hinder för ett självständigt normalt liv.

Schematiskt indelas den medicinska verksamheten i figur 3.1.

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Frisk</td><td colspan="3">Insjuknande/sjuk</td><td colspan="2" rowspan="2">Handikappad</td></tr>
<tr><td>subj. frisk</td><td colspan="2">sjuk</td></tr>
<tr><td>Allm. förebyggande åtg. t.ex. omgivningshygien</td><td>Individinriktade förebyggande åtg. t.ex. vaccination</td><td>Hälsokontroller</td><td>Diagnostik som grund för behandling</td><td>Behandl. för att eliminera eller begränsa sjukdom/handikapp</td><td>Individinriktad handikappsbegr. t.ex. muskelträn. afasiträning protesträning</td><td>Anpassn. av omgivn. till individens handikapp</td></tr>
<tr><td>1. Miljöinriktad primär prevention</td><td>2. Individinriktad primär prevention</td><td>3. Sekundär prevention</td><td colspan="2">4. Diagnostik/behandl.</td><td>5. Individinriktad rehab.</td><td>6. Omgivn. inriktad rehab.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Förebyggande hälsovård</td><td colspan="2">Sjukdomsbehandling</td><td colspan="3">Rehabilitering</td></tr>
</table>

Figur 3.1

Den schematiska beskrivningen får inte uppfattas så, att man kan ange skarpa gränser mellan de olika verksamheterna. Område 3 är t. ex. ett gränsområde där verksamheterna inom områdena 2 och 4 möts. Område 4 och 5 innehåller många aktiviteter, som inte kan avskiljas från varandra. Forskning och utvecklingsverksamhet inom varje område är beroende av kunskap från de andra områdena.

Den här antydda modellen för beskrivning kan emellertid i viss mån underlätta överväganden beträffande olika inre organisationskrav i den medicinska verksamheten.

Primärvården torde idag upplevas ha sina huvuduppgifter inom områdena

3 och 4. Insatserna begränsas emellertid av kapacitetskäl. När primärvårdens kapacitet ökar kommer kraven på organisatoriska lösningar som underlätta samspelet mellan specialklinikernas/sjukhusens insatser inom dessa områden och primärvårdens att öka. Samtidigt är avsikten uppenbar att primärvården skall ha ett huvudansvar (på det lokala planet) för den förebyggande verksamheten även inom områdena 1 och 2 och att de totala insatserna inom förebyggande verksamhet skall öka. Detta leder till krav på organisatoriska lösningar som ökar samverkansmöjligheterna framför allt över huvudmannagränsen mellan landsting och primärkommuner. Det förefaller också klart att en omfattande fortsatt utbyggnad av såväl individinriktad som omgivningsinriktad rehabiliterande verksamhet i både öppen och sluten vård kommer att ske inom primärvårdens ram (Se "Primärvården – innehåll och utveckling", SPRI S101 1978). Detta medför krav på organisatoriska lösningar där primärvården kan ta ansvar för dessa områden med konsultstöd från specialiserade (och i viss utsträckning centraliserade) funktioner, t. ex. långvårds- och rehabiliteringskliniker, hjälpmedelscentraler, ortopedkliniker, psykiatriska kliniker m. m. Även här kräver de organisatoriska lösningarna uppmärksamhet med avseende på samarbete över huvudmannagränserna dels landsting – primärkommun, dels landsting – statlig verksamhet (t. ex. försäkringskassor).

Verksamhet inom områdena 5 och 6 dominerar långvårdsmedicinen. Från organisatorisk synpunkt måste på långvårdsklinikerna förutom de ovan påpekade sambanden med primärvården, särskilt uppmärksammas samarbetsfrågor mellan en rad medicinska specialiteter, medicinsk-tekniska servicefunktioner och mellan olika personalgrupper. Långvårdsklinikerna måste kunna integrera diagnostik/behandling och rehabilitering, de är beroende av intim samverkan med kliniska specialiteter såsom ortopedisk kirurgi, neurokirurgi och urologi, samt med medicinska servicefunktioner som klinisk fysiologi, neurofysiologi och ortopedtekniska verkstäder. De skall i sig själva finna integrationsformerna mellan diagnostik/behandling, sjukgymnastik och arbetsterapi och omvårdnadsarbete, som skär tvärs igenom hela verksamheten.

Från organisatorisk synpunkt måste också uppmärksammas att rehabiliterande verksamhet av både individinriktat och omgivningsinriktat slag förekommer i alla de andra sjukhusbundna medicinska specialiteterna.

Beskrivning med utgångspunkt från utvecklingsfas

På motsvarande sätt kan det vara befogat att välja en tredje utgångspunkt för beskrivningen av den medicinska verksamheten, nämligen vilken utvecklingsfas de olika delverksamheterna just nu befinner sig i.

Det särskilda skälet för att även använda en sådan utgångspunkt är att det inom verksamheter, som befinner sig i en kraftig utveckling, kan finnas särskilt starka behov av översyn och modifiering av arbetets inre organisation.

Med den här valda utgångspunkten kan man konstatera att den specialiserade akutsjukvården på länsdels- och länssjukhus har genomgått en mycket kraftig utveckling under de senaste decennierna och i huvudsak

synes ha funnit sina arbetsformer. Med hänsyn till utvecklingsfasen finns inte skäl att speciellt uppmärksamma dessa verksamheters inre organisation. Möjligen finns skäl att nämna två undantag. Det ena är kommande utveckling av yrkesmedicinens utveckling i förbindelse med företagshälsovårdande och arbetsmiljökontrollerande verksamheter utanför sjukhusen. Det andra är den utveckling som påbörjats beträffande utvidgad samverkan inom sjukvårdsregionerna, som kan komma att få betydelse för den inre organisationen inom de etablerade sjukhusspecialiteterna. Här avses dels regional samverkan i utveckling av vårdprogram, dels utökning av bitvis redan fungerande konsultverksamhet av regionspecialister utan överflyttning av patienter till regionskliniker.

Inom båda de nämnda områdena pågår emellertid utredningar på riksplanet, och det är för tidigt att nu diskutera konsekvenserna för dessa verksamheters organisation.

Det är emellertid tydligt att primärvården är i en mycket kraftig utveckling såväl beträffande den öppna vården som långtidssjukvården vid lokala sjukhem.

Långtidssjukvården vid lokala sjukhem kommer även vid granskning med utgångspunkt från utvecklingsfasen att kräva stor uppmärksamhet. En mycket kraftig expansion är inledd i alla sjukvårdsområden inom landet och en febril byggnadsverksamhet pågår. Genom byggnadernas utformning påverkas såväl vårdmiljön för ett stort antal patienter och arbetsmiljön för ett stort antal anställda inom sjukvården. Omvårdnadsarbetet har en helt annan dominans inom denna verksamhet än inom de flesta andra medicinska verksamhetsområden. Från många håll omvittnas att långtidsvården särskilt inom sjukhemsverksamheten i allt för hög grad ärvt "akutvårdsmodellen" för arbetets inre organisation. Detta utgör ett starkt skäl att med särskild uppmärksamhet överväga behovet av förändrad inre organisation inom långtidssjukvården.

Beskrivning med utgångspunkt från organisatoriska utvecklingstendenser

I det följande belyses *översiktligt* dagens medicinska verksamhet även utifrån några för sjukvården viktiga övergripande organisatoriska problemställningar. Därvid inbegripes den förskjutning av förändringsmetoderna i samhället och i sjukvården som allmänt skett i riktning mot vad som brukar kallas organisationsutveckling (OU). Förskjutningen innebär en övergång från tidigare tonvikt vid i tiden välavgränsad och expertstyrd utredningsfas, lösningsförslag och genomförandefas till en betoning av den kontinuerligt pågående processen med de av förändringen berörda individerna själva som huvudagerande och påverkande varandra.

I denna belysning skall göras ett försök att inom varje granskad problemställning vinkla granskningen något från tre utgångspunkter:

- "organisationsteoretisk"
- professionell (yrkesmässig)
- facklig

När förändringsmetoderna inom det arbetsorganisatoriska området genom-

gått den ovan angivna förskjutningen mot (OU), så anpassas de organisationsteoretiska aspekterna automatiskt i högre grad till den berörda verksamhetens faktiska förhållanden. De organisationsteoretiska synpunkterna kommer därigenom ofta att närma sig de krav, som verksamhetens utövare har i sin egenskap av "experter" och företrädare för en viss yrkesverksamhet ("professionella" krav).

De fackliga bedömningarna exkluderar inte vare sig de organisationsteoretiska aspekterna eller de professionella kraven. Tvärtom brukar de fackliga organisationerna traditionellt eftersträva att i sina bedömningar ta hänsyn till och integrera båda dessa aspekter med de mer renodlat fackliga kraven för "sina" personalgrupper.

De organisationsteoretiska, professionella och fackliga kraven kommer därigenom ofta att ligga nära varandra utan att de fördenskull blir identiska. Inom en och samma medicinska verksamhet kan naturligen de olika typerna av krav konkurrera med varandra. Sådan konkurrens kan uppstå både mellan kraven från skilda fackliga organisationer och mellan/inom olika grupper inom en och samma fackliga organisation. Ett exempel på det senare är kontinuitetsproblemen i samband med gruppvård, där individernas krav på sammanhållning av den enskilda arbetsgruppen konkurrerar med det övergripande önskemålet om kontinuitet i vården, när olika vårdlag avlöser varandra.

Specialisering – "rondsystem"

Specialisering är ett i och för sig naturligt sätt att möta en ökande kunskapsmassa. När kunskapsmassan börjar överstiga den faktiskt möjliga kunskapsnivån hos flertalet av utövarna inom ett verksamhetsområde måste man välja ettdera av två alternativ. Antingen accepterar man en lägre kunskapsnivå än den teoretiskt möjliga i utövandet av verksamheten, eller också delar man in verksamhetsområdet genom specialisering i "smalare" delar. Inom sjukvården, liksom inom alla vetenskapsgrenar och yrkesverksamheter, ökar kunskapsmassan kontinuerligt.

I ett skede (sent 50- och tidigt 60-tal) av starka krav och möjlighet till kraftig expansion av sjukvården fanns inte tillgång till tillräckligt många sjukvårdsutbildade personer. Man ansåg sig inte kunna (eller behöva?) låta expansionen ske i takt med ökad kapacitet för sjukvårdsutbildning. Man måste ta hjälp av ökande grupper av icke sjukvårdsutbildad personal, och den sjukvårdsutbildade personalen måste reserveras för arbetsuppgifter som i särskilt hög grad krävde deras kunnande. Det enklaste sättet att klara detta problem var att specialisera arbetsuppgifterna i det dagliga vårdavdelningsarbetet, så att personal utan sjukvårdsutbildning efter snabb och kort instruktion direkt i arbetet skulle kunna klara var och en sin del. Detta är bakgrunden till "rondsystemet" i den slutna sjukvården. En förstärkande effekt hade sannolikt den samtidigt starka påverkan på sjukvården från det industriella området, där specialisering och renodling av arbetsuppgifter ansågs vara en framgångsrik utveckling. Som en del i samma utvecklingsmönster slutade sjukvården att uppmuntra och kräva av patienterna att själva sköta och aktivt deltaga i den basala vården av sig själva. Istället

började sjukvården mera begära av patienterna ett passivt underordnande.

Nackdelarna med en specialisering är framför allt

- minskad flexibilitet i utnyttjandemöjligheterna
- minskad helhetssyn hos utövarna
- känsla av instängdhet i en begränsad arbetsuppgift.

Specialisering i medicinska verksamhetsområden (specialiteter) i svensk sjukvård har säkerligen kommit för att stanna. Inga tecken tyder på att man (medborgarna, patienterna eller sjukvårdens olika företrädare) vill ge upp kraven på lättillgängligt medicinskt kunnande av hög internationell klass inom de olika medicinska specialiteterna. Men man måste överväga vilka organisatoriska åtgärder som krävs för att förebygga eller minska nackdelarna av en långt driven specialisering i rutinverksamheten.

Minskad flexibilitet i möjligheterna att utnyttja den högspecialiserade sjukvårdsapparaten är en realitet i svensk sjukvård. Närbesläktade specialiteter har en tendens att sätta upp vattentäta skott sig emellan. En hög belastning under viss period på en specialitet kan inte sugas upp av ett samtidigt kapacitetsöverskott i en närbesläktad specialitet. Detta beror dels på känslan av att "det är inte mitt bord", dels på grund av en uppfattning bland medarbeare av alla slag inom specialiteten att man inte längre behärskar de kvalitativa kraven på vård inom den andra specialitetens område.

Minskad helhetssyn hos utövarna av de medicinska verksamhetsområdena vid långt driven specialisering är också ett existerande problem i svensk sjukvård. "Kikarseendet" medför en risk att detaljer i det egna blickfältet uppförstoras i betydelse och att vidare orsakssammanhang förbises och blir obearbetade.

Känslan av instängdhet i en begränsad arbetsuppgift hos utövarna själva vid specialisering i medicinska verksamhetsområden är inget stort problem för de långtidsutbildade grupperna i sjukvården. Den ökade möjligheten att följa med i utvecklingen, ha kontakt med den internationella forskningsfronten och att kunna förfina sina undersöknings- och behandlingsmetoder upplevs vanligen snarast som en förmån. Problemet har dock visat sig t. ex. inom vissa av de assistentutbildningar, som introducerades under 60-talet.

De organisatoriska åtgärdena måste sikta på att ta tillvara fördelarna i specialisering i medicinska verksamhetsområden och samtidigt minska nackdelarna. Sådana möjligheter ligger i accepterandet av att vården av alla vanliga och "enkla" sjukdomsfall inte kräver det maximala specialitetskunnandet, och att det hos specialitetsutövarna (både läkare och övrig vårdpersonal) kan finnas bevarat ett baskunnande som är av utomordentligt stort värde för patienter med vårdbehov i gränsområdena mellan de olika specialiteterna. En återuppbyggnad av primärvårdsfunktionen baserad på allmänläkare, men med nära tillgång till specialkunnande inom olika medicinska verksamhetsområden har givit uppmuntrande erfarenheter på de platser där en sådan satsning med tillräckliga resurser redan nu kunnat omsättas i verklighet. Svensk Internmedicinsk Förenings förslag om "grenspecialiteter" med bevarande av ett basalt gemensamt allmänmedicinskt vårdansvar är ett annat sätt att förena tillgänglighet av specialistkunnande och före-

byggande av specialiseringens potentiella nackdelar. Påbörjad utveckling i riktning mot "onkologiska centra" på regionsjukhusnivån illustrerar ytterligare ett försök att tillgodose de kombinerade kraven på tillgång till maximalt specialkunnande inom skilda medicinska specialiteter och kraven på samlat grepp och helhetssyn i förhållande till patienten.

Skillnader i uppfattningar från olika långtidsutbildade grupper sjukvårdspersonal har framkommit. Inom sitt eget yrkesområde har yrkesutövare själva svårt att släppa kravet på "maximal kvalitet", och inom sjukvården har denna inställning ovanligt starkt stöd av nyttjarna av verksamhetens tjänster.

Specialisering av arbetsuppgifter inom vårdavdelningar/motsvarande har skett i två steg: dels specialisering genom överflyttning av arbetsuppgifter från vårdavdelningen till centraliserade funktioner, dels specialisering inom vårdavdelningens personal beträffande de gemensamma kvarvarande arbetsuppgifterna.

Långtgående centralisering innebär en avsevärd minskning av möjligheterna att flexibelt utnyttja avdelningspersonalens kapacitet efter varierande behov. Det direkt patientvårdande arbetet varierar starkt med de enskilda patienternas växlande behov. Om vårdavdelningspersonalen "bara" har kvar (och är dimensionerad efter) dessa arbetsuppgifter, så minskas möjligheterna att inom den egna gruppen absorbera belastningsvariationerna. Motsvarande effekt blir också följden av specialisering inom kvarvarande uppgifter. Om man inte är van vid och behärskar varandras arbetsuppgifter, så finns en mindre förmåga och beredvillighet att hjälpa varandra vid varierande arbetsbelastning.

Minskad möjlighet till helhetssyn på patientens totala behov av vård och hjälp liksom känslan av instängdhet i en begränsad arbetsuppgift utan möjlighet att vidareutveckla sig i ett bredare register följer med. Sammanhanget och betydelsen av de egna insatserna i förhållande till andras i det totala omhändertagandet av patienten är svårt att känna.

Organisatoriska utvecklingsmöjligheter finns idag redan genom att tillgången på basalt sjukvårdsutbildad personal stadigt ökar. De förutsättningar som enligt tidigare beskrivning drev fram specialisering inom vårdavdelningarna föreligger inte längre i samma grad. Nackdelarna med specialisering och renodling av arbetsuppgifterna har alltmer uppmärksammats i samhället. Både bland patienter och sjukvårdspersonal har alltmer betonats värdet av helhetssyn i vårdarbetet jämfört med värdet av teknisk förfining i fullgörandet av enskilda arbetsuppgifter. En successiv omprövning har också inletts beträffande lämplig grad av centralisering av arbetsuppgifter i sjukvårdsapparaten. Återförande av en del av arbetsuppgifterna (och därmed även personalresurserna) till vårdavdelningarnas egen personal i kombination med en minskad specialisering av arbetsuppgifterna inom vårdavdelningen är idag möjlig. En utveckling från "rondsystemet" i riktning mot gruppvårdsmodellen är på gång inom många delar av sjukvården.

Andra försök att organisatoriskt underlätta balans mellan tillgänglig personalkapacitet inom vårdavdelningen och variationer i patienternas individuella vårdbehov har gjorts. Exempel på allmänt accepterade sådana lös-

ningar är särskilda intagningsavdelningar för temporärt omhändertagande av akuta inläggningsfall under kvällar och nätter. Inrättande av "personalpooler" för ersättning vid frånvaro, för personalförstärkning och "extravak" prövas på de flesta sjukhus. Stora, för hela sjukhus gemensamma, sådana personalpooler leder ofta till otillfredsställande arbetsförhållande för de pooltjänstgörande och till arbetsledningss- och kontinuitetsproblem på vårdavdelningarna. På många håll i landet prövas möjligheterna att dela upp de stora poolerna i mindre delar och organisatoriskt knyta dem till var sin del av sjukhusorganisationen. Samtidigt prövar man om man genom tidigare beskrivet återförande av arbetsuppgifter till vårdavdelningen kan bygga in en del av personalpoolernas buffertfunktion direkt i vårdavdelningarnas fasta personalstat.

Även om de praktiska lösningarna inte är färdigutvecklade synes de organisationsteoretiska, professionella och fackliga intressena här vara ganska samstämmiga.

Patientens självbestämmande och medverkan

Såväl allmänhet, patienter, politiker och sjukvårdspersonal av alla slag ställer sig bakom principen om patientens rätt att själv bestämma om vård och behandling av sig själv (de speciella betingelser, då samhället förbehållit sig rätten till vårdtvång, lämnas här utanför diskussionen). Principen som sådan är inte någon nyhet i svensk sjukvård, även om den fått ökad aktualitet i den allmänna debatten och även i andra utredningar inom sjukvården (t. ex. HSU,[1] MAK[2] och Vård -77[3]).

Att omsätta principen till verklighet är emellertid inte lika enkelt och problemfritt. För att patienten skall kunna få ett verkligt självbestämmande över vården och behandlingen av sig själv måste han/hon få möjlighet att ta ställning på basen av ett rimligt beslutsunderlag. Detta kräver att flera förutsättningar är uppfyllda i högre grad än idag:

Ökad kunskap hos patienten om basala biologiska förhållanden, sjukdomar och deras behandlingsmöjligheter samt om sjukvårdsorganisatoriska förhållanden.

Utvecklingen av den allmänna utbildningen och samhällsdebatten ger värdefullt stöd, men det kommer att ställas ökade krav på utbildnings- och upplysningsengagemang från sjukvårdens sida.

Sjukvården måste erbjuda *alternativa behandlingsmöjligheter* i högre grad än vad som i dag är vanligt. Tillspetsat kan sägas att dagens svenska sjukvård ofta erbjuder patienten *ett* behandlingsalternativ och patientens självbestämmande består huvudsakligen i möjligheten att acceptera erbjudandet eller avböja det. Det rekommenderade tillvägagångssättet har ofta föregåtts av mycket noggrant övervägande av för- och nackdelar mellan olika möjliga alternativ men patienten har ringa möjlighet att skapa sig en egen uppfattning om konsekvenserna av den föreslagna behandlingen och att jämföra detta med konsekvenserna av andra tänkbara tillvägagångssätt.

[1] Hälso- och sjukvårdsutredningen.

[2] Medicinalansvarskommittén.

[3] Utredningen om vissa vårdutbildningar i högskolan.

Det krävs framför allt tid för de individuella kontakterna mellan patienten och sjukvårdens företrädare. Denna tid måste tas från annan verksamhet inom sjukvården.

Kravet på ökade tidsinsatser i de individuella patientkontakterna behöver dock inte vara enbart konkurrerande med andra krav på sjukvårdsinsatser. En längre och fördjupad kontakt med patienten vid första besöket på en mottagning kan ofta medföra att antalet nödvändiga återbesök minskar. På motsvarande sätt kan en patients slutenvårdsbehov reduceras eller i vissa fall helt elimineras. Å andra sidan måste man då avstå från att uppfylla vissa målsättningar i kvantitativa termer, som ej har ett entydigt kvalitetsinnehåll (t. ex. antal besök, antal vårddagar).

En utveckling i denna riktning synes vara helt i överensstämmelse med professionella och fackliga värderingar och väl förenliga med dagens organisationsteoretiska synpunkter på sjukvårdens bedrivande. Svårigheten ligger närmast i att hitta andra utformningar av övergripande sjukvårdspolitiska målsättningar än de angivna kvantitetsmåtten. Självklart rymmer frågan i sin förlängning även problem från professionell synpunkt: i vilken utsträckning skall sjukvårdens yrkesutövare medverka i behandlingar, som från medicinsk synpunkt är mindre tillrådliga eller onödigt riskfyllda.

Medmänsklighet i vården – patient/personalrelationer

Såväl bland sjukvårdspersonal som hos allmänhet finns en gemensam uppfattning att sjukvården blivit mindre personlig, mindre medmänsklig och alltför professionellt teknisk. Man är också överens om det önskvärda i att hitta arbetsformer och organisatoriska lösningar som medger en mera personlig medmänsklig naturlig relation.

Tidigare har beskrivits ett flertal faktorer, som bidragit till denna utveckling. Ytterligare några förhållande av betydelse skall nämnas.

Patientrollen: redan att patienten blivit patient innebär en onormal situation för honom/henne. Oron för att det kan vara en allvarlig sjukdom och hur det skall gå skapar en ökad känslighet för tonläge, ordval, gester och uppträdande i kontakterna. Smärta och olika typer av handikapp medför hjälpbehov och beroendeförhållande. Ovana vid miljö och gällande rutiner i sjukvården skapar en underlägsenhetskänsla i förhållande till sjukvårdens olika befattningshavare.

Det räcker inte med att betrakta patienten som en "vanlig människa". Patienten är inte samma människa och reagerar inte på samma sätt som samma individ gör i friskt och oberoende tillstånd. "Patienten" är dessutom alla sorters människor med de stora individuella variationer som finns.

Personalens yrkesroller: sjukvårdspersonalen är inte heller enbart en samling vanliga människor. Den består av ett antal individer som oftast hemvant rör sig i sin normala yrkesmiljö och utför det arbete man är utbildad för och rutinerad på. Massor av saker, som är ovanliga och svårbegripliga för andra människor, är för sjukvårdspersonalen fullständigt naturliga och självklara.

Man har ett tungt och svårt arbete att utföra. Mycket skall hinnas med,

och man har lärt sig ett sätt på vilket det går lättast och effektivast att utföra arbetet. Nya oplanerade arbetsuppgifter hotar ständigt att dyka upp i sjukvårdspersonalens dagliga arbete, och man måste göra undan de pågående arbetsuppgifterna för att vara beredd på det oförberedda. Släpper man till sig själv som medmänniska, så är behoven obegränsade och det "riktiga" blir försummat. "Vanlig människa" kan man bara vara i särskilda därför avsedda lokaler dit patienter inte har tillträde.

Sjukvårdsmässig och facklig tradition: sjukvården har försökt att bemästra de ovan beskrivna problemen genom att successivt utveckla ett mönster för "hur det går till" i sjukvården. Man har skapat ordning och reda och kontroll över situationen genom att inte bara sköta sådana saker som patienten måste ha hjälp med, utan också genom att ta hand om även sådana angelägenheter, som patienterna är vana att klara själva och skulle kunna göra även på sjukhuset, men som de då skulle utföra var och en på sitt sätt.

Detta mönster innebär naturligtvis en speciell form av trygghet för både patienter och personal, men medför samtidigt en passivering av patienten, en stelhet i rutinerna och en mindre möjlighet för personlig och medmänsklig kontakt i vården.

I ett hårt och ansträngande sjukvårdsarbete blir naturligen en av uppgifterna för fackliga organisationer att hjälpa sina medlemmar att skydda sig mot överbelastning. I och med att det professionella arbetsmönstret fått relativt väldefinierade former har dessa också utgjort utgångspunkt för vad man har rätt att kräva av de anställda i jobbet. När man inte utför sådana arbetsuppgifter, när man tar en välbehövlig paus för att andas ut eller dricka kaffe, de korta stunder man överhuvud taget har för att slappa av och vara sig själv, då upplever man det nödvändigt att få göra detta utan direktkontakt med patienter.

Utvecklingsmöjligheter: När man diskuterar önskvärda och möjliga förändringar av rollupplevande och arbetstradition inom sjukvården så måste några viktiga utgångspunkter understrykas.

Sjukvårdsarbetet kan inte organiseras enbart utifrån vad som är önskvärt från patientsynpunkt. Man kan inte förutsätta att de anställda skall ställa sig till förfogande för en ideell verksamhet med uppgivande av berättigade egna krav på acceptabla arbetsförhållanden. De återkommande och ofta långa intensiva arbetspassen i sjukvårdsarbetet förutsätter möjligheter till kortare pauser, som verkligen medger återhämtning. Huruvida sådan återhämtning kan ske i positiv medmänsklig direktkontakt med patienter är beroende av flera förhållanden.

Spännvidden mellan olika arbetssituationer och mellan olika patientgrupper är stor inom sjukvården. Inom vissa delar är variationen i arbetet stor och den personliga kontakten med vitala patienter berikande och stimulerande i sig själva. Inom andra delar blir arbetsuppgifterna på grund av verksamhetens karaktär mera tungt monotona och de personliga kontakterna med patienterna mera krävande än givande för personalen. Under sådana förhållanden är det få individer förunnat att kunna uppleva samvaron (t. ex. med senildementa patienter) som ett tillfälle till återhämtning från ansträngande arbetspass. Önskemålen om att låta patienterna själva delta så mycket

som möjligt i vården av sig själva för att undvika passiverande "övervård" måste naturligtvis också balanseras mot personalens berättigade krav på en rimlig arbetssituation. Även i detta avseendet är spännvidden stor mellan möjligheterna till förändringar inom olika vårdområden.

Aspekterna på medmänsklighet i vården berör inte bara relationer mellan vårdpersonal och patienter. Det handlar också om relationer mellan patienter, mellan patienter och anhöriga, mellan personal och anhöriga samt sjukvårdspersonalen inbördes. Svårigheter i ett av dessa relationsled projiceras över på de andra relationerna och ökar kraven och påfrestningarna där. Möjligheterna att upprätta och vidmakthålla goda medmänskliga relationer är dessutom beroende av andra förhållanden såsom pålagda hygieniska rutiner, vårdlokalernas fysiska utformning m. m.

Utbildningsförhållanden påverkar också möjligheterna att utveckla medmänsklighet i sjukvården. Osäkerhet hos personalen beträffande den egna "sjukvårdstekniska" kompetensen kan leda till att man ikläder sig en mera uttalad yrkesroll som ett slags skydd. I den för varje vårdområde specialinriktade utbildningen utgör också utbildning om den egna patientgruppens speciella förhållanden och reaktioner (t. ex. barn resp. åldriga patienter) en viktig grund för ett uppträdande i vårdarbetet som av patienterna upplevs som medmänskligt. En ökad utbildningsinsats och stöd i den löpande sjukvårdsverksamheten för personalen när det gäller bearbetning av mellanmänskliga relationsfrågor är också angeläget som komplement till (men ej på bekostnad av) den medicinska och "sjukvårdstekniska" utbildningen.

En utveckling av organisationen av sjukvårdens inre arbete i riktning mot större medmänsklighet förutsätter en viss uppmjukning av det ovan beskrivna sjukvårdsmässigt – professionellt och fackligt förankrade mönstret. En sådan beredvillighet synes emellertid föreligga under förutsättning att hänsyn tages till de ovan angivna förhållandena. En sådan förändring måste emellertid få ta tid och kan inte genomföras i forcerad takt genom direktiv uppifrån. Handlingsutrymmet och medlen att åstadkomma den önskade förändringen diskuteras i följande kapitel.

Samverkansformer i sjukvårdsarbetet

I försöken att vidareutveckla samverkans- och arbetsformerna inom sjukvården är det många olika krav som skall tas hänsyn till och balanseras mot varandra.

Gruppvård betecknar en arbetsform, som under senare år successivt tilldragit sig alltmer intresse och upplevs rymma stora förbättringsmöjligheter. Det kan beskrivas som ett försök att kombinera det bästa såväl av tidigare använt "salssystem" som "rondsystem". En grundläggande förutsättning är därvid den påtalade förbättrade sjukvårdsutbildningen hos olika grupper av sjukvårdspersonal.

Gruppvård kan i sin detaljerade utformning tillämpas mycket olika inom olika medicinska verksamheter och på olika platser. Gemensam grundläggande idé är att vårdavdelningens (eller mottagningens i t. ex. viss öppen psykiatrisk vård) patienter och personal delas in i grupper och att vårdarbetet

inom varje patientgrupp utförs av en och samma bestämda personalgrupp. Denna grupp utför själv så stor del som möjligt av de arbetsuppgifter som krävs i vården för och omkring gruppens patienter och ansvarar själv för den direkta arbetsledningen härav. För mer detaljerad beskrivning av gruppvård och erfarenheter härav hänvisas till exempelvis Karen Mölgaard-Sörensen: "Gruppvård" eller SPRI rapport 4/78: "Gruppvård – ett alternativ?" och för mer populärt och lokalt anknyten belysning exempelvis Y-landstingets personaltidning Y-nytt nr 1/78: "Jobba i grupp".

Gruppvårdsidén rymmer möjligheter att vinna många önskvärda fördelar. För patienten innebär den att antalet individer i direktkontakt med patienten i vården minskar med ömsesidigt ökade möjligheter att lära känna varandra. Patientens vetskap om att de, som närmast sköter om en, känner ens speciella problem och behov ger ökad trygghet, och personalen får ökad möjlighet till helhetssyn i omvårdnaden och att ställa hela sitt kunnande till patientens förfogande. Samarbetet i den lilla gruppen ökar också möjligheterna att bygga upp en laganda och inom laget aktivt kunna påverka sin egen arbetssituation. För alla tidigare nämnda elevgrupper möjliggör denna arbetsform en bättre individualisering och kontinuitet i handledningen. För avdelningens medicinska ledning och arbetsledning innebär den bättre möjligheter att få en samlad information om patienternas situation utan långa rapporteringskedjor och en avlastning beträffande detaljinformation och instruktion.

Gruppvårdsmodellen inrymmer naturligtvis också vissa problem och svårigheter.

Samarbetssvårigheter mellan enskilda individer kan förstärkas i den lilla gruppen, och man har inte den större gruppens möjlighet att "späda ut" sådana konfrontationer.

Den minskning av flexibiliteten i utnyttjandemöjligheterna av resurserna, som beskrivits i samband med specialisering, kan i gruppvårdsmodellen riskera att bli utbytt mot en annan form. Den "geografiska" gränsen för gruppens arbetsområde kan bli en front mot omfördelning av personalresurser vid variationer i arbetslastning mellan de olika gruppernas arbetsområden.

Vid långt driven gruppvård kan det i praktiken fungera såsom avdelningen helt var uppdelad i två eller flera små avdelningar. Vissa samordningsvinster beträffande "tvärfunktioner" kan gå förlorade och kontakterna för samordnande medicinsk ledning, konsultfunktioner och nattpersonal kan bli försvårade.

Sammantaget torde det emellertid vara klart att gruppvårdstanken rymmer avsevärda möjligheter att både förbättra vården och arbetstillfredsställelsen inom stora delar av sjukvården.

"Medicinskt medbestämmande": tidigare har beskrivits betydelsen för den medicinska verksamheten av aktiva bidrag från alla i vårdarbetet deltagande kategorier och individer. Det har också understrukits att förutsättningen för att alla dessa bidrag skall kunna ges är en gemensam förståelse och uppslutning kring mål och medel i det totala omhändertagandet av såväl den enskilde patienten som olika grupper av patienter (t. ex. vårdprogram för viss sjukdom).

En vidareutveckling av systematisk intern utbildning inom vårdavdel-

ningens och/eller klinikens ram är en viktig grund härför. I naturlig koppling därtill måste diskussion och förankring ske av avdelningens/klinikens medicinska policy i direkt kontakt med de olika gruppernas medarbetare. På motsvarande sätt måste vårdplanen för den enskilde patienten byggas upp i direktkontakt mellan vårdansvarig läkare, sjuksköterska och den grupp medarbetare, som har den största direktkontakten med patienten under utförandet av den kontinuerliga kroppsnära omvårdnaden. Den gamla "storronden" är inte en tillräcklig och tillfredsställande form för sådant utbyte av information och synpunkter. Inom många medicinska verksamhetsområden har man med god erfarenhet prövat olika typer av "sittrond", där man tillsammans kan fördjupa sig i bedömning av de patienter, vars tillstånd just vid det aktuella tillfället kräver detta. Modellen torde vara utvecklingsbar inom de flesta specialiteter med eller utan utvecklad gruppvård.

Drivkraften bakom den beskrivna utvecklingen av samverkansformer i sjukvårdsarbetet är inte en uppfattning att allas ord skall väga lika tungt i de olika bedömningarna och ställningstagandena beträffande vård av patienterna. Tvärtom ligger bakom en medvetenhet och respekt för att de olika medarbetarna besitter olika typer av kunskaper och har olika information om patienterna att bidraga med. I en sådan arbetsform får var och en också ökad möjlighet att placera in sin speciella arbetsuppgift med patienten i det gemensamma sammanhanget.

Även beträffande patientens "medicinska medbestämmande" är den gamla storronden en otillräcklig och olämplig kontaktform. Även här måste utvecklas former för direktkontakt just för detta ändamål vid de tillfällen då särskilt betydelsefulla sammanvägningar och ställningstaganden skall göras.

Läkarronden har utsatts för mycken kritik. Orsaken är sannolikt att den på en gång fått tjäna (eller uppfattats tjäna) alltför många syften med skilda krav. Läkarronden har sitt värde under förutsättning att personalen känner att den inte ersätter intern utbildning och behandlingskonferenser, och patienterna känner att den inte ersätter de nödvändiga inträngande och personliga direktkontakterna. Som översiktlig medicinsk kontroll av tillståndet hos de patienter, som man just för tillfället inte behöver fördjupa sig i, och för snabbrapportering om utvecklingen hos vissa patienter förlöper enligt förväntningar eller ej, är läkarronden ofta ett effektivt och viktigt medel.

Medbestämmande enligt MBL i det praktiska sjukvårdsarbetet: De författningar som blir resultatet av HSU, och kommande medbestämmandeavtal kommer att ange de formella gränserna och formerna för de fackliga organisationernas och sjukvårdspersonalens medbestämmande i sjukvårdsarbetet. Här skall enbart göras vissa allmänna kommentarer om hittillsvarande erfarenheter och deras betydelse för övriga diskuterade frågor beträffande sjukvårdens inre organisation.

På många håll inom sjukvården har såväl på arbetsgivarsidan som på den fackliga sidan befogenheterna att ge/motta information och förhandla enligt MBL behållits relativt centraliserade (ofta på sjukhusnivån och på vissa håll t. o. m. på landstingsnivån). Detta är i och för sig förklarligt när man befinner sig i tidigt skede av tillämpning av en ramlag som MBL och det samtidigt pågår centrala förhandlingar om kompletterande

medbestämmandeavtal. De nödvändiga utbildningsinsatserna på båda sidor har hellker inte ännu kunnat fullföljas.

Det finns också exempel på att man redan nu prövat förläggning av både information och förhandling enligt MBL till kliniknivån (t. ex. Malmö, Norra Älvsborg).

Redan i detta sammanhang kan konstateras det angelägna i att MBL-behandlingen av frågor i det praktiska sjukvårdsarbetet sker så integrerat som möjligt med ordinarie arbetsledning och dagliga beslut. Ju mer man kan bygga samman hanterande av avdelnings- och klinikinterna frågor enl. MBL med de samråds- och ledningsfunktioner som ovan angivits, dess större synes möjligheterna vara att kliniker och avdelningar verkligen kan utforma sin egen verksamhet efter sina förhållanden och att sjukvårdspersonalen kan känna det personliga engagemang som upplevandet av påverkningsmöjligheter och medansvar medför. Idag upplever man sig på många håll inom de små arbetsenheterna låsta av att vara en liten del i en stor organisation, där även detaljer styrs genom regler, som skall vara enhetliga i hela organisationen. En sådan känsla hämmar naturligtvis engagemanget och viljan att ta ansvar.

En utveckling i den beskrivna önskade riktningen förutsätter politiska beslut om delegation av beslutsbefogenheter på arbetsgivarsidan och i viss mån motsvarande beslut på den fackliga sidan. Att man ibland är betänksam mot att fatta sådana delegationsbeslut är naturligt med hänsyn till risken att lokalt fattade beslut kan få prejudicerande betydelse långt utanför den lokala enheten. Just genom det MBL-reglerade samrådet och medbestämmandet kan möjligheter öppnas för ett decentraliserat beslutsfattande, som inte uppfattas ha prejudicerande betydelse.

Behörighetsfrågor och delegation: Tidigare har beskrivits och exemplifierats vilka vitt skilda kompetenskrav ställningstagande till och utförande av en åtgärd ställer inom olika medicinska verksamhetsområden eller vid olika tillstånd hos patienten, även om åtgärden som sådan betecknas på ett och samma sätt. Den individuella variationsbredden ifråga om kunskap och erfarenhet hos individer tillhörande samma befattningsgrupp eller med samma formella utbildning är också mycket stor. En mer eller mindre centralt formad detaljreglering av vem som kan, får och är skyldig att göra vad måste i stor utsträckning bli något av "minsta gemensamma nämnare" för alla individer i gruppen med viss befattning eller med viss formell utbildning.

Inom sjukvården har man en betydande handlingsfrihet beträffande delegering av olika arbetsuppgifter. Detta illustreras bland annat i socialstyrelsens cirkulär MF 38/1968 i samband med upphävande av detaljreglering om intravenösa injektioner. I detta cirkulär konstateras att "enligt allmänna regler för delegering av arbetsuppgifter kan envar ges de befogenheter som följer av den kompetens som hon/han med hänsyn till utbildning och erfarenhet besitter". Om man i utvecklingen av arbetsformerna i sjukvårdens inre arbete lyckas skapa en ökad personlig kontakt och medvetenhet om olika medarbetares individuella kunskaper och erfarenhet, så får man sannolikt en mera långtgående delegering utan detaljreglering än med. Erfarenheterna från arbetsplatser inom sjukvården där samarbetsklimatet varit särskilt förmånligt talar också härför.

4 Hälso- och sjukvårdens intressenter

Inledning

De flesta människor i samhället är mer eller mindre beroende av hur hälso- och sjukvården sköter sina uppgifter. Många är under kortare och längre perioder i livet patienter eller anhöriga till patienter. Många är under hela eller delar av sitt yrkesverksamma liv knutna till hälso- och sjukvården som arbetsplats. Hur hälso-och sjukvården möter de krav som elever av olika kategorier ställer kan antas ha betydelse för de värderingar och attityder med vilka de börjar sitt arbete i vården. Som skattebetalare har de flesta ett intresse av att hälso- och sjukvården verkar i rationella och effektiva former och från huvudmannahåll betonas att de politiska besluten måste återspeglas i det praktiska arbetet. Från statsmakternas sida gäller att med olika medel, lagstiftning, rekommendationer, ekonomiska bidrag, utbildningsresurser etc. skapa förutsättningar för en hälso- och sjukvård som genomgående håller en hög och jämn standard och som är jämnt fördelad över landet.

Patientens krav på hälso- och sjukvården

Kommittén känner inte till, någon vetenskapligt underbyggd metod att representativt och allsidigt undersöka och beskriva hur patienterna uppfattar vården. För kommittén är det viktigt att patienternas synpunkter kan relateras till olika förhållanden i vårdens inre organisation. Kommittén har inte genomfört några egna undersökningar, men för kommitténs räkning har en utanförstående expert systematiserat tillgängligt utredningsmaterial.[1]

En utgångspunkt för expertarbetet har varit den politiska och fackliga debatt som förts om olika förändringar i vårdens inre organisation och som speglas i kommitténs utredningsdirektiv. Den valda uppläggningen innebär därför helt naturligt att de kritiska synpunkterna blir överrepresenterade. För att i någon mån balansera detta förhållande redovisas inledningsvis några "bredare" undersökningar där allmänhetens inställning till hälso- och sjukvården rent allmänt kartlagts.

Vid en bedömning av de synpunkter som i olika sammanhang framförts av patienter eller anhöriga måste beaktas att förutsättningarna att uppfatta och förstå olika insatser eller åtgärder från hälso- och sjukvårdens sida va-

[1] Vissa refererade undersökningar följs av en siffra inom parentes. I bilaga 1 återfinns en förteckning över dessa undersökningar. I de fall hänvisning görs till andra utredningar m. m. har dessa namngivits i texten.

rierar starkt. För lekmannen är det således lätt att överbetona praktiska, sociala och psykologiska aspekter på grund av svårigheterna att uppfatta och bedöma kvaliteten i det medicinska handlandet. Att det t. ex. kan kännas tryggt med en doktor man lärt känna är uppenbart medan det kan vara svårare att inse värdet av specialistens eller det stora sjukhusets särskilda kunnande och utrustning.

Det är också uppenbart att människors attityder till olika vårdformer och vårdinstitutioner bestäms av de vårdbehov som organisationen skall tillgodose. Det torde t. ex. vara ofrånkomligt att långtidssjukvården ger ett annat intryck än t. ex. företagsläkarmottagningen.

Kraven på hälso- och sjukvården varierar också beroende på den situation man befinner sig i och har praktisk erfarenhet av. Patienternas möjligheter att kritiskt granska och framföra sina synpunkter varierar starkt beroende på sjukdomens karaktär, omfattning och varaktighet.

Patientens kontakter med vårdsystemet

Allmänhetens kontakter med hälso- och sjukvården är omfattande och med ett varierande innehåll. I det följande lämnas en kortfattad redogörelse för omfattningen av patienternas olika kontakter med vårdsystemet samt ges exempel på dess skiftande karaktär. Statistikuppgifterna avser i huvudsak den offentliga hälso- och sjukvårdensverksamheten under år 1976.

Öppen vård

Antalet läkarbesök i offentlig regi uppgick till ca 17 miljoner, varav 10 miljoner vid sjukhus och 7 miljoner utanför sjukhus. Av besöken avsåg knappt två tredjedelar specialistvård, och en dryg tredjedel allmänläkarvård och övrig vård (akutmottagningar, personalmottagningar etc.). I genomsnitt företogs 2,1 läkarbesök per invånare inom den offentliga vården. Motsvarande uppgift inom enskild vård var 0,4 besök.

Enligt socialforskningsinstitutets levnadsnivåundersökning år 1974 uppgav 60 % av befolkningen i åldrarna 15–75 år att de besökt eller talat med läkare under de senaste 12 månaderna. Här ingår då även hälsoundersökning, vaccination m. m. Motsvarande andel 6 år tidigare uppgick till 54 %.

Av Statistiska Centralbyråns (SCB:s) undersökningar om levnadsförhållandena i samhället framgår att inte mindre än 49 % av drygt 12 000 intervjuade personer i åldrarna 16 år och däröver har en bestämd läkare som man vänder sig till. Andelen personer med fast läkare ökar med stigande ålder: från ca 30 % för åldrarna 16–24 år till ca 60 % för dem som är mellan 65 år och 74 år. Vidare kan noteras att kvinnor i något större utsträckning än männen har en bestämd läkare.

Av intresse vid en patientorienterad beskrivning av kraven på hälso- och sjukvården är att se hur patientströmmarna går inom de olika vårdgrenarna. Enligt en undersökning i Stockholms läns landsting baserad på 1973 års diagnosstatistik intas sju av tio patienter akut i den slutna internmedicinska vården medan tre intas från vårdplaneringslistan. Motsvarande uppgifter

för den psykiatriska vården är sex resp. fyra patienter. Till den kirurgiska vården sker ca hälften av intagningarna akut och hälften via vårdplaneringslista. När det gäller den somatiska långtidssjukvården sker praktiskt tagit samtliga intagningar (99 %) via vårdplaneringslistan.

Av de patienter som vårdas inom den slutna somatiska långtidssjukvården skrivs ungefär hälften ut till det egna hemmet eller till ålderdomshem medan en fjärdedel överförs till annan klinik/institution och en fjärdedel avlider. Från både den internmedicinska och den psykiatriska vården skrivs ca 80 % av patienterna ut till det egna hemmet. Motsvarande uppgift för den kirurgiska vården överstiger 90 %.

Sjukvårdens s. k. prestationsmått speglar inte insatsernas omfattning och möjliggör inte någon särredovisning av de medicinska, psykologiska och sociala kontakt- och vårdinsatserna, vilka varierar starkt inte bara mellan olika delar av hälso- och sjukvården utan också mellan de enskilda fallen.

Tabell 4.1 Procentuell andel av befolkningen i resp åldersgrupper som besökt läkare eller legat på sjukhus eller sjukhem under en tremånadersperiod (1975)

16–24 år	32 %
25–44 år	30 %
45–54 år	35 %
55–64 år	41 %
65–74 år	48 %
75–w år	ca 50 %
samtliga 16 år och äldre	36 %

Källa: SCB:s undersökning om levnadsförhållanden i samhället 1975 (ULF).

Inom distriktsvården avser besöken mödra- och barnhälsovård, sjukvård m. m. vid distriktssköterskemottagningar etc. Det sammanlagda antalet besök uppgick till ca 10 miljoner, varav ca 5,5 miljoner avsåg sjukvård, 1,5 miljoner barnhälsovård, 1,25 miljoner mödrahälsovård. Inom mödrahälsovård företogs ca 16 besök per barnaföderska och inom barnhälsovården 1,9 besök per barn i åldersintervallet 0–7 år.

Inom hemsjukvården fanns ca 37 000 bidragstagare. Av dessa vårdades ca 22 000 av anhörig och 15 000 av hemsamarit. Antalet bidragstagare per 1 000 invånare 70 år och äldre utgjorde ca 45.

Sluten vård

Inom den slutna offentliga vården fanns under år 1976 omkring 120 000 vårdplatser. Antalet vårddagar uppgick sammanlagt till ca 35 miljoner med följande fördelning per vårdgrensgrupp.

somatisk långtidssjukvård	13,1 milj
somatisk akutvård	11,5 ”
psykiatrisk vård	10,2 ”
övrig (ej klinikbunden) vård	0,5 ”
Summa	35,3 milj

I den slutna vården fanns i medeltal per dag under år 1976 sammanlagt ca 96 000 patienter, varav ca 36 000 inom somatisk långtidssjukvård, 32 000 inom somatisk akutvård och 28 000 inom psykiatrisk vård.

Patienten och vårdavdelningens/mottagningens tekniska och sociala system

Vårdmiljön är en produkt av personella, tekniska och sociala faktorer/förhållanden. Hur de personella faktorerna påverkar vårdmiljön beror på personaltätheten och personalens utbildning, erfarenhet, motivation och engagemang. De tekniska faktorerna utgör den fysiska miljön medan sociala faktorer kan exemplifieras med integritets-och trygghetsupplevelser.

Traditionellt organisationstänkande och utredningsarbete avseende vårdavdelningarnas organisation har tidigare i stor utsträckning kretsat kring det tekniska systemet med begränsat beaktande av sociala och psykologiska faktorer. Samtidigt finns anledning konstatera att det föreligger stora skillnader i patienternas krav på den inre organisationen. I vissa fall ställs krav på snabba medicinskt-tekniska insatser och behov av självbestämmande, aktivering etc. får komma i andra hand. I andra fall t. ex. inom psykiatrisk vård och långtidssjukvård är omvårdnadsbehovet dominerande.

Vårdavdelningen påverkas av bl. a. följande faktorer:

- vårdens karaktär
- den fysiska miljön
- personalresurserna
- arbetsfördelning
- dagordning
- arbetstidens förläggning
- arbetsledning
- vårdplanering

När det gäller vårdavdelningens organisation och sociala system förekommer många olika tankegångar, termer och uttryckssätt för att definiera målen för en förbättrad patientsituation. I rapporten Patienten i sjukvården – kontakt och information (SOU 1977:66) sammanfattas huvudpunkterna på följande sätt.

Helhetssyn

En bedömning av patientens hela situation och inte bara en symptominriktad medicinsk behandling bör eftersträvas. Bedömningen ställer krav på samverkan och kommunikation mellan sjukhusets olika enheter och i många fall med organ utanför sjukvårdsorganisationens ram, t. ex. socialvård, arbetsplats.

Kontinuitet

Önskemålen om kontinuitet i kontakterna patient/personal gäller framför allt vid samma vårdsituation men även vid nya vårdkontakter med andra eller samma problem. Kravet på kontinuitet förutsätter också att delar av det vardagliga vårdarbetet uppfattas som en helhet, som inte får sönderstyckas onödigt genom i och för sig nödvändig specialisering. Kontinuitet bidrar till att minska patientens känsla av främlingsskap och gör det lättare för honom att kommunicera.

Normalisering

Vårdmiljön och det dagliga livets innehåll på sjukhuset med avseende på t. ex. kost, kläder och kulturutbud bör i möjligaste mån överensstämma med normalt vardagligt liv och miljö utanför sjukhuset.

Självbestämmande

Möjligheten att själv få fatta beslut i olika valsituationer innebär stärkt självförtroende och ger känslan att behandlas som ett subjekt och inte som ett objekt.

Medinflytande

Möjligheter att framföra synpunkter och förslag på olika delar av verksamheten i stort. Dessutom möjlighet att påverka sin egen vård och behandling.

Integritet

Har starkt samband med möjligheterna till självbestämmande och medinflytande och rör kravet på att bli bemött med hänsyn, aktning och respekt.

Aktivering

Man bör stimulera patienten till att själv ta initiativ och utföra vissa saker inom ramen för sin vårdplan och sin dagliga livsföring. Patienten måste komma bort från passivitet, maktlöshet och "övervård".

Ovannämnda huvudpunkter utgör komponenter i det sociala systemet på avdelningen/mottagningen. Såväl förutsättningarna för som kraven på att dessa mål skall tillmötesgås varierar inom olika delar av vårdorganisationen. I en akut vårdsituation får exempelvis kravet på medinflytande stå tillbaka för en renodlad medicinsk teknisk bedömning. Med dessa utgångspunkter pågår försök inom olika områden (psykiatrisk vård, långtidssjukvård, socialvård etc.) att tillämpa ovan redovisade principer. Brister i det sociala systemet kommer till uttryck i de patientsituationer som redovisas i det följande.

Patienternas (allmänhetens) syn på olika förhållanden inom hälso- och sjukvården

Kommittén har valt att referera ett antal undersökningar i syfte att belysa patienternas syn på olika förhållanden inom hälso- och sjukvården. Någon samlad och heltäckande bild är inte möjlig att ge. Intervjuundersökningar exempelvis är ofta inriktade på att åskådliggöra problem och för sjukvårdens del kan bilden därför bli alltför kritisk. Vidare har enkäterna genomförts i olika sammanhang och var och en täcker enbart en mindre del av verksamheten.

Enligt en undersökning (1) i Skaraborgs läns landsting var ca 47 % av närmare 600 tillfrågade villiga att betala mera skatt för att få en bättre sjukvård. 39 % var ej beredda betala mera och 14 % svarade "Vet ej".

Vid undersökning (2) år 1976 kartlade Sifo (på begäran av Dagens Nyheter) hur allmänheten upplevde sina kontakter med sjukvården. Ca 1 000 personer intervjuades. En stor majoritet (71 %) ansåg att den rent medicinska behandlingen vid senaste läkarbesöket var "bra" eller "mycket bra". De som legat på sjukhus nyligen var mest positiva. Över hälften av de intervjuade (54 %) ansåg att sjukvården "väl" eller "mycket väl" motsvarade de förväntningar man hade på vänlighet, omtanke och trygghet, dvs. företeelser utanför den rent medicinska behandlingen. 26 % tyckte att sjukvården mötte dessa förväntningar "något så när" och 14 % tyckte att den gjorde det "då-

ligt" eller "mycket dåligt". Den positiva inställningen var mest markant hos de äldre. Den yngre generationens mesta klagomål gällde ovänlighet och otrygg behandling. Sifo har gjort följande kommentar. "I byråkratier upplevs ofta personalens tidspress som ohövlighet och brist på intresse från den hjälpsökande allmänhetens sida."

På frågan "har ni någon gång blivit felaktigt eller orättvist behandlad av sjukhus eller läkare?" svarade 16 % "Ja", 79 % "Nej", och 5 % var tveksamma eller visste inte hur de skulle svara. Uppfattningen att man fått fel eller orättvis behandling var vanligast bland de yngre. Sifo:s kommentar: "När 16 % tycker att de blivit felaktigt eller orättvist behandlade kan det betyda att läkare och andra faktiskt gjort fel. Men det kan också betyda att patienten inte fick tillräcklig information och därför förväntade en annan behandling eller behandlingsresultat än vad han fick och därför tycker sig vara illa behadlad."

Stockholms läns landsting har under medverkan av socialmedicinska institutionen vid Karolinska institutet år 1977 genomfört en enkätundersökning om hälso- och sjukvårdsinformation. De områden som kartlades var bl. a. människors vårdsökarbeteende, attityder till information om hälso- och sjukvård, informationens innehåll samt lämpliga informationsmedia. Materialet omfattar ca 800 personer (4). Undersökningens resultat kan sammanfattas i följande punkter:

- Många var osäkra på vart man skall vända sig inom sjukvården. Särskilt gäller detta yngre personer som sällan besöker läkare.
- Totalt 65 % av deltagarna hade en bestämd läkare eller mottagning som de brukade vända sig till vid sjukdom.
- Yngre icke förvärvsarbetande personer var oftare än andra utan bestämd läkare.
- För rådgivning om hälso- och sjukvård togs i de flesta fall kontakter med läkare.
- Vid nervösa besvär kontaktades anhöriga och bekanta i första hand. Samma gäller då sociala problem uppstår.
- Utländska medborgare hade i större utsträckning än andra upplevt svårigheter att få tid hos läkare.
- Bland icke långvarigt sjuka var yngre mer benägna än äldre att söka läkare.

Undersökningen visar på ett stort behov av information om människokroppen och dess funktioner, de vanligaste sjukdomarna och deras behandling. Vidare är man mycket positiv till ökad kunskap om hur man på egen hand behandlar enklare åkommor. Förbättrad information om medicin och medicinering var önskvärd. Totalt 82 % av deltagarna ansåg det vara nödvändigt med beskrivningar av preparatens verkningar och biverkningar i varje medicinförpackning. Den muntliga sjukvårdsinformationen behövde förbättras. Bristande förståelse uppgavs ofta av yngre och av utländska medborgare. Läkarnas tidsbrist och krångliga språk framhölls som orsaker.

Sveriges läkarförbund har genom SIFO genomfört en intervjuundersökning (5) kring allmänhetens erfarenheter av offentlig och privat läkarvård. Undersökningen utfördes våren 1974 och omfattade ca 1 000 personer.

Av dem som under de senaste tre åren hade besökt sjukhusmottagning

var 82 % nöjda och 17 % missnöjda, medan 85 % av dem som hade besökt provinsial/distriktsläkare var nöjda och 14 % missnöjda. Motsvarande uppgifter för besök hos privatläkare var 90 % resp. 8 %.

Kvinnor var på det hela taget mer nöjda än män och äldre mer nöjda än yngre.

Tabell 4.2 De vanligaste anledningarna till missnöjet vid olika slags läkarmottagningar redovisas i tabell 4.2

	Sjukhus-mottagning	Provinsial-/ distrikts-läkarmot-tagning	Privat-läkare-mottagning
Lång väntetid på mottagningen	9 %	4 %	2 %
Otrevlig personal	3	1	1
Ofullständig behandling	3	5	2
Ej tid med patienten	2	1	1
Opersonlig behandling	2	3	1

Källa: Läkartidningen nr 27/1974.

Någon större skillnad att utnyttja privatläkare föreligger inte mellan olika inkomstgrupper. I den lägsta inkomstgruppen (hushållsinkomst under 30 000 kr. per år) hade 42 % besökt privatläkare under de tre senaste åren. I inkomstlägen mellan 30 000 – 45 000 kr. var motsvarande uppgift 39 % och i inkomstlägen över 45 000 kr. hade 49 % besökt privatläkare.

När en läkare börjat ta hand om en patient vill patienten inte tvingas att byta läkare. Sifo frågade: Tycker ni att det är viktigt eller oviktigt att ni får träffa samma läkare vid återbesök för er sjukdom? 85 % svarade att det är "mycket viktigt" att de får träffa samma läkare vid återbesöket och 13 % sade att detta är "ganska viktigt". Två procent tyckte att det var ganska oviktigt och inte en enda svarade att det var mycket oviktigt eller var tveksam.

Information inom sjukvården

Landstingsförbundet och Spri har i skriften "Vem får sjukvård?" ställt frågorna: "Vad händer vid mötet mellan den gamle, livserfarne patienten och den unga teoretiskt välutbildade vårdpersonalen? Kan de förstå varandra? Lyhört diskutera på lika villkor?" Den genomsnittliga slutenvårdspatienten är 70 år med 7 års ungdomsutbildning. Sjukvårdspersonalen har en medianålder på 32 år och den genomsnittliga landstingsläkaren är 35 år. I utredningen återges resultaten av t. ex. en undersökning från år 1975 som visade att bara 40 procent av en grupp diabetespatienter och 27 procent av hjärtpatienterna tog de läkemedel som ordinerats. I en undersökning år 1976 visade det sig att 80 procent av en patientgrupp inte hade någon uppfattning om vilka besvär som kan följa av överdosering av medicin. En annan undersökning, redovisad vid 1977 års läkarstämma, visar att vid två medicinavdelningar i Stockholm lades ungefär var sjunde patient in på grund av misstanke om läkemedelsbiverkningar eller felaktig medicinering.

Det är främst information av typen "Vart skall man vända sig för att

få sjukvård" som varit föremål för enkätundersökning bland allmänheten, dvs. hur de uppfattar dylik information. Enligt Skaraborgsundersökningen (1) ansåg ca 67 % av de tillfrågade att informationen var mycket bra eller ganska bra, medan ca 29 % ansåg att den varken var bra eller dålig. 4 % var inte nöjda med informationen. Över hälften av allmänheten vill ha information genom "vårdkatalogen".

I en motsvarande undersökning (3) i Stockholms läns landsting under åren 1974 framkom bl. a. att ca 85 % hade sparat "landstingskatalogen". Hälften av dessa uppgav också att den kommit till användning. Det sätt man i första hand vill bli informerad på är "tryckt information i brevlådan" (67 %), möjlighet att ringa en "central upplysning" i andra hand (24 %) och i tredje hand genom "annonsering i dagspressen".

I avsaknad av tillgång på något bredare enkätmaterial som belyser informations-/kommunikationsaspekten mellan patienter och personal redovisas i det följande ett avsnitt i rapporten "Patienten i sjukvården – kontakt och information" (SOU 1977:66).

"Vi har funnit att förbättrade kontakt- och informationsförhållanden ingår i de mål av grundläggande betydelse, som uppställs för att förbättra den vårdsökandes och patientens situation såsom helhetssyn, kontinuitet, normalisering, medinflytande och aktivering.

Ett speciellt och ofta uppmärksammat problem är patientens reaktion på en sjukhusvistelse. Här är s. k. regression[1] kanske det vanligaste. Är själva sjukhusatmosfären dessutom auktoritär så att patienterna behandlas som oansvariga och osjälvständiga, som skall lyda utan att veta varför och som man t. ex. under ronden talar över huvudet på, förstärks tendensen till regression. För att motverka detta behövs en aktivering av patienten, vilket i sin tur starkt ökar behoven av kommunikation. Detta förutsätter åtgärder för att öka informationen inte bara mellan läkare och annan vårdpersonal utan också mellan denna personal och patienten.

Ett sjukhus är ett socialt system med ett nät av relationer mellan de olika individerna där personal och patienter har bestämda roller. Det är främst tre typer av sociala relationer som är aktuella, nämligen mellan personalen och patienterna, mellan patienterna inbördes och mellan personalen inbördes. Samtliga dessa relationer är betydelsefulla i detta sammanhang eftersom de påverkar patientens totala situation.

Ju större statusskillnader mellan individerna desto mer formella blir relationerna mellan dem. Detta innebär minskad kommunikation, att informationen stoppas eller förändras på vägen. För att förändra det sociala mönstret fordras bl. a. utbildning t. ex. i patientpsykologi och sjukhussociologi.

För att kunna genomföra förändringar av kommunikationsförhållanden i vidare bemärkelse krävs ändringar, som rör den sociala och arbetsorganisatoriska strukturen."

Väntetider, tillgänglighet etc.

Väntetiden inom sjukvården är ett ständigt aktuellt problem, såväl när det gäller väntan på att få besöka läkaren (motsvarande) efter det man beställt tid, som väntan på mottagningen.

I Skaraborgsundersökningen (1) ansåg 60 % att de fått vänta "mycket

[1] Regression – tillbakagång.

kort" eller "ganska kort" tid till dess de fått besöka läkaren från det att de beställt tid. Över 1/3 ansåg att de fått vänta "mycket länge" eller "ganska länge". Många framhöll att telefontiderna var besvärliga. Dels ansåg man tidpunkten olämplig, dels att telefontiden var för kort.

När det gäller tillgången på läkarvård ansåg ca 42 % att tillgången på läkare var "mycket dålig" eller "dålig", ca 38 % tyckte att den var "mycket bra" eller "ganska bra', medan ca 20 % ansåg den vara varken bra eller dålig.

Enligt undersökningen i Stockholms läns landsting (3) ansåg allmänheten att väntetiderna var för långa.

När det gäller väntetider på mottagningarna framgår det av Skaraborgsundersökningen (1) att 75–80 % ansåg sig behöva vänta mycket eller ganska kort tid medan 17–18 % ansåg sig behöva vänta för länge.

Uppgifterna var desamma för läkarmottagning, sjukhusmottagning och jourcentral. Även i denna fråga avspeglas att de yngre var mer kritiska än de äldre.

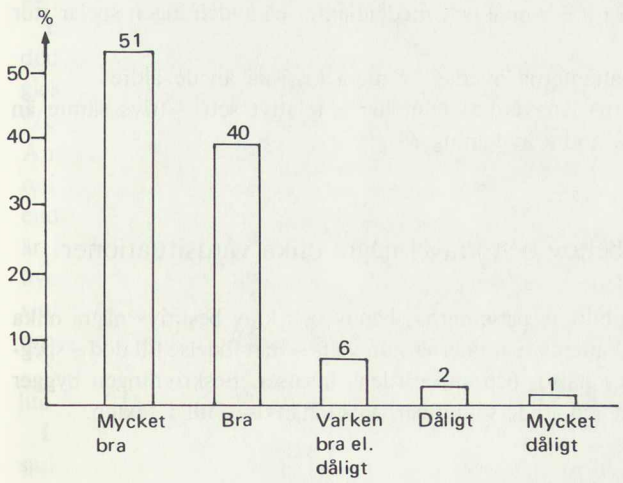
Enligt Skaraborgsundersökningen (1) var de flesta nöjda med mottagningarnas öppethållandetid. Ca 83 % svarar att de var nöjda, 9 % ville ha mera kvällsöppet, 4 % ansåg att det var för kort öppethållande.

Sjukhusmiljön och patienternas trivsel

Spri genomförde åren 1971 och 1972 en undersökning (6) i syfte att ta reda på hur personal och patienter upplever arbets- resp. vårdmiljön i sjukhusbyggnader med olika teknisk standard. Sammanlagt utfördes ca 9 000 intervjuer med patienter (4 500) och personal (4 500).

På en fråga om vad som är viktigast för att man skall ha det behagligt på sjukhus svarade 78 % att relationer till personal och medpatienter var det mest avgörande. Därnäst kom utrustning och lokalstandard (8 %) och sysselsättning/service (7 %).

På frågan hur trivs ni här på avdelningen fördelade sig svaren enligt figur 4.1:



Figur 4.1

Källa: Spri rapport 13/9174.

Av olika kliniktyper var det främst långvårdskliniker och gruppen övriga kirurgiska kliniker som skilde sig från genomsnittet. Av långvårdspatienterna svarade 33 % "mycket bra" medan 13 % svarade "varken bra eller dåligt" och 6 % uppgav att de inte trivdes. I gruppen "Övriga kirurgiska kliniker" trivdes 98 % av patienterna bra och 1 % dåligt.

Patienter med långa vårdtider, vilka till stor del finns på långvårdskliniker, trivdes sämre än andra patienter. Av patienter med vårdtider "mer än 1 månad" trivdes 4,5 % "dåligt" och 11 % "varken bra eller dåligt".

Av dem som uppgav att de trivdes dåligt har jämförelsevis många angett att "sysselsättning, service" eller "utrustning, lokalstandard" orsakat den dåliga trivseln. Långvårdspatienter betonar vikten av sysselsättning och service i något större utsträckning än genomsnittspatienten.

Personalen uttalade sig också om hur de trodde att patienterna på deras avdelning trivdes. Den totala svarsfördelningen för denna fråga visade stor överensstämmelse med åsikterna om den egna trivseln. Alternativet "bra" dominerade med 60–65 % av svaren. Även på individuell nivå fanns ett klart samband som uttrycks i att de anställda som själva inte trivdes bra i regel inte heller trodde att patienterna trivdes. 4/5 av personalen trodde att "relationer till personal och medpatienter" var det främsta skälet till om patienterna trivdes.

Omkring 45 % av personalen uppgav att de inte hade hört något klagomål från någon patient under den senaste månaden. De olika befattningskategorierna skiljer sig åt betydligt. Avdelningssköterskorna får höra klagomål från patienter oftare än övriga anställda. Även undersköterskor låg över genomsnittet.

"Vad har dessa klagomål oftast rört sig om?" ställdes som följdfråga till dem som hört klagomål. Alternativet "relationer" fick även här flest svar (ca 35 %). Bullerklagomål var vanligast i drygt 20 % av fallen och svar hänförliga till gruppen "utrustning, lokalstandard" i ungefär lika många. "Luftstandard" fick ca 13 % av svaren.

Med hänvisning till ovan refererade undersökningar kan sammanfattningsvis konstateras:

att sjukhusmiljön i stort upplevs som positiv av patienterna,
att relationerna till personal och medpatienter på avdelningen spelar stor roll,
att de yngre patienterna överlag är mera kritiska än de äldre
att patienterna på långvårdsavdelningar – relativt sett – trivs sämre än patienter på andra avdelningar.

Patienternas behov och krav i några olika vårdsituationer

I syfte att ge en bild av patienternas behov och krav beskrivs några olika vårdsituationer. Patientsituationerna som valts – från födelse till död – speglar spännvidden i hälso- och sjukvårdens insatser. Beskrivningen bygger på fakta från en rad undersökningar, vilka hänvisas till i texten.

De vårdsituationer som beskrivs är

- ☐ förlossningsvård
- ☐ vård av sjuka barn
- ☐ somatisk akutvård
- ☐ psykiatrisk vård
- ☐ somatisk långtidssjukvård
- ☐ vård i livets slutskede

Förlossningsvård

År 1920 födde ungefär 10 % av kvinnorna barn på anstalt och ända in på mitten av 1930-talet dominerade hemförlossningarna. Därefter skedde en hastig förändring. Sedan år 1960 har mindre än en procent av förlossningarna skett i barnaföderskornas hem. År 1970 uppgick antalet hemförlossningar till 25 av totalt ca 110 000.

Parallellt med denna utveckling har anstaltsförlossningarna flyttats först från förlossningshem till sjukhus, sedan från små sjukhusavdelningar utan specialister till större avdelningar vid kvinnokliniker och slutligen till stora kvinnoklinikavdelningar med tillgång både till narkosläkare och barnläkare. Ungefär 3/4 av alla förlossningar i Sverige sker f. n. på avdelningar av det sistnämnda slaget.

Utvecklingen mellan åren 1950–1975 har inneburit

att spädbarnsdödligheten (under första levnadsmånaden nedbringats kraftigt, nämligen från ca 14 ‰ till ca 6,5 ‰,
att resurserna koncentrerats till hälften så många (från ca 210 till ca 90) och dubbelt så stora förlossningsenheter (från i genomsnitt 18 till 34 vårdplatser),
att resurserna för mödra- och barnhälsovård samt förlossningsvård utökats och medelvårdtiderna sjunkit (från 8,4 till 6,8 dagar).

Antalet förlossningar uppgår f. n. till 95 à 100 000 per år.

Väsentliga utgångspunkter för förlossningsvårdens organisation är kraven på medicinsk säkerhet och närhet.

En av landstingsförbundet genomförd undersökning visar att spädbarnsdödligheten (under första levnadsmånaden), som under åren 1971–75 uppgick till i genomsnitt 7,9 ‰ för riket i sin helhet, var 1 ‰ lägre (7,4 ‰) i län med koncentrerad förlossningsvård än i övriga län (8,4 ‰). Antalet levande födda uppgick till 325 000 resp. 225 000. Om man helt teoretiskt antar att högt specialiserade medicinska och tekniska resurser är den enda orsaken till den lägre spädbarnsdödligheten, vilket naturligtvis inte är korrekt, kan man konstatera att ytterligare 50 spädbarn per år skulle överleva om alla blivande mödrar hade samma tillgång till det stora akutsjukhusets koncentrerade förlossningsresurser. Detta är emellertid för många omöjligt av geografiska skäl.

När det gäller mödrarnas inställning kan konstateras att vi vet väldigt lite om vad de själva anser vara mest avgörande för trygghetsupplevelser.

I en intervjuundersökning (7) av 160 nyförlösta mödrar vid Huddinge sjukhus framkom att inte mindre än 86 % av de tillfrågade mödrarna för-

ordade en centralisering av förlossningsverksamheten för att möjliggöra förlossningar i anslutning till barnklinik.

Resultatet, som avviker från det ofta framförda påståendet att mödrar önskar bevara små förlossningsenheter utan anslutning till barnklinik, skall ses mot bakgrund av att mödrarna hade förlösts på Huddinge sjukhus. En motsvarande undersökning avseende nyförlösta mödrar på en liten förlossningsenhet hade måhända givit ett annat resultat.

Att det inte bara är en fråga om närhet till ett "ombonat" förlossningshem eller tillgång till ett välutrustat sjukhus som bestämmer hur kvinnorna upplever förlossningen har belysts bl. a. i en undersökning (8) rörande förstföderskors upplevelser av graviditet, förlossning och moderskap. Materialet omfattar intervjuer med 33 förstföderskor. Av dessa framgår

att 13 kvinnor genomgått den typ av graviditetskris som utmärks av ett tidigt medvetet upplevande av konflikter samt egna aktiva och konstruktiva bearbetningar och åtgärder med anledning av det väntade barnet,

att 9 kvinnor inte medvetet eller bara delvis upplevde kriser, ångest och konflikter

att 11 kvinnor upplevde svåra kriser med många psykiska symptom – ångest, depression, uttalad trötthet och tvångstankar. Konflikter från barndom och uppväxt och påfrestningar i den psykosociala nu-situationen accentuerades i så hög grad att kvinnornas egna resurser att bearbeta dem inte räckte till.

Ca en tredjedel av kvinnorna upplevde förlossningen som en till övervägande del positiv eller starkt lyckosam upplevelse. Ungefär lika många kvinnor hade en starkt negativ eller traumatisk helhetsupplevelse av förlossningen med stark ångest, smärta och panik. För dessa hade smärtupplevelsen många dimensioner: paniken och hjälplösheten i ett kroppsligt förlopp som kunde leda till kroppslig skada eller t. o. m. döden, att omgivningen inte förstod och inte ville eller kunde ge hjälp, känslor av övergivenhet, ensamhet och utsatthet m. m.

I en kommentar till undersökningen framhålls att det förefaller ha varit mycket betydelsefullt om graviditeterna varit planerade och välkomna. Kvinnor som medvetet planerat och önskat barnet och kvinnor som inte medvetet planerat men haft en välkomnande attityd, hade till övervägande del upplevt positiva känslor vid graviditetsbeskedet. Kvinnor som blev gravida oplanerat och starkt oönskat erfor så gott som samtliga starkt negativa eller chockartade känslor vid graviditetsbeskedet.

Av de sammanlagt 33 graviditeterna i undersökningen redovisas 12 som planerade, 10 som ej planerade men välkomna samt 11, dvs. en tredjedel, som oplanerade. Undersökningsresultatet kan bl. a. tolkas så att kvinnor som blir gravida oplanerat och starkt oönskat löper stor risk att få svåra krisartade graviditeter och förlossningar.

Kvinnornas upplevelser av samhällets insatser och stödet i den personliga omgivningen var mycket varierande. Vissa kvinnor sökte och förklarade sig ha fått sympati från omgivningen – mannen, modern och vännerna. Samtidigt deltog dessa kvinnor i kurser (mödraundervisning och barnavårdskurs). Det framgick att dessa givit dem förutom kunskaper också käns-

lomässig kontakt med andra kvinnor i samma situation och ibland med läkarna. De levde i en förstående och stödjande omgivning.

Andra kvinnor upplevde att de fått litet eller inget stöd i sin personliga omgivning och de kände sig ensamma. Många av dem ansåg att mannen försvårat deras känslomässiga anpassning genom för stora krav, svartsjuka eller bristande inlevelseförmåga. Vid genomgång av anteckningarna från mödravårdscentralerna fann man att medeltalet för deras besök var sex till skillnad från de förstnämnda kvinnorna, som genomsnittligt hade gjort tio besök. De hade inte heller deltagit i kurser eller i någon gruppverksamhet.

I en senare undersökning har barnen följts till 1 1/2 års ålder. Härvid konstateras att de mödrar som under sjukhusvistelsen visade en negativ känslomässig inställning till barnen hade dålig kontakt med barnen under hela observationstiden och att dessa barn fick genomgående sänkt utvecklingsnivå både psykiskt och fysiskt jämfört med de övriga barnen.

De ovan refererade undersökningarna får tjäna som illustration till dels de individuellt varierande kraven på förlossningsvården och därmed också upplevelsen av hur vården fungerar, dels att en mängd bakomliggande orsaker kräver ökade kunskaper för en individorienterad helhetssyn samt dels att kvinnornas känslomässiga inställning till barnet påverkar dess psykiska och fysiska utveckling.

Vården av sjuka barn

Bland de "inre" organisationsfrågor som är utmärkande för vården av sjuka barn kan bl. a. nämnas vissa avgränsningsfrågor samt barnens reaktioner på en sjukhusvistelse liksom de fysiska, psykiska och sociala behoven hos det långvarit sjuka barnet och dess familj.

Ungefär hälften av alla barn under 15 år har någon gång legat på sjukhus. Ca 50 % vårdas på speciella barnavdelningar medan 50 % vårdas på vuxenavdelningar.

Antalet vårdplatser inom den särskilda barnsjukvården uppgår till ca 3 700. Under ett år sker ca 117 000 intagningar till dessa platser, varav ca 100 000 till den barnmedicinska och 13 000 till den barnkirurgiska samt ca 4 000 till den barn- och ungdomspsykiatriska vården. Inom den barnmedicinska vården avser ca 45 % av vårddagarna spädbarn (0–11 månader), ca 40 % barn i åldern 1–9 år och ca 15 % barn som är 10 år och äldre. När det gäller sluten vård av kirurgisk karaktär förekommer stora variationer i landet. I Stockholms läns landsting svarar de båda barnkirurgiska klinikerna för ca 90 % av den allmänkirurgiska vården av barn och länssjukhusens allmänkirurgiska kliniker för ca 10 %. I Malmöhus läns landsting vårdas 50 % av kirurgfallen på länssjukhus och 50 % på barnkirurgisk klinik. I andra områden – med större avstånd till barnkirurgisk klinik – torde andelen barn som vårdas på allmänkirurgiska kliniker vara ännu högre.

Åldersgränserna för barnsjukvården varierar och är flytande. Detta kan försvåra informationen om sjukhus–/kliniktillhörigheten till allmänhet/föräldrar men också för inremitterande läkare. Vidare kan problem uppstå – särskilt i situationer med hårt vårdtryck – vad gäller fördelningen av vårdansvaret mellan barnsjukvårdens och vuxensjukvårdens kliniker.

En annan fråga som avser barnsjukvården på företrädesvis regionsjuk-

husen är *var* barnen som är i behov av högspecialiserad vård, skall vårdas, dvs. på resp. specialklinik eller sammanhållna på barnkliniker inom sjukhuset.

För barnet kan sjukhusvistelsen innebära matning, tvättning, smärtsamma ingrepp som inte bara ter sig meningslösa utan även kan uppfattas som elakhet från personalens sida. Den kan också innebära sängläge dygnet runt, något som upplevs som ett ytterligare tvång.

I en undersökning som under år 1970 genomfördes vid Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus och vid barnkliniken på Karolinska sjukhuset intervjuades mödrarna till 107 barn i åldersgrupperna 6 månader till 6 år en vecka efter barnets hemkomst från sjukhuset. Omkring 60 % hade vårdats mindre än en vecka och 11 % längre än två veckor. Ungefär hälften hade legat på isoleringsrum, de övriga på salar av varierande storlek. Besökstiderna varierade från 1 timme/dag på vissa avdelningar till 5–6 timmar på andra. De flesta barnen fick besök dagligen.

I intervjun uppgav 49 av 107 tillfrågade mödrar att "barnet var sig olikt" efter sjukhusvistelsen, 45 att "det var sig likt", övriga 13 var osäkra. På frågor om förekomst av nervösa symptom angav 86 mödrar förändringar. Barnen mellan 1 och 4 1/2 år visade oftare än övriga nervösa symptom.

Frågan om de psykologiska konsekvenserna av en sjukhusvistelse har varit föremål för en hel del forskning. Resultatet har blivit en barnvänligare miljö på de flesta barnavdelningar. Lek- och sysselsättningsterapi har införts. Skolundervisning är obligatorisk för barn i skolåldern. Besökstiderna har i många fall förlängts. På vissa barnavdelningar uppmanas föräldrarna att inte bara besöka sina barn ofta utan även att delta i deras personliga omvårdnad.

Många barn vårdas emellertid inte på barnavdelningar utan på specialkliniker för vuxna. Systematiska undersökningar finns som bekräftar att barn kan råka ut för svåra frustrationer[1] under sjukhusvistelser efter relativt kort tid, men att dessa reaktioner minskar i frekvens och svårighetsgrad om miljön är anpassad till barnets behov.

I början av 70-talet genomfördes en undersökning i syfte att ge en bild av barnpatienternas situation på regionsjukhuset i Linköping (39 kliniker) och – som jämförelse – vissa sjukhus i övriga landet (33 kliniker). Resultatet pekar på att vid flertalet barnkliniker har hänsyn tagits till barnpatienternas speciella behov vad avser föräldrakontakt, sysselsättning och miljö. Vid övriga tillfrågade kliniker där barn vårdas har däremot i mer än hälften av alla fall sådana hänsyn inte kunnat tas.

Av det totala antalet svenska barn under 15 år (ca 1,6 miljoner) har 3–3,5 % en långvarig sjukdom eller permanent handikapp. Antalet barn inom några stora sjukdomsgrupper framgår av tabell 4.3.

[1] Besvikelser.

Tabell 4.3

Psykisk utvecklingsstörning	13 500
Cerebral pares[a]	2 500 – 3 000
Ryggmärgsbråck	ca 1 000
Epilepsi	15 000 – 25 000
Syn- och hörselskadade	ca 10 000
Muskelsjukdomar	400 – 600
Astma	ca 18 000
Diabetes	1 000 – 3 000
Cystisk fibros[b]	180

Källa: Läkartidningen nr 37/1976.
[a] Hjärnskador som har det gemensamt att de medför en störning av musklernas funktion.
[b] Körtelrubbning som påverkar lungor och matsmältningsorgan.

Siffrorna gör inte anspråk på fullständighet eller exakthet utan ger bara problemets storleksordning. Det totala antalet barn är mindre än summan av dessa grupper, eftersom samma barn kan förekomma i mer än en sjukdomsgrupp. Å andra sidan är t. ex. trafikskador, reumatoid artrit[2] hemofili[3] njursjukdomar och många andra inte alls med.

Sammanfattningsvis kan konstateras:

- För det korttidssjuka barnet kan sjukhusvistelsen innebära förhållanden som står i stark motsats till barnets inneboende behov och därför är möjligheten att känna trygghet i kontakterna med personalen av utomordentligt stor betydelse.
- Ett stort antal barn vårdas på kliniker avsedda och organiserade för vuxensjukvård. Barnets situation på dessa kliniker bör särskilt uppmärksammas.
- Det långtidssjuka barnet och dess familjs situation måste – med hänsyn till de fysiska, psykiska och sociala behoven – bedömas i ett sammanhang.
- Kontinuiteten mellan barn/föräldrar å ena sidan och personalen å andra sidan är viktig såväl inom den slutna korttidsvården som vid behandling i öppen vård av långvarigt sjuka barn.

Somatisk akutvård

Som exempel på vårdsituationer i den somatiska akutvården lämnas i det följande en redogörelse avseende verksamheten inom den internmedicinska och allmänkirurgiska vården som tillsammans svarar för något över hälften av den somatiska akutvården.

Beskrivningen torde i viss utsträckning äga tillämpning även inom de medicinska resp. kirurgiska subspecialiteterna.

Den slutna internmedicinska vården omfattar ca 10 800 vårdplatser. Antalet intagna patienter uppgår under ett år till ca 300 000. Det sammanlagda antalet vårddagar är i storleksordningen 3,5 miljoner per år. Motsvarande uppgifter för den allmänkirurgiska vården är 9 600 vårdplatser, 295 000 intagna patienter och 2,7 miljoner vårddagar.

Inom ramen för forskningsprojektet "Sjukhusets psykosociala arbetsmiljö" har genomförts en intervjuundersökning med tyngdpunkten lagd på vårdavdelningspersonal vid ett länsdelssjukhus. I en preliminär sammanställning (9) av intervjuundersökningen har forskargrupper utifrån patientens situation bl. a. behandlat frågan om hur "akutvårdsmodellen" fungerar inom

[2] Kronisk ledgångsreumatism.

[3] Blödarsjuka.

akutvården. I anslutning härtill har lämnats en redogörelse för medicin- och kirurgpatientens situation och vårdavdelningens organisation. I det följande återges i starkt koncentrerad form vissa avsnitt som belyser patientsituationen.

Patienterna på de medicinska avdelningarna är genomsnittligt äldre och har något längre vårdtid än patienterna på kirurgavdelningarna. Patienterna på de senare avdelningarna har vanligtvis en fastställd diagnos och vet ungefär hur länge de skall stanna kvar på sjukhuset.

På medicinavdelningen vet patienterna mindre om sin sjukdom och sjukdomens förlopp, vilket skapar oro och nedstämdhet. Man vågar ofta inte fråga öppet vilken sjukdom man lider av eftersom sjukdomen kan vara obotlig eller kan ha uppfattats som symtom på sociala svårigheter, som man inte gärna vill diskutera.

Frågar patienten vårdpersonalen får denna ofta hänvisa till doktorn, eftersom vårdpersonalen inte vet vad man kan säga till patienten och hur läkaren tolkar informationen om patienten och hans sjukdom. Patienten blir många gånger inte tillfredsställd av läkarnas svar på frågorna. De förstår inte riktigt vad doktorn menar eller också hör de inte riktigt vad doktorn säger och törs inte fråga om.

Enligt ovannämnda rapport är kirurgpatienterna aktivare och mera intresserade av varandra än vad patienterna på medicinavdelningarna är. Det sociala samspelet på kirurgavdelningarna är avsevärt mycket intensivare än på medicinavdelningarna. En annan iakttagelse som redovisas i rapporten är att medicinpatienterna hela tiden går och väntar på vad som skall hända och oroar sig över hur det skall bli. De är fullt sysselsatta med sina egna tankar omkring den egna situationen och upplever inte bristen på sysselsättning lika kraftigt som patienterna på kirurgavdelningen.

Forskargruppen menar att den situation som medicinpatienten befinner sig i inte uppstår enbart som ett resultat av karaktären hos den "sjukdom" som patienten lider av utan att det finns ett samband mellan patientens situation och den organisatoriska strukturen.

Ur rapporten citeras följande:

"Trots att de medicinska utredningarna i mindre utsträckning än vad gäller kirurgavdelningen leder till att man hittar avgränsade sjukdomar som är möjliga att bota, så utförs dock utredningarna på liknande sätt både på medicin- och kirurgavdelningarna. Med andra ord: Det är inte bara sjukdomen i sig som avgör hur patienten känner sig och beter sig. Patientens situation uppstår genom växelverkan mellan sjukhusmiljön (bl. a. arbetsorganisationen) och sjukdomen patienten lider av.

Läkarna på medicinavdelningen befinner sig ofta i en helt annan situation under diagnostiseringsprocessen än vad läkarna på kirurgavdelningarna gör. Behandlingsplanerna som utarbetas får också många gånger andra konsekvenser för medicinpatienterna jämfört med patienten på kirurgavdelningen. Trots detta informeras patienterna på i stort sett likartat sätt vid båda dessa avdelningar. Vi menar att detta kan tas som uttryck för att "akutvårdsmodellen" inte medger den flexibilitet som skulle behövas i samspelet mellan vårdad och vårdare (alternativt vårdad och vårdgruppen)."

Enligt rapporten är det troligt att medicinpatientens symptom ofta kan vara tecken på svårigheter i den totala livssituationen. Det sociala samspelet med andra människor, kanske arbetets krav, kan många gånger vara den hu-

vudsakliga orsaken till varför patienten befinner sig på sjukhuset och ber om hjälp. Att "utestänga" patienten från behandlingsarbetet i ett sådant fall kan få negativa följder för behandlingsresultatet.

En annan illustration till "akutvårdsmodellens" följder är att patienterna uppmärksammas mest när deras medicinska status drastiskt förändras. Då intensifieras de olika personalkategoriernas arbete och läkaren tillkallas.

Medicinpatientens vårdbehov anses – enligt rapporten – många gånger handla om den omvårdande, lindrande och omhändertagande aspekten av sjukvården. Behandlingsinsatsernas inriktning blir då att lindra smärta, ge stöd, uppmuntra och kanske främst att tillsammans med patienten och eventuellt dennes anhöriga uttolka och ge förklaringar på vari lidandet eller störningen består, hur det har uppkommit samt att förklara för patienten och de anhöriga hur sjukdomsförloppet kommer att se ut men även på vilket sätt det eventuellt kommer att reducera livsföringen. Med ovanstående som exempel framhålls att det föreligger en fara för att medicinavdelningarnas patienter inte får en vård som är tillräckligt helhetsorienterad.

Sjukhusvistelsen för kirurgpatienterna ter sig mindre problematisk än vad som gäller för medicinpatienterna. På en kirurgavdelning stämmer personalen och patienternas bedömning av vårdbehovet bättre överens än på medicinavdelningen. Det ställs en diagnos, ett ingrepp görs och efter en tids konvalescens är patienten ofta botad. Patienten har förväntningar på vad som skall hända och dessa stämmer överens med vad patienten möter på sjukhuset. Sjukhusvistelsen blir ett kort mellanspel i livet.

Utgångspunkten – för ovan högst summariskt återgivna resonemang – har enligt rapporten varit patientens situation på de avdelningar som besökts vid intervjutillfället. Sammanställningen av intervjuerna syftar inte till att ge en medicinsk eller psykologiskt/socialt heltäckande bild. I en kommentar till beskrivningen framhålls även att det finns variationer såväl från dag till dag som mellan olika patienter men att redogörelsen kan tjäna som en allmän karaktärisering av patientens situation.

Ovanstående bedömning av kirurgpatienternas situation avser den enklare "vardagskirurgin" vilket också påpekas i rapporten.

Vid större operativa ingrepp eller plötsliga invaliditetstillstånd blir bilden en annan. Långvariga psykiska följder är där inte ovanliga och sammanhänger med vilken betydelse ingreppet haft för individens egen indentitet och dennes sociala roll.

Psykiatrisk vård

Med nuvarande omfattning på den psykiatriska vården kommer ungefär hälften av befolkningen vid något tillfälle under sitt liv att anlita psykiatrisk specialisthjälp. Psykiska problem och besvär utan sådan specialkontakt är vanliga och finns i stor omfattning hos patienter på allmänläkarnas mottagningar.

De helt dominerande psykiatriresurserna är i dag knutna till den slutna vården. Det genomsnittliga antalet patienter uppgår per dag till ca 28 000. Under 1970-talet har kunnat registreras en reduktion på ca 1 % av antalet vårdade patienter per dag medan medelvårdtiderna reducerats med 32 %. Antalet intagningar har stigit med 28 %. Antalet besök i öppen psykiatrisk

vård har under 1970-talet ökat med 20 %. Tillgänglig statistik medger inte någon närmare analys av vilka förändringar som skett i psykiatrins avgränsning mot andra vårdformer. Det förefaller dock sannolikt att missbrukargrupperna ökat sin andel medan en grupp dementa patienter överförts till den somatiska långtidssjukvården.

För patienter med psykiska problem och sjukdomar är vårdens tillgänglighet av största betydelse liksom möjligheterna till kontinuitet i kontakterna mellan patienter och vårdpersonal. Av största vikt är också att vården kan ges med så små ingrepp i den normala livsföringen som möjligt med hänsyn till de betydande hospitaliseringsrisker som påvisats i en rad olika undersökningar.

Den nuvarande psykiatriska vårdens struktur är föga lämpad att tillgodose de angivna kraven på en helhetssyn, lättillgänglighet och kontinuitet. Koncentrationen till sluten vård vid stora isolerade institutioner med hög personalrörlighet och specialisering ger inte vårdpersonalen en rimlig chans att motsvara kraven från patienter och anhöriga.

Stockholms läns landsting har tillsammans med Spri drivit en försöksverksamhet med en förändrad psykiatrisk vård i det s. k. Nacka-projektet. Utgångspunkten har varit att försöket skall omfatta all psykiatrisk vård för en geografiskt avgränsad del av länets befolkning (Nacka och Värmdö kommuner) inkl. jour-, konsult- och rådgivningsverksamhet. Av praktiska skäl har försöket inledningsvis inte omfattat sluten vård eller vissa missbrukargrupper. Nacka-projektet har under en tvåårsperiod mött 5,9 % av den vuxna befolkningen som patienter. Inräknas samtliga kontakter vid familjebesök etc. har ca 9 % av totalbefolkningen varit i kontakt med företrädare för projektet.

Erfarenheterna från försöket visar bl. a. att intensifierade tidiga insatser under sjukdomsförloppet avsevärt kan reducera behovet av slutenvårdsinsatser. Med en i det närmaste fördubblad öppenvårdsverksamhet per invånare har intagningarna till sluten vård reducerats med 32 % varvid medräknats samtliga som intagits under försöket och som utskrivits inom tre månader efter periodens utgång. Den "stationärt" intagna gruppen ingår således inte.

Av särskilt intresse är den förändrade arbetsfördelning som Nacka-projektet inneburit med ett utpräglat lagarbete och en "inbyggd" utbildnings- och rådgivningsfunktion för personalen. Nacka-projektet har arbetat i tre team som vart och ett bestått av en överläkare och en underläkare, två kuratorer, två mentalskötare, två psykologer, två sjuksköterskor, tre kontorister samt ett ekonomibiträde på halvtid. Ytterligare en underläkare tjänstgör som jourkompensationsvikarie.

Teamen har arbetat med dagliga konferenser på 1–1 1/2 timma där man haft dels en genomgång av dygnets jourkontakter, dels behandlat olika verksamheter såsom konsultation, förebyggande verksamhet, administrativa frågor och liknande, dels bedrivit handledning och genomgång av pågående behandlingar. Ledningsfunktionen har utövats genom klinikkonferenser en gång per månad och koordinationskonferenser en gång per vecka. Härutöver har det funnits ett antal arbetsgrupper för t. ex. forskningsfrågor och vård av alkoholister.

I och med den intensiva internutbildningen och handledningen har läkar-,

psykolog- och kuratorsgruppernas dominerande ställning i behandlingsarbetet blivit mindre uttalad. De fortlöpande kontakterna med patienterna fördelar sig med en fjärdedel på läkare (25 %), en tredjedel på psykologer och kuratorer (36 %) samt en dryg tredjedel på sjuksköterskor och mentalskötare (39 %).

Inom såväl den psykiatriska vården som den somatiska långtidssjukvården vårdas ett stort antal åldersdementa patienter. Vissa beräkningar pekar på storleksordningen 30 000. Härutöver återfinns personer med åldersdement beteende på ålderdomshem (ca 12 000) och i egna hem eller serviceboende av olika slag (ca 20 000).

Inom ramen för landstingsförbundets, Svenska kommunförbundets, socialstyrelsens och Spris samarbetsprojekt – Omhändertagande av åldersdementa – har genomförts en fältstudie bl. a. i syfte att kartlägga vårdpersonalens uppfattning om och inställning till åldersdementa patienter. I studien ingick 12 enheter (fem vårdavdelningar inom vardera somatisk långtidssjukvård och psykiatrisk vård samt två ålderdomshem). Delar av undersökningsresultatet redovisas i det följande.

De förbättringsförslag av vården för de åldersdementa som av personalen främst framfördes var mer hemlik miljö, fler möjligheter till meningsfull sysselsättning, fler möjligheter till kontakter utanför vårdinstitutionen och mer tid för personalen att umgås med patienterna och ha dem med i det dagliga rutinarbetet.

Beträffande arbetsterapi för dessa patienter var personalen inom alla vårdformerna överens om att den åldersdemente patienten/pensionären behövde mer individuellt anpassad handledning än som i dag är möjlig på de flesta ställen. Ett ofta uttalat önskemål var att man ville utnyttja arbetsterapeutresurserna i form av handledning till avdelningspersonalen. Detta var ett uttalat önskemål även för andra typer av expertsamarbete, t. ex. sjukgymnast, psykolog, läkare m. fl.

På de flesta av de besökta avdelningarna ansåg man sig inte behöva fler specialutbildade experter i vården av de åldersdementa, än vad man redan hade. På några avdelningar poängterade man att det behövdes mer utbildad avdelningspersonal, och på några avdelningar ville man ha samarbete med psykolog.

Samarbetet med anhöriga betraktades av vårdpersonalen som otillräckligt på de flesta av de besökta avdelningarna. Man ville ha bättre kontakt med de anhöriga och möjlighet att ge dem mer information om arbetet på respektive avdelning. Anhörigträffar hade prövats med positivt utfall på några ställen och på flera andra ställen planerade man sådana kontakter.

Målsättningen med omvårdnaden av de åldersdementa patienterna kan – oberoende av vårdform – sägas bestå i att dels så långt möjligt reducera de negativa följderna av "sjukdomstillståndet" för den enskilde, dels att ta vara på och stimulera de bevarade psykiska och fysiska funktionerna.

Av grundläggande betydelse härför är tillgodoseendet av en trygg/stationär och tillika individorienterad och aktiverande miljö.

Med stigande ålder följer normalt vissa svårigheter att anpassa sig till förändringar av olika slag. Behovet av en stationär och trygg miljö är därför särskilt stort hos de åldersdementa patienterna och bör kunna åstadkommas genom bättre vårdkontinuitet mellan patienter och personal, en minimering

av flyttningar mellan olika vårdavdelningar och institutioner, arrangemang i den fysiska miljön som underlättar patienternas orienteringsförmåga samt fasta dagliga rutiner. Någon form av grupporienterad arbetsorganisation bidrar till att patienten inte konfronteras med alltför många nya ansikten.

På grundval av de erfarenheter som inhämtats i samband med fältkontakter har den ovannämnda projektgruppen gjort den bedömningen att det inte krävs någon speciell psykiatrisk sjukvårdsutbildning för att kunna åstadkomma en gynnsam miljö för de åldersdementa patienterna, med undantag av de patienter som anses böra omhändertas inom den psykiatriska vårdorganisationen.

Vad som däremot behövs är relativt massiva insatser av fortbildning i syfte att bl. a. skapa engagemang, förståelse, känsla och intresse för dessa patienter.

Somatisk långtidssjukvård

I följande avsnitt behandlas de långtidssjuka och långtidssjukvården. Som utgångspunkt för beskrivningen har beaktats den av utredningen Hälso- och sjukvård för äldre genomförda problemanalysen.

Av sjukvården krävs insatser inte bara för att förebygga, bota och lindra sjukdomarna utan även för att så långt möjligt reducera de sekundära verkningarna för den enskilde patienten. Att vara långtidssjuk innebär inte bara att ha en sjukdom länge. Med svårartad långvarig sjukdom följer automatiskt ökade risker för andra sjukdomar, social isolering och ett beroendeförhållande till andra, som kan vara förödande för den enskildes självkänsla, engagemang och möjligheter till olika aktiviteter. Karakteristiskt för patienten i långtidssjukvården är de medicinskt, socialt och psykologiskt sammansatta och tunga vårdbehoven, där olika insatser måste grundas på en helhetsbedömning av patientens situation, vilket förutsätter ett brett kunnande hos personalen.

Förskjutningen i befolkningen mot en större andel äldre har stor betydelse för behovet av hälso- och sjukvård. En undersökning, som landstingsförbundet genomförde tillsammans med kommunalekonomiska utredningen och som utgick från förhållandena år 1970, visade bl. a. att ca 50 % av all sluten vård ges åt den tiondel av befolkningen som är äldst. Knappt 3 % av befolkningen var 80 år eller äldre men den tog i anspråk ca 25 % av det totala antalet vårddagar i hälso- och sjukvården. Sambandet mellan ålder och sjukvårdskonsumtion är mest påtagligt inom långtidssjukvården men gäller även somatisk akutvård och psykiatrisk vård.

Sluten vård av långtidssjuka patienter förekommer inte bara inom den somatiska långtidssjukvården utan även inom den somatiska akutvården (somatisk korttidsvård) och den psykiatriska vården. Härtill kommer långtidssjuka i hemsjukvård, vid ålderdomshem och enskilda sjukhem (vårdhem). De långtidssjuka inom den psykiatriska vården består till viss del av åldersdementa patienter.

Såväl av mänskliga som av resursskäl är det av fundamental betydelse att den aktuella vårdformen svarar mot patientens behov. Detta gäller både i kvantitativ och kvalitativ mening. Akutsjukvårdens stora och specialiserade diagnostiska och terapeutiska resurser innebär för de flesta långtidssjuka

ett alternativ, som under en längre vårdtid dåligt stämmer med vårdbehoven och kan medföra inskränkningar i den normala livsföringen som förstärker i stället för reducerar sjukdomens effekter. Samma risker finns för de långvårdspatienter, där dagvård eller hemsjukvård inte är ett tillgängligt alternativ liksom där den slutna långtidssjukvården har otillräckliga resurser för rehabilitering och aktivering.

Kännetecknande för de långtidssjuka inom den somatiska och psykiatriska långtidssjukvården är bl. a. hög ålder och stor vårdtyngd. Inom den somatiska långtidssjukvården är inte mindre än 55 % av patienterna 80 år och äldre. Motsvarande uppgift för hela den psykiatriska vården är ca 15 %. Inom psykiatrin har andelen patienter i åldern 80 år och äldre mer än fördubblats under de senaste 15 åren.

Närmare 85 % av de somatiskt sjuka och 35 % av de som vårdas inom den psykiatriska vården måste ha hjälp av en eller flera personer med sänggående. Inom den somatiska långtidssjukvården måste var 3:e patient matas, mer än varannan är rullstolsbunden och hälften av patienterna har kombinerade psykiska och fysiska vårdbehov.

Närmare hälften av dagens långvårdspatienter har en vårdtid på mer än två år. Tre av fem patienter har vårdats mer än ett år. Den genomsnittliga vårdtiden kan uppskattas till ca två år för samtliga patienter inom långtidssjukvården.

Mot denna bakgrund är det viktigt att tona ner sjukhusets karaktär av akutvård. Verksamheten bör inte bara inriktas på rehabilitering av olika funktioner utan också på att ge livet i övrigt mening och innehåll. Att ta vara på det friska hos patienten och utveckla detta är en viktig målsättning.

En intervjuundersökning, som avser att ge information om hur patienter vid ett långvårdssjukhus upplever sin situation redovisas i Psykotekniska institutets rapport "Långvårdspatienten talar" (10). Patienterna får komma till tals om sin tillvaro på sjukhuset, får beskriva dagens innehåll, sina kontakter med medpatienter och vårdpersonal, anhöriga och bekanta, berätta om sina aktiviteter, såväl när det gäller träning och behandling som "fritids"-sysselsättning. Undersökningen, som omfattar 40 patienter, har inte haft till syfte att belysa de statistiskt mest företrädda åsikterna (motsv.) utan att redovisa bredden i det material som framkommit. Forskargruppen framhåller bl. a. att i och med att vårdtiden för de långtidssjuka blir lång övergår sjukhusvistelsen till att bli en "livsform" där de rent medicinska vårdbehoven minskar medan behovet av kontakt, aktivitet, stimulans och personlig integritet ökar.

Av en undersökning (11) om hur långvårdspatienterna upplever sjukhemsmiljön, som gjordes av Värmlands läns landsting år 1973 framgår bl. a. att

4 av 10 vill ha eget rum men bara 2 har det
3 av 10 vill välja rumskamrat men bara var 20:e får det
6 av 10 sällan eller aldrig träffar gamla bekanta eller unga människor.

För långtidssjukvården gäller att vårdarbetet har en delvis annan inriktning än motsvarande arbete inom andra vårdverksamheter. Inom långtidssjukvården har omvårdnad och rehabilitering stor betydelse. De ofta starkt specialiserade diagnostiska och behandlande funktioner, som präglar

akutsjukvården, spelar en mer begränsad roll inom långtidssjukvården. Attityderna till omvårdnad och rehabilitering är emellertid inte lika positiva som attityderna till diagnostik och terapi. Men hänsyn härtill men också till att arbetet inom långtidssjukvården ibland är tungt och psykiskt påfrestande anses detta verksamhetsområde av många ha en låg status. En av orsakerna till dessa attitydskillnader torde vara att dagens vårdutbildningar är starkt präglade av akutsjukvårdens – och då framför allt den slutna akutsjukvårdens – värderingar.

Vård i livets slutskede

Förskjutningen i befolkningen mot allt högre åldrar innebär att det årliga antalet dödsfall i landet ökar. År 1950 dog ca 70 300 personer mot ca 88 200 år 1977. Ökningen kommer att fortsätta och för år 1990 kan förutses ca 105 000 dödsfall enligt gällande prognoser. För hälso- och sjukvårdens del ökar anspråken också till följd av en fortgående omfördelning av uppgifter från anhöriga till samhället. Överslagsmässiga beräkningar tyder på att mellan 75 och 85 % av samtliga dödsfall inträffar på sjukhus. Av dödsfall inom sjukvården äger 45 % rum på kliniker för medicinska specialiteter, ca 20 % på kirurgiska kliniker, 25–30 % inom långtidssjukvården och 1–2 % vid onkologiska kliniker (enligt en undersökning av Feigenberg och Fulton). Genom tre expertrapporter (SOU 1977:81, 82 och 85) har "Utredningen rörande vissa frågor i livets slutskede" belyst behoven av och möjligheterna till en bättre utbildning inom området. I det följande ställs bl. a. – på grundval av dessa rapporter – några vårdorganisatoriska frågor som inte är specifika för vård i livets slutskede men tveklöst har en särskild tyngd i dessa sammanhang.

- Har i den praktiska sjukvården en rimlig avvägning gjorts mellan insatser för att å ena sidan bota sjukdomar och å andra sidan lindra dess effekter? Har sjukvården en förnekande eller överslätande attityd till det psykologiska förloppet under döendet?
- Får all den personal som svarar för patientkontakterna den erforderliga informationen?
- Varför uppfattas patient- och anhörigkontakter inte som "fullvärdigt" arbete av många sjukvårdsanställda?
- Kan personalens behov av att bearbeta sin egen rädsla och ångest inför svår sjukdom och död bättre beaktas i vårdorganisationen?
- Vilka vårdorganisatoriska åtgärder kan vidtas för att stödja anhöriga och underlätta deras situation?
- Vilka problem i vård- och arbetsmiljön innebär utnyttjandet av extravak utanför arbetsgemenskapen och ofta med begränsade kunskaper och erfarenheter?
- Kan vi få en arbetsfördelning som bättre tar till vara och utvecklar all personals kunskap och erfarenhet?

Den refererade undersökningen tyder på att avlidna patienter haft längre vårdtider än övriga patienter. För majoriteten av de avlidna patienterna även vid akutsomatiska kliniker gäller att vårdtiden är så lång att tidsmässiga

förutsättningar finns för att kontakt skall kunna etableras mellan patient, personal och anhöriga. Till detta bidrar att en stor del av patienterna tidigare har vårdats vid samma klinik. Den övervägande delen av patienterna är också helt eller delvis klara och kan samtala med personal och anhöriga under den sista levnadstiden. En mycket stor del lider av smärta och ångest, andnöd eller andra besvär som man inte alltid kan behandla med framgång. Enbart för ett relativt litet antal patienter pågår intensiva undersökningar och behandlingar ända fram till dödstillfället. Men även övriga patienter har i stor utsträckning haft vad som i dagligt tal kan betecknas som slangar, dvs. patienten har haft vätskeinfusion, ventrikelsond, urinvägskateter, syrgasbehandling etc.

Följande citat får illustrera patientens utlämnade situation.

"De döende patienterna är på grund av sitt påverkade tillstånd och mängden av sjukdomssymptom hänvisade till personalen för hjälp med de fundamentala mänskliga behoven. Den basala omvårdnaden är en viktig del av vården – att ligga skönt, att vara ren, att få hjälp med att sköta sina naturbehov – och innebär också en grund för den kontakt patienten har med andra människor under sin sista tid."

Undersökningen visar att de patienter som varit vid klart medvetande under sin sista levnadsvecka samtalat med personalen om såväl sitt allvarliga sjukdomstillstånd som om mer allmänna frågor. I det förra fallet har kontakterna oftast skett mellan läkare och patient medan kontakterna i det senare fallet främst riktat sig mot övrig vårdpersonal. Ett betydande problem som ofta framhålls av vårdpersonalen är den otillräckliga kännedom om patientens sjukdomstillstånd och osäkerheten om vad man "får" och bör ge för information. Personalen är i stor utsträckning osäker om patientens insikt om sin egen situation.

Den refererade undersökningen visar att patienterna hade ett stort antal anhöriga som direkt eller indirekt hade kontakt med vårdavdelningen. Ungefär en tredjedel av patienterna hade en anhörig som vakade hos dem och ungefär hälften av dessa deltog i vården av den döende. De anhöriga hade i ungefär 30 % av fallen möjlighet att övernatta och få mat på sjukhuset. I närmare 80 % av fallen hade anhöriga personlig kontakt med vårdpersonalen under patientens sista levnadsdygn. Ca 70 % av de döende hade besök tre gånger eller mer av anhöriga under sin sista levnadsvecka. Mycket tyder på att den resurs som de anhöriga utgör kan tas till vara på ett bättre sätt.

I vården av döende patienter accentueras många av de generella problem som dagens sjukvård har att brottas med. Den grundläggande respekten för den enskilda människans personlighet och behov av gemenskap medför krav på en kontinuitet i vården som äventyras vid specialisering och uppdelning av patientkontakterna på en rad olika personalgrupper. En personlig och förtrolig kontakt mellan patient, anhöriga och vårdare förutsätter att de får möjligheter att lära känna varandra och successivt bygga upp ett förtroendeförhållande, som kan ge värme och tröst i en svår situation.

Sammanfattning av patientkrav

Sammanfattningsvis kan konstateras, att från patientens utgångspunkt bör utvecklingen av sjukvårdens inre organisation bl. a. syfta till

- ☐ Bättre kontinuitet i kontakterna mellan personal och patienter.
- ☐ En reduktion av personalrörligheten.
- ☐ Bättre information till och ökat samråd med patienten om vederbörandes sjukdomstillstånd, behandlingsmöjligheter, medicinering etc.
- ☐ En minskad specialisering av arbetsinsatserna inom omvårdnadsområdet.
- ☐ En arbetsfördelning inom vårdenheten som minimerar antalet befattningshavarare kring varje patient.
- ☐ Ökad kunskapsspridning om förekommande behov inom olika vårdområden och patientsituationer samt möjligheter att på ett mer adekvat sätt möta patienternas psykologiska och sociala behov.
- ☐ Ökad aktivering och utveckling av den långtidssjukes "friska" funktioner.
- ☐ En fysisk vårdmiljö som underlättar avskildhet för den som önskar men i övrigt främjar gemenskap och samvaro.
- ☐ En hemliknande miljö med möjligheter att vid långvariga sjukhus/sjukhemsvistelser tillgodose individuella önskemål om sovtider, måltider, möblering av vårdrummet, användning av egna kläder etc.
- ☐ En vårdutbildning som i större utsträckning tar hänsyn till det ökade antalet äldre och deras speciella behov och problem och en ökad tonvikt på omvårdnadens betydelse.

Personalens krav på hälso- och sjukvården

I redovisningen nedan av de fackliga organisationernas krav har frågeställningarna koncentrerats till vad som kan anses väsentligt för en diskussion om vårdarbetet i framtiden mot bakgrund av de frågor kommittén enligt utredningsdirektiven skall överväga. Tyngdpunkten i redovisningen har, bl. a. beroende på tillgången av material, kommit att ligga inom den slutna sjukhusvården. Ett annat skäl är att arbetsorganisationen i den slutna vården i särskilt hög grad har diskuterats och kritiserats från personalens utgångspunkter.

En utgångspunkt för den följande diskussionen är

dels att arbete grundar rätt till inflytande över den egna arbetssituationen
dels att vårdpersonalens insatser är avgörande för vårdkvaliteten.

Grunden för arbetstillfredsställelse och en god arbetsmiljö är en yrkesstruktur där ansvar och uppgifter är fördelade så att var och en får tillfälle att utföra ett meningsfullt arbete, att utveckla sitt yrkeskunnande och känna yrkesstolthet. Arbetsorganisationen inom sjukvården är inte uppbyggd på principen om allas lika rätt och möjligheter till tillfredställelse i arbetet. Tvärtom bygger arbetsorganisationen på två principer som båda kan verka i motsatt riktning. Den ena, arbetsförenkling, bygger på att arbetsuppgifter brutits ner till enahanda sysslor som lätt kan läras in och där individen

oftast är lätt utbytbar. Den andra principen, specialisering, har sin grund i den utveckling av kunskapsmassan som omöjliggör för en enskild individ att behärska all relevant kunskap. En allt vanligare uppfattning är att dessa principer för arbetsdelning inte längre kan anses ändamålsenliga ens ur produktivitetssynpunkt.

Arbetsförenklingen motverkar sitt syfte genom att människorna i dag har kunskaper och ambitioner som går vida utöver vad som krävs för att utföra de tilldelade arbetsuppgifterna. Om endast en liten del av människans resurser utnyttjas i arbetet minskar arbetstillfredsställelsen vilket skapar problem av olika slag.

Specialiseringen utgör dock ett svårare problem. Den medicinska kunskapsmassan fortsätter att växa vilket gör den alltmer svårgripbar för den enskilde och kräver en specialisering i medicinska verksamhetsområden. Härtill kommer en arbetsspecialisering som har sin grund i att arbetsuppgifterna inom ett medicinskt verksamhetsområde måste delas mellan de anställda med hänsyn till vederbörandes kompetens i form av utbildning och erfarenheter samt kunskaper och intresse i övrigt.

Berörda fackliga organisationer och arbetstagargrupper

Ett stort antal fackliga organisationer och personalgrupper är verksamma inom hälso- och sjukvårdssektorn.

De största var vid årsskiftet 1978/79 följande: (uppgifterna lämnade av resp. organisation)

	Antal medlemmar inom hälso- och sjukvård	Antal medlemmar totalt
LO		
Svenska kommunalarbetarförbundet (SKAF) organiserar bl. a. undersköterskor, sjukvårdsbiträden, ekonomipersonal inom landstingskommunalt och kommunalt avtalsområde	ca 195 000	ca 457 000
Statsanställdas förbund organiserar motsvarande grupper inom det statliga avtalsområdet	ca 2 900	ca 190 000
TCO		
Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF) organiserar sjuksköterskor, barnmorskor, lab.ass., med.tek.ass. inom sjukvårdens samtliga avtalsområden	ca 59 000	ca 61 000
Sveriges kommunaltjänstemannaförbund (SKTF) organiserar, bl. a. administrativ personal, arbetsterapeuter, kuratorer inom landstingskommunalt och kommunalt avtalsområde	ca 9 000	ca 121 000
Statstjänstemannaförbundet (ST) organiserar motsvarande tjänstemannagrupper inom det statliga avtalsområdet	ca 1 800	ca 110 000
Svenska fackläraförbundet organiserar bl. a. yrkeslärare och förskollärare	ca 2 000	ca 50 000

	Antal medlemmar inom hälso- och sjukvård	Antal medlemmar totalt
SACO/SR		
Sveriges Läkarförbund	ca 17 000	ca 17 000
Sveriges Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund	ca 5 000	ca 5 000
Sveriges Socionomers Riksförbund (SSR)	ca 3 000	ca 10 000
Sveriges Tandläkarförbund	ca 8 500	ca 8 500
Sveriges Farmaceutförbund	ca 4 800	ca 4 800
Sveriges Psykologförbund	ca 2 000	ca 5 000
Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter	ca 1 400	ca 2 300
Inom hälso- och sjukvården finns yrkesverksamma, som är medlemmar i andra fackliga organisationer, exempelvis Sveriges Arbetsledarförbund (TCO) och Jurist- och samhällsvetarförbundet (SACO/SR).		

De fackliga organisationernas program för vårdarbetet

De hälso- och sjukvårdsanställdas fackliga organisationer har på olika sätt redovisat krav på vårdarbetet, Önskemål om förändringar kan inte enbart härledas ur de problem och svårigheter som är förknippade med själva vårdarbetet, utan sammanhänger med en ändrad syn på arbetet och arbetsorganisationen som inte är specifik för hälso- och sjukvårdssektorn. De fackliga kraven i fråga om medbestämmande, arbetsmiljö och arbetslivets övriga centrala frågor är desamma för hela arbetsmarknaden och har sin grund i en strävan till demokratisering av arbetslivet. Nedan redovisas i korthet Svenska kommunalarbetarförbundets, Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbunds samt Sveriges läkarförbunds och övriga berörda SACO/SR-förbunds synpunkter var för sig så som de kommit till uttryck i diskussionsskrifter, avtalsförslag, medbestämmandeprogram etc.

Svenska kommunalarbetarförbundet (SKAF)

För att förverkliga samhällets hälso- och sjukvårdspolitik krävs att hänsyn tas till den personal som skall utföra vården. En modern hälsopolitik kan inte genomföras utan att den hierarkiska ordningen bryts ner, vilket förutsätter en ändrad vård- och personalstruktur. En utvecklad personalpolitik krävs för att komma till rätta med bristen på personal och för att kunna ta tillvara den resurs som de anställdas intresse och erfarenhet utgör. För att kunna anställa och behålla personal behövs ökade personaladministrativa resurser i form av introduktion, utbildning, information etc. Arbetet bör bedrivas i nära samverkan med de lokala fackliga organisationerna. Ett vidgat personalinflytande i frågor som gäller personalrekrytering, urval och befordran är ett annat krav. Vidare måste personalens inflytande stärkas i frågor som gäller bemanning, personaltäthet och personalutbildning. Ny teknik och nya behandlingsmetoder bör leda till att sjukvårdsbiträden, underskö-

terskor och psykiatrisk skötarpersonal får mer meningsfulla arbetsuppgifter, vilket är en förutsättning för tillfredsställelse i det dagliga arbetet. Patientkontakten är en naturlig utgångspunkt för att diskutera arbets- och ansvarsfördelningen i vården. Lagarbete är en arbetsform som kan förbättra patientmiljön. Sjukvårdsbiträden, undersköterskor och psykiatrisk skötarpersonal har unika erfarenheter som är baserade på vardagliga och nära kontakter med patienterna och som måste tas tillvara i organisationen på ett systematiskt sätt. Arbetsuppgifterna för de olika personalgrupperna i den slutna somatiska vården är i hög grad överlappande. Sjuksköterskor, undersköterskor och sjukvårdsbiträden har i många avseenden gemensamma arbetsuppgifter, vilket anses bero på att fördelningen av uppgifter inte är en följd av planmässig analys av yrkeskraven utan av att sociala och andra värderingar av yrkesrollerna fått stor betydelse. Sjuksköterskor inom vissa områden kan i högre grad än hittills ersättas av undersköterskor.

Sammanfattningsvis krävs följande förändringar i sjukvårdens inre organisation.

- En demokratisk arbetsorganisation
- En personalstruktur grundad på rationell arbetsfördelning
- En systematisk personalplanering i samverkan med de fackliga organisationerna
- Förändringar i utbildningarna

Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF)

Omvårdnaden om patienten är en verksamhet som förutsätter insatser av sjuksköterskor, undersköterskor och biträden. Läkaren måste i sitt behandlingsarbete vara observant på den sidan av patientens välbefinnande. En god omvårdnad förutsätter att människans hela situation blir beaktad i vårdarbetet. Ökade resurser måste satsas på omvårdnad. Svensk sjukvård tenderar att ensidigt främja de medicinskt-tekniska aspekterna även i situationer där dessa kan vara tämligen verkningslösa. För att patienten skall kunna beredas bästa möjliga omvårdnad är det angeläget att en rimlig personalkontinuitet kan upprätthållas och att antalet personalkategorier runt patienten begränsas. Samtidigt är det viktigt att alla som arbetar nära patienten har förståelse för och utbildning i dessa frågor. För att kunna hävda omvårdnadskraven i vårdarbetet ses utvecklingen av vårdprogram som ett tänkbart medel. Sjuksköterskan såväl som andra med särskild kompetens måste ges möjlighet till inflytande på vårdprogrammens utformning.

Utgångspunkten i diskussionen om personalstruktur och personaltäthet skall vara patientens behov. Gruppvård är en form att göra vårdmiljön mer demokratisk. I gruppvårdsorganisationen skall kunskap och erfarenhet tas tillvara. För att nå ett gott resultat måste gruppvård tillämpas inte bara under dagen utan också på kvällstid. Det är också viktigt att läkarna på ett naturligt sätt inlemmas i arbetsorganisationen. I vårdarbetet har sjuksköterskan normalt en arbetsledande roll. Det är oklart hur denna kommer att utformas i framtiden. Allt tyder på att arbetsledarrollen kommer att förändras och att arbetsledaren i likhet med övriga anställda i första hand kommer att vara ansvarig inför medlemmarna i arbetsgruppen.

Arbetsledningen blir således en fråga för hela gruppen. Det finns dock inom gruppen medlemmar som enligt medicinalförfattningarna har ett särskilt ansvar i fråga om patienternas medicinska behandling. Detta ansvar, som sjuksköterskan nu har, kan inte gruppen ta över. Detta utesluter dock inte att gruppen kan vara med om utformningen av underlaget också för sådana beslut. Gruppen fattar således beslut om arbetets ledning och fördelning.

Avdelningsföreståndaren blir främst ansvarig för planering och samordning av hela avdelningens verksamhet. Hon svarar bl. a. för utbildning och handledning av personal och elever. Hon samordnar sjukhusets resurser för att tillgodose patienternas vårdbehov och håller kontakt med den öppna vården.

Sammanfattningsvis krävs följande förändringar i sjukvårdens inre organisation.

- En arbetsorganisation som ger varje anställd stimulerande arbetsuppgifter och möjligheter att utveckla sin personlighet
- En personalstruktur som grundas på patienternas behov
- Ökade möjligheter att påverka arbetstidens förläggning och frågor som sammanhänger därmed
- Bättre planering av fortbildning och andra personalutvecklande åtgärder
- Förbättrad utbildning för avdelningsföreståndare.

Sveriges läkarförbund och övriga berörda förbund inom SACO/SR

Enligt Sveriges läkarförbund måste det på grund av svårigheterna att avgränsa medicinska frågor från vårdorganisatoriska finnas ett samlat ledningsansvar på kliniknivå (motsvarande). Denna funktion bör utövas av en läkare. Det är inte möjligt att i generella termer ange gränsen för medicinska beslut. Förhandlingar får inte inkräkta på det medicinska beslutsområdet. Innehållet i och formerna för fastställande av vårdprogram kan inte bli föremål för avtal utan måste förbehållas den medicinskt ansvarige läkarens beslutanderätt. Förhandlingarna enligt medbestämmandelagen kan föras inom ramen för en kliniknämnd, vilket är en organisatorisk fråga som måste lösas i samförstånd med de fackliga organisationerna. Klinikcheferna behöver förbättrade kunskaper i administrativa frågor och bättre sekretariatsresurser. Klinikkonferenserna riskerar att bli satta på undantag. De bör inte ersättas av kliniknämnder eller andra organ som tillskapas som medbestämmande organ. Sjukvårdsarbetet kan allmänt sett ses som ett lagarbete och förbundet har en markerat positiv inställning till gruppvård.

SACO/SR-grupper med paramedicinsk kompetens (psykologer, sjukgymnaster, kuratorer) är angelägna om att deras specialistkunskaper skall bevaras och tillföras vården. Gruppvård får således inte innebära att alla skall ha samma kunskaper och utföra samma arbetsuppgifter utan att olika professioner utvecklar och fördjupar sitt samarbete. Gruppvård ger möjligheter till utbildning i det dagliga arbetet, informationsutbyte och motverkar revirgränser mellan vårdens olika yrkesgrupper. Vården skall präglas av helhetssyn på patienten. Vid planeringen av den enskilde patientens vård måste all den erfarenhet och kunskap som representeras av olika yrkeskategorier

tas tillvara. Diskussionerna vid t. ex. vårdkonferenser (sittronder) anses alltför präglade av vårdhierarkin och sociala och psykologiska aspekter blir vid exempelvis utskrivning av patienter inte tillräckligt beaktade.

Sammanfattningsvis kan följande krav på sjukvårdens inre organsiation formuleras.

- Förhandlingar får inte inkräkta på det medicinska beslutsområdet.
- Förhandlingar enligt medbestämmandelagen är en organisatorisk fråga som måste lösas i samförstånd med de fackliga organisationerna.
- Ett samlat ledningsansvar på kliniknivån (Sveriges Läkarförbund anser, att funktionen bör utövas av en läkare, Sveriges Psykologförbund och Sveriges Socionomers Riksförbund anser det inte självklart att läkaren ges en överordnad funktion i icke-medicinska frågor).
- Ökade möjligheter till utbildning och utveckling i arbetet.

Vårdarbetets inre organisation med utgångspunkt i fackliga krav

Hos de fackliga organisationerna finns i stora drag en gemensam syn på problemen i sjukvårdens inre organisation. Uppfattningarna om hur problemen skall angripas går i vissa fall isär. En utgångspunkt för varje diskussion om förändringar i sjukvården måste vara att kvalitén i vården och vårdkapaciteten inte får försämras. Samtidigt är det väsentligt att diskutera den process varigenom konkreta modeller kan tas fram och genomföras. Med hänsyn till att olika organisatoriska modeller måste anpassas efter olika lokala förhållanden är det naturligt att låta själva förändringsprocessen få en central betydelse. Vårdsektorn kännetecknas i likhet med andra stora arbetsområden av en tröghet i fråga om förändringar avseende yrkesroller, personalstruktur, sociala relationer etc. Ett reformarbete som inriktas på att skapa en i vid mening bättre vård- och arbetsmiljö måste få stöd i utvecklingen av organisationen. Kommittén återkommer till dessa frågor i kapitel 5.

Från fackliga utgångspunkter är en viktig fråga hur information och förhandlingar enligt medbestämmandelagen skall kunna byggas in i organisationen. Känt är att dessa frågor i dag hanteras olika på olika ställen. Klinikorganisationen är en annan central fråga från fackliga aspekter. En decentralisering av beslutsfunktioner som antyds i kommitténs utredningsdirektiv kommer att ställa höga krav på en effektiv klinikledning. Klinikledningen måste kunna påverka de centrala besluten, planera verksamheten på kort och lång sikt i överensstämmelse med klinikens allmänna policy och med hänsyn till ekonomiska, personella och andra resurser. Vidare måste klinikledningen stödja en utveckling av arbetsmetoder och tekniker, medverka i uppläggningen av olika rutiner i vårdarbetet och delta i personalplaneringen och personalutvecklingen samt slutligen samordna klinikens totala resurser i syfte att åstadkomma en hög effektivitet. Klinikledningen måste vara lyhörd för krav och förslag som kommer från klinikens olika personalkategorier.

Ur facklig synvinkel tilldrar sig avdelningsorganisationen stort intresse. Det är på avdelningen som en stor del av undersöknings- och behandlingsarbetet äger rum och det är där man sörjer för patientens omvårdnad. Det är också mot avdelningen som patientens krav i första hand riktas. Mycket talar för att vårdavdelningen bör sättas i centrum vid utformningen av klinik- och sjukhusorganisationen. Avdelningen är i dag en organisatoriskt sett svag enhet som inte förmår att samla in och uttrycka sina krav eller hävda sina anspråk gentemot andra intressen inom sjukhuset. Ledningsfunktionen är naturligtvis av stor betydelse. Hur denna funktion konkret är utformad i dag varierar med en rad förhållanden, såsom förekomst av gruppvårdsorganisation, permanenta vårdkonferenser etc. På avdelningens ledning ställs krav att utveckla verksamheten och samordna insatserna för patienten samt att tillvarata och utveckla vårdpersonalens kunskaper och erfarenheter.

Formerna för yrkesmässiga samråd och kollegiala beslutsfunktioner är från fackliga utgångspunkter centrala. Väl utvecklade sådana skulle inte bara möjliggöra en annan personalstruktur utan också skapa utvecklingsmöjligheter och inflytande för alla som arbetar i vården.

Det är angeläget påpeka att arbetssituationen för stora grupper av ekonomipersonal och administrativ personal inte blivit belyst i detta sammanhang bl. a. beroende på svårigheten att finna relevant material. Problemen för dessa grupper bör dock i framtiden uppmärksammas i högre utsträckning.

Sjukvårdshuvudmannens krav på hälso- och sjukvården

Kraven på hälso- och sjukvården har i tidigare avsnitt beskrivits dels från patientens, dels från personalens utgångspunkter. Det finns enligt sjukvårdshuvudmännen i princip ingen motsättning mellan dessa krav och dem som sjukvårdshuvudmännen ställer. Sjukvårdspolitiken har ett totalansvar för sjukvården som i första hand inbegriper ett långtgående ansvar för patienten. Däri inryms bl. a. kraven på kontinuitet, trygghet, integritet, självbestämmande. Ansvaret mot de anställda avser inte enbart trygghet i arbetet i betydelsen ett fast och säkert jobb utan också att ta till vara och utveckla de anställdas kunskaper och erfarenheter. En kursändring med större inriktning på omvårdnad och en bättre psykosocial miljö är på gång. Den kommer bl. a. att kräva förändrade organisationsformer. Sjukvårdshuvudmannen delar därför övriga intressegruppers krav på ett reformarbete för att åstadkomma en bättre vård/arbetsmiljö.

Vid sidan av önskemålen "inifrån" – från patienter och personal – ställs emellertid sjukvårdshuvudmannen också inför en mängd andra krav och förväntningar. Lagstiftningen reglerar sjukvårdspolitikernas agerande på längre sikt. Kommunallagen anger de formella gränserna för sjukvårdspolitikernas ansvar och sjukvårdslagen reglerar samspelet mellan det demokratiska och professionella ansvaret. Från centralt håll ställs också andra övergripande krav på hälso- och sjukvården. Samhällsekonomins krav på restriktivitet ställer för närvarande mer än någonsin det "samhälleliga" ansvaret i centrum. Andra sådana områden är sysselsättningen och regionalpolitiken.

"Allmänheten" kan ha många skepnader i sin roll gentemot sjukvården. Den uppträder som patient, som skattebetalare, som väljare, som anhörig. Allmänheten i dessa olika roller har ofta motstridiga krav och förväntningar på hur sjukvård bör organiseras och bedrivas.

Som "ensam" ansvarig åligger det sjukvårdshuvudmannen att i ljuset av de övergripande målen göra nödvändiga avvägningar mellan olika intressen. Följande punkter kan tjäna som exempel på vanliga motsättningar:

- Statsmakternas krav på en dämpad utvecklingstakt överensstämmer inte med den allmänna opinionens önskemål om en förbättrad och utbyggd sjukvård.
- Kraven på medicinsk säkerhet och tillgång till specialistvård är ibland svåra att förena med önskemål om närhet och helhetssyn i kontakten med patienten.
- De fackliga önskemålen om löneutjämningar och förbättrade lönevillkor är svåra att förena med kraven på ekonomisk restriktivitet.
- Allmänheten som skattebetalare ser gärna att kostnaderna för sjukvården hålls nere. Som patient eller anhörig kräver den samtidigt utbyggda och bättre resurser.

Sjukvårdshuvudmannen är centralgestalten i ett växelspel mellan dessa skilda intressen: samhälleliga, fackliga, individuella. De måste alla vägas samman och utmynna i beslut som styr utvecklingen mot de övergripande sjukvårdspolitiska målen.

Sjukvårdshuvudmannens medel för påverkan

Det är i stor utsträckning med generella hjälpmedel, som sjukvårdspolitikerna påverkar utvecklingen inom sjukvården. Personalpolitiken och utbildningspolitiken utgör sådana hjälpmedel. Dit hör också avtalssystemet och ansvars- och befogenhetsregler av olika slag. Forskning och vårdorganisatoriskt utvecklingsarbete är andra hjälpmedel som ligger till grund för sjukvårdspolitikernas avvägningar. Gemensamt för alla dessa generella hjälpmedel är att de inte är direkt anpassade till förhållandena vid en speciell arbetsenhet. De innefattar i stället regler som är gemensamma för sjukvården som helhet inom en region.

Sjukvårdshuvudmannens viktigaste hjälpmedel för att påverka arbetet vid olika driftenheter är flerårsplanen och ettårsbudgeten. I planarbetet sker den avvägning mellan olika intressen som beskrivits tidigare. Där slås det fast, vilken verksamhet, som skall bedrivas.

I flerårsplanen specificeras exempelvis hur många vårdplatser som finns tillgängliga i utgångsläget, vilka resurser som dessa kräver, vilka ändringar i antalet vårdplatser som skall ske under planperioden, vilka investeringar som måste göras i dessa sammanhang, hur mycket personal som måste rekryteras, hur verksamheten skall finansieras, önskad personaltäthet.

Årsbudgeten är ännu mer detaljerad när det gäller prestationsmål etc. Där fastställs också de ekonomiska resurser som olika institutioner får till sitt förfogande under budgetåret. I vissa fall spaltas också budgeten upp

på olika kostnadsställen – exempelvis kliniker. I form av anslag specificeras institutionens/kostnadsställets medel för personalkostnader, material etc.

Men inte ens denna styrning sträcker sig så långt in i den inre organisationen som till avdelningsnivån. Politikerna anger i budgeten och planer förutsättningarna för arbetet på exempelvis klinik/institutionsnivå. Men sjukvårdshuvudmannens direkta inflytande i det dagliga arbetet i övrigt är inte omfattande. Detta leds i stället av administratörer och medicinskt ansvarig personal och dess inriktning utformas bl. a. i samverkan med fackliga representanter.

Dålig överensstämmelse mellan sjukvårdspolitiska ambitioner och vad som sker i verkligheten

Det finns i dag en klyfta mellan sjukvårdspolitikernas ambitioner i planer och budgeter och vad som inträffar i verkligheten. Det visar bl. a. en undersökning av landstingens flerårsplaner, som gjorts av landstingsförbundet. Planer och faktisk utveckling har jämförts under åren 1973–76, bl. a. med utgångspunkt i de övergripande målen för sjukvårdspolitiken.

Sjukvårdspolitiken har under senare år riktats in mot en utbyggnad av i första hand primärvård och långtidssjukvård. Det är en prioritering som sjukvårdspolitikerna varit eniga om över partigränserna och den har också haft stöd från centrala politiska instanser. Avsikten har också varit att kunna minska antalet vårdplatser inom den slutna vården i övrigt (akutvård, psykiatri).

Resultaten av undersökningen visar, totalt sett, att landstingens verksamhet utvecklats åtskilligt snabbare i verkligheten än som förutsetts i planerna. Genomsnittligt överstiger den faktiska volymökningen den planerade med nära en femtedel. Samtidigt gäller, att den större delen av volymökningen gått till verksamheter som inte prioriterats – i huvudsak till förbättringar inom akutsjukvården (korttidsvården). Enbart en tredjedel av volymökningen har gått till långtidssjukvård och öppen vård. Undersökningen visar, att utvecklingen fått följande konsekvenser.

- Den öppna vården har ökat i betydligt långsammare takt än planerat. Det gäller främst den öppna vård som bedrivs utanför sjukhusen. Där har den faktiska ökningen av antalet besök endast uppgått till en fjärdedel av den planerade.
- Antalet nya vårdplatser har totalt sett blivit mindre än beräknat. Det har två förklaringar. Å ena sidan har långtidssjukvårdens platser ökat något långsammare än planerat. Samtidigt har antalet platser inom övrig sluten vård dragits ner i en snabbare takt. Det gäller främst den psykiatriska vården.

Sammanfattningsvis gäller att sjukvårdens resurser, mätt i antal vårdplatser och läkarbesök, inte har kunnat byggas ut i den omfattning som planerats. Trots detta har utvecklingen av antalet tjänster vida överstigit planerna. Den verkliga ökningen av personaltätheten (antal heltidstjänster per vårdplats) har legat 60 procent över den planerade. Huvuddelen av expansions-

utrymmet har därmed gått till förbättringar av den verksamhet som redan är i drift. Det innebär att personaltätheten inom den slutna vården har blivit ansevärt högre än beräknat. Personaltätheten har ökat mest inom somatisk korttidsvård. Planerade satsningar på ny och prioriterad verksamhet har å andra sidan i viss mån fått skjutas på framtiden.

Undersökningen visar sålunda att det varit svårt att ge de sjukvårdspolitiska målen ett praktiskt genomslag. Det finns en klyfta mellan ambitionerna för sjukvårdens utveckling och vad som inträffar i verkligheten. Förklaringarna härtill kan vara flera. Till en del kan det vara så, att de vårdpolitiska prioriteringarna inte tillräckligt har anpassats till en föränderlig verklighet. De uppsatta målen kan då i viss mån vara orealistiska. Det har också varit så, att de politiska besluten inte nått ut i sjukvårdsorganisationen. Huvudmännens målsättningar och riktlinjer har sålunda aldrig blivit förankrade i det praktiska arbetet.

Varför fungerar inte dagens sjukvårdspolitiska styrsystem?

Att prioriterade områden i praktiken blir "oprioriterade" kan delvis höra samman med läkarutbildningens utformning och forskningsinriktning. Men orsakerna till den bristande samstämmigheten mellan ambitioner och verklighet i övrigt måste till stor del sökas inom sjukvården, i samspelet mellan politikerna och dem som har ansvaret för det praktiska arbetet på kliniknivå. Kommunikationsvägarna har inte fungerat tillfredsställande. Politikerna har inte möjlighet att aktivt engagera sig i vårdarbetet utan måste i stor utsträckning lita till råd från medicinska och administrativa experter.

Administratörer och "planerare" svarar i de flesta fall för huvuddelen av det praktiska arbetet med att utarbeta olika planer. De finns på institutionsnivå eller ännu "högre upp" i organisationen. De har ofta ingen naturlig anknytning till det dagliga arbetet på kliniknivå och det är risk för att samarbetet inte fungerar tillfredsställande.

Vårdpersonalen håller samman i grupper med professionell intressegemenskap. De är starka förespråkare för förbättringar inom den egna enheten och de har lätt att finna argument härför utifrån sin medicinska fackkunskap. I det fallet har läkarna en särställning. De befinner sig organisatoriskt närmare beslutsfattarna än den övriga vårdpersonalen och har bättre möjligheter att föra fram sitt budskap.

Landstingsförbundets undersökning visar, att det är den högt specialiserade sjukvården som även under senare år har tagit i anspråk merparten av de nya resurserna. Det kan vara en följd av att det politiska inflytandet inom delar av sjukvården snarare varit formellt än reellt. Fältet har legat öppet för en alltför ensidig påverkan från medicinskt ansvariga grupper. Önskemål om en utveckling mot ökad medicinsk säkerhet och precision inom relativt "smala" vårdsektorer har kunnat tillfredsställas på bekostnad av den utbyggnad av långtidssjukvård och öppen vård, som det råder en bred politisk enighet om.

Verksamheten styrs i budget och flerårsplaner med hjälp av tekniska mått – antal vårdplatser, antal vårddagar, antal besök. Dessa mått säger en del om vårdens omfattning, men inget om dess innhåll. Frågorna om "vård-

kvaliteten" lämnas därmed i stor utsträckning öppna. I löpande beslut, som fattas på de enskilda vårdenheterna, avgörs därmed ofta frågor om behandlingsmetoder och grad av specialisering. Var för sig kan dessa beslut vara av mindre räckvidd, men tillsammans medför de förändringar i sjukvården, som i stor utsträckning påverkar resursbehovet. Att personalökningen inom sjukvården vida överstigit planerna är förmodligen i stor utsträckning ett resultat av dessa löpande beslut. Nya undersökningsmetoder och ändrade arbetsrutiner har successivt medfört krav på mer personal.

Sjukvårdshuvudmannens krav på vårdens inre arbete

Den genomgång, som gjorts ovan visar, att de medel som politikerna haft till sitt förfogande för att påverka sjukvårdens utveckling inte fungerat tillfredsställande. Verksamheten har i stor utsträckning levt sitt eget liv vid sidan av planeringssystemet. Men som ytterst ansvariga för sjukvården måste sjukvårdshuvudmännen ha styrmedel som länkar in utvecklingen på alla nivåer mot angivna mål. De politiska besluten måste tränga ner och utgöra rättesnöre för den praktiska verkligheten. Styrmetoderna måste bli bättre. Det krävs mer realistiska och lättförståeliga planer. Det krävs bättre samarbete politiker – administratörer – driftansvariga.

Arbetet med flerårsplan och budget måste ske på samtliga nivåer inom sjukvården och det är viktigt att de olika personalgrupperna aktivt är med i planeringsarbetet. Det är de många dagliga besluten, som i stor utstäckning styr utvecklingen och det är nödvändigt att personalen är införstådd med förutsättningarna för planerna.

En starkare betoning av omvårdnaden och den psykosociala miljön kommer att medföra förändrade yrkesroller för sjukvårdspersonalen.

Det nya arbetssättet kräver en mer flexibel organisation. Den hierarkiska strukturen och den långtgående specialiseringen i arbetsfördelningen, som finns i dag, måste mjukas upp. Organisationen måste utformas så att personalens kompetens tas till vara och att den höjda utbildningsnivån utnyttjas på ett effektivt sätt. Traditionella organisationsformer och ansvarsprinciper får inte lägga hinder i vägen för ett genomförande av den vårdpolitik/utbildningspolitik som politikerna bestämt sig för. Även framöver måste det vara med hjälp av administrativa styrsystem, som politikerna skall styra verksamheten. Men dessa styrsystem måste få en större genomslagskraft än de har i dag.

5 Kommitténs överväganden och förslag

Inledning

Hälso- och sjukvårdens utveckling bestäms i ett växelspel mellan vårdorganisation och samhälle. Den allmänna samhällsutvecklingen påverkar och bestämmer väsentligen kraven på och förutsättningarna för hälso- och sjukvården. Personalens kunnande och de materiella resurser som hälso- och sjukvården har att arbeta med påverkas både kvantitativt och kvalitativt av faktorer som samhällsekonomisk utveckling, forskning och utbildning. Vårdorganisationen måste anpassas till verksamhetens inriktning och målen för hälso- och sjukvården, samtidigt som den måste ge möjlighet till en individanpassad vård, som i första hand kan bedrivas på patienternas och inte på vårdorganisationens villkor. Den direkt patientvårdande verksamhetens krav bör i allt större utsträckning prägla vårdorganisationen och utbyggnaden av olika servicefunktioner och system.

Varför blev det som det är?

Uppbyggnaden av och innehållet i dagens hälso- och sjukvård präglas av 1960-talets vårdproblem och sjukvårdspolitik, som i viss utsträckning innebar en förändrad syn på vilka behov sjukvården skulle tillgodose. Sjukdomspanoramat förändrades bl. a. genom att sjukvården framgångsrikt kunde bekämpa olika infektionssjukdomar. Den ökade livslängden och den allt större andelen äldre i befolkningen ledde till att sjukdomar som är vanliga i högre åldrar kom att prägla sjukdomsmönstret. En allt större uppmärksamhet ägnades också skador och sjukdomar som uppkommer genom brister i människors omgivning och genom missbruk. Trafiken, arbetsmiljön, missbruket av alkohol, narkotika och tobak spelade här en stor roll. Den allmänt höjda utbildningsnivån och den stigande levnadsstandarden förändrade också kraven på sjukvården. Massmedias uppmärksamhet på olika samhällsförhållanden medverkade till ökade och förändrade krav på hälso- och sjukvården.

Befolkningens krav på sjukvårdsresurser – inte minst specialiserade sådana – ökade. Köerna till både öppen och sluten vård växte, vilket i sin tur ledde till krav på rationaliseringsåtgärder och höjd effektivitet. Mönstret överensstämde i huvudsak med industrins strukturrationaliseringar med dess inriktning på stordriftsfördelar. Stora förhoppningar fästes också vid att industrins teknologiska processer och metoder skulle kunna anpassas och överföras till sjukvårdsområdet.

1960-talet var också det decennium då kraven på god teknisk vårdstandard ledde till en snabb utbyggnad av den medicinskt sett avancerade, slutna akutsjukvården (korttidsvården). Läkekonstens landvinningar slog igenom med full styrka trots en tilltagande brist på välutbildad arbetskraft.

De långa utbildningstiderna för flera personalkategorier medförde att omedelbara insatser för att öka utbildningsplatserna inte kunde få det snabba genomslag som krävdes. Bristen på kliniska utbildningsplatser var ytterligare ett hinder för att fylla personalbehoven i takt med det ökade trycket på sjukvården. För att klara personalförsörjningen på kritiska punkter gick man in för att utbilda personal med klart avgränsade spcecialuppgifter och därför kortare utbildningstider.

Dessa utbildningar blev oftast specialiserade mot ganska snäva funktioner i vården och inriktade mot ett högt tekniskt kunnande. Behovet av mer personal och splittringen av vårdarbetet förstärktes av att arbetstidsförkortningarna fick till följd att vårdinsatserna successivt måste fördelas på flera anställda, samtidigt som allt fler började arbeta deltid.

Den enskilda patientens vård blev i allt större utsträckning resultatet av en ökad samverkan mellan olika medicinska specialister och experter. Dessa faktorer medförde att behovet av samordning ökade, vilket i sin tur ledde till en snabb utbyggnad av administrationen, inte minst på det personaladministrativa området.

Den utveckling, som inleddes på 1960-talet, hade många positiva sidor, såsom bättre diagnostiska och terapeutiska möjligheter, ökad medicinsk säkerhet, bättre hygieniska förhållanden och sänkta vårdtider. Många undersökningar som gjorts vittnar också om uppskattning av den vård som ges. Samtidigt har under de senaste åren brister i sjukvårdens sätt att tillgodose kraven på personlig omvårdnad uppmärksammats. Många patienter och även sjukvårdspersonalen klagar över bristande personalkontinuitet och därav följande kontaktlöshet inom vården. Även från personalens sida har framhållits, att den ökade specialiseringen har minskat möjligheterna till helhetssyn på patienten. Samtidigt har möjligheterna att anpassa uppgifterna till de anställdas förvärvade erfarenheter varit begränsade.

I dag arbetar drygt 300 000 personer inom hälso- och sjukvården. Det är dubbelt så många som för 10 år sedan. Av dessa är ca 85 % kvinnor.

Personalrörligheten[1] har nu i många fall fått en sådan omfattning att den utgör ett stort problem i sjukvården. En alltför hög rörlighet äventyrar vårdkvaliteten och personalens arbetsmiljö blir lidande.

Den genomsnittliga arbetstiden för landstingsanställda är i dagens läge 30 timmar per vecka. Frånvaron, som inte är speciellt hög för landstingsanställda – sjukfrånvaron var år 1976 lägre än riksgenomsnittet för samtliga sjukpenningsförsäkrade – har ökat kraftigt under 1960-talet och hittills under 1970-talet. Detta sammanhänger väsentligen med sådana förändringar som förlängd semester, ökad utbildning samt förbättrade möjligheter till föräldraledighet m. m.

[1] Med personalrörlighet avses inte endast att ange hur många som under ett år slutat sin inställning. Begreppet inrymmer därutöver personalflödet i form av vikarier och extra personal samt byte av arbetsställe.

Förutsättningar att förändra vårdorganisationen

Sjukvårdsplaneringen har till i början av 1970-talet huvudsakligen präglats av frågor som rört sjukvårdens yttre struktur. Såväl i landstingen som på riksplanet har utredningar om 1980-talets vårdstruktur genomförts.

Resultatet av den omfattande diskussionen har blivit en bred samstämmighet i synen på den struktur, i vilken vården skall bedrivas: en utbyggd decentraliserad och lättillgänglig öppen vård, utbyggd långtidssjukvård och en mer aktiv psykiatrisk vård samt bibehållen kvalité på den specialiserade korttidsvården.

Frågorna om den yttre strukturen är sålunda i sina grunddrag avgjorda och intresset har sedan mitten av 1970-talet alltmer kommit att riktas mot den inre organisationen. Närmiljön och den personliga tryggheten i kontakterna med personal och medpatienter har alltmer satts i centrum för diskussionen.

Det har ofta pekats på att jämsides med den fortlöpande utvecklingen av den medicinskt-tekniska standarden borde större insatser kunna göras för en mänskligare omvårdnad och en i vid mening bättre vårdmiljö. Man måste undvika att enbart se på individen i ett tekniskt perspektiv och i stället försöka sätta in patienten i hans sociala sammanhang.

Utvecklingen har sålunda medfört att krav nu reses på

- bättre kontinuitet i kontakterna mellan patienter och personal
- minskad specialisering av arbetsuppgifterna inom omvårdnadsområdet
- ökade möjligheter till helhetssyn i vårdarbetet
- färre personalkategorier och en jämnare könsfördelning inom de olika kategorierna samt färre personer i arbetet med patienten
- ökade möjligheter för patienten att påverka sin vårdsituation
- mer och bättre information till patienten och anhöriga
- förbättrad personlig omvårdnad för patienten
- en mer aktiv rehabilitering av patienter i alla vårdformer

Behovet av översyn av sjukvårdens inre organisation har understrukits av många enskilda anställda inom sjukvården och av fackliga organisationer. Svenska kommunalarbetarförbundet formulerade sina krav i skriften "Se över sjukvårdens inre organisation". Svensk sjuksköterskeförening och Sveriges sjuksköterskeelevers förbund redovisade sina synpunkter i "Vård till varje pris?"

Man har hävdat att ett ökat personalinflytande ger en ur patientens synvinkel bättre vårdmiljö.

Landstingsförbundet har i ett flertal skrifter till de senaste årens förbundskongresser belyst vårdens inre arbete från olika utgångspunkter.

Flera utredningar har också försökt belysa arbetsmiljön från psykosociala utgångspunkter för att ge en grund för det utvecklingsarbete, som måste till för att förändra vårdens innehåll i den riktning som många eftersträvar.

På många håll pågår försök med ändrad arbetsorganisation och omfördelning av arbetsuppgifter mellan olika enheter och yrkeskategorier.

Hälso- och sjukvårdens tillgång till en kunnig, intresserad och engagerad personal bestämmer i hög grad de insatser som kommer den enskilde patienten till del. Av största betydelse för hälso- och sjukvårdens utveckling är därför att personalens erfarenheter och synpunkter tillvaratas.

Ansvarsfördelningen och möjligheter till delegering

I den nuvarande sjukvårdslagstiftningen kan tre olika typer av ansvar urskiljas, nämligen medicinskt yrkesansvar (medicinskt-professionellt ansvar), medicinskt ledningsansvar och administrativt ansvar. Det medicinska yrkesansvaret är ett självständigt ansvar, som personalen inom hälso- och sjukvården har för sitt yrkesmässiga handlande, var och en inom sitt kompetensområde. Det medicinska yrkesansvaret åvilar all medicinalpersonal och innebär en skyldighet för medicinalpersonalen att följa gällande lagstiftning på området och socialstyrelsens föreskrifter. Det medicinska ledningsansvaret ger den vårdansvarige läkaren (överläkare, biträdande överläkare, distriktsläkare), som i sista hand är ansvarig för den enskilde patientens vård och behandling, rätten att inom ramen för vad sjukvårdshuvudmannen (sjukvårdsstyrelsen) bestämmer ge direktiv angående den medicinska verksamheten och skyldighet för underställd personal att följa direktiven. Det innebär också att underställd personal alltid har rätt att vända sig till vårdansvarig läkare för att få direktiv för verksamheten.

Det administrativa ansvaret, som regleras i sjukvårdslag och sjukvårdskungörelse, innefattar disposition av personella och materiella resurser. Ansvarsregleringen i sjukvårdslagstiftningen syftar i första hand till att garantera den medicinska kvaliteten och säkerheten i vården. Frågan om fel och försummelse i den medicinska yrkesutövningen är inte enbart en intern angelägenhet mellan vårdpersonal och arbetsgivare utan möjliggör för patienten att själv ta aktiv del i processen om ansvarets utkrävande.

För all hälso- och sjukvårdspersonal gäller att det ansvar som följer av själva anställningsförhållandet regleras genom föreskrifter grundade på avtal mellan arbetsmarknadens parter. Hälso- och sjukvården skiljer sig inte härvidlag från övriga sektorer av arbetsmarknaden. Arbetsgivaren bestämmer, inom ramen för gällande lagstiftning och anställningsavtalets villkor, om verksamhetens organisation, arbetets ledning och fördelning etc. Arbetsgivarens bestämmanderätt kan begränsas genom avtal. Förutsättningarna härför ges i MBL (lagen om medbestämmande i arbetslivet) och LOA (lagen om offentlig anställning).

Gällande lagar och föreskrifter ger en betydande handlingsfrihet beträffande delegering av arbetsuppgifter och utgör inget hinder för genomförande av kommitténs förslag.

Sammanfattningsvis anges sålunda i gällande sjukvårdslagstiftning ramarna för verksamheten och inom dessa kan arbetet sedan organiseras och fördelas på många olika sätt. En långtgående delegering av arbetsuppgifter är möjlig och önskvärd. En utveckling av arbetsformerna inom hälso- och sjukvården som innebär ett bättre tillvaratagande av vårdpersonalens kunskaper bör medföra ett bättre utnyttjande av möjligheterna till delegation.

Utveckling av omvårdnadsarbetet

Möjligheterna att förebygga, bota och lindra sjukdomar beror i hög grad på om man i vården tillämpar en helhetssyn på människan och miljön. En aktuell strävan är att komplettera och vidga vårdens syn på människan

som enbart en biologisk varelse, som mekaniskt kan repareras vid "konstruktionsfel" eller förslitning.

Blir kroppen förlamad leder detta ofta till att omgivningen tror att också förståndet är avtrubbat. Krånglar leder, njurar eller galla idintifieras patienten lätt med sin sjukdom och blir anonym. För oro, rädsla, glädje, fantasi och livslust liksom för behov av gemenskap och meningsfull aktivitet finns alltför liten plats i en hårt inrutad sjukvårdsrutin, som är inriktad på det sjuka hos patienten.

Få människor är förunnade sådan personlig styrka att de under längre tid kan fungera med bibehållen initiativkraft i en passiverande vårdmiljö. Det "sjuka" sprider sig snabbt och präglar hela personligheten med ett växande beroende av insatser från anhöriga och samhället. Uppenbart är att de äldre av olika skäl utgör en speciellt sårbar grupp. Orsakerna är bl. a. de mer sammansatta vårdbehoven både medicinskt och socialt, de längre vårdtiderna och det reducerade sociala kontakt- och skyddsnätet. Kommittén konstaterar också att akutvården hittills fått bilda skola och stå modell för all sjukvårdsverksamhet. Personalen är också i första hand utbildad för akutvården.

Svensk sjukvård har traditionellt varit inriktad på att tillgodose de medicinska och fysiologiska vårdbehoven och har på dessa områden nått en ofta omvittnad nög nivå. Men när de organiskt och fysiologiskt betingade behoven blivit tillgodosedda ökar kraven på att få även de emotionella, sociala och aktivitetsinriktade behoven tillfredsställda.

Dessa behov kan dock inte ses åtskilda från varandra. Vid tillgodoseendet av ett fysiologiskt behov – exempelvis hjälp med matning – kan även olika delar av andra behov tillfredsställas – exempelvis kontakt och aktivering.

Omvårdnadsarbetets innehåll kan därför sägas bestå i att man vid tillgodoseendet av ett behov beaktar hur man samtidigt kan möta hela skalan av behov. Detta blir inte minst viktigt inom långtidssjukvården.

Undersökningar av hur patienterna upplever olika åtgärder från sjukvårdens sida samt i vad mån man tar kontakt och följer olika ordinationer pekar på ett stort behov av att i ökad grad beakta patientens hela livssituation. Utvecklingen av sjukvårdens inre organisation bör göra det möjligt att komplettera ett medicinskt kunnande med bättre förutsättningar att bedöma patientens samlade behov och förutsättningar.

Huvuddelen av de arbetsuppgifter som i dag hänförs till omvårdnaden utförs av sjukvårdsbiträden, undersköterskor, psykiatrisk skötarpersonal och sjuksköterskor. Läkarna deltar i allmänhet inte aktivt i omvårdnaden, men deras bedömningar och beslut i medicinska frågor är starkt styrande för omvårdnadsarbetet framför allt inom akutsjukvården.

En vanlig organisation av läkararbetet på sjukhus innebär att den enskilde läkaren inte har en avdelning/motsvarande som daglig arbetsplats utan flera. En kirurg exempelvis har arbetsuppgifter på vårdavdelning, operationsavdelning och mottagningsavdelning och ronder och konferenser på serviceavdelningar (röntgen, intensivvårdavdelning). Vissa arbetsdagar tjänstgör kirurgen på särskild akutmottagning eller deltar i för kliniken gemensamma utbildningsaktiviteter. Inom andra specialiteter kan antalet arbetsplatser för den enskilde läkare vara färre, men han har alltid flera arbetsplatser. Även inom primärvården finns något av samma organisation med frekvent åter-

kommande arbetspass utanför den egna mottagningen: sjukhemsronder, mödra- och barnavårdscentralsmottagningar m. m. Under sådana förhållanden kan man inte räkna med samma personliga bindning och kontinuerliga närvaro på vårdavdelningen för läkaren som för avdelningsföreståndare och övrig vårdavdelningspersonal.

Patienten möter ofta även ett betydande antal andra yrkeskategorier: ekonomibiträden, städerskor, badpersonal, fotvårdsspecialister, vaktmästare arbetsterapeuter, terapibiträden, sjukgymnaster, gångassistenter, psykologer, kuratorer, laboratorieassistenter etc. För flera av dessa yrkeskategorier gäller att arbetsuppgifterna kan vara mycket specialiserade och enahanda.

I varje vårdsituation finns kraven på god omvårdnad. I kap. 4 har beskrivits patienternas behov och krav med utgångspunkt i några olika vårdsituationer. Naturligtvis är kraven på omvårdnad olika i olika situationer. Patienten som gör ett tillfälligt besök hos distriktsläkaren eller distriktssköterskan har inte samma förväntningar på omvårdnad som den patient som skall genomgå ett större operativt ingrepp. I varje vårdsituation gäller emellertid att patientens krav på självbestämmande, integritet, kontinuitet, medmänsklighet, trygghet etc. så långt möjligt skall tillgodoses. Enbart att vara patient innebär en annorlunda situation. Oron för att det skall röra sig om en allvarlig sjukdom skapar hos patienten en ökad känslighet för tonlägen, ordval, gester och uppträdande i övrigt. Smärta och olika typer av handikapp skapar beroendeförhållanden. Ovana vid miljön och rutinerna i sjukvården kan förstärka patientens beroendeförhållande till sjukvårdens personal. Patienten kan känna osäkerhet inför sjukvårdens komplexa organisation.

Omvårdnaden är en viktig del i allt arbete med patienten, också i verksamheter präglade av avancerad medicinsk teknik typ intensivvårdsavdelningar. Betoningen av omvårdnadens betydelse får inte tolkas så att den skulle stå i motsatsförhållande till den rent medicinska verksamhten. Kommittén ifrågasätter inte heller att en uppdelning i medicinska specialiteter och andra specialiserade verksamheter behövs och är en förutsättning för en god vårdkvalité. För att bibehålla eller höja kunskaperna hos yrkesutövarna inom specialiteten är också en uppdelning av arbetsuppgifter nödvändig.

Kraven på utveckling av omvårdnadsarbetet är en följd av ökade kunskaper och ökad medvetenhet om patientens situation. Genomförda undersökningar visar att förutsättningarna för att ett behandlingsprogram skall ge önskat resultat är större, om patienten vistas i en aktiverande och stimulerande miljö och själv har möjligheter att påverka inriktningen och utformningen av behandlingen. Den totala vårdmiljön och komponenterna som utmärker denna har alltså stor betydelse inte bara för hur patienten upplever sin situation utan också för effekterna av insatt behandling.

En utveckling av omvårdnaden förutsätter att patientens självbestämmande och medverkan i vården eftersträvas och uppmuntras. Den kräver vidare ett fysiskt och psykiskt omhändertagande på individens villkor. Den fordrar att patientens initiativförmåga bevaras och att sjukvården utnyttjar varje individs naturliga vilja att klara sig själv. En utveckling av omvårdnaden kräver vidare av personalen, förutom kunskaper om patientens egna resurser, förmåga till inlevelse i patientens situation, möjligheter att skapa ett förtroendefullt förhållande till patienten och ett intresse och engagemang i omvårdnadsarbetet.

Läkaren får information om patienterna på olika sätt. Ronderna är ett sätt att inhämta underlag för medicinska beslut och skapa möjligheter till kontakt med patienten. Läkarens ronder och intagningssamtal ger inte alltid tillräcklig information om patientens situation. Det är därför viktigt att uppgifter och iakttagelser från vårdpersonalen kompletterar den inledande läkarintervjun. I vissa fall kan det vara av värde att psykolog eller kurator anlitas för att med hänsyn till sina speciella kunskaper fördjupa intervjun med patienten och eventuella närstående. Alla som har kontakt med patienten har också skyldighet att se till att man är informerad om patientens speciella behov och önskemål och att man för informationen vidare till andra som arbetar med patienten. Till den samlade kunskapen om patientens totala situation bidrar alla som arbetar med patienten.

Patientens situation innebär ofta svårigheter att själv tillgodose psykologiska och sociala behov. Personalens ansvar i omvårdnadsarbetet måste därför omfatta att avgöra på vilket sätt dessa behov skall mötas. För att kunna förverkliga detta krävs kännedom om varje patients bakgrund och sociala situation. Detta är inte minst viktigt inom långtidsvården.

Omvårdnadsarbetet innebär också svåra avvägningar när det gäller att ta vara på patientens egna initiativ och ge hjälp som inte hämmar patientens egen förmåga eller tvingar patienten till något hon inte själv önskar. Patienten har genom sitt omvårdnadsbehov en beroendeställning till vårdpersonalen. Det stora ansvaret för patientens psykologiska och sociala miljö vilar på personalen, som genom sina attityder till vården och patienten och sitt sätt att arbeta utformar denna.

Patienten kan uppleva en social och kulturell isolering, som det krävs betydande insatser för att bryta. Så långt det är möjligt bör patienten fortsätta sitt liv i naturlig social gemenskap med anhöriga, vänner och arbetskamrater. Det är därför viktigt att på alla sätt underlätta för patienten att behålla kontakten med livet utanför sjukhuset/institutionen. Detta kräver lösningar av en del praktiska frågor såsom möjligheter till övernattning på sjukhus, måltider för anhöriga och gäster, friare besökstider etc.

För patienten är möjligheterna att delta i kultur- och fritidsaktiviteter av stort värde. Patienter som kan delta i aktiviteter som tidigare varit värdefulla för dem bör så långt möjligt hjälpas att fortsätta med dessa. För patienter som av olika skäl inte kan lämna sjukhuset utgör sammankomster, studiecirklar och annan kulturell verksamhet väsentliga inslag i rehabili teringen. Studieförbunden är sedan länge väl etablerade i sjukvården, framförallt inom det psykiatriska området. Deras arbete på sjukhusen bör stödjas och uppmuntras.

Sammanfattningsvis kan sägas att kulturverksamheten på vårdinstitutionen bör så långt möjligt återspegla kulturlivet i samhället och ses som en naturlig del av den rehabiliterande verksamheten.

Kommittén noterar också att utredningen om andlig vård nyligen lämnat ett betänkande (Ds Kn 1979:2) Andlig vård vid sjukhus, kriminalvårdsanstalter m. m.

Ovan redovisade synpunkter på omvårdnadsarbetets betydelse för patienten och svårigheterna att tillgodose kraven på god omvårdnad måste, enligt kommitténs bedömning, beaktas på alla nivåer i vårdutbildningen.

En utveckling av omvårdnaden kräver ökade resurser för forsknings- och

utvecklingsarbete. I den svenska sjukvårdsorganisationen har den medicinska forskningen en självklart stark ställning sedan lång tid tillbaka. Omvårdnadsområdet däremot är förhållandevis oprövat i forsknings- och utvecklingssammanhang trots att den allmänna debatten om innehållet i och utvecklingen av sjukvården i hög grad sammanhänger med upplevda brister i omvårdnaden. Kommittén finner det angeläget att kraven på utveckling av omvårdnadsarbetet möts med ökade resurser för forsknings- och utvecklingsarbete på såväl central som lokal nivå.

Ett annat sätt att stimulera utvecklingen av omvårdnaden kan vara att i högre grad än hittills integrera omvårdnadsaspekterna i vårdprogramarbetet. För att öka kunskaperna om omvårdnadens innehåll kan någon form av vårdutvecklingsgrupp inrättas. I dessa grupper bör alla i patientvården engagerade yrkeskategorier vara representerade liksom företrädare för vårdutbildningen. Grupperna – som kan vara knutna till sjukvårdsföreståndarfunktionen (motsvarande) – bör ha till uppgift att följa utvecklingen inom omvårdnadsforskningen och se till att forskningsresultaten får en praktisk tillämpning. Grupperna kan också ges ansvar för kurs- och konferensverksamhet.

Kommittén har funnit att målen för omvårdnadsarbetet är:

att i vårdsituationen så långt som möjligt tillfredsställa patientens krav på fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande,
att patientens krav på självbestämmande, integritet, kontinuitet, medmänsklighet, trygghet etc. skall tillgodoses,
att patientens initiativförmåga bevaras.

Kommittén anser att förutsättningarna att nå dessa mål är:

att resurser för rehabilitering och aktivering av patienten ökar,
att kultur- och fritidsaktiviteter underlättas och ges en sådan utformning att de stöder och kompletterar den rehabiliterande verksamheten,
att omvårdnadsarbetets betydelse beaktas på alla nivåer i utbildningen av vårdpersonal, och
att omvårdnadsarbetet tillförs resurser för forsknings- och utvecklingsarbete.

Personalutveckling i omvårdnadsarbetet

Den nuvarande arbetsorganisationen kännetecknas framför allt av en långt driven specialisering, en dålig spridning av för vården nödvändig information om patientens situation samt en uppdelning av omvårdnadsarbetet i detaljerade moment.

Specialiseringen av arbetsuppgifter på en vårdavdelning medför att patienterna inte enbart är beroende av den personal, som fortlöpande arbetar på avdelningen och svarar för omvårdnaden. Runt patienten finns dessutom ett antal andra personer. Deras insatser medför en begränsning av uppgifterna för den personal som arbetar på avdelningen. Genom att så många personer samtidigt arbetar med patienten har möjligheterna till sociala kontakter dels mellan olika personalkategorier, dels personal och patienter försvårats.

Specialiseringen medför också risker för bristande information. En stor

del av personalen får inte tillfälle till samtal om patientens problem och vad man kan göra åt dem. Detta bidrar till att omvårdnadsarbetet ofta uppfattas som tungt och meningslöst. Man får förlita sig till regler, som i detalj anger hur arbetet skall utföras men får sällan veta varför. Personalen på avdelningen får därför svårt att anpassa vad de gör till den enskilde patientens behov och förutsättningar.

Utveckling i arbetet är därför, enligt kommitténs bedömning, en förutsättning för att arbetet skall bli meningsfullt. Med utveckling avses både att öka den enskildes kunskaper och färdigheter och därigenom skapa förutsättningar för att utföra flera och mer krävande arbetsuppgifter och utveckling av samarbetsförmågan arbetskamrater emellan. Utvecklingen måste också syfta till att möjliggöra ett aktivt deltagande i utformningen av arbetsorganisationen och vårdorganisationen. Hur arbetet är organiserat påverkar möjligheterna att ta eget ansvar och egna initiativ inom kompetensområdet samt graden av specialisering och variationer i arbetsuppgifterna. Kommittén anser att personalutvecklingen i omvårdnadsarbetet måste relateras till arbetsuppgifterna, arbetsorganisationen och vårdorganisationen.

Med dagens arbetsorganisation tillgodoses den enskildes önskemål om utveckling i arbetet i första hand genom byte av arbetsenhet och därmed arbetsuppgifter. Men utveckling är inte bara att lära sig ett nytt arbete utan kan lika gärna vara att förändra och utveckla det arbete man redan har.

En möjlighet till utveckling i arbetet kan ligga i att utföra arbetsuppgifter som ställer varierande krav på individen. De metoder som då vanligen kommer i fråga är arbetsrotation eller arbetsväxling, tillfälliga arbetsbyten, arbetsutvidgning etc. Kommittén anser, med hänsyn till patientens och personalens krav på kontinuitet i kontakterna, att arbetsutvidgning är den metod som i första hand bör prövas inom hälso- och sjukvården.

För många betyder arbete i grupp en möjlighet till utveckling. I gruppen måste då arbetsuppgifterna, arbetsmetoderna, arbetsorganisationen, planeringen av arbetet, behovet av samordning etc. diskuteras och möjligheter till påverkan finnas. I diskussionen måste också klargöras vilka behov av utvecklingsinsatser som föreligger och på vilket sätt de skulle kunna tillgodoses.

Kraven på bättre möjligheter till personalutveckling i omvårdnadsarbetet är i mycket liktydigt med en arbets- och vårdorganisation som bättre förmår stimulera och ta till vara de anställdas kunskaper och erfarenheter i en demokratisk arbetsgemenskap, som omfattar såväl patienter som personal. En grundläggande förutsättning för detta är ett rimligt mått av kontinuitet både i arbetsförhållandena och patientrelationerna. De nuvarande arbetsförhållandena gör det svårt att lära känna varandra, förstå och utveckla arbetsformer som tar till vara den enskildes förutsättningar.

Varje större förändring i vårdorganisationen och arbetsorganisationen måste föregås av ett intensivt förberedelsearbete. Det finns troligen lika många sätt att börja ett förändringsarbete inom sjukvården som det finns avdelningar och sjukhus. Förslagen bör växa fram successivt och den berörda personalen måste få tid och kunskaper för att fungera i en ny organisation och i nya yrkesroller. All personal måste vara delaktig i förändringsarbetet och motiverad för en ny arbetsorganisation. Personalen måste få utbildning för att överhuvud taget kunna gå in i en förändringsprocess och där bidra

med konstruktiva förslag.

På många håll inom sjukvården pågår i dag ett förändringsarbete. Erfarenheter från redan pågående försök utgör en god grund för ytterligare utveckling av omvårdnaden och för att åstadkomma förbättrade arbetsmiljöer.

Förändringsprocessen kommer sannolikt att leda till att intresse och aktivitet bland de anställda mobiliseras och att förväntningar på åtgärder stegras. I en lokalt förankrad förändringsverksamhet är det av betydelse att vissa principer för förändringsarbetet fastställs från början. Detta gäller exempelvis målen för förändringsarbetet, hur besluten om förändringar skall fattas, vilka kriterier för utvärdering som skall tillämpas och vad som skall ske om en försöksvis genomförd förändring inte utfaller till belåtenhet. Ett första steg i en process som syftar till tämligen djupgående förändringar för många anställda kan vara att diskutera behovet av förändringar.

Kommittén anser att all personal måste ges möjligheter till utveckling i arbetet och att denna inom omvårdnadsarbetet i första hand bör syfta till

att stimulera en utveckling av personalens intresse och engagemang i omvårdnadsarbetet,
att öka förmågan till känslomässiga kontakter i arbetet och skickligheten i att utföra arbetsuppgifterna,
att göra det möjligt för de anställda att påverka den egna arbetssituationen och öka förutsättningarna för ett mer demokratiskt arbetssätt.

Lagarbete inom sjukvården

Hur är arbetet organiserat i dag?

Det äldsta sättet att organisera arbetet på en vårdavdelning innebar att en personalgrupp vårdade patienterna på en eller två salar – ofta inrymmande ett stort antal vårdplatser. Då var antalet personalkategorier litet och så gott som allt arbete utfördes inom avdelningen.

Det gamla "salsystemet" övergavs för det s. k. "rondsystemet".[1] Rondsystemet karakteriseras av att sjukvårdsarbetet är nedbrutet i komponenter eller funktioner. De anställda är i viss mån specialiserade på bestämda arbetsuppgifter, vilket kan ta sig uttryck i att en anställd mäter temperaturen på alla patienter och en annan hjälper patienterna med den personliga hygienen.

När systemet infördes trodde man att det skulle leda till större effektivitet jämfört med tidigare arbetssätt och därmed personalbesparing och ekonomisk vinst. Till denna metods fördelar räknades då att alla snabbt skulle bli förtrogna med sina speciella uppgifter. Detta skulle minska behovet av utbildning, arbetsledning och övervakning.

En vanlig arbetsorganisation på en vårdavdelning i dag är en kombination av rond- och salsystemen, vilket innebär att vissa arbetsuppgifter utförs av en och samma person över hela avdelningen, medan andra uppgifter delas upp salsvis.

[1] Denna benämning bör skiljas från olika typer av läkarronder: sittrond, samtalsrond (besöksrond) och kontrollrond (se kap 3).

Ytterligare ett sätt att organisera vårdarbetet är att fördela arbetsuppgifter på olika lag eller grupper.

Former för lagarbete

Att människan skall bedömas mot bakgrund av en helhetssyn där hänsyn tas till medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är i dag en accepterad utgångspunkt för allt arbete inom hälso- och sjukvården. En förutsättning härför är att arbetsorganisationen ger möjligheter till samspel mellan olika personalgruppers kunnande och erfarenheter. Den utveckling av arbetsformerna inom sjukvården som ägt rum under de senaste åren har också tagit fasta på behovet av ökat *lagarbete*. Detta arbetssätt ger också förutsättningar för att patienten mer aktivt kan ingå som en del i laget.

Lagarbete kan utformas på många olika sätt. Som exempel kan nämnas försöksverksamheter från det psykiatriska vårdområdet med starka inslag av lagarbete, vilket resulterat i en "inbyggd" utbildningsfunktion och successivt ökade kunskaper hos dem som arbetar i laget. Inom primärvården pågår försöksverksamheter med varierande sammansättning av lagen. I allmänhet ingår distriktsläkare, distriktssköterska och socialarbetare. Till laget knyts – beroende på vilken typ av vård det är fråga om – sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer, undersköterskor m. fl.

En form av lagarbete, som prövats i försöksverksamheter, är *gruppvård*. Denna karakteriseras av att patienter och personal indelas i grupper samt att vårdarbetet med varje patientgrupp utförs av en bestämd personalgrupp.

Grupperna samordnas av avdelningsföreståndaren, som i pågående försöksverksamheter inom vissa former av långtidssjukvård och psykiatrisk vård, varit sjuksköterska, undersköterska eller skötare. Gemensamma angelägenheter diskuteras vid regelbundet återkommande avdelningskonferenser.

Gruppvård bedrivs i en eller annan form i nära nog samtliga landsting och kommuner utanför landsting – främst inom långtidssjukvården. Under det senaste året har allt fler avdelningar inom den somatiska akutsjukvården visat intresse för att utveckla en arbetsorganisation baserad på gruppvårdstanken. Den i gruppvården ingående personalen indelas organisatoriskt i enheter. Denna organisatoriska enhet har kommittén valt att kalla *vårdlag*.

Kommittén har funnit att en utveckling av arbetsorganisationen mot ökat lagarbete med personalen organiserad i vårdlag skapar de bästa förutsättningarna för

- kontinuitet i kontakterna mellan patient och personal,
- information till och från patienten,
- inflytande för patient och personal,
- kontinuerlig fortbildning i arbetet.

Kommittén föreslår därför att en organisation med lagarbete/vårdlag prövas och utvecklas inom hela hälso- och sjukvården.

Kommittén är medveten om att förutsättningarna för och möjligheterna att arbeta i vårdlag varierar. Patienter med långa vårdtider inom olika specialiteter torde ha mest att vinna på en sådan arbetsorganisation, men kom-

mittén anser att vinsterna för både patienter och personal med detta arbetssätt generellt är så stora att vårdlag bör prövas inom hela hälso- och sjukvården.

Antalet personer i arbetet med patienten kommer med denna arbetsform att minska och samarbetet mellan patienter och personal kan utvecklas positivt genom ökade möjligheter att lära känna varandra. För personalen kan arbetet i ett vårdlag dessutom betyda att samarbetet mellan olika personalgrupper förstärks och utvecklas, att arbetsuppgifterna blir mer omväxlande och att den individuella kompetensen successivt kan höjas.

Arbetsorganisationen skapar också möjligheter för en förbättrad information från, om och till patienten. Informationen i den nuvarande vårdorganisationen har hittills huvudsakligen tagit sig uttryck i diskussioner om och direktiv för det medicinska handlandet och därtill kopplade omvårdnadsåtgärder. Informationen sker ofta stegvis – från läkare till sjuksköterskor och sedan vidare till övrig vårdpersonal. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster upprättar ofta en "egen" målsättning för den rehabiliterande behandlingen och relaterar vidtagna åtgärder till dessa mål. Den nuvarande informationen överförs inte alltid systematiskt och regelbundet.

En arbetsorganisation baserad på vårdlag ger bättre förutsättningar för att vårdlaget och andra som deltar i arbetet med patienten skall ha samma information om patienten och få en ökad medvetenhet om vilken information var och en kan delge patienten. Ökade möjligheter att påverka den egna arbetssituationen medför sannolikt också en ökad arbetstillfredsställelse, vilket bör medverka till att personalrörligheten kan nedbringas. Erfarenheter från pågående gruppvårdsförsök ger stöd för detta antagande.

En organisation som baseras på vårdlag ger bättre förutsättningar för kontinuerligt samarbete och utbyte av kunskaper olika yrkeskategorier emellan. Arbetet i vårdlag kommer också att innebära att alla personalgrupper får utföra uppgifter av varierande slag. Den högre kompetensen kan i många fall uppnås genom den handledning och utbildning som medlemmarna i laget kan ge varandra.

Arbetsorganisationen påverkar också elevernas utbildningssituation och kliniklärarnas arbetsförhållanden. Förutsättningarna för kontinuerlig undervisning, lokalt anpassad introduktion och instruktion bör öka genom en fastare anknytning till ett vårdlag. Denna arbetsform ger också bättre möjligheter till kunskapsmässigt och emotionellt stöd till personal som inte kontinuerligt arbetar på vårdavdelningen eller i vården, exempelvis poolpersonal eller extra personal.

Vissa svårigheter kan naturligtvis uppstå vid övergången till en arbetsorganisation med vårdlag. Samarbetsproblem mellan enskilda individer kan förstärkas i en mindre grupp. Vissa svårigheter kan förutses om vårdtyngden är olika för olika vårdlag och om samarbetet vårdlag-patient inte fungerar tillfredsställande.

Arbete i vårdlag kommer för alla berörda att kräva en förändring av attityder till och värderingar av såväl arbetsuppgifter som medarbetare. Många kan komma att uppleva processen som svår och komma att behöva stöd och hjälp.

Vårdlag

Ett vårdlag kännetecknas av att ett antal anställda (minst 3–5 personer) under en sammanhängande tidsperiod svarar för vård och behandling av ett visst antal patienter. Vårdlaget medverkar i framtagandet av de övergripande målen för den medicinska verksamheten och omvårdnadsarbetet på avdelningen. Vårdlaget svarar för att målen bryts ned i individanpassade delmål eller med andra ord individuella vårdplaner. Inom ramen för en arbetsordning, som tagits fram av laget och som bedömts garantera att arbetet bedrivs i linje med de övergripande målen för verksamheten fördelas arbetsuppgifterna inom vårdlaget. En självklar utgångspunkt är att kraven på medicinsk säkerhet aldrig får eftersättas. Vårdlaget utser inom sig en kontaktperson som svarar för samordningen inom laget och kontakt med avdelningsföreståndare och vårdavdelningens läkare. Vårdlaget svarar inom ramen för sin kompetens för den dagliga arbetsplaneringen och fördelningen av arbetsuppgifter. Detta sker vid dagliga vårdkonferenser. Vårdlaget deltar genom sina representanter i regelbundna avdelningskonferenser.

Önskvärt vore att vårdlagsorganisationen kunde fungera veckans alla dagar. Kommittén är medveten om att detta kräver personalförstärkning. En partiell kontinuitet kan upprätthållas exempelvis genom att en person i laget alltid finns tillgänglig under kvällstid och lördag/söndag. Kommittén föreslår att vårdlagsorganisationen byggs ut successivt till att omfatta dag- och kvällstid veckans alla dagar.

Det bör i detta sammanhang framhållas att nattpersonalens arbetssituation väsentligen skiljer sig från den övriga personalens. Bemanningssituationen medger i allmänhet inte att vårdlagstanken kan utvecklas. Möjligheterna till informationsutbyte med andra personalkategorier är begränsade och patientkontakten är av annat slag än på dagen. För att åstadkomma förbättringar för såväl patienter som personal under hela dygnet måste nattpersonalens situation bli föremål för särskild översyn.

Kommittén anser att vårdlagets sammansättning måste variera med hänsyn till patienternas behov, verksamhetens inriktning och de arbetsuppgifter som laget skall utföra. Därför är det inte möjligt att närmare precisera vilka yrkeskategorier som bör ingå i ett lag. För att medlemmarna i ett vårdlag skall kunna dela uppgifterna mellan sig på ett meningsfullt sätt måste samtliga medarbetare i laget ha erforderliga kunskaper och erfarenheter. Varje medarbetare i vårdlaget bör därför på sikt ha en grundkompetens, som lägst motsvarar undersköterskeutbildningens resp. skötarutbildningens nivå.

Kommittén finner det också angeläget att antalet yrkeskategorier i arbetet med patienten kan minska och föreslår därför att vårdlaget i ökad omfattning skall medverka i rehabiliteringen och aktiveringen av patienten. På vårdlaget bör ankomma att medverka i genomförandet av ADL-program, delta i annan fysioterapi, utföra uppgifter som vanligen hänförs till socioterapi, svara för städuppgifter inom vårdavdelningen, utföra hygieniska bad etc. Detta medför att exempelvis sjukgymnaster och arbetsterapeuter i ökad omfattning kommer att arbeta tillsammans med och fungera som handledare för personalen inom vårdlaget.

Arbetsuppgifter som f. n. utförs av gångassistenter, terapibiträden, badbiträden, städpersonal och socioterapeuter bör i stor utsträckning utföras

av vårdlaget och vissa av dessa tjänster kan därför successivt överföras till vårdavdelningen. En alltför långtgående specialisering av arbetsuppgifter medför risker för att arbetet blir monotont och rutinbetonat, samtidigt som det blir svårt att behålla och utveckla yrkeskunskaperna inom hela det område, för vilket man utbildats. Kommittén föreslår därför att den nuvarande undersköterskeutbildningen kompletteras i första hand inom arbetsterapins och fysioterapins område.

Basen i vårdavdelningens vårdlag utgörs i regel av undersköterskor i somatisk vård och skötare i psykiatrisk vård. Inom vissa verksamhetsområden – exempelvis långtidssjukvård (lokala sjukhem) – med dess starka inriktning mot omvårdnad skulle vårdlaget kunna bestå av enbart undersköterskor. Sjuksköterskan blir där en för flera vårdlag gemensam resurs med ansvar för vissa medicinska bedömningar och åtgärder, metodutveckling av omvårdnadsarbetet etc.

Inom andra verksamhetsområden är sjuksköterskan medarbetare i vårdlaget och deltar i det direkta behandlings- och omvårdnadsarbetet. Om sjuksköterskan ingår som permanent medarbetare i vårdlaget blir beroende av verksamhetens inriktning och patienternas behov.

Vårdlagets kompetens kan i större eller mindre utsträckning öka genom att personal med specialkunskaper (läkare, arbetsterapeut, psykolog, kurator, sjukgymnast etc.) går in i vårdlaget och tillsammans med laget arbetar med patienterna. För vårdlaget är det av särksilt stor vikt att läkarens arbete planeras i samråd med vårdlagen och med hänsyn tagen till de totala arbetsuppgifterna.

Genom att knyta personer med specialkunskaper fastare till ett vårdlag skulle laget kunna tillföras kunskaper och erfarenheter som bäst gagnar patienterna genom att de sprids till medarbetarna i vårdlaget. För exempelvis läkare och sjukgymnaster skulle ökade kunskaper om omvårdnadsarbetets innehåll och de komponenter som bestämmer vårdmiljön kunna komplettera den yrkesspecifika kompetensen.

Det är nödvändigt att de olika personalkategoriernas yrkesspecifika kunskaper ligger på en hög nivå och personalen bör därför garanteras möjligheter till fortbildning. Detta gäller alla yrkeskategorier.

Det är enligt kommittén varken möjligt eller önskvärt att generellt fastställa vem som i ett vårdlag skall utföra en viss arbetsuppgift. Avgörande för vem i laget som skall utföra en uppgift blir patientens behov och kunnandet i vårdlaget. Avgörandet måste ske i direkt anslutning till vårdsituationen.

Kommittén vill i detta sammanhang också framhålla önskvärdheten av att vårdlaget har en grundbemanning, som möjliggör att inom laget balansera variationer i arbetsbelastningen. Härigenom skulle behovet av extra personal kunna reduceras. Inom ramen för Spris projekt om personalrörlighet bedrivs för närvarande försöksverksamheter där effekten av olika åtgärder utvärderas bl. a. med avseende på behov av extra personal. Kommittén anser att resultatet av dessa försök bör beaktas vid en översyn av grundbemanningen.

Avdelningsföreståndarens roll kommer att förändras vid införande av vårdlag. Behovet av övergripande ansvar för samordningen inåt och utåt kommer dock att kvarstå, vilket ställer stora krav på personliga kvalifikationer och på kunskaper av olika slag. För den förändrade arbetsledarrollen krävs därför stöd genom utbildningsinsatser.

Förverkligandet av kommitténs förslag om vårdlagets grundkompetens ställer krav på framtida resurser, såväl ekonomiska som utbildningsmässiga. Dessa krav motiveras emellertid också av andra skäl. Höjningen av utbildningsnivån kan sålunda ses som en anpassning till den generella höjning av utbildningen i samhället som skett genom gymnasieskolans utbyggnad.

Kommittén vill också framhålla att den föreslagna höjningen av grundkompetensen tillför vården kvaliteter vars ekonomiska effekter inte går att beräkna. Exempel på sådana effekter är bättre vårdkvalitet, kortare vårdtider, minskad personalrörlighet och bättre arbetsmiljö.

Vid utgången av år 1977 fanns 33 000 personer registrerade i socialstyrelsens undersköterskeregister. 19 000 av dem hade genomgått gymnasieskolans specialkurser och 14 000 var utbildade på vårdlinjen. Utbildningen av undersköterskor förutsätts öka. Enligt socialstyrelsens rapport "Vårdpersonalprogram" (VPP) beräknas antalet utbildade – innefattande såväl utbildade på specialkurserna som på vårdlinjen, grenen hälso-, sjuk- och åldringsvård – uppgå till 89 000 år 1985. Det innebär en genomsnittlig ökning med ca 7 000 undersköterskor per år under perioden 1977–1985, varav drygt 5 000 kommer från vårdlinjen.

I dag arbetar inom sjukvården 2/3 av undersköterskorna från vårdlinjen och 80 % av undersköterskorna från specialkurserna som undersköterskor eller sjukvårdsbiträden. För hela gruppen blir andelen genomsnittligt ca 70 %. Resten befinner sig i vidareutbildning, i andra yrken inom sjukvården, i yrken utanför sjukvården eller icke yrkesverksamma. Om man antar, att denna andel blir oförändrad i framtiden, innebär det att av de 7 000 utbildade per år går 4 900 till tjänster för undersköterskor/sjukvårdsbiträden.

Med utgångspunkt i landstingens personalstatistik, kan man räkna med, att det totala antalet undersköterskor och vårdbiträden inom hälso- och sjukvården år 1980 kommer att uppgå till 98 000 personer på hel- eller deltid. Av dessa kan ca 33 000 beräknas vara undersköterskeutbildade och 65 000 vara sjukvårdsbiträden. En höjning av grundkompetensen till undersköterskenivå innebär sålunda att utbildningsnivån för de sistnämnda successivt måste höjas. Till en del kan detta ske genom att det årliga nytillskottet av utbildade undersköterskor successivt får ersätta de sjukvårdsbiträden som av olika orsaker slutar varje år. På så sätt skulle med utgångspunkt i tidigare antaganden (+ 4900 utbildade undersköterskor per år i vården) sammanlagt 24 500 av de totalt 65 000 sjukvårdsbiträdena ha undersköterskekompetens år 1985. Detta innebär att hela det planerade nettotillskottet av utbildade under perioden går åt till att höja andelen undersköterskeutbildade. Men fortfarande skulle ett stort utbildningsbehov kvarstå, *dels* för ca 40 000 sjukvårdsbiträden, *dels* för att besätta tillkommande tjänster samt återbesätta avgångar i undersköterskekåren.

Enligt nuvarande utbildningsplaner krävs för sjukvårdsbiträden 40 veckors utbildning för att få undersköterskekompetens. Om man bestämde sig för att år 1985 på en gång höja utbildningsnivån för de kvarstående 40 000 sjukvårdsbiträdena till undersköterskor skulle detta innebära en total utbildningskostnad på 640 milj. kr. Kostnaden per elevvecka har därvid antagits vara 400 kr. vilket motsvarar en genomsnittligt beräknad bruttokostnad för gymnasieskolan. Landstingen svarar för ca 60 % av denna kostnad.

Om de som redan arbetar i vården och som vidareutbildas har oförändrad

lön under utbildningstiden tillkommer kostnader för vikarier. Med oförändrad deltidsfrekvens och med beaktande av löneläget år 1979 kan dessa personalkostnader beräknas till omkring 2,5 miljarder kr. De sammanlagda kostnaderna för att på en gång höja utbildningsnivån för de 40 000 sjukvårdsbiträdena skulle därmed uppgå till något över 3 miljarder kr.

Det måste understrykas att detta är en teoretisk beräkning. Av olika skäl är det inte möjligt och heller inte nödvändigt att på en gång höja utbildningsnivån på detta sätt. Som tidigare nämnts måste utbildningen komma till stånd successivt och ske under former som i stor utsträckning är anpassade efter elevernas tidigare erfarenheter. Utbildningstiderna torde därmed kunna förkortas, vilket medför att kostnaderna skulle bli lägre.

De verkliga kostnaderna per år för att på sikt uppnå den höjning av utbildningsnivån som följer av kommitténs förslag om vårdlagets grundkompetens är svåra att beräkna. Som framgår av det nu förda resonemanget kommer de totala kostnaderna under alla förhållanden inte att uppgå till det inledningsvis antagna beloppet. De årliga kostnadernas storlek kommer att bli beroende på den takt i vilken reformen genomförs och det sätt på vilket den genomförs. Som också framgår av det föregående kommer reformen att medföra betydande vinster som dock är svåra att beräkna rent siffermässigt.

Möjligheterna att öka utbildningskapaciteten är för närvarande begränsade med den utformning som läroplanerna har. Utbildningen består nu till ungefär hälften av praktik och det största hindret är bristen på praktikplatser. Kommittén anser att alla möjligheter bör tas till vara att öka vårdlinjens och specialkursernas kapacitet. Men därutöver krävs också andra lösningar. Möjligheterna att generellt höja utbildningsnivån blir därför beroende av att utbildningar skapas som bättre än de nuvarande tar till vara sjukvårdsbiträdenas erfarenheter och kunskaper. Sjukvårdsbiträden med lång yrkeserfarenhet torde inte vara i behov av 40 veckors gymnasial utbildning för att få undersköterskekompetens.

Kommittén föreslår att utbildningsbehovet preciseras efter ingående analyser av sjukvårdsbiträdeskåren sammansättning med hänsyn till ålder, yrkeserfarenhet, grundutbildning etc. Dessa analyser är nödvändiga också för att noggranna beräkningar av utbildningskostnaderna skall kunna göras.

Under alla förhållanden kommer den föreslagna höjningen av utbildningsnivån att fordra en lång övergångsperiod, under vilken andelen undersköterskor kommer att öka i förhållande till andelen sjukvårdsbiträden. Det är kommitténs bedömning att behovet av att höja utbildningsnivån är störst inom långtidssjukvården, varför reformarbetet i första hand bör gälla denna del av vårdsektorn.

Gymnasial vårdutbildning krävs i dag för drygt 1/3 av antagningsplatserna i kommunal högskola. Resten tillhör grundskolans kompetensområden. Enligt utredningen Vård 77:s förslag kommer i framtiden huvuddelen av vårdutbildningen i den kommunala högskolan att kräva sjukvårdsinriktad gymnasieutbildning. Enligt utbildningsplanerna kommer dessutom antalet platser i högskolan att öka. Även om Vård 77:s förslag inte till alla delar kommer att genomföras är det rimligt att för framtiden räkna med, att vårdlinjens elever i större utsträckning än för närvarande kommer att gå vidare till högskolan, efter något års arbete i vården. Konsekvenserna av dessa ändrade

förutsättningar har inte beaktats i ovanstående räkneexempel, eftersom de inte kan ses som effekter av kommitténs förslag utan måste hänföras till högskolereformen.

Utöver de utbildningsinsatser som diskuterats ovan bedömer kommittén att insatser krävs framför allt i form av internutbildning för att vårdlagen skall kunna genomföra vissa ADL-program, gångträning och vissa andra rörelseterapeutiska uppgifter. De i sjukvårdsorganisationen verksamma personer med specialkunskap, exempelvis läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer bör enligt kommitténs bedömning i ökad omfattning kunna medverka i personalutbildningen.

Internutbildningen blir ett viktigt instrument för att skapa förståelse för varandras olika yrkesprofiler och för möjligheterna att utveckla arbetsformerna och träna samarbete olika yrkeskategorier emellan. Kommittén anser det väsentligt att introduktionen och inskolningen av nyanställda och extra personal ägnas ökad uppmärksamhet.

Det har från några håll gjorts gällande att gruppvård skulle kräva mera personal och därmed högre kostnader. Hos dem som redan prövat gruppvård i någon form är emellertid meningarna delade i denna fråga. Detta tycks bero på den olika bemanning som finns inom skilda landsting.

Möjligheterna att över huvud taget tillgodose sjukvårdssektorns behov av personal sammanhänger också med utvecklingen av samhället i övrigt. Ökad rekrytering av män till vårdområdet är både önskvärd och nödvändig. Det tar emellertid lång tid att åstadkomma omvärderingar när det gäller könsroller och yrkesval. Det är därför angeläget att insatser sker i attityd-påverkande avseende för att få balans i könsfördelningen inom de olika personalkategorierna.

Kommittén föreslår:

att arbetsformerna utvecklas mot ökat lagarbete
att vårdlag/lagarbete prövas inom hela hälso- och sjukvården
att medarbetarna i vårdlaget får en grundkompetens som på sikt lägst bör motsvara undersköterskenivån
att arbetsuppgifter omfördelas och i ökad omfattning tillförs vårdlaget
att vårdlagets sammansättning blir beroende av verksamhetens inriktning och patienternas behov
att förutsättningar skapas för att underlätta införandet och utvecklingen av vårdlag i organisationen genom särskilda personalutbildningsinsatser
att en översyn av grundbemanningen sker bl. a. i syfte att reducera behovet av extrapersonal
att insatser görs som syftar till att uppnå en jämnare könsfördelning inom de olika personalkategorierna.

Förändrade krav på avdelning, klinik och sjukhus/distrikt

Ett reformarbete med inriktning på en bättre vård och arbetsmiljö kommer att innebära förändrade krav på avdelning, klinik och sjukhus. Skall patienterna få ett verkligt självbestämmande över sin vård och behandling

måste patienterna efter sina individuella förutsättningar få möjlighet att ta ställning på basis av ett mer fullständigt beslutsunderlag. Detta i sin tur kräver att patienternas såväl medicinska som psykologiska och sociala behov och förutsättningar beaktas vid utformningen av den individuella vårdplanen. Ett nära samarbete mellan de olika yrkesgrupperna inom vårdområdet är nödvändigt. Alla som deltar i omvårdnaden tillför vård- och behandlingsarbetet sin speciella kunskap och erfarenhet både allmänt sett och om den enskilda patienten. Patienten måste få ökade kunskaper om grundläggande biologiska förhållanden, sjukdomar och deras behandlingsmöjligheter samt om vårdorganisatoriska förhållanden, vilket ställer krav på pedagogiska kunskaper hos personalen. Den vårdansvarige läkaren och vårdpersonalen i övrigt måste få ökade möjligheter till individuella kontakter med patienterna. För att tillgodose detta måste personalrörligheten minska och omvårdnadsarbetet ombesörjas av stabila arbetslag.

Läkarens arbete måste planeras och samordnas med den övriga vårdpersonalen, eftersom läkarens beslut och ordinationer i hög grad påverkar omvårdnadsarbetet. Klinikens och avdelningens läkare måste vara fastare knutna till vårdavdelningen och i högre grad delaktig i vårdavdelningens arbetsorganisation.

I de regelbundet återkommande avdelningskonferenserna måste alla personalkategorier vara representerade. Ett aktivt deltagande av all berörd personal syftar till att åstadkomma ett så fullständigt beslutsunderlag som möjligt för såväl det medicinska beslutsfattandet som verksamheten i övrigt. För att kunna stimulera en öppen diskussion i vilken olika personalgrupper utifrån sina kunskaper och erfarenheter kan kanalisera konstruktiva bidrag till lösningar av olika frågor och problem behöver konferenserna förberedas noga och de olika personalkategoriernas synpunkter komma fram i diskussionen.

Vårdavdelningen är i dag en organisatoriskt svag enhet, som inte förmår samla in och uttrycka sina krav eller hävda sina anspråk gentemot andra intressen. Av hänsyn till både patienten och personalen bör vårdavdelningen stå i centrum i diskussionen om klinikens och sjukhusets organisation. Serviceavdelningar (röntgen, laboratorier, operationsavdelningar, sjukhuskök och andra specialavdelningar) som dagligen skall ge service åt ett stort antal vårdavdelningar, har primärt en naturlig tendens att planera sitt arbete utifrån sina speciella förhållanden och önskemål. Detta gäller både långsiktig planering t. ex. bemanningen under olika tider och veckodagar och den kortsiktiga planeringen av den enskilda arbetsdagens olika insatser.

Olika administrativa system utformas ofta utan tillräcklig hänsyn till konsekvenserna för vårdavdelningen. Detsamma gäller sjukhusets dagordning, måltider, besökstider etc. som vårdavdelningen ofta saknar möjligheter att påverka. En mer personlig och individualiserad omvårdnad reser krav på flexibilitet i organisationen också när det gäller dygnsrytmen, dvs. sänggående, mattider, besökstider etc. Vårdavdelningens synpunkter och självständighet måste i diskussionen tillmätas stor betydelse.

Möjligheterna att stärka vårdavdelningens ställning inom sjukhuset blir beroende av om personalen kan engageras och intresseras för en utveckling av arbetsorganisationen och vårdorganisationen. Avdelningsföreståndaren blir en naturlig samordnare av vårdlagen och avdelningens resurser i övrigt.

Hon medverkar i utvecklingen av omvårdnadsarbetet, i utbildningen av olika elevkategorier och i utvecklingen av arbetsorganisationen och vårdorganisationen. Hon har vidrare en central roll i introduktionen och utbildningen av avdelningens personal.

Vårdansvarig läkare beslutar om in- och utskrivning av patienten. Avdelningsföreståndaren blir den som i samråd med patienten och dennes anhöriga, läkare och annan personal svarar för att åtgärderna verkställs.

Avdelningsföreståndaren medverkar till en förbättrad kontinuitet och samordning i första hand mellan länssjukvården och primärvården. Om patienten skall byta institution eller skrivas ut från sjukhuset till hemmet samlar avdelningsföreståndaren in för mottagande sjukvårdsorganisation nödvändig information om patienten och kontaktar mottagande sjukhus, vårdcentral, distriktssköterska, sjukhem eller primärkommunal socialvård.

Avdelningsföreståndaren spelar en viktig roll också vid intagningen på sjukhuset. Hon ser till att patienten och de anhöriga så snart som möjligt får information om målsättningen med vården, om rutinerna på avdelningen och sjukhuset, om avdelningens möjligheter att tillgodose patientens individuella önskemål om väckning, måltider, permissioner, besök etc. Avdelningsföreståndaren är den företrädare för sjukvårdsorganisationen som de anhöriga till inneliggande patienter i första hand kontaktar och det är naturligt att hon företräder avdelningen i kontakt med andra sjukvårdsorganisationer och annan vård (socialvård).

Genom att arbetsorganisationen på vårdavdelningen ändras kommer också avdelningssekreterarfunktionen att påverkas. Åtgärder bör sålunda vidtas för att även dessa – allt efter kompetens – skall bli delaktiga i vårdlagens arbete. Det är också angeläget att möjligheterna till arbetsutvidgning övervägs för denna grupp.

Kraven på *kliniken* kommer att öka till följd av kommitténs förslag. Klinikledningen måste sålunda i ökad omfattning kunna planera verskamheten på kort och lång sikt med hänsyn tagen till personella, ekonomiska och andra resurser. Vidare måste klinikledningen stödja en utveckling av arbetsmetoder och tekniker, medverka i uppläggningen av olika rutiner i vårdarbetet och delta i personalplanering och personalutveckling, vilket bl. a. är en förutsättning för att uppnå de mål som kommittén förordat i det föregående. Klinikledningen måste vara lyhörd för krav och förslag från klinikens olika personalkategorier. Klinikledningen måste slutligen samordna klinikens totala resurser i syfte att åstadkomma en hög effektivitet.

Kommitténs förslag innebär ett större hänsynstagande till patienternas individuella önskemål och behov. Ökade möjligheter att tillgodose dessa krav exempelvis när det gäller måltider, besökstider, användning av egna kläder etc. fordrar samordning och samverkan utöver vad enskilda avdelningar och kliniker kan förväntas åstadkomma. Sjukhusledningen skall organisera sjukhusets arbete på ett sådant sätt att skälig hänsyn tas till vårdavdelningens speciella önskemål och krav.

Kommittén anser:

att den patientvårdande verksamheten på vårdavdelningen skall vara utgångspunkten för en diskussion om avdelningens och klinikens organisation,

att vårdavdelningen skall ges ökade möjligheter att påverka omgivande serviceenheter och administrativa system,
att vårdavdelningen skall ges förutsättningar att utveckla arbetsorganisation, arbetsmetoder och vårdmetoder,
att vårdavdelningens personal skall ges möjligheter till fortbildning i arbetet,
att avdelningsföreståndarfunktionen skall utvecklas och efterföljande utbildningsbehov klarläggs,
att kliniken skall ges förutsättningar att samordna, stimulera och långsiktigt utveckla vårdavdelningens arbete,
att klinikens ansvar för drift och administration skall ges stöd. Ökat klinikansvar kräver anpassning av bl. a. budgetsystem samt utveckling av ledningsfunktioner,
att personalinflytande på alla nivåer skall utvecklas,
att åtgärder skall vidtas för att förstärka kontinuiteten mellan länssjukvården och primärvården.

Sjukvårdshuvudmannens roll i utvecklingen av arbetsorganisationen

Ett förändringsarbete av det slag kommittén skisserat kan inte komma till stånd genom lagstiftning. Ansvaret för att utvecklingen kommer i gång och att personalen ges aktivt stöd och hjälp i förändringsarbetet måste åvila landstingen och de övriga sjukvårdshuvudmännen.

Kommittén utgår från

att den av kommittén beskrivna utvecklingen av arbetsorganisationen kommer att stödjas av sjukvårdshuvudmannen.

Genomförande

Kommittén har utifrån patienternas behov och krav i omvårdnadssituationen och personalens krav på utvecklingsmöjligheter i arbetet diskuterat i vilken riktning ett förändringsarbete bör bedrivas. Genomförandet av kommitténs förslag blir i första hand en fråga för sjukvårdshuvudmännen och de fackliga organisationerna. Sjukvårdshuvudmännen bör i samverkan med de fackliga organisationerna och studieförbunden på grundval av kommitténs förslag utarbeta ett studiematerial, som kan användas i förändringsarbetet. En aktiv medverkan från all berörd personal i utvecklingen av vårdorganisationen och arbetsorganisationen förutsätts.

Kommittén bedömer att det föreligger behov av förändringar inom samtliga verksamhetsområden, men att de största behoven och de största förutsättningarna för att på kort sikt kunna genomföra förslagen torde föreligga inom somatisk långtidssjukvård. Långtidssjukvården är f. n. inne i ett starkt utbyggnadsskede och det bör därför vara naturligt att utveckla arbetsformen när nya enheter planeras och tas i bruk.

Vidare föreslås att kommitténs förslag beaktas av den sittande gymna-

sieutredningen och eventuellt tillkommande utbildningsutredningar inom vårdsektorn samt att skolöverstyrelsen och universitets- och högskoleämbetet vid revidering av läro- och utbildningsplaner beaktar vad kommittén anfört.

Kommittén föreslår:

att sjukvårdshuvudmännen i samverkan med de fackliga organisationerna genomför försöksverksamhet som ligger i linje med kommitténs förslag,
att regeringen prövar möjligheten att genom ekonomiska bidrag stimulera försöksverksamhet,
att regeringen stimulerar omvårdsarbetet genom att tillföra medel för forsknings- och utvecklingsarbete.

Kommittén föreslår vidare

att nedanstående frågeställningar blir förmål för fortsatt utrednings- och utvecklingsarbete, varvid kommittén förutsätter att regeringen beslutar om formerna för arbetet efter överläggningar med sjukvårdshuvudmännen och de fackliga organisationerna.

- Vissa områden, i första hand somatisk långtidssjukvård, allmän kirurgi, allmän psykiatri, barnmedicin och primärvård, studeras i avsikt att lämna förslag rörande arbetsorganisationen och vårdlagens sammansättning och arbetsuppgifter.
- Ledningsfunktionerna på avdelnings- och kliniknivå studeras med hänsyn till av kommittén föreslagna förändringar. Utbildningsbehov för berörda personalkategorier klarläggs.
- Formerna för samverkan mellan vårdavdelning och serviceavdelningar utreds närmare.
- Formerna för samverkan mellan länssjukvård och primärvård utreds närmare.
- Nattpersonalens arbetssituation och konsekvenserna för denna av ökat lagarbete under dag- och kvällstid studeras närmare.
- Utbildningsbehovet för sjukvårdsbiträden analyseras och alternativa vägar prövas för att ge alla i vårdlaget en kompetens lägst motsvarande undersköterskenivån. Härvid bör hänsyn tas till tidigare utbildning, yrkeserfarenhet etc.

Bilaga 1 Förteckning över vissa refererade intervjuundersökningar (motsvarande)

1. Allmänhetens åsikter om sjukvård och landstingsinformation. Intervjuundersökning 1975 i Skaraborgs län.
2. Sifo-undersökning 1976 angående attityder till sjukvården. Uppdragsgivare: Dagens Nyheter.
3. Enkätundersökning bland allmänheten om hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting 1974. "Vår sjukvård."
4. Karolinska institutets enkätundersökning 1977 "Önskemål om hälso- och sjukvårdsinformationen".
5. Sifo-undersökning 1974 kring allmänhetens erfarenheter av offentlig och privat läkarvård. Uppdragsgivare: Sveriges läkarförbund: Källa: Läkartidningen nr 27/1974.
6. Statistiska centralbyråns intervjuundersökning 1971 och 1972 angående patienters och personals upplevelser av miljöfaktorerna luftklimat, belysning och akustik. Uppdragsgivare: Spri, Källa: Spri-rapport 13/1974.
7. Intervjuundersökning 1976 genomförd vid kvinnokliniken på Huddinge sjukhus angående bl. a. obstetrisk smärtlindring. Källa: Läkartidningen nr 3/1978.
8. Undersökning av Elisabeth Lagercrantz beträffande förstföderskors upplevelser av graviditet, förlossning och moderskap. Källa: Läkartidningen nr 20/1974.
9. Preliminär sammanställning av intervjuer med personal på ett långvårdssjukhus. Arbetsrapport 14/10 1976. Forskargruppen (vid Stockholms universitet) för arbetslivets socialpsykologi.
10. Långvårdspatienter talar: Rapport inom projektet, behov och resurser inom somatisk långtidssjukvård. Psykotekniska institutet, Maj 1977.
11. Långtidsvården i Värmlands län. Synpunkter från patienter och personal 1973.

Statens offentliga utredningar 1979

Kronologisk förteckning

1. Utbyggt skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader. S.
2. Naturmedel för injektion. S.
3. Regional laboratorieverksamhet. Jo.
4. Avskildhet och gemenskap inom kriminalvården. Ju.
5. Konsumentinflytande genom insyn? H.
6. Polisen. Ju.
7. Tandvården i början av 80-talet. S.
8. Löntagarna och kapitaltillväxten 1. Löntagarfonder – bakgrund och problemanalys. E.
9. Löntagarna och kapitaltillväxten 2. Den svenska förmögenhetsfördelningens utveckling. Löntagarfonder och aktiemarknaden-en introduktion. Internationella koncerner och löntagarfonder. E.
10. Löntagarna och kapitaltillväxten 3. Löner, lönsamhet och soliditet i svenska industriföretag. Vinstbegreppet. Den lokala lönebildningen och företagets vinster – en preliminär analys. E.
11. Löntagarna och kapitaltillväxten 4. Lantbrukskooperationen – ideologi och verklighet. E.
12. Svenska kyrkans gudstjänst. Band 4. Evangelieboken. Kn.
13. Konkurs och rätten att idka näring. Ju.
14. Naturvård och täktverksamhet. Jo.
15. Naturvård och täktverksamhet. Bilagor. Jo.
16. Ökad sysselsättning. Finansiella effekter i offentliga sektorn. A.
17. Kulturhistorisk bebyggelse – värd att vårda. U.
18. Museijärnvägar. U.
19. Jaktvårdsområden. Jo.
20. Anhöriga. S.
21. Plötslig och oväntad död – anhörigas sjuklighet och psykiska reaktioner. S.
22. Barn och döden. S.
23. Avgifter i staten – nuläge och utvecklingsmöjligheter. B.
24. Sysselsättningspolitik för arbete åt alla. A.
25. Nya namnregler. Ju.
26. Sjukvårdens inre organisation – en idépromemoria. S.

KUNGL. BIBL.
1979-04-24
STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1979

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Avskildhet och gemenskap inom kriminalvården. [4]
Polisen. [6]
Konkurs och rätten att idka näring. [13]
Nya namnregler. [25]

Socialdepartementet

Utbyggt skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader. [1]
Naturmedel för injektion. [2]
Tandvården i början av 80-talet. [7]
Utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede. 1. Anhöriga. [20] 2. Plötslig och oväntad död – anhörigas sjuklighet och psykiska reaktioner. [21] 3. Barn och döden. [22]
Sjukvårdens inre organisation – en idépromemoria. [26]

Ekonomidepartementet

Utredningen om löntagarna och kapitaltillväxten. 1. Löntagarna och kapitaltillväxten 1. Löntagarfonder-bakgrund och problemanalys. [8] 2. Löntagarna och kapitaltillväxten 2. Den svenska förmögenhetsfördelningens utveckling. Löntagarfonder och aktiemarknaden- en introduktion. Internationella koncerner och löntagarfonder. [9] 3. Löntagarna och kapitaltillväxten 3. Löner, lönsamhet och soliditet i svenska industriföretag. Vinstbegreppet. Den lokala lönebildningen och företagets vinster – en preliminär analys. [10] 4. Löntagarna och kapitaltillväxten 4. Lantbrukskooperationen – ideologi och verklighet. [11]

Budgetdepartementet

Avgifter i staten – nuläge och utvecklingsmöjligheter. [23]

Utbildningsdepartementet

Kulturhistorisk bebyggelse – värd att vårda. [17]
Museijärnvägar. [18]

Jordbruksdepartementet

Regional laboratorieverksamhet. [3]
Naturvårdskommittén. 1. Naturvård och täktverksamhet. [14] 2. Naturvård och täktverksamhet. Bilagor. [15]
Jaktvårdsområden. [19]

Handelsdepartementet

Konsumentinflytande genom insyn? [5]

Arbetsmarknadsdepartementet

Sysselsättningsutredningen. 1. Ökad sysselsättning. Finansiella effekter i offentliga sektorn. [16] 2. Sysselsättningspolitik för arbete åt alla. [24]

Kommundepartementet

Svenska kyrkans gudstjänst. Band 4. Evangelieboken. [12]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

LiberFörlag
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-04798-5
ISSN 0375-250X