



*Ref*

# PERSONAL FÖR FRAMTIDENS HÄLSO OCH SJUKVÅRD

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013



National Library  
of Sweden

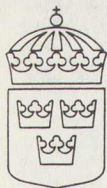




*Ref*

# PERSONAL FÖR FRAMTIDENS HÄLSO OCH SJUKVÅRD





Statens offentliga utredningar

1984:50

Socialdepartementet

# Personal för framtidens hälso- och sjukvård

En rapport från HS 90:s projekt om  
personal- och utbildningsplanering

Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90)  
Stockholm 1986

Omslag AdSum  
ISBN 91-38-08380-9  
ISSN 0375-250x  
Gotab, Stockholm 1986

## Förord

Enligt beslut i juni 1978 i Socialdepartementets sjukvårdsdelegation har ett arbete med ett nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990-2000 (HS 90) genomförts. Under 1984 har HS 90-utredningen framlagt sin huvudrapport Hälso- och sjukvård inför 90-talet (SOU 1984:39).

I HS 90:s huvudrapport behandlades vissa frågor rörande personal för framtidens hälso- och sjukvård. I rapporten redovisades bl a trendmässiga personalprognoser med bedömningar av tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal fram emot år 2000. Utredningen förutsatte att dessa beräkningar skulle fördjupas och konkretiseras ytterligare samt kompletteras utifrån en programmatisk ansats.

HS 90 diskuterade vidare vissa kvalitativa personal- och utbildningsfrågor. Bland annat framfördes krav på att all vårdutbildning skulle anpassas till de hälsopolitiska utvecklingssträvandena. HS 90 pekade också på behovet av fortbildningsinsatser för att ge den nu yrkesverksamma personalen ökade kunskaper och bättre förutsättningar för ett offensivt hälsopolitiskt arbete. Fortbildning liksom övrig utbildning är enligt HS 90:s synsätt ett viktigt instrument i den nödvändiga omstruktureringen av vården. HS 90 föreslog bl a att en översyn skulle genomföras av läkarnas vidareutbildning samt att ett fortsatt och tvärsektorielt utredningsarbete skulle verkställas, inriktat på en analys av vårdpersonalens arbetsuppgifter och de kunskapskrav som ställs utifrån en förändrad vård. Vidare förordade utredningen en ökad samverkan mellan olika vårdutbildningar.

I de riktlinjer för den fortsatta hälso- och sjukvårdspolitiken som riksdagen fastställt i juni 1985 på grundval av bl a HS 90-rapporten och därpå baserat regeringsförslag (prop 1984/85:181) framhålls att personalens kunskaper och färdigheter, liksom deras förhållningssätt till vårdarbetet, är av avgörande betydelse för möjligheten att förverkliga de mål och riktlinjer, som gäller för hälso- och sjukvården. Den offensiva hälsopolitiken och de förändringar av vårdarbetets innehåll som föranleds av den pågående omställningen av vården måste enligt riktlinjerna vara en grundläggande utgångspunkt vid utformningen av innehållet i de utbildningslinjer som finns för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Som ett led i HS 90 arbetet framläggs här underlagsstudien Personal för framtidens hälso- och sjukvård. I studien har de trendmässiga personalprognoserna från HS 90:s huvudrapport uppdaterats och kompletterats med efterfrågebudömningar utifrån en programmatisk ansats. Som utgångspunkt för dessa programmatiska beräkningar har legat de principiella riktlinjer för

hälso- och sjukvårdens utveckling som riksdagen ställt sig bakom samt det material som de samlade HS 90-studierna presenterat. Utöver dessa kvantitativa beräkningar innehåller studien även en fördjupad och utvecklad diskussion om vissa kvalitativa personal- och utbildningsfrågor. Studien är avsedd att utgöra underlag för sjukvårdshuvudmännens fortsatta planering men också för de utredningar av personal- och utbildningsfrågor som påbörjats eller har aktualiserats på nationell nivå.

Det gemensamma syftet med personalbedömningarna har varit att ge underlag för politiska beslut om utveckling av vårdens innehåll och struktur samt dimensionering och inriktning av utbildningar m m. För att genomföra beräkningarna har det varit nödvändigt att göra en serie antaganden i frågor som successivt blir föremål för politiska ställningstaganden i riksdag och landsting.

Underlagsstudien har framtagits inom hälso- och sjukvårdsberedningens arbetsgrupp för långsiktig planering, som också varit ledningsgrupp för HS 90-arbetet. Arbetsgruppen för långsiktig planering har haft följande sammansättning: statssekreteraren Ingemar Lindberg, ordförande, avdelningschefen Gustav Brynolfsson, sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (SPRI), sjukvårdsföreståndaren Ulrica Croné, Tjänstemännens centralorganisation, departementsrådet Göran Dahlgren, socialdepartementet (fr o m 1984-01-01), departementssekreteraren Marie De Geer, finansdepartementet (fr o m 1985-05-22), docenten Tomas Ihre, centralorganisationen SACO/SR (fr o m 1985-01-17), departementsrådet Bo Jonsson, finansdepartementet (t o m 1985-05-21), avdelningschefen Gunilla Lamnevik, Landstingsförbundet, departementssekreteraren Ewa Lindqvist, utbildningsdepartementet, överläkaren Stig-Bertil Nilsson och hälso- och sjukvårdsdirektören Olle Orava, Landstingsförbundet, docenten Hans Rundcrantz, Centralorganisationen SACO/SR (t o m 1985-01-16), utredningschefen Douglas Skalin, Landstingsförbundet, avdelningschefen Gunnar Wennström, socialstyrelsen, generaldirektören Barbro Westerholm, socialstyrelsen (t o m 1985-08-31) samt ombudsmannen Rolf Wetterström, Landorganisationen i Sverige. Departementssekreteraren Birgitta Bratthall är sekreterare i arbetsgruppen.

För det fördjupade arbetet kring den programmatiska ansatsen har en särskild projektgrupp tillsatts som haft följande sammansättning: Avdelningscheferna Gunnar Wennström, socialstyrelsen, ordf., Gustaf Brynolfsson, SPRI och Gunilla Lamnevik, Landstingsförbundet samt utredningschefen Douglas Skalin, Landstingsförbundet. Utredningsarbetet har varit förlagt till socialstyrelsen. Det har där letts av avdelningschefen Gunnar Wennström med byråchefen Johnny Hultin och avdelningsdirektören Gunnar Holmberg som sekreterare. Under utredningsarbetet har en rad experter anlåtits i olika frågor.

Arbetsgruppen för långsiktig planering svarar för den allmänna inriktningen och huvudprinciperna i föreliggande underlagsstudie.

Stockholm november 1985

*Ingemar Lindberg*  
Statssekreterare  
Ordförande i arbetsgruppen  
för långsiktig planering.

# Innehållsförteckning

<i>Sammanfattning</i> . . . . .	7
<b>I Inledning</b> . . . . .	17
1 Några utgångspunkter . . . . .	17
1.1 Bakgrund. . . . .	17
1.2 Delstudien direktiv m m . . . . .	18
1.3 Projektets avgränsning och innehåll. . . . .	20
2 Några utvecklingstendenser . . . . .	23
2.1 Allmänna utgångspunkter . . . . .	23
2.2 Vissa strukturförändringar. . . . .	25
2.3 Arbetets organisation och uppgiftsfördelning . . . . .	27
2.4 Samordningssträvanden . . . . .	28
<b>II Personalens arbetsuppgifter och kunskapsbehov</b> . . . . .	31
3 Vårdpersonalens förändrade behov av kunskaper i framtiden . . . . .	31
3.1 Allmänna utgångspunkter . . . . .	31
3.2 Arbetsuppgifter och kunskapsbehov för ett förebyggande arbete inom primärvården, . . . . .	34
3.3 Arbetsuppgifter och kunskapsbehov för en utveckling av vården av långtidssjuka inom primärvården . . . . .	37
3.4 Arbetsuppgifter och kunskapsbehov inom en sektoriserad psykiatrisk vård . . . . .	40
4 Vårdutbildningen i relation till vårdens utveckling . . . . .	43
<b>III Tillgång och efterfrågan på personal</b> . . . . .	49
5 Personalsituation och arbetstidsförhållanden inom hälso- och sjukvården . . . . .	49
5.1 Hälso- och sjukvården som en samhällssektor . . . . .	49
5.2 Personalsituationen inom hälso- och sjukvården . . . . .	50
5.3 Regionala variationer . . . . .	53
5.4 Arbetstidens hittillsvarande utveckling . . . . .	57
5.5 Arbetstidens utveckling fram emot år 2000 . . . . .	61



6	Prognoser – principer, metoder och underlag . . . . .	63
6.1	Val av prognosmodeller . . . . .	63
6.2	Tillgångsprognoser . . . . .	64
6.3	Efterfrågeprognoser . . . . .	66
7	Tillgång på personal . . . . .	69
7.1	Tillgångsprognos . . . . .	69
7.2	Tillgången på personal med lång vårdutbildning . . . . .	71
7.3	Tillgången på personal med medellång vårdutbildning . . . . .	73
7.4	Tillgången på personal med kort vårdutbildning . . . . .	75
7.5	Personal med annan utbildning än vårdutbildning . . . . .	79
8	Efterfrågan på personal . . . . .	81
8.1	Något om personalstrukturen . . . . .	81
8.2	Trendprognos . . . . .	83
8.3	Programmatisk prognos . . . . .	90
9	Avstämning . . . . .	103
9.1	Avstämning mellan tillgångs- och efterfrågeprognoser . . . . .	103
9.2	Utvecklingen under åren 1984 och 1985. . . . .	105
9.3	Samhällsekonomiska bedömningar m m . . . . .	106
9.4	Slutsatser . . . . .	107
IV	<i>Samordnad personal- och utbildningsplanering . . . . .</i>	109
10	Överväganden angående personalefterfrågan och utbildningsförändringar m m . . . . .	109
10.1	Framtida personalbehov . . . . .	109
10.2	Regionala och andra obalanser . . . . .	110
10.3	Några konsekvenser för grund- och vidareutbildningen . . . . .	113
10.4	Fortbildning . . . . .	118
11	Forsknings- och utvecklingsarbete . . . . .	123
11.1	Behov av förstärkt hälso- och sjukvårdsforskning . . . . .	123
11.2	Forskning om personal och utbildning . . . . .	124
12	Fortsatt arbete . . . . .	127
	<b>BILAGOR . . . . .</b>	
1	Personaldimensionering för specialiserad psykiatrisk vård . . . . .	133
2	Beräkning av personalbehov inom läns- och regionsjukvård . . . . .	145
3	Beräkning av personalbehov inom primärvården . . . . .	177

## Sammanfattning

### Några utgångspunkter

Inom hälso- och sjukvården arbetar omkring 380 000 personer eller 9 procent av samtliga yrkesaktiva. Personalkostnaderna utgör 75 procent av hushållningens totala utgifter för hälso- och sjukvård.

Under de senaste decennierna har stora insatser gjorts för att utöka vårdutbildningarna. Tillgången på vårdpersonal växer nu snabbt.

Till följd härav och av den uppbyggnadstakten inom hälso- och sjukvården som skett under 1980-talet har förutsättningarna avseende personalplaneringen inför den kommande perioden förändrats. Den tidigare generella bristen på personal har vänts till förmån för en bättre balans mellan tillgång och efterfrågan på personal. På vissa håll i landet finns det ett överskott av personal i förhållande till antalet tjänster.

Betydande rekryteringssvårigheter kvarstår dock fortfarande för några personalgrupper bl a läkare, sjukgymnaster och sjuksköterskor särskilt inom vissa glesbygdsområden och verksamhetsområden. Generellt föreligger också stora säsongsmässiga variationer när det gäller möjligheterna att rekrytera personal till hälso- och sjukvården.

Personal- och utbildningsplaneringen tillhör de viktigaste instrumenten för att styra utvecklingen inom hälso- och sjukvården i enlighet med de krav som bl a hälso- och sjukvårdslagen ställer.

Betoningen av förebyggande åtgärder och primärvård, strävan att bredda personalens arbetsuppgifter och utveckla omvårdnads- och grupparbete samt behovet av samverkan med primärkommunerna innebär förändrade krav på personalgruppernas sammansättning samt på personalens arbetsuppgifter och kompetens. De höjda vårdpolitiska ambitionerna i kombination med en snabbt växande kunskapsmassa och ny teknik gör det nödvändigt med en höjning av utbildningsnivån inom hela hälso- och sjukvården.

I riktlinjerna för HS 90-arbetet betonas bl a den betydelse som personalplaneringen och utbildningsplaneringen har för att förverkliga en offensiv hälsopolitik. Vårdpersonalens och vårdutbildningens betydelse för att utveckla och förändra hälso- och sjukvårdens verksamhet har även understrukt i de riktlinjer för den framtida hälso- och sjukvården som riksdagen i juni 1985 beslutat om med anledning av regeringens hälsopolitiska proposition (prop 1984/85:181).

I denna rapport, som utgör en underlagsstudie inom ramen för HS 90-arbetet, Personal för framtidens hälso- och sjukvård (SOU 1984:50), be-

handlas personal- och utbildningsfrågorna utifrån två aspekter, dels kvalitativa, dels kvantitativa. Övervägandena i båda dessa delar sker i första hand utifrån hälsopolitiska utgångspunkter.

## Kvalitativa aspekter - utbildning för utveckling

Genom utbildningspolitiska reformer och förslag under senare år har en grund lagts för förändringar av olika vårdutbildningar i enlighet med det synsätt som HS 90-projektet och den hälsopolitiska propositionen är ett uttryck för.

Gemensamt för pågående förändringsarbete inom de olika grundutbildningarna är att de utgår från en hälsopolitisk och primärvårdsinriktad ansats. Det tar emellertid avsevärd tid innan dessa förändringar får fullt genomslag inom hälso- och sjukvården. Skälen härtill är flera. Det sammanhänger bl a med den långa tid som åtgår innan en förändring av grundutbildningen ger effekt på arbetsmarknaden.

Ett annat skäl är att de som från utbildningen kommer ut i arbetslivet varje år och således är bärare av det nya utbildningsinnehållet/kunskapsstoffet utgör endast en mycket begränsad del av den totala hälso- och sjukvårdspersonalen - kanske högst 5 procent.

Effekterna av grundutbildningen avtar ofta relativt snabbt efter avslutad utbildning. Detta verkar dämpande på möjligheterna att genom förändring i enbart grund- och vidareutbildningen på ett påtagligt sätt förändra hälso- och sjukvårdens arbetsuppgifter och innehåll.

För mer genomgripande förändringar av hälso- och sjukvårdspersonalens attityder, kunskaper och färdigheter är det därför nödvändigt att parallellt med förändringar av grund- och vidareutbildning också genomföra systematiserade utbildningsinsatser för den redan yrkesverksamma personalen. Till allra största delen är det ju också denna personal som skall ges i uppgift att förverkliga de nya intentionerna.

Fortbildning av den redan yrkesverksamma personalen är en förutsättning för att befintlig personal skall kunna fungera i nya roller i framtidens hälso- och sjukvård.

## Förändringar av grund- och vidareutbildning

För att påskynda utvecklingen vad gäller hälso- och sjukvårdens inriktning mot en offensiv hälsopolitik är det väsentligt att de förutsättningar till förnyelse av vårdutbildningarnas innehåll och uppläggning, som de under senare år fastställda utbildningsplanerna ger, verkligen tas till vara och utnyttjas.

Det är väsentligt att en bättre balans uppnås i all vårdutbildning mellan de traditionella vårduppgifterna och de hälsopolitiskt prioriterade uppgifterna.

För att skapa en vidgad medvetenhet om de sociala och miljöbetingade faktorernas betydelse för hälsa och sjukdom är en förstärkning av kunskapsområdena epidemiologi, miljömedicin, statistik och sociologi särskilt angelägen. För att ett meningsfullt förebyggande arbete skall kunna bedrivas fordras dessutom vissa pedagogiska och psykologiska kunskaper hos all personal liksom kännedom om det samhälle och dess struktur inom vilken man

lever och verkar. De krav på nya eller fördjupade kunskapsområden som successivt ställs bör kunna tillgodoses inom ramen för den studieorganisation som numera föreligger.

Från skilda utgångspunkter ställs krav på att rymma ytterligare moment i undersköterskeutbildningen/skötareutbildningen på gymnasieskolans vårdlinje. Till dessa krav hör t ex en gemensam del med socialt utbildningsinnehåll, moment som har att göra med det förebyggande hälsopolitiska arbetet, socialmedicinskt stoff, kulturkunskap m m. Erfarenheten visar att kunskapsområdena i vissa allmänna ämnen som matematik, kemi och engelska och i vissa yrkesspecifika ämnen borde fördjupas.

Möjligheten att förlänga utbildningen för att kunna rymma nya eller ökade kunskapsområden i takt med de krav som ställs är begränsade. Detta kan komma att leda till att fler vårdutbildningar i framtiden organiseras så att delar av de rent yrkesförberedande momenten ges i form av arbetsplatsförlagd utbildning.

Den nya hälso- och sjukvårdslinjen inom den kommunala högskolan ger en brett utbildad sjuksköterska med en referensram inom de medicinska, samhälls- och beteendevetenskapliga områdena. Vissa av linjens sex olika inriktningar är emellertid relativt starkt specialiserade.

Liksom fallet är nu kommer primärvården även i framtiden att ta hand om patienter med såväl somatiska som psykiska problem. Personer med psykiska problem och störningar kommer sannolikt att utgöra en ökande grupp patienter inom primärvården. Till detta kommer att patienter med åldersdemens som tidigare vårdats vid psykiatriska enheter i betydande utsträckning överförs till primärvården. All personal inom primärvården bör därför ha kunskap och erfarenhet av såväl det psykiatriska som somatiska vårdområdet. I det fortsatta arbetet med utbildningsfrågorna bör särskild uppmärksamhet ägnas hur kravet på kunskaper inom det psykiatriska området skall tillgodoses i framtiden.

## Ökad samverkan mellan olika vårdutbildningar

Behovet av samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvården och mellan denna och t ex socialtjänsten är stort. För ett gott samarbete där var och ens specifika kompetens och erfarenhet tas till vara på bästa sätt är en grundläggande kunskap och kännedom om varandras arbetsområden och de förutsättningar som gäller för dessa verksamheter angelägna. Ett sätt att befärma samarbetet och förståelsen för angränsande verksamheters arbetsuppgifter är att integrera delar av olika utbildningar.

Studieorganisationen inom den kommunala högskolan erbjuder numera goda förutsättningar för detta speciellt inom respektive linje. Det är angeläget att förutsättningar skapas för en ytterligare samverkan mellan skilda utbildningar och då i första hand mellan läkarutbildningen och de kommunala högskoleutbildningarna. Ett exempel på hur en sådan samordning kan utformas utgör hälsouniversitetet i Linköping som kommer att starta sin verksamhet i juli 1986. Det är emellertid angeläget att olika modeller i denna riktning prövas. Internationellt finns också förebilder för detta att hämta.

### Praktikfrågan m m

Sedan lång tid har vårdutbildningarna varit en expanderande sektor med ökande krav på tillgång till praktikplatser. Utbildningsanordnare, lärare och studerande ger i allmänhet hög prioritet åt praktikplatser inom den traditionella slutna vården. För att både kunna möta de ökade kraven och svara mot de vårdpolitiska ambitionerna är det av såväl kvantitets- och kvalitets-skäl nödvändigt att fördelningen av praktikplatserna ändras till förmån för öppnare vårdformer och vård i eget hem. Praktikplatserna vid de mer specialiserade enheterna bör reserveras för de utbildningar, där sådan praktik är ett oavvisligt krav. Förutsättningarna härför ökar i takt med att primärvården byggs ut.

Generellt inom alla utbildningar gäller att utrymmet för särskilda projekt, specialarbeten, temata etc ökar. Det är angeläget att dessa verksamheter så långt möjligt tar sin utgångspunkt i de förhållanden som gäller inom primärvården och sätts in som en del i det pågående förändringsarbetet.

### Påbyggnadsutbildningar med primärvårdsinriktning

På några håll i landet har påbyggnadsutbildningar i form av enstaka kurser startats med sikte på att bygga upp särskilda kompetenser för kunskapsområden som är relevanta för en utvecklad primärvård. Detta är självklart en tendens som ligger i linje med det synsätt som präglar förevarande arbete. En ytterligare utveckling av sådana utbildningar rekommenderas därför.

För att tillgodose önskemålet om samverkan mellan skilda delar av vårdområdet är det önskvärt att dessa utbildningar så långt möjligt hålls öppna för olika personalkategorier. Primärvårdens utveckling och det förebyggande, hälsopolitiska arbetet berör självklart de flesta personalgrupper inom hälso- och sjukvården.

Vissa utbildningar av denna karaktär kan också med fördel bedrivas i samverkan med personal från såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten.

### Fortbildning

Den successiva förändringen och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och samhället i övrigt gör att de flesta som idag är verksamma inom vårdområdet kommer att behöva återkomma till utbildning flera gånger under sin yrkesverksamma tid. Med de omställningar som kan förutses kommer ständigt nya kunskaper att efterfrågas. Det är väsentligt ur den enskildes synpunkt att möjlighet ges att vid upprepade tillfällen få förnya sin utbildning när utvecklingen gör gamla kunskaper föråldrade och nya kunskaper blir nödvändiga. Sådana utbildningsinsatser är självklart angelägna för personal inom såväl läns- och regionsjukvården som primärvården.

Ur samhällets och de för hälso- och sjukvården ansvarigas synpunkt är det väsentligt att fortbildningen utnyttjas som ett medel att dels förändra verksamhetens inriktning mot ett mer hälsopolitiskt synsätt, dels underlätta och påskynda den strukturförändring som förutsatts. Det är i huvudsak den redan anställda personalen som har till uppgift att genomföra dessa förändringar. Fortbildning aktualiseras även för att möjliggöra en höjning av bas-

kompetensen inom hälso- och sjukvården från vårdbiträdes- till undersköterskekompetens. För att tillgodose detta utbildningsbehov kan nya modeller för genomförande av utbildningen behöva prövas. I stället för att som nu genomgå en utbildning i en sammanhållen kurs bör ett system kunna utformas som möjliggör etappvisa studier. Härigenom skulle de studerande kunna få tillfälle att i organiserad form pröva att arbeta i andra verksamheter än de där de har sin tidigare arbetslivserfarenhet. Behovet av traditionella praktikplatser skulle på så sätt också kunna minska. Formerna för denna fortbildning liksom möjligheterna att kombinera arbetsmarknads- och vårdpolitiska motiv bör närmare diskuteras mellan företrädare för staten och landstingen.

### *Fortbildning för förändring*

Större delen av 1990-talets personalkår kommer att utgöras av den personal som redan idag finns anställd och som har sin grundläggande vårdutbildning i de utbildningsformer som gällde under 1960- och 1970-talen. Fortbildning blir för denna stora personalgrupp ett väsentligt instrument för att få till stånd de kunskaps- och attitydförändringar som behövs för att förändra hälso- och sjukvården i en mer hälsopolitisk riktning. Satsningen på primärvård samt omstrukturering och koncentration av länssjukvården kommer att innebära ett fortsatt behov av personal med såväl breda baskunskaper i sin vårdutbildning som specialkunskaper för särskilda verksamheter. Om koncentrationen medför en reduktion av vårdplatserna inom länssjukvården kan detta även medföra en minskning av viss personal. Detta får till följd att en del personal måste flyttas över till andra verksamhetsområden och arbeta med annorlunda och i många fall nya uppgifter. För att klara en sådan omställning krävs särskilda utbildningsinsatser. En del av denna utbildning får givetvis ske inom ramen för den reguljära grundutbildningen. Särskilda fortbildningsinsatser kommer också att bli nödvändiga i detta sammanhang.

På olika områden finns behov av ett ökat kunskapsflöde mellan primärvården och länssjukvården. Det kan gälla utvecklandet av nya diagnos- och behandlingsmetoder eller utvecklingen av det förebyggande arbetet m m. Ett sådant kunskapsflöde bör i framtiden också kunna ske i fortbildningens olika former genom att personal från primärvården och länssjukvården i högre utsträckning än vad som för närvarande är aktuellt möts i gemensamma aktiviteter. På så sätt kan de delge varandra nytt kunskapsstoff samt informera om de attityder och värderingar som präglar arbetet inom respektive verksamheter.

På motsvarande sätt bör fortbildningen kunna användas för att öka kunskapsflödet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I en alltmer decentraliserad vårdstruktur finns det behov av gemensamma fortbildningsaktiviteter mellan i första hand primärvården respektive psykiatrin å ena sidan och den sociala hemtjänsten å andra sidan.

### *Organisatoriska synpunkter*

Fortbildning kan bedrivas i olika former. Från ren kursverksamhet skild från arbetsplatsen via arbetsplatsanknuten fortbildning till den typ av fortbild-

ning som kan ges i det dagliga arbetet. Det är väsentligt att personalen stimuleras och vidareutvecklas i sin dagliga gärning i riktning mot de mål som gäller för förändringen.

De kursbundna insatserna bör ses som viktiga komplement till en fortgående praktisk kunskapsuppyggnad i arbetet i syfte att höja kompetensen inom hälso- och sjukvården och stödja den pågående omstruktureringen. Detta ställer krav på en aktivare planering av fortbildningsinsatserna. En ökad samordning behöver komma till stånd i fråga om planering och genomförande av grund- och vidareutbildning respektive fortbildning bl a för att nå ett rationellare utnyttjande av lärare, lokaler och läromedel. I planeringen av framtida fortbildningsinsatser bör även uppmärksammas möjligheterna att åstadkomma en bättre samordning av utbildningsinsatserna mellan olika utbildningsanordnare t ex mellan KOMVUX, AMU och landstingens egen fort- och efterutbildning.

En förutsättning för att här relaterade fortbildningsinsatser skall få full genomslagskraft är att fortbildningen ses som en del av arbetets innehåll. Kursbunden undervisning bör därvid bl a ses som ett komplement till ett fortgående kunskapsinhämtande i arbetet. Att delta i utbildningsaktiviteter bör snarare ses som ett åliggande än som en förmån. I annat fall är risken uppenbar att utbildningsinsatserna inte i första hand kommer dem tillgodo som bäst behöver dem. Under förutsättning att krav på deltagande ställs kan utbildning och ledigheter också bättre struktureras och planeras inom ramen för varje vårdenhet. Hänsyn till nödvändiga fortbildningsinsatser måste då tas i den lokala personalplaneringen. Här bör också erinras om den betydelse som fortbildningsinsatser kan ha ur arbetsmarknadssynpunkt – särskilt under perioder med stor arbetslöshet.

## Kvantitativa aspekter – tillgång och efterfrågan

Inom ramen för denna studie har bl a tillgång och efterfrågan på personal fram emot år 2000 analyserats. I beräkningarna har personalen inom hälso- och sjukvården uppdelats i fyra huvudgrupper, nämligen

personal med lång vårdutbildning: läkare

personal med medellång vårdutbildning: sjuksköterskor, assistenter, arbetsterapeuter och sjukgymnaster

personal med kort vårdutbildning: undersköterskor, skötare och vårdbiträden

personal med annan utbildning än vårdutbildning: psykologer och kuratorer, teknisk och administrativ personal (bl a läkarsekreterare) samt ekonomipersonal.

Såväl tillgångs- som efterfrågeberäkningarna har koncentrerats till de tre förstnämnda grupperna. I gruppen med kort vårdutbildning har beräkningarna i huvudsak begränsats till personal med undersköterske- och skötarkompetens

De efterfrågeprognoser som redovisas är dels en trendmässig framskriv-

ning dels en programmatisk beräkning av vad de hälsopolitiska ansatser som redovisats i HS 90 genererar för behov rörande efterfrågan och kompetensnivåer för skilda kategorier av vårdpersonal inom hälso- och sjukvården. Prognoserna markerar en möjlig utveckling byggd på vissa antaganden om kvalitetsförstärkningar och en förändrad vårdstruktur. Effekterna av införande av ny medicinsk teknologi, nya behandlingsmetoder m m och dess inverkan på personalbehovet har inte kunnat vägas in i dessa beräkningar.

Det är givetvis förenat med betydande problem att förutse vilken efterfrågan på personal som hälso- och sjukvården kommer att ha på 15 års sikt. Likaväl som nu kommer även i framtiden denna efterfrågan att i hög grad styras av den då aktuella tillgången på personal. Tillgång och efterfrågan är således delvis beroende av varandra.

Med utgångspunkt från nu kända förhållanden redovisas i följande tabell tillgången på personal i slutet av 1983 och en beräknad tillgång år 2000. Vidare redovisas beräknad efterfrågan på personal utifrån såväl trendmässiga beräkningar som utifrån en programmatisk bedömning.

**Tabell. Yrkesverksam personal år 1983 och 2000 enligt olika alternativ vid bibehållen generell arbetstid 40 tim/vecka (1000-tal).**

Personalgrupp Alternativ	Lång vårdutb	Medellång vårdutb	Kort vårdutb	Annan utbild	Totalt
Basår 1983	20.4	87	70 (182) <sup>a</sup>	90	379
Tillgång år 2000	28.5	135	155	–	–
Efterfrågan år 2000					
Trend 0,5%/år	25	105	215	105	450
Trend 1,0%/år	29	116	228	115	485
Trend 2,0%/år	36	144	264	130	575
Programmatisk bedömning	27	117	208	93	445
37,5 tim/vecka programmatisk bedömning	28	123	219	97	467

<sup>a)</sup> I den högre siffran ingår förutom undersköterskor och skötare även sjukvårdsbiträden

Med den översiktlighet som HS 90-arbetet har haft och med det i vissa avseenden bristfälliga statistiska underlag som finns vad gäller personalredovisning mm måste här redovisade efterfrågeprognoser betraktas som relativt osäkra. Beräkningarna ger dock en uppfattning om hur den framtida personalefterfrågan kommer att se ut under vissa givna antaganden och förutsättningar.

De efterfrågeberäkningar som redovisats har år 1983 som basår. Uppgifterna om personaltillgång härstammar från december 1983. I beräkningarna har hänsyn inte kunnat tas till den utveckling som förevarit under åren 1984 och 1985 beroende på att bokslutsuppgifter för dessa år inte funnits tillgängliga i sådan tid att detta skulle varit möjligt. Ökningen av antalet arbetstimmar inom hälso- och sjukvården kan skattas till drygt 2,0 procent för 1984. Enligt preliminära uppskattningar torde volymutvecklingen under år 1985 ha legat på samma nivå.

Som framgår av tabellen ovan ger den av riksdagen beslutade utbildningsdimensioneringen en tillgång på läkare år 2000 som svarar mot den efterfrå-



gan på läkare som beräknats enligt det programmatiska alternativet. Detta alternativ motsvarar en utvecklingstakt mellan 0,5 och 1,0 procent per år. Detta gäller under förutsättning av att inga avgörande förändringar sker vad gäller faktorer som har betydelse för arbetstid och deltidsfrekvens mm. Under 1984 och såvitt kan bedömas även under 1985 har antalet inrättade befattningar för läkare väsentligt överstigit den takt som förutsatts i prognosarbetet. Detta understryker vikten av att nu gällande utbildningsdimensionering bibehålles.

För personal med medellång vårdutbildning pekar prognosen på ett visst överskott i förhållande till efterfrågan. Utvecklingen under 1984 och 1985 tyder emellertid på att ett betydande antal tjänster för sjuksköterskor tillkommit bl a genom konvertering av tidigare undersköterske- och vårdbiträdestjänster. En sådan utveckling har förutsatts i prognosarbetet, men takten i denna utveckling är svårbedömd. Säsongsmissigt förekommer också problem att fullt ut täcka befintliga sjuksköterskebefattningar med formellt kompetenta innehavare.

Någon nerdragning av utbildningsplatserna avseende medellång vårdutbildning bör därmed inte aktualiseras de närmaste åren. En viss obalans finns vad gäller utbildningsdimensioneringen mellan olika personalkategorier inom denna grupp. De bedömningar som återfinns i bilagorna 1-3 talar för att en ökning av andelen utbildningsplatser för arbetsterapeuter, sjukgymnaster och påbyggnadsutbildning för sjuksköterskor i öppen hälso- och sjukvård är särskilt angelägen.

För personalgruppen med kort vårdutbildning fordras betydande utbildningsinsatser under ett uppbyggnadsskede för att höja kompetensen från vårdbiträdesnivå till undersköterskenivå för redan verksam personal. Som framgått ovan är utvecklingstakten vad gäller nya undersköterskebefattningar också f n mycket hög. I ett längre perspektiv erfordras ett årligt tillskott av omkring 7 000 personer på denna nivå som ersättning för avgång, pensionering etc. Till detta kommer att den huvudsakliga rekryteringen (ca 4 000 per år) till de medellånga vårdutbildningarna sker via undersköterskeutbildningen. För närvarande utgör bruttotillskottet ca 10 000 personer. Förutom fortbildningsinsatser för verksam vårdbiträdespersonal erfordras således en viss ökning av den grundläggande undersköterskeutbildningen, särskilt under en övergångstid, för att nå målet om en höjd baskompetens.

Avslutningsvis kan konstateras att de redovisade prognoserna är förknippade med en betydande osäkerhet och att utvecklingen under 1984 och 1985 inte har kunnat beaktas i beräkningarna. En betydande osäkerhet råder också om den samhällsekonomiska utvecklingen på längre sikt. Den personalutveckling som redovisas i här genomförda prognoser måste således anpassas till den takt som samhällsekonomin tillåter och med beaktande av de ekonomiska förutsättningar som råder för varje enskild sjukvårdshuvudman. De redovisade prognoserna kan således inte uppfattas som absoluta krav som måste uppfyllas av sjukvårds- och utbildningshuvudmännen under planperioden.

Den varierande längden på utbildningar för arbete inom hälso- och sjukvården innebär olika krav på framförhållning i utbildnings- och verksamhetsplanering. Det finns starka skäl att tillmäta långsiktiga bedömningar den

största betydelsen när det gäller läkarutbildningens dimensionering. För medellånga och korta utbildningar måste den aktuella personal- och rekryteringssituationen även beaktas.

## Fortsatt arbete

De förändringar i hälso- och sjukvården som på olika sätt beskrivits i HS 90-arbetet och som understrukits i och med riksdagens beslut med anledning av propositionen Utvecklingslinjer inom hälso- och sjukvården mm (prop 1984/85:181) ökar kraven på en aktiv personal- och utbildningsplanering. Omstruktureringarna i vården, de nya uppgifterna inom det förebyggande arbetet samt behovet av samordnade insatser såväl inom hälso- och sjukvården som mellan hälso- och sjukvården och andra verksamhetsområden i samhället utgör exempel på förändringar, som på olika sätt får konsekvenser för personalen. Det kan gälla innehållet i utbildningarna, sättet att arbeta, arbetsuppgifternas fördelning, personalsammansättningen och tillgången och efterfrågan på personal.

Formerna för personal- och utbildningsplaneringen behöver utvecklas. Härvid behöver särskild uppmärksamhet ägnas behovet av närmare samverkan mellan vårdplanering, personalplanering och utbildningsplanering. Olika insatser behövs också för att utveckla ett bättre informationsunderlag som grund för beskrivningar av personalsituationen och bedömningar om den framtida personalutvecklingen.

Konsekvenserna av den förändrade vårdstrukturen och de hälsopolitiska målsättningarna vad gäller såväl vårdpersonalens arbetsuppgifter och kunskapskrav som vårdutbildningarnas anpassning härtill behöver ytterligare analyseras i ett fortsatt utredningsarbete.

Särskilt angeläget är att konkretisera förändringarna i arbetsuppgifterna för personal inom länssjukvården och primärvården mot bakgrund av den nya vårdstruktur som föreslagits. För personal inom primärvården är det därvid bl a fråga om nya och vidgade uppgifter vad gäller exempelvis äldreomsorg, psykiatrisk vård och hemsjukvård liksom nya relationer till både länssjukvården och socialtjänsten. Primärvårdens möjligheter att er hålla personal med kunskaper inom såväl det psykiatriska som somatiska vårdområdet behöver analyseras.

För länssjukvården måste kraven från den fortgående medicinsk-tekniska utvecklingen tas i beaktande, inte minst gäller detta inom den medicinska servicen. En koncentration av vården ställer även krav på en ökad satsning på tidig rehabilitering och aktivering och delvis nya organisatoriska förhållanden. Detta medför förändringar såväl vad gäller relationer mellan olika personalgrupper som kompetensen hos varje yrkesgrupp. Mot denna bakgrund är det angeläget att analysera även läns- och regionsjukvårdens framtida personalstruktur.

I det fortsatta arbetet med de kvantitativa personalfrågorna är det angeläget att följa upp personalutvecklingen och analysera de förändringar i personalresursernas omfattning, fördelning och utnyttjande som sker. Det är därvid också nödvändigt att ta fram ett bättre underlag för att bedöma personal-

situationen och för att beskriva utvecklingen inom olika geografiska områden och verksamhetsområden liksom för olika personalgrupper. Denna typ av kunskapsunderlag behövs dels för att ge aktuella lägesbeskrivningar, dels som utgångspunkt för olika personalprognoser. De redovisade personalprognoserna förutsätts därmed utgöra inledningen till ett fortsatt rullande prognosarbete. På grundval härav bör det senare bli möjligt att successivt anpassa inriktning av och nivån på utbildningsinsatser m m med hänsyn till de nya kunskaper och erfarenheter som tas fram vid det fortsatta prognosarbetet.

Från olika utgångspunkter och i olika sammanhang har framhållits det angelägna i en närmare samverkan av verksamhetsplanering, personalplanering och utbildningsplanering. Det är dock inte bara på central nivå som en sådan samverkan behövs. Även på landstingsnivå och lokal nivå behöver detta ske. Det bör därför vara en angelägen uppgift för landstingen att såsom huvudmän för både vårdverksamhet och vårdutbildning inom sina ramar samordna dessa planeringsaktiviteter.

En sådan samverkan ifråga om personal- och utbildningsfrågorna på den lokala nivån behövs också mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Här bör olika former av lokala fördjupningsprojekt kunna prövas i syfte att utveckla modeller för det fortsatta samarbetet.

Tidigare har vikten av en satsning på fortbildning för olika personalgrupper framhållits. Inom detta område bör det finnas utrymme på den lokala nivån för att hitta modeller för genomförande av sådan utbildning. Likaså är det angeläget att finna former för lokal samordning av grund- och vidareutbildning med fortbildningen.

En viktig förutsättning för arbetet med utvecklingen av såväl nationell som regional personal- och utbildningsplanering är att förbättra vårdpersonal- och utbildningsstatistiken så att den i ökad utsträckning kan utgöra underlag för personalprognoser av skilda slag. Möjligheterna att knyta an personalstatistiken till verksamhets- och ekonomisk statistik behöver förbättras.

# I Inledning

---

## 1 Några utgångspunkter

### 1.1 Bakgrund

Hälso- och sjukvården är en mycket personalintensiv verksamhet. Totalt arbetar idag omkring 440 000 personer inom hälso- och sjukvården inklusive tandvård och omsorgsvård. Detta innebär drygt 10 procent av den yrkesaktiva befolkningen i landet. Enbart inom hälso- och sjukvården arbetar omkring 380 000 personer eller 9 procent av samtliga yrkesaktiva. Personalkostnaderna utgör 75 procent av huvudmännens totala utgifter för hälso- och sjukvård.

Personalsituationen inom hälso- och sjukvården varierar mellan olika sjukvårdsområden. Detta beror på att sjukvårdsorganisationen är uppbyggd och dimensionerad på olika sätt och att rekryteringsmöjligheterna varierar i olika delar av landet.

Under den snabba utbyggnadsperioden under 1960- och 1970-talen hade hälso- och sjukvården stora problem, att i tillräcklig omfattning rekrytera personal med adekvat utbildning.

Speciellt kännbar har bristen på läkare varit. Bristen på vissa kategorier av sjuksköterskor samt arbetsterapeuter och sjukgymnaster har emellertid också varit påtaglig. Övriga personalgrupper har i allmänhet kunnat rekryteras men ofta till priset av bristande formell kompetens.

Till följd av bl a den uppbromsning av utbyggnadstakten som skett under början av 1980-talet från omkring 4 procent per år till 1-2 procent per år och den satsning på utbyggnad av olika vårdutbildningar som gjordes under 1960- och 1970-talen har planeringsförutsättningarna avseende personalfrågor inför den kommande perioden förändrats. Hittills under 1980-talet har således den tidigare generella bristen på personal övergått i en bättre balans mellan tillgång och efterfrågan på personal.

Även om situationen under senare år således förbättrats kvarstår svårigheter att rekrytera bl a läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor, särskilt inom vissa glesbygdsmråden och verksamhetsområden. Generellt föreligger också stora säsongsmässiga variationer när det gäller möjligheterna att rekrytera personal till hälso- och sjukvården.

Personal- och utbildningsplaneringen tillhör de viktigaste instrumenten för att styra utvecklingen inom hälso- och sjukvården i enlighet med de krav som bl a hälso- och sjukvårdslagen ställer. Personal- och utbildningsplaneringen är av strategisk betydelse ur bl a följande aspekter:

- tillgången på utbildad personal bestämmer till stor del möjligheterna att uppfylla *vårdpolitiska prioriteringar*,
- personalens kunskaper och färdigheter har avgörande betydelse för *vårdens innehåll och kvalitet*,
- personalens sammansättning utgör huvudkomponenten i *sjukvårdens inre organisation*,
- *personalkostnaderna* utgör den dominerande delen av kostnaden för hälso- och sjukvården.

En genomtänkt personal- och utbildningsplanering är också viktig därför att tidscykeln från det att initiativ tas till förändring i utbildningssystemet (kvalitativt eller kvantitativt) till dess att förändringen påverkar vården vanligen är mycket lång. I synnerhet gäller detta förändringar i grundutbildningen. Snabbare resultat kan vanligen nås med hjälp av fortbildningsinsatser.

I hälso- och sjukvårdslagen betonas patientens rätt och integritet, det förebyggande arbetets betydelse och behovet av samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra samhällssektorer. En förändring av hälso- och sjukvårdens struktur med en reduktion av den slutna somatiska korttidsvården och en utbyggnad av i första hand sjukvård i hemmet, övrig primärvård och decentraliserad psykiatrisk vård skärper kraven på en långsiktig personal- och utbildningsplanering som är nära samordnad med den ekonomiska planeringen och sysselsättningsplaneringen.

Betoningen av förebyggande åtgärder och primärvård, strävan att bredda personalens arbetsuppgifter och utveckla omvårdnads- och grupparbete samt behovet av samverkan med primärkommunerna ger sammantaget behov av betydande förändringar av utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonalen. Denna utgör därmed ett viktigt instrument för att förverkliga den offensiva hälspolitik.

## 1.2 Delstudiens direktiv mm

Utredningen om hälso- och sjukvården inför 90-talet, HS 90, redovisade under 1981 vissa problemområden av strategisk betydelse för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården. De områden som enligt utredningen i första hand borde studeras ytterligare var hälsopolitik, förebyggande insatser, vårdstruktur samt personal- och utbildningsfrågor.

Generella utgångspunkter för arbetet med dessa studier har varit

- att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälso-politiskt synsätt
- att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse för fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt
- att hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

I riktlinjerna för den särskilda studien kring personal- och utbildningsplanering framhölls det väsentliga i att söka klarlägga bl a hur personalsammansättningen påverkas av de vårdpolitiska mål som uppställts för hälso- och

sjukvården och hur relationen mellan olika personalgrupper förändras. Tidsperspektivet för dessa analyser skulle vara 10–20 år och omfatta olika grupper av personal.

Till förutsättningarna för studien hörde också enligt riktlinjerna att analyser över personaltillgång och efterfrågan skulle göras utifrån alternativa antaganden om ekonomiskt utrymme och sysselsättningsgrad. Redovisningarna borde enligt direktiven omfatta:

- efterfrågan på personal av olika kategorier
- förväntad tillgång på personal samt
- förslag på åtgärder som underlättar rekryteringen av personal till olika områden.

Från HS 90-arbetet har under 1984 en rad expertrapporter och underlagsstudier publicerats. Huvudrapporten från projektet Hälso- och sjukvård inför 90-talet (SOU 1984:39) har även remissbehandlats. I huvudrapporten, som har utgjort ett av underlagen för regeringens proposition 1984/85:181 Utvecklingslinjer inom hälso- och sjukvården m m, ingår bl a ett kapitel om personal- och utbildningsfrågor, kapitel 8. Riksdagen har ställt sig bakom innehållet i denna proposition. Riksdagen har också fastställt vissa riktlinjer för den framtida hälso- och sjukvårdspolitiken. Bland dessa ingår att personal- och utbildningsplaneringen måste allt starkare relateras till målen för hälso- och sjukvården.

Vissa av de förslag till konkreta åtgärder inom området personal- och utbildningsplanering som förordades i huvudrapporten har sedermera också föranlett särskilda åtgärder. Sålunda har en översyn av läkarnas vidareutbildning påbörjats. Vidare har riksdagen fattat beslut om inrättande av ett regionalt hälsouniversitet i Linköping. En tvärspektoriell utredning angående bl a de medellånga vårdutbildningarna har aviserats i 1984/85 års budgetproposition.

De resonemang och utgångspunkter som låg till grund för förslagen i huvudrapporten på dessa punkter fördjupas och vidareutvecklas i denna rapport som underlag för kommande utredningar och ställningstaganden. I denna rapport har de trendmässiga beräkningarna över framtida personalefterfrågan inom hälso- och sjukvården som redovisades i huvudrapporten också kompletterats med en s k programmatisk ansats. Underlaget för övriga tillgångs- och efterfrågeprognoser har här uppdaterats i förhållande till huvudrapporten.

I såväl HS 90:s huvudrapport som i nämnda proposition diskuteras hälso- och sjukvårdens framtida struktur och omfattning i relativt allmänna ordalag. Vissa vårdområden, t ex den psykiatriska vården, behandlas dessutom relativt perifert i dessa sammanhang. För att genomföra beräkningarna har det varit nödvändigt att göra en serie antaganden i frågor som successivt blir föremål för politiska ställningstaganden i riksdag och landsting.

Det är givet att det råder delade meningar om hur hälso- och sjukvårdens framtida omfattning och struktur kan komma att se ut. Med utgångspunkt från de allmänna konstateranden som görs i huvudrapporten och i propositionen har en särskild arbetsgrupp med företrädare för Socialstyrelsen, Spri och Landstingsförbundet med hjälp av särskilda experter analyserat en

tänkbar utveckling. Arbetsgruppens och experternas bedömningar och antaganden återfinns i bilagorna 1, 2 och 3 samt i sammanfattad form i denna rapport avsnitt 8.3.

De kvantitativa delarna av rapporten baserar sig genomgående på förhållandena i slutet av år 1983. Den utveckling rörande verksamheten och personalsammansättningen som skett under 1984 och 1985 har således inte kunnat beaktas. Vissa kompletterande uppgifter om den aktuella utvecklingen diskuteras emellertid i kapitel 9.

### 1.3 Projektets avgränsning och innehåll

Under en rubrik som personal- och utbildningsplanering kan en rad olika områden och aktiviteter diskuteras. Ju längre utredningsarbetet bedrivits desto tydligare har framträtt den mängd av skilda förväntningar som knutits till projektet. I denna delstudie inom HS 90-arbetet har begreppet personal- och utbildningsplanering begränsats avsevärt. Inom projektet behandlas således i princip två huvudsakliga frågeställningar.

Den ena rör de krav på attityder, kunskaper och färdigheter (*kvalitativa krav*), som ställs på personalen för att den utveckling och den omstrukturering av vården som beskrivs i det följande skall kunna genomföras. Vidare diskuteras och framläggs förslag kring åtgärder inom utbildningssystemet som är önskvärda för att hälso- och sjukvården snabbare skall kunna anpassas till förändrade förutsättningar och bli en offensiv hälsopolitisk profil.

Denna avgränsning betyder således att i och för sig angelägna krav på utbildningen som hänger samman med den traditionella medicinska och medicintekniska delen av vårdarbetet inte närmare berörs inom projektet. Detta betyder inte att dessa områden skulle vara mindre viktiga utan att dessa områden i allt väsentligt redan tillgodoses eller åtminstone uppmärksammas inom flertalet vårdutbildningar. Det professionella medicinska systemet verkar också för att dessa kunskaper vidmakthålls och vidareutvecklas.

Inom projektets ram har inte den medicinska forskningens förväntade framsteg eller den medicinska tekniska utvecklingen kunnat analyseras.

Den diskussion kring kompetenskrav och utbildningsinnehåll som tas upp i projektet förs med vissa undantag på ett generellt plan, dvs kraven rör alla eller flertalet vårdutbildningar och personalgrupper. En mer detaljerad analys över krav på utbildningens konkreta innehåll för olika personalgrupper torde behöva göras inom ramen för särskilda fördjupningsprojekt.

Den andra huvudfrågan inom projektet rör den *kvantitativa* balansen mellan tillgång och efterfrågan på personal och en bedömning av hälso- och sjukvårdens framtida personalbehov. Avsikten är att dessa bedömningar ska kunna ligga till grund för utbildningspolitiska ställningstaganden på i första hand riksnivå.

I denna del av projektet har personalen delats in i fyra grupper, nämligen personal med lång, medellång resp kort vårdutbildning samt personal med annan utbildning än vårdutbildning. De tre första grupperna motsvarar i princip tre olika utbildningssystem nämligen den statliga läkarutbildningen, den landstingskommunala högskoleutbildningen (sjuksköterskeutbildning-

en bl a) samt gymnasieskolans vårdutbildning. I ett senare skede och för att bli användbart i den lokala utbildningsplaneringen måste givetvis en ytterligare nerbrytning göras, speciellt inom gruppen med medellång vårdutbildning.

I gruppen med kort vårdutbildning ryms undersköterskor, skötare och vårdbiträden. I denna grupp ingår även vårdbiträden som inte genomgått någon vårdbiträdesutbildning. I gruppen personal med annan utbildning än vårdutbildning ingår tæx psykologer och kuratorer, personal med teknisk och administrativ kompetens samt ekonomipersonal. Denna grupp är således ytterst heterogen vad gäller såväl utbildning som arbetsuppgifter liksom i lönehänseende.

I rapporten behandlas i första hand personal inom hälso- och sjukvården. Tandvården, omsorgsvården och den sociala verksamheten behandlas således inte primärt i detta projekt. I de kvantitativa beräkningarna ingår emellertid personal med vårdutbildning inom även andra sektorer än hälso- och sjukvården.

Vissa förändringar inom hälso- och sjukvården, framförallt inom primärvården och den psykiatriska vården, får konsekvenser för och blir starkt beroende av utvecklingen inom socialtjänsten. Dessa förändringar berör således personalen såväl inom landstingssektorn som inom det primärkommunala området. I vissa fall, t ex inom äldreomsorgen och psykiatrin, blir möjligheterna att genomföra omstruktureringar inom hälso- och sjukvården direkt beroende av vilka personalresurser som finns inom den sociala hemtjänsten och vissa övriga områden inom socialtjänsten. Trots detta starka beroende mellan dessa delområden har denna studie till följd av hela HS 90-arbetets inriktning och direktiv koncentrerats på personalen inom hälso- och sjukvården.





## 2 Några utvecklingstendenser

### 2.1 Allmänna utgångspunkter

En grundläggande utgångspunkt för utformningen av personal- och utbildningsplaneringen, och därmed frågan om vilka kunskaper personalen behöver för framtiden och vilket antal personer av olika kategorier som behövs, är naturligtvis hur utvecklingen inom hälso- och sjukvården ter sig i ett längre perspektiv.

De snabba framsteg, som skedde inom medicin och medicinsk teknik under 1950- och 1960-talen möjliggjorde tillsammans med den ekonomiska tillväxten i samhället en kraftig expansion av den sjukhusanknutna vården. Den medicinska kunskapsexplosionen resulterade i en ökad specialisering och differentiering. Nya möjligheter för diagnostik och behandling tillfördes sjukvården, vilket i hög grad påverkade utvecklingen.

Under det senaste decenniet har förutsättningarna för vårdarbetet starkt förändrats - framför allt som följd av den medicinska och den medicinskt-tekniska utvecklingen. Samtidigt som nya diagnos- och behandlingsrutiner införts vid akutsjukhusen - bl a genom specialisering och differentiering och tillkomsten av nya teknologier - har vårdtiderna kunnat förkortas. Åtgärder som tidigare krävt intagning vid sjukhus har kunnat överföras till öppen vård. Sjukdoms- och behandlingspanoramata har påtagligt förändrats inom såväl den somatiska som den psykiatriska vården.

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården betingas av en rad faktorer i samhället. Hit hör t ex förändringar i befolkningens åldersfördelning och sammansättning samt den allmänna utbildningsnivån. Förutsättningarna för ökade vårdinsatser i hemmet har förbättrats genom bättre bostäder, utveckling inom handikapp- och hjälpmedelsområdet och en annan attityd till traditionellt institutionsboende. Förändrade attityder till hälsa och sjukdom samt till vårdorganisationens möjligheter att ge bot/lindring eller stöd spelar också stor roll för utvecklingen inom vårdsektorn. Detsamma gäller de mer generella demokratiserings- och decentraliseringssträvanden som dominerat såväl samhällsdebatten i stort som debatten kring arbetsorganisation. Ändrade överenskommelser och regler inom arbetsmarknads- och socialpolitiken har likaledes effekter på hälso- och sjukvården.

Det primär- och landstingskommunala ansvaret för socialtjänsten resp hälso- och sjukvården har successivt förstärkts och utvidgats. I den nya lagen för hälso- och sjukvården från 1983 har denna utveckling accentuerats ytter-

ligare genom att landstingen fått ett ansvar för planering av all hälso- och sjukvård inom landstingsområdet.

Samhällsutvecklingen har möjliggjort att den svenska hälso- och sjukvården i ett internationellt perspektiv är välutvecklad såväl kvantitativt som kvalitativt. Det medicinska kunnandet och den medicinska tekniken har utvecklats snabbt, samtidigt som tillgången på kvalificerad personal varit en begränsning. Detta har i sin tur förutsatt en koncentration och specialisering av den medicinskt-tekniskt avancerade vården. De under senare år växande kraven på kontinuitet och helhetssyn på patienten och dennes miljö har emellertid lett till krav på en annan inriktning av vården och organisatoriska förändringar. Den samhällsekonomiska situationen ställer allt större krav på prioritering och omdisponeringar inom hälso- och sjukvården.

Samhällsutvecklingen har även inneburit en kraftig förskjutning i arbetsfördelningen mellan den enskilda 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 och ett personligt bemötande liksom information om och delaktighet i olika vårdsituationer. Dessa förutsättningar och krav som alltmer präglar hela samhället, skolan, arbets- och fritidslivet riktas nu med ökad tyngd mot hälso- och sjukvården. Detta återspeglas även i den nya hälso- och sjukvårdslagens utformning.

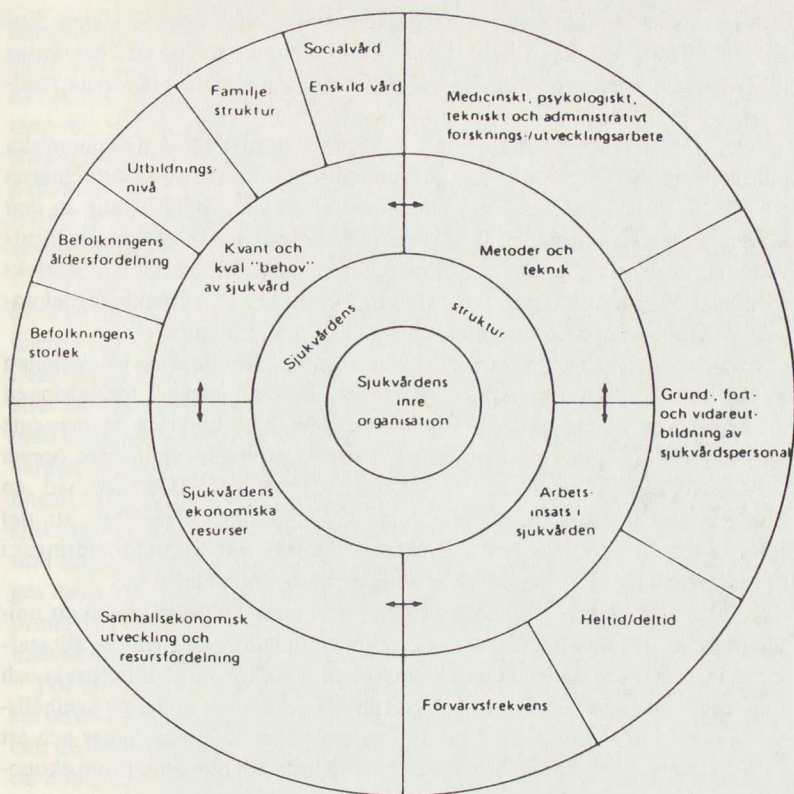
Parallellt med den naturvetenskapliga utvecklingen har nya och vidgade kunskaper inom det beteendevetenskapliga området fört in ytterligare dimensioner i diskussionen om vård- och arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården. Kraven på helhetssyn på patientens inte bara medicinska utan också psykologiska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

I figur 2.1 åskådliggörs några av de faktorer som påverkar sjukvårdens struktur och inre organisation.

Den allt större andelen äldre har lett till att sjukdomar som är vanliga i högre åldrar numer dominerar sjukdomsbilden. Tumörsjukdomar, sjukdomar i hjärta och kärl samt i matsmältningsorganen är de vanligaste anledningarna till slutet somatisk korttidsvård. Personer med åldersdement beteende är en stor och ökande grupp inom såväl somatisk långtidsvård som psykiatri. Inom psykiatrin har omkring hälften av alla intagna personer alkoholbetingade sjukdomar. Sådana är vanliga även inom den somatiska vården. Sjukdomar och skador i rörelseorganen samt infektionssjukdomar av olika slag är också vanliga, de senare framför allt hos barn. Allt fler söker vård för allergiska problem.

Det finns ett påtagligt samband mellan alkohol- och narkotikamissbruk och behovet av sjukvårdens och socialtjänstens insatser. I alla åldersgrupper har missbrukarna en väsentligt högre dödlighet än normalbefolkningen. Även sambandet mellan tobaksrökning och olika sjukdomar är väl känt och har belagts i en rad undersökningar. Kronisk luftvägsinfektion, hjärt- och kärlsjukdomar, lungcancer m fl sjukdomar förekommer oftare hos rökare än icke-rökare. Olyckor t ex inom arbetslivet och i trafiken ställer stora krav på sjukvårdsinsatser och leder ofta till långa sjukskrivningsperioder. Enligt vissa bedömningar svarar de "livsstilsbetingade" sjukdomarna för omkring hälften av det totala sjukvårdsbehovet.

Sjukvårdsdebatten har sedan ett antal år inriktats på frågor som rör hälso-



Figur 2.1. Några faktorer som påverkar hälso- och sjukvårdens utveckling.

och sjukvårdens roll i samhället. I diskussionen kring verksamhetens mål och inriktning betonas dels hälso- och sjukvårdens vidgade ansvar för medborgarnas hälsa, dels svårigheter för hälso- och sjukvården att isolerat och med traditionella metoder ytterligare förbättra befolkningens hälsotillstånd.

Det finns mot denna bakgrund en strävan att allt starkare profilera vårdarbetet mot förebyggande insatser genom att ge det en offensivt hälsopolitisk prägel. Detta understryks även i propositionen 1984/85:181 Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården mm. Med en offensivt hälsopolitisk prägel menas att hälso- och sjukvården skall ägna sig inte bara åt att utreda och behandla redan uppkomna sjukdomar och skador utan även åt att förebygga ohälsa samt att på annat sätt främja hälsan bl a genom att försöka påverka andra samhällssektorer att eliminera eller minska konstaterade sjukdoms- eller skaderisker. Enligt propositionens förslag är det personalens uppgift att inte bara informera om patientens sjukdom och hälsotillstånd mm utan även om de metoder som finns att förebygga sjukdom och skada.

## 2.2 Vissa strukturförändringar

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården under de närmaste två decennierna kommer med största sannolikhet att kännetecknas av en betydligt lugnare

utbyggnadstakt än den som var för handen under 1960- och 1970-talen. Enligt långtidsutredningen, LU 84, bör den kommunala expansionen begränsas till 1-2 procent per år beroende på alternativ under återstående del av 1980-talet.

I regeringens proposition (1984/85:40) om riktlinjer för den ekonomiska politiken på medellång sikt har de samhällsekonomiska förutsättningarna fram till 1990 diskuterats. I propositionen anges en möjlig ökning av den kommunala konsumtionen till 1 procent per år fram till år 1990 under förutsättning att den statliga konsumtionen kan minska i motsvarande storleksordning. Någon diskussion förs inte i propositionen beträffande fördelningen av den kommunala konsumtionen på skilda områden.

En del av den tillgängliga expansionen kommer att in-tecknas av ökningen av de äldre. Uppskattningsvis kräver befolkningsökningen och förändringen av befolkningens sammansättning fram till år 2000 omkring 15 procent volymutveckling inom den slutna vården och 8 procent inom den öppna vården för ett bibehållande av nuvarande vårdstandard och vid en oförändrad vårdstruktur. Denna tekniska beräkning utgår från att det relativa vårdutnyttjandet per åldersklass är oförändrat. Stora förändringar i det faktiska vårdutnyttjandet sker emellertid fortlöpande.

Kravet på en bättre närhet och kontinuitet inom sjukvården och ett omhändertagande i mer hemlika och decentraliserade former växer sig allt starkare. Detta i förening med en reducerad samhällsekonomisk tillväxttakt och minskade möjligheter för ökning av sjukvårdssektorns andel av samhälls-ekonomin ökar behovet av att omprioritera inom befintliga ramar och att kritiskt granska verksamheten ur såväl medicinsk och humanitär som ekonomisk synvinkel.

I fråga om hälso- och sjukvårdens struktur råder en bred politisk enighet om vikten av en utbyggd primärvård för att tillfredsställa krav på helhets-syn, närhet, kontinuitet och lättillgänglighet. Omhändertagandet av de allt fler äldre och långtidssjuka fordrar en utbyggnad av mindre, decentraliserade behandlingsformer och en betydande satsning på sjukvård i hemmet medan de större centrala sjukhemmen på sikt förutsätts komma att få en mer begränsad betydelse. Inom den psykiatriska vården prioriteras en öppen, sektoriserad verksamhet och en radikal minskning av mentalsjukhusens roll. Inom den somatiska länssjukvården förutsätts på sikt en ytterligare koncentration av den resurskrävande vården komma att ske och den slutna korttidsvårdens omfattning att reduceras. Ett gemensamt tema, oavsett vårdgren, är behovet av en omstrukturering och en strävan att så långt möjligt vårda patienten i dennes eget hem eller i mindre och för patienten mer närbelägna behandlingsenheter.

De sjukvårdspolitiska prioriteringar som även fortsättningsvis kommer att dominera är således en fortsatt utbyggnad av primärvård, en utbyggd sjukvård i hemmet för äldre och långtidssjuka, en utbyggd decentraliserad psykiatrisk vård med en avveckling av de särskilda mentalsjukhusen samt en återhållsamhet beträffande den somatiska korttidsvården. Dessa allmänna drag kommer snarast att förstärkas för perioden fram mot år 2000. Utvecklingen leder således till att den tyngre, mer resurskrävande vården koncentreras ytterligare medan den basala sjukvården alltmer decentraliseras.

För att en begränsning av den slutna vården ska vara möjlig i ett läge där

antalet mycket gamla samtidigt ökar markant och den medicinska och medicinsk-tekniska utvecklingen successivt ger förutsättningar för att behandla nya patientgrupper krävs även en betydande satsning på alternativa vårdformer. Hit hör dagsjukvård och sjukvård i hemmet. Dagsjukvårdens syfte är främst att ge målinriktad behandling och/eller rehabilitering med hänsyn till patientens sjukdom. Dagsjukvården sker i avgränsade behandlingsperioder. Åtskilliga studier visar att detta är en ur såväl ekonomisk som humanitär synpunkt fördelaktig vårdform.

I utvecklingen av alternativ till sluten somatisk eller psykiatrisk vård ställs även stora krav på samarbete med socialtjänsten. Hälso- och sjukvården har ingen särskild kompetens att svara för boende, sysselsättning och deltagande i kulturella aktiviteter. Dessa behov tillgodoses bättre genom socialtjänstens eller frivilliga insatsers försorg. För att detta skall lyckas även för personer med handikapp av skilda slag eller psykiska problem måste hälso- och sjukvården finnas tillgänglig i princip dygnet runt. För att den önskade utvecklingen skall bli möjlig, fordras samarbete i fastare former mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. En decentraliserad hälso- och sjukvårdsorganisation skapar förutsättningar för detta. Psykiatriska eller somatiska team kan ges ansvar för betjäningssområden som överensstämmer med indelningen i primärkommuner och/eller socialdistrikt, och ett direkt samarbete kan ske mellan befattningshavare inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

För att de alternativa vårdformerna skall kunna byggas ut måste vårdresurserna omfördelas. Personalen vid de nuvarande psykiatriska sjukhusen och de större sjukhemmen måste i stor utsträckning arbeta i decentraliserade enheter i öppen vård och dagsjukvård i stället för i traditionell sluten vård. I viss mån gäller detta även personal vid dagens länsdelssjukhus. I denna nya verksamhet blir yrkesrollen också delvis förändrad vilket även leder till att förändringarna också påverkar behovet av vidareutbildning och fortbildning.

## 2.3 Arbetets organisation och uppgiftsfördelning

Förändringarna inom hälso- och sjukvården gäller inte bara den yttre strukturen utan i allt högre grad även den inre strukturen, dvs frågor om sjukvårdens inre organisation samt om vård- och arbetsmiljön. Demokratiseringen inom arbetslivet som medfört ökat personalinflytande, förbättringar av miljö etc leder även inom hälso- och sjukvården till krav bland annat på förändringar av arbetets organisation.

Under den senaste tjuoårsperioden har standarden höjts betydligt i det direkta behandlingsarbetet. Säkrare diagnostiska metoder har utvecklats och behandlingen har blivit effektivare. Olika verksamheter har centraliserats och storavdelningar har inrättats för att göra vården effektivare. Arbets-tidsförkortningen och den medicinska och tekniska utvecklingen har bidragit till att arbetsuppgifterna har uppdelats på olika personalkategorier. Denna specialisering har gett fördelar i form av hög säkerhet och kvalitet i vårdarbetet.

Denna utveckling har emellertid på senare år alltmer kritiserats av både patienter och personal. En långt driven arbetsuppdelning har inom vissa om-

råden varit ett hinder för ett sammanhållet vårdarbete och en helhetssyn på patienternas behov. Det har visat sig svårt att förena bra vårdmiljö med en fortgående arbetsuppdelning. Vårdarbetet innefattar både rent medicinska åtgärder och mänsklig omvårdnad. Omvårdnaden ställer krav på kontakt, trygghet och kontinuitet som knappast kan uppfyllas, om personalen kring patienterna ständigt växlar.

Kraven på en helhetssyn på patienten och kontinuitet i förhållandet mellan patienten och personalen sätts nu i förgrunden, speciellt inom långtids-sjukvården och den psykiatriska vården. Synen på patienten som enbart mottagare av vård och hjälp är också på väg att tonas ned. I stället framhävs patienten alltmer som en aktiv deltagare i vårdlaget eller gruppen. Nya och förändrade vårdbehov samt allmänhetens höjda anspråk har starkt bidragit till att patienterna inte bara kräver en god medicinsk vård utan även personligt engagemang, god information samt delaktighet och medinflytande. Att dessa faktorer är väsentliga för en god vård betonas numera även i hälso- och sjukvårdslagen och i förarbetena till denna.

Förändringarna i arbetets organisation gäller även fördelning av uppgifter mellan olika personalkategorier, t ex läkare och sjuksköterskor och barnmorskor. Gränserna mellan dessa gruppers arbetsområden förskjuts på ett sätt som innebär att de senare kategorierna utöver omvårdnadsuppgifter utför andra kvalificerade uppgifter. En samverkan mellan läkare och övriga arbetstagare accentueras alltmer och en allt större del av vårdarbetet bedrivs i team där kompetens från olika yrkesgrupper utnyttjas.

## 2.4 Samordningssträvanden

En viktig princip i allt behandlingsarbete är normaliseringsprincipen. Normalisering innebär bland annat en strävan att låta varje individ leva och verka i en så normal miljö och under så normala levnadsomständigheter som möjligt. En uttalad strävan är att reducera den institutionsbundna vården till förmån för vård och behandling i öppna vårdformer och i patientens/den vårdsökandes enskilda hem. Förutsättningarna för en sådan utveckling har successivt förbättrats genom den höjda bostadsstandarden, en ökad flexibilitet mellan olika boendeformer/vårdformer och utvecklingen av de tekniska hjälpmedlen.

För en väl fungerande vård fordras att olika hjälpformer och vårdinsatser är samordnade och organiserade så att de kompletterar varandra. Den strävan efter ökad integrering som är ett genomgående drag i program och planer för utvecklingen gäller såväl inom hälso- och sjukvården som mellan denna och den primärkommunala socialtjänsten.

Ett viktigt skäl för en ökad samordning är helhetssynen på människan och hennes behov. En sådan helhetssyn innebär att vården inte bara utgår från det behov som ger sig tillkänna vid varje enskilt tillfälle utan också tar hänsyn till den enskildes totala situation. Helhetssynen är ett uttryck för sambandet mellan somatiska, psykiska och sociala vårdbehov.

Detta synsätt har lett till krav på samordning av hälso- och sjukvård samt av somatisk och psykiatrisk vård. Praktiskt innebär detta bland annat att t ex

den psykiatriska korttidssjukvården allt mer flyttas från psykiatriska sjukhus till länssjukhus där såväl psykiatrisk som somatisk vård bedrivs.

Helhetssynen har även bidragit till att reformarbetet och de fortsatta insatserna alltmer inriktas på samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Detta gäller inte minst beträffande omsorgen om äldre och handikappade personer, personer med psykiska problem, vården av alkohol- och narkotikamissbrukare samt det förebyggande arbetet. Behovet av medicinsk medverkan i det sociala arbetet har ökat under senare år och beräknas fortsätta att stiga i takt med en alltmer helhetsorienterad och orsaksökande verksamhetsinriktning. På motsvarande sätt föreligger inom hälso- och sjukvården ett behov av socialtjänstens medverkan i det medicinska vård- och behandlingsarbetet.

Ökad samverkan mellan huvudmännen berör för hälso- och sjukvårdens del framför allt vårdgrenarna öppen hälso- och sjukvård, somatisk långtids-sjukvård och psykiatrisk verksamhet. Inom den öppna vården motsvaras de medicinska insatserna på den sociala sidan av bl a ekonomisk hjälp, hemhjälp, barnomsorg och sociala rehabiliteringsåtgärder samt inom långtids-sjukvården av den kommunala äldre- och handikappomsorgen. Inom det psykiatriska området föreligger ett stort behov av samverkan med bland annat socialtjänstens alkoholpolikliniker, dagcentra, inackorderingshem och ungdomsmottagningar.



The first part of the document  
 discusses the general principles  
 of the proposed system  
 and the various methods  
 of implementation.  
 It is intended to provide  
 a clear and concise  
 summary of the key  
 elements of the plan.  
 The second part of the  
 document details the  
 specific steps to be  
 taken in order to  
 bring the system into  
 effect. This includes  
 a description of the  
 organizational structure  
 and the roles of the  
 various departments.  
 The third part of the  
 document discusses the  
 financial aspects of the  
 plan, including the  
 estimated costs and the  
 sources of funding.  
 The fourth part of the  
 document discusses the  
 legal aspects of the  
 plan, including the  
 necessary legislation  
 and the responsibilities  
 of the various parties  
 involved.

Very truly yours,

J. M. [Name]  
 Secretary

[Name]  
 [Title]

[Name]  
 [Title]

[Name]  
 [Title]

## II Personalens arbetsuppgifter och kunskapsbehov

---

### 3 Vårdpersonalens förändrade behov av kunskaper i framtiden

#### 3.1 Allmänna utgångspunkter

Hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsuppgifter, förändras successivt bl a i takt med förändrade krav från allmänheten, förändrade metoder och attityder inom hälso- och sjukvården m m. Vårdpersonalen, liksom hälso- och sjukvården i stort, har en stor förmåga till anpassning till förändrade förhållanden. Omfördelning av resurser och arbetsuppgifter till följd av t ex nya behandlingsmetoder eller förändrad tillgång på personal av olika kategorier är vanligt inom hälso- och sjukvården. Hittills har förändringsarbetet ofta kunnat genomföras med hjälp av ett tillskott av ytterligare resurser. Denna möjlighet är numera betydligt mer begränsad än tidigare. Det fortsatta förändrings- och utvecklingsarbetet måste i hög grad ske inom ramen för oförändrade ekonomiska resurser.

Förändringen av arbetsuppgifterna fram emot år 2000 kommer i första hand att styras av att befolkningens sammansättning förändras med fler mycket gamla och fler människor med annan kulturell bakgrund än den svenska, ett delvis förändrat sjukdomspanorama och ökande möjligheter till förebyggande, rehabiliterande och aktiverande insatser. Hälso- och sjukvårdens förändrade struktur kommer givetvis också att påverka arbetsuppgifterna och dess fördelning. En väsentlig faktor är även den tekniska utvecklingen och dess konsekvenser.

Inom delar av hälso- och sjukvården t ex inom den medicinska servicen och inom handikapp- och hjälpmedelsområdet kan en betydande utveckling till följd av datorisering och utvecklingen inom elektronikområdet etc förväntas. En sådan utveckling kommer sannolikt också att innebära förbättrade förutsättningar för patientövervakning mm samt överföring av information mellan olika enheter inom hälso- och sjukvården t ex mellan primärvården och länsjukhuset. Datoriseringen ger också förbättrade möjligheter när det gäller det förebyggande arbetet och hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen. En ambition i hälso- och sjukvårdslagen är att stärka patientens ställning. Lagen anger att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet. Den skall vara lättillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Den skall dessutom ge kontinuitet i kontakterna mellan patient och personal. Vården skall utformas och genomföras i samråd med patienterna.

Patienten har vidare enligt hälso- och sjukvårdslagen rätt

- att få begriplig information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för att förebygga, utreda och behandla sjukdom och skada som står till buds,
- att få begriplig information om innebörden av en undersökning eller behandling,
- att få ta del av journalerna och vid behov få dess innehåll förklarad för sig,
- att vägra lägga in sig på sjukhus och att lämna sjukhuset efter egen önskan samt
- att vägra ta mediciner och avstå från behandling eller avbryta pågående behandling.

Detta innebär delvis nya uppgifter för hälso- och sjukvårdspersonalen. Av särskild betydelse är därvid information och upplysning till patienter såväl om hälsosituationen och om de möjligheter som föreligger, bl a genom vederbörandes livsföring, att påverka denna, som information och upplysning i den enskilda vårdsituationen så att vården skall kunna fungera för patienterna på det sätt som avses.

I förarbetena till lagen betonas individens ökade ansvar för sin hälsa och för att ta ställning till de hälso- och sjukvårdsinsatser som kan vara befogade. Ansvarsavgränsningen påverkas här av omfattningen och formerna för sk egenvård samt av individens möjligheter att med stöd av anhöriga och det övriga sociala nätverk, som omger vederbörande, själv tillgodose vissa vårdbehov. Detta skärper kravet på väl fungerande information och en även i övrigt förtroendefull samverkan mellan enskilda patienter och vårdinstitutionen. Den information som skall lämnas skall begripas av skilda kategorier som har kontakt med hälso- och sjukvården. Det gäller personer med skilda etniska ursprung och med varierande utbildningsmässig bakgrund samt personer med olika förutsättningar att ta emot information beroende på sin hälso- och sjukvårdssituation. I dagens läge har hälso- och sjukvårdspersonalen ofta inte tillräcklig beredskap för dessa uppgifter och inte heller den attityd till själva vårdarbetet som det här är fråga om nämligen att förmedla hjälp till självhjälp där så är möjligt i stället för att i alla lägen ge vård och omsorg. De vårdsökandes egna möjligheter och förutsättningar bör självklart varken överskattas eller underskattas.

Andelen äldre i samhället och då framförallt de mycket gamla ökar markant under de närmaste decennierna, vilket ställer stora krav på såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. Detta gäller såväl korta insatser som insatser av mer långvarig karaktär.

Ökningen av de äldre skapar inte bara ökade kvantitativa behov utan ställer även krav på nya kliniska rutiner och en förändrad hållning visavi vårdarbetet. I takt med den förändrade befolkningssammansättningen förskjuts sjukdomspanoramata gradvis. Kroniska sjukdomar utgör allt större del av det totala sjukdomspanoramata.

Detta betyder självklart inte att de akuta sjukdomarna och skadorna försvinner. Akutsjukvården är inte heller färdigutbyggd utan behöver fortfarande förstärkas i vissa avseenden. Vården och omsorgen om de långtidssjuka måste dock tillåtas växa fortare den närmaste perioden om hälso- och sjukvården skall kunna balansera de aktuella vårdbehoven på ett rimligt sätt.

Många kroniska eller långvariga sjukdomar kan inte botas. Desto viktigare är det att hälso- och sjukvården kan medverka till att minska det lidande och de problem sjukdomen/skadan förorsakar. Det är också viktigt att den kraft och de resurser den enskilde patienten och hans omgivning har tas till vara. En ökad förståelse för gamla människor, deras behov av trygghet och stimulans och av att kunna leva så normalt som möjligt i sin invanda miljö krävs hos all personal inom hälso- och sjukvården. Kunskaper kring rehabilitering och aktivering har här sin givna plats liksom kunskaper om döende och död.

För att samhället i en framtid skall kunna ge den växande skaran gamla och mycket gamla människor en dräglig tillvaro måste även personal inom socialtjänsten samt tekniker, samhällsplanerare och ekonomer ha kunskaper inom detta område. Detsamma gäller även kunskaper om bl a handikappade och deras situation och orsaker till handikapp av olika slag.

Övergången till ett flerkulturellt samhälle och ökade internationella kontakter ställer krav på ökade kunskaper om andra kulturella och etniska förhållanden än dem som vi vanligen möter. En ökad förståelse för och kunskap om kulturella och andra olikheter är särskilt påtaglig för personal som arbetar inom yrken av servicekaraktär. Speciellt gäller detta för personal som arbetar inom yrken inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Kommunikationssvårigheter är inte enbart språkliga hinder utan också kulturella barriärer och brist på inlevelse i innebörden utvandring/invandring. Förväntningar, värderingar och tidigare erfarenheter ställs mot varandra i invandrarens möte med den svenska hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

Hittills har flertalet invandrare varit relativt unga och i produktiv ålder. Andelen äldre med utländskt ursprung ökar emellertid nu raskt. Omhändertagandet och vården av dessa människor ställer för vissa invandragrupper andra krav och förväntningar på personalen. Sättet att närma sig åldrandet och den äldre liksom sättet att förhålla sig till sjukdom och död skiljer sig således ofta från vad som av tradition här är vanligt.

Hälso- och sjukvårdens arbetsuppgifter kommer även för framtiden att i hög grad vara att bota och lindra. Förebyggande och hälsopolitiskt inriktade åtgärder kommer emellertid att öka väsentligt. Till förebyggande verksamheter räknas bl a hälsouppläsning och läkemedelsinformation, information om droger, antikonception m m, men även miljövårdsinsatser och deltagande i samhällsplanering i vid bemärkelse.

Hälsouppläsningens uppgift är bl a att bibringa den enskilde kunskaper som ökar möjligheterna att vårda den egna hälsan. Det är viktigt att personalen ges tillräckliga kunskaper inom området så den klarar av att ta detta ansvar.

Hälsa får inte betraktas som motsatsen till sjukdom utan som en särskild kvalitet som vi har stor nytta av att bevara. Det är också viktigt att vidga hälsobegreppet på så sätt att skyddet för vår hälsa inte bara inriktas på biologiska, fysikaliska och kemiska faktorer i miljön, utan också på psykosociala omständigheter. En god hälsa är ett medel att uppnå god livskvalitet.

Förändringen av sjukdomspanoramat och vårdbehoven medför att det är omvårdnads- och rehabiliteringsarbetet som i första hand behöver de tillkommande resurserna då det huvudsakligen är inom dessa områden förutom

inom det förebyggande arbetet som hälso- och sjukvårdens tillkommande arbetsuppgifter finns. Dessa tillkommande arbetsuppgifter hör i första hand till primärvården.

Den utveckling som förestår inom hälso- och sjukvården ställer förändrade krav på kunskaper hos personal särskilt för primärvårdens förebyggande arbete och inom äldreomsorgen och den sektoriserade psykiatrisk vården.

Även inom den somatiska läns- och regionsjukvården kommer arbetsuppgifter och kunskapsbehov att förändras. Detta bl a som en följd av strukturella förändringar, tekniska och medicinska framsteg m m. Vad detta betyder för arbetsuppgifter och kompetensbehov inom läns- och regionsjukvården behöver ytterligare analyseras i ett fortsatt arbete (jfr kap 12).

### 3.2 Arbetsuppgifter och kunskapsbehov för ett förebyggande arbete inom primärvården

Primärvårdspersonalen utgörs för närvarande i regel främst av distriktsläkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor, barnmorskor och undersköterskor. Vidare finns ofta sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Vissa primärvårdsdistrikt har tillgång till psykologer, i enstaka fall kuratorer, och inom stora delar av landet finns konsulterande läkare från närbelägna sjukhus. Dessa har ofta uppgiften att dels bedöma komplicerade sjukdomstillstånd, dels att ansvara för utbildning inom sitt område.

Primärvårdens personal är, med få undantag, huvudsakligen utbildad för sjukvårdande uppgifter samt för den speciella förebyggande verksamhet som bedrivs inom barnavård och mödravård. Kunskaper inom hälsoupplivningsområdet och en epidemiologisk ansats etc saknas i stort. Distriktssköterskorna har sedan lång tid haft förebyggande medicin och hälsoupplivning i sin utbildning men i det dagliga arbetet har den sjukvårdande verksamheten kommit att utgöra en dominerande del.

Ett realiserande av en offensiv hälsopolitik innebär nya uppgifter för landstingen och för hälso- och sjukvårdspersonalen. Detta gäller i första hand primärvårdens personal men påverkar också övrig hälso- och sjukvårdspersonal. F n saknas dock i många avseenden kunskaper, metoder och former för det hälsopolitiska arbetet. Personal inom mödra- och barnhälsovården torde i regel ha kommit längst i det förändringsarbete som är erforderligt. Många enheter inom dessa områden utgår idag från ett psykosocialt arbetssätt och har utvecklade rutiner för individuellt preventivt arbete.

I en situation med knappa resurser kan det synas svårt att öka insatserna för förebyggande arbete. I ett kortsiktigt perspektiv finns det en intressekonflikt mellan förebyggande åtgärder och behandling. Bristen i det förebyggande arbetet går ut över grupper och ej över identifierade, enskilda individer. Därför är det lättare att nedprioritera samhällsinriktat förebyggande arbete än behandling, som ju direkt riktar sig till enskilda individer. Man kan exempelvis inte se vem som undgår skador på grund av bättre olycksfallsförebyggande arbete inom trafiken eller i arbetet, medan t ex kirurgi efter ett olycksfall ger mycket synbara resultat.

Ett utökat preventivt arbete inom primärvården behöver emellertid inte ställa krav på nya resurser men däremot på ändrade arbetsrutiner. Målsätt-

ning:n bör vara att integrera det förebyggande arbetet i primärvårdens ordinarie arbete, med deltagande av all personal. Det förebyggande arbetet måste ses långsiktigt och accepteras som en självklar del i de dagliga rutinerna.

En viktig del i primärvårdens förebyggande arbete är att medverka till att en kvalitativt god sjukvård och rehabilitering bedrivs. På så sätt får det sjukvårdande arbetet sin största betydelse genom att förhindra eller minska konsekvenserna av kroniska eller allvarliga sjukdomar och därmed medverka till så god livskvalitet som möjligt. En viktig del i detta arbete är en socialmedicinsk grundsyn på den kroniskt sjuke eller allvarligt sjukes eller skadades förråga att leva vidare utan att vara för mycket beroende av andra. För en kvalificerad aktiverande och rehabiliterande vård krävs tillgång till arbetsterapeutisk och sjukgymnastisk kompetens. Samarbetet med socialtjänsten och med andra sektorer exempelvis arbetsförmedling och försäkringskassa är dessutom av central betydelse.

Hälsoupplysningen är en del av det förebyggande arbetet som har långa traditioner i Sverige. Bl a distriktssköterskorna har härvid spelat en viktig roll. Hälsoupplysningen inom hälsovården för mödrar och barn är väl etablerad. För den framtida primärvården behövs emellertid en bättre helhetsyn på hälsoupplysningsfrågorna. Primärvårdens naturliga kanaler är alla möten mellan primärvården och patienten. Det är väsentligt att inte försumma möjligheterna att diskutera ansvaret för den egna hälsan, undervisa om hur människokroppen fungerar, ta upp levnadsvanor som kost, motion, rökning och alkohol samt läkemedelsanvändning vid de tillfällen till kontakter som vardagssjukvården erbjuder. Primärvården bör vidare med sin kunskap medverka i hälsoupplysningsarbetets uppläggning inom skola, arbetsliv, i frivilliga organisationer och föreningar. En särskild del av det förebyggande arbetet inom hälsovården för mödrar och barn utgör föräldrautbildningen.

Hälsoupplysningen måste vara sakligt grundad. Hälsoupplysningsarbetet får inte enbart handla om att undvika död och sjukdom utan också om hur vi skall kunna ta vara på livet. Hälsa måste betraktas som ett positivt begrepp och inte endast som frånvaro av sjukdom och handikapp.

Många hälsofrågor berör människor starkt känslomässigt, exempelvis samlevnad, alkoholvanor, matvanor etc. Det är naturligt att informatörens egna attityder kommer att spela en stor roll för hans/hennes sätt att överföra kunskapen och även för mottagarens reaktion. På motsvarande sätt betyder informatörens/sjuksköterskans/läkarens egna personliga vanor mycket för trovärdigheten i vad hon eller han säger. En hälsoupplysare behöver såväl kunskaper som självkänedom och inlevelseförmåga.

Läkare, sjuksköterskor, etc har stora möjligheter att ta upp viktiga hälsoproblem med den enskilde. Sker samtalet vid rätt tillfälle, utan tvång och moralisering, med respekt för mottagarens integritet och på jämlik grund är det en effektiv väg att hjälpa människor till sundare beteenden. Informatören bör söka aktivera människor och ge underlag för personliga beslut. Hälsoupplysning är att se som en process, där kunskap, insikt och handling är nyckelbegrepp. Individuell rådgivning i hälsofrågor förekommer som nämnts redan idag i stor utsträckning inom delar av hälso- och sjukvården. I framtiden bör sådan rådgivning ingå som en självklar del av all sjukvårds-

personals arbete. Det förutsätts då att sjukvårdspersonalen har fått lämplig utbildning för detta.

Hälsokontroller eller hälsoövervakning är en förebyggande verksamhet som genomföres inom olika delar av hälso- och sjukvården t ex mödra- och barnhälsovården, skolan, företagshälsovården, militärhälsovården, studerandehälsovården etc. Uppspårande av sjukdomar och hälsorisker (exempelvis olycksfallsrisker i hemmiljö) kan också ske genom en systematisk rapportering av distriktssköterskor i samband med hembesök.

Hälsoövervakning skall kopplas till hälsoupplýsning, eftersom en betydande del av det förebyggande arbetet som kan baseras på en hälsokontroll utgår från levnadsvanor och faktorer som bl a måste angripas med information och utbildning. Hälsoövervakning bör i så stor utsträckning som möjligt integreras i det dagliga arbetet inom primärvården och kopplas till de tillfällen när patienten ändå har kontakt med hälso- och sjukvården.

Viktiga framtida uppgifter för primärvården är att förbättra kunskaperna om sociala faktorer samt faktorer i den fysiska omgivningen som kan ge ohälsa. Hälso- och sjukvården får ta hand om problem som uppkommer inom andra samhällssektorer exempelvis i arbetslivet, i skolan och i trafiken. Primärvårdens uppgift bör vara att tillsammans med andra exempelvis inom socialtjänst, skola, företagshälsovård, analysera orsakerna till olika hälsoproblem. Primärvården måste kunna medverka i den epidemiologiska bevakningen av hälsoproblemen inom sitt område. Även om det ligger utanför primärvårdens ansvar att aktivt ingripa för att åtgärda sociala orsaker till hälsoproblem har ingen bättre förutsättning än hälso- och sjukvården inkl primärvården att redovisa uppkommen sjuklighet och dess möjliga orsaker. Primärvården och övrig hälso- och sjukvård måste vara väl förtrogen med befolkningens olika hälsoproblem och dess orsaker. Detta förutsätter andra arbetsrutiner och informationskanaler än hittills.

Den kompetens primärvården framför allt skall besitta är givetvis den professionella inom sitt eller sina delområden. Man skall vara medicinskt sakkunnig och förbli så. Till detta behöver en ny kompetens adderas.

Kravet på kompetens för förebyggande arbete bör betraktas från i huvudsak fyra aspekter.

- Planering av insatser utifrån befolkningens behov
- Kunskaper om förebyggande arbete och arbetsformer
- Kommunikation, dvs överföring av kunskaper, förmedling av motivation samt
- Utvärdering, effektmätning

Till de kunskaper som vårdpersonalen behöver för ett bra förebyggande arbete hör t ex pedagogiska kunskaper som syftar till att lära ut metoder för att påverka attityder och förändra beteende.

Goda kunskaper om sjuklighet, dödlighet och hälsorisker i den befolkning man betjänar är också en självklar ingrediens i ett offensivt inriktat primärvårdsarbete. Några konkreta ämnesområden som är av intresse i detta sammanhang är medicin, fysiologi, epidemiologi, sociologi, psykologi, pedagogik, statistik.

Förutom att dessa kunskaper ges i grundutbildningarna finns det ett stort

behov av fortbildning inom flera områden för nu verksam personal. Inom ramen för en återkommande intern utbildning kan med hjälp av pedagog och beteendevetare även kunskaper meddelas om hur man påverkar levnadsvanor, initierar åtgärder i sin närmiljö etc. Arbetet är långsiktigt, kräver noggrann planering, nytänkande och stort engagemang inkl intresserad ledning lokalt.

För att det enskilda primärvårdsområdet skall kunna utveckla det samhällsinriktade/förebyggande arbetet fordras stöd av en central enhet, framför allt på landstingsnivå för metodutveckling och mer omfattande kartläggning och utredningar. En sådan enhet bör givetvis ha gedigen kompetens bl a inom epidemiologi och statistik.

### 3.3 Arbetsuppgifter och kunskapsbehov för en utveckling av vården av långtidssjuka inom primärvården

Målet inom vården av långtidssjuka är att behålla resp återföra patienten till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa samt optimal aktivitet och funktion i förhållande till omvärlden. Detta kan ske endast genom en stark inriktning på rehabilitering, vilket innebär att vården görs individuell och utgår från varje patients behov, intressen och förmåga. Personalen bör så långt möjligt ge hjälp till självhjälp. I första hand innebär detta en strävan att hjälpa patienten till en tillvaro utanför den slutna vården och att göra honom så oberoende av andra personers hjälp som möjligt.

Inom den somatiska långtidssjukvården är flertalet patienter mycket gamla och de har ofta flera sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar samtidigt. Patienternas höga ålder tillsammans med ett sammansatt vårdbehov och ofta långa vårdtider ställer krav inte bara på avancerade medicinska kunskaper utan även på psykologiska och sociala insikter. Ett samarbete mellan öppen vård och slutna vård är nödvändigt för att tillvarata de resurser som finns på bästa sätt. Ofta krävs växelvis insatser i patientens eget hem, i dagvård, i alternativa boendeformer etc. I många fall är sjuk- och omvårdnadsbehovet så stort att patienten inte kan skrivas ut utan måste bo mer permanent på institution. För en bra patientvård fordras bl a

- att patientens integritet respekteras,
- att den psykosociala och terapeutiska miljön för patienter, personal och anhöriga är gynnsam,
- att patienten ges tillfälle att utföra de fysiska, psykiska och sociala funktioner som denne klarar själv. Detta ger patienten ytterligare träning och gör framstegen meningsfulla. Det är viktigt att samordna aktiveringens olika delar till vardagliga situationer som är välbekanta för patienten,
- att komplikationer, orsakade bl a av inaktivitet, förebyggs,
- att personalen känner till hur man använder olika hjälpmedel och ser till att patienterna använder dem på rätt sätt samt
- att personalen samtalar med och försöker få kontakt med varje patient vars hörsel, syn, tal, reaktionsförmåga samt minne är nedsatt.



Verksamheten bör således inriktas på träning av olika funktioner men detta räcker inte. Trots patienternas fysiska och psykiska skröpligheter måste livet i övrigt ges mening och innehåll. Att ta vara på det friska hos patienten och utveckla detta är ett viktigt mål liksom att ge patienten ett nytt livsinnehåll i de fall rehabilitering till full hälsa inte är möjlig.

Hög ålder, långvarig sjukdom och svåra handikapp hos patienterna ställer krav på speciella kunskaper hos vårdpersonalen. Det gäller bl a att lära sig förstå att även små rehabiliteringsinverter kan betyda mycket för patienterna, särskilt med tanke på den ofta mycket långa rehabiliteringstiden. Återställandet av en funktion kan vara av mycket stort värde för en patients oberoende och livskvalitet. En helhetssyn på patientens situation samt kontinuitet i vården är av särskilt stor vikt inom långtidssjukvården.

Vården av äldre och långtidssjuka förutsätter ett intensivt samarbete mellan vårdpersonal, arbetsterapeuter och sjukgymnaster m fl. Den sk rehabiliteringspersonalen bör därför i stor utsträckning förlägga sitt arbete till vårdavdelningarna nära patienterna. Dessa upplever institutionslivet som mindre enformigt och mera aktivt då rehabiliteringsresurserna finns inom räckhåll. Patienterna stimuleras till mer kontakt och umgänge med varandra. Det är också stimulerande och meningsfullt för olika yrkeskategorier att arbeta på ett integrerat sätt. Detta sätt att arbeta innebär ökade krav på samarbete mellan alla personalgrupper. När det gäller vårdens organisation pågår också försök med gruppvård, där patienter och personal genom ändrad arbetsfördelning får möjligheter att lära känna varandra och samarbeta i rehabiliteringsarbetet.

Vårdpersonalens arbetsuppgifter bör omfördelas och breddas så att patienterna i större utsträckning möter samma personer i vården på avdelningarna. På så sätt förs vårdpersonalen och patienterna närmre varandra. Den ömsesidiga informationen underlättas liksom kontakten med de anhöriga som besöker patienterna. Sådana kontakter behöver också öka och ett närmare samarbete mellan vårdpersonal och anhöriga bör komma till stånd.

För att vården av de äldre skall fungera väl krävs att personalen har förståelse för och kunskaper om åldrandeprocessen, sambandet mellan åldrandet och sjuklighet samt hur åldrandet påverkar behovet av vård och stöd. Skillnaden i hur sjukdomar fastställs, förebyggs och behandlas hos äldre jämfört med yngre patienter är ofta betydande.

Samarbete i vårdlag och rehabiliteringsteam spelar en allt viktigare roll. Lagarbete och en öppen diskussion om de problem som förekommer är speciellt viktiga när det gäller arbete med svårt sjuka och döende patienter. Såväl vårdlaget som andra – t ex de anhöriga – som deltar i omhändertagandet av dessa patienter upplever ofta såväl psykisk och emotionell som psykologisk stress. Många problem är förknippade med omvårdnaden av personer i mycket hög ålder. Det kan t ex vara mycket svårt att bedöma om en äldre patient slutar äta på grund av att en långdragen dödsprocess är förestående eller om det beror på en depression eller ett akut sjukdomstillstånd som kan behandlas. Det krävs mycket kunskaper för att våga avstå från utredningar och behandlingar, t ex vätskeinfusion, magsond, urinvägskateter och syrgasbehandling, när dessa åtgärder är meningslösa och att då kunna acceptera att en människa har rätt att dö.

Kunskaper om hur man lindrar smärta och ångest är nödvändiga för all

personal som arbetar med svårt sjuka. Omvårdnaden av patienter i livets slutskede kräver liksom den rent medicinska vården, en individuell planering och har som mål att ge långvarigt sjuka patienter ett livsinnehåll och att hjälpa döende patienter till en fridfull död.

Genom utbyggnad av sjukvården i hemmet har det blivit allt mer möjligt för patienter som så önskar att få dö hemma. Krav ställs i detta sammanhang på garantier för snabb återintagning till långvårdssjukhuset vid behov, hjälpmedel i hemmet, tillgång dygnet runt till välutbildad personal som kan göra hembesök samt ett lagarbete som omfattar patient, anhöriga och personal.

Omvårdnadsaspekterna är speciellt påtagliga inom långtidssjukvården. Det ligger i sakens natur att de får en dominerande roll just vid långvariga och allvarliga sjukdomar. Någon skarp gräns mellan de rent medicinska insatserna och omvårdnaden av patienten kan dock inte dras. För en god omvårdnad fordras också gedigna medicinska kunskaper.

Det är väsentligt att förebygga ohälsa hos de äldre och att ge dem som blivit sjuka så snabb hjälp som möjligt till ett aktivt liv utanför institutionerna. I de fall där full hälsa inte kan uppnås måste man på grundval av en helhetssyn på de äldres behov ta tillvara och träna upp de funktioner som fortfarande är friska. Om man inte kan bota kan man i de flesta fall förbättra och lindra.

Detta kräver ökade kunskaper om det normala åldrandet och om sjukdomar hos äldre personer, ett förändrat synsätt på äldre människors möjligheter samt en delvis ny vårdideologi. God kvalitet på vård och rehabilitering förutsätter en aktiv och stimulerande miljö. En sådan miljö kan skapas av en välutbildad personal, som engageras i en målinriktad planering och uppföljning av vårdarbetet. Ett lagarbete där patient, anhöriga och personal samarbetar är en förutsättning för bästa möjliga vård- och arbetsmiljö. Stora krav på kunskaper om bl a ålderdomssjukdomar och åldrande samt i psykologi och arbetsledning ställs på den som leder och samordnar olika personal-kategoriernas insatser för patienterna.

Omhändertagandet och vården av äldre invandrare, där såväl språkliga problem som kulturella svårigheter kan uppstå, ställer även speciella krav på personalen.

All personal inom sjukvården behöver dessutom breda kunskaper om vilka resurser samhället har för att underlätta för äldre och handikappade att så länge som möjligt bo kvar i sina invanda miljöer och för att vid sjukdom, ge dem förutsättningar för en snar utskrivning till öppnare vårdformer där detta är möjligt.

En äldreomsorg och långtidssjukvård som bättre än idag förmår hjälpa patienter i hemmet ställer krav på förbättrad sjukvård i hemmet, tillgång till dagvårdsavdelningar med rehabiliteringspersonal, vårdplatser för tillfällig avlastning, en god transportorganisation tillgång till en god hjälpmedelsverksamhet. I vissa fall fordras dessutom speciella åtgärder i patientens hem. Av största betydelse och en förutsättning för ökad vård i hemmet är tillgång till kvalificerad hemtjänstpersonal, vilken förstärker att skilja på de problem som är att hänföra till det normala åldrandet från de problem som kräver insats av personal med medicinsk utbildning.

En förändrad inriktning av samhällets omsorg om de äldre och långtidssjuka, med förskjutning av tyngdpunkten från den slutna landstingskommu-

nala långtidssjukvården till en omsorg som så långt möjligt siktar till att tillgodose den äldres eller långtidssjukas behov i den egna bostaden, ställer bl a krav på mer personal för omsorg och vård av personer i hemmet och på en kvalificerad utbildning av denna personal. Personalen som arbetar med sjukvård i hemmet och i den primärkommunala hemtjänsten måste i framtiden ha betydligt större kunskaper och en ökad beredskap än vad som nu i allmänhet gäller för att möta människor med skilda former av psykiska och fysiska problem.

### 3.4 Arbetsuppgifter och kunskapsbehov inom en sektoriserad psykiatrisk vård

Den allmänna psykiatriska vården är i sin helhet inne i en förnyelseprocess. Från att tidigare ha varit inriktad på omhändertagande och förvaring har psykiatrin under de senaste decennierna alltmer fått som mål att ge en aktiv behandling och rehabilitering. Målet är att patienterna skall leva ett så normalt liv som möjligt och att all vård och behandling skall utgå från patientens livssituation.

En strävan är därför att den nödvändiga vården och behandlingen ges medan patienten bor kvar i sin normala bostad. I de fall detta inte är möjligt bör patienten i första hand tas om hand vid lokala, mindre behandlingsenheter.

Vård på psykiatrisk institution kommer dock även i framtiden att behövas för vissa patienter. Vid t ex vissa depressiva tillstånd kan ett tillfälligt totalt omhändertagande av patienten tjäna ett terapeutiskt syfte. Om vården blir långvarig, är det emellertid i allmänhet av stor vikt att vårdmiljön utformas så att patienten inte passiviseras. Patienten måste fortfarande ha ansvar för sina dagliga aktiviteter och behålla kontakten med samhället utanför institutionen.

Huvuddelen av långtidsvården av äldre personer, främst de åldersdementa, beräknas i framtiden ges vid lokala sjukhem i den mån institutionsvård krävs. För den mindre grupp patienter som även framgent behöver mycket långvarig institutionsvård inom psykiatrin är principen att denna vård så långt som möjligt skall likna normalt boende.

Huvuddelen av den specialiserade psykiatriska vården kommer på sikt att förmedlas av psykiatriska team, vilka således ansvarar för såväl den öppna som den slutna akutsjukvården. Inom de psykiatriska teamen verkar förutom läkare, psykolog och kurator även sjuksköterskor och skötare. Till teamen kan även på lämpligt sätt knytas sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

De psykiatriska teamen måste ha grundläggande kunskap i psykiatri samt medicinsk kompetens i diagnostik och behandling. Teamets medlemmar måste tillämpa en helhetssyn och en psykoterapeutisk hållning i relationerna till patienterna. Inom teamen bör dessutom finnas kompetens för mer kvalificerad psykoterapi. Genom den fasta samverkan som förutsätts komma till stånd mellan de psykiatriska teamen, primärvårdsorganisationen och socialdistrikten får man en bättre förankring i patienternas närmiljö och livssituation.

Inom psykiatri är patienternas egna aktiva medverkan av särskilt stor betydelse för en framgångsrik behandling. Om personalen intar ett psykoterapeutiskt förhållningssätt blir det lättare för patienterna att medverka liksom att uppnå en förtroendefull relation mellan patienter och personal.

Patienterna kan lättare medverka aktivt i och dela ansvaret för behandlingen om de bor kvar i sina normala miljöer. Frivillig vård under ömsesidigt förtroende skapar de bästa förutsättningarna för en framgångsrik rehabilitering. Tvångsåtgärder bör endast i undantagssituationer komma i fråga. Att förena tvångsmässigt kvarhållande av patienten med respekt för dennes integritet och att kunna stimulera patientens egen aktivitet och delansvar i behandlingen trots tvångssituationen, ställer alldeles speciella krav på det terapeutiska hållningssättet. En viktig uppgift för personalen inom den psykiatriska vårdorganisationen är att motivera patienterna för social rehabilitering och att utveckla ett fungerande samarbete med socialtjänsten och primärvården. Sjukvårdshuvudmannens planeringsansvar och utökad samplanering med primärkommunerna t ex i form av lokala vårdprogram bör medverka till ett bättre omhändertagande.

En patientgrupp som har särskilda krav på den psykiatriska vården är invandrare. De representerar flera olika nationaliteter. Deras psykiska problem är många gånger speciellt svåra till följd av tidigare upplevelser och den påfrestande omställningen till förhållandena i ett annat land. Vården kompliceras av att psykoterapeutisk och psykiatrisk behandling för såväl en korrekt diagnos som för en framgångsrik terapi är starkt beroende av en god språkkontakt mellan patient och vårdpersonal. En ökad satsning på tvåspråkig personal är därför kanske den viktigaste åtgärden när det gäller att förbättra den psykiatriska vården för invandrarna.

För att de alternativa vårdformerna skall kunna genomföras, måste de psykiatriska vårdresurserna omfördelas. Personalen vid de nuvarande mentalsjukhusen måste i stor utsträckning arbeta i decentraliserade enheter i öppen vård i stället för i slutenvård. Det är viktigt att de blir en del av den samlade hälso- och sjukvården istället för den psykiatriska särorganisationen. I denna nya verksamhet blir yrkesrollen också delvis förändrad. Skötarerna beräknas få viktiga uppgifter inom den psykiatriska öppenvården för stödjande och uppsökande verksamhet och som stöd till kommunens personal, bl a vid dagcentralerna.

Utöver individriktat vård- och behandlingsarbete har psykiatri även en annan funktion. Genom sitt arbete får vårdpersonalen insyn i och kännedom om sådana samhällsförhållanden som kan orsaka psykiska störningar. Det är naturligtvis viktigt att denna information utnyttjas. Psykiatri bör således inte bara passivt iaktta hur de psykiska problemen ökar utan även analysera orsakerna till detta och ta initiativ till nödvändiga förändringar. Genom sin ställning har psykiatri en viktig "alarmfunktion". Det psykiatriska arbetet är således såväl individriktat som förebyggande och samhällspåverkande.

De krav som ställs på olika personalgruppers kunskaper och färdigheter för ett genomförande av en förändrad psykiatri och de konsekvenser detta får för vissa vårdutbildningar har analyserats i ett av socialstyrelsen initierat projekt, Personal för 90-talets psykiatriska vård (Socialstyrelsen redovisar 1985:8-9).

The first section of the report deals with the general situation in the country. It is noted that the economy is still recovering from the effects of the war, and that the government is making every effort to improve the living conditions of the people. The report then goes on to discuss the various departments of the government, and the work they are doing to carry out the government's policies. It is noted that the government is making every effort to improve the living conditions of the people, and that it is making every effort to improve the living conditions of the people. The report then goes on to discuss the various departments of the government, and the work they are doing to carry out the government's policies. It is noted that the government is making every effort to improve the living conditions of the people, and that it is making every effort to improve the living conditions of the people.

## 4 Vårdutbildningen i relation till vårdens utveckling

Under 1970-talet har en rad genomgripande förändringar vidtagits vad gäller grund- och vidareutbildningen för olika kategorier av vårdpersonal. Härigenom har utbildningarna successivt anpassats till de förändrade krav som utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ställt. Ett betydande arbete läggs också ner av utbildningsansvariga på skilda nivåer att följa och analysera sektorns utveckling och förändrade kunskapsbehov.

Det utrednings- och planeringsarbete som förevarit under de senare åren med sikte på att förändra vårddyrkesutbildningarna har till mycket stor del också tagit fasta på de allmänna principer som gäller för hälso- och sjukvården och socialtjänstens utveckling. Till de mer betydelsefulla utbildningsutredningarna hör t ex utredningen VÅRD 77 om ny studieorganisation för vårdutbildningarna och sociala omsorgslinjen, utredningen om Regionalt Hälsouniversitetet i Linköping (UHÄ 1981), utredningen om En förnyad läkarutbildning (UHÄ-rapport 1982:16) och Gymnasiutredningen (SOU 1981:96, En reformerad gymnasieskola).

I samband med riksdagsbeslutet 1979 om en ny studieorganisation för vissa vårdutbildningar till följd av VÅRD 77 utredningen beslutade riksdagen om vissa mål för sektorn för utbildning för vårddyrken. Dessa mål utgör komplement till de allmänna mål som fastlagts för högskolan. De av riksdagen beslutade målen för högskolans vårdsektor innebär att utbildningen skall anordnas så att den studerande

- skaffar sig kunskaper och färdigheter som utgör grund för olika yrken och för fortsatt utbildning samt förbereder för forskning och utvecklingsarbete inom hälso-, sjuk- och socialvårdsområdena,
- skaffar sig en helhetsbild av människan grundad på förståelse för sambandet mellan den enskildes hälsotillstånd och ekonomiska, sociala och andra bakomliggande förhållanden,
- stimuleras att analysera och kritiskt bedöma information om viktiga samhällsfrågor för att i förebyggande syfte kunna medverka till förändring av sådana förhållanden i samhället som i vid mening påverkar människors hälsa,
- utvecklar sin självkänedom och förmåga till inlevelse och därmed får beredskap att möta människor också i svåra situationer,
- skaffar sig breda baskunskaper som grund för flexibel yrkesfunktion och för en förnyelse av kunskaper och arbetsmetoder vid ändrade förutsättningar,

- skaffar sig beredskap att känna ansvar för att ta initiativ till förändring och utveckling av det egna framtida arbetsområdet och den egna arbetssituationen,
- utvecklar en yrkesroll som motverkar hierarkier och förbereder för lagarbete och samverkan med såväl patient/klient och anhöriga som medarbetare i det egna arbetslaget och med andra personalgrupper.

Till följd av framlagt förslag En förnyad läkarutbildning (UHÄ-rapport 1982:16) har en ny utbildningsplan fastställts för läkarlinjen fr o m 1 juli 1983.

Förslaget syftar till att åstadkomma en bättre anpassning av utbildningens innehåll och verksamhetsformer till målen för hälso- och sjukvårdens utveckling. Förändringarna innebär en förstärkning av de samhälls- och beteendevetenskapliga ämnena och en större betoning av dessa än tidigare. Konkreta förslag till utformningen av områdena allmänmedicin, långvårdsmedicin, arbetsmedicin och socialt innehåll i hälso- och sjukvården läggs fram av utredningen. Allmänmedicinen bör på sikt omfatta 10 veckor varav hälften bör förläggas till primärvården. Andra områden som kommer att förstärkas är medicinsk psykologi, utbildning i administration, invandrar-kunskap och medicinsk antropologi samt medicinsk rehabilitering. De nya utbildningsmomenten införs nu successivt vid de olika medicinska fakulteterna.

För vårdutbildningarna inom den kommunala högskolan gäller sedan 1 juli 1982 en förändrad studieorganisation.

Den nya studieorganisationen grundas på utredningsaktiviteter som ägde rum företrädesvis under mitten av 1970-talet och som bl a resulterade i betänkandet Ny vårdutbildning (SOU 1978:50). Merparten av det material, som ställningstagandena i betänkandet grundade sig på, är fortfarande giltigt. Slutsatserna och de därav föranledda konsekvenserna för förslagen i den proposition (prop 1978/79:197) och därpå följande riksdagsbeslut som följde på betänkandet är ännu gångbara. Några större förändringar härvidlag kan heller inte skönjas inför den närmaste framtiden. Vad som här avses är t ex det ökande behovet av samordning av olika vårdutbildningar, behovet av en nära samverkan mellan hälso- och sjukvård samt socialtjänst, den ökande inriktningen mot öppnare vårdformer och förebyggande arbete och en förändrad vårdorganisation med införande av lagarbete mm. Hit hör även behovet av ökad internationalisering och en mer vetenskaplig uppläggning och inriktning av studierna med betoning av forskningsanknytningen.

Ett av problemen inom vårdområdet har varit och är den bristfälliga samordningen mellan olika utbildningar. Detta förhållande gäller trots att den yrkessektor som utbildningen förbereder för är väl avgränsbar. Dessa brister avses bli reducerade genom att närliggande utbildningar förs samman i en gemensam studieorganisation som innehåller gemensamt studiestoff för samtliga medellånga vårdutbildningar. Främsta syftet härmed är att de studerande i sin kommande yrkesutövning skall kunna falla tillbaka på en gemensam referensram. Härigenom underlättas också för närliggande utbildningar att driva utbildningen samordnat och i vissa avseenden gemensamt.

Den nya studieorganisationen syftar således bland annat till en ökad samordning mellan de olika utbildningslinjer som ingår i den kommunala hög-

skolutbildningen. Däremot omfattar inte belutet någon ökad samverkan mellan de medellånga vårdutbildningarna och de utbildningslinjer som ingår i den statliga högskolan. En sådan samverkan har hittills varit av mycket liten omfattning.

Intresset för en sådan samverkan har dock ökat på senare år. Speciellt har de medellånga vårdutbildningarnas behov av samverkan med läkarutbildningen accentuerats genom pågående utveckling inom hälso- och sjukvården och bland annat den förskjutning av arbetsuppgifter mellan olika personalkategorier som där diskuteras.

Försöksverksamhet med olika former av integrerad vårdutbildning förekommer i flera länder. Mot bakgrund av denna internationella utveckling och en framställning från universitetet i Linköping har frågan om ett svenskt regionalt hälsouniversitetet förlagt till Linköping utretts. Utredningens överväganden, som redovisats i rapporten Regionalt hälsouniversitet, förslag till försöksverksamhet i Östergötland, UHÄ 1981, syftade till att underlätta samverkan mellan vård och vårdutbildningar, öka integrationen mellan olika vårdutbildningar, vidga förutsättningarna för forskningsanknytning av vårdutbildningarna samt att förskjuta tyngdpunkten i vårdutbildningen mot primärvårdens och den förebyggande vårdens problem. I uppdraget ingick således bl a att lägga fram förslag till försöksverksamhet med integrerad vårdyrkesutbildning inom högskolan. Syftet var att finna studieorganisatoriska lösningar som efter en viss försöksverksamhet i Linköping skulle kunna tillämpas även på andra högskolor med likartade förutsättningar. Verksamheten vid hälsouniversitetet förutsattes komma att utgå från ett hälsopolitiskt synsätt på befolkningens behov av vård och service inom en region. I samband med behandlingen av budgetpropositionen för 1985/86 beslöt riksdagen om inrättande av en integrerad vårdutbildning i Linköping fr o m 1 juli 1986 i huvudsak i överensstämmelse med utredningens förslag.

Merparten av undersköterskor och skötare utbildas inom gymnasieskolans ram. I betänkandet "En reformerad gymnasieskola" (SoU 1981:96) redovisar Gymnasieutredningen vissa förslag till förändringar av den gymnasiala utbildningen. Härvid framhålls bland annat att dagens gymnasieskola gör alltför stor åtskillnad mellan teoretiskt och praktiskt inriktade utbildningar. För personal som arbetar inom t ex hälso- och sjukvård, social service och barnomsorg efterlyser gymnasieutredningen en "gemensam referensram". Samverkan mellan olika yrkesgrupper och verksamhetsområden måste stimuleras mer än hittills. Då vårdarbete bland annat innebär att fatta beslut på egen hand, ta initiativ och att arbeta ensam, som ofta sker inom t ex sjukvården i hemmet, måste eleverna få större träning i eget ansvarstagande. Utbildningen måste också anpassas till gällande utvecklingstendenser.

Gymnasieutredningen anger vad gäller utvecklingen inom den sociala sektorn av arbetsmarknaden dvs hälso- och sjukvården samt socialtjänsten bl a följande drag som har betydelse för hur utbildningar inom området bör utformas.

- Inom hälso- och sjukvården går utvecklingen i riktning mot en ökad satsning på öppna vårdformer.
- Den vetenskapliga och tekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet har lett till genomgripande förändringar i människors liv. Denna



- utveckling har byggt på bland annat en specialisering mellan olika typer av vårdinrättningar och mellan olika personalkategorier.
- Ett inslag i debatten om vårdens framtida inriktning är helhetssynen på människan. Detta synsätt innebär att den nämnda specialiseringen måste kompletteras med samverkan personalkategorier emellan.
  - Individens eget ansvar för sin hälsa betonas. De höga kostnader som samhället lägger ned på vård i olika former har till en inte ringa del samband med levnadssättet. Hälsouppllysning och förebyggande åtgärder måste öka.
  - Ökad vikt kommer att läggas vid samverkan mellan vård och socialtjänst. Efter en sammanhållen start för samtliga som genomgår utbildningar inom det sociala utbildningsområdet föreslås eleverna kunna välja på tre tvååriga program, nämligen för vård, för barn och ungdom samt för hemvård och socialtjänst, samt på två treåriga program för respektive naturvetenskap-biologi och humaniora och samhällsvetenskap.

Någon slutlig ställning till förslagen rörande den framtida gymnasieskolan har inte tagits. I framlagd proposition med anledning av gymnasieutredningens förslag (prop 1983/84:116) har emellertid regeringen dragit upp riktlinjerna för en stegvis reformering av gymnasieskolan. I propositionen förordas bl a en gymnasieskola som är öppen och tillgänglig för alla som lämnar grundskolan. Vidare förordas ett utvidgat samarbete mellan gymnasieskolan och andra utbildningsformer, t ex Komvux, speciellt vad gäller yrkesinriktad utbildning. I propositionen tas inte direkt ställning för eller emot en gemensam start för flera linjer, t ex de som utbildas för hälso- och sjukvårds- och socialtjänstområdet. Frågan hänskjuts i stället till fortsatta analyser och överväganden. Detsamma gäller de förslag till förändrad studieorganisation för det sociala utbildningsområdet som framförts av gymnasieutredningen. Dessa frågor är f n under utredning inom Skolöverstyrelsen, SÖ.

Genom utbildningspolitiska reformer och förslag under den senaste femårsperioden har, som redovisats ovan, grunden lagts för en förändring av olika vårdutbildningar.

Gemensamt för pågående förändringsarbete inom de olika grundutbildningarna är att de utgår från en hälsopolitisk och primärvårdsinriktad ansats. Det tar emellertid avsevärd tid innan dessa förändringar får fullt genomslag inom hälso- och sjukvården. Skälen härtill kan vara flera, men sammanhänger bl a med den långa tid som åtgår från det att en förändring av grundutbildningen beslutats till dess att personal med nya utbildningen kan anställas.

Ett annat skäl är att de som utbildas varje år och således är bärare av det nya utbildningsinnehållet/kunskapsstoffet utgör en mindre del av den totala hälso- och sjukvårdspersonalen - kanske högst 5 procent.

Ett tredje skäl är att en betydande del av flertalet vårdutbildningar utgöres av praktiktid. För flertalet vårdutbildningar omfattar denna omkring 50 procent av den totala utbildningstiden. Praktiken är i hög grad upplagd som "lärlingsutbildning", d v s man lär sig genom att se hur andra gör. I ett system som snabbt förändras är det ett problem genom att praktiken på så sätt ofta blir en konserverande faktor. Samtidigt finns inte heller några etablerade förebilder för de studerande inom de verksamheter som är under

uppbyggnad. Under praktiken sker således merparten av handledningen av den ordinarie sjukvårdspersonalen, vilken har en äldre utbildning och ofta en förvärvad attityd till vårdarbetet och hälso- och sjukvården som ibland inte står i samklang med de "idéer" som förs ut i den teoretiska delen av utbildningen. Effekterna av grundutbildningen avtar också relativt snabbt efter avslutad utbildning. Detta verkar dämpande på möjligheterna att genom förändring i enbart grundutbildningen på ett påtagligt sätt förändra hälso- och sjukvårdens arbetsuppgifter och innehåll.

För mer genomgripande förändringar av hälso- och sjukvårdspersonalens attityder, kunskaper och färdigheter är det därför nödvändigt att parallellt med förändringar av grundutbildningen också genomföra systematiserade utbildningsinsatser för den redan yrkesverksamma personalen. Till allra största delen är det ju också denna personal som skall ges i uppgift att förverkliga de nya intentionerna. Fortbildning av den redan yrkesverksamma personalen är en förutsättning för att befintlig personal skall kunna fungera i nya roller i framtidens hälso- och sjukvård. Personalutbildningsplaneringen måste präglas av ett synsätt som går ut på att sådana förändringar som införs i grundutbildningen parallellt härmed måste nå ut till befintlig personal genom fortbildningsinsatser. Detta ställer krav på en organiserad fortlöpande systematiserad verksamhet med fortbildning av personal på alla nivåer samt att detta utgör en väsentlig resurs i det totala utbildningssystemet.

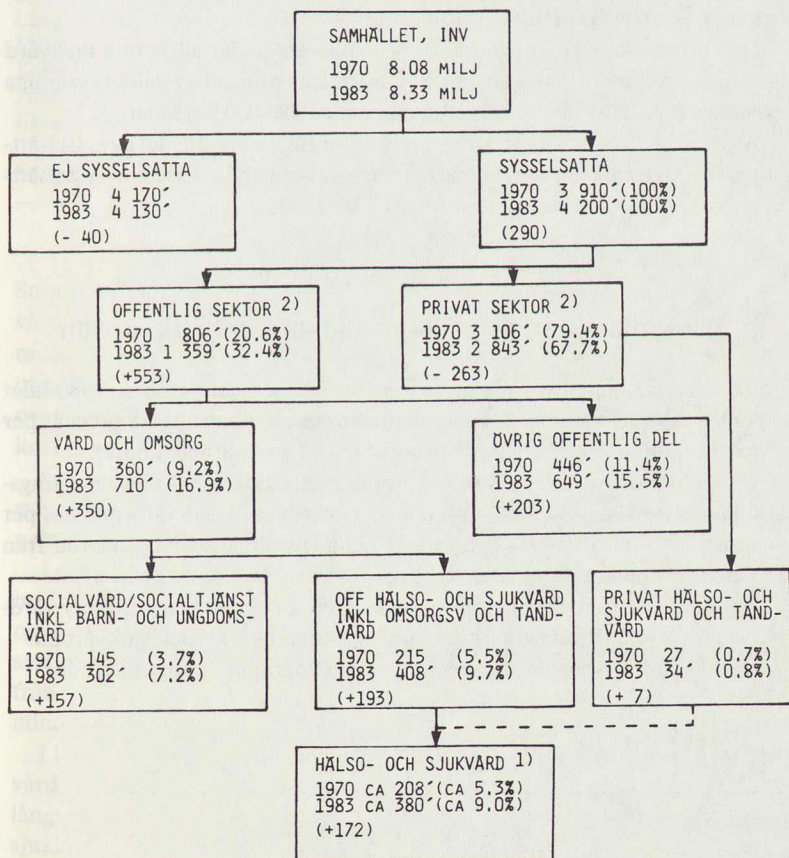


### III Tillgång och efterfrågan på personal

## 5 Personalsituation och arbetstidsförhållanden inom hälso- och sjukvården

### 5.1 Hälso- och sjukvården som en samhällssektor

Antalet sysselsatta eller anställda inom hälso- och sjukvården har ökat betydligt under de senaste årtiondena. Hälso- och sjukvården har också kommit att ta en allt större andel av det totala antalet sysselsatta i samhället. I figur 5.1 illustreras bl a detta för perioden 1970-1983.



Figur 5.1 Fördelning av genomsnittligt antal sysselsatta 1970 och 1983 (1000-tal)

Källa:  
Nationalräkenskaperna (NR), befolkningsstatistiken och Landstingsförbundets och Svenska kommunförbundets statistik från 1 mars.

<sup>1</sup> Skattade värden

<sup>2</sup> Sysselsatta i statliga verk och kommunala bolag är här räknade till den privata sektorn

Ungefär hälften av Sveriges befolkning var sysselsatta inom arbetsmarknaden 1983. Med sysselsatt menas i Nationalräkenskaperna, NR, samtliga anställda och egna företagare vare sig de är i tjänst eller tillfälligt frånvarande vid mättidpunkten. Andelen sysselsatta har ökat något mellan 1970 och 1983, från ca 48 procent till ca 50 procent. Betydande förskjutningar har skett bland de sysselsatta vad gäller fördelningen på olika samhällssektorer.

Under perioden 1970–1983 ökade antalet sysselsatta personer inom den offentliga sektorn (exklusive statliga verk och kommunala bolag) med ca 550 000 personer. Samtidigt minskade den privata sektorn med ca 260 000 personer. Till följd härav ökade antalet sysselsatta inom den offentliga sektorn från ca 21 procent år 1970 till ca 32 procent år 1983 av det totala antalet sysselsatta.

Inom den offentliga sektorn var år 1970 färre anställda inom vård- och omsorgsarbete än inom övriga offentliga delar. Av sysselsättningsökningen inom den offentliga sektorn under perioden 1970–1983 faller dock ca 63 procent på vård och omsorg. Denna del omfattade därför i slutet av perioden något över hälften av sysselsättningen inom den offentliga sektorn. Räknat på alla sysselsatta personer i samhället har den offentliga vård- och omsorgssektorn ökat från 9 procent år 1970 till 17 procent år 1983.

Av den totala sysselsättningsökningen inom den offentliga vård- och omsorgssektorn faller drygt 190 000 personer inom hälso- och sjukvårdssektorn och knappt 160 000 inom socialtjänsten.

Den privata och offentliga hälso- och sjukvården där alltså inte tandvård och omsorgsvård inräknas, svarade 1983 för ca 9 procent av landets samtliga sysselsatta. Antalsmässigt rörde det sig om ca 380 000 personer.

Även om hälso- och sjukvården endast står för en mindre del av sysselsättningen i landet så har den dock haft mycket stor betydelse för sysselsättningsökningen totalt sett under tiden 1970–1983.

## 5.2 Personalsituationen inom hälso- och sjukvården

Personalutvecklingen var under 1970-talet och de första åren av 1980-talet mycket snabb. Den uppgick under denna tid till i genomsnitt 4,8 procent per år mätt i antal anställda och 3,5 procent mätt i antal arbetstimmar.

Under perioden 1978–83 ökade antalet anställda inom den landstingskommunala<sup>1</sup> hälso- och sjukvården med 17 procent (dvs drygt 3 procent per år) från 294 000 till 343 000 personer enligt personalredovisningarna från kommunförbunden den 1 mars resp år.

Av tabell 5.1 framgår personalutvecklingen för skilda kategorier av vårdpersonal inom den landstingskommunala (motsv) hälso- och sjukvården.

Härvid har personalen delats in i fyra huvudgrupper enligt följande:

<sup>1</sup>I den landstingskommunala hälso- och sjukvården inräknas i detta avsnitt även den hälso- och sjukvård som bedrivs i de kommuner (Gotland, Malmö och Göteborg) som ej ingår i landsting.

Personalgrupp	Personalkategorier
Personal med lång vårdutbildning	Läkare
Personal med medellång vårdutb.	Sjuksköterskor, medicinsk tekniska assistenter, sjukgymnaster, arbetsterapeuter
Personal med kort vårdutbildning	Undersköterskor/skötare och vårdbiträden
Personal med annan utbildning än vårdutbildning <sup>1</sup>	Psykologer, kuratorer, förvaltningsadministrativ och teknisk personal samt ekonomi- och transportpersonal

Tabell 5.1 Hälso- och sjukvårdspersonal i landstingskommunal (motsv) hälso- och sjukvård 1978-83. Antal anställda (1000-tal) 1 mars resp år.

Personalkategori	1978	1980	1983	Ökning 78-83
Lång vårdutb.	12,2	14,0	17,1	40%
Medellång vårdutb.	56,5	63,2	72,9	29%
Kort vårdutb.	148,6	160,7	167,4	13%
Förv. och adm personal m fl	26,3	30,1	33,3	27%
Ekonomi, transportpers	50,7	51,1	52,4	3%
Summa	294,3	319,1	343,1	17%

Som framgår av tabellen har framförallt grupperna med lång och medellång vårdutbildning ökat markant. Denna ökning är i själva verket något snabbare än vad som tabellen indikerar. Under periodens senare del anställdes nämligen en del sjuksköterskor på underskötersketjänster. I redovisningen ovan återfinns dessa emellertid under kategorin tjänster för personal med kort vårdutbildning.

Gruppen personal med förvaltnings- och administrativ kompetens motsvarar i stort sett 10 procent av samtlig personal inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården. I gruppen ingår även psykologer och kuratorer.

I den personalkategori som omfattar ekonomi- och transportpersonal mm ingår i första hand städ- och kökspersonal. Till stor del är omfattningen av denna personalgrupp relaterad till antalet vårdplatser och vårdenheternas storlek. Under perioden 1978-83 minskade det totala antalet vårdplatser från 119 000 till 116 500. Samtidigt skedde emellertid en viss utbyggnad av mindre vårdenheter såsom vårdcentraler och mottagningar.

I tabell 5.2 redovisas antalet anställda inom landstingens hälso- och sjukvård med en beräknad fördelning på olika vårdområden. Den somatiska långvården vid lasarett omfattar vården vid klinikplatser och vissa centrala sjukhem.

<sup>1</sup>Den senare gruppen har här delats upp ytterligare genom att ekonomi- och transportpersonal m fl hänförts till en särskild grupp. I gruppen personal med kort vårdutbildning inräknas även vårdbiträden som saknar vårdutbildning.

**Tabell 5.2 Beräknat antal anställda 1 mars 1983 inom landstingens hälso- och sjukvård med fördelning på olika vårdområden.**

Personalgrupp	Läns- och regionsjukvård		Primärvård		Öppen- vård	Summa
	Psykiatri	Somatisk vård	Somatisk vid lasarett	långtidsvård vid sjukhem		
Lång vårdutb.	1 600	11 500	550	400	3 100	17 150
Medellång vårdutb.	7 000	44 000	4 300	6 500	11 200	73 000
Kort vårdutb.	31 200	74 500	20 600	31 500	9 500	167 300
Förv.adm pers	9 500	16 000	2 000	1 300	4 500	33 300
Ekonomi pers	11 200	18 300	12 100	7 450	3 300	52 350
<b>Summa</b>	<b>60 500</b>	<b>164 300</b>	<b>39 550</b>	<b>47 150</b>	<b>31 600</b>	<b>343 100</b>

Av det totala antalet anställda inom offentlig hälso- och sjukvård arbetar således omkring 18 procent inom psykiatrin, 59 procent inom den somatiska länsjukvården och 23 procent inom vad som här betecknats som primärvård nämligen lokala sjukhem och den öppna vården utanför sjukhus.

Från mars till december 1983 tillkom omkring 6 000 anställda. Antalet anställda i landstingens hälso- och sjukvård i slutet av 1983 uppgick därför till knappt 350 000 personer.

Härtill kommer personal inom privat vård vid exempelvis privata läkarmottagningar och enskilda sjukhem samt vårdpersonal vid sådana primärkommunala enheter där landstingen genom avtal disponerar sjukvårdsplatser. Totalt omfattar denna personal omkring 19 000 personer. För personal med vårdutbildning inom skolhälsovård, företagshälsovård, viss statlig verksamhet mm tillkommer totalt ca 6 000 anställda, och inom undervisningssektorn drygt 4 000 personer. Det totala antalet anställda inom hälso- och sjukvården har för år 1983 beräknats till knappt 380 000 personer.

Fördelningen av den totala personalen på skilda kategorier redovisas i tabell 5.3.

**Tabell 5.3 Antal anställda i slutet av 1983 på olika typer av verksamheter.**

Personalgrupp	Offentlig hälso- o sjuk- vård	Privat praktik samt vård vid ensk sjukhem o prim.kom. åldersdomshem	Vårdpersonal inom skolhälsovård företagshälsov statl. verksamhet undervisn., forskn	Totalt Antal	Andel
Lång vårdutb	17 900	800	1 700	20 400	5,4%
Medellång vårdutb	75 000	3 300	9 000	87 300	23,0%
Kort vårdutb	169 500	11 000	1 000	181 500	47,8%
Personal med annan utb	86 800	3 500	–	90 300	23,8%
<b>Totalt</b>	<b>349 200</b>	<b>18 600</b>	<b>11 700</b>	<b>379 500</b>	<b>100%</b>

Den personalsituation som fanns i början av 1980-talet representerar inget idealläge och är inte frukten av en direkt önskad utveckling. I stället åter speglar personalsituationen till en del den bristsituation vad gäller t ex läkare och vissa andra personalgrupper som sedan länge varit rådande inom hälso- och sjukvården. Samtidigt kan dock konstateras att bl a till följd av betydande utbildningsinsatser under 1970-talet förbättrades tillgången på personal överlag. I början av 1980-talet är det för flera stora personalkategorier som läkare, sjuksköterskor, medicintekniska assistenter och undersköterskor bättre balans vad gäller tillgång och efterfrågan på utbildad personal. Detta är givetvis också en följd av det samhällsekonomiska läget som medverkat till att sjukvårdshuvudmännen under senare år iakttagit en betydligt restriktivare linje än tidigare vad gäller inrättande av nya tjänster.

Även om personalsituationen generellt sett förbättrats kvarstår emellertid bristsituationen inom vissa verksamhetsområden och inom vissa geografiska områden. Sålunda är det fortfarande på många håll svårt att rekrytera t ex sjuksköterskor till bl a den psykiatriska vården, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Härtill kommer säsongsmässiga variationer som gör att det framförallt sommartid är svårt att rekrytera bl a sjuksköterskor till t ex långtidsjukvården. Inom vissa specialiteter såsom allmänmedicin, psykiatri, långvårdsmedicin och inom vissa laboratoriespecialiteter råder stor brist på läkare. Dessa brister förstärks inom vissa glesbygdsområden. Vad gäller vissa grupper t ex skötare har personal i allmänhet kunnat rekryteras i erforderlig omfattning men ofta till priset av bristande formell kompetens. På många håll saknar således omkring hälften av skötarna fortfarande formell utbildning för sina arbetsuppgifter.

### 5.3 Regionala variationer

Tillgången på personal är inte jämnt fördelad över landet. I själva verket finns betydande variationer i detta avseende. Detta sammanhänger bl a med att sjukvårdsorganisationen är uppbyggd och dimensionerad på olika sätt, men också på varierande rekryteringsmöjligheter inom olika delar av landet.

Som exempel på detta redovisas i tabell 5.4 fördelningen av antalet läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster per sjukvårdsområde. Av praktiska skäl redovisas uppgifterna för år 1982.

Som framgår av tabellen har områden med regionsjukhus en väsentligt högre läkartäthet än övriga områden. Detta är naturligt då förutom regionsjukvård även merparten av forskning, undervisning och utbildning bedrivs inom dessa områden.

Inom gruppen av sjukvårdsområden med regionsjukhus är variationerna vad gäller personaltäthet per invånare mycket stora. Detta sammanhänger bl a med storleken av den regionsjukvård och omfattningen av den forskning m m som bedrivs inom resp sjukvårdsområde och med hur stort "eget" befolkningsunderlag denna regionsjukvård slås ut på. Den omfattande regionsjukvård inklusive forskning m m, som bedrivs vid Akademiska sjukhuset inom Uppsala läns landsting får t ex till följd att läkar- och sjukskötersketätheten inom detta landsting förefaller extremt hög. Den höga läkartätheten i Göteborgs kommun kan förklaras på samma sätt. Den sannolikt lika omfat-



**Tabell 5.4** Antal yrkesverksamma läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster per sjukvårdsområde 1982.

Sjukvårdsområde	Läkare		Sjuksköterskor		Sjukgymnaster	
	Antal	Per 100 inv	Antal	per 100 inv	Antal	per 100 inv
<i>Områden med regionsjukhus</i>						
Stockholms ll	4 250	277	12 100	789	1 320	86
Uppsala ll	840	344	2 160	885	200	82
Östergötlands ll	790	201	2 860	728	190	48
Malmö kommun	720	309	1 350	579	160	69
Malmöhus ll	1 330	261	3 980	781	490	96
Göteborgs kommun	1 400	326	3 150	734	330	77
Örebro ll	530	194	2 060	754	120	44
Västerbottens ll	580	235	2 060	835	140	57
<i>Övriga sjukvårdsområden</i>						
Södermanlands ll	410	163	1 720	684	110	44
Jönköpings ll	490	162	2 060	681	130	43
Kronobergs ll	290	166	1 250	716	70	40
Kalmar ll	360	149	1 710	708	100	41
Gotlands kommun	90	164	380	692	30	55
Blekinge ll	250	160	1 040	600	70	45
Kristianstads ll	510	182	1 800	642	150	54
Hallands ll	390	166	1 670	711	140	60
Göteborgs och Bohus ll	510	181	2 100	745	160	57
Älvsborgs ll	600	140	2 800	653	170	40
Skaraborgs ll	410	152	1 900	703	100	37
Värmlands ll	500	176	2 060	725	130	46
Västmanlands ll	440	169	1 690	652	120	42
Kopparbergs ll	470	165	1 940	681	120	42
Gävleborgs ll	480	163	2 110	717	130	44
Västernorrlands ll	420	158	1 970	741	110	41
Jämtlands ll	240	179	1 120	835	90	67
Norrbottnens ll	440	165	2 140	802	110	41
Total	17 730	213	61 170	735	5 000	60

*Källa: SCB, SM 1983:8, 10 resp 11, avrundade uppgifter. Redovisningarna bygger på årlig anmälan från samtliga individer inom resp personalgrupp. Ett visst bortfall föreligger.*

tande – om inte större – regionsjukvård, forskning etc, som bedrivs inom Stockholms läns landsting vid bl a Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus slås däremot ut på ett befolkningsunderlag på drygt 1,5 miljoner invånare dvs i princip en hel region. Om landet i sin helhet skulle ha en läkartäthet motsvarande den som genomsnittligt råder inom sjukvårdsområden som har regionsjukhus eller inom Stockholms läns landsting skulle det totalt krävas ytterligare ca 5 000 yrkesverksamma läkare.

Landstingen inom gruppen övriga sjukvårdsområden är inbördes något mer jämställda än regionsjukvårdsområdena. Inom gruppen övriga sjukvårdsområden varierar läkartillgången mellan ungefär 140 och 180 läkare per 100 000 invånare dvs en variation på ca 30 procent mellan lägsta och

högsta värde. För sjuksköterskorna ligger nästan alla sjukvårdsområden mellan 640 och 740 sjuksköterskor per 100 000 invånare. Spridningen inom sjuksköterskegruppen är således inte så stor utan begränsas till ca 15 procent mellan lägsta och högsta värde om man undantar Blekinge läns landsting och Jämtlands läns landsting som har en tillgång på yrkesverksamma sjuksköterskor som motsvarar 600 resp 835 per 100 000 invånare.

Så gott som samtliga sjukvårdsområden i gruppen har mellan 40 och 60 sjukgymnaster per 100 000 invånare. Variationen är således här drygt 50 procent mellan lägsta och högsta värde. Jämtlands läns landsting intar dock även vad gäller tillgång på sjukgymnaster en viss särställning.

För Jämtlands del gäller att även tillgången på läkare är bättre än vad som gäller för flera andra sjukvårdsområden av skogsläns- eller glesbygdskaraktär.

Att jämföra tillgången på personal mellan olika sjukvårdsområden enbart utifrån befolkningsunderlag och dra relevanta slutsatser härav är givetvis vanskligt. Det finns självklart en rad faktorer som motiverar varierande personaltillgång. Hit hör bl a sjukvårdsorganisationens uppbyggnad, glesbygdförhållanden, undervisnings- och utbildningsuppgifter, sysselsättnings- och arbetsmarknadssituationen, befolkningens åldersstruktur och hälsoförhållanden m m.

Ett helt annat sätt att beskriva personalsituationen är att utgå från tillgång på personal i relation till antalet inrättade tjänster. Bristen på personal redovisas då t ex i form av antal helt vakanta tjänster.

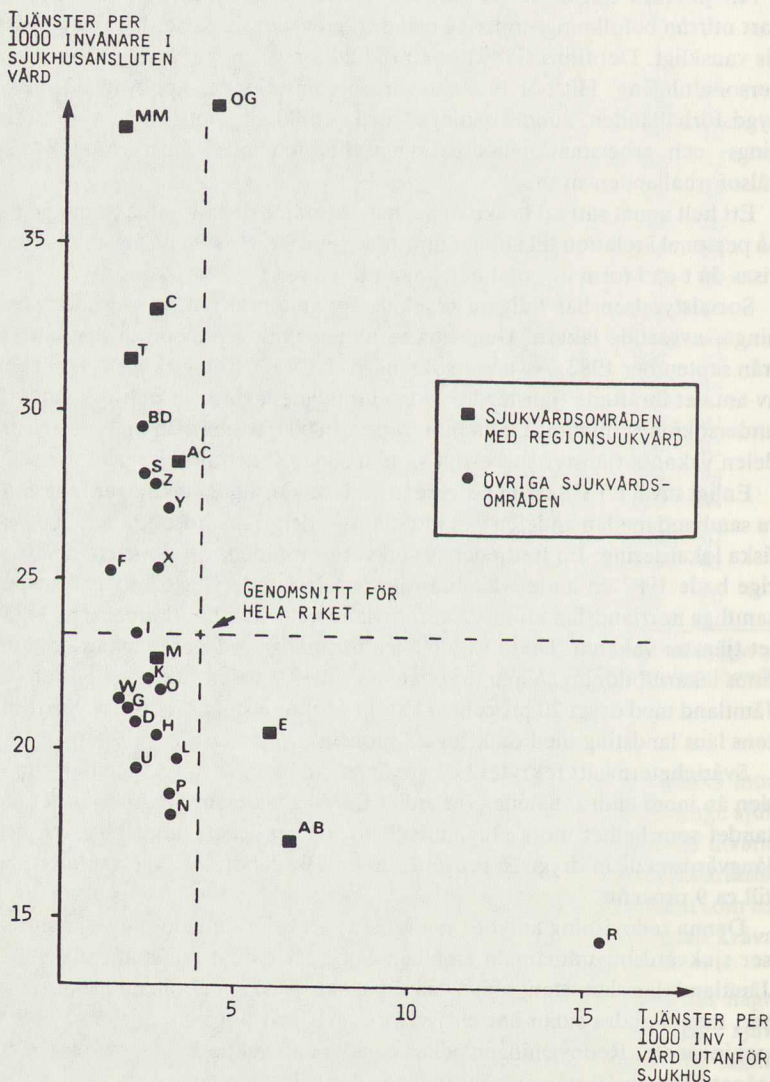
Socialstyrelsen har tidigare regelmässigt genomfört sk vakansundersökningar avseende läkare. Den senaste undersökningen av detta slag härrör från september 1982. Av undersökningen, LTV 82, framgick att 7,9 procent av antalet inrättade tjänster för vidareutbildade läkare var helt vakanta vid undersökningstillfället. Detta motsvarar ca 800 tjänster men innebär att andelen vakanta tjänster successivt sjunkit sedan slutet av 1970-talet.

Enligt såväl LTV 82 som tidigare utförda vakansundersökningar finns klara samband mellan andelen vakanta tjänster och sjukvårdsområdets geografiska lokalisering. En tredjedel av sjukvårdsområdena i syd- och mellansverige hade 1982 en andel vakanta tjänster som understeg 6 procent medan samtliga norrlandslän utom Västernorrland hade mer än 10 procent av antalet tjänster vakanta. Detta gällde även för många sydligare län där det inte finns läkarutbildning. Väst drabbat vad gäller andelen vakanta tjänster var Jämtland med drygt 20 procent vakanser följt av Kopparbergs och Norrbottens läns landsting med omkring 18 procent.

Svårigheterna att rekrytera läkare är större inom vissa verksamhetsområden än inom andra. Således var enligt LTV 82 andelen vakanta tjänster för landet som helhet inom allmänmedicin ca 11 procent, inom psykiatri och långvårdsmedicin drygt 16 procent, inom vissa laboratoriespecialiteter upp till ca 9 procent.

Denna redovisning antyder svårigheten att utföra meningsfulla jämförelser sjukvårdshuvudmännen emellan. Speciellt tydligt blir detta vad gäller Jämtlands läns landsting som å ena sidan har störst andel vakanta läkartjänster, men å andra sidan har en jämförelsevis god tillgång på läkare, räknat per invånare. Redovisningen pekar också på att vakansbegreppet i sig är ett något fiktivt mått på personaltillgång eller brist på personal.

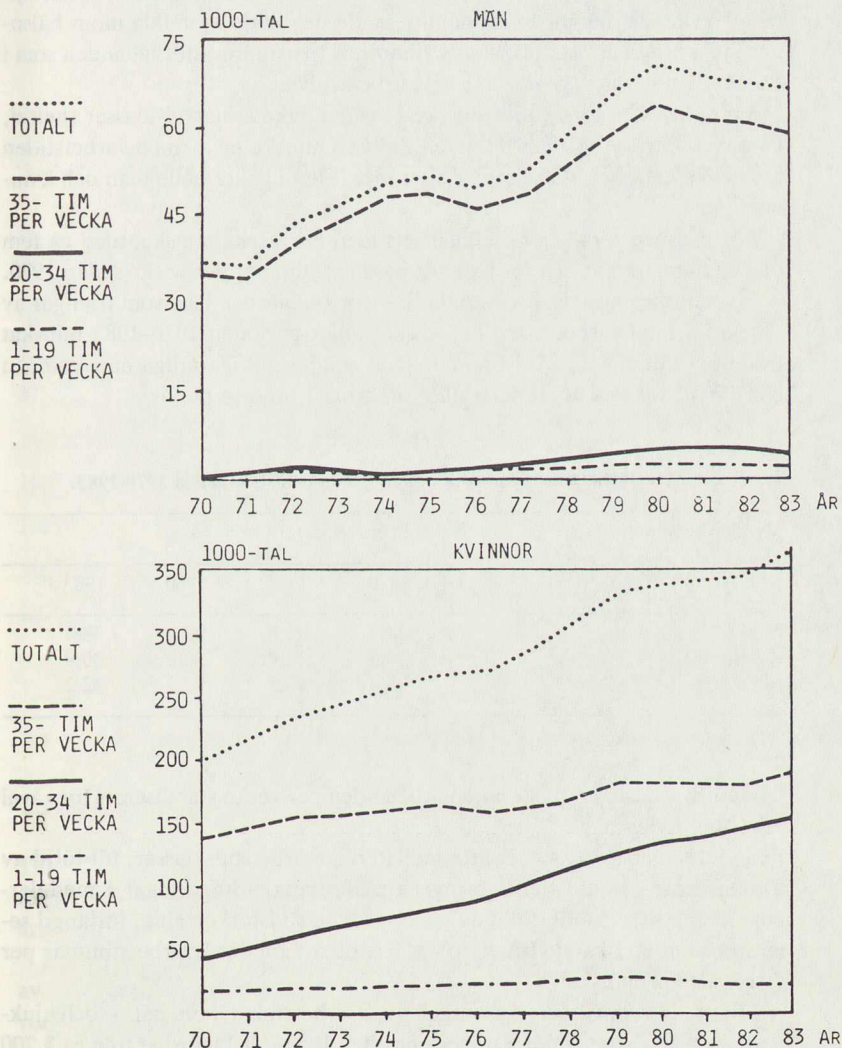
De redovisade variationerna är inte mindre om man ser till det totala antalet tjänster. Av figur 5.1 framgår antalet inrättade tjänster i såväl sjukhusanslutna vård som i vård utanför sjukhus i relation till befolkningsunderlaget inom resp sjukvårdsområde. I den sjukhusanslutna vården varierar tjänstetillgången mellan 17 och 34 tjänster per 1 000 invånare fränsett vissa ytterlighetsområden. Inom vården utanför sjukhus ligger flertalet sjukvårdsområden mellan 2 och 4 tjänster per 1 000 invånare. Redovisningen ger inget stöd för att man kompenserar en jämförelsevis låg tillgång på tjänster inom den slutna vården med motsvarande ökning av tjänsterna i den öppna vården – fränsett i Skaraborgs läns landsting (R). För framtiden finns det skäl att närmare studera de regionala variationerna vad gäller bemanning och personaltillgång.



Figur 5.1 Tjänstetillgång i relation till befolkningsunderlag inom resp sjukvårdsområde. Tjänster inom sjukhusanslutna hälso- och sjukvård resp. inom hälso- och sjukvård utanför sjukhus 1983.

## 5.4 Arbetstidens hittillsvarande utveckling

Den betydande tillväxten av antalet anställda inom hälso- och sjukvården motsvaras inte av en lika snabb ökning av arbetsvolymen. Detta beror bl a på att den genomsnittliga veckoarbetstiden till följd av generella arbetstidsförkortningar och en ökad deltidfrekvens sjunkit under de senaste årtiondena. Vidare har olika reformer inom social- och arbetsmarknadspolitiken m m bidragit till att ledigheter av olika slag nu tillämpas mer än tidigare. Av figur 5.2 framgår hur den genomsnittliga veckoarbetstiden inom hälso- och sjukvården förändrats under perioden 1970-1983.



Källa: SCBs beräkning utifrån Nationalräkenskaperna (NR) och arbetskraftsundersökningarna (AKU).

Andelen sysselsatta män som hade en veckoarbetstid om 35 timmar eller mer var år 1970 ca 95 procent. År 1983 var motsvarande andel ca 89 procent.

Figur 5.2 Antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården fördelat på veckoarbetstid

Fördelningen på veckoarbetstider är helt annorlunda för de sysselsatta kvinnorna. År 1970 hade ca 69 procent av kvinnorna en veckoarbetstid om 35 timmar eller mer. Omkring 22 procent arbetade sk lång deltid (20–34 timmar per vecka) medan ca 9 procent arbetade kort deltid (1–19 timmar per vecka).

År 1983 hade fördelningen på veckoarbetstider för kvinnorna helt förändrats. Andelen kvinnor med heltid minskade till 52 procent medan andelen kvinnor med lång deltid nästan fördubblades till 43 procent. Andelen med kort deltid minskade till 6 procent.

Fortfarande gäller att ca 90 procent av de sysselsatta männen inom hälso- och sjukvården arbetar heltid. Bland de sysselsatta kvinnorna har utvecklingen gått i den riktning att en allt större andel arbetar sk lång deltid. Till följd av att kvinnorna utgör en så dominerande del av de anställda inom hälso- och sjukvården är det självklart kvinnornas tjänstgöringsförhållanden som i första hand ger utslag på den totala arbetsvolymen.

Samtidigt som förskjutningar skett mellan olika arbetstidsklasser (heltid, lång resp kort deltid) har det även skett en minskning av medelarbetstiden för dem som arbetar 35 timmar eller mer. Detta gäller både män och kvinnor.

För männen totalt har medelarbetstiden per vecka minskat med ca fem och en halv timmar och för kvinnor med fyra timmar per vecka sedan 1970.

För samtliga sysselsatta inom hälso- och sjukvården har, som framgår av tabell 5.5 medelarbetstiden per vecka under perioden 1970–1983 minskat från 36,4 timmar till 32,2 timmar. Den genomsnittliga årliga minskningen har därvid varit ca 0.3 timmar eller omkring 1 procent per år.

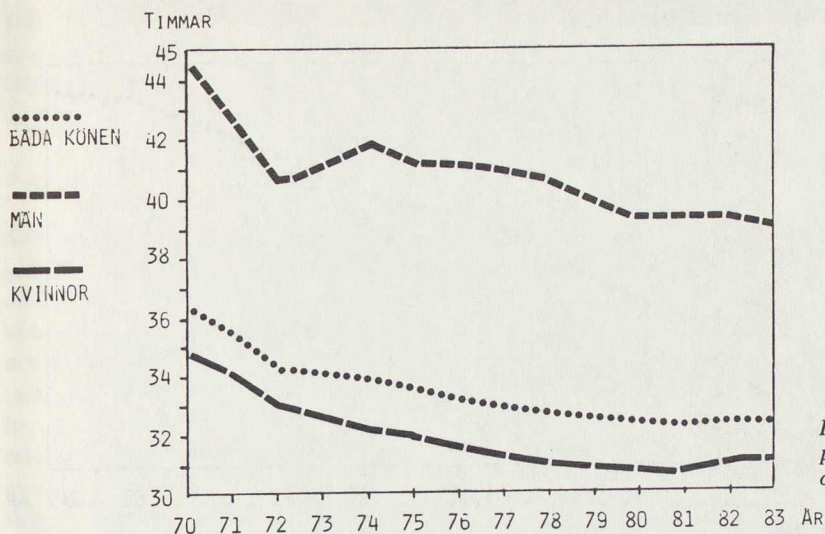
**Tabell 5.5 Medelarbetstiden per vecka inom hälso- och sjukvården 1970–1983.**

Medelarbetstiden	(Tim/vecka)				
	Kön/År	1970	1975	1980	1983
Män		44,5	41,0	39,2	38,9
Kvinnor		34,8	32,0	30,6	30,9
Båda könen		36,4	33,5	32,2	32,2

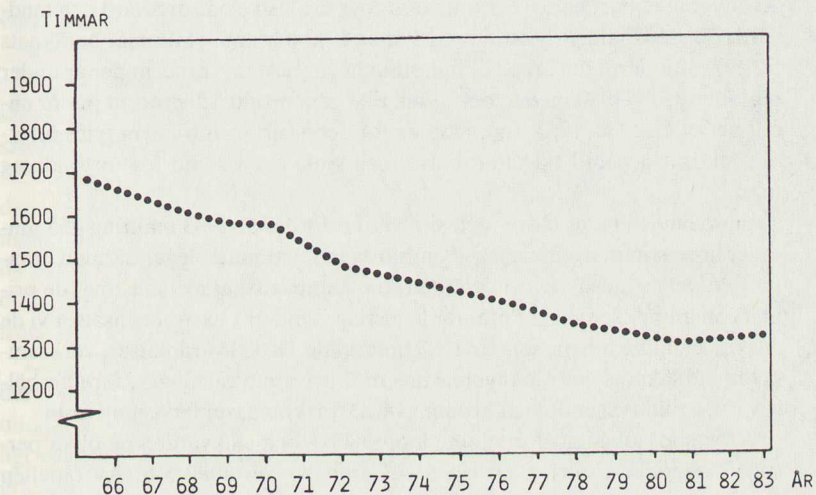
Under de senaste åren har medelarbetstiden per vecka stabiliserats för såväl män som kvinnor.

Förskjutningar av de sysselsatta mellan olika arbetstidsklasser, till följd av förändringar i deltidstjänstgöringens omfattning, förändringar i medelarbetstiden per vecka till följd av generell arbetstidsförkortning, förlängd semester samt en ökande frånvaro har lett till att antalet årsarbetstimmar per sysselsatt har minskat.

I figur 5.4 redovisas utvecklingen av årsarbetstiden inom hälso- och sjukvården. Årsarbetstiden har under perioden 1965–1983 minskat från ca 1 700 timmar till ca 1 300 timmar.



Figur 5.3 Medelarbetstid per vecka inom hälso- och sjukvården. Timmar.



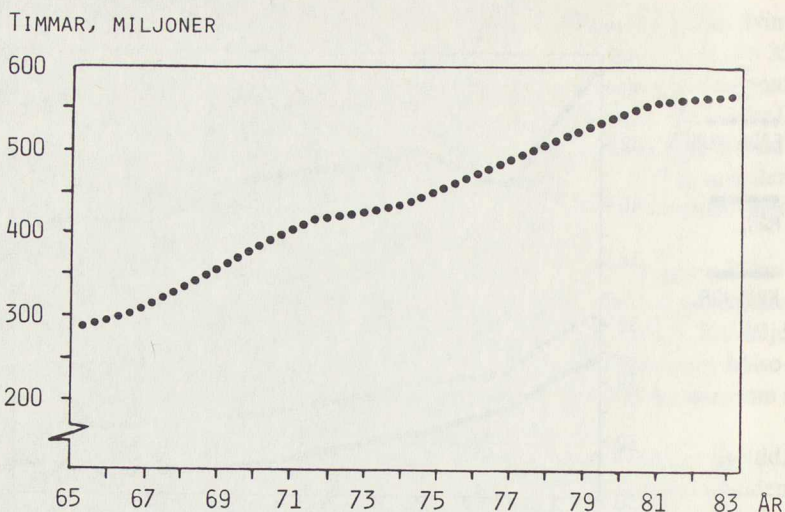
Figur 5.4 Arbetade timmar inom hälso- och sjukvård (inkl omsorgsvård och tandvård) per år och sysselsatt.

### Totalt arbetade timmar inom hälso- och sjukvården

Till följd av att andelen deltidarbetande ökat och vissa generella arbetstidsförkortningar genomförts är antalet sysselsatta ett ganska oprecist mått på arbetsvolymens ökning.

Förändringen i antalet arbetade timmar ger då en betydligt riktigare bild av utvecklingen eftersom denna har betydligt större samband med såväl verksamhetens omfattning som dess kostnader.

Enligt NR uppgick antalet arbetade timmar inom hälso- och sjukvården (inkl omsorgsvård och tandvård) år 1970 till ca 383 miljoner och hade 1983 ökat till 580 miljoner eller med ca 15 miljoner per år. Detta motsvarar en genomsnittlig ökning med drygt 3 procent per år. Utvecklingen beskrivs i figur 5.5.



Figur 5.5 Arbetade timmar per år inom hälso- och sjukvården samt omsorgsvård och tandvård åren 1965–1983.

Även inom enbart hälso- och sjukvård, dvs exklusive omsorgsvård och tandvård, ökade antalet arbetstimmar. För år 1983 har antalet timmar beräknats till 497 miljoner. Den årliga ökningstakten var nästan 4 procent per år under perioden 1974–1980 medan den sjönk till i genomsnitt 1,8 procent per år under perioden 1980–1983. Inom ramen för denna arbetstidsvolym ryms förutom faktiskt arbetad tid inom hälso- och sjukvård viss tid för fortbildning m m.

Inom landstingens hälso- och sjukvård utfördes år 1983 omkring 455 miljoner arbetstimmar. Omkring 40 miljoner arbetstimmar ligger därmed utanför den del av hälso- och sjukvården som administreras av landsting, de primärkommuner som ligger utanför landsting. Hit hör t ex arbetsinsatser vid de enskilda sjukhemmen, som år 1983 omfattade 11 000 vårdplatser, verksamheten vid läkares och sjukgymnasters m fl privatmottagningar, företagshälsovård, militärväsende och kriminalvård, forskning, undervisning m m.

Arbetstidsvolymens fördelning inom hälso- och sjukvården på olika personalkategorier i början av 1980-talet framgår av tabell 5.6. Av tabellen framgår även det genomsnittliga antalet arbetstimmar per personalkategori.

Tabell 5.6 Fördelning av antalet arbetstimmar per personalkategori inom hälso- och sjukvård år 1983 (milj timmar).

Personalgrupp	Landstingens hälso- o sjukvård	Privat praktik samt vård vid ensk.sjukhem o primkom. ålderdomshem	Vårdpersonal inom företagshälsov. statl verk, undervisn forskn.	Summa	Genomsnitt timmar per anställd och år
Lång vårdutb	30,9	1,4	2,9	35,2	1730
Medellång vårdutb	94,9	4,2	11,4	110,5	1265
Kort vårdutb	217,8	14,1	1,3	233,2	1285
Annan personal	113,3	4,6	–	117,9	1305
Summa	456,9	24,3	15,6	496,8	1310

Källa: Beräkningar utifrån Nationalräkenskaperna, KLELP, LATT 79 mm.

Den genomsnittliga arbetsvolymen skiljer sig alltså mellan de olika grupperna, framför allt genom att kategorin med lång vårdutbildning, dvs läkarna, genomsnittligt har en betydligt större arbetstidsvolym per person än övriga grupper.

## 5.5 Arbetstidens utveckling fram emot år 2000

Som tidigare redovisats har medelarbetstiden under 1970-talet sjunkit med i genomsnitt ungefär 1 procent per år. Inför framtiden har en ytterligare reduktion av arbetstiden diskuterats. Sekretariatet för framtidsstudier förutsätter i sin rapport Tid för omsorg att en sådan reducering kommer att ske och att den inom de närmaste 30–40 åren kommer att bli betydande främst tack vare industrins alltmer minskande behov av arbetskraft. Olika modeller för en sådan minskning är naturligtvis tänkbara t ex ökad ledighet för semester, minskad veckoarbetstid, sänkt pensionsålder m m. Av betydelse är även hur frånvaron t ex på grund av sjukdom och tjänstledigheter av olika slag utvecklas. Förändringar avseende en eller flera av dessa faktorer har naturligtvis stor betydelse för personalbehovet för en så personalintensiv verksamhet som hälso- och sjukvården.

Som framgått ovan finns det tecken som tyder på att arbetstiden per sysselsatt under början av 1980-talet ökade något inom hälso- och sjukvården sannolikt till följd av att vissa deltidssysselsatta ökat sin tjänstgöringsgrad samtidigt som frånvaron minskat något.

I långtidsutredningen, LU 84, (SOU 1984:4) diskuteras bl a arbetstidens framtida utveckling. Även om LU 84s resonemang hänför sig till arbetsmarknaden i stort och inte tar hänsyn till skiftande förhållanden inom enskilda arbetsmarknadssektorer kan det finnas skäl att som ett underlag för bedömning av hälso- och sjukvårdens framtida arbetstidsförhållanden utgå från LU 84s diskussioner och beräkningar.

LU 84 utgår från att deltidarbetet kommer att öka i omfattning även under 1980- och 1990-talen, men i dämpad takt i förhållande till utvecklingen under 1970-talet. Den korta deltiden förutsätts komma att utvecklas i betydligt svagare takt än tidigare bl a till följd av den överenskommelse om begränsning av den korta deltiden som träffats mellan arbetsmarknadens parter. Kvinnorna beräknas enligt LU 84 svara för en ökning av den långa deltiden. Medelarbetstiden för såväl män som kvinnor förutsätts sjunka men i betydligt lugnare takt än under 1970-talet.

För prognosperioden antar LU 84 en fortsatt ökning av både sjukfrånvaron och annan frånvaro. Ökningstakten härvidlag förutsätts dock av LU 84 komma att dämpas. Årsarbetstiden per sysselsatt beräknas enligt LU 84 till följd av bl a ändrad frånvaro, befolkningsutveckling och en fortsatt ökning av antalet deltidssysselsatta *sjunka med ca 5 procent mellan 1980 och 1990 och ytterligare ca 2,5 procent till år 2000.*

En beräkning av antalet arbetstimmar per sysselsatt år 2000 inom hälso- och sjukvården i enlighet med den beräkningsmodell och de antaganden som görs i LU 84 skulle leda till att antalet arbetstimmar vid bibehållen generell veckoarbetstid skulle minska med 7,5 procent fram till år 2000 för samtliga grupper. (Något resonemang om den ökande frånvarons fördelning på olika personalgrupper förs inte i LU.)

Vad gäller den generella veckoarbetstiden konstaterar LU 84 att flertalet



av de politiska partierna samt arbetstagarorganisationerna har deklarerat att det långsiktiga målet är en 30 timmars arbetsvecka, som skall uppnås genom en sänkning av den dagliga arbetstiden. LU 84 erinrar även om att en flexibel arbetstid i vidare mening också diskuterats. Med flexibel arbetstid, avses att perioder av arbete och ledighetsperioder varvas av arbetstagarna under en längre tid. För ett mer flexibelt arbetsliv talar behov av återkommande utbildning, barnledighetsperioder etc.

För att belysa effekterna av en arbetstidsförkortning har LU 84 antagit att den lagstadgade veckoarbetstiden under perioden 1980–1990 reduceras från 40 timmar till 37,5 timmar (dvs 6,25 procent). I beräkningarna har med stöd av erfarenheterna från den senaste arbetstidsförkortningen antagits att förändringen i arbetstidslagen endast marginellt påverkar de deltidsarbetande och då främst under en övergångsperiod.

Till viss del torde effekten av en generell arbetstidsförkortning enligt LU 84 uppvägas genom att övertidsarbetet också ökar åren efter förkortningen. Den sammantagna minskningen av arbetstiden har därmed beräknats till 5 procent. Någon ytterligare förkortning av den generella arbetstiden fram emot år 2000 diskuteras inte i LU 84. För gruppen med mycket korta deltid, dvs under 20 timmar per vecka, får sannolikt en arbetstidsförkortning inte något genomslag överhuvud taget.

I denna utredning görs beräkningarna i tillgångs- och efterfrågeprognoserna utifrån två huvudalternativ vad gäller veckoarbetstid, nämligen ett med bibehållen generell arbetstid 40 timmar per vecka och ett alternativ med 37,5 timmar per vecka.

För båda alternativen gäller att arbetstiden för läkare förutsätts komma att normaliseras fram till år 2000. Detta mot bakgrund av den överenskomelse som träffats mellan Sveriges läkarförbund och Landstingsförbundet om en normalisering av läkarnas arbetstider. I realiteten innebär detta således en sänkning av de heltidsarbetande läkarnas genomsnittliga arbetstid från ca 43 timmar per vecka till 40 resp 37,5 timmar. På denna grupp får således eventuell arbetstidsförkortning full effekt. För övriga grupper med en väsentligt lägre sysselsättningsgrad har däremot arbetstidsförkortningen en något mer begränsad effekt.

Vid en generell arbetstidsförkortning enligt LU 84s modell skulle antalet årsarbetstimmar sjunka med ca 5 procent. Effekten för hälso- och sjukvårdspersonalens del av förändringar i deltidstjänstgöring, frånvaro och arbetstid enligt LU 84s alternativ, framgår av tabell 5.7.

**Tabell 5.7 Antalet årsarbetstimmar i genomsnitt per sysselsatt 1983 och år 2000.**

Personalgrupp	1983	Årsarbetstim år 2000	
		40 tim/vecka	37,5 tim/vecka
Lång vårdutbildn.	1 730	1 590	1 510
Medellång vårdutbildn	1 265	1 280	1 125
Kort vårdutb	1 285		
Förvaltn, adm pers m fl	1 345		
Ekonomipersonal m m	1 280		

För år 2000 har således en genomsnittlig arbetstid för samtliga grupper utom läkare utnyttjats, medan mer detaljerade beräkningar ligger till grund för dimensioneringen i utgångsläget.

## 6 Prognoser – principer, metoder och underlag

### 6.1 Val av prognosmodeller

Valet av prognosmodell styrs till stor del av syftet (användningen) med prognosen, prognosens tidshorisont, underlagets omfattning och kvalitet. Andra betydelsefulla faktorer är vilken tid och vilka resurser som står till förfogande för prognosarbetets genomförande.

I denna utredning syftar bedömningarna av framtida tillgång och efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvården till att tjäna som underlag för såväl den centrala som den regionala personalplaneringen inom sektorn och för beslut om lämplig dimensionering av olika vårdutbildningar.

I en stagnerande samhällsekonomi får frågor om det samhällsekonomiska utrymmet och sysselsättningen på längre sikt en allt större betydelse. Övergripande prioriteringar mellan olika samhällssektorer men även inom hälso- och sjukvårdssektorn kräver ett underlag som belyser de personalmässiga konsekvenserna av olika tänkbara strategiska huvudlinjer i utvecklingen. Eftersom en exakthet i kalkylerna inte är det primära finns det skäl att välja relativt enkla prognosmodeller.

I de tillgångs- och efterfrågeberäkningar som här redovisas fördelas personalen på fyra huvudgrupper nämligen i personal med lång vårdutbildning, med medellång vårdutbildning, med kort vårdutbildning och personal med annan utbildning än vårdutbildning.

De mått som använts i beräkningarna är

- antal yrkesverksamma personer (anställda) inom hälso- och sjukvård
- antal personer totalt inom resp kår med en viss vårdutbildning
- antal arbetstimmar per år och sysselsatt inom hälso- och sjukvården

Med *antalet personer i en kår* avses här personer som är 65 år eller yngre och som genomgått en viss utbildning. Bland dessa finns ett visst antal som arbetar inom det yrke vilket de är utbildade för. Dessa är *yrkesverksamma*. Andelen yrkesverksamma i en personalkår yttrycks med begreppet *yrkesverksamhetsgrad*. Yrkesverksamhetsgraden varierar beroende på yrke och efter köns- och åldersfördelningen inom kåren.

De yrkesverksammas *aktivitet*, mätt i arbetstimmar per person och år, varierar beroende på tjänstgöringens omfattning, d v s heltids- eller deltids-tjänstgöring. För att erhålla antalet årsarbetstimmar måste hänsyn tas till tjänstgöringens och frånvarons (semester, sjukdom mm) omfattning.

## 6.2 Tillgångsprognoser

### Begreppet "tillgång"

Vanligtvis används i prognossammanhang tekniken att göra två separata - av varandra oberoende - prognoser, en för efterfrågan och en för tillgången på arbetskraft. Dessa båda prognoser jämförs och slutsatser dras om eventuella överskotts- eller underskottssituationer.

Ett villkor för att en sådan teknik skall vara lämplig är att efterfrågan och tillgången på arbetskraft utvecklas oberoende av varandra. Om ett sådant oberoende inte föreligger borde det inte vara möjligt att behandla efterfrågan och tillgången var för sig. Man måste då ta hänsyn till den mekanism som genererar beroendeförhållandet. Detta är dock utomordentligt svårt att genomföra.

Efterfrågan och tillgången på personal inom hälso- och sjukvården är beroende av varandra. Under 1960- och 1970-talen har efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvården varit mycket stor. Bristen på personal inom olika områden har varit besvärande och i vissa fall varit ett hinder för utvecklingen eller lett till att en viss typ av arbetskraft ersatts med en annan. Dessutom har vissa arbetsuppgifter överförts från personal med längre vårdutbildning till personal med kortare vårdutbildning.

Personalens "arbetsmarknadsmässiga beteende" påverkas av en sådan arbetsmarknad. Det har således varit lätt för vissa personalkategorier att erhålla arbete inom vården. Detta gäller även personer som saknat egentlig vårdutbildning. Det har i regel inte heller varit några större problem för enskilda personer att t ex ändra den egna arbetstidens omfattning eller av olika skäl vara borta från vårdområdet under en längre tid för att sedan återinträda.

Arbetsmarknaden inom hälso- och sjukvården kommer troligtvis att se delvis annorlunda ut framöver jämfört med 1960- och 1970-talen. Efterfrågan på arbetstimmar inom hälso- och sjukvården antas växa väsentligt långsammare under 1980- och 1990-talen än vad som var fallet tidigare. En sådan utveckling torde ge återverkningar på personalens arbetsmarknadsmässiga beteende. Det kan således bli svårare att erhålla arbete inom vården vilket bl a påverkar yrkesverksamhetsgraden (den andel av de utbildade som är verksamma inom yrket).

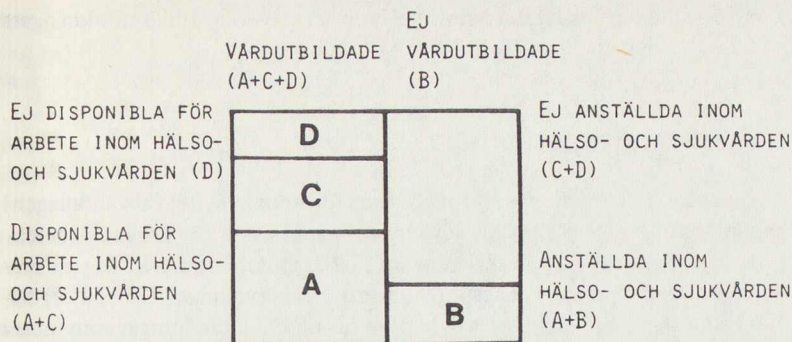
Andra centrala faktorer, utöver efterfrågan på personal, som påverkar tillgången på personal är förändringar i arbets- och sociallagstiftning, regler för ledighet samt deltidstjänstgöringens utveckling m m.

Beroende på den osäkerhet som olika antaganden kommer att vara behäftade med är det svårt att göra säkra bedömningar av omfattningen av den framtida tillgången på olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården.

Hur ska då begreppet "tillgång" definieras? I figur 6.1 visas schematiskt definitionsproblematiken.

Beroende på syftet med beräkningarna kan dessa omfatta antingen personer med *vårdutbildning* (A+C+D i figuren) eller personer *anställda inom hälso- och sjukvården* (A+B i figuren).

Vid beräkning av tillgången på personer med vårdutbildning bör även diskuteras hur länge en person som inte arbetar inom hälso- och sjukvården



Figur 6.1 Vårdutbildade  
respektive anställda  
inom hälso- och  
sjukvården.  
Schematisk skiss.

kan antas tillhöra tillgången, d v s vara "disponibel" för arbete inom sektorn. Det finns således en viss andel i varje kår som ej har anställning inom hälso- och sjukvården men som önskar sig detta (markerat med C i figuren).

### Tillgångsprognosens uppbyggnad

Grundmodellen för tillgångsprognoserna är följande:

- antalet personer i en kår (personalkategori) för ett visst år fastställs,
- tillskottet – antal examinerade från utbildningsväsendet samt tillströmningen av vårdutbildade från utlandet – under prognosperioden beräknas,
- avgången i form av pensionerade, avlidna och yrkesbytare under prognosperioden beräknas,
- kåren framskrivs till prognosåret,
- antaganden görs om den framtida andelen yrkesverksamma i kåren,
- antaganden görs om de yrkesverksammars årsarbetstid,
- kårens totala antal årsarbetstimmar beräknas.

Beräkningarna ger tillgången av en yrkeskategorier mätt i antal årsarbetstimmar.

Beroende på det statistiska underlagets omfattning görs tillgångsberäkningarna mer eller mindre detaljerade t ex med beaktande av köns- och åldersfördelningar m m.

En viktig fråga är om tillgångsprognoserna ska göras för enskilda personalgrupper eller för större sammanslagna grupper. Denna fråga hänger nära samman med dels vilken tidshorisont som gäller i prognoserna dels vilken grad av utbytharhet som finns mellan olika personalgrupper. Allmänt sett gäller att ju längre prognosens tidshorisont är ju mer sammanslagna bör personalgrupperna vara. Som tidigare framhållits har personalen i denna utredning uppdelats i personal med lång, medellång resp kort vårdutbildning samt personal med annan utbildning än vårdutbildning.

Tillgångsprognoser kan antingen göras som en "ren" framskrivning med utgångspunkt från *oförändrade värden på tillgångsfaktorerna* t ex vad gäller utbildningarnas dimensionering, yrkesverksamhetsgrader m m eller göras utgående från *framtida förväntade förändringar av de olika tillgångsfaktorernas värden*. I det sistnämnda fallet påverkas tillgångsprognoserna bl a av

den förväntade efterfrågan som bl a indirekt påverkar olika utbildningars dimensionering.

### 6.3 Efterfrågeprognoser

Valet av modell för *efterfrågeprognos* styrs förutom av syftet (användningen) med prognosen även av vilken tidshorisont som gäller för prognosarbetet.

Kortsiktiga efterfrågebeskrivningar (1–2 år) måste utgå från dagens personalstruktur. I mycket långsiktiga efterfrågebedömningar (25–50 år) behövs som regel inte någon större hänsyn tas till olika bindningar som finns i form av exempelvis samhällsekonomi, byggnader, redan gjorda investeringar m m. I sådana efterfrågebedömningar finns således en hög grad av valfrihet.

I det tidsperspektiv, 10–15 år, som är aktuellt i HS 90-arbetet måste hänsyn tas till vissa grundläggande förutsättningar/faktorer som antas komma att påverka efterfrågeutvecklingen. Den främsta är därvid den samhällsekonomiska utvecklingen. Hänsyn måste givetvis tas även till sysselsättningsutvecklingen och hälso- och sjukvårdens förväntade utveckling. I det följande beskrivs översiktligt inriktningen av två principiellt olika efterfrågemodeller. Den ena s k programmatiska prognosmodellen bygger på en förväntad utveckling av hälso- och sjukvården i enlighet med tankegångarna i HS 90 och propositionen om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m m. och de behov av personal som denna utveckling leder till. Den andra prognosmodellen är en trendprognos som i princip utgår från en förlängning av de trender i olika avseenden som observerats hittills men med en anpassning till en lägre utvecklingstakt än den som var för handen under t ex 1970-talet.

#### Programmatisk prognos

Syftet med en programmatisk efterfrågeprognos är att belysa vad ett förverkligande av hälso- och sjukvårdspolitiken kräver bl a i fråga om personal. Efterfrågeberäkningar utifrån en programmatisk ansats är särskilt angelägna i en situation där hälso- och sjukvårdens struktur förväntas komma att påtagligt förändras.

För de programmatiska prognoserna vore det önskvärt att bedömningarna om efterfrågan på personal kunde göras utifrån väl underbyggda program för de olika områdena inom hälso- och sjukvården och där dessa är förankrade i en fastställd hälso- och sjukvårdspolitik. Denna förutsättes i sin tur vara relaterad till accepterade samhällsekonomiska och arbetsmarknadspolitiska ramar.

Det är givet att forskjutningar successivt sker beträffande ambitionsnivå och inriktning av olika delar av hälso- och sjukvården med hänsyn till förändrade förutsättningar. Förr eller senare måste därför ett nytt program utarbetas och ge uttryck för de nya och förändrade behov som då är aktuella. Ett sådant programarbete bör därför vara rullande och programmet kan knappast ha en längre framförhållning eller ett längre perspektiv (tidshorisont) än 10–15 år. Eftersom det är landstingen som i egenskap av sjukvårdshuvudmän är ansvariga för hälso- och sjukvårdens utveckling och planering

vore det naturligt att i den programmatiska modellen utgå från en summering av huvudmännens planer över utvecklingen. F n saknas emellertid sådant långsiktigt underlag från sjukvårdshuvudmännen.

Även om konkret underlag saknas från huvudmännen finns en bred uppslutning kring den fastställda hälso- och sjukvårdspolitiken för hälso- och sjukvårdens fortsatta utveckling.

Grunden för denna utvecklingsinriktning har redovisats i bl a HS 90:s rapporter och i riksdagens beslut med anledning av proposition 1984/85:181 Utvecklingslinjer inom hälso- och sjukvården mm. De diskussioner som förs i HS 90 och i propositionen ger inte ett entydigt svar på vilka storheter som bör utnyttjas i beräkningarna av framtida personalbehov utan ger utrymme för varierande antaganden inom ett relativt brett fält. Vissa delar av hälso- och sjukvården behandlas dessutom endast perifert i HS 90, t ex långtids-sjukvården och den psykiatriska vården.

För de programmatiska beräkningarna fordras emellertid vissa konkreta antaganden om dels hälso- och sjukvårdens framtida omfattning inom skilda typer av verksamhet, dels framtida arbetsinsatser med fördelning på olika personalkategorier. Det är givet att skilda meningar råder om storleken på dessa olika variabler. De storheter som väljs kommer att i större eller mindre grad ha betydelse för beräkningarnas resultat. En särskild arbetsgrupp med företrädare för socialstyrelsen, Landstingsförbundet och SPRI har särskilt analyserat de antaganden beträffande vårdstruktur och personaltäthet som bör ligga till grund för den programmatiska efterfrågeberäkningen. Härvid har i första hand de strukturella förändringarna beaktats medan man inte på samma sätt kunnat förutse och ta hänsyn till de kvalitativa förändringar som är en följd av den medicinska och tekniska utvecklingen. Arbetsgruppen har analyserat personalbehovet inom de tre huvudområdena: psykiatrisk vård, somatisk läns- och regionsjukvård samt primärvård (jfr bil 1-3)

Det bör understrykas att resultaten av dessa beräkningar av framtida personalbehov är helt beroende av den giltighet som gjorde antaganden och övriga angivna förutsättningar har. Beräkningarna utgår från en för riket tänkt genomsnittlig situation. En motsvarande analys på landstingsnivå måste givetvis ta hänsyn till lokala förhållanden och ambitionsnivåer. Den programmatiska modellen bör snarast ses som ett komplement till de trendmässiga efterfrågeprognoserna.

## Trendprognos

En helt annan metod att göra bedömningar av efterfrågan är trendprognoser. Härvid analyseras utvecklingen under en viss period varefter iakttagna trender skrivs fram. I prognosen kan viss hänsyn tas till förändringar som kan antas påverka utvecklingen under prognosperioden. Trendmässiga prognoser kan – givetvis med minskande grad av säkerhet – göras för längre tid än 10–15 år.

För att analysera arbetstidsvolymen för basåret har SCBs nationalräkenskaper utnyttjats. I dessa beräknas bl a *totalt antal arbetstimmar* inom hälso- och sjukvården utan någon nedbrytning på delsektorer och olika personalgrupper.

I utredningen beräknas med hjälp av trendframskrivning först den framtida totala efterfrågeutvecklingen (arbetstimmar) inom hälso- och sjukvården. Till grund för denna bedömning ligger tre antaganden om den möjliga volymutvecklingen (mätt i arbetstimmar) inom hälso- och sjukvården utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv 0,5, 1,0 resp 2,0 procent volymökning per år. Till detta har fogats beräkningar som bygger på LU 84s kalkyler.

För att kunna göra en nedbrytning av antalet arbetstimmar på olika personalgrupper med olika vårdutbildningsbakgrund har i huvudsak Landstingsförbundets personalstatistik utnyttjats. I utredningen antas vissa schablonartade förändringar av olika personalgruppers andelar av den totala personalen utifrån kända och förväntade förändringar i personalsammansättningen.

## 7 Tillgång på personal

Tillgångsprognoserna syftar till att uppskatta den framtida tillgången på arbetskraft, uttryckt i arbetstimmar och antal personer som är disponibla för arbete inom hälso- och sjukvården fram till år 2000.

I beräkningarna har personalen inom hälso- och sjukvården uppdelats i fyra huvudgrupper nämligen personal med *lång* vårdutbildning, *medellång* vårdutbildning, *kort* vårdutbildning samt personal med *annan* utbildning än vårdutbildning (jfr kap 5)

Tillgångsprognoserna koncentreras till de tre förstnämnda grupperna. I gruppen med kort vårdutbildning görs beräkningarna i huvudsak för personal med undersköterske/skötarkompetens.

De mått som använts i beräkningarna är

- antal personer med en viss vårdutbildning
- antal yrkesverksamma inom hälso och sjukvård (exkl tandvård och omsorgsvård)
- antal arbetstimmar inom hälso- och sjukvård (exkl tandvård och omsorgsvård)

### 7.1 Tillgångsprognos

Tillgången på yrkesverksamma personer 1983 och antalet arbetade timmar för dessa år 1983 inom privat och offentlig hälso- och sjukvård utgör utgångsvärden för beräkningarna.

**Tabell 7.1 Tillgång på yrkesverksamma personer samt antalet arbetade timmar inom hälso- och sjukvården vid slutet av 1983.**

Personalgrupp	Antal yrkesverksamma 1983	Milj arbetstimmar 1983
Lång vårdutb	20 350	35
Meddellång vårdutb	87 300	111
Kort vårdutb	181 500	233
– varav undersköt/skötare	70 000	ca 90
Annan utbildn	90 200	118
Total	379 400	497

*Källa: Beräkningar utifrån socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal, kommunförbundens marsstatistik, Nationalräkenskaperna mm.*



Tillgångsprognoserna bygger i princip på att de värden som idag gäller beträffande utbildningsdimensionering, yrkesverksamhetsgrader etc även gäller år 2000. I enlighet med förutsättningarna i LU 84 har *årsarbetstiden* per sysselsatt till följd av bl a ändrad frånvaro mm antagits komma att sjunka med 5 procent under 1980-talet och ytterligare 2,5 procent under 1990-talet. Som ett alternativ till en bibehållen *veckoarbetstid* på 40 timmar har en beräkning gjorts även för en generell arbetstidsförkortning till 37,5 timmar per vecka. De antaganden som gäller för prognoserna framgår i följande tabell.

**Tabell 7.2 Utgångspunkter och antaganden som ligger till grund för tillgångsprognosen.**

Variabel/Personalgrupp	Lång	Medellång	Kort (undersköt/ skötare)
Kår dec 1983	21 110	111 300	94 000
varav yrkesverksamma	20 350	87 300	70 000
Utbildningsdimensionering	845 <sup>c)</sup>	5 640	12 200 <sup>d)</sup>
Antagn ålder i genomsnitt	25	ca 24	ca 23
Studietid	6	2	2
Bortfall <sup>a)</sup>	8%	10%	5%
Från utlandet, netto	0	0	0
Avgång från kåren snitt/år	300	1 400	5 000 <sup>b)</sup>
Yrkesverksamhetsgrad år 2000	94%	78%	75%
Arbetstimmar/år i genomsnitt per yrkesverksam år 1983	1 730	1 265	1 285
år 2000 40 tim/vecka	1 590	1 185	1 185
37,5 tim/vecka	1 510	1 125	1 125

a) Till följd av obesatta platser samt avhopp under studietiden.

b) Varav till kommunal högskoleutb 4 000

c) Fr o m 1986/87

d) Fr o m 1985/86 (gymnasieskolan + AMU + KOMVUX)

Utifrån dessa antaganden kan antalet yrkesverksamma personer med vårdutbildning beräknas i enlighet med vad som framgår av tabell 7.3. Antalet yrkesverksamma läkare beräknas således öka med omkring 8 200 under perioden 1983-2000 vilket motsvarar ca 40 procent ökning eller drygt 2 procent per år. Motsvarande siffror för yrkesverksamma personer med medellång vårdutbildning är 87 000 eller 55 procent (drygt 2,5 procent per år) och för undersköterske/skötarkollektivet 84 000 eller 120 procent (drygt 4,5 procent per år) beräknat på antalet utbildade undersköterskor/skötare. Det är alltså betydande volymer vårdutbildad personal som utifrån dagens förutsättningar kan tillföras hälso- och sjukvården under perioden.

**Tabell 7.3 Prognos över tillgång på vårdutbildad personal samt beräknat antal arbetstimmar år 2000.**

Variabel	Lång	Medellång	Kort
Kår år 2000	30 300	173 000	206 000
varav yrkesverksamma	28 500	135 000	155 000
Antal arbetstimmar (milj)			
vid 40 tim/vecka	45,3	160	183,0
37,5 tim/vecka	43,0	150	174,0

I det följande kommenteras tillgångsprognoserna för de olika personal- kategorier mer i detalj.

## 7.2 Tillgången på personal med lång vårdutbildning

Till personalgruppen med lång vårdutbildning hör här endast läkare.

Läkartillgången har på senare tid beräknats av olika myndigheter och organisationer. De olika prognoserna pekar samstämmigt på en tillgång på drygt 30 000 läkare år 2000. Bedömningen av vilken arbetstidsvolym detta motsvarar skiljer sig dock något, främst beroende på skilda antaganden beträffande yrkesverksamhetsgrad och aktivitet. Sedan tidigare prognoser publicerats har riksdagen fattat beslut om en nerdragning av antalet utbildningsplatser från 1 026 till 845. Hälften av den beslutade reduktionen genomfördes hösten 1985 medan resterande nerdragning verkställs senare. Enligt riksdagsbeslut våren 1985 blir läkarutbildningens dimensionering räknat i nybörjarplatser 910 1985/86 och 845 1986/87.

I den delrapport som utarbetats inom HS 90-projektet "Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft" (SOU 1982:11) antogs bl a att läkarnas yrkesverksamhetsgrad och aktivitet skulle minska bl a till följd av en ökad andel kvinnliga läkare. Yrkesverksamhetsgraden för läkare antogs sjunka från ca 98 procent i början av 1980-talet till i genomsnitt drygt 90 procent fram emot år 2000. Dessa antaganden baserade sig på vissa jämförelser med andra yrkesgrupper för vilka yrkesverksamhetsgraden låg betydligt under 90 procent redan i början av 1980-talet.

Den ökande andelen kvinnliga läkare kan givetvis komma att påverka yrkesverksamheten på så sätt att denna sjunker för kåren som helhet. Troligen kommer dock inte detta att återverka på yrkesverksamhetsgraden i första hand utan mer får genomslag på aktivitetsgraden t ex i form av fler deltidsarbetande läkare. Hänsyn härtill tas därför i det antal arbetade timmar som används i tillgångsprognoserna. I tillgångsprognoserna har yrkesverksamhetsgraden för läkare här antagits komma att reduceras till i genomsnitt 94 procent under prognosperioden.

För heltidsarbetande läkare i offentlig tjänst uppgår den fastställda arbetstiden enligt socialstyrelsens Årlig Anmälan 82 till i genomsnitt 43 timmar per vecka. Överenskommelse har träffats mellan Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund om att särskild arbetstid för underläkare skall vara avvecklad fr o m 1986-01-01. Man har vidare enats om att verka för

att särskild arbetstid avvecklas även för vidareutbildade läkare. I prognosen antas att den särskilda arbetstiden år 2000 är helt avvecklad. Detta betyder således en genomsnittlig arbetstid på 40 timmar/vecka även för läkare vid oförändrad generell arbetstid. En generell arbetstidsförkortning fram till sekelskiftet i enlighet med LU 84s antaganden antas medföra att antalet arbetade timmar per yrkesverksam läkare minskar till 37,5 timmar per vecka.

Till följd av 1985 års riksdagsbeslut antas antagningskapaciteten på läkarlinjen som ovan nämnts bli 845 studerande per år fr o m 1986/87 jämfört med 1 026 som låg till grund för antagandena i SOU 1982:11. Andra faktorer av betydelse för tillgångsprognosen för läkare rör bortfallsprocenten under studietiden samt tillskottet från utlandet. Bortfallet till följd av definitiva studieavbrott före läkarlegitimation antogs uppgå till ca 10 procent under åren fram till 1985 och därefter till ca 5 procent per år. Mot bakgrund av de senaste årens examinations- och legitimationsfrekvens synes detta vara ett mycket optimistiskt antagande. I föreliggande prognos uppskattas därför bortfallet till ca 8 procent per år.

Nettotillskottet från utlandet antogs i SOU 1982:11 bli 85 läkare per år. Under senare år har detta tillskott minskat markant. Här antas att en förändrad arbetsmarknad för läkare dels leder till en minskad invandring dels leder till att fler läkare flyttar utomlands. Det finns inte längre någon grund för att beräkna något nämnvärt nettotillskott till följd av immigration.

Vid beräkning av yrkesverksamhetsgraden förutsätts denna komma att vara oförändrad per åldersklass och kön. På läkarkårens förskjutning mot högre genomsnittsålder och större andel kvinnor sjunker den genomsnittliga yrkesverksamhetsgraden något.

**Tabell 7.4 Antaganden för tillgångsprognos för personal med lång vårdutbildning.**

Utbildningsdimensionering	:	845 intagningsplatser per år fr o m 1986/87
Antagningsålder	:	25 år
Studietid (grundutb)	:	6 år
Bortfall under studietid	:	8% av antalet intagningsplatser
Nettotillskott från utlandet	:	0
Avgång från kåren dvs. pensionering dödsfall mm /år	:	300
Genomsnittlig yrkesverksamhetsgrad för personer under 65 år, år 2000	:	94%
Arbetade timmar år 2000 per yrkesverksam läkare och år 40 tim/vecka	:	1 590 timmar
37,5 tim/vecka	:	1 510

Utifrån dessa antaganden kan tillgången på yrkesverksamma läkare under 65 år beräknas till omkring 28 500 år 2000 i jämförelse med 1983 års 20 350

läkare. Antalet arbetstimmar beräknas öka från 35,2 miljoner år 1983 till 45,3 miljoner vid antagande om 40 timmar/vecka respektive till 43,0 miljoner vid en generell arbetstidsförkortning till 37,5 timmar/vecka.

I tabell 7.5 sammanfattas beräkningarna av tillgången på läkare.

**Tabell 7.5 Tillgången på läkare i Sverige åren 1983 och 2000. Examinerade, yrkesverk-samma och miljoner arbetstimmar i slutet av respektive år.**

År	1983	2000	Ökning
Antalet examinerade läkare under 65 år	21 100	30 300	+ 9 200
Antal yrkesverksamma personer	20 350	28 500	+ 8 150
Yrkesverksamma läkare	96%	94%	
Arbetstid/år och läkare			
40 tim/vecka	1 730	1 590	
37,5 tim/vecka		1 510	
Antal arbetstimmar (miljoner)			
40 tim/vecka	35,2	45,3	+ 10,1
37,5 tim/vecka		43,0	+ 7,8

<sup>a)</sup> Arbetstid/vecka 1983 antas vara lika med den 1982 dvs 43 timmar.

Med de antaganden och utgångspunkter som valts för denna tillgångs-prognos kommer antalet yrkesverksamma läkare att öka till knappt 30 000. Detta maximum nås omkring år 2006. Därefter sjunker antalet successivt och uppgår år 2015 till omkring 27 000.

### 7.3 Tillgången på personal med medellång vårutbildning

Till personalgruppen med medellång vårutbildning räknas här de personal-kategorier som genomgår följande högskoleutbildning: hälso- och sjuk-vårdslinjen (leder till sjuksköterskeexamen), hörselvårdslinjen, medicinska servicelinjen/laboratorieassistentlinjen (leder till laboratorieassistentexa-men) samt rehabiliteringslinjen (leder till sjukgymnastexamen eller arbetste-rapeutexamen) eller motsvarande utbildningar enligt äldre studieorganisa-tion.

I tabell 7.6 visas personalgruppen med medellång vårutbildning fördelat på olika kategorier.

**Tabell 7.6 Antal personer högst 65 år ingående i personalgruppen med medellång vårutbildning vid slutet av år 1983. Fördelning efter grundutbildning.**

Utbildning (motsv)	Antal	Andel (%)
Hälso- och sjukvårdslinjen <sup>1)</sup>	89 800	80,7
Hörselvårdslinjen <sup>1)</sup>	550	0,5
Medicinsk servicelinje <sup>1)</sup>	10 500	9,4
Rehabiliteringslinje <sup>1)</sup>	10 500	9,4
Total	111 300	100,0

1) Inklusive personer med motsvarande utbildningar enligt äldre studiegång.

Ramen för antalet utbildningsplatser för personal med medellång vårdutbildning har våren 1985 av riksdagen fastställts till 5 640 för budgetåret 1985/86. Detta antal har i prognoserna använts för perioden fram till år 2000.

Antalet faktiskt utlagda platser vid läsårets början är ofta lägre än det antal platser som av riksdagen fastställts som planeringsram. Sålunda var det faktiska antalet intagningsplatser på hälso- och sjukvårdlinjen 3 741 år 1984/85 vilket är 377 platser lägre än den planeringsram som riksdagen beslutade om för detta läsår. I beräkningarna här av tillgången på personal med medellång vårdutbildning antas att det faktiska antalet intagningsplatser på de medellånga vårdutbildningarna åren 1985/86 och framåt blir lika med den planeringsram (5 640) som riksdagen beslutat för läsåret 1985/86.

Under åren 1982-1984/85 var i genomsnitt 7,5 procent av de utbildningsplatser i den medellånga vårdutbildningen som inrättats vid vårdskolorna outnyttjade efter den slutliga intagningen.

Härtill kommer ett visst bortfall under studietiden. Detta har hittills uppgått till ca 5 procent. Examinationsfrekvensen i förhållande till antalet tillgängliga antagningsplatser har därmed under senare år varit omkring 87 procent. Särskilda insatser kan förväntas i syfte att minska diskrepansen mellan antal utbildningsplatser och antalet examinerade. Examinationsprocenten för prognosperioden fram till år 2000 har därför här satts till 90 procent.

De senaste åren har det inte varit något nettotillskott från utlandet av personal med medellång vårdutbildning. I beräkningarna antas att det inte heller under perioden fram till år 2000 blir någon nettoinvandring för denna personalkategori.

Yrkesverksamhetsgraden synes ha varit ungefär konstant för personal med medellång vårdutbildning perioden 1980-1982 dvs ca 78 procent. Även för år 2000 antas att yrkesverksamhetsgraden för denna grupp blir ca 78 procent.

Den genomsnittliga årliga avgången från kåren har här uppskattats till omkring 1 400 personer per år. Här ingår pensionering, dödsfall och vissa personer som bytt yrke (t ex blivit läkare). Avgången är väsentligt lägre under periodens inledande del men ökar successivt under prognosperioden.

**Tabell 7.7 Antaganden för tillgångsprognosen för personal med medellång vårdutbildning.**

Utbildningsdimensionering	:	5 640 intagningsplatser per år
Examinerade/antal platser	:	90%
Antagningsålder	:	24 år
studietid	:	2 år
Nettotillskott från utlandet	:	0
Avgång från kåren	:	ca 1 400 per år genomsnittligt under perioden
Yrkesverksamhetsgrad år 2000. För personer högst 65 år	:	ca 78% (varierar efter ålder)
Arbetstimmar år 2000 år och yrkesverksam		
40 timmar/vecka	:	1 185 timmar
37,5 timmar/vecka	:	1 125 timmar

Utifrån dessa antaganden kan tillgången på yrkesverksamma personer under 65 år med medellång vårdutbildning beräknas till omkring 135 000 år 2000 i jämförelse med 1983 års 87 000. Antalet arbetstimmar beräknas öka från 110,5 miljoner till 160 miljoner vid oförändrad arbetstid per vecka respektive till 150 miljoner vid antagande om en generell arbetstidsförkortning från 40 timmar till 37,5 timmar per vecka.

En förutsättning för dessa kalkyler är givetvis att anställning kan beredas för dem som "önskar" vara yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården. De beräknade värdena får därför ses som kalkyler över ett tänkt utbud av arbetstimmar som kan utnyttjas om förutsättningar finns inom sektorn. I tabell 7.8 återges resultaten av beräkningarna.

**Tabell 7.8 Personer med medellång vårdutbildning åren 1983 och 2000. Antal examinerade, antal yrkesverksamma, andel yrkesverksamma och antalet arbetade timmar i slutet av respektive år.**

	1983	2000	Ökning 1983–2000
Antal examinerade högst 65 år <sup>a</sup>	111 300	173 000	+ 62 000
Varav yrkesverksamma i Sverige	87 300	135 000	+ 52 000
Andel yrkesverksamma i Sverige av personer högst 65 år.	78,4%	78,0%	
Antal arbetade timmar (miljoner)			
– 40 timmar/vecka	110,5	160,0	+ 50
–37,5 timmar/vecka		150,0	+ 40

<sup>a</sup>) Inkluderar personer examinerade eller legitimerade i Sverige och bosatta i utlandet samt examinerade i utlandet som är verksamma i Sverige.

Även under perioden efter år 2000 fortsätter tillgången på personal att öka men i allt långsammare takt. Den långsamma ökningstakten förklaras av att en betydande pensionsavgång kan förväntas för denna personalgrupp en bit in på 2000-talet. Förutsatt att de antaganden som gjorts för perioden 1983–2000 även är giltiga för perioden 2000–2015 kommer antalet yrkesverksamma personer med medellång vårdutbildning år 2015 år att uppgå till omkring 147 000.

## 7.4 Tillgången på personal med kort vårdutbildning

Till denna kategori hänförs de personer som har utbildning till undersköterska, skötare eller sjukvårdsbiträde från gymnasieskola, arbetsmarknadsutbildning (AMU) eller kommunal vuxenutbildning (KOMVUX). I gruppen ingår även ett betydande antal personer som saknar formell vårdutbildning, men som arbetar på tjänster för t ex skötare och vårdbiträden.

Kunskapen om dessa personers arbetsmarknadsmässiga beteende är liten jämfört med dem som har lång eller medellång vårdutbildning. Det är t ex svårt att uttala sig om hur stor andel av de utbildade som fortfarande anser sig tillhöra kåren efter en viss tid. Många byter yrke eller fortsätter med studier.

Det bör vidare påpekas att utbildningsdimensioneringen av aktuella (korta) vårdutbildningar i stor utsträckning snarare styrs av arbetsmarknads-, sysselsättnings- och utbildningspolitiska motiv än av rent efterfrågemässiga skäl.

Överslagsmässigt svarar de som arbetar på tjänster avsedda för personer med kort vårdutbildning för mer än 50 procent av antalet arbetade timmar inom hälso- och sjukvården, eller drygt 230 miljoner timmar per år i början av 1980-talet.

Med utgångspunkt från landstingens och kommunernas 1:a-marsstatistik över anställda inom hälso- och sjukvården redovisas i tabell 7.9 antalet anställda på tjänster för personal med kort vårdutbildning.

**Tabell 7.9 Antal anställda inom offentlig hälso- och sjukvård på tjänster för personal med kort vårdutbildning den 1 mars 1983.**

Personalgrupper	Inom landsting	Inom vissa kommuner (I MM OG)	Total
Skötare	23 700	2 700	26 400
Undersköterskor	26 700	4 900	31 600
Sjukvårdsbiträden	90 300	7 800	98 100
Övriga bitr. (motsv)	10 200	1 100	11 300
Summa personer	150 900	16 500	167 400

Av tabellen framgår att en tredjedel av de anställda är undersköterskor/skötare medan resten, två tredjedelar, tillhör biträdeskategorin. Härutöver arbetade ca 12 000 personer på tjänster avsedda för personer med kort vårdutbildning inom statlig hälso- och sjukvård, i privat verksamhet, vid primärkommunala ålderdomshem i skolhälsovård, i företagshälsovård eller inom undervisning och forskning.

Årligen genomgår ett mycket stort antal personer kort vårdutbildning. Dimensioneringen av dessa utbildningar är i runda tal 20 700 platser läsåret 1985/86, tabell 7.10.

**Tabell 7.10 Dimensioneringen av olika korta vårdutbildningar i mitten av 1980-talet (avrundade tal).**

Utbildning	Gymnasieskola (inkl. spec,kurs)	AMU	KOMVUX	Total
Undersköterskor/skötare	11 400 <sup>a)</sup>	40 <sup>b)</sup>	150 <sup>c)</sup>	11 590
Sjukvårdsbiträden	6 400 <sup>a)</sup>	700 <sup>b)</sup>	2 000 <sup>d)</sup>	9 100
Summa	17 800	740	ca 2 150	20 690

<sup>a)</sup> I dec 1984 beslutade platser för 1985/86

<sup>b)</sup> Antal som fullbordat kursen 1983/84

<sup>c)</sup> Planerat antal 1985

<sup>d)</sup> Antal som gått på kursen 1983/84

*Källa: Statistik från SÖ*

Dimensioneringen av de korta vårdutbildningarna i gymnasieskolan antas här vara av samma omfattning fram till år 2000 som enligt besluten om antalet intagningsplatser för 1985/86.

Inom KOMVUX förekommer studier i vissa vårdämnen som finns på gymnasieskolans linjer och specialkurser. Studier i dessa ämnen ger dock

vanligtvis inte kompetens till tjänst som undersköterska eller vårdbiträde. F n finns endast en kurs inom KOMVUX som ger en fullständig sjukvårdsbiträdesutbildning. Ca 2 000 personer per år utbildas på denna kurs. Fr o m 1985 startar en kurs om 150 platser som ger kompetens för tjänst som undersköterska.

### Tillgångsprognos över kåren undersköterskor/skötare

Graden av säkerhet vid tillgångsprognoser för olika vårdpersonalkategorier ökar med längden på de olika vårdutbildningarna. Personal med lång vårdutbildning, t ex läkare, är i hög grad "trogna" sitt yrke medan andra med kort vårdutbildning, ex sjukvårdsbiträden, är mer "flyktiga" av olika skäl. Bl a sker rekrytering till andra vårdutbildningar från de med kort vårdutbildning.

Den tillgångsprognos som presenteras i detta avsnitt rör endast undersköterskor och skötare. Prognosen är synnerligen schablonartad och bygger på en rad olika osäkra faktorer. Av följande tabell framgår de antaganden som utnyttjas för prognosen.

**Tabell 7.11 Antaganden för tillgångsprognosen för undersköterskor/skötare.**

Uppskattad kår undersköterskor och utbildade skötare under 65 år i slutet av 1983	: 94 000
Varav yrkesverksamma	: 70 000
Antagningsplatser per år i gymnasieskolan	: 12 000 platser/år
Antagnings- och examinationsfrekvens från gymnasieskolan	: 95% av antalet intagningsplatser
Examinerade per år från AMU och KOMVUX	: 200
Examinerade undersköterskor/skötare per år totalt	: 11 500 fr o m 1987
Nettotillskott från utlandet	: 0
Nettoavgång till kommunal högskoleutbildning (hälso- och sjukvårdslinjen, hörsel-vårdslinjen, medicinsk servicelinje, rehab. linje)	: 4 000 per år
Avgång; pensionerade och avlidna i genomsnitt per år	: 1 000 per år
Yrkesverksamhetsgrad år 2000 för personer under 65 år <sup>2)</sup>	: 75%
Akvititet bland yrkesverksamma	
40 timmar/vecka	: 1 185 timmar per år
37,5 timmar/vecka	: 1 125 timmar per år

<sup>1)</sup> Förutsätter att dimensioneringen av aktuella kommunala högskoleutbildningar är omkring 5 640 per år framöver. Av de 5 100 som antas examineras från dessa utbildningar antas 4 000 personer, komma från undersköterske/skötarkåren

<sup>2)</sup> Antagande baserat på årlig anmälan för undersköterskor 1981. Då var yrkesverksamhetsgraden 75 procent. Yrkesverksamhetsbegreppet innefattar, för denna grupp, även tjänstgöring som biträde.



Utifrån dessa antaganden kan tillgången på yrkesverksamma personer med undersköterske/skötartutbildning beräknas till omkring 155 000 år 2000 i jämförelse med 1983 års 70 000. Antalet arbetstimmar beräknas öka från 90 miljoner till 183 miljoner vid antagande om oförändrad veckoarbetstid.

En förutsättning för dessa kalkyler, liksom för övriga tillgångskalkyler, är givetvis att anställning kan beredas för dem som "önskar" vara yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården i åtminstone samma omfattning som år 1983. Yrkesverksamhetsgraden för denna grupp är inom relativt vida gränser relaterad till rådande arbetsmarknadssituation och möjligheter att erhålla arbete inom hälso- och sjukvården. Kalkylerna ger därför ett tänkt utbud av arbetstimmar som kan utnyttjas om förutsättningar finns inom sektorn.

I tabell 7.12 återges resultaten av beräkningarna.

**Tabell 7.12 Undersköterske/skötarkåren i slutet av åren 1983 och 2000.**

	1983	2000	Ökning 1980-2000
Antal examinerade under 65	94 000	206 000	+ 112 000
Andel yrkesverksamma i Sverige av personer under 65 år	75%	75%	
Yrkesverksamma	70 000	155 000	+ 85 000
Antal arbetade timmar (milj)			
– 40 timmar/vecka	90 <sup>a)</sup>	183	+ 93
–37,5 timmar/v år 2000	–	174	+ 84

<sup>a)</sup> De yrkesverksamma undersköterskorna/skötarna arbetade under 1983 i genomsnitt 1285 timmar.

Under förutsättning av att de antaganden som utnyttjats för perioden 1983–2000 även gäller fram till år 2015 kommer undersköterske/skötarkåren då att uppgå till ca 287 000 personer varav omkring 215 000 är yrkesverksamma.

### Biträdesgruppen

Antalet *anställda* vårdbiträden uppgick 1983 till ca 107 000 personer. En icke obetydlig andel av dessa saknar formell vårdbiträdesutbildning.

Någon tillgångsprognos i egentlig mening av personalgruppen, som utgör en del av kategorin med kort vårdutbildning, är inte möjlig. Därtill är gruppen alltför "flyktig", dvs rörligheten in och ut ur gruppen är så stor att det är svårt att göra en avgränsning.

Av landstingens 1:a marsstatistik framgår att avgången från biträdesgruppen (anställda som biträden) var 10 procent mellan åren 1983 och 1984. Med begreppet avgång menas härvid att en person inte längre än anställd inom landstinget. I stort sett rör sig avgången om 12 000 personer årligen. Omkring 45 procent av avgången gäller biträden med timanställning. Inom biträdesgruppen med timanställning slutade omkring 50 procent under året.

För att erhålla den faktiska avgången från personalgruppen måste man även lägga till avgången till andra yrken inom hälso- och sjukvården t ex till undersköterska, sjuksköterska m fl. Under senare år har flera huvudmän konverterat vårdbiträdestjänster till underskötersketjänster och då även

satsat på utbildning av aktuell personal. Denna utveckling väntas fortsätta.

Utöver de vårdbiträden som är anställda inom hälso- och sjukvård finns det en mängd vårdbiträden med vårdbiträdesutbildning, men utan anställning inom denna sektor. De kan antingen vara anställda inom andra sektorer av arbetsmarknaden eller sakna arbete. Hur många utbildade vårdbiträden som saknar anställning inom hälso- och sjukvården är okänt.

Det årliga tillflödet av utbildade biträden (motsv) uppgår till drygt 9 000 personer. Dessa kommer för närvarande till ca 70 procent från gymnasieutbildningarna. (Se tabell 7.10)

Enligt landstingens 1:a-marsstatistik nyanställdes under ett år i stort sett lika många biträden som avgick dvs ca 12 000 personer. Hur många av dessa som kom direkt från en biträdesutbildning (motsv) är dock okänt.

Från biträdeskåren sker rekrytering till olika vårdutbildningar i gymnasieskolan t ex till undersköterskeutbildning. Storleken av denna rekrytering kan uppskattas till ca 4 000 personer årligen. Hur många som från biträdeskåren går till andra utbildningar eller en annan arbetsmarknad än vårdsektorn är för närvarande okänt.

Resonemanget ovan har syftat till att peka på det stora in och utflödet som gäller för biträdeskåren och att gruppens arbetsmarknadsbeteende i hög grad är oklar. Tillgången på utbildade biträden på sikt är därmed svår att beräkna. Man kan dock utgå ifrån att den stora andelen utbildade biträden som idag finns på sikt minskar.

## 7.5 Personal med annan utbildning än vårdutbildning

Denna personalgrupp är mycket heterogen. I den ingår personer med teknisk, social eller administrativ utbildning. Vidare ingår ekonomipersonal av skilda kategorier.

Antalet personer inom hälso- och sjukvården på tjänster som ej kräver vårdutbildning kan uppskattas till ca 90 000 inom hälso- och sjukvården och deras arbetsinsats uppgår till ca 115–120 miljoner timmar per år i början av 1980-talet. Detta innebär att personalgruppen svarar för ca 25 procent av den totala arbetsvolymen inom hälso- och sjukvården.

Någon egentlig tillgångsprognos kan inte göras för personalgruppen med annan utbildning än vårdutbildning utan här förutsättes att i princip ska det inte vara några problem med rekrytering av denna personal till aktuella befattningar. Detta hindrar inte att det på vissa håll och speciellt inom vissa funktioner kan uppstå problem att finna personer med viss specifik kompetens.



## 8 Efterfrågan på personal

Här har använts två principiellt olika sätt att beräkna den framtida efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvården nämligen dels en trendframskrivning, dels en programmatisk framskrivning. Ingendera tillvägagångssättet kommer att utvisa den "sanna" efterfrågan, allra minst i ett så pass långt tidsperspektiv som till år 2000. De olika prognoserna bör snarast ses som komplement till varandra och ger tillsammans en bild av vart utvecklingen är på väg under vissa givna förutsättningar.

I det tidsperspektiv, 10–15 år, som är aktuellt i HS 90-arbetet måste hänsyn tas till vissa grundläggande förutsättningar/faktorer som antas komma att påverka efterfrågeutvecklingen. Den främsta är därvid den samhällsekonomiska utvecklingen. Hänsyn måste givetvis tas även till sysselsättningsutvecklingen och hälso- och sjukvårdens förväntade utveckling. Trendframskrivningen tar i första hand hänsyn till de förra faktorerna medan den programmatiska prognosen tar hänsyn till förväntade förändringar i hälso- och sjukvårdens omfattning och struktur.

I dessa beräkningar uttrycks efterfrågan i båda prognosmodellerna i första hand i antalet arbetstimmar. Dessa omräknas därefter till efterfrågan på yrkesverksam personal med hjälp av de bedömningar av genomsnittligt antal arbetstimmar per sysselsatt som beräknats i kapitel 5. Utgångspunkten för båda prognosmodellerna är den arbetsvolym uttryckt i timmar som beräknats för år 1983.

### 8.1 Något om personalstrukturen

Personalsammansättningen har stor betydelse för arbetssättet och för vilken inriktning på vården som ges. Frågan om vilken personalmix som bör eftersträvas för framtiden är också intressant i ett ekonomiskt perspektiv och ur sysselsättningssynpunkt då löneskillnaderna mellan läkare och övriga grupper är stora och löneresurserna knappa.

Inför framtiden finns två ytterligheter vad gäller personalens sammansättning. Den ena är att hälso- och sjukvården för framtiden måste satsa mer på vård och omsorg – med andra ord omfördela lönemedlen i riktning mot sjuksköterske- och undersköterskegrupperna. Huvudmotivet härför är att det blir allt fler gamla och allt fler kroniskt sjuka. Hälso- och sjukvårdens framtida huvuduppgift kommer att vara att underlätta livet för dessa patienter och att lindra deras plågor.

Den andra synen innebär en fortsatt vidareutveckling av den specialiserade hälso- och sjukvården. Vetenskapen ger ständigt nya möjligheter till att lösa uppgifter som sjukvården tidigare stod maktlös inför. Det är fel att inte utnyttja alla de möjligheter som står till buds eller som kan utvecklas för att rädda enskilda svårt sjuka människor. Dessutom har samhället investerat så mycket i utbildning av varje läkare att det är dålig samhällsekonomi att inte ta tillvara alla de ambitioner och kvalifikationer som den enskilde läkaren har.

I förlängningen av frågan om vilka yrkesgrupper som bör prioriteras ligger två andra viktiga frågor. Det ena är frågan om hälso- och sjukvårdens roll i sysselsättningspolitiken. Även om hälso- och sjukvården i första hand inte är till för att klara sysselsättningen har den en avgörande betydelse för denna. Det är därför väsentligt att diskutera hur de tillgängliga resurserna fördelas mellan olika personalgrupper.

Den andra frågan är var gränsen skall gå mellan avlönat och oavlönat vård- och omsorgsarbete. Ett betydande vårdarbete utförs av familjer och andra anhöriga. Enligt en norsk undersökning (Nygaard 1983) utförs i praktiken mer av vårdarbete utanför institutionen i oavlönad form än av anställda. Många människor är villiga att ge sådan omsorg, men de behöver stöd, hjälp och avlösning. För svenskt vidkommande hur dessa frågor bl a diskuteras inom ramen för sekretariatets för framtidsstudier arbete Vård och omsorg.

Förändringar av personalstrukturen inom hälso- och sjukvården kan aktualiseras på olika sätt.

Ett kan vara att kritiskt gå igenom befintliga arbetsuppgifter med sikte på att delegera alla uppgifter till "billigare" personal som inte nödvändigtvis måste utföras av "dyrare" personal. Det ligger ingen automatisk standardsänkning i detta. I själva verket har denna metod tillämpats t ex inom gynekologin och anestesiolgin, då till följd bl a av brist på läkare under 1970-talet kvalificerade uppgifter överfördes till barnmorskor och anestesisjuksköterskor.

Fördelning av personal på olika nivåer aktualiseras också av strukturförändringarna. Inom den öppna vården är således tjänstestrukturen en annan än inom den slutna vården. Den del av primärvården som framförallt förväntas öka är vården och omsorgen av äldre och långtidssjuka. För detta krävs i första hand omvårdnadspersonal dvs undersköterskor och sjuksköterskor. Skötare och undersköterskor kommer också att krävas som handledare och kontaktpersoner för hemtjänstens personal och som stöd åt anhöriga vid sjukvård i hemmet.

Personalstrukturen inom hälso- och sjukvården kan emellertid också vara en följd av utvecklingen utanför vårdområdet. Ett exempel på detta är frågan om vilken baskompetens som på sikt bör vara gällande inom hälso- och sjukvården.

Den allmänna utbildningsnivån har generellt sett höjts väsentligt det senaste decenniet. Denna utveckling kommer att fortsätta. Gymnasieutredningen utgår i sitt betänkande "En reformerad gymnasieskola" (SOU 1981:96) från att så gott som samtliga ungdomar under 1990-talet kommer att efter avslutad grundskoleutbildning genomgå någon form av gymnasial utbildning. Detta synsätt delas av föredraganden i den proposition

1983/84:116 Gymnasieskola i utveckling som är resultatet av utredningens förslag.

Med detta perspektiv kommer således samtliga yngre och medelålders personer i landet en bit in på 2000-talet att ha minst 11-årig skolgång bakom sig.

Gymnasieutredningen delar in den framtida gymnasieskolan i tre sektorer – teknisk, ekonomisk och social. Inom den senare sektorn förutsätts vårdlinjen komma att utgöra en dominerande utbildningsväg vid sidan om barnskötar- och social serviceutbildning. Utbildningarna inom den sociala sektorn förutsätts svara för minst 30 procent av det totala antalet antagningsplatser inom gymnasieskolan.

En sådan utveckling kommer att medföra att underlaget för att rekrytera personer till vårdbiträdesutbildning i praktiken bortfaller. I detta perspektiv förefaller tankarna i utredningen om sjukvårdens inre organisation, SIO (SOU 1979:20) om en lägsta nivå inom hälso- och sjukvården i form av undersköterska/skötare snarare ofrånkomlig än orealistisk. För att denna utveckling skall kunna vara verklighet redan år 2000 krävs emellertid betydande utbildningsinsatser.

## 8.2 Trendprognos

Utvecklingen av antalet arbetstimmar har gått snabbt inom hälso- och sjukvården under den senaste tioårsperioden. Totalt utfördes ungefär 370 miljoner arbetstimmar 1974. För 1983 har antalet arbetstimmar beräknats till 497 miljoner timmar. Den genomsnittliga ökningen var 4 procent under perioden 1974–1980 och 1,9 procent per år under perioden 1980–83.

Utvecklingen av arbetsvolymen inom hälso- och sjukvården bestäms i hög grad av den ekonomiska utvecklingen i landet. Den svenska ekonomins utveckling fram till år 1990 har utförligt analyserats i långtidsutredningen, LU 84 (SOU 1984:4). I utredningen behandlas också ett längre perspektiv fram till år 2000, även om detta sker mer översiktligt. Det bör dock påpekas att LU 84 inte skall betraktas som en egentlig prognos över den framtida utvecklingen. Syftet har i stället varit att med utgångspunkt från vissa ekonomisk-politiska mål beskriva vilka krav som ställs på den ekonomiska politiken och ekonomins funktionssätt för att målen skall uppnås. Ett viktigt sådant krav är att inflationen dämpas kraftigt de närmaste åren.

Förutsatt att dess krav blir uppfyllda presenterar utredningens olika alternativ för möjliga resursfördelningar, i första hand mellan den privata och offentliga sektorn. Utredningen redovisar också en uppdelning av den offentliga konsumtionen på delområden. Detta har emellertid närmast ett illustrativt syfte då det inte har varit utredningens uppgift att förutse politiska prioriteringar. Någon fördelning på hälso- och sjukvårdens vårdgrenar och personalkategorier har inte gjorts. Uppgifterna för 1990-talet avser endast total offentlig konsumtion. LUs kalkyler belyser således i första hand den möjliga resurstillväxten i samhällsekonomin, medan de endast i mindre grad kan ge vägledning för bedömning av utvecklingen på delområden som t ex hälso- och sjukvård.

I LU 84 diskuteras den samhällsekonomiska utvecklingen under perioden 1980–1990 i två huvudalternativ (LU 1 resp LU 2). LUs alternativ 1 under 1980-talet innebär en starkare inriktning på privat konsumtion och näringslivet. I detta alternativ förutsätts den offentliga konsumtionen inte öka mer än vad som behövs för att bibehålla nuvarande konsumtionsstandard. I alternativ 2, som har en starkare inriktning på offentlig konsumtion, ges ett visst utrymme för ytterligare utbyggnad av den offentliga sektorn utöver alternativ 1.

Med utgångspunkt från bl a LU 84s sysselsättningskalkyler och antaganden kan arbetsvolymen uttryckt i arbetstimmar inom hälso- och sjukvården beräknas öka med 1,5 procent resp 2,5 procent per år beroende på alternativ under perioden 1983–90.

För perioden 1990–2000 för LU 84 en översiktlig diskussion med utgångspunkt från alternativet LU 1 enligt ovan. Även för denna period diskuteras alternativa utvecklingslinjer. Om arbetstidsvolymens utveckling under perioden 1990–2000 skulle beräknas analogt med utvecklingen enligt ovan för 1980-talet skulle man under 1990-talet kunna räkna med en ökning av antalet arbetstimmar med ca 1,5 procent resp 2,0 procent per år beroende på alternativ. Som påpekats ovan bygger dessa kalkyler på en rad antaganden som måste infrias för att den samhällsekonomiska utvecklingen skulle kunna medge detta expansionsutrymme. Dessutom är LU 84s material inte i första hand ägnat åt att analysera utvecklingen inom olika delsektorer av samhället såsom hälso- och sjukvården.

I det följande antages olika tillväxtalternativ vad gäller arbetstidsvolymens utveckling under perioden 1983–2000. Samtliga alternativ understiger den faktiska tillväxttakten som gällt under den senaste tio-årsperioden. De alternativ som valts är 0,5 procent, 1,0 procent respektive 2,0 procent årlig tillväxt av antalet arbetstimmar fram till år 2000. Till detta har fogats beräkningar som bygger på LU 84:s kalkyler. Dessa alternativ ger en årlig ökningstakt på i genomsnitt 1,5 procent resp. 1,8 procent per år. Beräkningarna av den totala arbetstidsvolymen år 2000 enligt dessa alternativ redovisas i tabell 8.1. Av tabellen framgår även vad de olika alternativen betyder omsatt i antal yrkesverksamma personer, vid dels bibehållen 40-timmars generell veckoarbetstid dels en veckoarbetstid på 37,5 timmar.

**Tabell 8.1** Antalet arbetstimmar och antal sysselsatta åren 1983 och 2000 inom offentlig och privat hälso- och sjukvård vid olika tillväxtalternativ (avrundande tal).

	År 1983	År 2000 vid en tillväxt enligt				
		0,5%/år	1,0%/år	2,0%/år	LU1A	LU1B
Arbetstimmar	497	545	590	695	640	670
Antal sysselsatta i tusental 40 timmar/vecka	379	450	485	575	530	555
37,5 timmar/vecka	475	510	605	555	585	

Jämfört med 1983 års värde blir det totala tillskottet på arbetstimmar vid en årlig ökning på 0,5 procent, 1,0 procent och 2,0 procent knappt 10, 20 respektive 40 procent fram till år 2000.

Inom den totala ramen för volymutvecklingen inom hälso- och sjukvården kan olika alternativ tänkas vad gäller arbetstimmarnas fördelning på skilda personalgrupper.

### Alternativ I i enlighet med 1983 års fördelning

En utgångspunkt för fördelning av den totala arbetstidsvolymen år 2000 på olika personalkategorier är den fördelning som gäller år 1983. (Alternativ I). Denna fördelning för ovan redovisade antaganden om årlig volymtillväxt framgår av följande tabell. I tabellen redovisas inte volymtillväxten enligt LU 1B. Detta ligger dock ganska nära 2 procentsalternativet nedan.

**Tabell 8.2 Fördelning av arbetstidsvolymen år 2000 i enlighet med 1983 års fördelning (Alternativ I).**

Personalgrupp	1983		Miljoner arbetstimmar år 2000			
	Milj tim	Andel	0,5%	1 %	2 %	LU 1A
Lång vårdutb	35	7,0%	38	41	49	45
Medellång vårdutb	111	22,3%	122	131	155	143
Kort vårdutb	233	46,9%	256	276	327	300
Annan vårdutb	118	23,7%	130	140	165	152
<b>Totalt</b>	<b>497</b>	<b>100,0%</b>	<b>546</b>	<b>588</b>	<b>696</b>	<b>640</b>

Sedan en lång tid tillbaka har grupperna med lång och medellång vårdutbildning ökat snabbare än övriga personalgrupper. Ett antagande om en viss fortsatt förtätning av dessa grupper kan därför vara befogat, bl a mot bakgrund av fortsatt ökande krav inom hälso- och sjukvården. Kraven på en kompetenshöjning kommer sannolikt inom denna sektor likaväl som inom samhället i övrigt att göra sig gällande även för tiden fram till år 2000. Hälso- och sjukvården bör givetvis inte ha en lägre utbildningsprofil än vad som gäller generellt i samhället eller för andra arbetsuppgifter med motsvarande svårighetsgrad.

För detta talar även att komplexiteten i vårdarbetet sannolikt kommer att öka ytterligare, att en alltmer välutbildad personal kommer att krävas för att dels handha och förstå teknisk apparatur och dess risker och dels för att man skall kunna bedriva ett meningsfullt såväl individ- som samhällsinriktat förebyggande arbete. En ökad andel personal med medellång vårdutbildning, framför allt inom den somatiska läns- och regionssjukvården men även inom den öppna primärvården och psykiatrin, synes därför vara motiverad. Storleken av denna kompetensglidning är naturligt nog svår att uttala sig om. En djupare diskussion kring detta förs i bilagorna 1-3 som underlag för den programmatiska prognosen. För trendprognoserna beskrivs i det följande några möjliga personalfördelningar år 2000 med hjälp av enkla schablonantaganden.

Dessa trendberäkningar har karaktären av räkneexempel och är inte frukten av några målrelaterade överväganden. För att inte komplicera den fortsatta framställningen i onödan redovisas personalfördelningarna endast för en volymökning med 0,5 procent, 1 procent och 2,0 procent per år.



## Alternativ II – personalstrukturförändringar baserade på utvecklingen under den senaste tioårsperioden

Tidigare har utvecklingen av antalet årsarbeten inom landstingens hälso- och sjukvårdsverksamhet redovisats (kap 5). Denna utveckling som omfattar huvuddelen av hälso- och sjukvården kan läggas till grund för ett alternativ beträffande personalfördelningen år 2000. Beträffande den privata hälso- och sjukvården finns inget underlag att beskriva utvecklingen på olika personalgrupper under 1970-talet. Den privata hälso- och sjukvården är emellertid relativt liten, endast drygt 5 procent av totala antalet arbetstimmar, varför en eventuell avvikande utveckling inom denna del av vården inte har någon större betydelse för beräkningarna.

En annan faktor av större betydelse för alternativets realism är utvecklingen av den balans/överskottssituation som vi nu närmar oss för flera personalkategorier inom hälso- och sjukvården.

Under 1970-talet rådde som tidigare nämnts konstant brist på personal inom flera grupper. Huvudmännen fick anställa den personal som fanns att tillgå. Verksamheten byggdes ofta upp mot bakgrund av att det inte gick att i tillräcklig omfattning rekrytera viss personal. Snabbutbildning för vissa nyckelfunktioner fick tillgripas m m.

Utvecklingen under 1970-talet speglar således snarare hur väl utbildningssystemet lyckats tillgodose hälso- och sjukvårdens efterfrågan på olika typer av personal än strävanden att nå en viss personalstruktur.

Personalplaneringen har hittills kännetecknats av en bristsituation. Situationen under senare delen av 1980-talet och under 1990-talet kommer troligtvis att vara annorlunda. Satsningen på utbildning börjar ge resultat i form av ökande tillskott på personal. Samtidigt har finansieringsfrågorna blivit mer påträngande och hälso- och sjukvårdens utbyggnadstakt har minskat. Möjligheterna att rekrytera personal med olika kompetens kommer alltså generellt sätt att bli bättre, även om svår försörjda verksamheter och geografiska obalanser sannolikt kommer att finnas också i framtiden.

Personalstrukturen år 2000 skall alltså förhoppningsvis i högre grad än i början av 1980-talet vara ett resultat av medvetna val och avspegla vårdpolitiska mål och strävanden. I tabell 8.3 redovisas de uppgifter som ligger till grund för denna framskrivning. Vid framskrivningen har den tidigare faktiska utvecklingen relaterats till en begränsad total volymutveckling på 0,5 procent, 1,0 procent resp 2,0 procent.

**Tabell 8.3** Procentuell volymtillväxt (arbetstimmar) per år 1974–1983 samt framräknad volymtillväxt åren 1983–2000 uppdelat på olika personalgrupper. Landstingsanställd personal.

Personalgrupp	Procentuell volymtillväxt per år åren 1974–1983	Framräknad volymtillväxt åren 1980–2000. Procent per år. Total volymtillväxt		
		0,5%	1%	2%
Lång vårdutb	6,8	0,8	1,6	3,1
Medell. vårdutb	5,7	0,7	1,3	2,6
Kort vårdutb	3,9	0,5	0,9	1,8
Annan vårdutb	3,4	0,4	0,8	1,6
Total	4,4	0,5	1,0	2,0

Källa: Beräkning utifrån landstingens 1:a marsstatistik.

Den tillväxt som redovisas i tabellen är en följd av dels utvecklingen av antalet anställda, dels den genomsnittliga arbetstiden för skilda grupper. Som tidigare nämnts har utvecklingen påverkats av flera faktorer vad gäller personaltillgång och tjänsteförhållanden m m. Sett som ett genomsnitt kan utvecklingen under perioden 1974–1983 sannolikt tjäna som en riktningssangivelse för vart utvecklingen är på väg om inte större förändring görs vad gäller ex arbetsuppgifternas fördelning mellan olika personalgrupper eller vad gäller vårdstruktur. En viss förändring härvidlag har dock ägt rum under perioden, varför trendprognosen med här vald metod kommer att spegla konsekvenserna av en fortsatt förändring i samma riktning och samma takt som under perioden 1974–1983.

### Alternativ III – antalet arbetstimmar utförda av personal med annan utbildning än vårdutbildning hålls konstant

En rad andra tänkbara alternativ kan utgöra utgångspunkt för de trendmässiga beräkningarna. Ett sådant kan vara att arbetsvolymen utförd av personer med annan utbildning än vårdutbildning inte ökar utan hålls konstant på den nivå som gällde 1983. Detta alternativ innebär att tillväxtutrymmet för de övriga grupperna blir större än i alternativ I och II.

Detta alternativ är sannolikt inte helt orealistiskt då merparten av denna personalgrupp utgöres av ekonomipersonal – lokalvårdare och kökspersonal – vilka i hög grad är knutna till de stora institutionerna. En kraftig vårdplatsminskning och minskad slutenvård medför ett minskande behov av dessa personalkategorier. En annan stor kategori inom gruppen är administrativ personal. Flertalet sjukvårdshuvudmän har numera byggt upp sina administrativa organisationer och någon större utökning härvidlag förefaller inte realistisk. Däremot kan naturligtvis omfördelningar inom respektive grupp komma att aktualiseras till förmån för mer personal med teknisk kompetens eller högre administrativ kompetens mm.

### Trendframskrivning under förutsättning av 0,5 procent årlig volymtillväxt

Tabell 8.4 Miljoner arbetstimmar 1983 och 2000 inom offentlig och privat hälso- och sjukvård vid 0,5 procent årlig volymtillväxt.

Personal- grupp	1983  Milj tim	2000					
		Alternativ I		Alternativ II		Alternativ III	
		Milj tim	%	Milj tim	%	Milj tim	%
Lång vårdutb	35	38	7,0	40	7,4	41	7,5
Medell. vårdutb	111	122	22,3	125	22,9	128	23,4
Kort vårdutb	233	256	46,9	254	46,5	259	47,5
Annan vårdutb	118	130	23,7	126	23,3	118	21,6
Total	497	546	100,0	546	100,0	546	100,0

Oavsett alternativ ökar således arbetsvolymen utförd av personal med lång vårdutbildning med omkring 5 miljoner arbetstimmar vid en total årlig volymtillväxt på 0,5 procent.

För gruppen med medellång vårdutbildning utgör ökningen omkring 15 miljoner arbetstimmar oavsett alternativ. För gruppen med kort vårdutbildning beräknas ökningen till omkring 20–25 miljoner arbetstimmar.

Med en generell arbetstid på 40 timmar/vecka skulle efterfrågan på yrkesverksamma uppgå till ca 25 000 personer med lång vårdutbildning, ca 105 000 personer med medellång vårdutbildning och omkring 215 000 personer med kort vårdutbildning år 2000. En generell arbetstidsförkortning till 37,5 timmar/vecka innebär att efterfrågan på yrkesverksamma ökar till knappt 27 000 personer med lång vårdutbildning, ca 112 000 personer med medellång vårdutbildning och ca 225 000 personer med kort vårdutbildning år 2000.

### *Trendframskrivning under förutsättning av 1,0 procent årlig volymtillväxt*

**Tabell 8.5 Miljoner arbetstimmar 1983 och 2000 inom offentlig och privat hälso- och sjukvård vid 1,0 procent årlig volymtillväxt.**

Personal-grupp	1983	2000					
		Alternativ I		Alternativ II		Alternativ III	
		Milj tim	%	Milj tim	%	Milj tim	%
Lång vårdutb	35	41	7,0	46	7,8	47	8,0
Medell. vårdutb	111	131	22,3	138	23,4	143	24,2
Kort vårdutb	233	276	46,9	270	46,0	280	47,7
Annan vårdutb	118	140	23,7	135	22,9	118	20,1
Total	497	588	100,0	588	100,0	588	100,0

Oavsett alternativ ökar således arbetsvolymen för gruppen med lång vårdutbildning med drygt 10 miljoner arbetstimmar eller omkring 30 procent vid en total årlig volymtillväxt på 1,0 procent.

För gruppen med medellång vårdutbildning ligger ökningen på ca 30 miljoner arbetstimmar vilket motsvarar drygt 25 procent. För gruppen med kort vårdutbildning utgör ökningen 40–50 miljoner arbetstimmar beroende på alternativ.

Vid den antagna volymtillväxten om 1,0 procent per år uppgår efterfrågan på yrkesverksam personal år 2000 till ca 29 000 personer med lång vårdutbildning, ca 118 000 personer med medellång vårdutbildning och ca 230 000 personer med kort vårdutbildning under förutsättning att den generella arbetstiden är 40 timmar/vecka. Om en generell arbetstidsförkortning till 37,5 timmar/vecka genomförs fordras drygt 30 000 yrkesverksamma personer

med lång vårdutbildning, ca 125 000 personer med medellång vårdutbildning och ca 245 000 personer med kort vårdutbildning år 2000 vid oförändrade antaganden i övrigt.

### *Trendframskrivning under förutsättning av 2,0 procent årlig volymtillväxt*

**Tabell 8.6 Miljoner arbetstimmar 1983 och 2000 inom offentlig och privat hälso- och sjukvård vid 2,0 procent årlig volymtillväxt**

Personal-grupp	1983 Milj tim	2000					
		Alternativ I		Alternativ II		Alternativ III	
		Milj tim	%	Milj tim	%	Milj tim	%
Lång vårdutb	35	49	7,0	58	8,4	62	8,9
Medell. vårdutb	111	155	22,3	171	24,5	182	26,1
Kort vårdutb	233	327	46,9	313	45,0	334	48,8
Annan vårdutb	118	165	23,7	154	22,1	118	17,0
Total	497	696	100,0	696	100,0	696	100,0

Arbetsvolymen för gruppen med lång vårdutbildning ökar med omkring 25 miljoner arbetstimmar eller med omkring 70 procent vid en total årlig volymökning på 2,0 procent.

För gruppen med medellång vårdutbildning innebär denna volymtillväxt en ökning av arbetsvolymen med ca 60–70 miljoner arbetstimmar och för gruppen med kort vårdutbildning ca 80–100 miljoner arbetstimmar beroende på alternativ.

Antalet yrkesverksamma skulle enligt dessa beräkningar behöva uppgå till mellan 37 000 och 38 000 personer med lång vårdutbildning, ca 150 000 personer med medellång vårdutbildning och ca 260–280 000 personer med kort vårdutbildning med en generell arbetsinsats om 40 timmar/vecka per sysselsatt. Med en avkortad arbetstid till 37,5 timmar/vecka ökar efterfrågan på yrkesverksamma till ca 40 000 personer med lång vårdutbildning, ca 155 000 personer med medellång vårdutbildning och ca 280–300 000 personer med kort vårdutbildning år 2000.

### *Kommentarer*

Som framgått av dessa olika trendframskrivningar är det i första hand storleken på den totala volymtillväxten som står till förfogande för hälso- och sjukvården som är av betydelse för beräkningen av efterfrågan på personal. Antaganden om personalstrukturförändring ger i den trendmässiga prognosen ett betydligt mindre utslag, speciellt vad gäller personal med lång och medellång vårdutbildning. Detta illustreras även av följande tabell.

Tabell 8.7 Efterfrågan på arbetstimmar år 2000 för olika personalgrupper i enlighet med ovan diskuterade alternativ.

Årlig tillväxt	Personalgrupp								
	Lång			Medellång			Kort		
	Alternativ			Alternativ			Alternativ		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
0,5%	38	40	41	122	125	128	256	254	259
1,0%	41	46	47	131	138	143	276	270	280
2,0%	49	58	62	155	171	182	326	313	334

Anm. Alternativ I: Avser bibehållen relativ fördelning mellan de olika personalgrupperna

Alternativ II: Avser fortsatt utveckling i enlighet med trenden 1974–83

Alternativ III: Avser konstanthållande av gruppen med annan utbildning än vårdutbildning på 1983 års nivå

### 8.3 Programmatisk prognos

Den ovan redovisade trendprognosen beskriver vad som händer om utvecklingen fortsätter i stort sett som den gjort hittills, även om takten i denna utveckling minskar. I ett läge där betydande förändringar av den grundläggande strukturen och inriktningen av verksamheten kan förväntas kan en programmatisk ansats utgöra värdefullt komplement eller alternativ till trendprognosen.

Den programmatiska prognosen tar sikte på att studera vad som händer t ex vad gäller personalåtgång under förutsättning att verksamheten förändras enligt givna betingelser. För de programmatiska beräkningarna fordras vissa antaganden om dels hälso- och sjukvårdens framtida omfattning inom olika typer av verksamhet, dels framtida arbetsinsatser med fördelning på olika personalkategorier. Det är givet att skilda meningar råder om storleken på dessa olika variabler. De storheter som väljs kommer att i större eller mindre grad ha betydelse för beräkningarnas resultat. De diskussioner som förs i HS 90:s olika studier och i dess huvudrapport ger inte ett entydigt svar på vilka storheter som bör utnyttjas i beräkningarna utan ger utrymme för varierande antaganden inom ett relativt brett fält. Vissa delar av hälso- och sjukvården behandlas dessutom endast perifert i HS 90, t ex långtidssjukvården och den psykiatriska vården. Det bör därför understrykas att resultaten av den här valda modellen för beräkning av personalbehovet helt är beroende på den giltighet som gjorde antaganden och i övrigt angivna förutsättningar kan anses ha.

Modellen avser inte att ge någon absolut förutsägelse om hur personalefterfrågan kommer att se ut, men avser att ge svar på i vilken riktning som efterfrågan på personal kan komma att gå under vissa givna förutsättningar och utgör, som nämnts, ett komplement till trendprognoserna. En närmare beskrivning av antaganden, som ligger till grund för modellen redovisas i de särskilda bilagorna 1, 2 och 3. Personalsituationen inom hälso- och sjukvården varierar mellan olika sjukvårdsområden och även inom olika områden. Detta beror som tidigare diskuterats (kapitel 5) på en rad faktorer. Sådana

skillnader kommer även att finnas i framtiden. De dimensioneringsresonemang som förs i det följande är emellertid baserade på en s k genomsnittssituation. Vid den lokala planeringen måste givetvis lokala förhållanden och det rådande utgångsläget för planeringen beaktas.

Under senare år har tillgången på välutbildad personal ökat betydligt genom de utbildningsåtgärder som gjorts under 1960- och 1970-talen. En bibehållen hög utbildningsnivå leder till att möjligheterna att anställa välutbildad personal successivt ökar. Personalplaneringen kan därmed inriktas på en behovsriktad planering i allt högre grad. Det är också en sådan situation som de i det följande redovisade dimensioneringsförslagen grundar sig på.

För att studera framtida personalbehov har vårdområdet utredningstekniskt indelats i områdena psykiatrisk vård, läns- och regionsjukvård och primärvård. Vid bedömning av förslagets olika delar bör hänsyn tas till att dessa är delar av ett totalt system. Förändringar av dimensioneringen i en del av vårdkedjan, t ex primärvården, får därmed konsekvenser för dimensioneringen av andra delar, t ex psykiatri eller korttidsvården.

### Psykiatrisk vård

Den psykiatriska vården är stadd i snabb förändring. Vården inriktas alltmer på rehabilitering och aktivering med patienten så långt möjligt kvar i sin naturliga miljö. Utvecklingen har emellertid kommit olika långt inom olika delar av landet. För psykiatri gäller att en gammal organisation lever kvar sida vid sida med en ny sektoriserad psykiatri.

All planering av psykiatrisk vård inför 1990-talet tar sikte på en kraftig reduktion av den slutna vårdens omfattning. Inom den allmän psykiatriska vården beräknas antalet samtidigt inlagda patienter kunna minska från omkring 25 000 år 1983 till omkring 12 000 personer år 2000. Omkring 3 500 patienter med åldersdemens som nu vårdas inom psykiatri bör på sikt överföras till den somatiska långtidsvården. Andra patienter, som inte längre kommer att återfinnas inom den slutna psykiatriska vården, kommer i flertalet fall att behöva stöd inom den öppna psykiatri och av primärvården. För många krävs också insatser från socialtjänstens sida, bl a genom insatser från hemtjänsten, och aktiviteter vid primärkommunala dagcentraler mm.

Enligt den planerade vårdorganisationsmodellen för allmän psykiatri, skall vården organiseras utifrån en sektorisering. Inom varje sektor, som har ansvar för all psykiatrisk vård för ett befolkningsområde, finns ett antal betjäningsområden. Varje betjäningsområde delar jour- och intagningsavdelning med andra områden inom sektorskliniken. Däremot skall betjäningsområdet ha egna vårdplatser för korttidsvård. Övriga vårdresurser kan vara fördelade på särskilda hem för rehabilitering och behandling inom bostadsområden i vanliga lägenheter eller placerade på speciella enheter byggda för ändamålet.

För betjäningsområdet bör det också finnas resurser för dagsjukvård. Dessa enheter behöver utnyttjas flexibelt alltifrån traditionell 5-dagars vård till en vård vid enstaka tillfällen. En väsentlig uppgift för den allmänna psykiatriska vårdens personal är öppen vård i olika former. Här är det fråga om dels direkt patientverksamhet, dels indirekt i form av konsultation och handledning samt utbildning. I den direkta patientverksamheten kommer

mottagning med patientbesök och regelbundna stödsamtal samt psykoterapi att vara viktiga inslag. I ökad utsträckning kommer i synnerhet sjuksköterskor och skötare att besöka patienter i hemmet för kontakt och aktivering. En del av aktiveringsarbetet kan också lokaliseras till dagsjukvårdsenhet eller till kommunal dagcentral. Konsultarbetet kommer i stor utsträckning att inrikta sig på samarbete med främst primärvården och socialtjänsten. Även andra samhällsorgan och frivilliga organisationer kommer att vara involverade.

De lokala förutsättningarna för att bygga upp och dimensionera psykiatrin varierar påtagligt mellan olika ställen i landet. På få platser är verksamheten uppbyggd helt i linje med de intentioner och riktlinjer som ligger till grund för dimensioneringsförslaget även om man på många håll strävar i denna riktning.

Förändringen av den psykiatriska vården ställer krav på en förskjutning av personalens kompetens. Andelen skötare förutsätts således komma att minska. Övriga vårdpersonalkategorier framför allt läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter kommer däremot att öka. Även antalet psykologer och kuratorer kommer att behöva utökas.

I tabell 8.8 redovisas en bedömning av personalbehovet inom psykiatrin utifrån antal anställda och antalet arbetstimmar. Häri ingår även en uppskattning av antalet anställda och antalet arbetstimmar år 1983 vid de enskilda vårdhemmen för psykiatriskt sjuka. (totalt 2900 vårdplatser).

I bedömningarna har hänsyn tagits till tidigare framlagt förslag om en ökning av den rättspsykiatriska regionsjukvården till ca 600 vårdplatser. För den barn- och ungdomspsykiatriska vården baseras personalbehovsbedömningen på antaganden om vårdorganisationens uppbyggnad och behovet av barn- och ungdomspsykiatriska team för att svara för insatser i öppen och sluten vård och viss konsultationsverksamhet.

**Tabell 8.8 Uppskattat personalbehov inom specialiserad psykiatrisk vård.**

Personalgrupp	1983		2000	
	Arbetstim (milj)	Anställda	Arbetstim (milj)	Anställda
Lång vårdutb	2 9	1 700	4 5	2 800
Medellång vårdutb	9 8	7 500	12 4	10 400
Kort vårdutb	44 7	34 100	30 9	26 000
Förv.adm pers mfl a)	13 3	9 700	15 0	12 600
Ekonomipers mfl b)	15 5	12 000	7 4	6 200
Totalt	86 2	65 000	70 2	58 000

a) Omfördelning inom gruppen till förmån för fler psykologer, kuratorer och läkarsekreterare

b) Reduktion i princip relaterad till vårdplatsförändringen.

Dimensioneringsförslaget inrymmer en minskning av arbetsvolymen inom den psykiatriska vården. Härvid förutsätts emellertid primärvården och den sociala hemtjänsten vara utbyggd på ett helt annat sätt än vad som för närvarande i allmänhet är för handen. Delar av de mer omvårdande uppgifterna som idag utförs inom psykiatrin förutsätts på sikt komma att utföras utanför

psykiatrin. De förändringar som är nödvändiga för ett genomförande av en modern psykiatrisk vård är således inte isolerade till psykiatrin.

För den allmänpsykiatriska vården innebär den föreslagna dimensioneringen en viss reduktion men en betydande höjning av personalens formella kompetens. För den rättspsykiatriska vården utgår den föreslagna dimensioneringen från en betydande kvantitativ och kvalitativ upprustning av ett sedan länge eftersatt vårdområde. För den barn- och ungdomspsykiatriska vården innebär dimensioneringsförslaget en utökning av läkartillgången. I övrigt förutsätts emellertid en situation som i stort sett överensstämmer med den som f n gäller på flertalet håll i landet.

För en mer detaljerad beskrivning av utgångspunkterna för de antaganden som ligger till grund för dimensioneringen av den psykiatriska vården hänvisas till bilaga 1.

## Somatisk läns- och regionsjukvård

### *Utgångspunkter*

Till läns- och regionsjukvården räknas i detta sammanhang såväl den somatiska korttidsvården vid region-, läns- och länsdelssjukhus som kliniker för långtidssjukvård och medicinsk rehabilitering vid dessa sjukhus. Vidare inräknas här nuvarande centrala sjukhem.

I HS 90 framhålls den somatiska läns- och regionsjukvårdens snabba utveckling ha avgörande betydelse för att omsätta nya medicinska kunskaper i praktisk vård. HS 90 förutsätter att en ytterligare minskning av vårdplatstillgången inom länssjukvården är möjlig. Detta menar man bör kunna åstadkommas genom att en utbyggd primärvård och förbättrad kommunal äldreomsorg kommer att göra det möjligt att dels avlasta länssjukvården dels ta hand om fler patienter i öppen vård. Detta har ytterligare understrukt i riksdagens beslut med anledning av regeringens proposition 1984/85:181 Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m m.

HS 90 utgår också från att akutsjukvården kan effektiviseras genom ett utökat utnyttjande av 5-dygnsavdelningar, fler gemensamma vårdavdelningar samt vinster genom förändrad jourorganisation. Däremot förutsätts i stort sett oförändrad frekvens vad gäller intagningar.

HS 90 konstaterar att betydande skillnader råder i vårdutbudets storlek, organisation och utnyttjande såväl mellan landets olika sjukvårdsområden som inom enskilda sjukvårdsområden. De nuvarande stora variationerna inom länssjukvården menar HS 90 kan tas till intäkt för reduktioner på vissa håll genom en översyn av rutiner för intagning, vårdåtgärder och vårdtidslängd oavsett om förutsättningarna i övrigt i form av utbyggd primärvård etc kunnat förbättras.

Liksom hittills förutsätts en sådan förändring genomförd genom en intensifiering av vården med fortsatt utveckling av olika medicinska tjänster mm. Något minskat antal intagningar är således inte förutsatt. I HS 90 framhålls att en framtida dimensionering på omkring 3,5 vårdplatser per 1 000 invånare år 2000 kan komma att vara rimlig för den somatiska korttidsvården på läns- och regionsjukvårdsnivå. Härtill kommer vissa tekniska vårdplatser m m. Detta innebär en reduktion utifrån dagens förhållanden på omkring 20



procent. I första hand bör nerdragningen möjliggöras genom en ytterligare förkortning av medelvårdtiderna. Detta innebär att vårdinsatserna per vård-dag kommer att behöva intensifieras.

För mottagningsverksamheten har förutsatts en viss minskning till följd av att en del av besöksvolymen överförs till primärvården. Ett överförande av omkring 2 miljoner besök från lasaretten till primärvården motsvarar ungefär 20 procent av läns- och regionsjukhusens nuvarande besöksvolym. Genom att det i första hand är de medicinskt mindre komplicerade besöken som överförs till primärvården kommer de återstående besöken att genomsnittligt sett vara svårare och kräva större resursinsats per besök. En allt större andel av besöken kommer att utgöras av utredning och förberedelse inför intagning till sluten vård respektive uppföljning efter utskrivning, vilket är en förutsättning för att medelvårdtiderna ytterligare skall kunna minskas. Vid länsjukhusens mottagningar torde också vissa utredningar och behandlingar komma att göras som tidigare krävt intagning i sluten vård.

Omfattningen av utredning, behandling och medicinsk service förutsätts under perioden fram till år 2000 komma att öka något till följd av satsningen på förebyggande åtgärder och utbyggnaden av primärvården samt som följd av den medicinskt tekniska utvecklingen. Denna utveckling förväntas även komma att medföra att vissa nya tekniker och metoder tillkommer och att dessa i viss utsträckning ersätter vissa av de hittills tillämpade. Denna utveckling ställer allt större krav på en högre andel personal med längre utbildning. Detta gäller såväl personal med vårdutbildning som grund som tekniskt utbildad personal. En förhöjd kompetensnivå underlättar även delegerings- och bemanningsförhållanden.

Till den somatiska läns- och regionsjukvården hör också viss del av den somatiska långtidssjukvården och medicinsk rehabilitering. En strävan finns att merparten av långtidssjukvården i framtiden skall skötas genom primärvården i form av hemsjukvård, dagsjukvård och vård vid lokala sjukhem och mindre enheter m m vilket också understryks i prop 1984/85:181. På länsjukvårdsnivå förutsätts som ett underlag för personalberäkningarna här, omkring 7 000–8 000 vårdplatser finnas kvar för långvårdsmedicin/medicinsk rehabilitering. Länsjukvården har ett särskilt ansvar för att bedriva aktivt rehabiliterande vård, att vara en utbildningsresurs och att ge primärvården konsultservice.

Sammanfattningsvis förordar HS 90 en ytterligare koncentration av den resursintensiva vården och en decentralisering av den basala hälso- och sjukvården.

### *Personalbehov*

Totalt är drygt 200 000 personer anställda inom den somatiska läns- och regionsjukvården. Verksamheten vid dessa enheter består i huvudsak av arbete vid vårdavdelningar, vid mottagningar och inom medicinsk service. Till det senare räknas i detta sammanhang kliniska laboratorier, röntgenavdelningar operations- och anesthesiavdelningar mm. Till detta kommer gemensamma funktioner såsom administration, förvaltning och drift m m. Andra väsentliga uppgifter är forskning, utbildning, undervisning och konsultarbete till andra vårdgivare. Den totala verksamhetens omfattning inom läns-

dels-, läns- och regionsjukhusen uppgår till omkring 276 miljoner arbetstimmar för den somatiska vården år 1983. Arbetstimmarnas fördelning på olika delar av verksamheten och olika personalgrupper framgår av tabell 8.9.

**Tabell 8.9 Arbetsvolym inom somatisk läns- och regionsjukvård 1983. Beräknad fördelning på skilda aktiviteter och personalgrupper (milj arbetstimmar).**

Personalgrupp	Somatisk korttidsvård	Långtidsvård Med rehab	Summa
Totalt			
Lång vårdutb	20.9	1.0	21.9
Medellång vårdutb	59.0	6.5	65.5
Kort vårdutb	97.0	28.6	125.6
Förv. adm pers	22.2	3.0	25.2
Ekonomipers	24.4	16.2	40.6
Summa	223.5	55.4	279.0

Läns- och regionsjukvården är uppbyggd och dimensionerad på olika sätt inom olika delar av landet såväl vad gäller personal som t ex vårdplatser. Några enhetliga normer för vilken personalinsats som bör gälla per vårdprestation finns inte.

Särskilt framtagna uppgifter från Östergötlands läns landsting ger möjlighet att fördela arbetsinsatsen inom den somatiska korttidsvården på vårdavdelningsarbete, mottagningsverksamhet och medicinsk service. En uppskattning av personalinsatsens fördelning på dessa huvudområden med utgångspunkt från Östergötlands läns personalredovisning och uppgifter ur LATT 79 redovisas i tabell 8.10.

**Tabell 8.10 Uppskattning av arbetsvolymens fördelning inom somatisk korttidsvård (milj tim) 1983.**

Personalgrupp	Vårdavdeln	Mottagning	Medicinsk service	Adm drift	Totalt
Lång vårdutb	10.6	5	5,2	0,2	20,9
Medellång vårdutb	29,0	7	21	2	59
Kort vårdutb	57	11	22	7	97
Summa	97	23	48	9	177

Till begreppet medicinsk service räknas här, förutom klinisk laboratorieverksamhet, röntgendiagnostik, anesthesi- och intensivvård samt för personal med kort och medellång vårdutbildning även operationsverksamhet. Vid regionsjukhus utgör den medicinska servicen en väsentligt större andel av den totala vården än vid läns- och länsdelssjukhus. Även mottagningsverksamheten tenderar att vara något högre vid regionsjukhusen än vid övriga enheter.

Det framtida personalbehovet sammanhänger, utifrån programmatiska utgångspunkter, dels med vårdens framtida omfattning och struktur, dels med eventuell personalförtätning, dvs ändrad personalinsats per prestation.

Sedan lång tid tillbaka har personaltätheten ökat inom hälso- och sjukvården. Grupperna med lång och medellång vårdutbildning har härvid ökat snabbare än övriga grupper. Det finns enligt HS 90 skäl som talar för en fortsatt ökad personaltäthet. Till dessa skäl hör för läns- och regionsjukvårdens del bl a att patientsammansättningen på kvarvarande vårdplatser kommer att förändras och patienterna genomsnittligt att vara äldre och ha mer komplexa sjukdomstillstånd. En ökad satsning på rehabilitering och aktivering är nödvändig för att få ett bättre utnyttjande av kvarvarande vårdplatser och för att patienterna i större utsträckning skall kunna bo hemma och få sina vårdbehov tillgodosedda inom den öppna vården.

För en personalförtätning och högre kompetens inom hälso- och sjukvården talar bl a kunskapstillväxten inom hälso- och sjukvården. Andra orsaker är att komplexiteten i själva vårdarbetet kommer att öka ytterligare samt, att en alltmer välutbildad personal kommer att krävas för att förstå och handskas med ny teknisk apparatur och dess risker och för att man skall kunna bedriva ett meningsfullt såväl individ- som samhällsinriktat förebyggande arbete. Detta liksom ökade krav på handledning och fortbildning leder till att en ökad andel personal med lång och medellång vårdutbildning enligt HS 90 synes vara motiverad.

Läkartätheten har ökat mycket markant under senare år. De krav på ökad genomströmning och effektivare behandlingsplanering som blir en följd av HS 90:s intentioner talar för en ökad arbetsinsats per intagning och per besök för personal med lång vårdutbildning. Därtill kommer att det på vissa håll i landet fortfarande finns vakanta tjänster och enheter med jämförelsevis låg läkartillgång. Samtidigt pekar emellertid HS 90 på olika möjligheter till rationalisering av vårdens organisation och struktur. De sammanlagda effekterna av dessa faktorer är svårbedömda. En utökning av den totala arbetsvolymen fram till år 2000 med omkring 15 procent inom den somatiska korttidsvården för vårdavdelningsarbete har här bedömts vara rimlig som underlag för beräkningarna avseende personal med lång vårdutbildning. För mottagningsverksamhet förutsätts i stort sett oförändrad arbetsvolym.

Med dessa utgångspunkter finns utrymme att öka läkarinsatsen per besök med ca 20 procent eller att inom ramen för oförändrad mottagningstid per besök avsätta 20 procent av den totala arbetstiden till nya aktiviteter. För vårdavdelningsarbete finns med dess utgångspunkter möjlighet att utöka arbetstiden per patient med 15 procent eller att omfördela motsvarande arbetstid för nya uppgifter. Den något lägre ökningen för vårdavdelningsarbete än mottagningsverksamhet motiveras av att antalet samtidigt ineliggande patienter minskar med omkring 20 procent.

Vad gäller personal med medellång vårdutbildning vid vårdavdelningar och mottagningar hänför sig arbetsinsatsen till dels mottagnings- och utredningsverksamhet, dels till omvårdnadsuppgifter för ineliggande patienter. För denna grupp antages här att arbetsvolymen totalt är i stort sett oförändrad även om antalet vårdplatser och omfattningen av den öppna vården vid sjukhus reduceras. Detta innebär således en omfördelning av arbetsinsatsen till förmån för mer arbetstid för mottagnings- och utredningsverksamhet samt omvårdnadsuppgifter.

För personal med kort vårdutbildning är det däremot rimligt att utgå ifrån att arbetsvolymen står i ungefärlig proportion till vårdplatstillgången och be-

söksfrekvensen och att därför deras arbetsinsats kan beräknas minska i motsvarande mån. Den förändrade patientsammansättningen med fler äldre och fler patienter med komplexa sjukdomsbilder och därmed större behov av omvårdnad motiverar emellertid en viss personalförtätning även för denna grupp.

Inom den medicinska servicen har personalplaneringen hittills kännetecknats av en bristsituation framförallt när det gäller läkare. Den totala arbetsvolymen inom medicinsk service förutsätts som nämnts komma att öka något särskilt vid vissa laboratorieenheter till följd av det utökade förebyggande arbetet och att den tekniska utvecklingen medför möjligheter att utreda och behandla sjukdomar och patientgrupper som tidigare inte kunnat behandlas. Utökningen förutsätts i första hand ge utslag på läkargruppen och på personal med medellång vårdutbildning. Utvecklingen leder sannolikt även till ett ökat behov av kvalificerad teknisk personal.

Inom somatisk långtidssjukvård och medicinsk rehabilitering som för närvarande disponerar omkring 16 000 vårdplatser i vad som här betecknats som läns- och regionsjukvård bör en strävan vara att reducera omfattningen till omkring 7 000–8 000 vårdplatser bl a genom utglesning och genom överförande av vissa vårdplatser som nu finns vid centrala sjukhem till vårdplatser inom primärvården. Även inom denna vårdform gäller behovet av en höjning av den generella kompetensnivån. Förutom väsentligt utökade läkarsatser behövs utökade insatser av personal med medellång vårdutbildning för snabb rehabilitering och aktivering av ineliggande patienter. Det minskade antalet vårdplatser bör i princip motsvaras av en reduktion av personal med kort vårdutbildning. Även här gäller dock att en smärre personalförtätning är rimlig m h t den förändrade patientsammansättningen.

I HS 90 diskuteras möjligheterna att rationalisera vårdarbetet genom fler gemensamma vårdavdelningar, förändrad jourorganisation och införandet av 5-dygnsavdelningar mm. Några tillförlitliga uppgifter om vilken personalbesparing som är möjlig eller sannolik vid sådana åtgärder finns inte. Ett försök till uppskattning av detta redovisas i bilaga 2. I de siffror som så återges i tabell 8.11 har dessa uppgifter vägts in.

Något underlag för att antaga någon större förändring av den totala arbetsvolymen för gruppen förvaltnings- och administrativ personal finns inte. För gruppen ekonomipersonal, vilken till stor del består av köks- och städpersonal samt personal för skötsel av byggnader och utrustning mm liksom

**Tabell 8.11. Uppskattat personalbehov inom somatisk läns- och regionsjukvård.**

Personalgrupp	1983		2000	
	Arbetstim (milj)	Anställda	Arbetstim (milj)	Anställda
Lång vårdutbildn	21.9	12 600	24.0	15 200
Medellång vårdutb	65.5	50 100	70.0	58 800
Kort vårdutbildn	125.6	96 200	92.0	77 500
Förv, adm pers mfl	25.2	18 500	25.0	21 100
Ekonomipers m fl	40.7	30 600	30.0	25 500
Summa	279.0	208 000	241.0	197 300

medicinsk-teknisk personal är en viss reduktion realistisk. Inom gruppen ekonomipersonal kan medicinsk-teknisk personal med hög kompetens komma att öka. Minskningen för gruppen ekonomipersonal beräknas här till 15 procent inom korttidsvården och 50 procent inom långtidsvården.

Läns- och regionsjukvårdens sammanlagda personalbehov vad gäller antal arbetstimmar och anställda kan därmed uppskattas i enlighet med följande tabell 8.11.

Dimensioneringsförslaget resulterar således totalt sett i en viss minskning av arbetsvolymen, främst genom att vissa uppgifter av omvårdnadskaraktär överförs till primärvården. Förslaget innebär emellertid en genomsnittlig kompetenshöjning vilket torde vara en förutsättning för att kunna hålla en oförändrad sjukvårdsproduktion mätt i antal intagningar och behandlade patienter inom ramen för en krympande resurs. Inom den föreslagna dimensioneringen bör även en utbyggd konsultmedverkan till primärvården kunna rymmas liksom medverkan i det strukturierte förebyggande arbetet. En fördjupad diskussion kring personalbehovet inom läns- och regionsjukvården återfinns i bilaga 2.

### Primärvård

En av primärvårdens huvuduppgifter är att tillgodose befolkningens behov av basal sjukvård. Detta kan ske vid mottagningar, vårdcentraler, i hemmet och vid lokala sjukhem. Primärvården har att svara för behov av hembesök och bör kunna ha ett öppet hållande som är lämpligt anpassat till flertalet vårdsoökandes behov av service. En ökad tillgänglighet innebär också en ökad jourtjänst för primärvården.

Utöver den basala sjukvården med omhändertagande av patienter vilka tidigare tagits om hand inom länssjukvård och psykiatri, har primärvården viktiga uppgifter i det förebyggande arbetet i form av hälsoövervakning och hälsovård för mödrar, barn och äldre. Särskilda hälsorisker som exempelvis förtidspensionärer, långvarigt sjuka, vissa invandrargrupper, vissa yrkesgrupper samt personer med missbruksproblem behöver ägnas ökad uppmärksamhet i det förebyggande arbetet.

Inom sitt befolkningsområde kan primärvården bedriva det förebyggande arbetet såväl samhällsinriktat som individinriktat. En viktig del i det förebyggande arbetet är hälsoupplýsningen.

I det förebyggande arbetet förutsätts primärvården samverka med företagshälsovården. Den skall också själv kunna ge företagshälsovård.

Primärvården kommer att ha huvudansvaret för vården av de långvarigt sjuka. Denna vård kommer att ges både vid lokala sjukhem och i hemmet. Allt fler människor kommer att få del av hemsjukvårdens insatser. Detta ställer krav på utvecklingen av vårdformer som dagsjukvård och öppen vård inom primärvården. Genom en övergång till en större andel vård i hemmet måste också behovet av avlastningsplatser, observationsplatser mm beaktas. Ett flexiblare utnyttjande av sjukhemsplatserna kan därför vara nödvändigt. En del av dessa platser behöver användas för kortare vårdperioder i syfte att avlasta anhöriga vårdare, komplettera sjukvården i hemmet eller för särskilda rehabiliteringsinsatser, för att bedöma rätt omhändertagandeform samt att ge eftervård och möjlighet till observation.

Vården av personer med åldersdement beteende kommer i framtiden att i ökad utsträckning bedrivas i form av dagvård och gruppboende. Ansvaret för denna vård delas av primärvården och socialtjänsten. Länssjukvården, psykiatri och långvårdsmedicin skall bidra med konsultinsatser samt svara för de mer kvalificerade utredningsinsatser som behövs.

Primärvårdens organisation och struktur varierar såväl mellan olika sjukvårdsområden som inom olika områden. Närheten till akutsjukhus och/eller nära tillgång till privatpraktiserande läkare har betydelse för primärvårdens dimensionering, särskilt vad gäller läkarinsatser. Sjukhemmens dimensionering och lokalisering har avgörande betydelse för vårdpersonalens omfattning. Lokala geografiska, demografiska och arbetsmarknadsmässiga förhållanden har också betydelse för primärvårdens struktur och omfattning.

Ett genomförande av HS 90:s intentioner förutsätter som tidigare redovisats en koncentration av såväl den somatiska som psykiatriska läns- och regionsjukvården. Samtidigt förutsätts en betydande utbyggnad av primärvården.

En betydelsefull faktor för den totala dimensioneringen av hälso- och sjukvårdens resurser utgör befolkningsutvecklingen. För att bibehålla "servicenivån" mätt i antal vårdplatser per åldersklass med hänsyn till befolkningsutvecklingen skulle totalt sett en utbyggnad med omkring 13 000 vårdplatser under perioden 1983–2000 erfordras (Lagergren 1984) i första hand genom en utbyggnad av den somatiska långtidssjukvården.

Inom läns- och regionsjukvården finns som tidigare redovisats omkring 84 000 vårdplatser. Genom en förändring av den psykiatriska vården och en utbyggd primärvård förutsätts detta antal komma att reduceras till omkring 54 000 vårdplatser. Detta innebär att med oförändrad total servicenivå skulle antalet vårdplatser inom primärvården behöva utökas med ca 43 000 (13 000 + 30 000) vårdplatser under perioden 1983–2000 för att svara mot befolkningsutvecklingen och för att kompensera för länssjukvårdens minskade vårdplatsantal.

Inom primärvården inklusive vården vid enskilda sjukhem och primärkommunala enheter finns för närvarande knappt 40 000 vårdplatser för somatisk långtidssjukvård. För den framtida planeringen förutsätts hemsjukvården komma att utgöra ett alternativ till sjukhemsvård i en helt annan utsträckning än tidigare. Förändringarna inom psykiatrin medför att betydande patientgrupper, ca 8 000–9 000 patienter, inte längre överhuvud taget är beroende av vårdplatser.

Att bedöma framtida vårdplatsdimensionering inom primärvården är förenat med betydande problem bl a beroende på dess nära koppling till utbyggnaden av sjukvården i hemmet. Vårdplatsbegreppet är heller inte entydigt utan kan omfatta såväl traditionella sjukhemsplatser som platser för växelvård, dagsjukvård etc.

Med ledning av uppgifter i LKELP kan konstateras att sjukvårdshuvudmännen fram till slutet av 1980-talet planerar för en fortsatt utbyggnad av långtidssjukvården. Ökningstakten har emellertid reducerats under senare år från omkring 3,4 procent per år till 1,2 procent per år. För slutet av 1980-talet planeras omkring 50 000 vårdplatser i vad som här har betecknats som primärvården. För ett befolkningsunderlag på 10 000 invånare motsvarar detta ca 60 vårdplatser.

En förändrad vård av långvarigt sjuka enligt den modell som HS 90 förordar innebär en utbyggnad av sjukvården i hemmet. I sjukvårdshuvudmännens planer för den närmaste femårsperioden redovisas en utökning med omkring 4 procent, eller 800 patienter, per år av den del av sjukvården i hemmet som är beroende av anställd personal. En sådan fortsatt ökningstakt innebär nära nog en fördubbling av antalet patienter inom denna del av sjukvården i hemmet till år 2000 från drygt 20 000 till omkring 40 000 patienter. Härtill kommer att omkring 20 000 patienter vårdas av anhöriga med stöd av hemsjukvårdsbidrag.

Den institutionsbundna primärvården och sjukvården i hemmet fungerar i hög grad som kommunicerande kärl. Ett lägre vårdplatsantal än vad som ovan har diskuterats, med en motsvarande ökning av sjukvården i hemmet, påverkar sannolikt inte behovet av vårdpersonal i någon högre grad. För att stödja svårt sjuka, långtidssjuka och ofta mycket gamla patienter krävs således sjuksköterskor och undersköterskor i betydande omfattning oavsett om vården sker i hemmet, i någon form av kollektivboende eller på traditionell institution. En förändring av resursutbudet från institutionell vård till vård i eget hem minskar emellertid behovet av ekonomipersonal inom hälso- och sjukvården, men ställer i gengäld krav på insatser från anhöriga och av personalinsatser från den sociala hemtjänsten.

I tabell 8.12 redovisas antalet arbetstimmar och anställda inom primärvården. Personaldimensioneringen för år 2000 omfattar all hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå oavsett om den ges i offentlig eller annan regi och grundar sig på en sammanvägning av behovet av respektive personalkategori inom ett upptagningsområden på 10 000 invånare.

Behovet av personal med medellång vårdutbildning har här uppskattats till 34,5 årsarbeten per 10 000 invånare.

I HS 90 förutsätts ett ökat rehabiliterings- och aktiveringsarbete inom hälso- och sjukvården. Detta gäller även primärvården. I dimensioneringen av medellångt vårdutbildad personal, framför allt i fråga om sjukgymnaster och arbetsterapeuter, har hänsyn tagits till det ökade rehabiliteringsarbetet inom såväl primärvårdens öppna som slutna vård.

Till de medellångt vårdutbildade hör också sjuksköterskorna. Dessa har i detta sammanhang behandlats som en helhet. Häri ingår således primärvårdens behov av sjuksköterskor både inom öppen och slutna vård dvs distriktssköterskor, allmänsjuksköterskor och barnmorskor.

För personal med kort vårdutbildning har följande antaganden gjorts. Utökningen av sjukvården i hemmet får återverkningar på denna personalgrupp. Förändringen av vårdplatser i sjukhemsvården och en ökad vårdtyngd påverkar också behovet av personal med kort vårdutbildning.

Sammantaget har detta antagits leda till en ökad personaltäthet för gruppen som helhet. Omkring 85 årsarbeten per 10 000 invånare har förutsatts kunna täcka hela primärvårdens behov av insatser från personal med kort vårdutbildning.

Vid bedömning av läkarbehovet för primärvården har hänsyn tagits till att HS 90 förutsätter medverkan från denna personalgrupp i en rad aktiviteter utöver ren besöksverksamhet. Således fordras ökade insatser från läkarnas sida i det förebyggande arbetet, i vården av långvarigt sjuka, i fråga om utvecklings- och utbildningsverksamhet mm. Den totala läkarinsatsen omfat-

tar här såväl allmänmedicinen som övriga specialiteter och den vård som kan ges i privat regi. För läkarinsatsen i primärvården har antagits att behov av 7 årsarbeten per 10 000 invånare. I denna dimensionering har även inräknats läkare under vidareutbildning.

I sammanfattning innebär de gjorda bedömningarna att antalet årsarbeten i primärvården för ett befolkningsunderlag på 10 000 invånare antagits vara 7.0 för lång vårdutbildning, 34.5 för medellång vårdutbildning och 85.0 för kort vårdutbildning.

Tabell 8.12 Uppskattat personalbehov inom primärvården.

Personalgrupp	1983		2000	
	Arbetstim (milj)	Anställda	Arbetstim (milj)	Anställda
Lång vårdutbild	7 5	4 400	10 7	6 700
Medellång vårdutb	24 0	21 300	46 8	39 500
Kort vårdutb	61 1	50 200	122 0	103 000
Förv. adm psyk m fl	8 9	6 900	15 3	12 900
Ekonomipers m fl	14 4	12 600	17 3	14 500
<b>Totalt</b>	<b>115 9</b>	<b>95 400</b>	<b>212 1</b>	<b>176 600</b>

Arbetsvolymen avseende grupperna förvaltnings- och administrativ personal (psykologer, läkarsekreterare och annan adm. personal) m fl, grundar sig på en oförändrad volym i relation till vårdpersonalens arbetsvolym. Inom denna ram kan en omfördelning ske till förmån för personal med kompetens för att tillgodose primärvårdens behov av kvalificerade ledningsfunktioner och för utveckling av det samhällsinriktade förebyggande arbetet. Ekonomipersonalens arbetsvolym har antagits öka i relation till vårdplatsutvecklingen vid sjukhem.

### Sammanvägning programmatisk prognos

Ovan gjorda bedömningar pekar mot ett totalt behov av omkring 520 miljoner arbetstimmar år 2000 för en hälso- och sjukvård strukturerad enligt HS 90:s intentioner. Härvid har även inräknats den verksamhet som för närvarande utförs av privatpraktiserande läkare, sjukgymnaster m fl samt verksamheten vid enskilda vårdhem etc. Däremot ingår inte den forskningsverksamhet, företagshälsovård och skolhälsovård som utförs under annat huvudmannaskap än sjukvårdshuvudmannens. Inte heller ingår den verksamhet som medicinskt utbildad personal utför vid privata laboratorier och företag etc samt som lärare inom vårdutbildningen. Omfattningen av dessa senare verksamheter kan för 1983 beräknas till omkring 17 miljoner arbetstimmar (jfr tabell 8.5). I beräkningen för år 2000 har antagits en oförändrad andel för dessa verksamheter vad gäller läkargruppen, vilken ungefär motsvarar 25 procent ökning mätt i antal arbetstimmar och en begränsad ökning (5 procent) av arbetsvolymen för dessa verksamheter för personal med medellång vårdutbildning. I tabell 8.13 sammanfattas arbetsvolymen enligt här gjorda bedömningar.



Tabell 8.13 Arbetsvolym (milj tim) för genomförande av en förändrad vårdstruktur.

Personalgrupp	Psykiatri	Somatisk läns- och regionsjuk- vård	Primär- vård	Annan verksamh.	Totalt
Lång vårdutb.	4.5	24.0	10.7	3.6	42.8
Medellång vårdutb	12.4	70.0	46.8	12.0	141.2
Kort vårdutb	30.9	92.0	122.0	1.3	246.2
Förv. adm fl	15.0	25.0	15.3	–	55.3
Ekonomipers mfl	7.4	30.0	17.3	–	54.7
<b>Totalt</b>	<b>70.2</b>	<b>241.0</b>	<b>212.1</b>	<b>16.9</b>	<b>540.2</b>

Under förutsättning av oförändrad veckoarbetstid erfordras drygt 440.000 yrkesverksamma för denna arbetsvolym med den fördelning som framgår i tabell 8.14. I tabellen redovisas även antalet yrkesverksamma under förutsättning av en reducerad generell arbetstid till 37,5 timmar per vecka i enlighet med LU 84s alternativ. Detta leder till ett behov av omkring 465 000 yrkesverksamma personer under förutsättning av bibehållen arbetsvolym.

Tabell 8.14 Uppskattat behov av antal yrkesverksamma år 2000 (1000-tal).

Personalgrupp	Arbetstid		40 tim /vecka			Totalt vid 37,5 t/v
	Psykiatri	Somatisk läns- o regionsjuk- vård	Primär- vård	Annan verksamh.	Totalt	
Lång vårdutb.	2.8	15.2	6.7	2.3	27.0	28.3
Medellång vårdutb	10.4	58.8	39.5	10.1	118.8	125.4
Kort vårdutb	26.0	77.5	103.0	1.1	207.6	218.9
Förv. adm mfl	12.6	21.1	12.9	–	46.6	48.9
Ekonomipers	6.2	25.5	14.5	–	46.2	48.5
<b>Totalt</b>	<b>58.0</b>	<b>198.1</b>	<b>176.6</b>	<b>13.5</b>	<b>446.2</b>	<b>470.0</b>

Den föreslagna dimensioneringen skulle innebära att 41 procent av det totala antalet anställda inom hälso- och sjukvården skulle komma att arbeta inom primärvården, 14 procent inom psykiatrin och resterande 45 procent inom den somatiska läns- och regionsjukvården.

## 9 Avstämning

### 9.1 Avstämning mellan tillgångs- och efterfrågeprognoser

De personalprognoser som ovan redovisats är dels en trendmässig framskrivning, dels en beräkning av vad de hälsopolitiska ansatser som redovisats i HS 90 genererar för behov rörande efterfrågan och kompetensnivåer för skilda kategorier av vårdpersonal inom hälso- och sjukvården. Prognoserna markerar en möjlig utveckling byggd på vissa antaganden om kvalitetsförstärkningar och en förändrad vårdstruktur. Effekterna av införande av ny medicinsk teknologi, nya behandlingsmetoder m m och dess inverkan på personalbehovet har inte kunnat vägas in i dessa beräkningar.

Utvecklingen av framtida personalefterfrågan utifrån beräknat antal arbetstimmar inrymmer flera svårbedömda faktorer. De största svårigheterna när det gäller tillgångsberäkningarna erbjuder bedömningen av framtida yrkesverksamhetsgrad, deltidsarbetets och frånvarons utveckling samt utvecklingen av den framtida generella arbetstiden.

Av dessa faktorer har i beräkningarna endast alternativa antaganden gjorts beträffande den generella arbetstiden. Såväl yrkesverksamhetsgrad och aktivitet inom hälso- och sjukvården som i viss mån även deltidsfrekvens är beroende av de möjligheter som står till buds för olika yrkesgrupper att få arbete inom hälso- och sjukvården. Frånvaroutveckling och en eventuell förändring av den generella arbetstiden är däremot i första hand beroende av förändringar i de regler och överenskommelser som styr arbetsmarknaden i stort. De är alltså en följd av förutsättningar inom arbetslagstiftning och sociallagstiftning mm.

Med utgångspunkt från nu kända förhållanden redovisas i tabell 9.1 tillgången på personal i slutet av 1983 och en beräknad tillgång år 2000. Vidare redovisas beräknad efterfrågan på personal utifrån såväl trendmässiga beräkningar enligt alternativ II i HS 90:s huvudrapport (SOU 1984:39) som utifrån en programmatisk bedömning i enlighet med vad som redovisats tidigare.

De efterfrågeberäkningar som redovisas ovan visar betydande spännvidd mellan de högsta och lägsta alternativen i den trendmässiga prognosen. Det avgörande för denna modell är naturligtvis den samhällsekonomiska utvecklingen och den del därav som kan komma hälso- och sjukvården till del.

Den programmatiska modellen är beroende av fler faktorer än samhällsekonomin. Med de antaganden som gjorts, vilka bl a innebär en relativt be-

**Tabell 9.1 Yrkesverksam personal 1983 och 2000 enligt olika alternativ vid bibehållen generell arbetstid 40 tim/vecka (1000-tal).**

Personalgrupp Alternativ	Lång vårdutb	Medellång vårdutb	Kort vårdutb	Annan utbild	Totalt
Basår 1983	20.4	87	70 (182) <sup>a</sup>	90	379
Tillgång år 2000	28.5	135	155	–	–
Efterfrågan år 2000					
Trend 0,5%/år	25	105	215	105	450
Trend 1,0%/år	29	116	228	115	485
Trend 2,0%/år	36	144	264	130	575
Programmatisk bedömning	27	119	208	93	446
37,5 tim/vecka programmatisk bedömning	28	125	219	97	470

<sup>a</sup>) I den högre siffran ingår förutom undersköterskor och skötare även sjukvårdsbiträden

tydande personalförtätning per prestation, bör den utveckling av hälso- och sjukvården som HS 90 förutsatt kunna klaras inom ramen för en utvecklingstakt – mätt i arbetstimmar – på omkring 0,5 procent per år. Hälso- och sjukvårdens efterfrågan på personal omkring år 2000 skattas i prognosen till i storleksordningen 450 000 yrkesverksamma personer. Detta innebär en årlig ökning under perioden 1983–2000 på omkring 5 000 personer.

Inom denna ram kan olika alternativ vad gäller personalens inbördes fördelning givetvis tänkas. För personalgrupperna med lång resp medellång vårdutbildning förutsätts i den programmatiska prognosen en utveckling motsvarande ungefär 0,8 respektive 1,1 procent per år. För personal med kort vårdutbildning pekar prognosen på en ökning med 0,5 procent per år. Däremot förutsätts en i stort sett oförändrad nivå vad gäller personal med annan utbildning än vårdutbildning.

I samtliga redovisade alternativ har förutsatts en fortsatt personalförtätning vad gäller grupperna med medellång och lång vårdutbildning. Argumenten för en sådan förtätning har redovisats bl a i kapitel 8 och i bilagorna 1–3. Andra antaganden vad gäller personalens omfattning och sammansättning hade givetvis givit andra utslag vad avser den totala efterfrågan på skilda personalgrupper. Den förtätning som antagits som underlag för den programmatiska prognosen innebär emellertid en utveckling och förändring av personalgruppernas inbördes relationer som ligger relativt nära den utveckling som skett under senare år.

Med den översiktighet som HS 90-arbetet har haft och med det i vissa avseenden bristfälliga statistiska underlag som finns vad gäller personalredovisning mm måste här redovisade efterfrågeprognoser betraktas som relativt osäkra. Beräkningarna ger en uppfattning om hur den framtida personalfrågan kommer att se ut under vissa givna antaganden och förutsättningar.

## 9.2 Utvecklingen under åren 1984 och 1985

De efterfrågeberäkningar som redovisats har år 1983 som basår. Uppgifterna om personaltillgång härstammar från december 1983. I beräkningarna har hänsyn inte kunnat tas till den utveckling som förevarit under åren 1984 och 1985 beroende på att bokslutsuppgifter för dessa år inte funnits tillgängliga i sådan tid att detta skulle varit möjligt.

Under år 1984 har antalet tjänster/befattningar inom hälso- och sjukvården ökat med omkring 2,5 procent med fördelning på olika vårdområden i enlighet med tabell 9.2.

**Tabell 9.2 Utveckling av antalet befattningar inom hälso- och sjukvården 1984.**

	1983	1984	Diff %
Sjukhusansluten vård	195 250	198 080	1,45
Varav: Sluten långtidssjukvård	48 150	48 820	1,39
Psykiatrisk vård	28 240	28 310	0,26
Hälso- och sjukvård utanför sjukhus	32 920	35 640	8,27
<b>Totalt</b>	<b>228 160</b>	<b>233 720</b>	<b>2,44</b>

Källa: LKELP 85

De definitioner som tillämpas i LKELP överensstämmer inte helt med de definitioner som tillämpats i HS 90 arbetet. Av tabellen framgår ändå att det är uppenbart att det i första hand är inom primärvården som ökningen av antalet befattningar varit särskilt snabb det senaste året. Detta innebär en betydande omsvängning i förhållande till tidigare år då den sjukhusanslutna vården klart dominerat vad gäller nyinrättade befattningar.

Enligt LKELP 85 har vårdplatsminskningen inom såväl den somatiska korttidsvården som inom den psykiatriska vården fortsatt även under 1984. Inom den somatiska korttidsvården var minskningen under året omkring 800 platser. Detta motsvarar ca 2,0 procent. En sådan minskningstakt överstiger vad som krävs för att infria HS 90:s ambition om en vårdplatstillgång på ca 30 000 vårdplatser år 2000. För detta skulle fordras en minskning med ca 500 vårdplatser per år (1,4 procent) fram till år 2000.

Inom den psykiatriska vården synes antalet vårdplatser ha minskat med omkring 600 under år 1984. Detta är en något lägre avvecklingstakt än vad som fordras för att till år 2000 nå målsättningen om 12 000 platser. För detta skulle fordras en avveckling med ca 800 vårdplatser per år.

För den somatiska långtidssjukvården noteras en fortsatt ökning. Under år 1984 uppgick denna till ca 700 platser vilket motsvarar 1,4 procent. Detta är en betydligt lägre ökningstakt än under tidigare år. Det totala antalet vårdplatser inom somatisk långtidssjukvård uppgår därmed till ca 55 500 platser. Härav är drygt 6 000 är s k avtalsplatser.

Antalet läkarbesök har totalt sett varit oförändrat under 1984 i förhållande till 1983. Däremot har en förskjutning skett från besök vid läns- och regionsjukhus till läkarstationer och vårdcentraler. Antalet läkarbesök vid dessa senare enheter ökade således under året med närmare 2 procent.

Antalet patienter i öppen dagsjukvård har under året ökat med 3,7 pro-

cent till i genomsnitt närmare 4 700 patienter per dag. Den största ökningen ligger härvid inom medicinsk rehabilitering. Även inom den somatiska långtidssjukvården och den psykiatriska vården har dagsjukvården byggts ut under året.

Såväl inom mödrahälsovården som barnhälsovården har antalet besök ökat med omkring 1 procent under 1984. Ökningen avser här besök hos andra personalgrupper än läkare. De i LKELP redovisade besöken hos andra än läkare har under året totalt sett ökat med 11 procent. De största ökningarna gäller besök hos undersköterska, distriktssköterska och sjukgymnast. En viss minskning redovisas för bl a sjuksköterske- och arbetsterapeut besök.

Den utveckling av verksamheten som redovisats ovan under år 1984 ligger således i huvudsak väl i linje med den utveckling som förordats i HS 90 och i den hälsopolitiska propositionen.

Av LKELP 85 framgår att de personalkategorier som ökat mest är läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och undersköterskor. Antalet befattningar för sjukvårdsbiträden har däremot reducerats. Även dessa tendenser ligger således i linje med de diskussioner rörande personalens sammansättning som förs i HS 90.

**Tabell 9.3 Förändring av antal befattningar för vissa personal kategorier år 1984.**

	Antal 1984	Diff 1983-84 %
Vidareutbildade läkare	12 400	+ 8,2
Sjuksköterskor	43 600	+ 5,1
Sjukgymnaster	3 650	+ 3,3
Arbetsterapeuter	3 080	+ 4,0
Undersköterskor	27 000	+ 18,2
Skötare	17 060	- 1,8
Sjukvårdsbiträden	55 100	- 2,1

Av LKELP framgår inte vilken arbetsvolym mätt i antal arbetstimmar som den redovisade förändringen av antalet befattningar motsvarar. Den ekonomiska bokslutsstatistiken visar emellertid att hälso- och sjukvårdens totala ökning av personalkostnaderna till följd av volymutvecklingen ( dvs när löneutvecklingen borträknats) var ca 2,5 procent under 1984. Ökningen av antalet arbetstimmar inom hälso- och sjukvården under år 1984 kan därmed skattas till drygt 2,0 procent. Enligt preliminära uppskattningar har volymutvecklingen under år 1985 legat på samma nivå.

### 9.3 Samhällsekonomiska bedömningar m m

Under våren 1985 presenterades regeringens proposition om riktlinjer för den ekonomiska politiken på medellång sikt (prop 1984/85:40). I propositionen, som riksdagen ställt sig bakom, har de samhällsekonomiska förutsättningarna fram till år 1990 redovisats. I propositionen anges att utrymmet för den offentliga sektorns tillväxt skall begränsas till 0,5 procent per år fram till 1990. Under förutsättning att den statliga konsumtionen kan minskas med 1

procent per år medger detta en konsumtionsökning inom den kommunala sektorn på 1 procent per år under perioden 1985–1990.

I den ekonomiska propositionen görs ingen bedömning av vilka andelar av samhällsekonomin som kan komma att tillfalla olika delar av den offentliga verksamheten.

HS 90-materialet utgör ett av flera underlag för de politiska ställningstagandena som formar vårdens utveckling. Uppenbart är härvid att den samhällsekonomiska och arbetsmarknadspolitiska utvecklingen i hög grad bestämmer utrymmet för en fortsatt expansion av hälso- och sjukvården. Fortsatt ökade kunskaper och nya tekniker i vården kommer även framledes att öppna möjligheter att mer effektivt hjälpa allt fler. Aktuella exempel gäller mammografi, transplantationskirurgi, synförbättrande kirurgi och höftledsoperationer. Även när det gäller standarden inom långtidsvård och omvårdnad kan förutses ökade behov. Detta kan exemplifieras med den aktuella debatten om enpatientrum inom långtidssjukvården. Helt nya sjukdomar såsom AIDS kan också snabbt komma att förändra behoven av vårdplatser och personal.

Olika internationella och svenska undersökningar visar att allmänheten tillmäter en väl fungerande hälso- och sjukvård utomordentligt stor betydelse. Man är också beredd att solidariskt betala för en vård som snabbt och säkert omsätter nya kunskaper i praktisk vård. Enligt den ekonomiska propositionen bör emellertid den fortsatta utbyggnaden av den offentliga sektorn ske inom det utrymme som bestäms av ett i stort sett oförändrat skattetryck. De ökade skatteinkomster som blir följderna av en ökad tillväxt i ekonomin måste enligt riksdagens uppskattning i första hand användas för att minska budgetunderskottet.

Med en utveckling motsvarande omkring 1 procent per år bör dock, som framgått av framställningen i kapitel 8, ett genomförande av HS 90:s intentioner kunna rymmas. För att kunna realisera den hälso- och sjukvårdspolitiska ambitionen krävs emellertid att omprioriteringar görs inom den befintliga verksamheten till förmån för i första hand primärvård och öppen psykiatrisk vård.

## 9.4 Slutsatser

Som framgår av tabell 9.1 ger den av riksdagen beslutade utbildningsdimensioneringen en tillgång på läkare år 2000 som svarar mot den efterfrågan på läkare som beräknats enligt det programmatiska alternativet. Detta motsvarar en utvecklingstakt mellan 0,5 och 1,0 procent per år. Detta gäller under förutsättning av att inga avgörande förändringar sker vad gäller faktorer som har betydelse för arbetstid och deltidsfrekvens mm. Under 1984 och såvitt kan bedömas även under 1985 har antalet inrättade befattningar för läkare väsentligt överstigit den takt som förutsatts i pronosarbetet. Detta understryker vikten av att nu gällande utbildningsdimensionering bibehålles.

För personal med medellång vårdutbildning pekar prognosen på ett visst överskott i förhållande till efterfrågan. Utvecklingen under 1984 och 1985 tyder emellertid på att ett betydande antal tjänster för sjuksköterskor tillkommit bl a genom konvertering av tidigare undersköterske- och vårdbiträ-

destjänster. En sådan utveckling har förutsatts i prognosarbetet. Takten i denna utveckling är emellertid svårbedömd. Säsongsmässigt förekommer också problem att täcka befintliga sjuksköterskebefattningar med formellt kompetenta innehavare. Någon nerdragning av utbildningsplatserna avseende medellång vårdutbildning bör därmed inte aktualiseras de närmaste åren. En viss obalans finns vad gäller utbildningsdimensioneringen mellan olika personalkategorier inom denna grupp. De bedömningar som återfinns i bilagorna 1-3 talar för att en utökning av andelen utbildningsplatser för arbetsterapeuter, sjukgymnaster och påbyggnadsutbildning för sjuksköterskor i öppen hälso- och sjukvård är särskilt angelägen.

För personalgruppen med kort vårdutbildning fordras betydande utbildningsinsatser under ett uppbyggnadsskede för att höja kompetensen från vårdbiträdesnivå till undersköterskenivå för redan verksam personal. Som framgått ovan är utvecklingstakten vad gäller nya undersköterskebefattningar också f n mycket hög. I ett längre perspektiv erfordras ett årligt tillskott av omkring 7 000 personer på denna nivå som ersättning för avgång, pensionering etc. Till detta kommer att den huvudsakliga rekryteringen (ca 4 000 per år) till de medellånga vårdutbildningarna sker via den gymnasiala vårdutbildningen. För närvarande utgör bruttotillskottet ca 10 000 personer. Förutom fortbildningsinsatser för verksam vårdbiträdespersonal erfordras således en viss utökning av den grundläggande undersköterskeutbildningen, särskilt under en övergångstid, för att nå målet om en höjd baskompetens.

Avslutningsvis kan konstateras att de redovisade prognoserna är förknippade med en betydande osäkerhet och att utvecklingen under 1984 och 1985 inte har kunnat beaktas i beräkningarna. En betydande osäkerhet råder också om den samhällsekonomiska utvecklingen på längre sikt. Den personalutveckling som redovisas i här genomförda prognoser måste således anpassas till den takt som samhällsekonomin tillåter och med beaktande av de ekonomiska förutsättningar som råder för varje enskild sjukvårdshuvudman. De redovisade prognoserna kan således inte uppfattas som absoluta krav som måste uppfyllas av sjukvårds- och utbildningshuvudmännen under planperioden.

Den varierande längden på utbildningar för arbete inom hälso- och sjukvården innebär olika krav på framförhållning i utbildnings- och verksamhetsplanering. Det finns starka skäl att tillmäta långsiktiga bedömningar den största betydelsen när det gäller läkarutbildningens dimensionering. För medellånga och korta utbildningar måste den aktuella personal- och rekryteringssituationen i större utsträckning beaktas.

## IV Samordnad personal- och utbildningsplanering

---

### 10 Överväganden angående personal- efterfrågan och utbildningsförändringar m m

#### 10.1 Framtida personalbehov

Det är givetvis förenat med betydande problem att förutse vilken efterfrågan på personal som hälso- och sjukvården kommer att ha på 15 års sikt. Likaväl som nu kommer även i framtiden denna efterfrågan att i hög grad styras av den då aktuella tillgången på personal. Tillgång och efterfrågan är således delvis beroende av varandra; något som givetvis komplicerar den nu aktuella bedömningen.

Utifrån de antaganden som gjorts förefaller en dimensionering på omkring 27 000–28 000 yrkesverksamma läkare totalt för landet realistisk. En utbildningsdimensionering på 845 platser på läkarlinjen svarar i stort sett mot det behov av läkartimmar som här har beräknats, förutsatt att inga avgörande förändringar sker i fråga om läkarnas arbetstid, deltidsfrekvens mm.

Under förutsättning att denna läkarkår år 2000 är någorlunda jämt fördelad över landet innebär detta ett betydande tillskott för de sjukvårdsområden som nu har en jämförelsevis låg läkartäthet. För en konstant nivå på 28 000 läkare erfordras ett årligt tillskott på 850–900 läkare som ersättning för avgång, pensionering etc. Häri innefattas även eventuellt nettotillskott av läkare från utlandet.

Inom gruppen med medellång vårdutbildning återfinns i första hand sjuksköterskor, laboratorieassistenter, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Den tillgång år 2000 som blir följd av nuvarande utbildningsdimensionering motsvarar i stort sett en utveckling i enlighet med 2-procentalternativet. Ändå har en relativt stor förtätning lagts på dessa grupper. Detta motiveras bl a utifrån önskemålen om en mer aktiverande och rehabiliterande vård och ett mer kvalificerat förebyggande arbete samt den ökande komplexiteten i vårdarbetet.

I vissa avseenden är gränserna mellan t ex sjuksköterskeuppgifter och undersköterskeuppgifter inte klara utan flytande. Vad den ena kategorin gör i förhållande till den andra beror i stor utsträckning på den vid respektive enhet vid varje tillfälle rådande personaltillgången. På ett generellt plan innebär en förhållandevis god tillgång inom sjuksköterskekategorierna att arbetsuppgifter fördelas om mellan de olika personalkategorierna.

Utvecklingen inom delar av det medicinsk-tekniska området medför sannolikt att delar av framförallt den medicinska servicen i framtiden blir i allt



större behov av personal med teknisk eller naturvetenskaplig kompetens och, i något mindre omfattning, beroende av personal med vårdutbildning som grund. Detta i förening med här redovisade prognoser tyder således på att hälso- och sjukvårdens behov av personal med medellång vårdutbildning skulle kunna ligga omkring 120 000 personer förutsatt att inga större förändringar sker beträffande arbetstider, deltidsfrekvens etc för denna personalgrupp. Denna efterfrågan motsvarar ett behov av omkring 4 200 personer per år som ersättning för avgång, pensionering etc när väl den aktuella nivån nåtts. Mot bakgrund av rådande personalsituation är det angeläget att den nuvarande utbildningsdimensioneringen för personal med medellång vårdutbildning bibehålls ytterligare ett antal år. Inom gruppen med medellång vårdutbildning bör dock möjligheterna till ytterligare platser inom rehabiliteringslinjen och påbyggnadslinjen inom öppen hälso- och sjukvård särskilt studeras.

I den avstämning mellan tillgångs- och efterfrågeprognoserna som gjorts i kapitel 9 framgår klart att betydande insatser fordras för att samtliga inom kategorin med kort vårdutbildning skall kunna erhålla undersköterske-/skötarkompetens. De framtida sjukvårdsbehoven med ett allt större antal patienter med kroniska och långvariga sjukdomar med stort omvårdnadsbehov talar för ett omfattande behov av personal med kort vårdutbildning. Någon grund för att reducera t ex vårdlinjens omfattning finns därför inte snarare bör en ökning ske med hänsyn till det stora utbildningsbehov som föreligger.

Av dagens omkring 120 000 vårdbiträden saknar vissa vårdbiträdesutbildning, medan andra har någon form av vårdbiträdesutbildning. Betydande utbildningsinsatser av såväl grundutbildnings- som fortbildningskaraktär krävs för att alla dessa skall kunna erhålla undersköterskekompetens. Det närmare behovet av personal med kort vårdutbildning, liksom formerna för erforderliga utbildningsinsatser, bör analyseras av respektive sjukvårdshuvudman.

## 10.2 Regionala och andra obalanser

En central utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen är allas rätt till god vård på lika villkor. Det är dock uppenbart att vårdens tillgängliga resurser varierar avsevärt mellan olika geografiska områden. Inte minst gäller detta beträffande tillgången på personal. I syfte att bli utjämna skillnaderna i resurstillgång mellan olika sjukvårdsområden beslöt riksdagen under 1984 med anledning av propositionen om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen mm (prop 1983/84:190) om en övergång från ett prestationsrelaterat till ett befolkningsrelaterat statsbidragssystem för hälso- och sjukvården. Enligt beslut skall huvuddelen av statsbidraget komma att utgå som en samlad ersättning per invånare.

Trots en betydande tillväxt av läkarantalet under den senaste tioårsperioden finns det fortfarande områden som har stora svårigheter att få en rimlig läkarförsörjning. Förutom att det förekommer vårdcentraler och kliniker med ett flertal av läkartjänsterna vakanta i de mer perifera delarna av landet är läkargenomströmningen på vissa håll så stor att den avgjort påverkar vår-

dens kvalitet. Hälso- och sjukvården i vissa områden tillhandahålls således till stor del av vikarier och nyutbildade läkare som i första omgången inte hittat tjänster vid de mer centrala sjukvårdsenheterna, men som efter en kortare tid "avancerar" dit. Detta innebär en stor påfrestning på kontinuiteten i vården och ökar risken för orationell eller felaktig vård och behandling samt försvarar en mer långsiktig planering av vårdarbetet. Dessutom för det med sig en betydande olägenhet för övriga vid vårdcentralen/kliniken anställda att ständigt byta läkare.

Samhällets möjligheter att styra läkarna till de geografiska områden som är svårrekryterade är begränsade. Detsamma gäller möjligheten att styra läkarna till de verksamhetsområden som prioriterats av statsmakterna. Nuvarande läkarfördelningssystem (LP) med block för allmäntjänstgöring (AT) och fortsatt vidareutbildning (FV), AT- och FV-block, uppvisar i detta avseende brister.

Följderna av den bristande styrningen och den rådande obalansen kan på sikt bli ett överskott på läkare inom de traditionella specialiteterna samtidigt som en betydande brist på läkare föreligger inom andra specialiteter. I Landstingsförbundets debattskrift *Solidarisk läkarförsörjning, 1979*, framhålls att "I stället för att styras av sjukvårdspolitiska avvägningar, avgörs sjukvårdsuppbyggnaden i alltför hög grad av de enskilda läkarnas val av specialitetsinriktning och – kanske ännu mera kännbart – val av tjänstgöringsorter". Detta citat äger naturligtvis fortfarande giltighet i stor utsträckning även om läkarnas arbetsmarknad blivit svårare och möjligheterna till "fritt val" reducerats. Till detta kommer emellertid att en förutsättning för vikarie är att landstingen inom de mer attraktiva områdena har inrättat och erbjudit vikariatmöjligheter.

Ett sätt som prövats för att styra läkarkåren är att begränsa möjligheten till vidareutbildning genom vikariat. Detta system tillämpas sedan 1979 beträffande AT och har även diskuterats för FV. Några beslut i denna riktning rörande FV har dock hittills inte fattats.

Under perioden 1979–82 rekommenderade Landstingsförbundet under mottot *Solidarisk läkarförsörjning* landstingen att begränsa antalet nya läkaranställningar för vidareutbildade läkare inom de regioner och inom de områden som hade en jämförelsevis god läkartillgång. Syftet med detta var dels att de vakanta tjänsterna skulle fyllas bättre, dels att de områden som hade en jämförelsevis låg läkartillgång skulle få tillgång till ett ökat antal läkare. Vikten av att uppnå en bättre balans i läkarfördelningen underströks också i förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen. Frågan har vidare diskuterats upprepade gånger under 1980-talets första hälft och även lett till vissa uttalanden från Hälso- och sjukvårdsberedningens sida. Några konkreta åtgärder har dock inte vidtagits utöver nämnda förändring av ersättningen från sjukförsäkringssystemet, bl a i avvaktan på resultatet av den nyligen tillsatta utredningen för översyn av läkarnas vidareutbildning.

Forskningsmöjligheter utgör speciellt för många läkare en naturlig och väsentlig del av yrket. Att flytta till mer perifera sjukvårdsenheter eller till primärvården har hittills ofta medfört svårigheter att bedriva forskning. En utveckling som innebär att viss FoU kan bedrivas även vid andra enheter än universitetskliniker, men gärna i samarbete med dessa, minskar sannolikt motståndet mot att flytta ut från de större sjukhusen. En sådan utveckling

är därmed även en rekryteringsbefrämjande faktor för primärvården och mer perifera delar av landet.

Den regionala obalansen gäller emellertid inte bara läkare utan även andra personalgrupper. Möjligheten att rekrytera personal med jämförelsevis lång utbildning såsom t ex arbetsterapeuter och sjukgymnaster samt sjuksköterskor med vissa vidareutbildningar till mer perifera delar av landet är således begränsade.

En av de faktorer som är av stor betydelse i detta sammanhang är utbildningarnas lokalisering. Geografiska faktorer har stor betydelse för de studerandes val av utbildning. Det finns också en benägenhet hos de utbildade att söka arbete på eller i närheten av utbildningsorten. De medellånga vårdutbildningarna är generellt sett väl spridda över landet jämfört med andra högskoleutbildningar. Vissa inriktningar och linjer bland de medellånga vårdutbildningarna bedrivs emellertid endast av ett fåtal landsting. Från regionalpolitisk synpunkt och i syfte att underlätta rekryteringen av personal kan det vara önskvärt att i vissa fall ytterligare decentralisera viss vårdutbildning eller att öka möjligheterna till distansutbildning i olika former i än högre grad än vad som hittills tillämpats.

När det gäller grundutbildade sjuksköterskor är inte de regionala variationerna i rekryteringshänseende särskilt påtagliga. Problemet gäller här emellertid de säsongsmässiga variationerna. Önskemålet om en längre sammanhållen semester för flertalet under en begränsad period av året är svårt att förena med sjukvårdsverksamhetens krav på kontinuerlig drift och öppethållande.

Konverteringen av underskötersketjänster till sjukskötersketjänster har lett till att allt fler sjuksköterskor nu har tjänst och arbete på "rätt" nivå. Samtidigt har detta dock medfört att den buffertkär av sjuksköterskor utan egen sjukskötersketjänst som tidigare funnits för att täcka sommarsemesterarna minskat. Det större antalet sjuksköterskor på sjukskötersketjänster ökar dessutom det antalsmässiga behovet av vikarier.

För att komma till rätta med de säsongsmässiga problemen krävs en mer långsiktig och framsynt personalplanering än vad som nu ofta är fallet vid landets hälso- och sjukvårdsenheter. Utan en ömsesidig anpassning från såväl arbetsgivare som personal, kan emellertid inte en aldrig så framsynt planering fullt ut eliminera de säsongsmässiga variationerna vad gäller personaltillgången.

Ett sätt att minska vikariebehovet och bättre planera verksamheten kan vara att i ökad utsträckning tillämpa totalbemanningsplanering. Fördelen med detta är att behovet av vikarier och andra tillfälliga lösningar minskar genom att personalstyrkan dimensioneras för att även kunna täcka in frånvaro på grund av planeringsbar ledighet. Till sådan ledighet hör då t ex ledighet för semester, viss fortbildning samt kortare sjukdomsperioder. För att täcka ledigheter till följd av graviditet, längre sjukdomar etc kan självklart vikarier behövas även vid ett system med totalbemanning. En förutsättning för att ett totalbemanningssystem skall kunna fungera är bl a att semester och andra ledighetsuttag kan göras under en längre period och inte koncentreras till endast en kortare tid av året.

Personal med kort vårdutbildning har hittills i allmänhet kunnat rekryteras till hälso- och sjukvården. I vissa fall har dock rekryteringen fått ske till

priset av bristande formell kompetens. Särskilt i storstäderna har personal anställts på tjänster för sjukvårdsbiträden och skötare utan erforderlig grundläggande vårdutbildning.

När nu kraven på lägsta kompetensnivå höjs till undersköterska/skötare ställer detta som tidigare nämnts stora krav på utbildningskapacitet – inte minst inom gymnasieskolans vårdutbildningar. Under det senaste året har, på vissa håll i landet, antalet utbildningsplatser inom gymnasieskolans vårdlinje och motsvarande specialkurser minskat. Riksdagen har också beslutat om att reservera gymnasieskolans resurser för enbart ungdomsutbildning.

Av tradition utgörs en betydande del av eleverna inom vårdlinjen, och motsvarande specialkurser för utbildning till undersköterska och skötare i psykiatrisk vård, av äldre elever. För att hälso- och sjukvårdens behov av personal med undersköterske-/skötarkompetens skall kunna tillgodoses är det angeläget att möjligheterna bibehålls till en stor utbildningskapacitet för gymnasial vårdutbildning och då inte minst för äldre elever. Detta önskemål accentueras av det faktum att antalet ungdomar som når gymnasienivån nu successivt sjunker och att de yrkesverksamma personer på vårdbiträdesnivån som behöver utbildning till undersköterska/skötare till största delen passerat ungdomsåren.

### 10.3 Några konsekvenser för grund- och vidareutbildningen

Som redovisats i kapitel 4 har under de senaste åren en rad genomgripande förslag framlagts och förändringar vidtagits vad gäller grund- och vidareutbildningen för olika kategorier av vårdpersonal. Härigenom har kurs- och utbildningsplanerna successivt anpassats till de förändrade kraven som utvecklingen inom hälso- och sjukvården ställer. Ett betydande arbete läggs också ner av vårdutbildningsansvariga på skilda nivåer att följa och analysera hälso- och sjukvårdens utveckling och förändrade kunskapsbehov.

All utbildning är i grunden framtidsinriktad. De kunskaper, färdigheter och normer som utbildningsväsendet förmedlar är den grund som de studerande skall bygga på i framtida familje-, samhälls- och yrkesroller. Utbildningstiden är också den period då unga människor i stor utsträckning formar sin personlighet, sina värderingar och sina attityder. Utbildningen är en av de faktorer som i hög grad bidrar till att påverka framtiden. Samtidigt måste vårdutbildningen anpassas till de krav som vi idag kan förutse att samhället och arbetslivet kommer att ställa i ett längre perspektiv. Ungdomar som får sin utbildning i gymnasieskolan under 1980-talet kommer att vara aktiva i samhällsarbetet och i yrkeslivet flera årtionden in på 2000-talet.

Självfallet går det inte att i detta tidsperspektiv med några anspråk på definitiv säkerhet uttala sig om hälso- och sjukvårdens eller om arbetsmarknadens utveckling och samhällsutvecklingen i stort. Med utgångspunkt i tendenser i dagens samhälle och de ambitioner som präglar hälso- och sjukvårdens planering fram mot sekelskiftet finns det emellertid skäl att anta att omvandlingen och förändringstakten kommer att gå allt snabbare. För närvarande präglas denna utveckling av dels en snabb teknisk och medicinsk-teknisk utveckling vilken ger nya förutsättningar för vård och behandling,

dels krav på en förnyelse av hälso- och sjukvårdens inriktning till förmån för ett offensivt hälsopolitiskt synsätt och en förskjutning av vårdens tyngdpunkt från traditionell sjukhusvård till en decentraliserad primärvård.

### Innehåll

För att påskynda utvecklingen vad gäller hälso- och sjukvårdens inriktning mot en offensiv hälsopolitik är det väsentligt att de förutsättningar till förnyelse av vårdutbildningarnas innehåll och uppläggning som de under senare år fastställda utbildningsplanerna ger verkligen tas till vara och utnyttjas.

De krav på nya eller fördjupade kunskapsområden som närmare diskuteras i kapitel 3 kan således tillgodoses inom ramen för de utbildningsplaner som föreligger.

Flertalet grundutbildningar inom vårdområdet har hittills varit starkt inriktade på den slutna vårdens problem. Stora delar av undervisningen har inriktats på enskilda organ, symtom eller tekniker medan mindre utrymme har ägnats åt hela människan och denna i relation till omgivningen. Huvuddelen av studierna inom bl a läkarutbildningen har hittills dessutom försiggått inom sjukvårdens mest specialiserade delar - vid region- och undervisningssjukhusen. En mindre del har ägnats åt förebyggande hälsovård och primärvård. Under senare år har till följd av bl a genomförd översyn av läkarnas grundutbildning ett förändringsarbete i dessa avseenden påbörjats.

Det är väsentligt att en ytterligare utveckling av grundutbildningarna inom vårdområdet kan genomföras utifrån den hälso- och sjukvårdspolitiska och de utbildningspolitiska mål som har lagts fast. Den grundläggande utbildningen för läkare är till största delen förlagd till undervisningssjukhus. Det är angeläget att de studerande i ökad utsträckning genomgår delar av den praktiska utbildningen vid länssjukhus och vårdcentraler.

Det är väsentligt att en bättre balans uppnås i all vårdutbildning mellan de traditionella vårduppgifterna och de hälsopolitiska, prioriterade uppgifterna. Givetvis måste personalen även i fortsättningen kunna svara för utredning, behandling och omvårdnad av särskilda patienter. Det är emellertid härutöver dels fråga om att bibringa ny kunskap där mer vikt måste läggas på primärvårdsuppgifter samt förebyggande arbete, riktat mot gruppen av patienter och på befolkningen, dels är det en fråga om inställning. Förutom att avsätta tillräckligt med tid för nämnda områden fordras att de studerande ges modeller och förebilder inom dessa områden. Mer av undervisning bör därför ges av lärare med särskilt intresse för och kunskap i förebyggande arbete och hälsoplanering. Härigenom finns det förutsättningar för att bibringa de studerandes kännedom om primärvårdens och det förebyggande arbetets kultur och villkor, på samma sätt som undervisningen i sjukhusspecialiteterna för de studerande in i den traditionella sjukhuskulturen.

För att skapa en vidgad medvetenhet om de sociala och miljöbetingade faktorernas betydelse för hälsa och sjukdom är en förstärkning av kunskapsområden som epidemiologi, miljömedicin, statistik och sociologi, särskilt angelägen. För att ett meningsfullt förebyggande arbete skall kunna bedrivas fordras dessutom viss pedagogiska och psykologiska kunskaper hos all personal liksom kännedom om det samhälle, dess befolkning och struktur, inom vilket man lever och verkar.

Hälso- och sjukvårdspersonalen bör också vara informerad om samhällets resurser för att kunna bedöma vilka instanser det är viktigt att samarbeta med och för att kunna initiera kontakt med berörda organ och samarbeta med dessa. Kunskapen bör dels vara översiktlig och generell, dels baseras på lokala förhållanden och de förändringar som dessa ständigt genomgår.

### Vårdutbildningens roll

Möjligheten att förlänga utbildningen för att kunna rymma nya eller utökade kunskapsområden i takt med de krav som ställs är begränsad. Samtidigt är det vanligen mycket svårt att utmönstra äldre eller traditionella utbildningsmoment för att ge plats för de nya. Dessa problem är välkända och återfinns såväl inom gymnasieskolans vårdutbildningar som inom högskoleutbildningarna.

Inte minst gäller detta undersköterskeutbildningen/ skötareutbildningen på gymnasieskolans vårdlinje, vilken redan nu är en i hög grad komprimerad utbildning. Krav ställs från skilda utgångspunkter på att rymma ytterligare moment i denna. Hit hör t ex en gemensam inledande del med socialt utbildningsinnehåll, moment som har att göra med det förebyggande hälsopolitiska arbetet, socialmedicinskt stoff, kulturkunskap mm. Erfarenheten visar att kunskaperna i vissa allmänna ämnen som matematik, kemi och engelska och i vissa yrkesspecifika ämnen borde fördjupas. Utbildningen på vårdlinjen i enlighet med gymnasieutredningens intentioner och pågående försöksverksamhet kommer att ge en bred, men relativt grunt utbildad undersköterska/skötare.

I prop 1983/84:116 framhålls angående gymnasieskolan att kraven på nya kunskapsområden innebär att inte minst de yrkesinriktade utbildningarna riskerar att bli överbelastade. Det blir alltså svårt att på sikt upprätthålla kraven på att gymnasieutbildningen skall ge såväl yrkesförberedande som högskoleförberedande utbildning och därtill ge en plattform för de studerandes fortsatta liv ute i samhället. I propositionen framhålls nödvändigheten och önskvärdheten av att flera yrkesinriktade utbildningar i framtiden organiseras så att delar av de rent yrkesförberedande momenten ges i form av arbetsplatsförlagd utbildning. Det i propositionen anförda resonemanget äger självklart giltighet inte minst för hälso- och sjukvårdens del. Dessa frågor är för närvarande föremål för särskild översyn i den av utbildningsdepartementet initierade utredningen ÖGY.

### Breda basutbildningar

Sjukvården i vårt land är generellt sett av mycket hög kvalitet. Denna vårdkvalitet har uppnåtts bl a med hjälp av en hög grad av specialisering, betydande teknisk utveckling och medicinska landvinningar. För att den vårdkvalitet som uppnåtts skall kunna bibehållas krävs även i fortsättningen en relativt hög grad av specialisering som innebär att man får många olika personalkategorier och utbildningsvägar. Samtidigt är det dock uppenbart att en alltför hårt driven specialisering inte är odelat positiv för vare sig personal eller patienter. Därför finns numera en klar strävan att inte ytterligare dela upp kunskaperna i allt smalare sektorer.

Hälso- och sjukvårdslinjen inom den kommunala högskolan ger en brett utbildad sjuksköterska med en referensram inom det medicinska, samhälls- och beteendevetenskapliga området. Linjens sex olika inriktningar är emellertid relativt starkt specialiserade. En sjuksköterska som är utbildad inom t ex inriktningen mot psykiatrisk vård kan därför inte utan vidare arbeta inom den somatiska vården eller omvänt.

Liksom fallet är nu kommer primärvården även i framtiden att ta hand om patienter med såväl somatiska som psykiatriska problem. I en utbyggd primärvård förutsätts att flertalet problem skulle kunna lösas inom primärvårdens ram och remiss till specialiserad psykiatrisk eller somatisk vård skall höra till undantagen. Personer med psykiska problem och störningar kommer sannolikt att utgöra en ökande grupp patienter inom primärvården. Till detta kommer att patienter med åldersdemens, som tidigare vårdats vid psykiatriska enheter, i betydande utsträckning överförs till primärvården.

Det finns därför skäl som talar för att all personal inom primärvården bör ha kunskap och erfarenhet av såväl det psykiatriska som somatiska vårdområdet.

Mot denna bakgrund är det angeläget att i arbetet med att utvärdera och vidareutveckla de nyligen reformerade vårdutbildningarna ägna särskild uppmärksamhet åt hur kravet på kunskaper om det psykiatriska vårdområdet skall tillgodoses för framtiden.

Undersköterskeutbildningen har som försöksverksamhet sammanslagits med skötarutbildningen i en gemensam vårdlinje vid flera gymnasieskolor. Denna lösning har också förordats av gymnasieutredningen och ligger väl i linje med detta resonemang.

Den specifika utbildning som behövs för att verka som sjuksköterska/undersköterska inom viss del av vården kan i ett system med breda basutbildningar antingen ges i form av olika typer av påbyggnadsutbildning eller utformas som arbetsplatsanknuten inskolning. Inskolningen måste härvid ske i form av såväl praktisk tjänstgöring som med vissa teoretiska inslag. En sådan lösning är som tidigare framgått inget unikt för hälso- och sjukvården utan är det normala inom t ex de tekniska och administrativa sektorerna.

### Samordning av utbildningar

Behovet av samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvården och mellan denna och t ex socialtjänsten är stort. Behovet av samverkan ökar också i takt med att kravet på helhetssyn och kontinuitet i vårdarbetet växer sig starkare. Till följd av bl a förändrade arbetsformer med ökat lagarbete av skilda slag som vinner inträde inom hälso- och sjukvården ökar också behovet av samverkan mellan olika personalkategorier.

För ett gott samarbete, där var och ens specifika kompetens och erfarenhet tas till vara på bästa sätt, är det angeläget att man har en grundläggande kunskap och kännedom om varandras arbetsområden och de förutsättningar som gäller för dessa verksamheter. Ett sätt att befrämja samarbetet och förståelsen för angränsande verksamheters arbetsuppgifter är att integrera delar av olika utbildningar.

Studieorganisationen inom den kommunala högskolan erbjuder numera goda förutsättningar för detta, speciellt inom respektive linje. Det är angelä-

get att förutsättningar skapas för en ytterligare samordning mellan skilda utbildningar. Ett exempel på detta är hälsouniversitetet i Linköping. Det är emellertid angeläget att olika modeller i denna riktning prövas. Internationellt finns också förebilder för detta att hämta.

För sjukgymnaster och arbetsterapeuter har beslut fattats om nya påbyggnadsutbildningar. För var och en av dessa personalkategorier kommer en påbyggnadsutbildning med bl a inriktning för arbete inom primärvården att inrättas fr o m 1986/87. Genom dessa påbyggnadsutbildningar tillförs primärvården ytterligare kompetens, som ökar förutsättningarna för ett aktivt rehabiliterings- och förebyggande arbete. Det är angeläget att dessa utbildningar dimensioneras och lokaliseras på ett sådant sätt att de bidrar till en utveckling av primärvården i hela landet.

### Påbyggnadsutbildningar med primärvårdsinriktning

På några håll i landet har påbyggnadsutbildningar i form av enstaka kurser startats med sikte på att bygga upp särskild kompetens för kunskapsområdet som är relevanta för en utvecklad primärvård. Detta är självklart en tendens som ligger i linje med det synsätt som präglar förevarande arbete. En ytterligare utveckling av sådana utbildningar rekommenderas därför.

För att tillgodose önskemålet om en utökad samverkan mellan skilda delar av vårdområdet är det önskvärt att dessa utbildningar liksom olika former av fortbildningar, så långt möjligt hålls öppna för olika personkategorier. Primärvårdens utveckling och det förebyggande, hälsopolitiska arbetet berör självklart de flesta personalgrupper inom hälso- och sjukvården.

Vissa utbildningar och fortbildningar av denna karaktär kan också med fördel bedrivas gemensamt för personal från såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten.

### Praktikfrågan m m

Sedan lång tid har vårdutbildningarna varit en expanderande sektor med ökande krav på tillgång till praktikplatser. Behovet av praktikplatser eller "studieutrymme" inom vårdorganisationen har dessutom påtagligt ökat genom de generella utbildningspolitiska reformer som har beteckningar som yo, pry, prao etc. Utbildningsanordnare, lärare och studerande ger i allmänhet hög prioritet åt praktikplatser inom den traditionella slutna vården. För att både kunna möta de ökande kraven i en stagnerande vårdorganisation och kunna svara mot de vårdpolitiska ambitionerna är det av såväl kvantitets- och kvalitetsskäl nödvändigt att fördelningen av praktikplatserna ändras till förmån för öppnare vårdformer och vård i eget hem. Praktikplatserna vid de mer specialiserade enheterna bör reserveras för de utbildningar där sådan praktik är ett oavvisligt krav.

Ett problem i detta sammanhang har varit och är bristen på kompetenta handledare och på vissa håll, en avsaknad av förståelse för att ett utbildningsansvar även föreligger inom den öppna primärvården. Det är nödvändigt att den öppna primärvårdens möjligheter att ta hand om elever och bedriva en målmedveten utbildning för studerande på samtliga grundutbildningsnivåer tas tillvara.



Generellt inom alla utbildningar gäller att utrymmet för särskilda projekt, specialarbeten, temata etc ökar. Det är angeläget att dessa verksamheter så långt möjligt tar sin utgångspunkt i de förhållanden som gäller inom primärvården och sätts in som en del i det pågående förändringsarbetet.

## 10.4 Fortbildning

Intresset för grund- och vidareutbildningarna som förändringsinstrument har hittills naturligt nog varit mycket stort och dominerat både diskussioner om och resursutrymmet för vårdutbildningarna. Stora förhoppningar ställs med rätta på de förändringar i de utbildningar inom vårdområdet som nu successivt genomförs. Det är dock inte tillräckligt att enbart förändra grund- och vidareutbildningarna. Parallellt med dessa förändringar måste man även genomföra systematiserade utbildningsinsatser för den redan yrkesverksamma personalen för att kunna uppnå den önskvärda utvecklingen inom hälso- och sjukvården.

### Fortbildningen i förändringsprocessen

Den successiva förändringen och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och samhället i övrigt gör att de flesta som idag är verksamma inom vårdområdet kommer att behöva återkomma till utbildning flera gånger under sin yrkesverksamma tid. Med de stora omställningar som kan förutses kommer ständigt nya kunskaper att efterfrågas.

Det är väsentligt ur den enskildes synpunkt att möjlighet ges att vid upprepade tillfällen få förnya sin utbildning när utvecklingen gör gamla kunskaper föråldrade och nya kunskaper blir nödvändiga. Strukturförändringar inom vården gör att viss del av personalen erhåller nya arbetsområden, vilket ofta ställer krav på annorlunda kunskaper än tidigare. Ur den enskildes synpunkt är vanligen fortbildningen även en källa till stimulans, som också ger möjlighet till personlig utveckling och en höjd kompetens.

Ur samhällets och de för hälso- och sjukvården ansvarigas synpunkt är det väsentligt att fortbildningen utnyttjas som ett medel att dels förändra verksamhetens inriktning mot ett mer hälsopolitiskt synsätt dels underlätta och påskynda den strukturförändring som förutsatts. Det är ju i huvudsak den redan anställda personalen som har till uppgift att genomföra dessa förändringar.

Fortbildning aktualiseras även för att möjliggöra den höjning av baskompetensen inom hälso- och sjukvården från vårdbiträdes- till undersköterskekompetens som tidigare diskuterats. Formerna härför bör närmare diskuteras mellan företrädare för staten och landstingen liksom möjligheterna att kombinera arbetsmarknads- och vårdpolitiska motiv.

### Fortbildningen i dagsläget

Fortbildning sker idag inom en rad olika områden och i varierande omfattning för olika yrkesgrupper. Bland annat beroende på fortbildningens karaktär och syfte varierar huvudmannaskapet för denna utbildning. Bland utbild-

ningsanordnarna märks t ex Landstingsförbundet, de enskilda landstingen, socialstyrelsen, högskolan, AMS, KOMVUX, olika fackliga organisationer och specialistföreningar m fl. Någon egentlig samordning och enhetlig målinriktning förekommer sällan. Deltagandet i fortbildningen sker oftast på den enskilde anställdes eget initiativ.

Något mer exakta uppgifter om fortbildningens omfattning finns inte. Vis-sa uppskattningar har gjorts i olika utredningar som behandlar fortbildningsfrågor. Uppgifterna pekar på att mellan 20-30 procent av de anställda inom hälso- och sjukvården får del av någon typ av utbildningsinsats under ett år.

I den utredning om landstingens framtida personalutbildning (den s k PUR-utredningen), som Landstingsförbundet genomförde under 1978-81, framkom bl a att det oftast saknas en långsiktig planering av fortbildningsinsatserna. Några uppgifter i Landstingens femårsplaner om planerad fortbildung finns inte. Det konstaterades också att det i många fall saknas en samlad syn på hur personalutbildningen skall kunna användas i omstrukturerings-sammanhang samt att det behövs en bättre samordning mellan verksamhetsplanering och utbildningsplanering för att fortbildningen skall kunna sättas in i ett långsiktigt sammanhang

### Bättre samordning

En strategisk utgångspunkt för inriktningen på den framtida fortbildningen bör, som nämnts, vara att dessa utbildningsinsatser skall kunna bidra till den erforderliga kompetenshöjningen inom hälso- och sjukvården och stödja den pågående omstruktureringen. Detta ställer krav på en aktivare planering av fortbildningsinsatserna och en samordning av denna planering med landstingens övriga långsiktiga planering. Dessutom behöver en ökad samordning komma till stånd i fråga om planering och genomförande av grund- och vidareutbildning resp fortbildung, bl a för att nå ett rationellare utnyttjande av lärare, lokaler och läromedel. I planeringen av framtida fortbildningsinsatser bör även uppmärksammas möjligheterna att åstadkomma en bättre samordning av utbildningsinsatserna mellan olika utbildningsanordnare t ex mellan KOMVUX, AMU och landstingens egen fortbildung.

### Höjd baskompetens

Om målsättningen att undersköterskenivån skall vara den grundläggande kompetensen för framtidens hälso- och sjukvårdspersonal skall kunna infris behövs särskilda utbildningsinsatser för biträdes- och skötargrupperna. Av den totala biträdesgruppen på ca 120 000 personer, som idag är yrkesverk-samma inom hälso- och sjukvården, saknar många grundläggande vårdut-bildning. Förutom att ge denna grupp erforderlig utbildning behöver även utbildningsinsatser sättas in för att successivt höja kompetensen hos grup-pens utbildade biträden.

I perspektivet fram till sekelskiftet torde knappast grundutbildningens resurser inom gymnasieskolan räcka till för att klara genomförandet av en sådan omfattande utbildningsinsats. Det finns därför skäl att i olika former utnyttja fortbildningens resurser som komplement till grundutbildningen för

ett successivt genomförande av den önskvärda kompetenshöjningen. Detta innebär att en större del av fortbildningsresurserna än vad som hittills varit aktuellt skulle behöva riktas mot biträdes- och skötargrupporna.

### Hälsopolitisk ansats

För att få genomslag för en offensiv hälsopolitik och för att personalen på alla nivåer inom hälso- och sjukvården skall ha en inriktning i sitt arbete att förebygga sjukdom och ohälsa fordras att personalen har kunskaper om de mål som är grunden för en sådan politik och vad detta praktiskt innebär för det dagliga arbetet. Det är därför en viktig uppgift att i utbildningen och fortbildningen föra ut kunskaper om dessa mål och förmedla de kunskaper, färdigheter och attityder som är erforderliga för att dessa mål skall kunna nås. Viktiga förändringar i denna riktning har tagits i de utbildningsreformer som under senare år genomförts i de olika vårdutbildningarna.

Det årliga nytillskottet av vårdpersonal är relativt litet i förhållande till den totala personalkåren inom hälso- och sjukvården. För att genomföra den offensiva hälsopolitiken är det därför inte tillräckligt att enbart förlita sig till den nytillkommande personalen. Även den befintliga personalen behöver tillföras dessa kunskaper och påverkas i sina attityder så att de kan medverka i den förändring som eftersträvas.

Större delen av 1990-talets personalkår kommer trots allt att utgöras av den personal som redan idag finns anställd och som har sin grundläggande vårdutbildning i de utbildningsgångar som gällde under 1960- och 1970-talen. Fortbildningen blir för denna stora personalgrupp ett ytterst väsentligt instrument att använda för att få till stånd de nödvändiga attitydförändringar som behövs och för att få en beredskap hos den befintliga personalen för de förändringar i arbetsuppgifter och arbetssätt som en omstrukturerad vård kan föra med sig.

### Fortbildning för förändring

Satsningen på primärvård samt omstrukturering och koncentration av länsjukvården kommer att innebära ett fortsatt behov av personal med såväl breda baskunskaper i sin vårdutbildning som specialkunskaper för särskilda verksamheter. Om koncentrationen medför en reducering av vårdplatserna inom länssjukvården medför detta även en minskning av personalen inom denna del av vårdområdet. En del av denna omstrukturering kommer att ske i samband med sk naturlig avgång. I vissa fall krävs dock att en del personal måste flyttas över till andra verksamhetsområden och arbeta med annorlunda och i många fall nya uppgifter. För att klara en sådan omställning krävs särskilda utbildningsinsatser. En del av denna utbildning får givetvis ske inom ramen för den reguljära grundutbildningen. Särskilda fortbildningsinsatser är dock nödvändiga i detta sammanhang.

På olika områden finns behov av ett ökat kunskapsflöde mellan primärvården och länssjukvården. Det kan gälla utvecklandet av nya diagnos- och behandlingsmetoder eller utvecklingen av det förebyggande arbetet m m. Ett sådant kunskapsflöde bör i framtiden också kunna ske i fortbildningens olika former genom att personal från primärvården och länssjukvården i

högre utsträckning än vad som för närvarande är aktuellt möts i gemensamma aktiviteter. På så sätt kan de även delge varandra nytt kunskapsstoff och de attityder och värderingar som präglar arbetet inom respektive verksamheter.

På motsvarande sätt bör fortbildningen kunna användas för att öka kunskapsflödet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I en alltmer decentraliserad vårdstruktur finns det behov av gemensamma utbildningsaktiviteter mellan i första hand primärvården respektive psykiatrin å ena sidan och den sociala hemtjänsten å andra sidan.

### Organisatoriska synpunkter

Fortbildning kan givetvis bedrivas i olika former från ren kursverksamhet skild från arbetsplatsen via arbetsplatsanknuten fortbildning till den typ av fortbildning som ligger i det dagliga arbetet. Inte minst när verksamheten är stadd i förändring och utveckling är det väsentligt att personalen stimuleras och vidareutvecklas i sin dagliga gärning i riktning mot de mål som gäller för förändringen. Härigenom underlättas förändringsprocessen och personalen kan komma att bli en pådrivande faktor i denna. Kontinuerlig fortbildning och handledning skall således vara inbyggda i verksamheten och vara en naturlig del av det dagliga arbetet. För att detta skall kunna förverkligas krävs dels en arbetsledning som förstår att utnyttja och utveckla den potential som personalen har, dels att det finns tid för personalutveckling och uppföljning.

För att tillgodose här skisserat utbildningsbehov behövs emellertid utöver detta särskilt formaliserad utbildning. Nya modeller för genomförandet av denna utbildning bör prövas. Istället för att som nu genomgå en utbildning i en sammanhållen kurs bör ett system kunna utformas som möjliggör etappvisa studier. Härigenom skulle de studerande kunna få tillfälle att i organiserad form pröva att arbeta i andra verksamheter än de där de har sin tidigare arbetslivserfarenhet. Behovet av traditionella praktikplatser skulle på så sätt också kunna minska.

En förutsättning för att här relaterade utbildningsinsatser skall få full genomslagskraft är att fortbildningen ses som en del av arbetets innehåll. Att delta i utbildningsaktiviteterna bör därmed snarare ses som ett åliggande än som en förmån. I annat fall är risken uppenbar att utbildningsinsatserna inte i första hand kommer dem tillgodo som bäst behöver dem.

Under förutsättning av att krav på deltagande ställs kan utbildningen och ledigheter härför bättre struktureras och planeras inom ramen för varje vårdenhets. Hänsyn till nödvändiga utbildningsinsatser måste då tas i den lokala personalplaneringen. En sådan strukturerad fortbildning kan också få viss effekt på sysselsättningen på så sätt att den ordinarie befattningshavaren under tiden för sin kompletterande utbildning kan ersättas med vikarier. Härigenom åstadkoms dels att redan anställda får en yrkesutbildning, dels att arbetslösa ungdomar som genomgått vårdlinjen får möjlighet till ett vikariat inom det yrkesområde som de har utbildning för. Omfattningen härav och formerna för hur dessa utbildningsinsatser skall genomföras behöver givetvis närmare analyseras av de enskilda landstingen.

### Lärares fortbildningsmöjligheter

Förutsättningarna att föra ut intentionerna i HS 90 och riksdagens beslut med anledning av den hälsopolitiska propositionen är till stor del en fråga om berörda lärares kompetens.

Det stora flertalet lärare saknar egen utbildning och erfarenhet av primärvårdsinriktat och hälsopolitiskt arbete. Behovet av såväl teoretisk som praktisk fortbildning är för dessa grupper stort, medan möjligheterna till deltagande i fortbildningsaktiviteter synes vara betydligt mindre.

Det är väsentligt att berörda lärare ges möjlighet att delta i olika fortbildningsaktiviteter inom ramen för tjänstgöringen och att särskilda insatser görs på detta område under de närmaste åren för att de hälso- och sjukvårdspolitiska intentionerna skall kunna få fullt genomslag inom de aktuella vårdutbildningarna.

## 11 Forskning och utvecklingsarbete (FoU)

### 11.1 Behov av förstärkt hälso- och sjukvårdsforskning

Utveckling och spridning av kunskaper genom forskning och utbildning är av avgörande betydelse för kvaliteten på den hälso- och sjukvård, som kan erbjudas och för möjligheterna att förbättra vården och omsorgen. Detta är inte minst viktigt då behovet av vård till följd av bland annat pågående åldersförskjutning kommer att bli större och den medicinskt tekniska utvecklingen kommer att ge fortsatta nya framsteg i diagnostik och terapi. Samtidigt är dock det samhällsekonomiska utrymmet för en ytterligare utökning av vårdsektorns resurser starkt begränsat.

Inom hälso- och sjukvården är den medicinska forskningen struktur dominerande. Den bedrivs främst vid universitet och högskolor och till dessa knutna undervisningssjukhus samt till en viss del även inom läkemedelsföretag. Sammantaget har den medicinska forskningen betydande omfattning.

Forskningsorganisationen har hittills endast genom vissa utökningar anpassat sig till den omstrukturerad av hälso- och sjukvården som pågår. Nuvarande forskningsinriktning kan därför inte helt tillgodose de vårdpolitiska målen och växande problemområden. Skäl talar för en förstärkning av forskningsområden som tar hänsyn inte enbart till forskningens egna förutsättningar och behov utan även i högre grad än tidigare till de sociala och hälso- och sjukvårdsmässiga problemen i samhället och de vårdpolitiska ambitionerna. En naturlig utgångspunkt för FoU inom hälso- och sjukvården är de problem som personalen möter i sitt praktiska arbete. Genom att analysera sina egna insatser och erfarenheter kan personalen ge impulser till utvecklingsprojekt och försöksverksamhet.

Forskning och utvecklingsarbete behövs både för en bättre planering och för en fortlöpande effektivisering av hälso- och sjukvården. Kraven på insatser gäller att vid sidan av fortsatt satsning på grundforskning stärka forskningsinsatserna mot bland annat mer förebyggande arbete, decentraliserade vårdformer, psykiska och långvariga sjukdomar, omvårdnadsproblem etc. Hälso- och sjukvårdsforskning kräver ofta insatser från olika vetenskapliga områden – medicin, teknik, samhällsvetenskap, inklusive ekonomi och beteendevetenskap. Denna forskning omfattar t ex frågor om sjukdomsförekomst och vårdbehov, fördelning av sjukvård i befolkningen, hur hälso- och sjukvårdsorganisationen fungerar samt kostnader för och effekter av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

En utvecklad hälso- och sjukvårdsforskning är ett viktigt komplement till medicinsk forskning för att ge kunskapsunderlag för framtida vårdpolitiska överväganden och för en förbättrad planering av hälso- och sjukvården.

En inte oväsentlig del av hälso- och sjukvårdsforskningen kan – och bör – med fördel bedrivas inom primärvården. Även om en förstärkning har skett av resurserna för primärvårdsforskning genom att professuren i allmän medicin inrättats vid universitetssjukhusen saknas dock i stor utsträckning resurser i form av tid och pengar och tillgång till forskningshandledning för att bedriva forsknings- och utvecklingsarbete utanför region- och undervisningssjukhusen. Det är nödvändigt att åtgärder vidtas för att stimulera FoU-arbetet inom primärvården och att möjligheter till handledning och forskarutbildning inom detta område tillskapas. Uppbyggnaden vid universiteten av särskilda allmänmedicinska institutioner med förankring inom primärvården är ett led i detta syfte. För att ämnesområdet skall vidareutvecklas i högskolan och få en starkare ställning i läkarnas grundutbildning bör på sikt alla medicinska fakulteter tillföras professur i allmänmedicin.

Det är angeläget att nya personalgrupper deltar i forsknings- och utvecklingsprocessen. Personer inom hälso- och sjukvård som är lämpliga och intresserade för sådana projekt bör därför på olika sätt stimuleras att delta häri. Den reformerade högskoleutbildningens forskningsanknytning som ger allmän behörighet för forskarutbildning, är här av stor betydelse.

I riksdagens riktlinjer för den framtida hälso- och sjukvårdspolitiken (prop 1984/85:181) framhålls bl a att den svenska medicinska forskningens erkänt framstående ställning skall bibehållas och vidareutvecklas bl a genom att i högre grad inriktas mot prevention, allmänmedicin, epidemiologi, omvårdnad och rehabilitering i ett tvärvetenskapligt perspektiv.

## 11.2 Forskning om personal och utbildning

I den allt kärvare ekonomiska situation, som hälso- och sjukvården står inför, skärps kraven på förmåga att utvärdera befintliga verksamheter, att prioritera mellan olika insatser samt att omstrukturera inom ramen för befintliga resurser. Det kommer att bli nödvändigt att omfördela tillgängliga resurser inom hälso- och sjukvården i överensstämmelse med den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken. Härigenom erhålls möjligheter att förbättra och utvidga de förebyggande insatserna inom primärvården, omsorgen om de äldre och långtidssjuka samt att modernisera den psykiatriska vården.

Det är nödvändigt att genom forskning- och utvecklingsarbete utöka kunskaperna om sambanden mellan insatta resurser och effekterna av dessa samt att utarbeta metoder för att följa, analysera och utvärdera både produktions- och prestationsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Det är nödvändigt att utveckla det kunskapsområde – hälsoekonomi – som tar sikte på frågor om prioritering och hushållning med de knappa resurser – innefattande även personal – som är avdelade för att främja hälsa samt förebygga, lindra och bota sjukdomar och skador.

Hälso- och sjukvården är mycket personalintensiv. Det finns inom denna verksamhet små möjligheter att på samma sätt som t ex inom industrin öka

produktiviteten genom att ersätta personal med maskiner. En sådan utveckling är självklart heller inte önskvärd. Trots att personalkostnaderna utgör den klart dominerande kostnadsposten inom hälso- och sjukvården har hälso- och sjukvårdsforskningen hittills i mycket begränsad utsträckning sysslat med frågor som rör t ex personalens sammansättning och dess relation till vårdens resultat och effekter.

Personalplaneringen och den till denna kopplade utbildningsplaneringen är, som tidigare nämnts, ett av de viktigaste instrumenten för att förändra hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdspolitiska mål. Inom vissa andra länder – bl a Frankrike – bedrivs en omfattande hälsoekonomisk forskning med inriktning på personal- och utbildningsförhållanden. Intresset för att studera sådana frågor har dock hittills varit begränsat i Sverige.

En förändrad inriktning av samhällets vårdpolitik för med sig krav på ändringar både av vårdutbildningarnas innehåll och av deras dimensionering. Det är angeläget att utveckla metoder för att följa och analysera personalsituationen och kraven på förändringar i vårdutbildningar av såväl kvalitativ som kvantitativ art. Det är även angeläget att få fram bättre prognosmetoder för att kunna bedöma framför allt efterfrågan på personal i ett längre perspektiv utifrån olika vårdutbyggnadsalternativ än vad som är möjligt idag.

Den tidigare bristen på utbildad personal jämte kraven på ökad specialisering har medfört att en rad nya personalkategorier med alltmer begränsade arbetsuppgifter inföts inom sjukvården. Denna utveckling har tillfört sjukvården nya möjligheter för diagnostik och behandling men har också starkt påverkat vårdarbetets uppläggning. Denna utveckling anses emellertid numera försvåra bl a strävan efter helhetssyn och kontinuitet inom hälso- och sjukvården liksom utvecklingen mot lagarbete.

Studier är nödvändiga om arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården och deras fördelning såväl på olika personalkategorier som på personer inom samma kategori men med olika kompetens (t ex mellan läkare på olika nivåer). Hit hör också frågor om fördelning av arbetsuppgifter och ansvar mellan olika personalkategorier i samband med lagarbete samt möjligheter att delegera eller överlämna arbetsuppgifter till andra, patienterna närstående personer. Det är vidare angeläget att få ökade kunskaper om personalrörlighet och om personalbemanning i olika situationer – bl a under dagtid och under jour och beredskap – med hänsyn till olika tillgänglighets- och servicebehov. Här bör också erinras om de konsekvenser som följer inom hälso- och sjukvården av eventuella förändringar i arbetstid och i aktivitetsgrad hos personalen.

Stort intresse har slutligen jämförande studier av personalsammansättningen inom olika vårdområden/vårdverksamheter men också mellan olika länder. Här kan t ex konstateras de skillnader i personalstruktur som finns mellan de nordiska länderna, trots den likartade inriktning och utformning som hälso- och sjukvården i övrigt har i dessa länder.

Många av de frågor som ovan angivits kan lämpligtvis utredas och studeras inom administrativa organisationer och myndigheter. För ett sådant utrednings- och utvecklingsarbete behövs dock kunskaper, inte minst beträffande metoder och tekniker som måste tas fram genom forsknings- och utvecklingsarbete vid universitetsinstitutionerna.





## 12 Fortsatt arbete

De erforderliga förändringar inom hälso- och sjukvården, som på olika sätt beskrivits i HS 90-arbetet och som understrukits i de riktlinjer för läns- och regionsjukvårdspolitiken, som riksdagen fastställt under våren 1985 (prop 1984/85:181), ökar kraven på en aktiv personal- och utbildningsplanering. Omstrukturering av vården, nya uppgifter inom det förebyggande området samt behov av samordnande insatser såväl inom hälso- och sjukvården som mellan denna och andra verksamhetsområden i samhället utgör exempel på förändringar, som på olika sätt får konsekvenser för personalen. Som tidigare angivits kan det gälla innehåll i utbildningar, sätt att arbeta, fördelning av arbetsuppgifter, personalsammansättning och tillgång och efterfrågan på personal.

Beskrivningen av personal- och utbildningsfrågorna i denna rapport har av naturliga skäl fått göras på en relativt översiktlig nivå och i första hand med utgångspunkt från den nationella nivån. Detta har betytt att vi inte har kunnat fördjupa oss i enskilda frågor som i sig kan ha stor betydelse för personalutvecklingen i framtiden. Vi har här utifrån ett helhetsperspektiv mer fått antyda problem och ange olösta frågeställningar, som behöver belysas ytterligare genom fortsatta studier och analyser på en mer detaljmässig nivå.

I den fortsatta personal- och utbildningsplaneringen på såväl central som regional och lokal nivå erfordras en rad olika insatser för att klarlägga förutsättningarna för kommande förändringsarbete och precisera åtgärder för att genomföra den önskvärda utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Sådana insatser behöver göras för att närmare analysera personalfrågorna från såväl kvalitativa som kvantitativa utgångspunkter inom särskilda verksamhetsområden, exempelvis inom primärvården, läns- och regionsjukvården, psykiatri och äldreomsorgen. Ett sådant arbete kan kombineras med olika försöksverksamheter på lokal nivå.

Vidare behöver formerna för personal- och utbildningsplaneringen utvecklas. Härvid behöver särskild uppmärksamhet ägnas behovet av närmare samverkan mellan vårdplanering, personalplanering och utbildningsplanering. Olika insatser behövs också för att utveckla ett bättre informationsunderlag som grund för beskrivningar av personalsituationen och bedömningar om den framtida personalutvecklingen.

I det följande preciseras några områden där fortsatt arbete med personalplanering och till denna anknuten utbildningsplanering behövs. Därvid konkretiseras också vissa förslag till åtgärder.

## Personal inom framtida primärvård

En viktig utgångspunkt för HS 90-arbetet och ett av de mer centrala hälso- och sjukvårdspolitiska målen är en upprustning av primärvården och en förstärkning av dess aktiviteter såväl när det gäller traditionellt vårdande uppgifter som ifråga om individ- och samhällsinriktade förebyggande insatser. Av särskild betydelse är att analysera personalens arbetsuppgifter inom primärvården och deras fördelning på olika personalkategorier. Det har i det hittillsvarande HS 90-arbetet inte varit möjligt att fördjupa sig i sådana personalstudier. Det är därför angeläget att studier om personalens arbetsuppgifter inom primärvården prioriteras i det fortsatta arbetet.

I en sådan studie bör bl a ingå att konkretisera arbetsuppgifter för personal i primärvården i förhållande till bl a arbetsuppgifter för personal inom länssjukvården och angränsande delar av socialtjänsten. Andra frågor som behöver belysas är relationen distriktssköterska, allmänsjuksköterska och undersköterska, specialistutbildade läkare och sjuksköterskor (innefattande barnmorskor) inom och i anslutning till primärvården, tillgodoseende av social kompetens inom primärvården och av samhälls- och beteendevetenskaplig kompetens inom primärvårdens förebyggande arbete.

I anslutning härtill måste särskild uppmärksamhet ägnas psykiatri i enlighet med de riktlinjer som angivits om en sektoriserad och decentraliserad sådan verksamhet. I anslutning till HS 90-arbetet har ett projekt genomförts inom socialstyrelsen med syfte att kartlägga effekterna för personalen i den framtida psykiatri, bl a vad gäller de psykiatriska arbetslagens sammansättning, arbetsuppgifter, kunskapsbehov och dimensionering. Projektet kommer att redovisas i början av 1986. Av betydelse för den fortsatta personal- och utbildningsplaneringen inom detta område är också SPRI:s studier om samverkan mellan den psykiatriska verksamheten och socialtjänsten.

Utvecklingen inom äldreomsorgen/långtidssjukvården gör också att hörande personalfrågor bör särskilt uppmärksammas i den nämnda personalstudien. Analyserna av personalen i den framtida äldreomsorgen bör i första hand inriktas på att klarlägga behovet av olika personalgrupper såväl inom den institutionella vården som inom hemsjukvården, innehållet i den framtida personalens arbetsuppgifter samt de utbildningsbehov, som kan förutses som en följd av förväntade förändringar inom äldreomsorgen.

I ett sådant fortsatt arbete är det angeläget att utöver hälso- och sjukvårdspersonalen särskilt beakta de konsekvenser som framtida förändringar inom äldreomsorgen kan ha på personalen inom den sociala hemtjänsten. Detta blir speciellt betydelsefullt eftersom HS 90-arbetet varit avgränsat till att enbart behandla hälso- och sjukvården och dess personal.

## Personal inom den framtida länssjukvården

Den förändring av vårdstrukturen som HS 90 förordar innebär för läns- och regionsjukvårdens del en koncentration och effektivisering av vården. Uppgifter och arbetsformer kommer successivt att omprövas och förändras i takt med att en ökad satsning på rehabiliterings- och aktiveringsarbete får genomslag i vården. Därmed kommer också genomströmningen i länssjukvården att öka.

Patient sammansättningen i länssjukvården kommer att förändras bl a kommer en större del av patienterna genomsnittligt sett att vara äldre än vad som för närvarande gäller. Patienterna kommer också att vara mer vårdkrävande genom att vårdtiderna ytterligare förkortas och intagning av patienter för lättare vårdbehov begränsas. Komplexiteten i vårdarbetet kommer sannolikt att öka ytterligare till följd av att den medicinska tekniska utvecklingen går vidare samt genom att diagnos- och behandlingsarbetet utvecklas och patientunderlaget förändras. Kraven på bättre kontinuitet i vården, ökad information till patienter om behandlingsmöjligheter samt behovet av ökade insatser i det individ- och samhällsinriktade förebyggande arbetet är andra faktorer som talar för en ökad komplexitet i vårdarbetet.

Sammantaget leder dessa utvecklingstendenser till att arbetsuppgifterna för personalen inom läns- och regionsjukvården successivt förändras. Till detta kommer också att ett ökat utnyttjande av 5-dygns vård, gemensamma vårdavdelningar och förändringar i jourorganisationen får konsekvenser i form av nya och förändrade uppgifter för personalen.

Mot den bakgrunden är det angeläget att i ett fortsatt arbete mer ingående kunna analysera läns- och regionsjukvårdens framtida personalstruktur. Därvid behöver särskilt uppmärksammas fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika personalgrupper, samt personalsammansättningen för vårdavdelnings- och mottagningsarbetet inom länssjukvården samt den kompetens denna personal behöver ha. Ett sådant fortsatt arbete bör syfta till att få fram lämpliga modeller för personalstrukturen inom olika enheter.

### Personal inom medicinsk service

Verksamheten inom den sk medicinska servicen, dvs anestesi, röntgen och kliniska laboratoriespecialiteter, blir successivt alltmer tekniskt inriktad. Utvecklingen ställer krav på en delvis förändrad personalstruktur. Inom delar av verksamheten ersätts viss vårdpersonal med personal med teknisk grundkompetens. För kvarvarande vårdpersonal erfordras kompletterande fortbildning och i vissa fall förändringar i grundutbildningen. Den senaste mer ingående analys över den medicinska servicen genomfördes av socialstyrelsen 1975.

Enligt HS 90 skall huvuddelen av den kliniska laborieverksamheten koncentreras till länssjukhusen. Frågan om vilken kompetens som erfordras för att sköta verksamheten lokalt inom primärvården och vid mindre enheter samt hur en sådan verksamhet bör dimensioneras personalmässigt mm, har dock inte lösts. En rad frågor i anslutning till personal- och utbildningsplaneringen behöver således studeras inom den medicinska servicen.

### Ökad samverkan mellan vårdutbildningarna

Med den utveckling som skisserats för hälso- och sjukvården i HS 90-projektet ökar behovet av samverkan dels inom hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsområden och verksamhetsnivåer, dels mellan hälso- och sjukvården och andra sektorer, i första hand socialtjänsten.

Det ökade behovet av samverkan får också återverkningar på vårdutbildningarna. Viss samverkan har redan åstadkommit genom reformeringen av

de kommunala högskoleutbildningarna. Det är dock angeläget att förutsättningar skapas för en ytterligare samverkan mellan skilda utbildningar, i första hand mellan läkarutbildningen och de kommunala högskoleutbildningarna.

Ett ambitiöst exempel på sådan samverkan planeras vid hälsouniversitetet i Linköping som påbörjar sin verksamhet i juli 1986. Det är angeläget att denna verksamhet ges reella möjligheter att byggas upp som ett komplement till den traditionella vårdutbildningen.

Behov finns dessutom av ytterligare former av samverkan mellan vårdutbildningar som ger nya möjligheter till samarbete i det praktiska vårdarbetet. Fortsatt arbete bör därför inriktas på att ta fram sådana nya modeller.

### Läkares vidareutbildning m m

Dagens vidareutbildning för läkare är med sin inriktning på mer än 40 specialiteter och därutöver ett antal särskilda behörighetsämnen, ett förhållandevis stelt och osmidigt utbildnings- och kompetenssystem. Detta system, som i sina huvuddrag byggdes upp i mitten av 1960-talet på grundval av en äldre specialistutbildningstradition, är inte anpassat till den utvecklingssituation som hälso- och sjukvården nu står inför. För sjukvårdshuvudmännen har systemet och den reglering som finns kring vidareutbildningen inneburit växande svårigheter att rationellt utnyttja underläkarnas arbetsinsatser under tiden för vidareutbildningen. Förändrade regler inom arbets- och sociallagstiftningens område med ökade möjligheter för den enskilde läkaren till tjänstledigheter, deltidstjänstgöring m m och tjänstgöringsavsnittens förläggning och omfattning har också medfört vissa administrativa problem. En inriktning mot totalbemanning av läkarresurserna vid kliniker och vårdcentraler gör det svårare att få utrymme för de i nuvarande regler föreskrivna tjänstgöringsavsnitten från andra specialiteter än den egna.

Nyligen har påbörjats en översyn av vidareutbildningen. Denna bör syfta till att åstadkomma ett mer flexibelt system och en bättre anpassning av vidareutbildningen till kommande arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsområden.

### Fortbildning

Tidigare har vikten av en satsning på fortbildning för olika personalgrupper framhållits. Det gäller härvid att ge fortbildningen en aktiv och pådrivande roll i det hälsopolitiska arbetet och i förverkligandet av statsmakternas riktlinjer för vårdpolitiken.

I den hälsopolitiska propositionen framhålls att den fortbildning som syftar till att understödja förändringsprocessen inom hälso- och sjukvården måste ges hög prioritet. Vidare framhålls att omfattningen av och formerna för fortbildningen närmast är en fråga för arbetsmarknadens parter att besluta om. Likaså är det angeläget att finna former för lokal samordning av grund- och vidareutbildning med olika slag av fortbildning.

En viktig uppgift på central nivå blir att verka för att ta fram underlag för fortbildningen och även ge exempel på och vissa riktlinjer för hur fortbildningen kan läggas upp.

## Fortsatt prognosarbete

I HS 90-arbetet har vissa bedömningar gjorts av den framtida tillgången och efterfrågan på personal. Efterfrågebedömningarna baseras på olika antaganden om ekonomisk utveckling, yrkesverksamhet och arbetstidsförhållanden mm (trendprognoser) men också på vissa antaganden och strukturförändringar i värden och till dessa knutna personaltäthetsförändringar mm (programmatisk prognos). Även om efterfrågeprognoserna måste betraktas som relativt osäkra bör de dock kunna användas som underlag för bedömningen av inriktningen och nivån på de framtida utbildningsinsatserna.

I det fortsatta arbetet med de kvantitativa personalfrågorna är det angeläget att bättre än hittills följa upp personalutvecklingen och analysera de förändringar i personalresursernas omfattning, fördelning och utnyttjande som sker. Det är därvid också nödvändigt att ta fram ett bättre underlag för att bedöma den aktuella personalsituationen och för att beskriva utvecklingen inom olika geografiska områden och verksamhetsområden liksom för olika personalgrupper. Denna typ av kunskapsunderlag behövs för att ge aktuella lägesbeskrivningar och för att kunna stämma av personalutvecklingen mot de långsiktiga prognoserna.

HS 90-projektets personalprognoser förutsätts därvid utgöra inledningen till ett rullande prognosarbete. På grundval härav bör det senare bli möjligt att successivt anpassa inriktningen av och nivån på utbildningsinsatser mm med hänsyn till de nya kunskaper och erfarenheter som tas fram vid det fortsatta prognosarbetet.

Med den översiktlighet som HS 90-arbetet har haft har det inte funnits utrymme att mer ingående analysera problemen och utvecklingslinjerna för enskilda yrkesgrupper. I det fortsatta arbetet bör sådana analyser genomföras. För läkarnas del kan detta exempelvis ske inom ramen för det fortsatta LP-arbetet. Fördelningen av personalgruppen med medellång vårdutbildning på olika yrkesgrupper bör särskilt analyseras i ett fortsatt arbete.

I det fortsatta personalplaneringsarbetet är det också angeläget att uppmärksamma yrkesgrupperna med kort vårdutbildning i syfte att ta fram ett bättre underlag för bedömning av deras framtida utveckling och om behovet av fortbildningsverksamhet mm.

För att komplettera de personalprognoser som görs på central nivå bör ett ökat samarbete utvecklas med den regionala nivån. Härigenom bör en bättre samordning av olika personal- och utbildningsbedömningar kunna komma till stånd. På sikt skulle ett sådant samarbete även kunna leda till att ett system med en fördjupad regional personal- och utbildningsplanering utvecklas.

Från olika utgångspunkter i olika sammanhang har i denna rapport framhållits det angelägna i en närmare samverkan av verksamhetsplanering, personalplanering och utbildningsplanering. Det är inte bara på central nivå som en sådan samverkan behövs. Även på regional och lokal nivå behöver detta ske. Det bör därför vara en angelägen uppgift för landstingen att såsom huvudmän för både vårdverksamhet och vårdutbildning inom sina områden samordna dessa planeringsaktiviteter.

## Statistikfrågor

I riktlinjerna för HS 90-arbetet angavs bl a som en viktig förutsättning för arbetet med personal- och utbildningsplanering att förbättra vårdpersonal- och utbildningsstatistiken så att den i ökad utsträckning kan utgöra underlag för personalprognoser av skilda slag. I HS 90-projektet har det dock inte varit möjligt att närmare analysera hithörande frågor. Det har emellertid visat sig vid bearbetningarna av materialet i HS 90 att det statistikunderlag som är tillgängligt i många avseende är bräckligt och dåligt anpassat för personalplanering.

På central nivå finns i huvudsak statistikunderlag angående personal att hämta från LKELP och Landstingsförbundets personalstatistik, socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal samt nationalräkenskaperna. Statistik inom utbildningsväsendet produceras av SCB.

Betydande svårigheter föreligger att bryta ner personalstatistik på ett sätt som är jämförbart med verksamhets- och ekonomisk statistik. Den faktiska arbetsinsatsen har heller inte utretts i någon form av statistik. Att relatera arbetsinsats till prestation o dyl är därför inte möjligt.

För att förbättra underlaget för prognosverksamhet behöver utbildningsstatistiken förbättras för att bl a ge svar på genomströmning i olika utbildningar. Personalstatistiken behöver utvecklas ifråga om möjligheterna att beskriva t ex utbildningsbakgrund yrkesverksamhet och aktivitet samt faktisk arbetstid. Dessutom behöver personalstatistiken förbättras för de yrkesgrupper som inte har legitimation, inte minst för de med kort vårdutbildning. Även för yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvård men utanför den offentliga vården finns behov av bättre uppgifter.

Mot denna bakgrund bör därför behovet av förbättrat statistikunderlag närmare preciseras bl a inom ramen för pågående översyn av LKELP.

Särskild betydelse för att följa upp utvecklingen har också de register, som socialstyrelsen f n disponerar. Det är angeläget att fortsatt tillgång till dessa register garanteras och att de också kontinuerligt kan aktualiseras.

## Bilaga 1

# Personaldimensionering för specialiserad vård – allmän psykiatri inkl rättspsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri

Av *Ulf Brinck, Anne-Sophie Gadd, Gunnar Holmberg, Börje Lassenius, Börje Strand och Olle Östman.*

## 1 Hittillsvarande utveckling

### 1.1 Vårdens omfattning och personalsituation 1978–83

Den psykiatriska vården är stadd i snabb förändring från en tidigare i hög grad institutionscentrerad vård inriktad på ett mer eller mindre varaktigt omhändertagande till en modern psykiatrisk vård inriktad på rehabilitering och aktivering och med patienten så långt möjligt kvar i sin naturliga miljö. Utvecklingen har emellertid kommit olika långt inom skilda delar av landet och en gammal organisation lever kvar sida vid sida med en ny sektoriserad psykiatri.

Av tabell 1 framgår den psykiatriska vårdens utveckling vad gäller vårdens omfattning och personaltillgång (uttryckt i antal årsarbeten) under perioden 1978–83.

Redovisningen baseras på uppgifter ur LKELP och en bearbetning av landstingens årliga redovisning av personalsituationen och motsvarande primärkommunala redovisning.

Den officiella statistiken ger inte direkt besked om antalet anställda inom olika vårdområden. De i tabellen redovisade uppgifterna utgör således uppskattningar.

Vården och personalen vid enskilda vårdhem för psykiatrisk vård framgår inte av tabellen. Den enskilda vården är relativt konstant och omfattar omkring 2 900 vårdplatser och drygt 1 miljon vård dagar per år. Uppskattningsvis utförs vid de enskilda vårdhemmen omkring 2 000 årsarbeten för skötare och biträden samt omkring 500 årsarbeten för vardera sjuksköterskor och ekonomipersonal.

Tyvärr finns ingen officiell statistik som redovisar besöksverksamheten hos annan personal än läkare inom psykiatrin. Sannolikt har dock denna verksamhet t ex i form av skötares och sjuksköterskors kontaktmannabesök, psykolog- och kuratorskontakter mm, ökat betydligt snabbare än antalet läkarbesök.



**Tabell 1 Offentlig, psykiatrisk vård 1978–83. Vårdplatser, verksamhetens omfattning och antal årsarbeten (avrundade tal)**

	1978	1980	1983	Förändring i % 1978–83
Vårdplatser	30 300	27 000	24 400	-19%
Intagningar	132 000	129 500	121 000	- 8%
Vård dagar	9 251 000	8 480 000	7 750 000	-16%
Läkarbesök	870 000	903 000	909 000	+ 4%
Årsarbeten				
Läkare	1 050	1 200	1 550	+48%
Sjuksköt. arbetsterapeuter				
sjukgymn. mfl.	4 500	5 000	5 500	+22%
Skötare o biträden	23 400	25 600	23 000	- 2%
Förv och adm.pers	5 700	6 300	8 000	+40%
psykol, kurator				
Ekonomi, transport och teknisk pers	10 000	10 400	8 600	-14%
Summa årsarbeten	44 000	48 500	46 700	+ 6%

Av den totala personalen har således omkring 75 procent arbetsuppgifter med direkta patientkontakter. Omkring hälften av personalen utgörs av skötare och biträden. Till biträdesgruppen hör bl a sjukvårdsbiträden, mottagningsbiträden och arbetsterapibiträden m fl. Till den administrativa personalen hör utöver förvaltningspersonal på skilda nivåer även t ex läkarsekretare och även annan personal med beteendevetenskaplig kompetens än kuratorer och psykologer tex fritidsledare. I tabellen har även inräknats den andel av personal vid central förvaltning mm som faller på det psykiatriska vårdområdet men som i regel bokförs som gemensam administration etc. De totalt omkring 47 000 redovisade årsarbetena 1983 utförs av omkring 60 000 anställda.

Personalsituationen inom den psykiatriska vården varierar mellan olika sjukvårdsområden. Detta beror bl a på att den psykiatriska sjukvårdsorganisationen är uppbyggd och dimensionerad på olika sätt, men också på varierande rekryteringsmöjligheter inom olika delar av landet.

Under en lång följd av år har dimensioneringen av personal inom psykiatrin kännetecknats av en bristsituation. Speciellt kännbar har bristen på vidareutbildade läkare inom psykiatri varit, men även bristen på läkare under vidareutbildning och psykiatriskt utbildade sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaser har varit påtaglig. Vad gäller skötargruppen har personal i allmänhet kunnat rekryteras i erforderlig omfattning, men ofta till priset av bristande formell kompetens. På flera håll saknar omkring en tredjedel av skötargruppen således fortfarande formell utbildning för sina arbetsuppgifter.

Den utveckling som återspeglas i tabellen med en ökande andel av vårdpersonal med längre utbildning indikerar att rekryteringsförhållandena nu förbättrats och möjligheterna att anställa kvalificerad personal ökat. Denna utveckling fortsätter och möjligheterna att anställa välutbildad personal ökar successivt. Personalplaneringen kan därmed i allt högre grad inriktas på en behovsriktad planering. Det är också en sådan situation som de dimensioneringsförslag som redovisas i det följande baseras på.

En annan väsentlig förutsättning för de framlagda förslagen och för dimensioneringen av psykiatrin är att primärvården och den sociala hemtjänsten byggts ut på ett helt annat sätt än vad som för närvarande är för handen. De förändringar som är nödvändiga för ett genomförande av en modern psykiatrisk vårdorganisation är således inte isolerade till psykiatrin.

## 1.2 Psykiatrins sjukdomspanorama och patientgrupper

Det senaste decenniets förändringar av den psykiatriska vårdens organisation och inriktning har sin grund i ambitionen att bättre anpassa vårdens resurser till patienternas och befolkningens behov av vård och stöd.

Förekomsten av olika former av psykisk ohälsa är mycket utbredd. Från tvärsnittsstudier inriktade på hela befolkningen rapporteras förekomsten av psykisk insufficiens dvs lindrigare psykisk ohälsa ligga mellan 15 och 25 procent av befolkningen. Endast en mindre del av dessa människor behöver dock stöd under någon fas från den psykiatriska vården sida. Merparten klarar sig genom sina problem och kriser själva eller med hjälp av anhöriga etc – andra lever vidare med dem. Åter andra får stöd inom socialtjänsten eller genom primärvården. Den observerade frekvensen av svår psykisk ohälsa, där också behovet av psykiatriska insatser är mer uttalade brukar anges till 3–4 procent av befolkningen.

Merparten av psykiatrins patienter omhändertages inom den öppna vården. Den öppna vårdens omfattning och diagnospanorama är inte heltäckande kartlagd. Den öppna vården varierar emellertid mycket beroende bl a på epidemiologiska förhållanden och tillgängliga resurser inom psykiatrin och angränsade verksamheter. Från en fullt utbyggd psykiatrisk öppen vård som den i Nacka-Värmdö psykiatriska sektor rapporteras att man under en 2-års period kommer i kontakt med 6 procent av den vuxna befolkningen och 9 procent om även barnen medräknas.

Inom den slutna psykiatriska vården utgörs de största patientgrupperna av patienter med schizofreni och patienter med olika demenstillstånd. Dessa grupper omfattade 38 resp 21 procent av samtliga inneliggande patienter vid socialstyrelsens senaste patientinventering 1982. I relation till antalet invånare i landet utgör antalet inneliggande patienter med dessa diagnoser 115 resp 63 per 100 000 invånare. Dessa tal innebär emellertid en påtaglig sänkning i förhållande till vad som gällt tidigare. Till följd av framförallt ett förändrat behandlingsinnehåll har vårdtiderna för schizofrena kunnat förkortats väsentligt. Minskningen av antalet patienter med demensdiagnos sammanhänger framförallt med att patienter med denna diagnos numera omhändertas inom den somatiska långvården på många håll i landet.

Bland de patientgrupper som under senare år ökat inom den slutna psykiatrin märks i första hand patienter med huvuddiagnos alkoholism och patienter med diagnosen "övrig psykos". Vårdtiderna för båda dessa grupper är relativt korta vid varje inskrivningstillfälle men de svarar för en betydande del av samtliga vårdtillfällen, 38 procent resp drygt 8 procent. Ökningen av antalet vårdtillfällen för dessa patientgrupper under de senaste 20 åren har varit anmärkningsvärd. Antalet patienter med alkoholdiagnos har således ökat ca åttafaldigt och patienter med övrig psykos drygt fem-faldigt under perioden 1962-81. Bland övriga grupper med många vårdtillfällen märks neuros-patienterna med 15 procent och de schizofrena med 8 procent.

All planering av psykiatrisk vård inför 1990-talet tar sikte på en kraftig reduktion av antalet vårdplatser. Vårdinsatserna förutsätts i stället komma att förläggas utanför institutionerna och i patienternas hem. Målsättningen är att mot slutet av 1990-talet ha reducerat antalet ineliggande patienter från omkring 25 000 i början av 1980-talet till omkring 12 000. Av tabell 2 framgår hur denna minskning kan komma att fördelas på olika patientgrupper med utgångspunkt från socialstyrelsens inventering 1982.

**Tabell 2 Patientgrupper inom slutna allmän psykiatrisk vård**

Grupp	På psykiatrisk institution		Förändring
	1982	1995-2000	
Korttidsvårdade (högst 3 mån)	6 400	4 000	- 2 400
Vårdtid över 3 mån			
Åldersdemens	4 600	1 000	- 3 600
Schizofrena och övriga psykoser	10 500	5 000	- 5 500
Alkoholism	1 000	500	- 500
Övriga	2 500	1 500	- 1 000
Summa	25 000	12 000	-13 000

De patienter som inte längre kommer att återfinnas inom den slutna psykiatriska vården kommer i flertalet fall att behöva stöd inom den öppna psykiatrin och av primärvården. För många krävs också insatser från socialtjänstens sida bl a genom insatser av hemtjänsten och aktiviteter vid primärkommunala dagcentraler mm. I det följande redovisas en tänkbar utveckling för de olika patientgrupperna.

*Korttidsvårdade* Huvuddelen av de patienter som behöver psykiatriska behandlingsinsatser får dem av en utbyggd psykiatrisk vårdorganisation i öppna och halvöppna vårdformer. Vårdtiderna förkortas och den slutna vården utnyttjas mer intensivt. Minskningen av platser torde knappast ge utslag i någon större utsträckning i form av ökade arbetsinsatser utanför den psykiatriska organisationen.

*Åldersdemenser* Epidemiologiska studier tyder på att demenstillståndet kan vara på en svag tillbakagång. Emellertid visar samtidigt befolkningsprognoserna på att andelen åldringar särskilt i gruppen över 75 år kommer att öka kraftigt mot år 2000. Av detta följer att den relativa andelen av gamla människor inom akut- och korttidsvården förväntas bli större. Detta faktum talar för att särskilda resurser för geropsykiatrisk utrednings- och behandlingsverksamhet kan behöva utvecklas i samarbete mellan psykiatri och primärvård. Positiva erfarenheter av aktivt rehabiliterande och funktionsuppehållande behandlingsarbete finns idag att tillgå. Decentraliserade dagsjukvårdsenheter behöver byggas ut och hemsjukvårdsinsatserna förstärkas vilket kan förebygga och uppskjuta ett slutenvårdsbehov. Principiellt ligger dessa vårduppgifter på primärvården i samverkan med socialtjänsten. Många av dessa patienter kommer att kunna tas hand om i sjukvård i hemmet i samarbete med sociala hemtjänsten. Större delen av de 3 600 patienter som lämnar psykiatrin beräknas behöva plats på lokala sjukhem och kräver således personal i primärvården. Ett ökat antal vårdplatser på lokala sjukhem för denna grupp behövs också. Här beräknas en mindre grupp vara kvar inom psykiatrin under utredningsfasen och för kortare vårdinsatser.

*Schizofreni och andra psykoser* Mellan 1962 och 1982 har utskrivits ca 10 000 långvarigt vårdade med diagnosen schizofreni. Rent epidemiologiskt ligger incidensen av schizofreni i befolkningen tämligen stabilt och denna grupp kommer i oförändrad omfattning att tas om hand i psykiatrisk verksamhet. Den redan påtalade minskningen av psykiatrisk långtidsvård av schizofrena är en följd av att behandlingsmetoderna blivit effektivare och att vården därför förskjutits mot öppnare former. I en förändrad vårdorganisation bör de patienter som fordrar dygnet-runt omhändertagande under lång tid i första hand få sin vård vid mindre behandlingsenheter under hemlika förhållanden för att undvika hospitaliseringskador.

Ytterligare 5 000 patienter beräknas kunna vårdas i öppna former. En del av dem behöver kanske inte långvariga stödinsatser men uppskattningsvis 10 000–12 000 personer i denna grupp behöver fortsatt stöd från psykiatrin men även insatser från social hemtjänst och sociala dagcentraler etc motsvarande totalt 1 000 - 1 500 årsarbeten. Det är dock att märka att kanske hälften av den insatsen sker redan idag.

*Alkoholism* Personer med alkoholproblem ianspråkar idag en stor del av psykiatrins resurser. Av alla vårdtillfällen utgör 40 000–50 000 per år vårdtillfällen för personer med alkoholproblem. En ökning av arbetsuppgifter för socialtjänsten och primärvården beräknas ske på detta område i framtiden. Det är svårt att uppskatta arbetsinsatsernas omfattning då man idag har dålig kunskap om hur stor andel av socialtjänstens tid som går till sådana uppgifter.

*Övriga* Inom psykiatrin vårdas många människor med skilda psykiska störningar och problem men där vården på psykiatrisk institution till viss grad också betingas av sociala skäl. En utbyggd socialtjänst och en bättre avgränsning av psykiatrins ansvarsområde gör säkert att vissa av dessa patienter kommer att tas om hand inom socialtjänsten och primärvården istället för inom psykiatrin men å andra sidan gör den planerade utvecklingen av den psykiatriska vårdorganisationen att den i sin tur kan avlasta och stödja primärvården och socialtjänsten.

Genom ett utökat och förbättrat samarbete mellan psykiatrin, primärvården och socialtjänsten kan behandlingsmässiga och humanitära vinster erhållas. Ett utökat samarbete kan emellertid medföra ett ökat behov av personal även inom socialtjänst och primärvård.

### 1.3 Några exempel på personaldimensionering inom allmän psykiatri

De lokala förutsättningarna för att bygga upp och dimensionera den psykiatriska vården varierar påtagligt mellan olika ställen i landet. På få platser är verksamheten uppbyggd helt i enlighet med de intentioner och riktlinjer som ligger till grund för dimensioneringsdiskussionen i denna promemoria även om man på många håll strävar i denna riktning. I det följande redovisas två exempel på personaldimensionering från orter där en sektoriserad psykiatrisk vård i huvudsaklig överensstämmelse med riktlinjerna vuxit fram resp planerats. Exempelen är hämtade från Ängelholm och Skellefteå.

Vid Ängelholmskliniken finns tre akutavdelningar med sammanlagt 55 vårdplatser dvs 0,6/1 000 invånare. Dessutom finns 56 psykogeriatriska

vårdplatser samt vissa platser vid privata sjukhem. Det totala antalet psykiatriska vårdplatser för Ängelholmsområdet torde därmed uppgå till omkring 1,5 vårdplatser/1000 invånare. I tabellen nedan ingår endast de tjänster som avser akutverksamheten. Vårdpersonalen vid den psykogeriatriska enheten och de privata sjukhemmen har således inte inräknats. I sammanställningen återfinns heller inte några sjukgymnasttjänster beroende på att sjukgymnassterna vid Ängelholms lasarett har en separat sjukgymnastenhet.

I Skellefteå är en sektoriserad psykiatrisk vård under uppbyggnad. För hela upptagningsområdet kommer enligt planeringen att finnas 84 vårdplatser dvs 1,1 vårdplats per 1 000 invånare när verksamheten är fullt uppbyggd 1987. De siffror som anges i tabellen utgör således totala antalet tjänster för en psykiatrisk verksamhet inom området.

**Tabell 3 Heltidstjänster för psykiatrisk vård i Ängelholm och Skellefteå (avrundade tal).**

	Ängelholm		Skellefteå	
	Antal	Ant/100 inv	Antal	Ant/100 inv
Läkare	13	15	12	15
Psykologer	7	8	6	7,5
Kuratorer	6	7	6	7,5
Arbetster.	1	1	4	5
Sjukgymn	–	–	2	2,5
Sjuksköterskor	14	16	32	40
Skötare	43	50	87	110
Summa Vårdpersonal	84	97	149	188
Sekreterare	10	11	10	12
Handledare				
Övrig <sup>a</sup>	6	7		
	100	115	160	200

<sup>a)</sup> Varav 4 arbetsledare på rehabenheten och 2 köksbiträden på avdelningen.

Som framgår av tabellen är dimensioneringen likartad när det gäller läkare, psykologer och kuratorer. Däremot planerar Skellefteåkliniken för betydligt flera tjänster vad gäller rehabiliterings och omvårdnadspersonal än vad som ovan redovisas för Ängelholm. Redovisningen för Ängelholm omfattar dock inte, som nämnts, den psykogeriska enheten och personalen vid de privata sjukhem som utnyttjas. Den totala personaldimensioneringen för vuxenpsykiatrisk vård inom de båda områdena är därmed sannolikt likartad.

## 2. Framtida personalbehov

### 2.1 Inom allmän psykiatri

Beräkningarna av personalbehovet inom allmän psykiatri utgår från en modell för den psykiatriska vårdens organisation inom ett tänkt landstingsområde med 300 000 invånare. Detta är i sin tur indelat i ett antal betjäningssområden. Varje betjäningssområde omfattar ca 30 000 invånare. Betjä-

ningsområdets personal har att samarbeta med vissa subspecialiserade resurser inom en sektorsklinik. Beräkningarna utgår ifrån att antalet vårdplatser i korttidsvård och olika former av långtidsvård inom den allmänna psykiatrin i landet uppgår till omkring 12 000 platser totalt.

Enligt den planerade vårdorganisationsmodellen skall betjäningsområdet dela jour- och intagningsavdelning med andra områden inom sektorskliniken. Däremot skall betjäningsområdet ha egna vårdplatser för korttidsvård. Övriga vårdresurser kan vara fördelade på särskilda hem för rehabilitering och behandling inom bostadsområden i vanliga lägenheter eller placerade på speciella enheter byggda för ändamålet. I begränsad utsträckning kan också för rehabilitering och långtidsvård behövas gemensamma enheter inom kliniken eller landstingsområdet för t ex rehabilitering av unga schizofrena eller för rehabilitering av till psykiatrisk vård dömda.

För betjäningsområdet bör det också finnas resurser för dagsjukvård. Dessa enheter behöver utnyttjas flexibelt alltifrån traditionell 5-dagars vård till en vård vid enstaka tillfällen. En väsentlig uppgift för den allmänna psykiatriska vårdens personal är öppen vård i olika former. Här är det fråga om dels direkt patientverksamhet, dels indirekt i form av konsultation och handledning samt utbildning. I den direkta patientverksamheten kommer mottagning med patientbesök och regelbundna stödsamtal samt psykoterapi att vara viktiga inslag. I ökad utsträckning kommer i synnerhet sjuksköterske- och skötare personalen att besöka patienten i hemmet för kontakt och aktivering. En del av aktiveringsarbetet kan också lokaliseras till dagsjukvårdsenhet eller till kommunal dagcentral. Konsultarbetet kommer i stor utsträckning att inrikta sig på samarbete med främst primärvården och socialtjänsten men även andra samhällsorgan och frivilliga organisationer kommer att vara involverade.

I det följande uppskattas ett genomsnittligt personalbehov uttryckt i årsarbeten för ett betjäningsområde. Variationer utifrån dessa siffror är nödvändiga vid den lokala planeringen beroende på skilda förhållanden inom olika delar av landet. Inom den föreslagna personalbemanningen förutsätts ledighet för semester, jourkompensation, normala sjukdomsperioder och normal fortbildning rymmas. Vikarier för sådana ledigheter skall således inte behövas.

Inom ett betjäningsområde behövs åtminstone tre psykiatriker, således läkare med vidareutbildning i allmänpsykiatri, av vilken en eller två skall ha medicinsk ledningsansvar inom sitt verksamhetsområde. Vidare kommer inom betjäningsområdets olika verksamheter att tjänstgöra två underläkare under FV eller AT. Vidare behövs två psykologer och två kuratorer. Inom varje betjäningsområde bör på sikt två personer inom den allmänpsykiatriska vården vara kompetenta i psykoterapi. Särskild rehabiliteringspersonal behövs i form av två arbetsterapeuter och en sjukgymnast med särskild inriktning mot psykiatri. Dessutom behövs för betjäningsområdets öppna vård, dagvård och slutenvård omkring 15 sjuksköterskor och 45 skötare. Av skötartjänsterna kan eventuellt en del bytas mot personal med annan utbildning t ex pedagogisk kompetens såsom fritidsledare, behandlingsassistenter etc. En väsentlig funktion inom den psykiatriska vården utgörs av sekretärpersonalen. En rimlig bedömning är en dimensionering av omkring 3 sekreterare per betjäningsområde.

Inom det tidigare diskuterade modellandstinget finns tio betjäningsområden. Flera betjäningsområden förs samman till sektorskliniker. Även inom dessa behövs vissa särskilda resurser för administration, fortbildning etc. Förutom den personal som erfordras inom varje betjäningsområde fordras viss personal som är gemensam för hela landstingsområdet. Inom ett sådant behövs ett eller flera hem för patienter med särskilt omfattande vårdbehov av vilka många av domstol överlämnats till psykiatrisk vård. Vidare behövs ett eller flera hem för rehabilitering som också måste tillgodose psykoterapeutisk behandling av unga schizofrena. Dessutom kan fordras andra specialhem. På landstingsområdesnivå eller inom sektorskliniken finns också anledning anordna särskilda geropsykiatriska utredningsavdelningar med därtill kopplade resurser. Jour- och intagningsavdelning kommer vanligen att vara gemensamma för flera betjäningsområden inom sektorskliniken och inom ett modellandsting beräknas behovet vara två till tre sektorskliniker. Ansvar för missbruksvården inom landstingsområdet kan antingen läggas på ett eller flera särskilda team eller åvila respektive betjäningsområde. För verksamheten krävs såväl öppenvårds- som slutenvårdsresurser.

Dessa beräkningar leder till att följande behov av personal inom allmänpsykiatri inom ett modellandsting kan anses sannolikt i mitten av 1990-talet:

42 allmänpsykiatrer och 25 läkare under vidareutbildning eller allmäntjänstgöring, 35 psykologer, 30 kuratorer, 25 arbetsterapeuter, 12 sjukgymnaster och 200 sjuksköterskor, 570 skötare samt åtminstone 35–40 sekreterare. Särskilda resurser för administration, fortbildning och uppföljning är också nödvändiga.

I den framtida rättspsykiatriska regionvården är grundkompetensen för läkare vidareutbildning i allmän psykiatri. Dessutom kommer dock att erfordras viss tjänstgöring inom rättspsykiatri för att uppnå behörighet till överordnad tjänst inom verksamheten. I förslag till rättspsykiatrisk region-sjukvård skisseras på ett framtida behov av omkring 600 vårdplatser. I förslaget uppskattas behovet av vidareutbildade läkare till omkring 90. Härutöver erfordras sannolikt omkring 100 psykologer, 50 kuratorer, 30 arbetsterapeuter och tillgång till sjukgymnaster samt för den slutna vården 300 sjuksköterskor och 900 skötare.

Den rättspsykiatriska vården har sedan länge varit eftersatt vad gäller personalens dimensionering och formella kompetens. En upprustning härvidlag är angelägen, vilket återspeglas i här redovisade siffror.

En uppräknning till hela landet utgående från modellandstingen inom allmän psykiatri inklusive rättspsykiatrisk regionvård samt med visst påslag för forskning och utbildning vid universitetsklinikerna ger följande ungefärliga dimensioneringstal: 1 350 allmänpsykiatrer och 700 läkare under vidareutbildning och allmäntjänstgöring. I den mån en minskad läkarintagning leder till en minskning av antalet läkare under vidareutbildning inom psykiatrin måste ytterligare vidareutbildade läkare tillföras för en bibehållen sjukvårdsproduktion. I slutet av 1990-talet kan behovet av vidareutbildade psykiatrer röra sig omkring 1 500. Av övriga personalkategorier erfordras omkring 1 150 psykologer, 900 kuratorer, 750 arbetsterapeuter och 350 sjukgymnaster. När det gäller arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna är målet att samtliga förutom sin grundutbildning även skall ha psykiatrisk påbygg-

nadskurs. Kuratorerna behöver få möjlighet att genomgå kurs i socialt behandlingsarbete. Dessutom erfordras inom allmänpsykiatri 6 000 sjuksköterskor och 17 000 heltidsarbetande skötare.

Det är självklart att dessa dimensioneringssiffror endast är approximativa och relaterade till en tänkt modell för en psykiatrisk vårdorganisation. I den lokala planeringen måste en anpassning göras med hänsyn till bl a befolkningens sammansättning, aktuella vårdbehov och geografiska förhållanden m.m. Sådana faktorer har betydelse såväl för den totala dimensioneringen som för fördelningen på olika personkategorier. Inom vissa betjäningsområden kan således behövas mera personal av vissa kategori i jämförelse med andra. Här har räknats med betjäningsområden som genomsnittligt omfattar 30 000 invånare. I vissa delar av landet kan betjäningsområdena komma att vara större i andra kanske mindre. Den personaldimensionering som här föreslagits innebär således ingen minimistandard utan avser snarare spegla ett genomsnittligt personalbehov.

Inom många områden kan man sannolikt räkna med att vårdplatsantalet är ännu lägre än det angivna i slutet av 1990-talet men en ytterligare minskning av platser för psykiatrisk långtidsvård leder å andra sidan till ett ökat behov av insatser för att stödja långtidssjuka i sina egna lägenheter eller i kollektivboende av olika former. Detta förändrar således inte personalbehovet. Det behövs sålunda många sjuksköterskor och skötare för att kunna stödja och hjälpa de långtidssjuka i boendeformer utanför den organiserade sjukvården. Den beskrivna samverkan med primärvården och socialtjänsten kräver också stora personalinsatser från den specialiserade psykiatrins sida främst i form av konsultations- och handledningsinsatser.

## 2.2 Inom barn- och ungdomspsykiatri

Den barn- och ungdomspsykiatriska vårdorganisationen förutsätts vara organiserad i 4-5 team i ett modellandsting. Personalbehovet i ett totalbemannat team beräknas till 2-3 vidareutbildade läkare i barn- och ungdomspsykiatri, 3-4 psykologer och 2-3 kuratorer.

Utgående från gjorda antaganden angående vårdorganisationens uppbyggnad och behovet av barn- och ungdomspsykiatriska team för att svara för insatser i öppen och sluten vård samt för all samverkan med övriga samhällssektorer beräknas för ett modellandsting behovet av de olika yrkeskategorierna i mitten av 1990-talet vara följande:

10-15 vidareutbildade läkare i barn- och ungdomspsykiatri varav 1-2 per team med medicinskt ledningsansvar. Dessutom tillkommer två till fyra läkare under vidareutbildning eller allmäntjänstgöring. Därtill behövs uppskattningsvis omkring 15 psykologer, 10-12 kuratorer och 5 arbetsterapeuter. Något behov av särskilda sjukgymnaster föreligger inte inom barn- och ungdomspsykiatrin utan barn- och ungdomspsykiatrin får här samverka med allmänpsykiatrin och utnyttja där befintliga sjukgymnaster. Vidare behövs inom landstingsområdet omkring 20 sjuksköterskor, av vilka flertalet bör ha psykiatrisk utbildning medan en mindre andel lämpligen bör vara sjuksköterskor med påbyggnadslinje i hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Dessutom behövs ca 50 skötare. Inom denna kategori kan dock en del av tjänsterna bytas ut mot tjänster för annan personal som t ex förskollärare



och andra pedagogassistenter, personal med socialpedagogisk utbildning, personal med bildterapeutiskt kunnande etc. Inom barn- och ungdomspsykiatri erfordras en stor variation av olika kompetens och intresseområden för att på ett lämpligt sätt hjälpa till med rehabiliteringsarbetet. Man bör därför inte knyta alla tjänster till viss vårdyrkesutbildning.

Uppräknat till hela landet och med tillägg för forskning och undervisning vid undervisningskliniker ger detta följande ungefärliga siffror för hela landet: Behov av 350 barn- och ungdomspsykiatrer i mitten av 1990-talet samt dessutom behov av 100 läkare under vidareutbildning eller allmäntjänstgöring. För slutet av 1990-talet bör planeringen inriktas på ett behov av ca 400 barn- och ungdomspsykiatrer och ett minskande antal läkare under utbildning. Därtill behövs inom barn- och ungdomspsykiatri 450 psykologer och 350 kuratorer samt drygt 100 arbetsterapeuter. Dessutom erfordras 550 sjuksköterskor, vilka en del bör ha barnmedicinsk utbildning, och 1400 övrig personal. Inom denna grupp beräknas flertalet vara personal med skötarutbildning men här kan också ingå personal med socialpedagogisk utbildning, förskollärare, pedagogassistenter, fritidspedagoger, barnskötare etc. Vidare behövs naturligtvis administrativ personal såsom läkarsekreterare och annan kontorspersonal m.m. samt ekonomipersonal.

### 2.3 Sammanfattande bedömning

I tabell 4 sammanfattas de uppgifter kring framtida personalbehov för psykiatrisk vård som redovisats i föregående avsnitt. Det totala antalet årsarbeten för direkta vårduppgifter inom den psykiatriska vården förutsätts komma att minska något. Härvid bör dock beaktas att vissa uppgifter av omvårdnadskaraktär för patienter i egna bostäder eller hem tillhörande socialtjänsten förutsätts komma att åvila primärkommunal personal.

Förändringen av den psykiatriska vården ställer krav på en förskjutning av personalens kompetens. Andelen skötare förutsätts således komma att minska medan övriga personalkategorier framför allt läkare, arbetsterapeuter och sjukgymnaster förutsätts komma att öka. Även antalet kuratorer och psykologer kommer att behöva utökas. Inom gruppen sjuksköterskor samt 1:e skötare/ överskötare sker efter hand en omfördelning till förmån för allt fler sjuksköterskor.

Utöver personal för direkta vårduppgifter hör till den psykiatriska vården även förvaltnings- och annan administrativ personal samt ekonomipersonal av skilda slag.

Förvaltningspersonalen uppgick år 1983 till omkring 6 400 årsarbeten. Häri ingår även bl a läkarsekreterare. Det finns här ingen grund för att tro att omfattningen av denna personal kommer att förändras på något avgörande sätt även om det inom gruppen kan ske vissa omfördelningar, t ex till förmån för fler läkarsekreterare.

Till ekonomipersonalen, som uppgår till 9 100 årsarbeten, hör framför allt kökspersonalen, städpersonalen och personal som har till uppgift att se till skötseln av byggnader och mark m m. Till största delen är denna personal knuten till de stora institutionerna. En förändring av vårdplatsantalet från 1983 års 24 400 exkl ca 3 000 vårdplatser vid enskilda vårdhem till totalt 12 000 vårdplatser, som förutsatts tidigare i rapporten, kommer att innebära

minskat behov av denna personalgrupp. Till detta kommer att en del av de 12 000 vårdplatserna förutsätts rymmas vid mindre kollektiv och behandlingshem m m. Behovet av särskild personal för ekonomifunktionerna är vid dessa enheter begränsat. En minskning av denna personalgrupp i stort sett i relation till vårdplatsminskningen är därför realistisk.

Personalbehovet för den framtida psykiatriska vården kan därmed skisseras i enlighet med följande tabell.

**Tabell 4 Personalbehov för psykiatrin omkring år 1995–2000, (avrundade tal).**

Kategori	Årsarbeten	Andel %	Förändring 1983–2000 i %	
			Antal	
Läkare	2 500	5.9	+ 950	60
Psykologer	1 600	3.8	+ 800	100
Kuratorer	1 300	3.1	+ 500	60
Arbetsterapeuter	900	2.2	+ 600	200
Sjukgymnaster	400	1.0	+ 250	165
Sjuksköterskor/ samt förste skötare/över-skötare <sup>a)</sup>	6 500	15.3	+ 1 000	20
Skötare o bitr. <sup>b)</sup>	18 500	43.6	– 6 500	– 25
Förvaltnings- och administrativ pers	6 400	15.1	± 0	± 0
Ekonomi-, transport- och teknisk personal	4 300	10.1	– 4 800	– 55
<b>Totalt</b>	<b>42 400</b>	<b>100.0</b>	<b>– 7 200</b>	<b>– 15</b>

<sup>a)</sup> Inom gruppen sjuksköterskor samt förste skötare/överskötare sker en omfördelning så att sjuksköterskorna, som för närvarande uppgår till ca 4 000 inom psykiatrin, på sikt kommer att utgöra så gott som hela gruppen.

<sup>b)</sup> Inom gruppen kan en viss del komma att göras av personal med annan kompetens än skötare t ex behandlingsassistenter, bildterapeuter, pedagogassistenter m.m.

Den här redovisade personaldimensioneringen utgör ett exempel på en behovsanpassad planering som syftar till en kvalitativ förändring av den psykiatriska vården. För den allmänpsykiatriska vården innebär föreslagen dimensionering totalt sett en antalsmässig minskning, men en betydande höjning av vårdpersonalens formella kompetens. Delar av de mer omvårdande uppgifterna som idag utförs inom psykiatrin förutsätts på sikt komma att utföras utanför psykiatrin.

För den rättspsykiatriska vården innebär föreslagen såväl en kvalitativ som kvantitativ upprustning av ett sedan länge eftersatt vårdområde. Dimensioneringsförslaget avseende den barn- och ungdomspsykiatriska vården innebär ett ökat antal läkare medan övriga personalgrupper överensstämmer relativt väl med nu rådande förhållanden på flertalet håll i landet.

I redovisade bedömning har utgångspunkten varit begreppet antal helårsarbeten under förutsättning av oförändrad generell arbetstid (dvs i princip 40 alt 38,25 timmar per vecka). Inom ramen för angiven totalbemanning förutsätts normala ledigheter för t ex jourkompensation, semester, korttidsjukdom och fortbildning kunna klaras. För att kunna beräkna personalbehovet uttryckt i antal anställda erfordras antaganden om bl a del- tidstjänstgöringens omfattning. Denna varierar mellan skilda personalkategorier. För

t ex läkare är sysselsättningsgraden fn (antal årsarbeten/antal anställda) 97 procent inom psykiatrin medan den för flertalet övriga kategorier är drygt 80 procent. För skötare och biträden är sysselsättningsgraden 78 procent. Under en lång följd av år har sysselsättningsgraden inom hälso- och sjukvården successivt sjunkit. Denna tendens har emellertid brutits och de allra senaste två åren har till följd av en minskad deltidstjänstgöring sysselsättningsgraden åter ökat något.

Några säkra bedömningar om vilken utveckling härvidlag som kan förväntas inför slutet av seklet går inte att göra. I den senaste långtidsutredningen, LU 84, förutsätts emellertid att andelen deltidsarbetande med sk lång deltid (över 20 tim/vecka) kommer att öka, medan andelen personal med kort deltid förutsätts komma att minska bl a till följd av träffad överenskomst mellan arbetsmarknadens parter om begränsning av den korta deltidstjänstgöringen.

Till följd av bl a ändrad frånvaro, befolkningsutvecklingen och en fortsatt ökning av andelen deltidsarbetande beräknas i LU 84 att årsarbetstiden per sysselsatt kommer att sjunka med ca 5 procent mellan 1980 och 1990 samt med 2,5 procent under 1990-talet. Härvid har ingen hänsyn tagits till en eventuell förändring av veckoarbetstiden eller av regler för semesteruttag etc.

I tabell 5 redovisas med utgångspunkt från tabell 1 och 4 en bedömning av personalbehovet inom psykiatrin utifrån antalet arbetstimmar och antalet anställda under förutsättning av bibehållen generell arbetstid. I tabellen inbefattas en uppskattning av antalet arbetstimmar och antalet anställda vid de enskilda vårdhemmen för psykiskt sjuka (f n ca 2 900 platser).

**Tabell 5. Beräkning av antal arbetstimmar och antal anställda för psykiatrisk vård 1983 och 1995–2000.**

Personalgrupp	1983		1995-2000	
	Arbetstim (milj)	Anställda	Arbetstim (milj)	Anställda
Lång vårdutb.	2,9	1 700	4.5	2 800
Medellång vårdutb.	9,8	7 500	12.4	10 400
Kort vårdutb.	44,7	34 100	30.9	26 000
Förv.adm. personal m.fl	13,3	9 700	15.0	12 600
Ekonomipersonal m fl	15,5	12 000	7.4	6 200
<b>Totalt</b>	<b>86,2</b>	<b>64 800</b>	<b>70.2</b>	<b>58 000</b>

För bedömning av vilken utbildningsdimensionering som fordras för att kunna tillgodose det behov av vårdpersonal av skilda kategorier som redovisats i tabell 5 erfordras förutom kännedom om arbetstidens utveckling även antaganden om framtida yrkesverksamhetsgrad (antal yrkesverksamma/antal personer inom kåren) och personalkårens åldersfördelning m.m. Det skulle leda för långt att här i detalj redovisa behovet av antagningsplatser för olika personalgrupper, men det är uppenbart att det skisserade personalbehovet ställer betydande krav på insatser såväl vad gäller grund- och vidareutbildning som vad gäller fortbildning.

## Bilaga 2

# Beräkning av personalbehov inom läns- och regionsjukvård

Av *Sven Bengmark, Stig-Bertil Nilsson, Bertil Widman, Gunnar Holmberg och Johny Hultin*

## 1 Struktur och omfattning

### 1.1 Vårdens nuvarande omfattning

Till läns- och regionsjukvården räknas i detta sammanhang såväl den somatiska korttidsvården vid region, läns- och länsdelssjukhus som kliniker för somatisk långvård och medicinsk rehabilitering vid dessa sjukhus liksom vissa centrala sjukhem. Däremot inräknas här inte t ex lokala sjukhem och liknande enheter och inte heller den psykiatriska vården.

Under senare år har utvecklingen inom den medicinska korttidsvården karaktäriserats av att antalet intagningar ökat kontinuerligt, medan antalet vårdplatser och vård dagar successivt reducerats. Medan antalet intagningar således har ökat med 8 procent under perioden 1978-83 har antalet vård dagar minskat med 3 procent under samma tid.

Omfattningen av den vårdinsats som utförs inom den somatiska korttidsvården vid läns- och regionsjukhus förutom den medicinska servicen framgår av tabell 1.

Tabell 1 Omfattningen av somatisk korttidsvård 1983.

	Vårdplatser	Intagning	Vård dgr (1 000)	Besök vid sjh (1 000)
Medicinsk vård	18 500	590 700	5 600	3 500
Kirurgisk vård	20 300	758 700	5 500	5 600
Övrigt <sup>a</sup>	3 700	30 700	300	600
Summa	42 500	1 380 100	11 400	9 700

a) Allmänvård 650, intensivvård 1 340, akut och intagning 790, tekniska platser och övrig vård 960.

Det är i brist på statistik inte möjligt att redovisa den exakta fördelningen mellan regions- och länsjukvården. Regionsjukvård meddelas till patienter från andra sjukvårdsområden enligt såväl regionsjukvårdsavtal som efter remiss enligt utomlänsavtalet. Totala antalet vård dagar enligt regionsjukvårdsavtal och utomlänsavtalets specialistremissdel uppgick under perioden 1972-1982 till i genomsnitt 530 000 vård dagar per år för somatisk korttidsvård. Man bör dock uppmärksamma att dessa vård dagar i huvudsak avser invånare från områden utan eget regionsjukhus. En uppräknning för landet

som helhet pekar mot att omkring 1 000 000 vård dagar inom den somatiska korttidsvården avser regionvård. Detta motsvarar ca 9 procent av den totala somatiska läns- och regionsjukvården.

Läns- och regionsjukvården är uppbyggd och dimensionerad på olika sätt inom olika delar av landet såväl vad gäller personal som vårdplatser m m. Även inom medicinsk service finns betydande skillnader. Den genomsnittliga röntgenfrekvensen år 1980 var 534 radiologiska undersökningar per 1 000 invånare med en variation mellan olika sjukvårdsområden från knappt 400 till drygt 600 undersökningar. Av dessa avsåg i genomsnitt 430 läns- och regionsjukvården medan resterande undersökningar gjordes vid vårdcentraler, sjukhus m m. För den övriga medicinska servicen, anesthesiologi och laboratorieverksamhet finns ingen officiell statistik att tillgå.

Utöver sluten och öppen sjukvård samt medicinsk service meddelar läns- och regionsjukvården undervisning, forskning, m m och deltar i medicinskt utvecklingsarbete. Omfattningen av dessa verksamheter är inte känd annat än för läkarna. Enligt LATT -79 omfattade dessa verksamheter 1979 omkring 8,7 procent av den totala arbetstiden för klinikanslutna läkare. För administrativa uppgifter åtgick för dessa omkring 4,7 procent av arbetstiden och lika mycket avsattes för övrig icke patientanknuten verksamhet t ex fortbildning, konferenser m m. Tiden för sjukvården fördelade sig med 62 procent på sluten vård och 20 procent på öppen vård av den totala arbetstiden.

## 1.2 HS 90:s uttalanden om framtida somatisk korttidsvård

### *Allmänt*

I HS 90 framhålls den somatiska läns- och regionsjukvårdens utveckling ha avgörande betydelse för att omsätta nya medicinska kunskaper i praktisk vård. För att på sikt kunna upprätthålla vårdens kvalitet förordas en koncentration av länssjukvården och att resurskrävande funktioner inte sprids på flera enheter inom sjukvårdsområdet. Man rekommenderar därför en nivåstrukturerad inom länsjukvården. Ett vidgat samarbete mellan olika sjukvårdsområden vid sidan av den egentliga regionsjukvården bör dessutom komma till stånd.

Länssjukhusen förutsätts utgöra basen för den specialiserade vården inom sjukvårdsområdet och svara för specialiserade kunskaper och avancerad teknik och ha resurserna inom olika servicefunktioner.

Länsdelssjukhuset avses utgöra en bas för den lokala vården och inriktas mot en begränsad befolknings behov av närhet till akut omhändertagande och specialistvård. De större av dagens länsdelssjukhus bör enligt HS 90 utvecklas till att fylla länssjukhusens funktion medan de mindre bör anpassas till en mer basal sjukvård.

Länssjukvårdens resurser för somatisk långtidsvård skall i första hand vara avsedda för utrednings- och behandlingsinsatser där den omedelbara närheten till övriga resurser inom länsjukvården är av central betydelse.

HS 90 pekar också på en fortgående förskjutning av uppgifter från sluten till öppen sjukvård vid länsdelssjukhusen. Såväl primärvården som länssjukvården förutsätts i framtiden ha ansvar för det akuta omhändertagandet.

Jourservicen bör organiseras utifrån förutsättningen att minska antalet

jourlinjer, att anordna samjour inom och mellan sjukhusen samt att öka journalsamverkan mellan primärvård och länssjukvård så långt möjligt.

HS 90 uttalar sig för en ökad användning av gemensamma vårdavdelningar för flera specialiteter och ett utökat samarbete mellan olika sjukhus. De gemensamma vårdavdelningarna där man vårdar patienterna efter deras omvårdnadsbehov och inte efter åkomma och en ökad användning av 5-dygnsvård förutses bidra till ett effektivare resursutnyttjande som bör underlätta för en, enligt HS 90, nödvändig minskning av vårdplatsantalet inom länssjukvården. Hittillsvarande erfarenheter pekar, enligt HS 90, på att en stor del av vårdplatserna till följd av låg beläggning under helger kan disponeras för 5-dygnsvård. Framförallt gäller detta inom viss kirurgisk vård, kvinno- och barnsjukvård samt ögon- och öronsjukvård.

Sammantaget räknar utredningen med att den medicinska och kirurgiska korttidsvården kan reduceras till i genomsnitt 3,5 vårdplatser/1000 inv. Vilket motsvarar ca 30 000 vårdplatser. Detta menar man bör kunna åstadkommas genom att en utbyggd primärvård och förbättrad kommunal äldre omsorg kommer att göra det möjligt att dels avlasta länssjukvården dels ta hand om flera patienter i öppen vård. Detta har ytterligare understrukits i proposition 1984/85:181 Utvecklingslinjer inom hälso- och sjukvården.

HS 90 konstaterar att betydande skillnader råder i vårdutbudets storlek, organisation och utnyttjande såväl mellan landets olika sjukvårdsområden som inom enskilda sjukvårdsområden. De nuvarande stora variationerna inom länssjukvården menar HS 90 kan tas till intäkt för reduktioner av vårdplatsantalet oavsett om förutsättningarna i övrigt i form av utbyggd primärvård etc kunnat förbättrats.

Liksom hittills förutsätts en sådan förändring genomförd genom en intensifiering av vården med fortsatt utveckling av olika medicinska tjänster mm. Något minskat antal intagningar är således inte förutsatt. I första hand bör nerdragningen möjliggöras genom en ytterligare förkortning av medelvardtiderna. Detta innebär att vårdinsatserna per vård dag kommer att behöva intensifieras.

En reduktion av medicinsk och kirurgisk korttidsvård genom en koncentration av verksamheten påverkar även storleken av antalet vårdplatser för intagningsvård, postoperativ vård, intensivvård m m. Inte genom att det medicinska vårdbehovet av dessa platser förändras, men genom att antalet "buffertplatser" kan minskas något om verksamheten koncentreras. Några dimensioneringsförslag rörande dessa verksamheter anges emellertid inte i HS 90.

Som ett komplement till traditionella sjukhus pekar HS 90 på alternativ t ex i form av Mariestadsmoellen och Västra Frölunda sjukhus. För båda dessa modeller gäller med vissa variationer att en väl differentierad specialistläkarresurs för huvudsakligen öppenvård kompletteras med en mindre observations- eller vårdavdelning på omkring 25 vårdplatser vilka är gemensamma för flera specialiteter. I princip tillämpas på dessa enheter 5 resp 6-dygnsvård.

Omfattningen av utredning, behandling och medicinsk service förutsätts under perioden fram till år 2000 komma att öka något till följd av satsningen på förebyggande åtgärder och utbyggnaden av primärvården samt som följd av den medicinsk-tekniska utvecklingen. Denna utveckling förväntas även

komma att medföra att vissa nya tekniker och metoder tillkommer och att dessa i viss utsträckning ersätter vissa av de hittills tillämpade.

Till den somatiska läns- och regionsjukvården hör också en del somatisk långvårdsmedicin och medicinsk rehabilitering. En strävan finns att merparten av långtidssjukvården i framtiden skall skötas genom primärvården i form av hemsjukvård, dagsjukvård och vård vid lokala sjukhem och mindre enheter mm vilket också understryks i prop 1984/85:181. I HS 90 anges inte någon dimensionering av den framtida långtidssjukvården. Som ett underlag för personalberäkningarna förutsätts här omkring 7 000–8 000 vårdplatser på länsjukvårdsnivå finnas kvar för långvårdsmedicin/medicinsk rehabilitering. Länsjukvården har ett särskilt ansvar för att bedriva aktivt rehabiliterande vård, att vara en utbildningsresurs och att ge primärvården konsultservice.

Sammanfattningsvis förordar HS 90 en ytterligare koncentration av den resursintensiva vården och en decentralisering av den vardagliga hälso- och sjukvården.

### *Den slutna vårdens utveckling inom olika specialiteter*

HS 90 förutsätter en betydande reduktion av vårdplatserna inom det internmedicinska området. Även regionsjukvården förutsätts minska i omfattning. (MV 10,11,12,15,16). Inom lung- och infektionssjukvården förutses en minskning. För dessa verksamheter måste emellertid utöver klinikplatser vissa observations- och utredningsplatser bibehållas. Någon förändring av regionsjukvårdens omfattning väntas inte. Inom hudsjukvården anser man en reduktion möjlig inom länsjukvården medan regionssjukvården anses i princip komma att förbli oförändrad.

Inom neurologi förutses en viss reduktion av nuvarande volym. Detta gäller även inom regionsjukvården. Däremot behöver den onkologiska vårdens vårdplatsvolym bibehållas.

För medicinsk rehabilitering och reumatologi anses nuvarande vårdplatstillgång rimlig, men kompletterande resurser för dagvård bör tillskapas.

En viss minskning av vårdplatsantalet inom barnsjukvården anser HS 90 vara möjlig framför allt i områden med flera barnkliniker. Även regionsjukvården kan komma att reduceras något till följd av kortare vårdtider.

Allmän, ortopedisk och urologisk kirurgi disponerar ca 12 000 vårdplatser. Sammantaget anses vårdplatsbehovet av HS 90 kunna minskas väsentligt bl a genom ökad samordning samt förändrade utrednings- och operationsmetoder och för vissa patientgrupper avlastning via primärvården.

För kvinnosjukvården anser HS 90 att en justering av antalet vårdplatser bör vara möjlig. Särskilt uttalar man sig för en avveckling av mindre enheter i första hand inom förlossningsvården i de fall särskilda geografiska skäl inte talar emot detta.

Viss del av ögonkirurgin bör koncentreras till regionklinikerna, medan ögonsjukvårdens vårdplatsbehov förutsätts kunna reduceras ytterligare. Mindre kliniker bör prövas särskilt. På sjukhus som inte bedriver ögonkirurgi bör den slutna ögonsjukvården kunna bedrivas vid t ex medicinsk klinik.

Inom öronsjukvården förutses en fortsatt minskning av antalet vårdplatser.

Inom övriga kirurgiska verksamheter dvs inom barn-, hand-, neuro-, plastik- och thoraxkirurgi finns ca 1 200 vårdplatser koncentrerade till ett fåtal sjukhus. För dessa verksamheter förordas i princip oförändrat vårdplatsantal, men ett betydande personaltillskott framför allt vid de thoraxkirurgiska klinikerna och andra enheter som är direkt engagerade i vården av i synnerhet öppen hjärkirurgi.

Det här anförda resonemanget kan illustreras enligt tabell 2. I tabellen har även som underlag för den följande diskussionen angående personalbehov angivits en preliminär uppskattning av framtida vårdplatsbehov.

**Tabell 2 Uppskattad vårdplatsutveckling 1983-2000 mot bakgrund av HS 90:s diskussioner.**

MV	Vårdplatser år 1983	HS 90 tendens		Uppskatt behov år 2000	Förändr i %
		Totalt	Region- sjukvård		
				(Avrundade tal)	
Internmed <sup>a</sup>	11 310	-	-	8 000	- 30
Lungsjukd.	990	(-)	of	800	- 20
Hudsjukd.	530	(-)	of	480	- 10
Reuma, med rehab	820	of	of	820	0
Neurologi	520	-	-	450	- 15
Summa med korttidsv	14 170			10 550	- 25
Infektion	1 590	(-)	of	1 300	- 20
Barnmed.	2 050	(-)	(-)	1 800	- 10
Kir, ort, urologi	11 800	-	-	8 700	- 25
Kir, regionspec	1 200	of	of	1 200	0
Kvinnosjukv.	4 980	-	-	3 800	- 25
Ögonsjukd.	930	-	of	800	- 15
Öronsjukd.	1 230	-	-	1 000	- 20
Onkologi	850	of	of	850	0
Summa	38 800	-	-	30 000	- 23

<sup>a</sup>) inkl endokrinologi, kardiologi, gastroenterologi, njurmedicin

of = oförändrat behov

(-) = viss minskning

- = minskning

Som framgått av denna redovisning och ovanstående tabell förutser HS 90 inte något ökat vårdplatsbehov inom något område, varken inom läns- eller regionsjukvården. Däremot förutsätts genomgående en minskning utom vad gäller vissa utpräglade regionspecialiteter. Regionsjukvårdens framtida andel av den totala läns- och regionsjukvården kan därmed uppskattas till omkring 10 procent. Detta betyder att de 30 000 vårdplatserna kan sägas fördelas med ca 3 000 platser för regionsjukvård och resterande ca 27 000 platser för länssjukvård.

### *Den öppna läns- och regionsjukvården*

Av LKELP 84 framgår att det totala antalet läkarbesök inom offentlig vård beräknas öka från 21,2 milj. år 1984 (2,5 besök/inv./år) till 22,4 milj. år 1988



(2,7 besök/inv/år). Ökningen hänför sig till 95 procent till läkarstationer och vårdcentraler. Den planerade utvecklingen av antalet läkarbesök innebär att andelen läkarbesök utanför sjukhus kommer att öka till 49,4 procent av samtliga besök år 1988. Antalet besök inom den privata vården har under den senaste 10 års perioden uppgått till c a 3,2 milj/år.

HS 90 förutsätter en ökad satsning på den öppna vården, men att den öppna vårdens omfattning inom länssjukvården på sikt begränsas. Även med en mycket kraftig satsning på den öppna vården torde det totala antalet läkarbesök inom privat och offentlig vård år 2000 knappast uppgå till mer än cirka 30 milj. besök eller 3,5–4,0 besök per inv/år. En realistisk målsättning är att omkring 2/3 av dessa besök kommer att ske hos allmänläkare. Detta antagande medför ett i stort sett oförändrat antal besök inom specialistsjukvården även om en ökad andel av dessa kommer att förläggas till "närvårdsmottagningar" i kommuner och länsdelar utan sjukhus. En realistisk uppskattning kan vara att cirka 1/3 av besöken inom den specialiserade vården kommer att tillfalla "närvården" utanför sjukhusen.

Den öppna specialistsjukvårdens organisation blir i hög grad beroende av de lokala förutsättningarna inom varje sjukvårdsområde.

För en bedömning av det framtida personalbehovet för mottagningsverksamhet beräknas här att antalet läkarbesök vid läns- och regionsjukhus kommer att uppgå till ca 8 miljoner/år vilket innebär en minskning med ca 20 procent jämfört med dagens nivå. Av dessa avser ca 3 milj. medicinsk vård och 5 miljoner kirurgisk vård. Genom att det i första hand är de medicinskt mindre komplicerade besöken som överförs till primärvården kommer de återstående besöken att genomsnittligt sett vara svårare och kräva större resursinsats per besök. En allt större andel av besöken kommer att utgöras av utredning och förberedelse inför intagning till sluten vård respektive uppföljning efter utskrivning, vilket är en förutsättning för att medelvårdtiderna ytterligare skall kunna minskas. Vid länssjukhusens mottagningar torde också vissa utredningar och behandlingar komma att göras som tidigare krävt intagning i sluten vård.

### 1.3 Riksdagens riktlinjer för hälso- och sjukvårdspolitiken

Vad HS 90 anförde om vårdstrukturutvecklingen och om läns- och regionsjukvården blev vid remissbehandlingen föremål för en omfattande debatt. De flesta remissinstanserna, bl a samliga landsting, tillstyrkte HS 90:s förslag i denna del. Några remissinstanser, främst läkarorganisationerna, betonade att den medicinska utvecklingen med nya avancerade diagnostiska metoder och terapeutiska möjligheter med nödvändighet kommer att kräva en hög grad av specialisering som med nödvändighet måste vara förlagd till sjukhus med möjligheter till bred samverkan mellan specialiteter och serviceenheter.

På grund av HS 90-materialet och därpå grundade remissyttranden har riksdagen fastställt vissa riktlinjer för hälso- och sjukvårdspolitiken (prop 1984/85:181). Under avsnittet Vårdens struktur – några utvecklingslinjer framhålls i propositionen dels att primärvården utgör basen i hälso- och sjukvårdssystemet, dels att läns- och regionsjukvården måste fortsätta att vidareutvecklas med specialiserad sjukvård, vissa förebyggande insatser

samt forsknings- och utvecklingsarbete. När det gäller läns- och regionsjukvården framhålls bl a följande:

”Länssjukhuset skall tillhandahålla den mest specialiserade och resurskrävande sjukvården på länsplanet. Beroende på geografiska förhållanden och krav på närhet kan det finnas behov av länsdelssjukhus.

Länssjukvårdens roll förändras efter hand som primärvården utvecklas. Länssjukvårdens vårdplatsantal kan sannolikt även fortsättningsvis minska ytterligare på många ställen i landet i takt med att primärvården inkl. de lokala sjukhemmen byggs ut. Samverkan mellan olika nivåer och geografiska områden kan innebära effektivitetsvinster. Enligt HSL skall landstingens planering för hälso- och sjukvården utgå från befolkningens behov av vård. Den nuvarande resursfördelningen såväl mellan som inom landstingen tyder på att ytterligare omfördelningar av resurser kan och bör göras för att uppnå en mera behovsrelaterad fördelning av tillgängliga vårdresurser. Dessa omstruktureringar av vården måste utgå från analyser baserade på lokala förutsättningar och behov.

Därvid får även beaktas de konsekvenser för länssjukvårdens resurser som följer av ett ökande antal äldre liksom olika medicinska och tekniska landvinningar som ökar möjligheterna att behandla olika sjukdomar.

Inom sjukvården liksom inom många andra områden fordras en viss omfattning av verksamheten för att hög kvalitet baserad på stor erfarenhet skall kunna upprätthållas. Detta i sin tur kräver ibland ett stort befolkningsunderlag. Ju mindre vanlig en åtgärd är desto större befolkningsunderlag är naturligt nödvändigt. För att tillfredsställa medicinska säkerhetskrav kan det därför i vissa fall vara motiverat att koncentrera – i första hand kirurgiska – åtgärder till vissa sjukhus.

Läns- och regionsjukvården utgör en viktig resurs också i det förebyggande arbetet med sina kunskaper om olika sjukdomars uppkomst och förlopp. Ökade insatser är motiverade för att spåra orsaker till skador och sjukdomar liksom vad avser formerna för att aktivt förmedla dessa kunskaper till såväl ansvariga inom andra samhällssektorer som till enskilda och allmänheten. Det är naturligtvis också viktigt att sjukvårdens insatser vid redan inträffad sjukdom, förutom att söka återställa hälsan, inriktas på att förhindra återfall eller dämpa sjukdomens utvecklingstakt.

Det är synnerligen angeläget att läns- och regionsjukvården även fortsättningsvis ges goda möjligheter att genom forskning och utvecklingsarbete tillföra sjukvården förbättrade metoder för diagnostik och behandling.”

Frågan om läns- och regionsjukvården uppmärksammas också i socialutskottets utlåtande. Utskottet framhåller därvid bl a ”Enligt utskottets mening skall de i propositionen föreslagna utvecklingslinjerna inte uppfattas så som att akutsjukvården skulle minska i betydelse. Hög kvalitet, stor kapacitet, effektivitet och beredskap skall, enligt utskottets mening, fortfarande utgöra självklara utgångspunkter för läns- och regionsjukvården. En annan sak är att länssjukvårdens vårdplatsantal sannolikt kan även fortsättningsvis minskas i takt med att primärvården inkl. de lokala sjukhemmen byggs ut. Erfarenheterna visar t.ex. att en stor del av medicinklinikernas platser är belagda med patienter som anmälts för långtidssjukvård eller som skulle kunna vårdas med hjälp av hemsjukvård och hemtjänst. Den i propositionen förordade omfördelningen av resurser skall således inte hindra länssjukvår-

dens kvalitativa utveckling. Det är tvärtom angeläget att utvecklingen mot nya och förbättrade metoder för diagnostik och behandling fortsätter. Länsjukvårdens roll kommer dock att förändras efter hand i riktning mot mera specialiserad sjukvård, forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskapsförmedling.

Inte heller skall satsningen på förebyggande av sjukdomar och skador ställas i motsats till en god akutsjukvård. Det förebyggande hälso- och sjukvårdsarbetet skall på sikt dels åstadkomma en minskning i skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper, dels åstadkomma att människor lever friska längre. De vinster som kan göras gäller livskvalitet. Utskottet är självfallet medvetet om att det oavsett omfattningen av förebyggande åtgärder alltid kommer att finnas ett behov av kvalificerad akutsjukvård. Det är inte frågan om annat än att detta behov skall tillgodoses.”

#### 1.4 Några alternativ för en rationellare vårdorganisation

HS 90 utgår från att akutsjukvården vid läns- och regionsjukhus kan rationaliseras genom bl a följande åtgärder:

- förkortade vårdtider genom att patienter med längre vårdtider överförs till primärvårdens sjukhem eller till vård i hemmet. Detta förutsätts ske bl a genom
  - bättre diagnos- och behandlingsmetoder samt att
  - utredningar och behandlingar i ökad utsträckning kan utföras i öppen vård
- ett utökat utnyttjande av 5-dygnsvård
- ett utökat utnyttjande av s k gemensamma vårdavdelningar samt
- vinster genom förändrad jour- och mottagningsorganisation.

#### *Förkortade vårdtider*

Vårdtiderna inom den somatiska läns- och regionsjukvården varierar betydligt mellan enskilda patienter från någon dag till ett par månader i enstaka fall. Andelen patienter som har en vårdtid av högst 5 dagar utgör omkring 50 procent av samtliga patienter inom den somatiska korttidsvården. Ca. 40 procent av patienterna har en vårdtid mellan 6 och 20 dagar och andelen patienter med en vårdtid över 20 dagar är omkring 10 procent. Dessa senare patienter svarar emellertid för drygt 40 procent av totala antalet vård dagar inom läns- och regionsjukvården. Som framgår av följande tabell varierar andelen långtidsintagna patienter mellan olika specialiteter.

**Tabell 3 Andelen patienter med långa vårdtider (över 20 dagar) inom läns- och region-sjukvård år 1983.**

	Utskrivningar	Vård dagar
Medicinsk korttidsvård	0.12	0.49
Infektionssjukvård	0.28	0.61
Barnmedicin	0.04	0.35
Kirurgisk korttidsvård	0.09	0.43
Kvinnosjukvård	0.02	0.14
Ögonsjukvård	0.03	0.28
Öronsjukvård	0.03	0.28
Onkologisk vård	0.10	0.48
Genomsnitt	0.09	0.42

En jämförelse mellan region- och länsjukhus visar att andelen utskrivningar med långa vårdtider, liksom den sammanlagda vårdtiden för dessa patienter genomgående är något högre vid regionsjukhusen än vid länsjukhusen.

Såväl i remissvar på HS 90-rapporten som i debattinlägg och artiklar mm har möjligheterna att genomföra en drastisk vårdplatsänkning inom den somatiska korttidsvården ifrågasatts. Man har härvid särskilt pekat på de internmedicinska klinikernas problem med överbelagda vårdavdelningar och medicinklinikernas utsatta ställning där 80–90 procent av alla intagningar är av akut karaktär.

Under den rent hypotetiska förutsättningen att alla patienter efter 20 dagars vårdtid skrevs ut från den somatiska korttidsvården till andra vårdformer skulle detta reducera antalet vård dagar inom korttidsvården med drygt 20 procent. Omräknat i vårdplatser skulle detta innebära 8–9 000 platser dvs i princip hela den reduktion som HS 90 ansett möjlig.

I praktiken finns det självklart såväl humanitära som praktiska skäl som talar emot en sådan drastisk utskrivningspolitik. Samtidigt kan dock konstateras att en del av patienterna egentligen inte har behov av korttidsvårdens resurser ens under de 20 dagar som här utgjort "brytpunkt". Enligt en undersökning i april 1984 vid samtliga internmedicinska kliniker utanför Stockholms läns landsting kunde omkring 21 procent av de ineliggande patienterna enligt resp klinikchefs bedömning betraktas som "klinikfärdiga" dvs som utskrivningsklara och i behov av annan vårdform om sådan funnits tillgänglig (Läkartidn. nr 10/1985). Denna andel är således nästan den dubbla mot den andel som inom medicinklinikerna svarar för en vårdtid på över 20 dagar.

### 5-dygnsvård

Av de patienter inom den somatiska korttidsvården som har en vårdtid på högst 20 dagar har drygt hälften (55 procent) en vårdtid på högst 5 dagar. Dessa patienter svarar för 28 procent av de vård dagar som patienterna med en vårdtid under 20 dagar utnyttjar. Dessa andelar varierar mellan olika områden i enlighet med tabellen nedan.

**Tabell 4 Patienter med vårdtider 0-5 dagar i relation till totala antalet patienter med vårdtid 0-20 dagar år 1983.**

	Andel av utskrivningarna	Andel av vårddagarna
Medicinsk korttidsvård	0.53	0.21
Infektionssjukvård	0.33	0.11
Barnmedicin	0.85	0.52
Kirurgisk korttidsvård	0.62	0.29
Kvinnosjukvård	0.54	0.29
Ögonsjukvård	0.53	0.24
Öronsjukvård	0.79	0.50
Onkologiskvård	0.75	0.35
Genomsnitt	0.55	0.28

Det bör observeras att dessa siffror bygger på den officiella patientstatistiken. Bland de patienter som redovisas med en längre vårdtid än 5 dagar har många permission i hemmet under helgerna. Enligt vissa beräkningar gäller detta omkring 15 procent av patienterna inom korttidsvården. Någon större skillnad mellan regionsjukhusens kliniker och motsvarande kliniker inom länssjukvården föreligger inte vad gäller andelen patienter med korta vårdtider.

Enligt HS 90 bör en betydligt större andel av vårdplatserna än vad som nu är fallet kunna avdelas för 5-dygnsvård. Av ovanstående tabell att döma skulle detta rent hypotetiskt kunna gälla drygt en fjärdedel av de beräknade 30 000 vårdplatserna inom den somatiska korttidsvården. All vård är emellertid inte planerad vård. En del av de patienter som kommer in akut under slutet av veckan och under helgen skrivs ut i början av nästa vecka. Dessa patienter kan givetvis i allmänhet inte läggas in på en 5-dygnsavdelning. Merparten av vården är emellertid planerad vård.

En ambitionsnivå kan vara att på sikt i genomsnitt omkring 15-20 procent av de kvarvarande vårdplatserna dvs omkring 5 000 vårdplatser, kan disponeras för 5-dygnsvård. Denna andel förutsätts givetvis variera mellan olika verksamhetsområden. Med tanke på den nuvarande ringa förekomsten av 5-dygnsvård kan en sådan siffra förefalla utopisk. Inom dermatologin är emellertid andelen 5-dygnsplatser f n ca 16 procent och inom ögonsjukvården 13 procent. Inom gynekologin och pediatriken är motsvarande andel ca 5 procent, medan den inom internmedicin och kirurgi endast är 1 procent.

Ett tänkbart alternativ till traditionell vård kan även vara 12-dygns vård, något som prövats med framgång internationellt. De personalmässiga vinsterna med ett sådant system blir givetvis mindre än vid femdygnsvård men det kan för sjukhuset som helhet innebära fördelar att belastningstoppparna på t ex serviceavdelningarna inte blir så stora som vid 5-dygnsvård.

### *Gemensamma vårdavdelningar*

Under senare tid har alltmer den etablerade klinikstrukturen diskuterats. Skälen härför är såväl ekonomiska som vårdmässiga. Vid den traditionella strukturen är det svårt att göra omdisponeringar mellan olika specialiteter

varefter vårdbehoven växlar. Till detta kommer att kostnaderna för jour och beredskap är höga. En bredare kompetens hos läkare och vårdpersonal och en uppluckring av klinik- och avdelningsstrukturen kan öka möjligheterna till en mindre kostsam organisation för jour och beredskap.

De vårdmässiga aspekterna tar sin utgångspunkt i att vårdbehovet förskjuts och att allt fler och allt äldre patienter ofta har fler sjukdomar som kräver insatser från flera olika specialiteter samtidigt. Med den nuvarande strukturen försvåras ett naturligt samarbete kring patienten. Målet för en samordning blir då att öka förutsättningarna för en helhetssyn på patienten såväl medicinskt som ur omvårdnads- och rehabiliteringssynpunkt.

En utveckling mot fler gemensamma vårdavdelningar kommer sannolikt att bli aktuell. Vid mindre sjukhus kan detta gälla t ex allmän kirurgi, ortopedi, urologi och gynekologi samt internmedicin och långvårdsmedicin. En sådan utveckling innebär dock inte att en återgång till de tidigare odelade lasaretten eftersträvas. Även på större sjukhus kommer det sannolikt att bli aktuellt att pröva möjligheterna till gemensamma avdelningar särskilt för att samordna de mindre klinikerna med t ex intermedicinska eller kirurgiska kliniker.

### *Jour- och mottagningsorganisation*

Särskilt vid de mindre sjukhusen utgör jourens organisation en avgörande faktor för behovet av läkare vid de olika enheterna. Även vid de minsta sjukhusen finns traditionellt en organisation för jourtid som består av en läkare i primärjour och en i bakjour inom såväl medicin som kirurgi. Dessutom finns läkare i bakjour inom anestesi och röntgen.

För att täcka jour- och beredskap vid de minsta sjukhusen åtgår enligt av SPRI gjorda beräkningar omkring 30 årsarbetande läkare. Med en sådan bemanning kommer det att finnas omkring 5–6 läkare inom vardera medicin- och kirurgiklinikerna disponibla för arbete under schemalagd tid (dagtid) för slutna och öppna vård.

En möjlighet att rationalisera jourorganisationen är att slopa den särskilda bakjouren. En annan möjlighet är att införa gemensam primärjour (samjour) mellan flera kliniker t ex medicin och kirurgiklinikerna. En sådan samjour mellan medicin och kirurgiklinikerna förekom enl. SPRI år 1982 vid 12 av landets 55 länsdelssjukhus.

Ytterligare ett alternativ vad gäller jourorganisation är joursamverkan mellan länssjukvården och primärvården. Detta kan ske t ex genom att primärvårdens distriktsläkare tar över primärjouren vid sjukhuset under kvällar och helger och har bakjour i hemmet under natten då sjukhusets läkare svarar för hela den öppna akutverksamheten. I andra fall kan sjukhusets bakjour även vara bakjour gentemot primärvården. En rad varianter förekommer på detta område på olika håll i landet.

Mer än hälften av patientbesöken sker fortfarande vid de sjukhusanslutna mottagningarna. Detta innebär att lokal- och personalresurser för den öppna vården är betydande vid våra sjukhus.

Patientunderlaget för länssjukvårdens öppna vård kommer att minska till följd av en utbyggd primärvård. För de kliniker som f n har en stor andel "primärvårdspatienter" medför detta konsekvenser i form av krav på för-

ändringar i organisationen. I HS 90s slutrapport konstateras också att sjukhusmottagningarnas organisation och omfattning bör ses över i takt med överförandet av patienter till icke sjukhusansluten vård.

I allmänhet är personalbemanningen, exklusive läkare, relativt konstant under hela veckan. Besöksfrekvensen varierar emellertid starkt både under dagen och mellan olika veckodagar. Detta innebär att lokaler och personal ej utnyttjas optimalt, olika vägar bör prövas för att höja utnyttjandet av mottagningsresurserna, bl a gemensamma enheter för flera specialiteter.

## 2. Personal

### 2.1 Nuvarande personalsituation

#### *Totalt*

Tillgången på personal inom läns- och regionsjukvården har ökat väsentligt. Särskilt stark var ökningen under 1970-talet medan den under de allra senaste åren varit betydligt svagare. Under en lång följd av år har personaltillgången kännetecknats av en bristsituation, särskilt inom vissa delar av landet och för vissa personalgrupper. Speciellt kännbar har bristen på vidareutbildade läkare varit inom framförallt laboratoriespecialiteterna. Även bristen på vissa typer av sjuksköterskor samt arbetsterapeuter och sjukgymnaster har varit påtaglig.

Antalet anställda inom den somatiska läns- och regionsjukvården, exkl långvårdsmedicin, uppgår till omkring 168 000 personer vilket motsvarar ca 48 procent av samtliga anställda inom den offentliga hälso- och sjukvården. Antalet anställda inom länssjukvårdens somatiska långtidssjukvård uppgår till omkring 40 000 personer.

Med utgångspunkt från bl a landstingens och primärkommunernas årliga redovisning av personalsituationen kan fördelningen av antalet anställda inom läns- och regionsjukvården 1983 uppskattas i enlighet med tabell 5.

**Tabell 5 Uppskattat antal anställda 1 mars 1983 för personal inom somatisk läns- och regionsjukvård.**

Personalgrupp	Somatisk korttidsvård		Långtidssjukvård	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Läkare	11 500	7,0%	550	1,4%
Sjuksköterskor, barnm. ass., arbetster., sjukgymn	44 000	26,8%	4 300	10,9%
Undersköterskor, biträden	74 500	45,3%	20 600	52,1%
Förv.- och adm.personal samt psyk. och kur m fl	16 000	9,7%	2 000	5,1%
Ekonomi- transport- och teknisk personal	18 300	11,1%	12 100	30,6%
<b>Totalt ca</b>	<b>164 300</b>	<b>100,0%</b>	<b>39 550</b>	<b>100,0%</b>

Totalt är således drygt 200 000 personer anställda inom den somatiska läns- och regionsjukvården. Verksamheten vid dessa enheter består i huvudsak av arbete vid vårdavdelningar, vid mottagningar och inom medicinsk service. Till det senare räknas i detta sammanhang kliniska laboratorier, röntgenavdelningar, operations- och anestesivdelningar m m Till detta kommer gemensamma funktioner såsom administration, förvaltning och drift m m. Andra väsentliga uppgifter är forskning, utbildning, undervisning och konsultarbete till andra vårdgivare. Den totala verksamhetens omfattning inom länsdels-, läns- och regionsjukhusen uppgår till omkring 280 miljoner arbetstimmar för den somatiska vården år 1983. Arbetstimmarnas fördelning på olika delar av verksamheten och olika personalgrupper framgår av tabell 6.

Tabell 6 Arbetsvolym inom somatisk läns- och regionsjukvård 1983 (milj tim).

Personalgrupp	Somatisk korttidsvård	Långtidsvård Med rehab	Summa
Lång vårdutb	20.9	1.0	21.9
Medellång vårdutb	59.0	6.5	65.5
Kort vårdutb	97.0	28.6	125.6
Förv, adm pers	22.2	3.0	25.2
Ekonomipers	24.4	16.2	40.6
Summa	223.6	55.4	279.0

Någon uppdelning av personalen på uppgifter för regions- resp för länsjukvård finns inte. Som tidigare nämnts svarar regionsjukvården för ca 9 procent av den totala somatiska korttidsvården. Allmänt sett är personaltätheten något högre vid regionsjukhusen till följd av att viss regionsjukvård i sig sannolikt kräver en något högre personaltäthet pga sin karaktär. Särskilt märkbar är skillnaden i läkartäthet mellan läns- och regionsjukhusen genom att vissa "läkarintensiva" uppgifter är koncentrerade till regionsjukhusen såsom undervisning och forskning m m. Till den bättre personalsituationen vid regionsjukhusen vad gäller läkare bidrar också de bättre rekryteringsmöjligheter som råder vid dessa sjukhus än på många håll inom länsjukvården.

#### *På sjukvårdsområdesnivå*

Det förekommer betydande skillnader i personaltillgång mellan olika sjukvårdsområden. Detta gäller både om man ställer personaltillgången i relation till antalet vårdplatser och till antalet invånare inom respektive sjukvårdsområde. Någon statistik som redovisar faktisk bemanning eller faktiskt arbetad tid inom samtliga sjukvårdsområden på ett jämförbart sätt finns inte. De enda jämförbara uppgifter som finns att tillgå är LKELP:s redovisning över inrättade tjänster.

I LKELP redovisas antalet tjänster för olika typer av verksamhet. Av tabell 7 framgår antalet tjänster för sjukhusansluten hälso- och sjukvård, exkl tjänster som redovisats för psykiatrisk vård och långtidssjukvård. De tjänster som då redovisas avser i huvudsak somatisk korttidsvård vid länsdels-



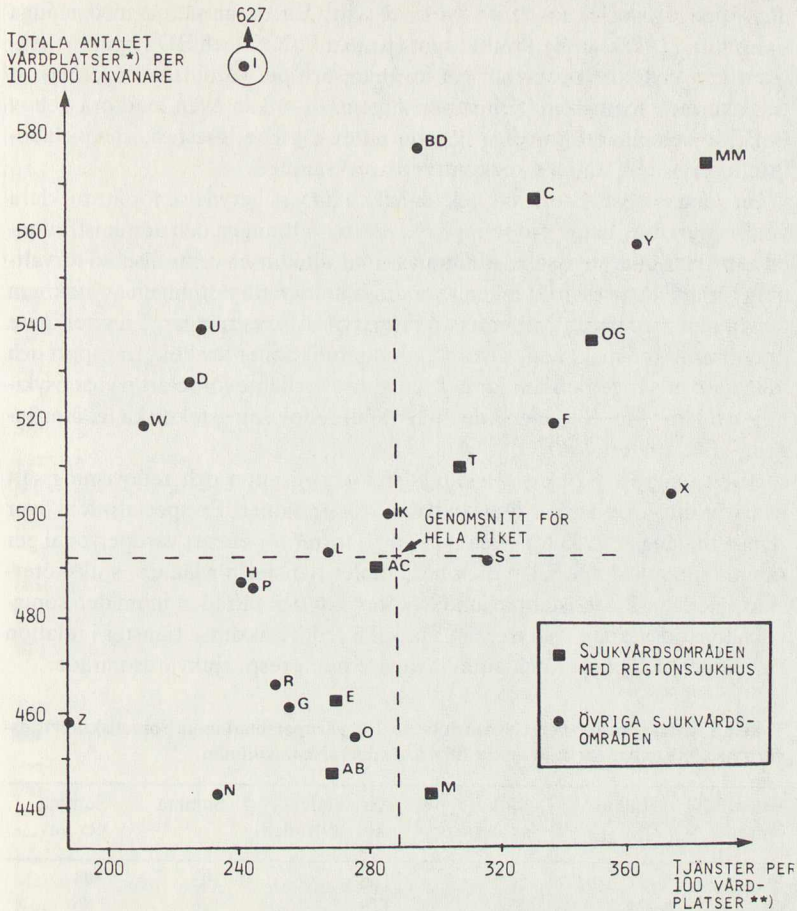
läns- och regionsjukhus. Totala antalet tjänster uppgår med denna avgränsning till 125 800 år 1983 vilket motsvarar drygt 1500 tjänster per invånare eller knappt 290 tjänster per 100 vårdplatser. Härvid inräknas tjänster för såväl läkare som övrig vårdpersonal, ekonomipersonal, administrativ och teknisk personal etc. Antalet tjänster redovisas i tabellen i relation till såväl befolkningsunderlag som antal vårdplatser för medicinsk och kirurgisk vård samt s k övrig vård.

**Tabell 7 Tjänster för sjukhusansluten vård exkl långtidsvård och psykiatri år 1983 enl. LKELP 84 (tabell P1).**

Sjukvårdsområde	Antal tjänster	Tjänster per 1 000 inv	Tjänster per 100 vårdplatser
<i>Områden med regionsjukhus</i>			
AB	18 788	12.1	267
C	6 062	24.4	333
E	5 822	14.8	269
MM	5 254	22.9	388
M	7 911	15.3	298
OG	9 725	22.9	388
T	5 454	20.0	307
AC	4 115	16.8	281
<i>Övriga områden</i>			
D	3 086	12.3	225
F	5 489	18.2	338
G	1 947	11.2	255
H	2 766	11.5	242
I	793	14.2	240
K	2 148	14.1	285
L	3 651	13.1	268
N	2 430	10.3	234
O	3 675	12.9	275
P	4 877	11.5	243
R	3 223	11.9	251
S	4 684	16.7	316
U	3 188	12.4	229
W	3 089	10.8	210
X	5 258	18.0	375
Y	5 421	20.5	365
Z	1 494	11.1	187
BD	4 390 <sup>a</sup>	16.6	291
<b>Totalt</b>	<b>125 842</b>	<b>15.1</b>	<b>289</b>

<sup>a)</sup> Korrigerad uppgift.

Av figur 3 framgår att korrelationen mellan antalet vårdplatser som sjukvårdsområdet disponerar och antalet tjänster för personal inom läns- och regionsjukvården är relativt låg. Det lilla samband som finns tyder snarast på att ju fler vårdplatser per invånare huvudmannen förfogar över desto högre är tjänstetätheten (antalet tjänster per vårdplatser).



Figur 3. Vårdplatstäthet och tjänstetäthet per vårdplats fördelat per sjukvårdsområde.

Källa: LKELP 84

\*) INKLUSIVE VÅRDPLATSER SOM TILLKOMMER/AVGÅR P G A AVTAL ELLER ÖVERENSKOMMELSE

\*\*) AVSER ENDAST EGNA VÅRDPLATSER

Vad gäller vårdplatser så finns det endast fem sjukvårdsområden som med mer än 10 procent avviker från riksgenomsnittet (C, MM, I, Y, BD). Spridningen vad gäller tjänstetäthet per vårdplats är emellertid som framgår av figuren betydligt större.

Av figuren framgår också att det är framförallt fyra sjukvårdsområden som har såväl en hög vårdplatstäthet som en hög tjänstetäthet per vårdplats. Tre av dessa, Uppsala läns landsting, Göteborgs- och Malmö kommuner utgöres av områden med regionsjukhus. Tjänster avsedda för särskilda funktioner såsom undervisning, forskning mm slås här ut på relativt litet befolkningsunderlag. Dessutom är viss laboratorieverksamhet och särskilt personalkrävande vård förlagd hit.

De redovisade variationerna i personaltäthet mellan de olika sjukvårdsområdena beror på en rad faktorer. Hit hör t ex varierande rekryteringsmöjligheter, sysselsättningspolitiska ambitioner och att vårdorganisationen är

uppbyggd och dimensionerad på olika sätt. En organisation med många sjukhus med verksamhet dygnet runt (jfr t ex F, X, Y och BD i figuren) kräver mer tjänster och personal per invånare och per vårdplats för jourtjänst och akutmottagning mm. En spridd organisation kan även medföra behov av fler avdelningar för medicinsk service t ex röntgen, anestesi och viss laboratorieservice än en mer koncentrerad verksamhet.

En annan organisatorisk aspekt som kan ha viss betydelse för att förklara vissa differenser hänger ihop med hur tex förvaltningen och administrationen är organiserad. I vissa fall tillämpas en till sjukhusen centraliserad förvaltning för ett större distrikt medan i andra områden förvaltningen av sjukhem och öppen vård decentraliserats till primärvårdsförvaltningar. En ytterligare organisatorisk aspekt kan vara att ekonomifunktioner tex kök, transport och lokalvård etc är gemensam för hela sjukhuset och inte fördelats på tex psykiatri och långvård. Slutligen kan i något fall redovisningstekniska fel återfinnas i grundmaterialet.

Även bortsett från dessa skillnader i organisation och redovisningssätt kvarstår intrycket att det finns betydande variationer. En specialstudie över tjänstetillgång år 1983 för vissa typer av tjänster för enbart vårdpersonal ger samma intryck. I specialstudien har antalet tjänster för läkare, sjuksköterskor, medicinska assistenter, undersköterskor och biträden inom den somatiska korttidsvården analyserats. I tabell 8 redovisas dessa tjänster i relation till antalet vårdplatser och antal invånare inom resp. sjukvårdsområde.

**Tabell 8 Antal tjänster per 100 vårdplatser för vårdpersonal inom somatisk korttidsvård år 1983 enligt särskild enkät till vissa sjukvårdshuvudmän.**

Sjukvårdsområde	Läkare	Sjuksköterskor	Ass, undersköt, biträden	Summa	Summa per inv.
F	31	56	106	193	104
G	24	53	118	196	86
K	25	46	99	170	84
L	24	38	113	175	85
O	28	46	100	174	82
S	28	54	108	190	100
U	18	41	99	158	86
X	30	68	155	254	122
Y	23	64	136	223	125
Genomsnitt	26	52	115	193	98

Tjänstetillgången för vårdpersonal uppvisar som framgår av tabellen, betydande skillnader. Någon tendens till att man kompenseras sig med fler undersköterskor och biträdestjänster när sjukskötersketjänsterna är få och vice versa finns inte. Tvärtom synes en relativt sett god tillgång på tjänster för sjuksköterskor och på övriga tjänster följes åt.

Att göra meningsfulla jämförelser mellan olika sjukvårdsområden är som framgår ovan förenat med betydande problem. Skillnaderna i tjänstetillgång och personaltillgång sammanhänger såväl med att sjukvårdsorganisationen är uppbyggd och dimensionerad på olika sätt som med att rekryteringsmöjligheterna varierar mellan olika sjukvårdsområden. Områden med region-

och undervisningssjukhus har väsentligt högre läkartäthet än övriga områden. Dessa faktorer bidrar också till att tillgången vad gäller personal med medellång vårdutbildning är något högre än vad som gäller generellt. Såväl inom gruppen av områden med region- och undervisningssjukhus som inom gruppen av övriga sjukvårdsområden finns emellertid betydande skillnader såväl vad gäller vårdplatstillgång som vad gäller tjänstetäthet per vårdplats.

### *Personaltillgång vid vissa sjukhus, kliniker m m*

På samma sätt som variationerna i tjänste- och personaltillgång är stora mellan olika sjukvårdsområden, varierar även dessa faktorer mellan olika kliniker av samma typ.

För att ge en uppfattning om vilken personaldimensionering som f n är aktuell inom den somatiska korttidsvården redovisas i särskild appendix, som ett exempel, resultatet av en specialstudie avseende antal arbetade timmar för olika personalgrupper vid vissa sjukvårdsenheter inom Östergötlands läns landsting.

Med ledning av uppgifterna från Östergötlands läns landsting kan arbetsinsatsens fördelning på vårdavdelningsarbete, mottagningsverksamhet och medicinsk service inom den somatiska korttidsvården uppskattas. En sådan uppskattning redovisas i tabell 9.

**Tabell 9 Beräkning av arbetsvolymens fördelning för vårdpersonal inom somatisk korttidsvård (milj tim) 1983 totalt för landet.**

Personalgrupp	Vård- avdeln	Mottag- ning	Medicinsk service	Adm drift mm	Totalt
Lång vårdutb <sup>a</sup>	10,6	5	5,2	0,2	21
Medellång vårdutb	29	7	21	2	59
Kort vårdutb	57	11	22	7	97
Summa	97	23	48	9	177

<sup>a</sup>) För läkarna har arbetstiden för avdelnings resp. mottagningsarbete särredovisats med hjälp av uppgifter ur LATT 79 (jfr avsnitt 1.1) I siffran för vårdavdelningsarbete ingår även läkarnas tid för operationsverksamhet.

Till begreppet medicinsk service räknas här, förutom klinisk laboratorieverksamhet, röntgendiagnostik, anestesi- och intensivvård samt för personal med kort och medellång vårdutbildning även operationsverksamhet.

## 2.2 HS 90:s diskussion om framtida personalstruktur

### *Personaltäthet och kompetensförskjutning*

Sedan lång tid tillbaka har personaltätheten ökat inom hälso- och sjukvården. Grupperna med lång och medellång vårdutbildning har härvid ökat snabbare än övriga personalgrupper.

Det finns enligt HS 90 skäl som talar för en fortsatt ökad personaltäthet. Till dessa skäl hör för läns- och regionsjukvårdens del bl a att patientsam-

mansättning på kvarvarande vårdplatser kommer att förändras. Patienterna kommer genomsnittligt sett att vara äldre. De kommer också att vara mer vårdkrävande genom att vårdtiderna ytterligare förkortas och intagning av patienter med lättare vårdbehov begränsas. En ökad satsning på rehabilitering och aktivering är nödvändig för att få bättre genomströmning inom den slutna vården och för att patienterna i större utsträckning än hittills skall kunna få sina vårdbehov tillgodosedda i den öppna vården.

Antalet besök vid sjukhusens öppna mottagningar förväntas komma att begränsas genom överföring till den utbyggda primärvården. Även här förväntas dock en förskjutning till mer omfattande och därmed tidskrävande diagnos- och behandlingsinsatser vid sjukhusen.

För en personalförtätning och högre kompetens inom hälso- och sjukvården talar även att komplexiteten i vårdarbetet sannolikt kommer att öka ytterligare och att en alltmer välutbildad personal kommer att krävas för att dels handha och förstå teknisk apparatur och dess risker samt för att man skall kunna svara upp mot hälso- och sjukvårdslagens intentioner om bättre patientkontinuitet och information mm. Personalsammansättningen kommer också att påverkas av kraven på ett meningsfullt såväl individ- som samhällsinriktat förebyggande arbete. Detta liksom ökade behov av handledning och fortbildning leder till att en ökad andel personal med lång och medellång vårdutbildning enligt HS 90 kommer att erfordras. Slutligen bör framhållas att hälso- och sjukvården givetvis inte bör ha en lägre utbildningsprofil än vad som gäller generellt i samhället eller för andra arbetsuppgifter med motsvarande svårighetsgrad.

Som tidigare påpekats anför socialutskottet också vid sin behandling av proposition 1984/85:181. Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, att "även om vårdplatsantalet sannolikt kan minskas skall läns- och regionsjukvården även fortsättningsvis svara för en hög kvalitet, stor kapacitet, effektivitet och hög beredskap. Den i propositionen förordade omfördelningen av resurser skall således inte hindra länssjukvårdens kvalitativa utveckling. Det är tvärtom angeläget att utvecklingen mot nya och förbättrade metoder för diagnostik och behandling fortsätter."

### *Höjd baskompetens*

HS 90 anser det önskvärt att samtlig vårdpersonal inom hälso- och sjukvården år 2000 innehar åtminstone undersköterske/skötarkompetens. En sådan utveckling är också på gång inom flera sjukvårdsområden i landet. Ett betydande antal sjukvårdsbiträdestjänster har under senare år konverterats till undersköterske – eller sjukskötersketjänster. Särskilda utbildnings/fortbildningsinsatser har påbörjats för att höja biträdespersonalens kompetens till undersköterskenivå. Utvecklingen mot en höjd och enhetlig kompetensnivå för baspersonalen underlättar sannolikt schemalaggningen i många fall och kan bidra till en rationellare personalplanering.

### *Specialisering*

I HS 90 framhålls att en viss ökad specialisering vid länssjukhusen kan aktualiseras främst genom att läkare med specialistkompetens inom t ex reuma-

tologi, neurologi, urologi etc erhåller tjänster vid länsjukhusen i ökad omfattning. En sådan utveckling medför en viss utökning av läkarresurserna vid länsjukhusen. I den mån särskilda avdelningar och/eller mottagningar etableras för dessa mer specialiserade verksamheter påverkas även behovet av sjuksköterskor och undersköterskor något. Totalt sett har dock detta ingen större betydelse när det gäller diskussionen om personalbehov för den somatiska korttidsvården.

### *Några andra faktorer som påverkar personalbehov*

Det finns självklart en rad faktorer som påverkar personalbehovet framöver – inte minst lokala ambitioner och organisatoriska förhållanden samt rekryteringsförhållanden. Några mer generella trender, utöver de som tagits upp ovan, kan vara följande.

För undervisning i den kommunala högskolan har vissa sjukvårdshuvudmän lagt in läkarnas undervisningstid inom ramen för klinikens ordinarie arbetstid. Detta har tidigare varit en sysselsättning som bedrivits på fritid. Allt fler landsting överväger nu att lägga in denna tid i arbetstiden. Ett allt större administrativt ansvar kommer att läggas på klinisknivå, vilket ökar tidsåtgången för administrativt arbete. Dessa faktorer leder till ett något ökat behov av läkare.

Handledning och konsultation från regions- och länsjukhusen till länsdelssjukhus och primärvård kommer att öka i omfattning. Såväl detta som ett ökat individ- och samhällsförebyggande arbete har sannolikt effekter på personalbehovet inom läns- och regionsjukvården.

Den tekniska utvecklingen medför ett ökande behov av medicinsk-teknisk personal med hög kompetens framför allt inom den onkologiska vården och den medicinska servicen.

### 2.3 Framtida personalbehov

Det framtida personalbehovet inom läns- och regionsjukvården sammanhänger, utifrån programmatiska utgångspunkter, dels med vårdens framtida omfattning och struktur, dels med eventuell personalförtätning, dvs med ändrad personalinsats per prestation. Prognosernas tillförlitlighet och resultat sammanhänger givetvis med kvaliteten på det underlag som finns tillgängligt och på de antaganden och förutsättningar som sätts upp för prognosen.

Bristen på information och kunskap om dagens personalsituation vid olika typer av enheter och för olika verksamheter är betydande. Uppgifter om personalinsats t ex mätt i faktiskt antal arbetade timmar, i relation till utförda prestationer och till deras resultat saknas så gott som helt inom hälso- och sjukvården. Som framgått ovan varierar också personalsituationen påtagligt mellan olika sjukvårdsområden och vårdenheter. Härtill kommer att tillgång och efterfrågan på personal är beroende faktorer som påverkar varandra i hög grad.

För den programmatiska bedömningen skulle det ha varit önskvärt med uppgifter om personalstruktur och dimensionering för olika typer av vårdavdelningar, mottagningar etc. Detta skulle då också ställas mot aktuell om-

fattning på vården, patientsammansättning etc. Något sådant underlag finns dock inte tillgängligt.

I det följande redovisas därför en översiktlig bedömning av personalbehovet inom läns- och regionsjukvården utifrån en totalbedömning. I brist på tillförlitligt underlag görs således ingen nerbrytning av vad som krävs inom olika delar av läns- och regionsjukvården för ett förverkligande av HS 90:s intentioner. Den här redovisade bedömningen utgår emellertid från en uppskattning av arbetstidens fördelning på olika personalgrupper och verksamheter i enlighet med vad som redovisats i tabell 6 för länsjukvårdens somatiska långtidssjukvård och i tabell 9 för den somatiska korttidsvården.

Utgångspunkten vad gäller vårdens omfattning är att antalet vårdplatser fram till år 2000 reduceras till omkring 30 000 inom somatisk korttidsvård exklusive s k tekniska vårdplatser m fl dvs med drygt 20 procent, i enlighet med HS 90:s intentioner samt till 7 500 inom länsjukvårdens långvård. Nerdragningen förutsätts kunna genomföras i huvudsak genom förkortning av medelvårdtiderna. Totala antalet intagningar förutsätts emellertid komma att vara oförändrat. Besöksvolymen antas komma att minska med ca 20 procent vid läns- och regionssjukhusens kliniker.

Vidare förutsätts en personalförtätning, dvs en ökad arbetstidsinsats per prestation. Denna sker framförallt i grupperna med lång och medellång vårdutbildning.

## Bedömning

Det är uppenbart att utvecklingen vad gäller personalbemanning kommer att variera mellan olika verksamhetsområden och mellan olika sjukvårdsområden fram emot år 2000. Härför talar bl a olika organisatoriska och rekryteringsmässiga förhållanden, men också att det reella personalbehovet varierar mellan olika specialiteter beroende på patientsammansättning mm. I det följande diskuteras därför endast i mycket grova termer med utgångspunkt från ett tänkt genomsnittligt behov av personal.

### *Personal med lång vårdutbildning*

Ett genomförande av HS 90:s intentioner ställer krav på ökad genomströmning och effektivare behandlingsplanering. Detta talar för en ökad arbetsinsats per intagning och per besök för personal med lång vårdutbildning. Därtill kommer att det på vissa håll i landet fortfarande finns vakanta tjänster och enheter med jämförelsevis låg läkartillgång. En utökning av den totala arbetsvolymen för personal med lång vårdutbildning med omkring 15 procent för vårdavdelningsarbete inom den somatiska korttidsvården bedöms här vara rimlig. För mottagningsarbete förutsätts här oförändrad läkararbetsinsats. Med dessa utgångspunkter finns utrymme att öka läkarinsatsen per besök med ca 20 procent eller att inom ramen för oförändrad mottagningstid per besök avsätta 20 procent av den totala arbetstiden till nya aktiviteter. För vårdavdelningsarbete finns med dessa utgångspunkter möjligheter att utöka arbetstiden per patient med 15 procent eller att omfördela motsvarande arbetstid till nya uppgifter. Den något lägre ökningen för vårdavdel-

ningsarbete än mottagningsverksamhet motiveras av att antalet samtidigt inneliggande patienter minskar med ca 20 procent.

De eventuella effekterna av en rationalisering av vårdens organisation och struktur i enlighet med vad HS 90 förutsatt diskuteras i avsnitt 2.4.

Vid våra överväganden i denna del har vi också försökt överväga möjligheterna att differentiera personalförtätningen inom olika verksamhetsområden och vårdformer inom den somatiska korttidsvården. En möjlighet vore därvid att ha skilda förtätningfaktorer för olika typer av sjukhusverksamhet såsom verksamheter vid större och mindre sjukhus eller verksamhet under dagtid contra jourtid etc. Vi har dock inte funnit bärande skäl för en sådan differentiering.

Dagens läkarbemannning inom den somatiska långtidsvården är mycket låg i förhållande till den som gäller inom korttidsvården. För att antalet läkartimmar per vårdplats skulle komma att uppnå samma nivå år 2000 inom långtidssjukvården skulle drygt en tredubbling av antalet läkararbetstimmar erfordras inom långtidssjukvården. En sådan utökning är vare sig möjlig eller medicinskt motiverad. En fördubbling av antalet läkartimmar per vårdplats inom länssjukvårdens långtidssjukvård i förhållande till nuläget är emellertid inte orimlig, inte minst med tanke på det stora antalet vakanser inom området som nu finns (17 procent, LTV 1982).

Inom den medicinska servicen har personalplaneringen när det gäller läkare hittills kännetecknats av en bristsituation som medfört att omkring 7 procent av tjänsterna inom aktuella verksamheter är vakanta (LTV 82) och att tjänster inte inrättats i erforderlig omfattning på vissa håll. För att dels fylla dessa brister och dels svara upp mot de nya krav som ställs på den medicinska servicen med anledning av bl a det utvidgade förebyggande arbetet fordras en viss ökad läkararbetsvolym. Denna ökning uppskattas här till 15 procent.

Totalt sett innebär dessa bedömningar att behovet av läkararbetstimmar ökar inom läns- och regionsjukvården från omkring 22 miljoner till drygt 24 miljoner timmar.

### *Personal med medellång vårdutbildning*

Vad gäller personal med medellång vårdutbildning vid avdelningar och mottagningar hänför sig arbetsinsatsen till dels mottagnings- och utredningsverksamhet, dels till omvårdnadsuppgifter för inneliggande patienter. För denna grupp antages här en i stort sett oförändrad arbetsvolym även om antalet vårdplatser och omfattningen av den öppna vården reduceras. Detta innebär således en omfördelning av den totala arbetsinsatsen till förmån för mer arbetstid för mottagnings- och utredningsverksamhet, men också möjligheter att avsätta mer tid för omvårdnadsarbete.

Inom ramen för den totala arbetsvolymen för gruppen med medellång vårdutbildning är det rimligt att förutsätta att en utökad andel av arbetsinsatsen görs av arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Särskilt gäller detta inom den somatiska långtidssjukvården/medicinska rehabiliteringen.

Inom medicinsk service förväntas ingen större utökning av antalet anställda. En svårbedömd faktor är emellertid i vilken mån som personal med teknisk utbildningsbakgrund kommer att ersätta viss vårdutbildad personal. En



stor del av dagens undersköterske- och biträdestjänster kommer att omvandlas till tjänster för sjuksköterskor och medicinsk-tekniska assistenter. Omfattningen av denna omvandling är emellertid svårbedömbär. Här har antagits att andelen för personal med medellång vårdutbildning ökar från knappt 50 procent till omkring 70 procent av totala antalet arbetstimmar för dessa personalgrupper.

### *Personal med kort vårdutbildning*

Merparten av arbetsinsatsen för personal med kort vårdutbildning kan hänföras till omvårdnadsaktiviteter. Arbetsvolymen bör därmed i princip stå i proportion till antalet besök vid mottagningarna och antalet inläggande patienter. Detta skulle således motivera en minskning av denna grupp med drygt 20 procent inom korttidsvården och 50 procent inom länssjukvården långtidssjukvård.

Samtidigt kan emellertid konstateras att vårdtyngden på de patienter som i slutet av seklet tas in inom den slutna vården eller i övrigt behandlas inom läns- och regionsjukvården kan förväntas vara större än vad som för närvarande gäller. Patienterna kommer således genomsnittligt att vara äldre, ha mer komplexa sjukdomsbilder och därmed också ha ett större behov av omvårdnad. En viss personalförtätning även på denna nivå är därför motiverad för vårdavdelnings- och mottagningsarbete.

Inom den medicinska servicen förutsätts som nämnts ovan en viss omfördelning komma att ske mellan personal med medellång och med kort vårdutbildning inom en i stort sett oförändrad totalram.

### *Preliminär sammanvägning*

Läns- och regionsjukvårdens behov av arbetstimmar för vårdpersonal kan därmed skattas i enlighet med tabell 10. (Utgångsläget år 1983 redovisas i tabell 6 och 9). I tabell 10 har antagits att arbetsinsatsen för administration och drift förblir oförändrad för vårdpersonalen fram till år 2000.

**Tabell 10. Beräknad arbetsvolym inom läns- och regionsjukvård år 2000 (milj. timmar).**

Personalgrupp	Somatisk korttidsvård			Långtidsvård	Summa
	Vårdavd/ mottagn.	Med-service	Adm.drift		
Lång vårdutb	17	6	0,2	1	24
Medellång vårdutb	35	29	2	6	72
Kort vårdutb	59	14	7	15	95
Summa	112	49	9	22	191

En dimensionering av vårdpersonalen enligt ovan innebär ungefär 800 arbetstimmar per år och vårdplats för personal med medellång vårdutbildning inom såväl korttidsvården som långtidssjukvården. För personal med kort vårdutbildning är motsvarande siffror drygt 1 600 timmar per år inom kort-

tidsvården och ca 2 000 timmar per år och vårdplats inom långtidssjukvården.

## 2.4 Vinster genom förändrad vårdorganisation

Tidigare har pekats på några möjligheter till rationalisering av vårdens organisation och struktur nämligen ett utökat utnyttjande av 5-dygns vård, gemensamma vårdavdelningar och mottagningar samt förändrad jourorganisation. Effekterna på personalbehovet av sådana rationaliseringar är svårbedömda.

### 5-dygns vård

#### *Lång vårdutbildning*

Någon större skillnad i läkarinsats föreligger inte mellan sjudygns- och femdygnsavdelningar med undantag för jourverksamheten. Denna diskuteras i ett senare avsnitt.

#### *Medellång vårdutbildning*

Ovan har beräknats att den angivna arbetsvolymen för personal med medellång vårdutbildning inom den svenska vården motsvarar i genomsnitt 800 arbetstimmar per vårdplats. För en genomsnittlig vårdavdelning på 25 vårdplatser räcker detta till en kontinuerlig bemanning med två sjuksköterskor dygnet runt. Härutöver finns utrymme för t ex ytterligare en sjuksköterska, t ex avdelningsföreståndare, och 1/2 arbetsterapeut samt 1/2 sjukgymnast under dagtid på vardagar.

En femdygnsavdelning bör i regel inte omfatta mer än omkring 20 vårdplatser. Sammansättningen av personalen måste vara sådan att den tillåter stor flexibilitet vad gäller arbetsuppgifternas fördelning. Kraven på snabba aktiveringsinsatser är också stora. En något högre andel av personal med medellång vårdutbildning än vad som gäller på en traditionell vårdavdelning är därmed befogad.

Däremot behövs ingen personal över huvud taget fr o m fredag kväll till måndag morgon.

En dimensionering med t ex två sjuksköterskor dygnet runt måndag till fredag samt ytterligare en sjuksköterska, 1/2 sjukgymnast och 1/2 arbetsterapeut dagtid för 20 vårdplatser innebär 20 procent högre personaltäthet per vårdplats för denna personalgrupp än vad som ovan redovisats för 7-dygns vård. Dimensioneringen innebär ca 700 timmar per år och vårdplats i genomsnitt för personal med medellång vårdutbildning.

Under förutsättning av att 5 000 vårdplatser kan förändras från traditionell vård till 5-dygnsvård har därmed omkring 0,5 miljoner arbetstimmar för denna personalkategori inbesparats.

### *Kort vårdutbildning*

För arbete på vårdavdelning har tidigare beräknats en volym motsvarande omkring 1 600 timmar per vårdplats inom somatisk korttidsvård för personal med kort vårdutbildning. Detta räcker t ex till mellan fem och sex undersköterskor per vårdavdelning (25 platser) under dagtid och 2 undersköterskor under natten veckan runt.

För en femdygnsavdelning kan motsvarande undersköterskedimensionering vara rimlig under tiden måndag-fredag. Detta innebär i genomsnitt ca 1 200 timmar per år och vårdplats vid femdygnsavdelning. Under förutsättning av att ca 5 000 vårdplatser görs om till femdygnsavdelning blir besparingen ca 2 miljoner arbetstimmar på undersköterskenivå.

### *Övrig personal mm*

För att sköta den löpande administrationen vid en femdygnsavdelning fordras specialiserad läkarsekreterare och ADB-stöd. I likhet med andra avdelningar behöver femdygnsavdelningen också en visa andel av sjukhusets gemensamma administration och ekonomiförsörjning mm. Genom att avdelningen inte är öppen under helgerna belastar den dock de senare funktionerna t ex kök, städ, sterilcentral etc i något mindre omfattning än en traditionell vårdavdelning.

### Gemensamma vårdavdelningar och mottagningar

Möjligheterna att koncentrera vården genom nedläggning av en rad mindre länsdelssjukhus kommer att vara begränsade fram till år 2000. Vårdplatsreduceringen måste därför komma att fördelas på flertalet akutsjukhus. Graden av minskning kommer givetvis att variera från sjukhus till sjukhus beroende på bl a möjligheterna att flytta över mer kvalificerade vårduppgifter och sådana med hög beredskapsgrad från länsdelssjukhus till länssjukhus.

Gemensamma vårdavdelningar och mottagningar har diskuterats som en möjlighet, att såväl förbättra patientomhändertagandet som att genom en rationellare organisation minska behovet av personal i vissa fall.

Möjligheterna till rationaliseringsvinster hänger i första hand samman med ett minskat behov av jour- och beredskapslinjer för läkare och ett bättre utnyttjande av mottagningspersonalen. Vid mindre enheter är det ofta arbetstidslagstiftningen som styr bemanningen och inte uppgifternas omfattning. Härtill kommer att större gemensamma enheter ger möjlighet till ett flexiblare utnyttjande av resurserna varefter behoven växlar.

Vid de mindre länsdelssjukhusen bör i allmänhet inte finnas mer än två kliniker för somatisk korttidsvård nämligen en för vardera medicinsk och kirurgisk vård. I enstaka fall kan en kvinnoklinik vara motiverad. Vid länsjukhusen kommer sannolikt i allmänhet även infektionssjukvården och barnsjukvården att vara organiserad i egna kliniker liksom även ortopedkliniker. Den slutna ögon- och öronsjukvården är relativt liten och kan med fördel på många håll åtminstone ur journalsynpunkt samordnas med medicinsk eller kirurgisk klinik. På regionsjukhusen kommer splittringen att vara större, men även där kan en betydande samordning göras.

### *Lång vårdutbildning*

Den arbetade tiden för läkarna under jour- och beredskap uppgår enligt de tre undersökningarna över läkares arbetstider och tjänster, LATT 72, LATT 74 och LATT 79, till omkring 50 000 timmar per vecka dvs ca 2,5 miljoner timmar per år. Denna tid kompenseras till större delen med två timmar per arbetad timme. Omfattningen av denna tid förändras inte nämnvärt av vare sig en minskning av antalet vårdplatser eller övergång till flera gemensamma vårdavdelningar.

Den bundna tiden för läkare under jour och beredskap som inte utgjordes av arbetad tid uppgick enligt samma undersökning till omkring 7 miljoner timmar. Denna tid kan givetvis reduceras vid en minskning av antalet jourlinjer. En minskning av antalet kliniker i enlighet med ovan leder till omkring 20-25 procent färre kliniker än vad som finns inom den somatiska korttidsvården. En minskning av den bundna tiden med 1-1/2 miljon timmar är mot denna bakgrund inte realistisk. Kompensationstiden för icke arbetad tid under jour- och beredskap uppgår i genomsnitt till ungefär 0,2 timmar per timme. Vinsten med en journalsamordning som här har diskuterats uppgår därmed till ca 200-300 000 arbetstimmar.

### *Medellång och kort vårdutbildning*

Inom den somatiska korttidsvården avser omkring 7 miljoner arbetstimmar för sjuksköterskor och 11 miljoner arbetstimmar för personal med kort vårdutbildning mottagningsverksamhet. Möjligheterna att rationalisera denna verksamhet varierar betydligt. Under förutsättning att denna verksamhet kan rationaliseras med 10-15 procent inbesparas knappt 1 miljon arbetstimmar för personal med medellång vårdutbildning och 1,5 miljoner arbetstimmar för personal med kort vårdutbildning.

Några tillförlitliga data om vilken rationaliseringsnivå som är möjlig kan ej erhållas. Här redovisade tal är därför endast medtagna för att ge en uppfattning om vilka storleksordningar som det rör sig om.

## 2.5 Sammanvägt personalbehov

Läns- och regionsjukvårdens sammanlagda personalbehov vad gäller antal arbetstimmar och anställda kan därmed uppskattas i enlighet med tabell 11. Härvid har antagits att någon större förändring av den totala arbetsvolymen för gruppen förvaltnings- och administrativ personal inte blir aktuell. För gruppen ekonomipersonal, vilken till stor del består av köks- och städpersonal samt personal för skötsel av byggnader och utrustning mm liksom medicinsk teknisk personal antages här en viss reduktion. Inom gruppen ekonomipersonal kan vissa omfördelningar aktualiseras till förmån för en högre andel medicinsk-teknisk personal med hög kompetens. Minskningen av ekonomipersonalen beräknas här till 10 procent inom den somatiska korttidsvården och 50 procent inom långtidssjukvården.

Tabell 11 Beräknat personalbehov inom somatisk läns- och regionsjukvård.

Personalgrupp	1983		2000	
	Arbetstim (milj)	Anställda	Arbetstim (milj)	Anställda
Lång vårdutbildn	21.9	12 600	24.0	15 200
Medellång vårdutb	65.5	50 100	70.0	58 800
Kort vårdutb.	125.6	96 200	92.0	77 500
Förv, adm pers mfl	25.2	18 500	25.0	21 100
Ekonomipers mfl	40.7	30 600	30.0	25 500
Summa	279.0	208 000	241.0	197 300

Dimensioneringsförslaget resulterar således totalt sett i en viss minskning av arbetsvolymen, främst genom att vissa uppgifter av omvårdnadskaraktär överförs till primärvården. Förslaget innebär emellertid en genomsnittlig kompetenshöjning vilket torde vara en förutsättning för att kunna hålla en oförändrad sjukvårdsproduktion mätt i antal intagningar och behandlade patienter inom ramen för en krympande resurs. Inom den föreslagna dimensioneringen förutsetts även en utbyggd konsultmedverkan till primärvården kunna rymmas liksom medverkan i det strukturinriktade förebyggande arbetet.

## Appendix 1 till Bil. 2

### Arbetstidens fördelning för vårdpersonal inom somatisk korttidsvård i Östergötlands läns landsting

Någon statistik som på ett heltäckande, enhetligt och jämförbart sätt redovisar faktiskt arbetad tid för olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården finns inte. Inom Östergötlands läns landsting (E-län) har emellertid införts en statistisk rutin som medger att den faktiska arbetstidens omfattning och fördelning på olika personalgrupper och verksamheter kan följas.

I det följande redovisas ur Östergötlands materialet vissa aggregerade uppgifter i syfte att ge en uppfattning om i vilken storleksordning arbetstidsinsatsen genomsnittligt ligger inom olika verksamheter. Härvid bör dock uppmärksammas att tjänstetätheten dvs antalet tjänster per vårdplats i Östergötlands läns landsting ligger något under riksgenomsnitt och att även antalet vårdplatser per invånare ligger något under riksgenomsnittet.

Antalet redovisade arbetstimmar utgörs av samtliga arbetade timmar inkl. övertid och fyllnadstid samt för läkare även s k särskild arbetstid och arbetad tid under jour och beredskap.

### Vårdavdelningar

I personalredovisningen från E-län kan vårdpersonalens arbetstid vid vårdavdelningar särskiljas från den tid som läggs på mottagningsverksamhet utom vad gäller läkargruppen. Denna redovisas genomgående som en gemensam resurs för såväl vårdavdelning som mottagning. I tabell A1 nedan har emellertid läkarna förts till vårdavdelningarna.

Någon större skillnad i arbetsinsats per vårdplats föreligger inte mellan medicinsk och kirurgisk vård för sjuksköterskor. För undersköterska/biträdesnivån fordras sannolikt större arbetsinsats per vårdplats inom medicinen än inom kirurgin. Framför allt är det de barnmedicinska klinikerna som har en jämförelsevis hög undersköterske/barnskötersketäthet.

Skillnaderna mellan läns- och länsdelssjukhusen å ena sidan och region-sjukhusen å andra sidan är betydande vad gäller läkargruppen. Detta gäller även undersköterskegruppen inom den kirurgiska vården. Det senare är enbart beroende på en mycket stor biträdesinsats vid neurokirurgiska enheten. Exkluderas denna kommer genomsnittet för undersköterskegruppen inom

Tabell A1 Antal arbetade timmar per år och vårdplats.

<i>Medicinsk korttidsvård</i>			
Sjukhustyp	Läkare	SSK	USK/Bitr
Läns- och länsdelsj.	281	475	1111
Regionsjukhus	547	544	1071
Snitt E-län	430	514	1089
Vägt genomsnitt <sup>a)</sup>	308	481	1106
<i>Kirurgisk korttidsvård</i>			
Sjukhustyp	Läkare	SSK	USK/Bitr
Läns- och länsdelsj	315	494	890
Regionsjukhus	537	440	1045
Snitt E-län	428	467	949
Vägt genomsnitt <sup>a)</sup>	335	490	870

<sup>a)</sup> Vägt m h t att 90% av det totala antalet vårdplatser för somatisk korttidsvård i landet utgör länsjukvård och 10% regionsjukvård.

den kirurgiska vården vid regionsjukhuset att vara ungefär densamma som vid länsjukhusen.

Läkartätheten är genomgående väsentligt högre vid regionsjukhuset än vid övriga sjukhus. Vid bedömning av denna grupps omfattning måste emellertid hänsyn även tas till mottagningsverksamhetens omfattning, forsknings- och undervisningsuppgifter m.m.

Med utgångspunkt från ovanstående tabell och de där vägda talen kan antalet arbetstimmar vid en modellvårdavdelning på 25 vårdplatser för medicinsk korttidsvård uppskattas till ca 12 000 för sjuksköterskor och 27 700 för undersköterskor/biträden. För en kirurgisk vårdavdelning (exkl. neurokirurgi) av motsvarande storlek blir dessa siffror ca 12 300 arbetstimmar för sjuksköterskor och 21 800 för undersköterskor/biträden.

## Mottagningsverksamhet

Vid såväl läns- som regionsjukhusen finns mottagningar av olika karaktär. Vissa mottagningar är således avsedda för enskilda sjukdomsgrupper typ diabetes och allergimottagningar. Andra mottagningar ansvarar för all öppenvård vid viss klinik. Några mottagningar saknar slutenvårdsanknytning och åter andra är akutmottagningar och intagningsavdelningar som är gemensamma för hela sjukhuset.

Av tabell A2 framgår vårdpersonalens omfattning (sjuksköterskor och undersköterskor/biträden) vid klinikanslutna mottagningar i E-län i relation till antalet besök.

Tabell A2 Antal arbetstimmar vid klinikanslutna mottagningar per 1000 besök.

Sjukhustyp	Medicinsk korttidsvård		Kirurgisk korttidsvård	
	SSK	USK/Bitr	SSK	USK/Bitr
Läns-länsdelssjukh.	290	460	290	460
Regionsjukh	470	590	310	390
Snitt	390	530	300	420

I tabellen ovan har inte verksamheten vid den onkologiska strålbehandlingsenheten inräknats.

Skillnaderna i antal arbetstimmar per besök är mycket stora vid olika mottagningar. Detta tyder snarast på att för flera mottagningar är det en viss grundbemanning som styr personaldimensioneringen. Särskilt gäller detta för sjuksköterskor vid de kirurgiska mottagningarna. En vanlig grundnivå för sjuksköterskor är omkring 4 000 årsarbetstimmar per mottagning. Denna nivå innebär i princip två sjuksköterskor under dagtid 5 dagar per vecka året runt.

I Östergötlandsmaterialet särredovisas även personalen vid sjukhusens akutmottagningar och intagningsavdelningar. Omfattningen av denna personal är beroende av dels antalet sjukhus som har akutmottagning dels av beräknad belastning. För att hålla en viss verksamhet igång dygnets alla timmar året runt krävs som absolut minimum (1 person dygnet runt) omkring 8 800 arbetstimmar per enhet.

Ett mått att beräkna förväntad belastning på akutmottagning och intagningsavdelning kan vara att utgå från befolkningens storlek. I E-län är då dimensioneringen omkring 20 000 arbetstimmar för sjuksköterskor och 26 000 arbetstimmar för undersköterskor/biträden per 100 000 invånare. Stora variationer härifrån förekommer sannolikt, bl a beroende på skilda organisatoriska lösningar vad gäller akutverksamheten, primärvårdens roll i denna etc.

## Operation, anestesi och intensivvård

*Operation:* Vid samtliga läns- och länsdelssjukhus i E-län finns en centraloperationsavdelning medan de olika kirurgiska klinikerna vid regionsjukhuset har separata operationsavdelningar. Personal dimensioneringen vid de olika centraloperationsavdelningarna är relativt likartade i förhållande till resp sjukhus vårdplatsantal inom kirurgisk vård. Vid de separata operationsavdelningarna vid regionsjukhuset är personaldimensioneringen genomsnittligt högre. Variationerna i bemanningshänseende mellan de olika operationsavdelningarna vid regionsjukhuset är dock betydande. Möjligen kan vissa variationer förklaras av varierande volym öppenvårdsoperationer och varierande antal operationer per vårdplats. Andra faktorer som spelar in är givetvis vilken typ av operationer som utförs.

*Anestesi/intensivvård:* Arbetsinsatsen för anestesi-personalen och personalen vid intensivvårdsavdelningarna relateras till stor del till operationsfrekvensen. Frånsett läkargruppen föreligger inga skillnader i bemanning mellan



länssjukvård och regionsjukhuset när det gäller personal för anestesi- och intensivvård.

**Tabell A3 Årsarbetstimmar per kirurgisk vårdplats. Operation Anestesi/IVA.**

Sjukhustyp	Operation			Anestesi/IVA		
	Läk	SSSK/Ass	USK/Bitr	Läk	SSK/Ass	USK/Bitr
Läns- o länsd sjh.	x)	85	180	70	205	315
Regionsjukh.	x)	130	215	140	190	315
Genomsnitt		103	290	105	195	315
Vägt genomsnitt		90	185	75	205	315

x) Se under vårdavdelningen ovan.

## Röntgendiagnostik och laboratorieservice

Arbetsinsatserna vid röntgenavdelningarna och de kliniska laboratorierna riktas både till ineliggande patienter och till öppenvårdspatienter. Röntgenavdelningarna och laboratorierna svarar också för merparten av primärvårdens behov av röntgenundersökningar och laboratorieservice. Det är därför naturligt att relatera dessa verksamheter till befolkningsunderlaget inom sjukvårdsområdet. Ett problem i detta sammanhang är dock att en del av röntgenverksamheten avser regionsjukvårdspatienter. Antalet årsarbetstimmar inom röntgenområdet och de laboratoriediscipliner som kan sägas tillhöra länssjukvården redovisas i tabell 10. Härvid har antalet arbetstimmar relaterats endast till sjukvårdsområdets eget befolkningsunderlag. Siffrorna ger således en viss överskattning av arbetsinsatsen för länssjukvårdens behov.

**Tabell A4 Arbetstimmar per 1 000 inv inom viss med service.**

Verksamhet	Läk	SSK/Ass	USK/Bitr
Röntgendiagnostik	170	300	440
Kliniska lab.	300	1000	350

## Vissa övriga verksamheter

Vid sjukhusen finns, utöver ovan diskuterade funktioner vissa funktioner vid vilka vårdpersonal gör arbetsinsatser t ex föreståndarexpeditioner, badavdelningar, sterilcentral, syn- och hörcentraler och sexualrådgivningsverksamhet. Det sammanlagda antalet årsarbetstimmar för dessa verksamheter är emellertid blygsamt med undantag för undersköterska/biträdesgruppen.

## Sammanvägning

Med ledning av uppgifterna från Östergötlands läns landsting kan arbetsinsatsen inom den somatiska korttidsvården fördelas på vårdavdelningsarbete, mottagningsverksamhet och medicinsk service. En uppskattning av personalinsatsens fördelning på dessa huvudområden med utgångspunkt från Östergötlands läns personalredovisning redovisas i tabell A5.

**Tabell A5 Uppskattning av arbetstidens fördelning inom somatisk korttidsvård 1983 inom Östergötlands läns landsting.**

Personalgrupp	Vårdavdeln	Mottagning	Medicinsk service	Adm drift	Totalt
Lång vårdutbildn	0,73 <sup>a)</sup>		0,26	0,01	1,00
Medellång vårdutb	0,44	0,14	0,39	0,03	1,00
Kort vårdutb	0,57	0,11	0,25	0,07	1,00

<sup>a)</sup> För läkarna kan inte arbetstiden för avdelnings- resp mottagningsarbete särskiljas i statistiken. I siffran ingår även läkarnas tid för operationsverksamhet.

Till begreppet medicinsk service räknas här, förutom klinisk laboratorieverksamhet, röntgendiagnostik, anestesi- och intensivvård samt för personal med kort och medellång vårdutbildning även operationsverksamhet. Vid regionsjukhus utgör den medicinska servicen en väsentligt större andel av den totala vården än vid läns- och länsdelssjukhus. Även mottagningsverksamheten tenderar att vara något högre vid regionsjukhusen än vid övriga enheter.

### Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Untersuchung der Wirkung von ...  
 In der ersten Phase wurde ...  
 Die Ergebnisse zeigen, dass ...

Tabelle 1: Ergebnisse der statistischen Analyse

Parameter	Werte
...	...
...	...
...	...

Die Ergebnisse sind in der Tabelle dargestellt. Die Werte sind ...

Die Ergebnisse zeigen, dass ...  
 Die statistische Analyse ergab ...  
 Die Ergebnisse sind in der Tabelle dargestellt.

Die Ergebnisse sind in der Tabelle dargestellt. Die Werte sind ...

Die Ergebnisse sind in der Tabelle dargestellt. Die Werte sind ...  
 Die statistische Analyse ergab ...  
 Die Ergebnisse sind in der Tabelle dargestellt.

## Bilaga 3

# Beräkning av personalbehov inom primärvården

Av *AnnLis Berling, Kerstin Einevik-Bäckstrand, Gunnar Holmberg, Johnny Hultin, Mall Kriisa, Inga-Britt Lefvert, Thomas Liljegren, Britta Lundqvist och Ulf Nicolausson*

### 1 Primärvårdens struktur och omfattning

#### 1.1 Vårdens nuvarande omfattning

Till primärvården räknas i detta sammanhang dels den öppna vården vid vårdcentraler och läkarstationer, dels distriktsvården och den förebyggande hälsovården för mödrar och barn. Till primärvården har också räknats den del av vården av långvarigt sjuka som ges vid sjukhem och i form av sjukvård i hemmet.

Vården av långvarigt sjuka vid centrala sjukhem och personalresurserna för denna vård särredovisas separat i denna nulägesbeskrivning.

I redovisningen har inte den specialiserade öppna psykiatriska vården liksom vården vid de särskilda sjukhemmen för vård av långvarigt psykiskt sjuka inräknats i primärvården. Personalen inom den psykiatriska vården redovisas i annat sammanhang (jfr bilaga 1). Däremot tas i bedömningarna av framtidens personalbehov hänsyn till att en del av de patienter som nu vårdas inom psykiatrin förs över till primärvården.

Omfattningen av dagens primärvård kan illustreras på olika sätt. Vårdinsatser som görs inom primärvården redovisas utifrån uppgifter i LKELP.

#### 1.2 Besök

Totalantalet läkarbesök inom den offentliga hälso- och sjukvården uppgick 1983 till drygt 20 miljoner. Ungefär hälften av dessa läkarbesök ägde rum i primärvården och andra hälften i läns- och regionsjukvården.

Av de drygt 10 milj besöken hos läkare inom primärvården var ungefär 7,8 milj besök hos allmänläkare, ca 1,3 milj besök hos andra specialister och omkring 1,2 milj besök hos läkare vid mödra- och barnvårdcentral. I totalantalet 10 milj besök ingår också de hembesök som läkare inom primärvården gjort. Dessa hembesök går ej att särredovisa ur tillgänglig statistik.

Utöver ovan redovisade besök förekommer även besök hos andra personalkategorier inom primärvården som exempelvis hos sjukgymnaster, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och undersköterskor m fl. Ur LKELP materialet kan man dock inte särskilja besöken i primärvården från de i läns- och regionsjukvården för dessa yrkesgrupper. Dessutom föreligger sannolikt olikheter mellan skilda huvudmän ifråga om redovisningen av dessa besök.

Tabell 1 Besök i primärvården 1983

Typ av besök	Antal besök (milj)	Antal besök per invånare
<i>Läkarbesök</i>		
• hos allmänläkare	7,8	0,94
• hos andra specialtläkare	1,3	0,16
• hos läkare vid MVC/BVC	1,2	0,15
• hos läkare vid sjukhem	0,2	0,02
Summa	10,5	1,24
<i>Övriga besök</i>		
• hos distriktssköterskor (exkl MVC/BVC)	7,6	0,91
• MVC/BVC (exkl läkarbesök)	3,7	0,44

Källa: LKELP 1984

ta gäller framför allt redovisningen av de hembesök som görs av undersköterskor inom ramen för sjukvården i hemmet.

För att få en uppfattning om den totala vårdinsatsen i primärvårdens öppna vård borde även dessa besök beaktas. Det är dock inte möjligt att ur tillgänglig statistik få fram en adekvat redovisning enbart för primärvården. Det kan dock konstateras att besöken hos dessa yrkesgrupper är av väsentlig omfattning.

Från mitten av 1970-talet fram till 1983 har läkarbesöken (exkl läkarbesök vid MVC och BVC) ökat från 6,6 milj besök till drygt 9 milj besök. Detta motsvarar en genomsnittlig årlig ökning på drygt 3 procent under den senaste 10 års perioden. Den årliga ökningen av läkarbesöken har dock varit större under de senaste åren och har från 1980 till 1983 legat på ca 5 procent per år. Som jämförelse kan nämnas att ökningen av läkarbesöken inom läns- och regionsjukvården varit omkring 1,4 procent per år under den senaste 10-års perioden.

Även distriktssköterskebesöken har ökat. För perioden 1980 - 1983 är ökningen drygt 5 procent per år.

### 1.3 Vårdplatser, intagningar, vård dagar

I tabell 2 redovisas verksamhetsstatik från den somatiska långtidssjukvården 1983

Gränsdragningen mellan vad som skall betecknas som vårdplatser vid lokala resp centrala sjukhem är inte entydig. I tabellen har den indelning som av huvudmännen redovisats i LKELP utgjort utgångspunkt. De 32 000 vårdplatserna för somatisk långtidssjukvård som av sjukvårdshuvudmännen redovisats under "sjukhem" utgörs av vårdplatser på dels lokala sjukhem vilka i dag räknas till primärvården dels centrala sjukhem vilka i dag räknas till länssjukvården men i framtiden successivt kommer att överföras till primärvården.

**Tabell 2 Somatisk långtidssjukvård år 1983 (Inom parentes anges förändringen sedan 1978).**

	Vårdplatser	Intagningar	Vård dagar (milj)
Somatisk långtidssjukvård vid lasarett och centrala sjukhem	16 700 (-3%)	32 200 (+19)	5,8 (+2%)
Sjukhem <sup>b</sup>	32 000 (+29%)	40 800 (+49%)	11,0 (+34%)
Sjukhem med primärkommunal statlig/eller enskild huvudman knutna till landst./avtal	7 581 (-10%)	- <sup>a</sup>	2,6 (-16%)
Totalt	56 300 (+12%)	- <sup>a</sup>	19,4 (+14%)

Källa: LKELP 1984

<sup>a)</sup> Uppgift saknas

Lokala sjukhem utgör största delen, vissa centrala sjukhem ingår dock.

Utöver platser på egna sjukhem disponerade sjukvårdshuvudmännen 1983 genom avtal ca 7 600 platser för somatisk långtidssjukvård hos enskild, statlig eller primärkommunal huvudman. Antalet platser av denna typ har under senare år minskat något.

I LKELP-statistiken redovisas 16 700 platser för år 1983 för vård av långvarigt sjuka under rubriken "lasarett". I dessa platser ingår dels klinikplatser för långtidssjukvård inom länssjukvården dels centrala sjukhemsplatser.

## 2 Personaltillgång i nuläget

Inom primärvården arbetade år 1983 omkring 32 000 personer i öppen vård och ca 47 000 personer vid lokala och centrala sjukhem. Totalt innebär detta att ca 79 000 personer finns inom primärvården. Härtill kommer ungefär 14 000 personer som arbetar med primärvårdsuppgifter inom privat verksamhet och hos primärkommunal- och statlig huvudman.

Därutöver fanns omkring 40 000 personer inom somatisk långtidsvård vid lasarett och centrala sjukhem anknutna till lasarett. Denna personal hör i nuläget inte till primärvården. I framtiden kommer dock en del av denna personal att vara verksamma i primärvården.

Utifrån Landstingsförbundets och Svenska kommunförbundets statistik över antalet anställda och antalet utförda årsarbeten inom hälso- och sjukvården per den 1 mars 1983 har en beräkning gjorts för fördelningen av personal på olika vårdområden (se tabell 3). I tabellen redovisas även beräknad arbetsvolym i antal årsarbeten inom privat hälso- och sjukvård m m på primärvårdsnivå. Häri har dock inte personal inom företagshälsovård och skolhälsovård medtagits.

Tabell 3 Beräknat antal årsarbeten<sup>a</sup> år 1983 inom primärvård och övrig somatisk långtidssjukvård.

Personalgrupp med	Primärvård				Övrig somatisk långtids sjukvård
	Öppen-vård	Privat praktik samt vård vid ensk.sjukhem mm	Sjuk-hem	Totalt	
Lång vårdutb <sup>b</sup>	2 900	660	380	3 900	540
Medellång vårdutb <sup>c</sup>	7 600	1 800	4 900	14 300	4 000
Kort vårdutb <sup>d</sup>	6 600	5 900	23 200	35 700	16 900
Annan utbild <sup>e</sup>	5 200	2 000	6 400	13 600	11 400
Summa	22 300	10 400	34 800	67 500	32 800

a) Årsarbeten = summan av samtliga anställdas sysselsättningsgrader samt tjänstgöring av timanställda omräknat till heltidstjänster

b) Läkare

c) Sjuksköterskor (inkl barnmorskor), sjukgymnaster, arbetsterapeuter och medicinsk-tekniska assistenter (inkl laboratorieass)

d) Undersköterskor och biträden med eller utan vårdutbildning

e) Förvaltnings- och administrativ personal, inkl läkarsekreterare, teknisk och annan driftpersonal, ekonomipersonal, psykologer m.fl.

Personalsammansättningen skiljer sig kraftigt mellan olika vårdformer. På sjukhemmen, som inom primärvården till större delen består av lokala sjukhem, utgör läkarna bara omkring 1 procent av samtliga anställda medan andelen personal med kort vårdutbildning är omkring 65 procent. Inom primärvårdens öppna vård är relationerna annorlunda. Här utgör läkarna ca 13 procent medan undersköterskor och biträden dvs gruppen med kort vårdutbildning – är ca 30 procent.

Ökningen av antalet årsarbeten och därmed även antalet tjänster inom primärvården har under senare år varit betydande. På sjukhemmen har ökningen av antalet årsarbetare mellan 1978 och 1983 varit ungefär lika stor som ökningen av antalet vårdplatser (ca 30 procent). Inom primärvårdens öppna vård har antalet arbetstimmar under samma period ökat med ca 40 procent.

### 3 Exempel på personalbemanning i några primärvårdsområden

Primärvården är för närvarande under utbyggnad och har olika utformning i olika delar av landet. Utformningen är beroende på flera faktorer. Av betydelse för primärvårdens uppbyggnad och organisation är exempelvis det befolkningsunderlag som primärvården skall betjäna, hur hälso- och sjukvården i stort är organiserad och dimensionerad inom olika sjukvårdsområden, de sjukvårdsbehov som sjukvårdshuvudmannen bedömt som mest angelägna att tillgodose osv.

Som en följd av primärvårdens olika uppbyggnad varierar också personalbemanningen i primärvården starkt mellan olika delar av landet. Beroende på vilken verksamhetsdel i primärvården som prioriterats i utbyggnaden, uppvisar personalsammansättningen vid jämförelser mellan olika primärvårdsområden stora skillnader.

I anslutning till HS 90s personalprojekt har personalsammansättningen i den öppna vården i ett par primärvårdsområden studerats. Dessa områden utgör exempel på områden med en primärvårdsutbyggnad, som ifråga om vissa verksamhetsdelar kommit ganska långt i utvecklingen mot den inriktning som HS 90 skisserar. Områdena utgör också exempel på skilda befolkningsstrukturer. Töreboda, ca 10 200 invånare, är ett litet primärvårdsområde med en relativt spridd befolkning. Ett primärvårdsområde i Sundsvalls centrum, 13 500 invånare, utgör exempel från en större tätort medan Skarpnäcks primärvårdsområde, ca 28 600 invånare, ligger inom Stockholms storstadsområde.

Även i fråga om den hälso- och sjukvårdsservice som finns som komplement till primärvården är förutsättningartna olika i de tre områdena. I Töreboda finns inget akutsjukhus. I Sundsvall finns ett stort akutsjukhus med en differentierad öppenvårdsservice. I Stockholm finns ett stort utbud av såväl offentlig som privat hälso- och sjukvårdsservice inom ett nära avstånd för befolkningen i Skarpnäcksområdet.

I fråga om läkarresurser varierar personaluppsättningen. Läkarinsatsen i Skarpnäcks- och Sundsvalls primärvårdsområden motsvarade år 1984 vardera 4.5 årsarbeten per 10 000 invånare. Motsvarande tal för Töreboda var 7.9. Det bör observeras att dessa tal inkluderar såväl distriktsläkare som övriga specialitläkare samt läkare under vidareutbildning i form av FV och AT. Av det totala antalet årsarbeten var mellan 3.0 och 5.8 allmänläkare.

Som jämförelse kan nämnas att för riket som helhet var 1983 läkarinsatsen omkring 3.5 årsarbeten per 10 000 invånare i primärvården. Av några studerade sjukvårdsplaner framgår att man planerar för omkring 5-6 årsarbeten ifråga om allmänläkare för motsvarande befolkningsunderlag. I en studie som Distriktsläkarföreningen gjort har man med hänsyn till de olika verksamheter som allmänläkaren behöver engageras i föreslagit en dimensionering på 7.1 årsarbeten per 10 000 invånare för allmänläkare.

I personalgruppen med medellång vårdutbildning ingår sjuksköterskor, distriktssköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och medicinsk-tekniska assistenter. Totalt utfördes mellan 12.0 och 19.4 årsarbeten/10 000 invånare i den öppna primärvården i de tre specialstuderade primärvårdsområdena. För riket som helhet var motsvarande tal 9.2 år 1983.

I gruppen med medellång vårdutbildning svarade sjuksköterskor/ distriktssköterskorna för 11.0 – 13.6 årsarbeten. Det största antalet årsarbeten bland sjuksköterskor/distriktssköterskor hade Töreboda som också hade relativt sett fler distriktssköterskor än sjuksköterskor jämfört med de övriga två områdena. Detta förklaras delvis av att primärvården i Töreboda arbetar i en mer utpräglad vårdlagsorganisation än de övriga två områdena.

Arbetsinsatsen av sjukgymnaster per 10 000 invånare var 0.7 årsarbeten i Skarpnäck, 1.9 i Sundsvall och 2.9 i Töreboda. För riket som helhet var motsvarande siffra 1.1. Det bör observeras att sjukgymnasterna i Töreboda ger service åt hela primärvården således även till sjukhemmen inom primärvårdsområdet.

För gruppen arbetsterapeuter varierade antalet årsarbeten per 10 000 invånare från 0.3 (Skarpnäck) till 2.9 (Töreboda). För landet som helhet var motsvarande siffra 0.9. Även beträffande arbetsterapeuterna gäller att dessa i Töreboda ger service till sjukhemmen.



För gruppen med kort vårdutbildning dvs undersköterskor och biträden fanns mellan 12.1 och 21.8 årsarbeten per 10 000 invånare i de tre primärvårdsområdena. Variationen här beror framför allt på olikheter i organisation och dimensionering av sjukvården i hemmet.

Som framgår av vad som ovan redovisats är variationerna i personaluppsättning stor mellan de tre redovisade primärvårdsområdena. Samtliga områden har dock en högre personaltäthet än vad som gäller riket som helhet. Skillnaderna mellan de tre områden sammanhänger givetvis med utbyggnaden av primärvården, vårdens organisation och omfattning men också med befolkningens möjligheter att få hälso- och sjukvård på annat håll än inom primärvården t ex under helger och nätter.

De största skillnaderna finns ifråga om läkarna och personal med kort vårdutbildning. För läkarna kan skillnaderna möjligen bero på att denna personalgrupp i Töreboda har fler verksamheter att betjäna inom primärvården och att det i Sundsvall men framför allt i Stockholm finns ett stort utbud av sjukvård utanför den offentliga primärvården. Att Töreboda har högre personaltäthet ifråga om undersköterskor/biträden kan möjligen förklaras av att man där har en mer utbyggd sjukvård i hemmet.

För sjukhemsvårdens del har det inte varit möjligt att göra motsvarande jämförelser, då organisationen av denna vård och redovisningen av personalinsatsen är så helt olika i de tre områdena.

#### 4 Den framtida primärvården i HS 90s perspektiv

I HS 90 utredningen ges riktlinjer och förslag beträffande inriktningen av den framtida hälso- och sjukvården som är av strategisk betydelse för personalutvecklingen. Dessa riktlinjer har lagts fast genom riksdagens beslut våren 1985 med anledning av regeringens proposition (1984/85:181) om "Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m m". Dessa utvecklingslinjer utgör utgångspunkter för det fortsatta arbetet med de programmatiska personalberäkningarna i denna rapport.

HS 90s ställningstaganden och förslag och de därpå av riksdagen fastställda riktlinjerna för hälso- och sjukvårdspolitiken berör i princip tre huvudområden, nämligen det hälsopolitiska arbetet, den framtida vårdstrukturen och vissa personal- och utbildningsfrågor. Enligt HS 90s synsätt får det förebyggande arbetet en ökad betydelse i framtidens hälso- och sjukvård, i form av en mer offensiv hälsopolitik. I detta arbete kommer primärvården att ha en väsentlig roll. HS 90 förordar vidare en förändrad vårdstruktur med en utbyggnad av primärvården och en koncentration och specialisering av läns- och regionssjukvården. En mer aktiv personal- och utbildningsplanering med en närmare knytning till hälso- och sjukvårdens utveckling och med en större förankring av forskning och utbildning av personal i primärvården är enligt HS 90 önskvärd.

#### 4.1 Primärvård – närservice, tillgänglighet och samverkan

Genom primärvården skall enligt HS 90 befolkningens behov av närservice säkerställas. En fortsatt utbyggnad av primärvården är en grundläggande förutsättning för att förbättra hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kontinuiteten i vården. Inom ramen för primärvården behöver satsningen fortsätta på en förbättrad lokal sjukhemsvård och utökad sjukvård i hemmet liksom en ökad andel öppen vård vid vårdcentraler, dagsjukvård samt olika former av förebyggande verksamhet.

I riktlinjerna betonas också behovet av ökad samverkan mellan primärvården och övriga delar av hälso- och sjukvårdsorganisationen främst läns- sjukvården samt andra samhällssektorer i första hand socialtjänsten. För att kunna ha en helhetssyn i vården och omsorgen och därmed kunna ta hänsyn till individens totala situation och behov av kontinuitet är det nödvändigt att primärvården har en nära samverkan med dessa verksamheter. Denna samverkan är alltså en viktig förutsättning för att medborgarna skall känna trygghet i vården.

En primärvård som skall kunna arbeta med helhetssyn och hälsoansvar samt bygga upp en fungerande samverkan förutsätts också arbeta utifrån ett geografiskt områdesansvar.

#### 4.2 Primärvårdens huvudsakliga innehåll

En av primärvårdens huvuduppgifter är att tillgodose befolkningens behov av basal sjukvård. Detta kan ske vid mottagningar, vårdcentraler, i hemmet och vid lokala sjukhem. Primärvården har att svara för behov av hembesök och bör ha ett öppethållande som är anpassat till flertalet vårdsökandes behov av service. Utöver den basala sjukvården har primärvården viktiga uppgifter i det förebyggande arbetet i form av individinriktad hälsoövervakning och hälsovård för mödrar, barn och äldre men också i form av mer samhällsinriktad förebyggande arbete. Särskilda hälsoriskgrupper som exempelvis förtidspensionärer, långvarigt sjuka, vissa invandrargrupper, vissa yrkesgrupper samt personer med missbruksproblem behöver ägnas ökad uppmärksamhet i det förebyggande arbetet. En viktig del i det förebyggande arbetet är hälsoupplysningen.

I det förebyggande arbetet förutsätts primärvården samverka med företagshälsovården. Primärvården skall också själv kunna ge företagshälsovård om denna service inte tillgodoses på annat sätt. I framtiden kommer primärvården att ha huvudansvaret för vården av långvarigt sjuka. Detta ansvar omfattar inte bara de somatiskt långtidssjuka utan även personer med åldersdement beteende, som i nuläget i stor utsträckning finns inom den psykiatriska vårdorganisationen.

Vården av långvarigt sjuka inom primärvården kommer att ske vid lokala sjukhem och som sjukvård i hemmet. Framför allt kommer primärvårdens uppgifter att öka väsentligt ifråga om vård av långvarigt sjuka i hemmen. Allt fler människor med behov av insatser från hälso- och sjukvården kommer att bo i sina egna hem eller i kollektiva boendeformer. Detta ställer också krav på utveckling av vårdformer som dagsjukvård och annan öppen vård inom primärvården. För att leva upp till målsättningen att människor i ökad

utsträckning skall kunna bo kvar i en naturlig hemmiljö i den egna bostaden och där kunna få en stor del av sina vårdbehov tillgodosedda, behövs även ökade insatser från andra samhällsorgan i första hand från socialtjänstens sida. Mot den bakgrunden krävs en nära samverkan i olika vårduppgifter mellan primärvården och socialtjänsten.

Utbyggnaden av sjukvården i hemmet får också konsekvenser för utnyttjandet av sjukhemsplatserna. En övergång till en större andel vård i hemmet innebär att behovet av platser ökar för att under kortare perioder avlasta anhöriga vårdare. En del av platserna på lokala sjukhem behöver därför kunna användas flexibla och utnyttjas som komplement till sjukvården i hemmet eller för särskilda rehabiliteringsinsatser t ex för att bedöma fortsatt, rätt omhändertagandeform. Dessutom räknar HS 90 med att viss eftervård och möjlighet till viss observationsvård lokalt skall kunna ges inom ramen för sjukhemsplatserna. Häri skall även inrymmas vården av patienter med åldersdement beteende, vilka övertas från den psykiatriska vården.

Som utgångspunkt för den framtida planeringen av sjukhemsplatser anger HS 90 att motsvarande platsantal samt den planerade utbyggnaden av platser som anges i landstingens långsiktiga planering (LKELP) fram till 1988 skulle kunna tillgodose behovet av platser för vården av långvarigt sjuka även under 1990-talet. Det innebär således att totalantalet sjukhemsplatser inte kommer att öka nämnvärt i förhållande till nuläget. På många håll i landet har inte heller den planerade utbyggnaden skett i den takt som man ursprungligen tänkt. I stället har man försökt tillgodose vårdbehovet genom andra vårdinsatser typ sjukvård i hemmet.

Av de platser som beräknas tillkomma vid lokala sjukhem kommer en del att vara ersättningsplatser för de platser som försvinner vid de större institutionerna. De nuvarande centrala sjukhemmen kommer att genomgå en omdaning. En del av platserna kommer att överföras till primärvården som lokala sjukhem.

### 4.3 Primärvårdens indelning

Primärvårdens indelning i olika områden bör i huvudsak överensstämma med indelningen i primärkommuner eller kommundelar. Detta betyder att en stor del av primärkommunerna kommer att utgöra ett eget primärvårdssområde.

Inom större kommuner kommer primärvården att behöva indelas i betjäningssområden. Vid sådana indelningar är det önskvärt att primärvården får samma indelning som socialtjänsten. Härmed underlättas kontinuiteten och möjligheterna till samverkan. På samma sätt bör ambitionen vara att få överensstämmelse i områdesindelningen mellan primärvårdens vårdlag och kommunernas hemtjänst.

### 4.4 Arbetsformer i primärvården

Allteftersom primärvården byggts ut har också nya arbetsformer utvecklats som innebär ett ökat lagarbete. På flera håll arbetar man inom den öppna vården i sk vårdlag. Ett vårdlag utgörs vanligen av läkare, distriktssköterska

och undersköterska. Dessa har ansvar för de aktiviteter som finns inom primärvården inom ett begränsat geografiskt område.

För sjukvården i hemmet och den service som socialtjänsten har att ge i hemmet har på många håll i landet utvecklats olika samverkansgrupper. För planeringen av vårdinsatserna finns så kallade vårdplaneringsgrupper. Uppgifterna och formerna för sådana vårdplaneringsgrupper varierar utifrån skiftande lokala förutsättningar. För det dagliga praktiska vårdarbetet i hemmet finns på många håll en samverkansgrupp i form av hemvårdsgrupp. I denna grupp ingår vårdbiträden och gruppleddare från socialtjänsten tillsammans med distriktssköterska och undersköterska från primärvården.

#### 4.5 Behov av kompetens i primärvården

Läkarresurserna i primärvården tillgodoses i första hand genom allmänläkarna. Dessa har med sin specialistkompetens i allmänmedicin en utbildning som är speciellt anpassad till primärvårdens behov och struktur.

Förutom allmänläkare har primärvården också behov av läkare med andra specialistkunskaper från exempelvis långvårdsmedicin, barnmedicin, gynekologi och obstetrik m fl områden. Dessa specialistkunskaper kan tillföras primärvården antingen genom konsultinsatser från länssjukvården eller genom att specialister från dessa områden har egen verksamhet vid vårdcentraler. Den organisatoriska anknytningen för sådana specialistläkare är beroende av lokala förhållanden.

Utöver läkarna har distriktssköterskorna en viktig roll i primärvården. De har en omfattande besöksverksamhet såväl i hemmet som vid egen mottagning. De har också viktiga uppgifter i det förebyggande arbetet. Denna del av distriktssköterskornas uppgifter förväntas öka avsevärt. Med hänsyn till att den lokala organisation av primärvården kommer att ha olika utformning i olika delar av landet kan man också räkna med att allmänsjuksköterskor kommer att vara verksamma inom den öppna primärvården. Sjuksköterskor är vidare verksamma inom vården av långvarigt sjuka vid institution.

Undersköterskor och biträden finns idag inom primärvården såväl inom den öppna vården som vid lokala sjukhem. I HS 90 förordas att den lägsta kompetensen inom hälso- och sjukvården i framtiden bör vara undersköterskan. Detta kommer även gälla inom primärvården. Det betyder att biträdeskategorin successivt kommer att försvinna.

För en aktiv rehabilitering behövs sjukgymnaster och arbetsterapeuter i primärvården. Arbetsuppgifterna för dessa skiftar beroende på om det finns sjukhem eller inte inom det geografiska område där de arbetar.

En grundläggande förutsättning för att en fortsatt omstrukturering av hälso- och sjukvården skall kunna ske och för att primärvårdens resurser skall kunna utnyttjas effektivt är att primärvården tillförs personal som har tid och kompetens för att leda verksamheten. Förutom personal med rena ledningsuppgifter behövs personal med inriktning på ekonomi, personal- och utbildningsfrågor, utrednings- och utvecklingsarbete m.m.

Primärvården har vidare behov av sådan personal som läkarsekreterare och teknisk personal. Därutöver behövs inom primärvården tillgång till speciell kompetens från exempelvis psykologer, dietister, logopedier m fl. Även här kommer det att finnas variationer för hur denna speciella kompetens,

som dessa personalgrupper representerar, organisatoriskt skall tillföras primärvården. I HS 90 har också understrukits behovet av särskild kompetens för det mer samhällsinriktade förebyggande arbetet. Flera huvudmän har i enlighet härmed anställt samhällsplanerare och hälsoupplysare för arbete inom primärvården.

#### 4.6 Konsekvenser för primärvården av HS 90s förslag

En rad faktorer har betydelse för primärvårdens framtida inriktning, arbetsuppgifter och dimensionering. Hit hör t.ex. att befolkningens förändrade sammansättning innebär en genomsnittligt högre ålder på patienterna. Den tekniska utvecklingen bedöms fortskrida.

Ett genomförande av förslag och ställningstaganden som HS 90 uttalar får konsekvenser för personalbehovet inom primärvården dels på grund av strukturella förändringar dels till följd av förändringar i fråga om kvaliteten i vården. Följande faktorer är härvid av särskild betydelse.

- Minskning av den slutna korttidsvården inom länssjukvården från ca 40 000 vårdplatser till ca 30 000 vårdplatser.
- Omstrukturerad av den psykiatriska vården innebär bl a en minskning av vårdplatserna inom den slutna vården. En stor del av de patienter som idag finns inom den slutna psykiatriska vården – främst de med åldersde-  
ment beteende – kommer i framtiden att få sin hälso- och sjukvård genom primärvården.
- Utbyggnaden av primärvården ger förutsättningar för en annan fördelning av den öppna vården mellan primärvården och länssjukvården. En successiv överföring till primärvården av viss del av den öppna vården vid sjukhus förväntas kunna ske. Ett överförande av ca 2 miljoner besök motsvarar ca 20 procent av läns- och regionsjukvårdens nuvarande besöksvolym.
- Eftersom primärvården i framtiden skall ha huvudansvaret för vården av långvarigt sjuka kommer de nuvarande centrala sjukhemmen att förändras karaktär. En del av denna vård kommer i framtiden att ges vid lokala sjukhem men det är också troligt att en del av vården ges i andra former exempelvis inom ramen för sjukvård i hemmet, dagsjukvård och vid små lokala boendekollektiv.
- Ökningen av det förebyggande arbetet i vilket primärvården har väsentliga uppgifter, leder till behov av ökad kompetens hos personalen. Det kommer också att medföra ett ökat behov av personal.
- En ökad aktiverings- och rehabiliteringsinsats medför ett ökat behov av kompetens för sådant arbete. Dels behövs fler sjukgymnaster och arbetsterapeuter inom primärvården, dels behövs ökade kunskaper hos övrig personal om rehabiliteringsarbetet.
- En förskjutning av vården mot mer öppna vårdformer innebär att fler personer med funktionshinder kommer att finnas i den öppna vården, vilket medför ett ökat behov av hjälpinsatser av olika slag. En sådan förskjutning återverkar också på sjukhemsvården på så sätt att vårdtyngden på kvarvarande patienter sannolikt blir större.
- Enligt HS 90s förslag bör undersköterskenivån vara den lägsta kompetensnivån i framtidens hälso- och sjukvård.

- Vidare förutsätter HSL att patienten har fått ett större inflytande över sin vård och behandling. För personalen innebär detta att ett ökat hänsynstagande måste ske till den enskilda patientens synpunkter och vilja och dennes villkor för behandling och omhändertagande.

## 5 Primärvårdens behov av personal

En fullt utbyggd primärvård helt i enlighet med HS 90:s intentioner finns ännu inte någonstans i landet. Utbyggnaden pågår. Beroende på lokala förutsättningar och de behov som ansetts mest angelägna att tillgodose har satsningarna skett på olika verksamheter inom primärvården. Därför är också variationerna ifråga personaltillgång inom primärvården stora mellan olika sjukvårdsområden. Till följd därav är inte en framskrivning av den nuvarande personaltillgången tillräcklig för att bedöma det framtida personalbehovet inom primärvården. I den programmatiska ansatsen för bedömning av det framtida personalbehovet behöver också beaktas de strukturella och kvalitetsmässiga förändringarna.

### 5.1 Utgångspunkter

Följande utgångspunkter och förutsättningar har utgjort grund för den bedömning av personalbehovet inom primärvården som redovisas nedan i ett räkneexempel.

Bedömningen av personalbehovet för år 2000 omfattar all hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå oavsett om vården ges i offentlig eller privat regi. Bedömningen grundar sig på en sammanvägning av behovet av arbetsinsats för respektive personalkategori inom ett upptagningsområde på 10 000 invånare. Det bedömda behovet uttryckt i årsarbetaren och arbetstimmar för ett sådant befolkningsunderlag har räknats om till antal arbetstimmar och anställda för landet som helhet. Som underlag för dessa bedömningar har bl a material från de ovan redovisade primärvårdsområdena utnyttjats. Därutöver har också använts vissa andra utredningar och material från SPRI, socialstyrelsen, Landstingsförbundet samt vissa sjukvårdsplaner. På basis av detta material har sammanvägningar gjorts av personalbehovet med hänsyn till de förändringar som HS 90 förutsätter.

Som tidigare framhållits varierar förutsättningar ifråga om primärvårdens organisation och struktur mellan olika delar av landet. Närheten till akutsjukhus och/eller nära tillgång till övrig sjukvårdsservice som exempelvis privat sjukvårdsservice har betydelse för primärvårdens dimensionering, inte minst när det gäller läkarinsatserna. Lokala geografiska, demografiska och arbetsmarknadsmässiga förhållanden är också av betydelse. Vid den bedömning av personalbehovet som har gjorts för att i ett räkneexempel ta fram en mer översiktlig personaldimensionering har det ansetts rimligt att kunna utgå från ett befolkningsunderlag på 10 000 invånare. Det har därvid inte ansetts motiverat att differentiera personalbehovet i någon större utsträckning då det uttrycks i relation till befolkningsunderlaget. Detta betyder dock inte att alla primärvårdsområden kommer att ha ett sådant befolkningsunderlag. Här kommer givetvis variationerna att vara stora.

Inom den somatiska och psykiatriska läns- och regionsjukvården finns, som tidigare redovisats i bilaga 1 och 2, omkring 84 000 vårdplatser. Dessutom finns inom primärvården ca 40 000 vårdplatser för somatisk långtidsjukvård.

En betydelsefull faktor för den totala dimensioneringen av hälso- och sjukvårdens resurser utgör befolkningsutvecklingen. För att bibehålla "servicenivån" mätt i antal vårdplatser per åldersklass med hänsyn till befolkningsutvecklingen skulle totalt sett en utbyggnad med omkring 13 000 vårdplatser under perioden 1983–2000 erfordras (Lagergren 1984) i första hand genom en utbyggnad av den somatiska långtidsjukvården.

Ett genomförande av HS 90:s intentioner innebär att antalet vårdplatser inom läns- och regionssjukvården kommer att reduceras med ca 30 000 vårdplatser till omkring 54 000. För att svara mot befolkningsutvecklingen och för att kompensera det minskade vårdplatsantalet inom länssjukvården skulle antalet vårdplatser i primärvården således behöva utökas med ca 43 000 (30 000 + 13 000) till omkring 83 000 vårdplatser fram mot år 2000.

För den framtida planeringen förutsätts sjukvården i hemmet komma att utgöra ett alternativ till sjukhemsvård i en helt annan utsträckning än tidigare. Förändringarna inom psykiatrin medför att betydande patientgrupper, ca 8 000–9 000 patienter, inte längre överhuvud taget är beroende av vårdplatser, då dessa fortsättningsvis kommer att tas om hand inom den öppna psykiatriska vården. Till detta kommer att befolkningen i högre åldrar genomsnittligt sett förutsetts komma att ha ett bättre hälsoläge än för närvarande. Mot den bakgrunden beräknas här att antalet vårdplatser inom primärvården kommer att ligga omkring 50 000 platser. En sådan dimensionering på den slutna vården förutsätter att betydande patientgrupper kan vårdas inom ramen för sjukvården i hemmet.

En lägre tillgång på vårdplatser än ca 50 000 inom primärvården och därmed en annan fördelning av vårdens omfattning mellan sjukhemsvård och vård i hemmet påverkar sannolikt inte det totala behovet av vårdpersonal i någon högre grad. För att stödja långtidssjuka i sina egna bostäder eller i kollektivboende i olika former krävs såväl sjuksköterskor som undersköterskor i betydande omfattning. Sjukvård i hemmet ställer också krav på insatser från den primärkommunala hemtjänsten.

## 5.2 Bedömning av personalbehov – ett räkneexempel

I sammanvägningarna av personalbehovet har utgångspunkten varit ett behov av omkring 50 000 sjukhemsplatser totalt för riket. Häri inkluderas vård vid enskilda sjukhem och sjukvårdsplatser vid primärkommunala enheter. Inom ramen för dessa sjukhemsplatser bör även behovet av vård för åldersdementa personer kunna tillgodoses. Likaså förutsätts omvandlingen och neddragningen av centrala sjukhemsplatser att kunna ske inom denna totalram.

En vårdplatsnivå på omkring 50 000 sjukhemsplatser svarar relativt väl mot den utgångspunkt som HS 90 anger nämligen att det nuvarande platsantalet vid sjukhem samt den planerade utbyggnaden av platser för vård av långvarigt sjuka som LKELP anger fram till år 1988 skulle tillgodose behovet av platser för denna vård även för 1990-talet. För ett befolkningsunderlag

om 10 000 invånare skulle detta motsvara ca 60 platser för sjukhemsvård. Denna utgångspunkt har utnyttjats för bedömningen av personalbehovet.

En förändrad vård av långvarigt sjuka enligt HS 90 innebär en utbyggnad av sjukvården i hemmet. I framtiden kommer allt fler personer med behov av insatser från hälso- och sjukvården att bo i sina egna hem eller i olika kollektiva boendeformer. Denna utbyggnad leder till ett ökat behov av personal med medellång och kort vårdutbildning för att sjukvården i hemmet skall kunna utgöra ett reellt alternativ till slutna vård. Behovet av personal för sjukvården i hemmet är också beroende av de insatser som görs inom den sociala hemtjänsten och anhöriga. I personalbedömningarna har en utgångspunkt varit anhörigvårdens omfattning är i stort sett oförändrad.

Vid bedömning av *läkarbehovet* för primärvården har hänsyn tagits till att HS 90 förutsätter medverkan från denna personalgrupp i en rad aktiviteter utöver ren besöksverksamhet. Således fordras ökade insatser från läkarnas sida i det förebyggande arbetet, i vården av långvarigt sjuka, ifråga om utvecklings- och utbildningsverksamhet, i samverkansarbetet med andra samhällsorgan. Samtidigt sker också en ökning av öppenvårdsbesöken till följd av omfördelningen mellan primärvård och länssjukvård.

För år 1983 var den totala läkarinsatsen på primärvårdsnivå ungefär 5.0 årsarbeten för 10 000 invånare. Häri har inräknats såväl allmänläkare och övriga specialitälkare som läkare under vidareutbildning (AT och FV-läkare) och i motsats till vad som redovisas ovan i exemplen under kapitel 3 även läkare med privat praktik. Mot bakgrund av de förändringar som förutsätts enligt HS 90 har här antagits att den totala läkarinsatsen behöver uppgå till omkring 7.0 årsarbeten per 10 000 invånare.

I HS 90 förutsätts ett ökat rehabiliterings- och aktiveringsarbete inom hälso- och sjukvården. Detta gäller även primärvården. I dimensioneringen av personal med *medellång vårdutbildning* framför allt i fråga om sjukgymnaster och arbetsterapeuter, har hänsyn tagits till det ökade rehabiliteringsarbetet inom såväl primärvårdens öppna som slutna vård. Vid sammanvägningen har också hänsyn tagits till att utgångsläget representerar en förhållandevis låg bemanning för dessa yrkesgrupper. Det sammanlagda behovet ifråga om sjukgymnaster och arbetsterapeuter inom primärvården för en befolkning på 10 000 invånare har bedömts motsvarande totalt 6.5 årsarbeten. Härav är 3,5 sjukgymnaster och 3,0 arbetsterapeuter. Detta behov omfattar även eventuell privatverksamhet för dessa grupper.

Till de medellångt vårdutbildade hör också sjuksköterskorna. Dessa har i detta sammanhang behandlats som en helhet. Häri ingår således primärvårdens behov av sjuksköterskor både inom öppen och slutna vård d v s distriktssköterskor, allmänsköterskor och barnmorskor. Enligt de jämförelser som gjorts i underlagsmaterialet fanns i några områden med en väl utbyggd primärvård ca 24 sjuksköterskor/årsarbeten per 10 000 invånare. Med hänsyn till ett ökat förebyggande arbete och utbyggnaden av vården för långvarigt sjuka har i genomsnitt ca 28 sjuksköterskor/årsarbeten per 10 000 invånare utgjort grund för beräkningen av framtida personalbehov inklusive enskild verksamhet. Härav utgör ca 17–18 årsarbeten behovet för den öppna vården och ca 10–11 årsarbetare för primärvårdens slutna vård.

För personal med *kort vårdutbildning* har följande antaganden gjorts. Utökningen av sjukvården i hemmet får återverkningar på denna personal-



grupp. Förändringen av vårdplatser i sjukhemsvården och en ökad vårdtyngd påverkar också behovet av personal med kort vårdutbildning. Sammantaget har detta antagits leda till en ökad personaltäthet för gruppen som helhet. Omkring 85 årsarbetare per 10 000 invånare har förutsatts kunna täcka hela primärvårdens behov av insatser från personal med kort vårdutbildning. Häri ingår även arbetsterapi- och sjukgymnastbiträden liksom behovet av personal med kort vårdutbildning, för privat verksamhet.

I avsaknad av relevant underlagsmaterial avseende grupperna *förvaltnings- och administrativ personal* (psykologer, läkarsekreterare och annan adm. personal) m fl har arbetsvolymen för dessa grupper beräknats i relation till vårdpersonalen och grundar sig på ett antagande som oförändrad volym i relation till vårdpersonalen arbetsvolym. Inom denna ram kan en omfördelning ske till förmån för personal med högre kompetens för att bli tillgodose primärvårdens behov av kvalificerade ledningsfunktioner och för utveckling av det samhällsinriktade förebyggande arbetet.

*Ekonomipersonalens* arbetsvolym har beräknats öka i samma takt som antal vårdplatser på sjukhem.

I bedömningarna av personalbehovet har utgångspunkten varit begreppet helårsarbeten under förutsättning av oförändrad generell arbetstid dvs i princip 40 men för vissa grupper 38,25 arbetstimmar per vecka. Inom ramen för angiven totalbemanning förutsätts normala ledigheter klaras av för exempelvis jourkompensation, semester, korttidsjukdom och fortbildning.

För att beräkna personalbehovet uttryckt i antal anställda fordras antaganden om bl a deltidstjänstgöringens omfattning. Denna varierar mellan skilda personalkategorier. För läkare är sysselsättningsgraden (antal årsarbetare/antal anställd) för närvarande omkring 90 procent inom primärvården. För övriga personalgrupper inom primärvården är sysselsättningsgraden omkring 70 procent. Under en följd av år har sysselsättningsgraden inom hälso- och sjukvården successivt sjunkit.

Några säkra bedömningar om hur deltidstjänstgöringen kan förväntas utvecklas fram till år 2000 går inte att göra. I långtidsutredningen (LU 84) förutsätts att andelen deltidsarbetande med s k lång deltid, dvs 20 timmar per vecka eller mer, kommer att öka medan andelen personal med kort deltid förväntas minska bli till följd av den överenskommelse som träffats mellan arbetsmarknadens parter om en begränsning av den korta deltidstjänstgöringen.

I LU 84 beräknas att årsarbetstiden per sysselsatt kommer att sjunka med omkring 5 procent fram till 1990 och med 2,5 procent under 1990-talet. Härvid har ingen hänsyn tagits till en eventuell förändring av veckoarbetstiden eller av regler för semesteruttag etc. Enligt LU 84 motiveras denna utveckling bl a av en förväntad ökad frånvaro, förändringar i befolkningsutvecklingen och en fortsatt ökning av andelen deltidsarbetande.

I tabell 4 redovisas en beräkning av det totala personalbehovet på primärvårdsnivån. Detta har uttryckts i form av arbetstimmar och antal anställda under förutsättning av bibehållen generell arbetstid och grundar sig på de bedömningar som redovisats ovan.

Tabell 4 Beräkning av arbetsvolym och antal anställda inom primärvården.

Personalgrupp	1983		2000	
	Arbetstim (milj)	Anställda	Arbetstim (milj)	Anställda
Lång vårdutb	7.5	4 400	10.7	6 700
Medellång vårdutb	24.0	21 300	46.8	39 500
Kort vårdutb	61.1	50 200	122.0	103 000
Psykologer, läkarsekr. och annan adm.personal	8.9	6 900	15.3	12 900
Ekonomipers m fl	14.4	12 600	17.3	14 500
<b>Totalt</b>	<b>115.9</b>	<b>95 400</b>	<b>212.1</b>	<b>176 600</b>

HS 90 ger inget klart underlag för att fördela personalbehovet ifråga om allmänläkare och övriga specialister inom primärvården. Av tabell 1 framgår att ca 75 procent av besöken 1983 i primärvården görs inom allmänläkarvården. Därtill kommer att allmänläkarna svarar för viss del av läkarbesöken inom hälsovården för mödrar och barn. Övriga specialister svarar för ca 15–20 procent av totala antalet läkarbesök i primärvården.

Enligt de av riksdagen antagna riktlinjerna för hälso- och sjukvårdens utveckling kommer huvuddelen av primärvårdens insatser i öppen vård att ske genom vårdlag, där allmänläkaren, distriktssköterskan och undersköterskan svarar för insatserna och förmedling av kontakt med andra specialister. I framför allt vissa tätbefolkade områden kan det vara en praktisk lösning att specialister i t ex gynekologi och pediatrik arbetar på heltid vid en vårdcentral. I andra fall kan andra lösningar vara att föredra.

Mot denna bakgrund och med hänsyn till de ökade uppgifter som primärvården kommer att ha kan det vara rimligt att anta att allmänläkarna i framtidens primärvård svarar för en större andel av läkarbesöken än idag. Det har här antagits att allmänläkarna skulle kunna svara för 80–85 procent av besöken. Inom den privata vården görs övervägande delen av läkarbesöken dvs specialister.

Om detta förhållande ifråga om besöksvolymen skulle gälla för år 2000 skulle ett rimligt antagande kunna vara att motsvarande andel gäller för antalet allmänläkare. Detta skulle grovt sett innebära ett behov av minst ca 5 000 allmänläkare inklusive AT- och FV-läkare och mellan 1 000–1 500 övriga specialister. I båda grupperna ingår läkare i privat regi.

Personalgruppen med medellång vårdutbildning omfattar flera yrkesgrupper med helt olika funktioner. Med hänsyn härtill finns det skäl att göra en uppdelning av denna personalgrupp. Av de drygt 39 000 anställda i denna grupp inom primärvården beräknas sjukgymnasterna utgöra ca 4 000 och arbetsterapeuterna omkring 3 400. Resten drygt 32 000 anställda är distriktssköterskor, allmänsjuksköterskor och barnmorskor. Av dessa 32 000 sjuksköterskor bedöms ca 21 000 komma vara verksamma inom primärvårdens öppna vård. För att nå denna dimensionering är en utökning av antalet utbildningsplatser för påbyggnadsutbildning i öppen hälso- och sjukvård nödvändig.

# Statens offentliga utredningar 1984

## Kronologisk förteckning

---

1. Sociala aspekter på regional planering. I.
  2. Värdepappersmarknaden. Fi.
  3. Domstolar och eko-brott. Ju.
  4. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. Fi.
  5. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. Fi.
  6. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. Fi.
  7. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. Fi.
  8. Näringstillstånd. Ju.
  9. Förslag till lag om Kooperativa föreningar. I.
  10. Kompletterande motståndsformer. Fö.
  11. Rösträtt och medborgarskap. Ju.
  12. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. Ju.
  13. Samordnad narkotikapolitik. S.
  14. RF 10:5. Ju.
  15. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. Ju.
  16. Förvärv i god tro. Ju.
  17. Sveriges internationella transporter. K.
  18. Arbetsmarknadsstriden I. A.
  19. Arbetsmarknadsstriden II. A.
  20. Datorer och arbetslivets förändring. A.
  21. Förenklad självdeklaration. Fi.
  22. Panträtt. Ju.
  23. Folkbibliotek i Sverige. U.
  24. En bättre information om kemiska produkter. Jo.
  25. Ny konsumentköplag. Ju.
  26. Ny Banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. Fi.
  27. Ny Banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslag. Fi.
  28. Ny Banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. Fi.
  29. Ny Banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. Fi.
  30. LÄS MERA! U.
  31. Arbetsmarknadspolitik under omprövning. A.
  32. Nya alternativ till frihetsstraff. Ju.
  33. Handla med tjänster. Ud.
  34. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. Bo.
  35. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. Bo.
  36. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. Bo.
  37. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. Fi.
  38. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. Fi.
  39. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) Huvudrapport. S.
  40. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) Huvudrapport. S.
  41. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) Huvudrapport. S.
  42. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) Huvudrapport. S.
  43. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) Huvudrapport. S.
  44. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) Huvudrapport. S.
  45. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) Huvudrapport. S.
  46. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) Huvudrapport. S.
  47. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) Huvudrapport. S.
  48. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) Huvudrapport. S.
  49. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) Huvudrapport. S.
  50. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) Huvudrapport. S.
-

# Statens offentliga utredningar 1984

## Systematisk förteckning

---

### Justitiedepartementet

Kommissionen mot ekonomisk brottslighet. 1. Domstolar och eko-brott. [3] 2. Näringsstillstånd. [8] 3. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. [15] 1983 års rösträttskommitté. 1. Rösträtt och medborgarskap. [11] 2. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. [12] RF 10:5. [14] Förvärv i god tro. [16] Panträtt. [22] Ny konsumentköplag. [25] Nya alternativ till frihetsstraff. [32]

### Utrikesdepartementet

Handla med tjänster. [33] Svensk sydafrikapolitik. [52] Med sikte på nedrustning. [62]

### Försvarsdepartementet

Kompletterande motståndsformer. [10]

### Socialdepartementet

Samordnad narkotikapolitik. [13] Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) 1. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) Huvudrapport. [39] 2. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. [40] 3. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1—3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? [41] 4. Att förebygga skador — ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [42] 5. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom — ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [43] 6. Hälsopolitik i samhällsplaneringen — Boendemiljö — Arbetsmiljö — Arbetslöshet — Kost. Underlagsstudie. [44] 7. Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie. [45] 8. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie. [46] 9. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga: Hälsoupplysning. [47] 10. Länssjukvården — möjligheter till förändring — underlagsstudie. [48] 11. Samhällsekonomiska villkor. Vården och sysselsättning. Ekonomiska aspekter på förebyggande åtgärder. Utkommer ej. [49] 12. Personal för framtidens hälso- och sjukvård — underlagsstudie. [50]

### Kommunikationsdepartementet

Sveriges internationella transporter. [17]

### Finansdepartementet

Värdepappersmarknaden. [2] Långtidsutredningen. 1. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. [4] 2. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. [5] 3. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. [6] 4. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. [7] Förenklad självdeklaration. [21] Banklagsutredningen. 1. Ny Banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. [26] 2. Ny banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslagen. [27] 3. Ny banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. [28] 4. Ny banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. [29] Fastighetstaxeringskommittén. 1. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. [37] 2. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. [38]

### Utbildningsdepartementet

Folkbibliotek i Sverige. [23] LÅS MERA! [30]

### Jordbruksdepartementet

En bättre information om kemiska produkter. [24]

### Arbetsmarknadsdepartementet

Konfliktutredningen. 1. Arbetsmarknadsstriden I. [18] 2. Arbetsmarknadsstriden II. [19] Datorer och arbetslivets förändring. [20] Arbetsmarknadspolitik under omprövning. [31]

### Bostadsdepartementet

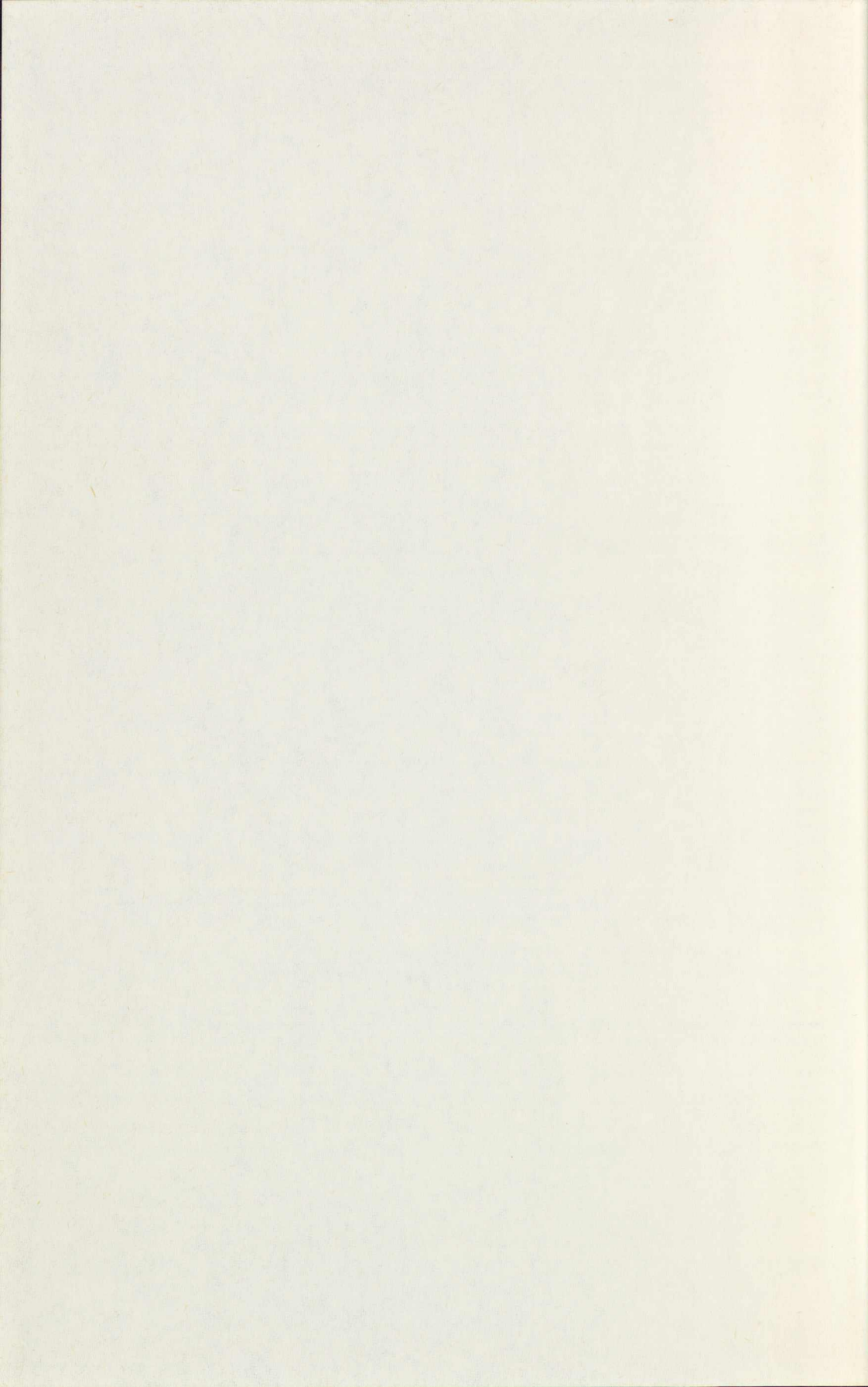
Bostadskommittén. 1. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. [34] 2. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. [35] 3. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. [36]

### Industridepartementet

Sociala aspekter på regional planering. [1] Förslag till lag om Kooperativa föreningar. [9]

KUNGL. BIBL.  
1986-04-02  
STOCKHOLM









## *HS 90-Publikationer*

- SOU 1984:39 Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS90). Huvudrapport
- SOU 1984:40 Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie.
- SOU 1984:41 Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1-3.  
● Fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets socioekonomiska fördelning i Sverige  
● Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av slutenvård  
● Den jämlika sjukvården?
- SOU 1984:42 Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
- SOU 1984:43 Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
- SOU 1984:44 Hälsopolitik i samhällsplaneringen – boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost. Underlagsstudie.
- SOU 1984:45 Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie.
- SOU 1984:46 Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie.
- SOU 1984:47 Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga ● Hälsouppllysning.
- SOU 1984:48 Länssjukvården – möjligheter till förändring. Underlagsstudie.
- SOU 1984:50 Personal för framtidens hälso- och sjukvård. Underlagsstudie. (November 1984)

### *Utdrag ur*

- SOU 1984:44 Arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik – några hälsopolitiska aspekter.
- SOU 1984:43 Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom.
- SOU 1984:43 Prevention av hjärt- och kärlsjukdom.
- SOU 1984:43 Psykosociala faktorer och hjärt- och kärlsjukdom.
- SOU 1984:49 Vården och sysselsättningen.