

Innehåll

Sammanfattning	7
Summary	13
Förkortningar	19
Definitioner	21
1 Kommissionen för rekrytering till vård och omsorg	25
1.1 Bakgrund	25
1.2 Direktiv och tidsplan	25
1.3 Ledamöter	26
1.4 Arbetsformer	27
1.5 Sekretariat	27
1.6 Arbetets inriktning	28
2 Ansvarsreglering och kommunalekonomi	29
2.1 Ansvaret för äldre- och handikappomsorg och sjukvård	29
2.2 Kommunalekonomi och statsbidrag	37
3 Fakta om personalen i vård- och omsorgssektorn	41
3.1 Personalgrupper	41
3.2 Könsfördelning	42
3.3 Deltidsarbetande och visstidsanställningar	44
3.4 Underrepresenterade grupper	62
3.4.1 Män	63
3.4.2 Ungdomar	64
3.4.3 Invandrare	65

4 Tillgången på vårdpersonal 69

4.1	Gymnasiet	69
4.1.1	Omvårdnadsprogrammets innehåll.....	69
4.1.2	Antagningsvolym.....	70
4.1.3	Problem med dagens utbildning.....	72
4.1.4	Skolverkets översyn.....	75
4.1.5	Svenska Kommunalarbetsförbundets utvärdering.....	76
4.1.6	Utvecklingen av omvårdnadsprogrammet.....	77
4.2	Vuxenutbildning	78
4.3	Högskolan	82
4.3.1	Vårdutbildningar inom högskolan.....	82
4.3.2	Högskoleverkets utvärdering	84
4.3.3	Högskoleutbildning inom äldreomsorgen.....	84
4.3.4	Specialistsjuksköterskeexamen	85
4.3.5	Försök med nya utbildningar	86
4.3.6	Antagning och examination	87
4.3.7	Nationellt planeringsorgan för läkares specialittjänstgöring.....	91
4.3.8	Utveckling i yrket: möjligheter och hinder.....	93
4.3.9	Tillgodoräkning av kurser och yrkeserfarenhet.....	95
4.3.10	Kostnadsfördelning	97
4.4	Könsfördelning i vårdutbildningarna.....	98
4.5	Läkare med utländsk utbildning.....	99
4.6	Vårdutbildade som inte är yrkesverksamma i vårdsektorn.....	101
4.6.1	Arbetslösa	101
4.6.2	Vårdutbildade som har arbete i andra branscher	109

5 Efterfrågan på vårdpersonal 111

5.1	Demografiska förhållanden	111
5.1.1	Förändringar i befolkningens åldersstruktur.....	111
5.1.2	Invandrarnas åldersstruktur.....	114
5.2	Personalrörlighet.....	117
5.2.1	Pensionsavgångar	117
5.2.2	Nya pensionsavtal.....	118
5.2.3	Personalrörlighet i övrigt.....	119

6 Arbetsplatsproblem som påverkar rekryteringen	123
6.1 Arbetsplatsförhållanden	123
6.1.1 Arbetsmiljö och hälsotillstånd	123
6.1.2 Allmänt hälsotillstånd	124
6.1.3 Arbetsorganisationens betydelse för hälsotillståndet	128
6.1.4 Inflytande över arbetssituation och arbetstider	129
6.1.5 Ledningsfrågor	131
6.1.6 Kompetensutveckling	131
6.1.7 Jämförande studier	132
6.2 Partsfrågor	133
6.2.1 Löner och övriga anställningsvillkor	133
7 Andra viktiga förhållanden för rekryteringen	135
7.1 Huvudmannskapet	135
7.2 Arbetsmarknadsåtgärder	138
7.3 Mångfald av vårdproducenter	146
7.4 Arbetskraftens rörlighet mellan länder	149
7.5 Andra faktorer som påverkar efterfrågan på personal....	157
7.5.1 Verksamhetsförändringar	157
7.5.2 Övriga faktorer	158
8 Prognoser och bedömningar	163
8.1 Myndigheter	163
8.1.1 Arbetsmarknadsstyrelsen	163
8.1.2 Statistiska centralbyrån	164
8.2 Huvudmän	165
8.2.1 Landstingsförbundet	165
8.2.2 Svenska Kommunförbundet	169
8.3 Fackliga organisationer	172
8.3.1 Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter	173
8.3.2 Legitimerade sjukgymnasters Riksförbund	173
8.3.3 Svenska Kommunalarbetareförbundet	173
8.3.4 Svenska Logopedförbundet	173
8.3.5 Sveriges Läkarförbund	174
8.3.6 Sveriges Psykologförbund	175
8.3.7 Sveriges Tandläkarförbund	176
8.3.8 Vårdförbundet	176
8.3.9 Sammanfattande kommentar	177

9 Kommissionens förslag	179
9.1 Ökning av antalet nybörjarplatser i olika utbildningar	179
9.2 Huvudmannaskap	180
9.3 Gymnasiets omvårdnadsprogram.....	180
9.4 Andra utbildningsfrågor	180
9.5 Deltidsarbetslöshet och timanställningar	181
9.6 Arbetsmarknadsåtgärder/ Invandrarsatsning	181
9.7 Organisations- och ledarskapsfrågor.....	182
Bilagor	
Bilaga 1 Kommissionsdirektiv.....	187
Bilaga 2 Tipskatalog.....	191

Sammanfattning

Inledning

Kommissionen har enligt sina direktiv haft tre huvudsakliga uppdrag:

- att kartlägga rekryteringsbehoven till vård- och omsorgssektorn de närmaste tio åren,
- analysera de villkor som påverkar möjligheten att rekrytera personal,
- att med kartläggningen och analysen som grund föreslå åtgärder som motverkar den kommande bristsituationen och ökar intresset för vård- och medicinutbildningarna samt överväga en långsiktig lösning av dimensioneringen av utbildningarna.

Denna rapport innehåller kommissionens överväganden och förslag med anledning av samtliga uppdragets frågor. I en särskild bilagedel finns i form av en tipskatalog även olika beskrivningar av projekt i kommuner och landsting som har samband med kommissionens uppgifter.

I denna sammanfattning redogörs kortfattat för kommissionens analys och kartläggning i de olika kapitlen.

Innehållet i de olika kapitlen

I *kapitel 1* beskrivs bakgrunden till kommissionens uppdrag. Där beskrivs även den arbetsform kommissionen valt liksom sammansättningen av kommissionen och arbetets inriktning.

I *kapitel 2* redovisas ansvarsregleringen för kommuner och landsting såsom huvudmän för vård och omsorg. Med anledning av att det i direktiven står att kommissionen i sitt arbete skall "ta hänsyn till de krav på god finansiering och ekonomisk balans som gäller för kommuner och landsting" behandlas även kortfattat den kommunala sektorns ekonomiska situation och det generella statsbidragssystemet. Bland annat redovisas primärkommunernas och landstingens resultaträkning för åren 1993–1998. Kommunernas resultat år 1998 var minus 0,3 miljarder kronor. Endast lite drygt hälften av kommunerna redovisade ett positivt

resultat under året. Landstingens resultat har försämrats kontinuerligt sedan år 1994. För år 1998 redovisade den totala landstingssektorn ett resultat på minus 6,2 miljarder kronor.

I *kapitel tre* redogörs för vissa fakta om personalen inom vård- och omsorgssektorn. Här behandlas könsfördelningen och den stora kvinnliga dominansen inom dessa sektorer. Av samtliga förvärvsarbetande kvinnor i riket återfinns 46 procent inom sektorerna vård, omsorg och utbildning. Motsvarande siffra för män är 9 procent. Förutom män är även ungdomar och invandrare underrepresenterade grupper inom vård- och omsorgssektorn.

Ett annat stort problem som kommissionen ägnat stort intresse åt är andelen deltidstjänster och visstidsanställningar. Det finns ingen annan sektor på arbetsmarknaden där så många arbetar deltid som inom vård- och omsorgssektorn. Där arbetar över 40 procent av de anställda deltid. Om man vänder på förhållandet så är det inom kommunerna endast 25 procent av de anställda som arbetar heltid, vilket är en mycket låg siffra i jämförelse med andra branscher.

I kapitlet förs en diskussion som mynnar ut i att fler heltidstjänster och färre deltidstjänster torde löna sig för samhället på lång sikt. Att öka andelen heltidstjänster är en av metoderna att förebygga den kommande bristsituationen. Dessutom skulle personaltätheten öka och leda till en bättre arbetsmiljö och färre sjukskrivningar, vilket i sin tur gör att personalomsättningen minskar samtidigt som vårdkvaliteten ökar.

Kapitel fyra innehåller en detaljerad redogörelse för den kommande tillgången på vårdpersonal. Här redovisas antalet antagna och examine-rade från olika utbildningar, gymnasiet, kommunala vuxenutbildningen, högskolor m.m. Trots att vård- och omsorgssektorn är en bra framtida arbetsmarknad är det allt färre som söker sig till många vårdutbildningar, både på gymnasienivå och till de högre utbildningarna. Läsåret 1998/99 var det exempelvis drygt 3 000 färre sökande till omvårdnadsprogrammet jämfört med läsåret 1993/94. Det sjunkande intresset för denna utbildning har flera förklaringar, bland annat att utbildningen inte ger särskild behörighet att söka vidare till vårdutbildningar på universitet och högskolor. Inom högskolorna finns det ett tiotal olika vårdutbildningar, av vilka sjuksköterskeutbildningen har störst omfattning.

I kapitlet redogörs även för problematiken med tillgodoräkning av kurser och yrkeserfarenheter samt legitimationssystemet för de yrkesgrupper som omfattas av legitimationskravet.

Kommissionen har även undersökt antalet vårdutbildade som är verksamma i helt andra sektorer än vård- och omsorgssektorn. Ca 10 procent av samtliga vårdutbildade arbetar inom en s.k. icke relevant näringsgren.

Kommissionen har även kartlagt antalet arbetslösa med eller utan a-kassa inom olika vårddyrken och län och redogör för den sammanlagda kostnaden för arbetslöshetsförsäkringen för de som uppbär a-kassa.

Kapitel fem beskriver de grundläggande skälen bakom den kommande bristsituationen. Dels blir antalet äldre snabbt allt fler och dessutom går många nu yrkesverksamma inom vård- och omsorgssektorn i pension inom en relativt snar framtid. Kommissionen har även kartlagt invandrarnas åldersfördelning och ser bl.a. att fler invandrare behövs inom dessa sektorer för att tillgodose kraven från det ökade antalet äldre invandrare.

I *kapitel sex* redovisar kommissionen en rad olika arbetsplatsfrågor som inverkar på rekryteringen, främst arbetsmiljö, inflytandefrågor, ledningsfrågor och löner.

Kapitel sju ägnas åt ytterligare andra faktorer som har betydelse för kommuners och landstings rekryteringsbehov. Exempel på detta är arbetskraftens rörlighet mellan länder, arbetsmarknadspolitiken samt verksamhetsförändringar och andra organisatoriska förändringar. Bland annat konstateras att den utflyttning som har skett inte är så stor som debatten kan ge sken av. Utländska personer med vårdutbildning (oavsett var de erhållit den) flyttar tillbaka till andra länder inom inte alltför lång tid.

I *kapitel åtta* redovisas prognoser och bedömningar av bristsituationen som gjorts av myndigheter, huvudmän och parter som har insyn och intressen i frågan. Viktiga prognosmakare är eniga om att en markant bristsituation uppkommer om inget görs, bl.a. genom att det förestår stora pensionsavgångar i vårddyrkena och att andelen äldre i totalbefolkningen blir allt större och därmed vårdbehovet ökar.

Kapitel 9 innehåller kommissionens förslag. De innebär bl.a. beträffande

utbildningsområdet

- att antalet nybörjarplatser i läkarutbildningen ökas med 200 per år senast höstterminen 2002 och i sjuksköterskeutbildningen på motsvarande sätt med 1 000 per år,
- att regeringen är beredd att överväga särskilda mål för antalet utbildningsplatser även betr. övriga grupper inom vård- och omsorgssektorn, t.ex. psykologer, arbetsterapeuter och sjuk-gymnaster, i den mån lärosätena inte tillgodoser arbetsmarknadens behov av arbetskraft,
- att huvudmannaskapet för de landstingskommunala vårdutbildningarna bör överföras till staten år 2001 och att diskussioner om detta inleds mellan regeringen och landstingen,

- att det skall vara en målsättning dels att öka examinationen av studenter från gymnasiet omvårdnadsprogram väsentligt för att tillgodose behovet – ambitionen är att ca 7 000 per år skall genomgå utbildningen, dels att ett betydligt större antal skall utbildas inom vuxenutbildningen med relevanta kurser,
- att åtgärder vidtas för att förbättra omvårdnadsprogrammet och stärka dess ställning,
- att staten i syfte att få en generösare tillämpning ser över hur tillgodoräkning av utbildning och yrkeserfarenhet sker vid antagning till högskoleutbildning,
- att regeringen, inom ramen för samarbetet med parterna inom samsättningspolitiken i EU, inbjuder de berörda parterna till diskussioner om bl.a. hur de nya medlen till kompetensutveckling kan användas inom vård- och omsorgssektorn,
- att kommunerna erbjuder fler praktikplatser för studerande inom sjuksköterskeutbildningen,

deltidsarbetslösheten m.m.

- att kommunförbunden och staten åtar sig att verka för att heltidsanställningar erbjuds deltidsarbetslösa inom vård och omsorg och att detta skall gälla även vid upphandling av verksamhet,
- att målet är att deltidsarbetslösheten skall minska med 50 procent till slutet av år 2000 för sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden och övrig omvårdnadspersonal,
- att regeringen kallar kommunförbunden och de fackliga organisationerna i slutet av år 2000 i syfte att göra en gemensam analys av om målet uppnåtts eller om det då krävs ytterligare åtgärder,
- att regeringen kallar kommunförbunden och de fackliga organisationerna i slutet av år 2000 i syfte att utvärdera om den nya lagstiftning som gäller från den 1 januari år 2000 fått den avsedda effekten att minska antalet timanställningar m.m.,

arbetsmarknadsåtgärder/invandrarsatsning

- att regeringen uppdrar åt AMS att genom tidiga åtgärder utbilda överpersonal från övertalighetsområden såsom barnomsorgen och försvaret till bristyrken inom vård- och omsorgssektorn,
- att i detta uppdrag ingår att regionala och lokala insatser skall planeras med kommunförbund och fackliga organisationer för att identifiera rekryteringsproblem, väcka intresse för utbildningar och verka för utfästelser från arbetsgivare om arbete efter utbildning,

- att arbetsförmedlingarna får i uppdrag att i samarbete med kommunerna öka antalet anställda invandrare i vård och omsorg, t.ex. genom att erbjuda ett sammanhållet program som innefattar yrkessvenska, praktik, utbildning, anställning och introduktion,
- att alla berörda arbetsförmedlingar i landet anordnar särskilda vård- och omsorgsdagar,
- att länsarbetsnämnderna efter samråd med landsting, kommuner och andra vårdproducenter årligen upprättar försörjningsplaner som underlag för de regionala kompetensråden och Socialstyrelsen,

Organisations- och ledarskapsfrågor

- att lämplig myndighet får uppdrag att årligen göra jämförande studier som kan leda till bättre organisationer men som också kan berätta om arbetsplatser som är goda exempel,
- att en satsning sker på ledarskapsfrågor, t.ex. när det gäller ledarskapsutbildning.

Utöver detta har avtalsparternas företrädare i kommissionen i viktiga frågor gjort gemensamma uttalanden och förklaringar som anger hur de såsom avtalsparter avser att underlätta rekryteringen och öka vård- och omsorgssektorns attraktivitet. Dessa partsuttalanden återges i kommissionens slutrapport.

Summary

Introduction

The three main tasks of the commission specified as laid out in its directives were:

- to chart the recruitment needs in the health sector for the coming ten-year period,
- to analyse those factors which influence the possibility of recruiting staff,
- to propose, on the basis of its findings, measures which counter the expected shortages in the sector and stimulate greater interest in healthcare and medicine courses, and to consider a long-term solution in respect of the number of places on the courses.

This report contains the commission's considerations and proposals in regard to all matters included in the task. A special appendix in the form of a catalogue of suggested measures provides descriptions of a number of local-authority and county-council projects which are related to the tasks of the commission.

This summary provides a brief account of the commission's findings.

Synopsis

Chapter one provides a description of the commission's task. The composition of the commission, the approach chosen by it and the objectives of its work are described.

Chapter two provides an account of the responsibilities of local authorities and county councils in their capacity as principals for healthcare. In view of the fact that the directives of the commission state that it should "consider the requirements of adequate financing and financial balance which apply for local authorities and county councils", the chapter also includes a brief account of the financial situation of local authorities and county councils as well as of the general state-

subsidy system. It includes the income statements of the country's local authorities and county councils for the period 1993–1998. For the local authorities, these showed a deficit of SEK 0.3 billion. Only about one in two of the local authorities reported a surplus. The financial situation of the county councils has deteriorated steadily since 1994. In 1998 the sector reported an overall deficit of SEK 6.2 billion.

Chapter three provides commentaries on certain facts about health-sector employees, such as the proportion of male to female employees and the large percentage of women in certain sectors. Out of all gainfully employed women in Sweden, 46 per cent work in healthcare and education. The corresponding figure for men is 9 per cent. Young people and immigrants are also underrepresented in the health sector.

Another big problem to which the commission has paid a lot of attention is the large percentage of part-time and project-based positions. In no other sector are there as many part-time employees as in the health sector. Over 40 per cent of healthcare employees work part-time. If you look upon the situation the other way around only 25 per cent of local-authority employees are in full-time employment, a very low figure in comparison with other sectors.

The chapter includes a discussion which leads to the conclusion that more full-time positions and fewer part-time positions should benefit society in the long term. Increasing the number of full-time positions is one of the methods proposed to counter the expected shortages. In addition, the number of staff would increase, creating a better working environment and less sickness leave, which in turn would cut staff turnover while improving the quality of services.

Chapter four provides a detailed account of the expected numbers of healthcare workers in future. The number of students admitted to and graduating from various courses and programmes at schools and universities as well as in adult education and other forms of education are presented. Despite the good employment opportunities in the health sector, the number of people applying to healthcare courses continues to fall, both at school-level and in higher education. For the academic year 1998/99 the number of applicants to the healthcare programme at upper-secondary-school level was down by 3 000 compared with 1993/94. The diminishing interest for this programme has a number of explanations, including the fact that it does not qualify students for studies in medicine or healthcare at university level. The country's universities offer about ten different courses in healthcare and medicine. The course for nurses has the largest number of students.

The chapter also describes the problems relating to how applicants' previous studies and work experience should be evaluated as well as the

authorisation system for those employee categories who are required to be authorised.

The commission has looked at how many trained healthcare workers are employed in sectors which are wholly unrelated to healthcare. Approximately 10 per cent of all trained healthcare workers are employed in so called non-relevant fields.

The commission has also sought to chart the number of unemployed people with or without unemployment benefit in various healthcare professions and counties as well as the total unemployment-insurance costs for these people.

Chapter five describes the most important reasons for the expected shortages. The number of elderly people is growing rapidly and many of those who work in the health sector will be retiring in a relatively near future. The commission has also examined age structures among immigrants and finds that more immigrants will be needed in these sectors to meet the requirements from the growing number of elderly immigrants.

In *chapter six* the commission presents a number of other factors which affect recruitment. These mainly concern work-place issues such as the working environment, the ability to influence decisions, management issues and salaries.

Chapter seven takes up a number of other factors which have a bearing on local authorities' and county councils' recruitment needs, such as the cross-border mobility of labour in the sector as well as operational and other organisational changes. The commission finds, for instance, that the emigration that has taken place is not as extensive as the debate on this question might suggest. Many foreign nationals with healthcare training (regardless of where they have been educated) move back to other countries within a fairly near future.

Chapter eight presents forecasts and assessments of the state of shortage made by public authorities, principals and other parties who are in a position to evaluate or have an interest in the matter. The most important forecasters all agree that unless measures are taken significant shortages will arise, largely because of the large number of healthcare workers who are expected to retire as well as the ageing of the population and the consequent increase in the need for healthcare.

Chapter nine contains the commission's proposals, which include the following:

education

- to increase the number of places on medical-training courses by 200 per year as of autumn 2002 or earlier and, similarly, by 1 000 on training courses for nurses,
- that the government should be prepared to consider setting special targets for the number of training places in respect of other health-sector groups, e.g. psychologists, occupational therapists and physiotherapists, to the extent that the educational establishments do not meet the demand for labour,
- that the state should take over as principal for the county-council healthcare training programmes as of 2001 and that discussions about this should between the state and the county councils be initiated,
- to set as an objective to significantly increase the number of pupils graduating from upper-secondary-school healthcare programmes to meet the needs, the ambition being that 7 000 pupils should carry out the programme each year, and to boost the number of students following relevant courses in adult education,
- to take measures which will improve the healthcare programme at upper-secondary-school level and strengthen its position,
- that the state, for the purpose of creating a more generous application, should make an overview of how previous studies and work experience is evaluated in higher education admission procedures,
- that the government, in the context of EU employment policies, should invite employer and employee organisations to discussions on matters such as how the new funds for occupational training could be used in the health sector,
- that local authorities should offer more opportunities for practical training to students on nursing courses,

part-time unemployment and other issues

- that the Swedish Association of Local Authorities (Svenska Kommunförbundet) and the Federation of Swedish County Councils (Landstingsförbundet) together with the state should encourage employers to offer full-time positions to those who are in part-time employment and that this should apply also when purchasing services from contractors,

- to set as a target to reduce part-time unemployment by 50 per cent before the end of the year 2000 for nurses, assistant nurses and other healthcare workers,
- that the government at the end of the year 2000 should invite the Association of Local Authorities and the Federation of Swedish County Councils and the trade unions to take part in a joint assessment of whether the target has been reached and whether further measures will be required,
- that the government at the end of the year 2000 should invite the Association of Local Authorities and the Federation of Swedish County Councils and the trade unions for the purpose of assessing whether the new laws which will enter into force on 1 January 2000 have had the intended effect of reducing the number of people who are on contract employment etc.,

labour-market measures/special measures for immigrants

- that the government should commission the National Labour Market Board (Arbetsmarknadsstyrelsen) to retrain, by means of early measures, people in surplus areas such as childcare and defence to take up professions in areas in the health sector which suffer from a shortage of qualified staff,
- that this task includes planning for regional and local measures together with the Association of Local Authorities, the Federation of County Councils and the trade unions to identify recruitment problems, increase the interest for educations and work for that the employers should guarantee employment after education,
- to commission employment agencies, together with local authorities, to increase the number of immigrants working in the health sector, for example by offering a comprehensive programme which includes occupational Swedish, practical training, tuition, employment and an introduction,
- that all employment agencies concerned should arrange special healthcare days,
- that county labour boards, in consultation with county councils, local authorities and other healthcare providers, should draw up annual support plans as a basis for the regional training councils and the National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen),

organisational and leadership issues

- that an appropriate public authority should be commissioned to carry out annual comparative investigations which could lead to better organisations and also point to examples of good work places,
- to promote leadership issues, e.g. in respect of leadership training.

In addition to the above, the contracting parties' representatives on the commission have made a number of common statements and clarifications on important matters that specify how they in their capacity as contracting parties intend to facilitate recruitment and enhance the attractiveness of the health sector. These statements are included in the final report of the commission.

Förkortningar

AEA	Akademikernas erkända arbetslöshetskassa AEA
AKU	Arbetskraftsundersökningar
AMS	Arbetsmarknadsstyrelsen
AMV	Arbetsmarknadsverket
APU	Arbetsplatsförlagd utbildning
Bet.	Utskottsbetänkande
BSK	BefattningsSystem Kommuner
Ds	Departementsserie
EU	Europeiska Unionen
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
HSU 2000	Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation
HSV	Högskoleverket
Kommunal	Svenska Kommunalarbetareförbundet
KY	Kvalificerad yrkesutbildning
KYN	Kommunala Yrkesnämnden
LAS	Lagen om anställningsskydd (1982:80)
LASS	Lagen om assistentersättning (1993:389)
Lf	Landstingsförbundet
LFA	Landstingsförbundets antagningsnämnd för högskoleutbildning
LO	Landsorganisationen i Sverige
LOU	Lagen om offentlig upphandling (1992:1528)
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
MAS	Malmö Allmänna Sjukhus
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Prop.	Proposition
RFV	Riksförsäkringsverket
RRV	Riksrevisionsverket
Rskr	Riksdagsskrivelse
SACO	Sveriges Akademikers Centralorganisation
SCB	Statistiska centralbyrån
SFS	Svensk författningssamling

Skr.	Regeringens skrivelse
SoL	Socialtjänstlagen (1980:620)
SoU	Socialutskottet
SOU	Statens offentliga utredningar
TCO	Tjänstemännens Centralorganisation
USK	Stockholms stads utrednings- och statistikkontor
VHS	Verket för Högskoleservice
ÖB	Överbefälhavaren

Definitioner

Beträffande arbetsmarknadsbegrepp användes nedan Statistiska Centralbyråns definitioner där inte annat sägs.

Anställningar

I statistiska sammanhang kan yrkesarbetande ha två anställningar hos samma arbetsgivare. Svenska Kommunförbundets statistik är exklusive tjänstlediga medan Landstingsförbundet inkluderar antal tjänstlediga.

Dagmarreformen

Sedan den 1 januari år 1995 utgår specialdestinerade statsbidrag till hälso- och sjukvården som fördelas genom årliga överenskommelser mellan staten och landstingsförbundet.

Deltidsarbete

Begreppet innebär att personer med en kortare arbetstid än 35 timmar per vecka definieras som deltidarbete. Kort deltid innebär 1–19 timmars arbete och lång deltid 20–34 timmar.

I SOU 1999:27 har man beräknat att det under år 1998 fanns 901 100 deltidarbete. 131 200 var deltidarbetslösa och anmälda vid arbetsförmedlingen medan 116 100 var deltidarbetslösa, men inte anmälda vid arbetsförmedlingen. Totalt är det således 247 300 deltidarbetslösa. Skillnaden mellan dessa två begrepp består i att begreppet ”deltidarbetslös” avser personer som önskar en högre sysselsättningsgrad men som hindras av arbetsmarknadsskäl, medan begreppet ”deltidarbete” avser personer som av personliga skäl valt att arbeta mindre än den överenskomna arbetstiden.

Deltidarbete på grund av arbetsmarknadsskäl

I arbetskraftsundersökningar från SCB redovisas deltidarbete som uppger att de vill arbeta fler timmar än vad arbetsgivaren erbjuder som deltidarbete på grund av arbetsmarknadsskäl. Den önskade tiden behöver inte nödvändigtvis vara heltid utan kan vara en mindre utökning av antalet timmar utöver vad det nuvarande deltidarbete ger.

Deltidsarbetslös

Begreppet används som synonym till "deltidsarbetande på grund av arbetsmarknadsskäl" i AKU:n. I AKU ingår ingen fråga om arbetslöshetsersättning.

Arbetsmarknadsverkets definition på deltidsarbetslöshet skiljer sig från SCB:s definition. Skillnaden är dels att begreppet inte mäter sysselsättning utan arbetslöshet, dels att individerna i allmänhet har ersättning från arbetslöshetskassa. AMV:s deltidsarbetslösa är således endast en liten grupp av de deltidsarbetande och en del av de deltidsarbetslösa så som de definieras i AKU.

Deltidsarbetslösa personer som har anspråk på att få ersättning från arbetslöshetsförsäkringen måste vara inskrivna vid en arbetsförmedling och söka mer arbete än de har. Den önskade tiden behöver inte nödvändigtvis vara heltid utan kan vara en utökning av antalet timmar utöver vad det nuvarande deltidsarbetet ger. Även personer som arbetar deltid utan att få ersättning från arbetslöshetsförsäkringen kan vara inskrivna i samma sökandekategori om de söker mer arbete. De utgör dock en liten grupp. AMV redovisar de sökande som är inskrivna vid en arbetsförmedling i olika sökandekategorier.

Geriatrik

Läran om åldrandets sjukdomar.

Gerontologi

Läran om det friska åldrandet.

Heltidsarbetande

SCB betecknar heltidsarbetande som personer som arbetar 35 timmar eller mer under mätveckan. Hit förs även personer som enligt avtal har en lägre normalarbetstid än 40 timmar per vecka och uppger att de arbetar heltid.

Invandrare

Begreppet "invandrare" definieras ibland som personer med utländskt medborgarskap. I andra sammanhang omfattar begreppet både utländska medborgare och naturaliserade personer, dvs. personer som fått svenskt medborgarskap. I kommissionens slutrapport avser begreppet personer som är födda utomlands oavsett medborgarskap. I sammanhang där begreppet har en annan innebörd anges detta.

Klinisk forskning

Sjukdomsorienterad forskning. Kline betyder säng på grekiska.

Omvårdnadspersonal

I begreppet omvårdnadspersonal innefattas många olika yrkesgrupper: undersköterska, skötare, vårdare, vårdbiträde, övriga biträdesgrupper för vilka gymnasieskolans omvårdnadsprogram/motsvarande är den gemensamma utbildningsgrunden.

Sysselsatta

SCB genomför arbetskraftsundersökningar, AKU, varje vecka under året. Resultaten från AKU är skattningar baserade på ett urval av Sveriges befolkning i åldrarna 16–64 år. Personer som ingår i de ordinarie AKU-mätningarna tillfrågas bl.a. om de betraktar sig som heltids- eller deltidsarbetande. De redovisas även i grupperna fast anställda, tidsbegränsat anställda och företagare/medhjälpare. Som sysselsatta räknas personer som har arbetat en timme eller mer under mätveckan. Personer som under mätveckan hade en anställning men var tillfälligt frånvarande under hela mätveckan liksom personer i t.ex. vissa arbetsmarknadspolitiska åtgärder räknas som sysselsatta.

Sysselsättningsgrad

Beskriver hur många procent av det kollektivavtalade heltidsmättet som en anställd har arbetat en viss period. Arbetar man halvtid har man till exempel en sysselsättningsgrad på 50 procent.

Landstingsförbundet redovisar den mellan arbetsgivare och arbetstagare överenskomna sysselsättningsgraden, medan Svenska Kommunförbundet redovisar arbetstagarens faktiska sysselsättningsgrad.

Timavlönad

Personal som uppbär lön per timme. Personal som arbetar kortare tid än tre månader inkluderas ofta i denna grupp liksom den personal som arbetar mindre än 40 procent av heltid.

Ungdomar

Med ungdomar avses personer som är i åldern 16–24 år.

Vård och omsorg

Omfattar anställda både inom landstingens hälso- och sjukvård och primärkommunernas omsorg för äldre och funktionshindrade. Begreppet omfattar således inte personal inom individ- och familjeomsorgen eller barnomsorg (förskoleverksamhet). Tyngdpunkten beträffande primärkommunerna ligger på äldreomsorgen, men eftersom personalstatistiken från primärkommunerna inte kan separera omsorgen av funktionshindrade från äldreomsorgen så omfattas båda när statistiken presenteras.

Årsarbetare

Antalet sysselsatta omräknat till årsarbetare. Exempelvis utgör två personer med 50 procent i sysselsättningsgrad tillsammans en årsarbetare.

1 Kommissionen för rekrytering till vård och omsorg

1.1 Bakgrund

Insikten om förestående stora problem med bristen på och rekryteringen av personal till sjukvården och äldreomsorgen föranledde våren 1998 regeringen att ta initiativ till ett arbete som skulle syfta till att få fram personal till dessa sektorer på såväl kortare som längre sikt. Arbetet skulle bedrivas i en kommission för rekrytering till vård och omsorg.

1.2 Direktiv och tidsplan

Direktiven fastställdes i regeringsbeslut den 17 juni 1998 och innehåller i sammanfattning

dels en kartläggningsdel i vilken kommissionen skulle

- kartlägga rekryteringsbehovet inom vård och omsorgssektorn (sjukvård och äldreomsorg) de närmaste tio åren (demografi och vårdbehov av äldre),
- redovisa antal kvinnor respektive män som f.n. utbildas till vård- och omsorgsyrken,
- redovisa orsaker till svårigheterna att rekrytera män och ungdomar,
- undersöka hur kommuner och landsting arbetar för att nå jämnare könsfördelning,
- jämföra kompetenskrav vid rekryteringstillfället med kompetensen hos utbudet av personal,
- diskutera kompetenskraven för de olika yrkeskategorierna samt
- grovt beskriva var de som genomgått dessa utbildningar arbetar idag,

dels en analysdel i vilken kommissionen skulle

- analysera villkor som påverkar rekryteringen till vård- och omsorgsyrkena, t.ex.:
 - arbetstidsförhållanden,
 - arbetsorganisationen, bl.a. dess roll för individens utvecklingsmöjligheter samt
 - arbetsmiljön,

dels en förslagsdel med överväganden syftande till

- åtgärder mot kommande bristsituation inom vårdyrkena, särskilt beträffande män och ungdomar,
- åtgärder som ökar intresset för vårdutbildningar samt
- en långsiktig lösning av dimensioneringen av högre utbildning i vård- och omsorgssektorn inklusive frågan om huvudmannaskapet för vårdutbildningar på högskolenivå,

dels övriga uppgifter innebärande att

- ta hänsyn till krav på ekonomisk balans för kommuner och landsting samt beakta arbetet inom socialdepartementets arbetsgrupp angående äldreomsorg.

Arbetet skall enligt direktiven vara slutfört den 31 juli 1999

1.3 Ledamöter

I regeringsbeslut den 17 juni 1998 utsågs till ledamöter i kommissionen arbetsmarknadsminister Margareta Winberg, tillika ordförande, socialminister Margot Wallström, utbildningsminister Carl Tham, inrikesminister Jörgen Andersson, jämställdhetsminister Ulrica Messing, kommunalrådet Åke Hillman för Svenska Kommunförbundet, landstingsrådet Karin Karlsson för Landstingsförbundet, Svenska Kommunalarbetsförbundets ordförande Ylva Thörn för LO, Vårdförbundets ordförande Eva Fernvall-Markstedt för TCO samt ordföranden i SACO Anders Milton för SACO.

Efter regeringsombildning under hösten 1998 representeras regeringen av statsrådet i näringsdepartementet Mona Sahlin, tillika ny ordförande, socialminister Lars Engqvist, utbildningsminister Thomas Östros, statsrådet i finansdepartementet Lars-Erik Lövdén samt jämställdhetsminister Margareta Winberg.

1.4 Arbetsformer

Kommissionen beslöt vid sitt första möte att arbetet skulle ha en operativ och samordnande inriktning även innebärande att åtgärder skulle kunna vidtagas redan innan kommissionen slutfört sitt arbete medan den i faktadelarna skulle ta stöd av redan gjorda utredningar och analyser.

Faktainsamlingen avslutades i huvudsak under januari månad i och med att flera betydande prognosmakare då hade givit sin syn på rekryteringsbehovet i framtiden. Samtidigt påbörjades arbetet med att hämta in och ta fram tankar, idéer och förslag om vad som behöver göras för att klara rekryteringen till vård- och omsorgssektorn på kort och lång sikt samt för att göra dessa sektorer attraktivare som arbetsmarknad.

Vissa frågor som kommissionen behandlat är redan under översyn, såsom att gymnasiets omvårdnadsprogram bör ge behörighet till t.ex. sjuksköterskeutbildningen, att bristyrkesutbildning vore ett verksamt medel för att reaktivera vårdutbildade som övergått till andra yrken samt att en skärpt tillämpning av gällande regler betr. deltidsarbetslösa som uppbär fyllnadsersättning vore befogad.

Kommissionen beslöt avlämna endast en slutrapport. En bilaga med beskrivningar av olika pågående arbetsplatsprojekt, en tipskatalog, har kommissionen beslutat utge som särtryck.

Kommissionen har haft fem sammanträden.

1.5 Sekretariat

Arbetsmarknadsminister Margareta Winberg utsåg Benne Lantz som kommissionens huvudsekreterare. Till sekretariatet anställdes under hösten utredningssekreterare Niklas Sjölin och utredningssekreterare Lotta Åberg. Därutöver har konsulten Claes Stråth arbetat åt sekretariatet under perioden december 1998–juni 1999.

Sekretariatet har samarbetat med Socialdepartementets arbetsgrupp för rekrytering till äldreomsorgen samt med den beredningsgrupp som samordnat frågorna inom regeringskansliet. Ett nära samarbete har också skett med särskilda kontaktpersoner hos parterna. Kontakter har vidare förevarit med en rad utredningar och kommittéer som arbetar med frågor som berör kommissionens område. Bland dessa kan nämnas Arbetslivsdelegationen, Utredningen om deltidsarbetslösheten (Delta), Kommittén för Kvalificerad Yrkesutbildning, Resursarbetsdelegationen och HSU 2000.

Sekretariatet har medverkat vid ett flertal konferenser, haft överläggningar med många olika delegationer och grupper samt gjort arbetsplatsbesök.

1.6 Arbetets inriktning

Uppdraget till kommissionen har varit avgränsat till frågan om rekrytering av personal medan vårdpolitiska frågor av olika slag ligger utanför kommissionens uppdrag.

En viktig inriktning har varit att se helhetsperspektivet, att såväl finna de åtgärder som kan förbättra personaltillgången på längre sikt som att hitta medel att "hjälpa upp" situationen snabbt. Från det att en brist uppmärksammas till det att en sjuksköterska eller läkare examineras som följd av en ökning av antalet utbildningsplatser går det många år, men problemet måste också lösas fram till dess. Då kan arbetsmarknadspolitiken göra betydelsefulla insatser, men även huvudmännen i vård- och omsorgssektorn behöver vidta egna åtgärder, liksom arbetsmarknadsparterna inom området behöver arbeta fram nya lösningar som kan få fler att stanna kvar i berörda yrken och fler att intressera sig för vårdutbildningar.

Ett särskilt perspektiv på kommissionens arbete har gällt jämställdheten. Vård- och omsorgssektorn har en mycket skev könsfördelning till nackdel för såväl anställda som patienter och som också haft betydelse för arbetsvillkoren. Det har därför varit viktigt för kommissionen att diskutera fram åtgärder som kan bidra till att ändra på detta mönster.

Det har också varit viktigt att behandla sjukvården respektive äldreomsorgen som en gemensam sektor i kommissionens arbete. I frågan om personalbehov och framtida rekrytering är de båda sektorerna att betrakta som en gemensam arbetsmarknad. Det handlar om i huvudsak gemensamma personalkategorier, med gemensamma utbildningar, med likartade eller samma arbetsuppgifter.

2 Ansvarsreglering och kommunalekonomi

2.1 Ansvar för äldre- och handikappomsorg och sjukvård

Landstingskommunernas ansvar för hälso- och sjukvård

Landstingens mål för hälso- och sjukvården regleras främst av Hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Portalparagrafen innebär att sjukvården skall bedrivas på ett solidariskt sätt:

"2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården."

Patienter kan antingen behandlas på sjukhus (sluten vård) eller i annan vård benämnd som primärvård (öppen vård). Detta regleras i HSL 5 §:

"Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget."

Förutom behandling av patienter skall landstingen medverka i samhällsplaneringen och då även ta hänsyn till privata vårdgivare, enligt §§ 7–8 HSL.

Det finns flera regleringar beträffande landstingens yrkesgrupper, bl.a gäller följande för vård- och omsorgspersonal i landstingen:

- Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (beskriver allmänna skyldigheter, yrkestitlar, tystnadsplikt, Socialstyrelsens tillsyn)
- Förordning (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (beskriver skyldigheter, legitimation, skyddade yrkestitlar, specialistkompetens)
- Förordning (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m. (beskriver anställningskraven för vissa yrkesgrupper)

Hemsjukvård

Ädelreformen innebar att kommun och landsting kan träffa avtal om att kommunen skall ansvara för hemsjukvården. Ädelreformen genomfördes år 1992 och innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för äldrevården. Tidigare hade kommunerna ansvaret för servicehus och ålderdomshem. Ädelreformen innebar att kommunerna också skulle ansvara för sjukhem, gruppboende och dagverksamhet – verksamheter som landstingen tidigare haft ansvaret för.

140 av landets 289 kommuner hade under våren 1999 helt övertagit ansvaret för hemsjukvården.¹ Hemsjukvården regleras enligt Hälso- och sjukvårdslagen, 18 § andra stycket. Läkarinsatser utgår fortfarande från primärvården.

Den kvalificerade hemsjukvården kan ses som ett alternativ till sjukhusvård. Dessutom har kommunerna fått ett större ansvar för vård i livets slutskede, vilket medför att vården kan bedrivas i den enskildes hem som i sin tur medverkar till ökat kvarboende.

¹ Svenska Kommunförbundet, 1999. *Vår framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet*, s 94.

Primärkommunernas ansvar för äldreomsorgen m.m.

Äldreomsorgens ansvarsområde avser personer över 65 år och omfattar insatser enligt Socialtjänstlagen, SoL. Omsorgen om funktionshindrade (handikappomsorgen) omfattar personer yngre än 65 år. Handikappomsorgen regleras enligt SoL och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Många kommuner har dock inte separerat dessa verksamheter utan samordnar dem i äldre- och handikappomsorg.

Sedan 1970-talet har hemtjänsten radikalt förändrats. På 1970-talet svarade kommunerna främst för hushållssysslor under kontorstid och primärvården tillgodosåg behov av personlig omvårdnad på kvällar och helger. Insatserna genomfördes till stor del av "outbildad" personal, varav många var timanställda. Efter Ädelreformen ser det helt annorlunda ut. Hemtjänsten har kraftigt byggts ut liksom primärvården och utvecklingen med kvälls- och nattpatruller har möjliggjort kvarboende i det egna hemmet enligt regeringens intentioner i proposition 1997/88:176.

Enligt socialtjänstlagen § 6 f kan bistånd utgå i form av hjälp i hemmet (hemtjänst) och till särskilt boende för service och omvårdnad.

Äldreomsorgen

Bistånd i ordinärt boende

Hjälp i hemmet kan bestå av matdistribution, städning, personlig omvårdnad osv. Denna insats erhöll tidigare relativt friska personer, men utvecklingen inom äldreomsorgen har medfört att biståndsinsatserna nu utgår till de svårast sjuka och mest hjälpbehövande. Det bör påpekas att äldreomsorgen skiljer sig åt mellan kommunerna och att generaliseringen ovan inte är giltig för alla kommuner. Under åren har kommunerna skärpt biståndsbedömningen och antalet personer som beviljats hjälp i hemmet har sjunkit. Allt färre personer får hjälp, men den genomsnittliga insatsen per hjälpt person har däremot ökat. Hjälp i hemmet brukar betecknas som vård i ordinärt boende.

Många kommuner har också genom avgiftssystem försökt att styra efterfrågan. Den skärpta biståndsbedömningen och höjda avgifter har medfört att många äldre har ett större beroende av anhöriga eller att man får anlita privat hjälp eller helt avstå från hjälp.²

² Socialstyrelsen, 1998. *Äldreuppdraget*. Årsrapport 1998, s 7.

Särskilt boende

Det förekommer många olika benämningar på de olika slag av kollektivt boende som ingår i samlingsbegreppet särskilt boende, vilket är den traditionella benämningen för ålderdomshem, servicebostäder, gruppboende och sjukhem.

Ädelreformen innebar att kommunerna år 1992 övertog ca 31 000 sjukhemsplatser från landstingen. Antalet äldreboende beräknas ha ökat med ca 20 000 under åren 1991–1996. Under den tiden utgick tillfälliga statsbidrag om 3 miljarder kronor. En stor del av de platser som skapades under åren 1991–1996 utgör platser för personer med åldersdemens.

I särskilt boende har kommunerna det medicinska ansvaret, enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 18 §, upp till och med sjuksköterskenivå. Dessutom skall kommunen ha en MAS, Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Läkarinsatserna till de särskilda boendeformerna utgår från primärvården.

MAS regleras enligt 24 § HSL. MAS-en ansvarar för att det finns sådana rutiner att kontakt tas med sjukvårdspersonal när patientens tillstånd fordrar det, delegationer, anmälningar om missförhållanden enligt t.ex. Lex Maria eller Lex Sarah, till ansvarig nämnd.

Problem

Samordningen mellan primärvård, länssjukvård och kommunernas äldreomsorg har fått mycket kritik sedan Ädelreformen. Några kommuner har skapat geriatriska ledningsgrupper som verkar för lokala överenskommelser mellan huvudmännen angående vårdplaneringen. När vårdplaneringen brister skickas patienten många gånger hem från t.ex. geriatriken till kommunens äldreomsorg utan att biståndshandläggarna fått någon information. En kartläggning genomförd av KSL, Kommunförbundet Stockholms län, visar att flertalet kommuner i Stockholms län har problem med läkarnas medverkan i det särskilda boendet. Det är en kritik som även Stockholms läns landsting instämmer i. Detta problem har också Socialstyrelsen påpekat i sin årsrapport till regeringen.³

Läkarinsatserna i äldreomsorgen har varit föremål för omfattande kritik från bl.a. Svenska Kommunförbundet.⁴ Bakgrunden är att i samband med Ädelreformen pendeln har svängt från akutsjukvård på institution till omsorg och vård i hemmiljö. Den nya avancerade tekniken

³ Socialstyrelsen, 1998. *Äldreuppdraget. Årsrapport 1998*, s 63ff.

⁴ Svenska Kommunförbundet, 1999. *Vår framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet*, s 95f.

och de medicinska behandlingsmetoderna har medfört allt kortare vårdtid på sjukhus och mer medicinsk behandling i hemmet. En stor del av den omvårdnad och rehabilitering som tidigare utfördes på institution skall idag genomföras inom ramen för kommunernas äldreomsorg och i primärvården.

Socialstyrelsen har i arbetet med att följa och utvärdera äldreomsorgen påpekat brister i de medicinska insatserna och då framförallt läkarinsatserna. Enligt Socialstyrelsen finns det olika studier som visar att det saknas läkarinsatser i det särskilda boendet och att situationen är ännu sämre i hemsjukvården.⁵

De s.k. Perssonpengarna syftade bl.a. till att öka läkarinsatserna i det särskilda boendet. En kartläggning gjord av Kommunförbundet i Stockholms län visade att en del kommuner/statsdelar ansåg att Perssonpengarna hade haft effekter på läkarinsatserna.⁶

De problem som oftast uppstår avser bristen på samordning mellan kommunerna och primärvården/geriatriken. Samordningen kan också brista mellan geriatriken och primärvården. I takt med att forskningen kring demens och olika behandlingar (medicinska och rehabilitering) har utvecklats har även kommunernas behov av demensutredningar blivit allt vanligare. Samtidigt som vi får allt fler äldre kommer antalet demensutredningar att öka, vilket i sin tur ökar kompetensbehovet beträffande sjukdomar och nedsättningar av olika slag till följd av åldrandet. Bristande kompetens och långa remisstider gör att många äldre inte får den omvårdnad som krävs, vilket kan leda till problem för både individen och personalen. I samband med detta är det viktigt att så många allmänläkare som möjligt får kunskaper om äldre och deras sjukdomar och att det eventuellt kan leda till att fler läkare specialutbildar sig inom geriatrik och gerontologi.

Antalet vårdplatser i långtidsvården inklusive geriatriken har minskat sedan 1980-talet. Det beror främst på Ädelreformen som innebar att 31 000 sjukhemsplatser fördes över till primärkommunerna år 1992. Sedan dess har landstingen reducerat antalet vårdplatser, vilket har medfört att endast 30 procent av platserna som återstod efter reformen finns kvar. Samtidigt har medelvårdtiderna inom den geriatriska vården minskat.

⁵ Socialstyrelsen, 1998. *Äldreuppdraget. Årsrapport 1998*, 63ff.

⁶ Kommunförbundet Stockholms län, 1998. *Kommunernas syn på primärvården*.

Tabell 2.1 Långtidsvården inkl. geriatrik

År	1985	1990	1992	1994	1995	1996	1997
Antal	51 500	46 000	12 600	6 300	5 600	4 700	3 700
vårdplatser							
Vårdplatser per 1000 inv. (70>år)	50,9	42,4	11,3	5,5	4,9	4,1	3,2
Intagningar							
Intagningar per 1000 inv. (70>år)	95	105	60	57	60	63	57
Medelvårdtid							
Medelvårdtid (dagar)	185,0	137,8	64,9	33,6	29,2	22,7	20,0
Vård dagar							
Vård dagar per 1000 inv. (70>år)	17 548	14 504	3 912	1 905	1 749	1 422	1 139

Källa: Socialdepartementet, Välfärdsfakta social 1999

Enligt Sveriges läkarförbund fanns det den 1 januari 1999 620 läkare i geriatrik under 65 år.

Till denna bild hör också att flera undersökningar inom vård- och medicinutbildningar liksom även bland gymnasieungdom visar att intresset är mycket svagt för discipliner såsom geriatrik och gerontologi, ämnen som båda har en svag ställning inom utbildningsväsendet. Samtidigt visar undersökningar att t.ex. studerande efter praktiktjänstgöring i äldreomsorgen får en mer positiv syn på att arbeta där. Inför de stora personalbehoven inom främst äldreomsorgen är det därför nödvändigt att t.ex. geriatrik och gerontologi som ämnen får en stärkt ställning om sjuksköterskor och läkare skall kunna intresseras för att arbeta i framtidens äldrevård.

Trots Ädelreformens intentioner kvarstår problemet med begreppet "medicinskt färdigbehandlad". Landstinget ansvarar för vården till dess patienten är medicinskt färdigbehandlad (kostnadsansvar). När patienten bedöms som medicinskt färdigbehandlad övergår betalningsansvaret till kommunen. Bedömningen när en patient är medicinskt färdigbehandlad görs av den berörda läkaren.

Den informella vården är många gånger avgörande för hemtjänsten. Den informella vården, dvs. den omsorg som släktingar och vänner utför utan ersättning, beräknas uppgå till två till tre gånger så stor volym som den kommunala hemtjänsten. Det finns tecken på att fler familjer splittas och att färre gifter sig, vilket kommer att påverka den informella omsorgen. I storstäder där det finns fler ensamboende än i andra

kommuner kommer den informella vården kanske att spela en mindre roll. Samtidigt kan de nya familjemönstren med flera livspartners innebära ett utvidgat familjenätverk.

Studier som redovisas i Äldreberedningens slutbetänkande, SOU 1997:170, visar att äldre har minst lika mycket kontakt och umgänge med vänner och bekanta som yngre personer. Å andra sidan finns idag många äldre som varit gifta och som sedan blir ensamma när den ena parten avlider. Det är främst kvinnor som blir ensamma. Det finns även personer som inte har någon annan kontakt än hemtjänsten.

Regeringen aviserade i sin proposition 1997/98:113 att ett särskilt stimulansbidrag borde anvisas i budgetpropositionen för år 1999 och tre år framåt med 100 miljoner kronor årligen till utveckling av anhörigstöd. Riksdagen antog regeringens förslag.⁷

Framtiden

I regeringens proposition 1997/98:113, Nationell handlingsplan för äldrepolitiken, beskrivs följande scenario: "En påverkande faktor är förekomsten av ohälsa och brister i funktionsförmågan. En god utveckling inom hälso- och sjukvården kan bidra till att minska vård- och omsorgsbehoven inom äldreomsorgen genom framgångsrik behandling av ohälsa och bristande funktionsförmåga. Omvänt kan medicintekniska förändringar, som gör att fler äldre överlever med kroniska sjukdomar, verka ökande på de framtida vårdbehoven per åldersgrupp räknat."⁸ Det innebär att äldreomsorgen dels får ett större rehabiliterings/habiliteringsansvar, dels att de äldre får allt fler år i livet.

Omsorgen av funktionshindrade

Personer som har någon form av funktionshinder har rätt till bistånd enligt antingen socialtjänstlagen eller lagen om stöd till vissa funktionshindrade.

Förutom det bistånd som kan utgå enligt SoL § 6 f, hemtjänst och bostad med särskild service för funktionshindrade, får också socialnämnden enligt § 6 g ge "bistånd i annan form" än vad som uttryckligen anges i socialtjänstlagen. Dessutom skall kommunen enligt § 21 verka för att människor som av psykiska skäl möter svårigheter i sin livsföring skall ges möjligheter att delta i samhällslivet precis som andra. Vidare

⁷ Bet 1997/98:SoU24, rskr 1997/98:307, Bet 1997/98:SoU1, rskr 1998/99:104

⁸ Regeringens proposition 1997/98:113, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*, s 19.

skall kommunen medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning.

Enligt 18 och 18a §§ hälso- och sjukvårdslagen är kommunerna skyldiga att tillhandahålla en god hälso- och sjukvård, inklusive habilitering, rehabilitering och hjälpmedel till dem som bor i en sådan bostad som avses i 20 eller 21 § SoL samt till dem som vistas i dagverksamhet enligt 10 § SoL.

LSS, lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade, trädde i kraft den 1 januari 1994. I LSS är insatserna rättigheter för den enskilde och det finns möjlighet att överklaga genom förvaltningsbesvär.

LSS preciserar vilka personer (personkrets) som kan få olika typer av insatser. Personkretsen omfattar:

1. personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom eller
3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service.

De insatser som kommunen skall ge till de som ingår i personkretsen regleras i § 9 LSS:

1. rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder,
2. biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans, till den del behovet av stöd inte täcks av beviljade assistansstimmar enligt lagen (1993:389) om assistansersättning,
3. ledsagarservice,
4. biträde av kontaktperson,
5. avlösarservice i hemmet,
6. korttidsvistelse utanför det egna hemmet,
7. korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov,
8. boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet,
9. bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna,

10.daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig. Lag (1997:723).

Den 1 januari år 1995 trädde psykiatrireformen i kraft. I samband med reformen överfördes ansvaret för vissa verksamheter inom psykiatrin från landstinget till kommunerna. Reformen syftar till att förbättra livsvillkoren för psykiskt funktionshindrade personer. Den enskildes behov skall, utifrån dennes egna resurser och inflytande, utgöra basen för utformningen av ett lämpligt stöd. Detta ställer stora krav på utveckling av både verksamhetsinnehåll och kunskaper och kanske framförallt på samverkan mellan huvudmännen.

2.2 Kommunalekonomi och statsbidrag

Detta avsnitt behandlar primärkommunernas och landstingskommunernas ekonomiska resultat samt statsbidragens utveckling.

Primärkommunerna

Tabell 2.2 Kommunernas resultaträkning åren 1993–1998. Miljarder kronor, löpande priser

År	1993	1994	1995	1996	1997	1998 ¹
Verksamhetens intäkter	81,8	81,7	80,1	75,6	74,9	73,7
Verksamhetens kostnader	-264,0	-269,5	-275,5	-290,8	-297,6	-299,1
<i>Verksamhetens nettokostnader</i>	<i>-182,3</i>	<i>-187,8</i>	<i>-195,4</i>	<i>-215,2</i>	<i>-222,7</i>	<i>-225,4</i>
Skatteintäkter	160,6	168,8	179,9	192,0	197,2	193,4
Generella statsbidrag	35,9	31,3	31,3	32,7	37,4	43,5
Finansnetto	-3,4	-1,8	-1,0	-0,1	0,3	0,8
<i>Resultat efter skatteintäkter och finansnetto</i>	<i>10,9</i>	<i>10,5</i>	<i>14,7</i>	<i>9,3</i>	<i>12,2</i>	<i>12,3</i>
Avskrivningar	-8,8	-9,3	-10,0	-10,2	-10,7	-10,7
Förändring av pensionskuld ²	-6,7	-4,5	-5,3	-5,6	-6,1	-4,6
Extraordinära poster	-0,9	4,4	3,5	9,0	7,7	2,7
<i>Årets resultat (förändring av eget kapital)</i>	<i>-5,5</i>	<i>1,1</i>	<i>2,9</i>	<i>2,5</i>	<i>3,1</i>	<i>-0,3</i>
<i>- exkl. extraordinära poster</i>	<i>-4,6</i>	<i>-3,3</i>	<i>-0,6</i>	<i>-6,5</i>	<i>-4,6</i>	<i>-3,0</i>

¹ Preliminära uppgifter

² Pensionsskuldens förändring exklusive lärare m.fl.

Källa: Statistiska centralbyrån

Enligt en regeringsskrivelse till riksdagen var det 215 av kommunerna som redovisade ett negativt resultat under år 1997, vilket var något fler än år 1996.⁹ De preliminära uppgifterna tyder på att ca 173 kommuner redovisade ett negativt resultat. Det är främst kommungrupperna större städer och medelstora städer som redovisar positiva resultat. Riksdagen har beslutat att införa ett krav på ekonomisk balans i kommuner och landsting fr.o.m. år 2000.

SCB har genomfört en enkätundersökning på uppdrag av Finansdepartementet. Av de 225 kommunerna som besvarat enkäten uppgår 80 procent att de kommer att kunna uppfylla balanskraven.

Landstingskommunerna

Tabell 2.3 Landstingens resultaträkning åren 1993–1998. Miljarder kronor, löpande priser

År	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Verksamhetens intäkter ¹	26,6	23,3	24,0	23,2	22,3	-
Verksamhetens kostnader ¹	-111,8	-117,2	-115,8	-111,5	-113,0	-
<i>Verksamhetens nettokostnader</i>	<i>-88,3</i>	<i>-93,9</i>	<i>-91,8</i>	<i>-88,3</i>	<i>-90,6</i>	<i>-99,2</i>
Skatteintäkter	90,1	87,5	87,2	85,7	86,3	91,2
Generella statsbidrag	9,3	9,0	8,5	5,8	6,8	9,1
Finansnetto	0,1	0,8	1,1	1,2	0,9	0,6
<i>Resultat efter skatteintäkter och finansnetto</i>	<i>11,2</i>	<i>3,4</i>	<i>4,9</i>	<i>4,5</i>	<i>3,4</i>	<i>1,6</i>
Avskrivningar	-4,6	-4,3	-4,4	-4,4	-4,3	-4,6
Förändring av pensionskuld ²	-4,8	-4,8	-3,2	-3,6	-3,0	-2,1
Extraordinära poster	-0,5	0,3	0,0	-0,2	-0,1	-1,0
<i>Årets resultat (förändring av eget kapital)</i>	<i>1,3</i>	<i>-5,3</i>	<i>-2,7</i>	<i>-3,7</i>	<i>-4,0</i>	<i>-6,2</i>
<i>- exkl. extraordinära poster</i>	<i>1,8</i>	<i>-5,6</i>	<i>-2,7</i>	<i>-3,5</i>	<i>-3,9</i>	<i>-5,2</i>

¹ Fullständiga uppgifter på denna nivå saknas

² Pensionsskuldens förändring för åren 1993–1997. För år 1998 redovisades pensionskostnaderna och ränta på pensionslöften intjänade fr.o.m. år 1998 på denna rad för att underlätta jämförelser.

Källa: Statistiska centralbyrån och Landstingsförbundet

⁹ Skr. 1998/99:97, Utvecklingen inom den kommunala sektorn, s 21.

Landstingens sammantagna ekonomiska resultat har försämrats mellan åren 1996 och 1997. De preliminära resultaten för år 1998 tyder på en ytterligare försämring.¹⁰

Enligt den tidigare nämnda enkätundersökningen som genomfördes av SCB kommer 12 av samtliga 20 landsting ha ett positivt resultat år 2000.

Statsbidragens utveckling

För att en bedömning av hur rekryteringsbehoven till vård och omsorg skall kunna klaras av är det naturligtvis av största intresse att se hur statsbidragen till kommunerna har utvecklats sedan några år och hur situationen ter sig de närmaste åren framöver. Utöver statsbidragsökningen innehåller vårpropositionen även andra resursökningar som kommer vården och omsorgen till del, t.ex. medel för vissa arbetsmarknadsåtgärder och kompetensutveckling m.m.

Tabell 2.4 Utvecklingen av generella statsbidrag i förhållande till år 1996

<i>Generella statsbidrag (miljarder kr)</i>			
	<i>Kommuner</i>	<i>Landsting</i>	<i>Totalt</i>
1994	31,3	9,0	40,3
1995	31,3	8,5	39,8
1996	32,7	5,8	38,5
1997	37,4	6,8	44,2
1998	43,5	9,1	52,6
1999	+ 16 (+ 1,3 (200 kr)) *		55,8
2000	+ 20 (+ 1,3 (200 kr)) **		59,8
2001	+ 24 ***		62,5
2002	+ 25 ****		63,5

* Medlen skall bl.a. täcka de engångsvisa retroaktiva pensionsutbetalningarna till följd av Arbetsdomstolens dom (Dom nr. 109/98) beträffande det kommunala pensionsavtalet.

** 1,3 miljarder kronor utgör en reell resursförstärkning.

*** Inklusivt 1,7 miljarder kronor som överförts till utgiftsområde 16 angående förskola och maxtaxa.

**** Inklusivt 1,3 miljarder kronor som överförts till utgiftsområde 16 angående förskola och maxtaxa.

Källa: Regeringens proposition 1998/99:100

¹⁰ Prop. 1998/99:100 och Skr. 1998/99:27

Regeringen har alltså i 1999 års ekonomiska vårproposition föreslagit att den kommunala sektorn skall få 25 miljarder kronor i ökade statsbidrag jämfört med 1996 års nivå. De 1,3 miljarder kronor som tillkommer år 1999 och år 2000 beror på att den statliga skatten på 200 kr överförs från staten till kommunerna. Regeringen har föreslagit att detta förhållande även skall gälla år 2000.

3 Fakta om personalen i vård- och omsorgssektorn

3.1 Personalgrupper

Tabell 3.1 Fördelningen av antalet anställda i olika yrkesgrupper inom kommunsektorn år 1997 (grupp 1, inkl. helt tjänstlediga)

<i>Yrken</i>	<i>Antal anställda i landstingssektorn</i>	<i>Antal anställda i primärkommunerna</i>	<i>Antal anställda inom hela kommunsektorn</i>	<i>Landstingssektorns andel av berörda anställda</i>
Läkare	22 484	215	22 699	99 %
Sjuksköterskor	70 059	12 919	82 978	84 %
Omvårdnadspersonal	63 534	161 677	225 211	28 %
Läkarsekreterare	13 585	112	13 697	99 %
Psykolog	2 897	817	3 714	78 %
Arbetssterapeut	3 912	1 913	5 825	67 %
Sjukgymnast	5 440	743	6 183	88 %
Logoped	594	49	643	92 %
Tandläkare	4 158	0	4 158	100 %

Källa: Landstingsförbundet, 1998, *Vården – en framtidsbransch*.

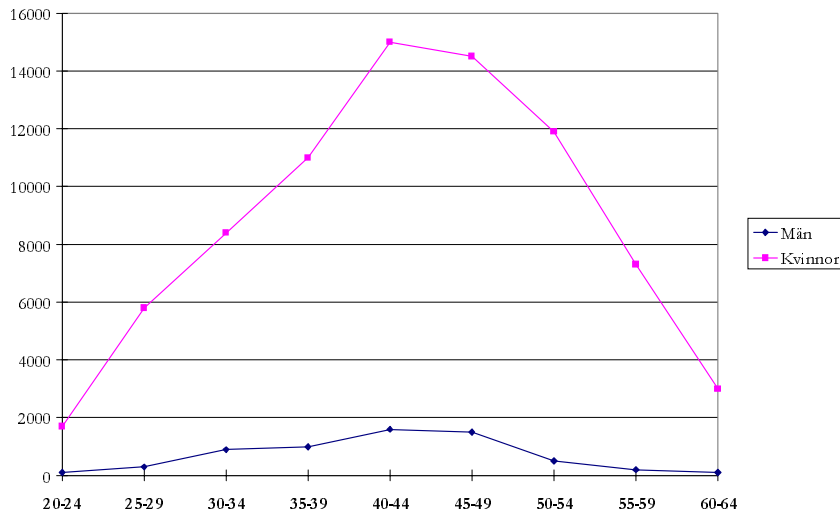
Majoriteten av vård- och omsorgspersonalen är anställd av landstingen. Det enda undantaget är omvårdnadspersonal som huvudsakligen finns i kommunerna. De 215 läkare som finns i primärkommunerna är inte verksamma inom äldre- och handikappomsorgen utan är skol- eller företagsläkare.¹¹

¹¹ Landstingsförbundet, 1998, *Vården – en framtidsbransch*, s 34.

3.2 Könsfördelning

Av alla förvärvsarbetande kvinnor återfinns 46 procent inom sektorerna utbildning, vård och omsorg medan motsvarande siffra för män är 9 procent. Könsssegregeringen inom sjukvården berör både yrken, arbetsuppgifter och position.

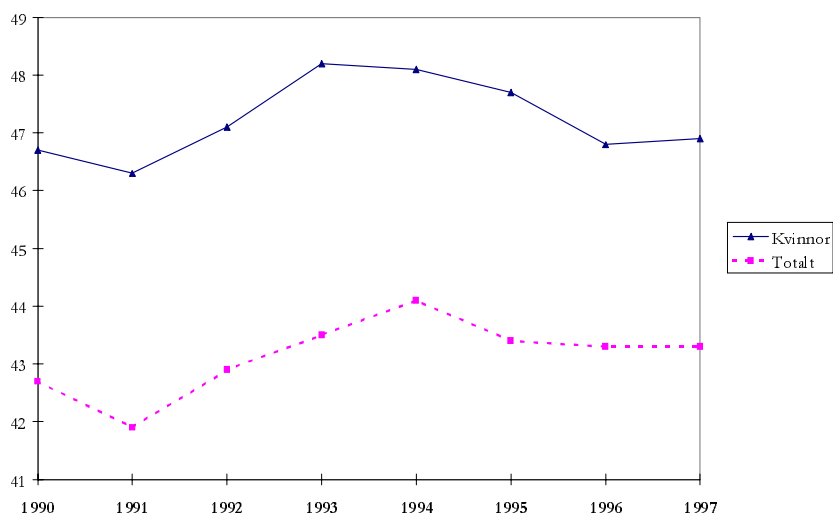
Diagram 3.1 Sjuksköterskor anställda i landsting- och primärkommuner fördelade på kön och ålder.



Källa: Landstingsförbundet

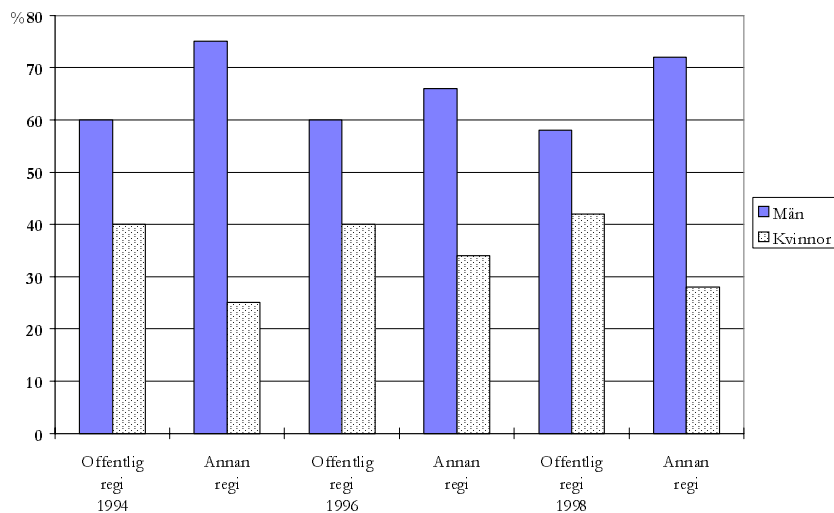
Diagrammet visar att verksamheterna till stor del saknar män. I kommissionens uppdrag ingår att undersöka hur bl.a. primärkommunerna och landstingen arbetar för en jämnare könsfördelning inom vård- och omsorgssektorn. Många kommuner och landsting har utarbetade jämställhetsplaner och har kommit långt både i ord och handling. Ett axplock av alla de projekt som har kommit in till kommissionen under arbetets gång redovisas i en bilaga.

Diagram 3.2 Andelen anställda inom vård och omsorgssektorn som jobbar deltid (1–34 timmar per vecka).



Källa: Statistiska centralbyrån, arbetskraftsundersökningarna

Diagram 3.3 Andelen allmänläkare fördelade efter kön och driftform 1994–1998.



Källa: Socialstyrelsen

Andelen kvinnliga läkare är större inom den offentliga vården än inom den privata. Vid en jämförelse över åren ser vi att könsfördelningen länge har varit mer jämn inom den offentliga vården jämfört med icke-offentligt producerad vård.

I landstingen är 81 procent av de anställda inom hälso- och sjukvården kvinnor, motsvarande siffra i kommunernas omsorg av äldre och funktionshindrade är 92 procent. Det pågår ett omfattande arbete runt om i landet för att öka andelen män inom vård- och omsorgsområdet.

3.3 Deltidsarbetande och visstidsanställningar

Kommissionen har noga studerat förhållandena beträffande de anställdas sysselsättningsgrad i kommunsektorn. Om man sammanför hela antalet anställda i kommuner och landsting framkommer visserligen

- att det sker en svag ökning av andelen heltidsanställda,
- att det även sker en svag minskning av andelen deltidsanställda men
- att det samtidigt sker en svag ökning av andelen timavlönade.

Samtidigt är det tydligt – även med hänsynstagande till alla statistiska avvägningar

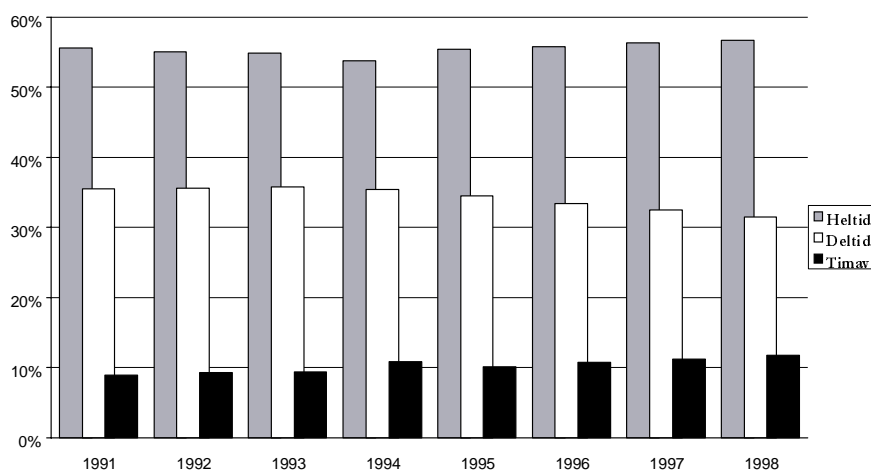
- att det finns en stor andel visstidsanställda,
- att den kommunala och landstingskommunala sektorn gemensamt alltså har den lägsta andelen heltidsanställda av alla sektorer,
- att vård- och omsorgssektorn alltså har den högsta andelen deltidsanställda av alla branscher,
- att minskningen av andelen deltidsanställda går långsammare än i andra branscher med relativt stor andel deltidsanställda,
- att t.ex. andelen heltidsanställda i landstingen är drygt 60 procent och ökar "snabbare" än i primärkommunerna,
- att andelen heltidsanställda i primärkommunernas omsorg av äldre och funktionshindrade är mindre än 30 procent samt
- att samtidigt som andelen deltidsanställda minskar svagt i primärkommunerna så ökar samtidigt andelen timanställda.

Beträffande vissa av dessa förhållanden och tendenser finns som framgår nedan förklaringar men dessa skymmer trots allt inte helhetsbilden att mycket återstår att göra.

Det är viktigt att skilja mellan deltidsanställda och deltidsarbetande. Heltidsanställda som är partiellt tjänstlediga en längre tid för t.ex. vård av barn redovisas vanligtvis som deltidsarbetande. Ökar andelen heltidsanställda kan det paradoxalt nog leda till att andelen deltidsarbetande på sikt ökar. Detta gäller om allt fler heltidsanställda väljer att förkorta sin arbetstid, dvs. bli deltidsarbetande. Det kan i sin tur leda till att andelen visstidsanställda ökar. Eftersom den anställde har rätt att återgå till den ursprungliga sysselsättningsgraden efter viss varseltid anställs vikarier på viss tid.

Totalt uppgick antalet anställda, inklusive tjänstlediga, i november 1998 i kommuner och landsting till 940 000. Till det kommer 125 000 timavlönade.

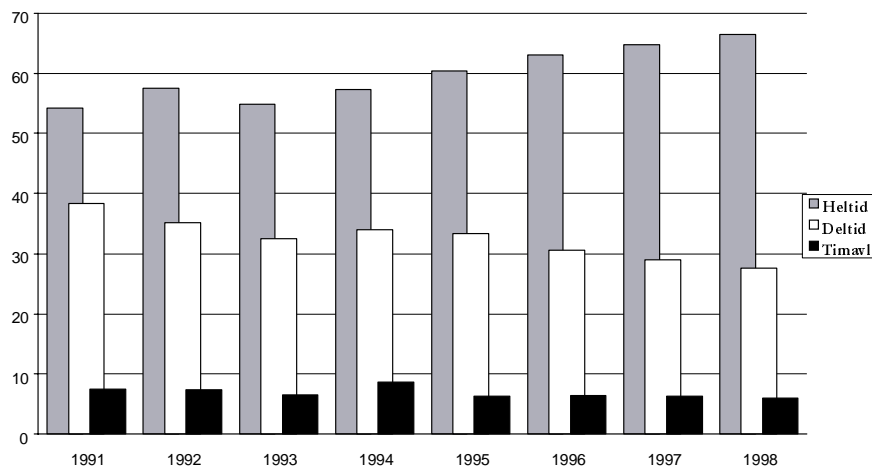
Diagram 3.4 Andelen hel- och deltidsanställda samt andel timavlönade i kommuner och landsting 1991–1998. Inkl. tjänstlediga. (%)



Källa: Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet

Dagens situation inom landstingen

Diagram 3.5 Andel hel- och deltidsanställda samt timavlönade i landstingen 1991–1998 (%)



Källa: Landstingsförbundet

Sedan ett par år har vissa landsting diskuterat att i största möjliga mån erbjuda sina deltidsanställda heltidstjänster och att undvika att nyrekrytera personal på deltidstjänster.

I 1995 års avtalsförhandling kom parterna överens om att arbetsgivaren i första hand ska vända sig till de deltidsanställda när det finns fler timmar att erbjuda. Vi ser nu exempel på att kommuner och landsting slår samman olika arbetsuppgifter för att få fram blandade heltidstjänster, exempelvis administratörer inom barnomsorgen som fyller ut tiden med städning osv.

Tabellen nedan visar Landstingsförbundets egen statistik över andelen deltidstjänster i procent av samtliga tjänster inom landstingssektorn.

Tabell 3.2 Förändring av andelen deltidstjänster mellan åren 1994 och 1998.

Landsting	Andelen deltidstjänster (%)		
	1994	1998	Förändring
V Götaland	39	28	-11
Norrbottn	39	28	-11
Västerbotten	43	32	-11
Skåne	41	31	-10
Uppsala	37	27	-10
Värmland	44	35	-9
Blekinge	39	31	-9
Kalmar	45	36	-9
Kronoberg	43	35	-8
Västmanland	41	33	-8
Gävleborg	38	30	-8
Sörmland	43	35	-7
Stockholm	27	20	-7
Örebro	34	28	-7
Västernorrland	36	29	-6
Jönköping	44	38	-6
Jämtland	29	23	-5
Östergötland	37	33	-4
Halland	44	41	-4
Dalarna	34	31	-3
Samtliga	37	29	-8

Källa: Landstingsförbundet

I ett längre tidsperspektiv, tio år, kan vi se att andelen heltider sakta blir fler och att andelen deltidstjänster av totala antalet tjänster inom landstingssektorn samtidigt blir färre.

1994 är ett neutralt år att utgå från eftersom läget då stabiliserats efter Ädel- och psykiatrireformen. Ädelreformen genomfördes mellan åren 1992 och 1993, alltså har de effekter på statistiken som blev en följd av verksamhetsförändringarna redan "ebbat ut". En del omsorgspersonal fortsatte dock att vandra över till kommunerna under 1994 men enligt Landstingsförbundet var dessa så pass få att det inte ger några anmärkningsvärda effekter i statistiken.

När andelen heltidsanställda ökar så ökar även andelen deltidsarbetande heltidsanställda, alltså den grupp som har en heltidsanställning i botten men väljer att arbeta deltid. Detta styrker antagandet att det i

detta sammanhang är mer relevant att ställa frågan om "anställning" än om "arbete".

Det finns inget samband mellan ökningen av antalet heltider och arbetstidsprojekt av typen Tvättstugescheman och Tidsbankssystem m.m. Både Skåne och Östergötland är landsting som ligger långt framme när det gäller personalens inflytande över den egna arbetstiden. Men statistiken i tabellen visar att utvecklingen i Skåne regioner och i Östergötland inte alls går i samma takt.

De landsting i tabellen som visar på stora förändringar när det gäller personalens anställningsformer är i stället de landsting som har haft bemanningsproblem, uppsägningar och rekryteringsproblem under åren. De måste göra allt på "hemmaplan" för att öka personaltätheten. Detta antagande styrks av det faktum att Norrbotten och Västra Götaland toppar listan (förändring i procent under en femårsperiod), båda dessa län har haft stora personalproblem och en rad bekymmer i form av uppsägningsaktioner m.m.

När sekretariatet haft kontakter med kommuner och landsting runt om i landet har det visat sig att arbetsorganisationer och sysselsättningsgraderna varierar stort mellan olika områden. De resultat vi tidigare har sett går hand i hand med resultatet i tabellen. Hallands läns landsting har till exempel kunnat rapportera om att de har gått ut med förfrågningar om huruvida personalen skulle vara intresserad av att öka sysselsättningsgraden. Intresset har varit svalt från personalens sida. En förfrågan i Västernorrlands läns landsting har visat att personalen är mer positiv till att öka sysselsättningsgraden.

Det bör dock påpekas att detta, som vi sagt tidigare, kan ha andra förklaringar som att personalen är trött och utbränd och under rådande omständigheter helt enkelt inte orkar arbeta mer än vad de redan gör. Det har emellertid inte kommit fram att sådana problem skulle vara extra vanliga i just Halland.

Tillsvidare- respektive visstidsanställda

Tabell 3.3 Samtliga anställda i landstingen, 1 nov. 1998 (Grupp 1, inkl. helt tjänstlediga)

	<i>Heltidsanställd</i>		<i>Deltidsanställd</i>		<i>Summa</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>
Tillsvidare- anställd	150 276	88,4	60 864	86,2	211 140	87,7
Anställd för visstid/visst arbete	19 790	11,6	9 774	13,8	29 564	12,3
<i>Därav vikarie (utan fast anställning)</i>	<i>13 411</i>	<i>7,9</i>	<i>8 831</i>	<i>12,5</i>	<i>22 242</i>	<i>9,2</i>
<i>Summa</i>	<i>170 066</i>	<i>100,0</i>	<i>70 638</i>	<i>100,0</i>	<i>240 704</i>	<i>100,0</i>

Källa: Landstingsförbundet

Tabell 3.4 Landstingsanställda läkare, 1 nov. 1998 (Grupp 1, inkl. helt tjänstlediga)

	<i>Heltidsanställd</i>		<i>Deltidsanställd</i>		<i>Summa</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>
Tillsvidareanställd	14 805	68,8	778	66,6	15 652	68,7
Anställd för visstid/visst arbete	879	4,1	119	10,2	1 002	4,4
Vikarie (utan fast anställning)	1 804	8,4	198	16,9	2 010	8,8
Läkare med tidsbegränsade anställningar	4 025	18,7	74	6,3	4 118	18,1
<i>Summa</i>	<i>21 513</i>	<i>100,0</i>	<i>1 169</i>	<i>100,0</i>	<i>22 782</i>	<i>100,0</i>

Källa: Landstingsförbundet

Tabell 3.5 Landstingsanställda sjuksköterskor, 1 nov. 1998 (Grupp 1, inkl. helt tjänstlediga)

	Heltidsanställd		Deltidsanställd		Summa	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Tillsvidareanställd	43 855	92,4	20 753	86,9	64 700	90,6
Anställd för visstid/visst arbete	1 063	2,2	572	2,4	1 637	2,3
Vikarie (utan fast anställning) ¹	2 538	5,3	2 562	10,7	5 105	7,1
<i>Summa</i>	<i>47 456</i>	<i>100,0</i>	<i>23 887</i>	<i>100,0</i>	<i>71 443</i>	<i>100,0</i>

¹ Den siffran är något låg eftersom Stockholm och delar av Västra Götaland redovisat alla som visstidsanställda. Rikssiffran för samtliga är justerad.

Källa: Landstingsförbundet

Tabell 3.6 Landstingsanställd omvårdnadspersonal¹, 1 nov. 1998 (Grupp 1, inkl. helt tjänstlediga)

	Heltidsanställd		Deltidsanställd		Summa	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Tillsvidareanställd	26 162	92,6	18 411	90,5	44 666	91,7
Anställd för visstid/visst arbete	666	2,4	323	1,6	991	2,0
Vikarie (utan fast anställning) ²	1 422	5,0	1 599	7,9	3 026	6,2
<i>Summa</i>	<i>28 250</i>	<i>100,0</i>	<i>20 333</i>	<i>100,0</i>	<i>48 683</i>	<i>100,0</i>

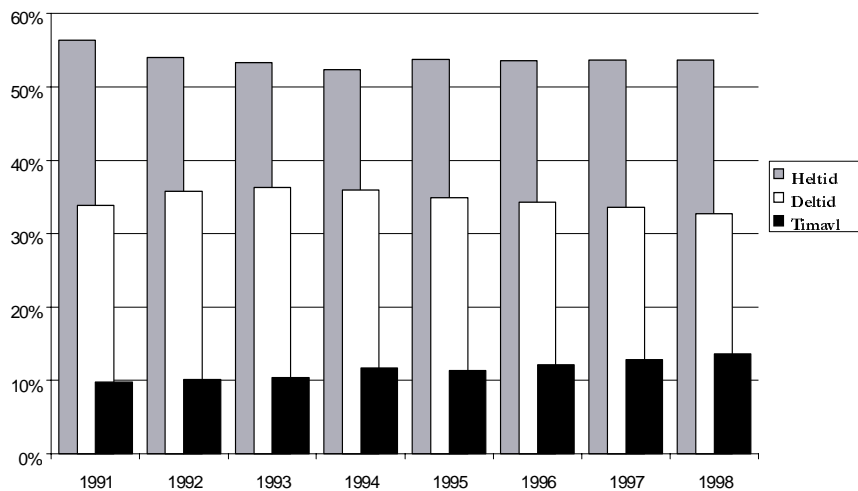
¹ I gruppen ingår undersköterskor, sjukvårdsbiträden, labbiträden, skötare och vårdbiträden

² Den siffran är något låg eftersom Stockholm och delar av Västra Götaland redovisat alla som visstidsanställda. Rikssiffran för samtliga är justerad.

Källa: Landstingsförbundet

Dagens situation inom kommunerna

Diagram 3.6 Andelen hel- och deltidsanställda samt timavlönade i kommunerna 1991-1998. Inkl. tjänstlediga. (%)



Källa: Svenska Kommunförbundet

Antalet sysselsatta exkl. tjänstlediga i kommunerna den 1 november 1998 uppgick till 628 000. Det fanns också 110 000 timavlönade i kommunerna vid samma tidpunkt. Då de timavlönade har låg sysselsättningsgrad motsvarar de 40 000 heltidsarbetande.

Av de sysselsatta var 63 procent heltidsanställda medan 56 procent faktiskt arbetade heltid. Skillnaden mellan heltidsanställda och heltidsarbetande förklaras av partiell tjänstledighet. Det kan t.ex. vara förkortad arbetstid enl. föräldraledighetslagen eller ledighet för studier o.dyl.

Tabell 3.7 Heltidsanställda vs heltidsarbetande

	Heltids- anställda	Deltids- anställda	Heltids- arbetande	Deltids- arbetande
Antal	395 535	232 511	352 496	275 550
Andel	63 %	37 %	56 %	44 %

Källa: Svenska Kommunförbundet

Verksamhetsförändringar påverkar utvecklingen

Stora verksamhetsförändringar under 90-talet påverkar utvecklingen av andelen hel- respektive deltidsanställda på ett sätt som "förskjuter" statistiken.

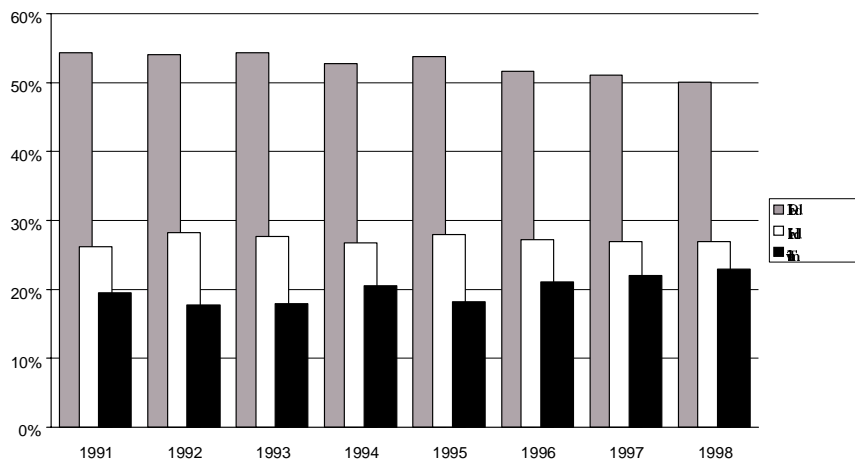
- År 1991 överfördes lärare, skolledare och SYO-funktionärer från statliga avtal till kommunala. Det förklarar ökningen av andelen heltidsanställda i statistiken för kommunerna detta år.
- Ädelreformen som genomfördes år 1992, innebar att ca 60 000, främst deltidsanställda, överfördes från landstingen till kommunerna. Det innebar att andelen heltidsanställda i landstingen ökade medan den minskade i kommunerna.
- Åren 1993–1996 sker överföringar från landstingen till kommunerna av personal inom omsorgen och särskolan.
- År 1994 medför den nya lagen om stöd och service (LSS) att omkring 6 000 personliga assistenter och anhörigvårdare anställs i kommunerna. Många arbetar deltid. (år 1998 fanns ca 19 000 personliga assistenter anställda i kommunerna, av dessa arbetade 81 procent deltid)
- År 1997 byter Sahlgrenska sjukhuset och Östra sjukhuset i Göteborg huvudman från kommun till landsting. Omkring 12 000 hel- och deltidsanställda samt 1 000 timavlönade berörs.
- År 1998 övergår Malmö Allmänna Sjukhus, MAS, till Skåne-landstinget. Förändringen berör 7 000 hel- och deltidsanställda inkl. tjänstlediga.

Den relativa förändringen får större effekt i landstingen än i kommunerna. (se diagrammen ovan)

Personal i kommunernas vård och omsorg

Kommunernas vård och omsorg har genomgått stora förändringar under 90-talet. Huvudmannaskapsförändringarna slår igenom i statistiken när man bryter ner den till personal inom vård och omsorg. Andelen timavlönade har ökat från 19 procent år 1991 till 23 procent år 1998. Uttryckt som andel av årsarbetarna utgjorde de timavlönade i vård och omsorg år 1991 9 procent och år 1998 12 procent. Antalet tjänstlediga har ökat. Många anställda i kommunernas vård och omsorg är tjänstlediga för studier, framför allt i kunskapslyftet. Detta leder till att fler visstidsanställda/vikarier men också fler timavlönade anställs.

Diagram 3.7 Andelen hel- och deltidsanställda samt timavlönade. Personal inom vård och omsorg, exkl. sjukvård. (%)



Källa: Svenska Kommunförbundet

Tabell 3.8 Primärkommunernas omsorg av äldre och funktionshindrade (exkl. lediga), nov. 1997

	Anställningar			Summa antal anställningar	Antal årsarbetar e
	Heltid	Deltid	Tim- avlönade		
Undersköterska/ vårdbiträde	31 205	89 696	37 046	157 947	107 132
Sjuksköterska	3 454	6 254	2 185	11 893	8 362
Förest/arbetsledare	6 568	1 680	235	8 483	7 834
Sjukv. biträde	1 407	3 304	1 862	6 573	4 327
Vårdare	5 976	17 803	8 082	31 861	21 985
Skötare	1 624	1 898	575	4 097	3 193
Arbetsterapeut	935	757	38	1 730	1 464
Sjukgymnast	374	296	21	691	582
Hemvårdare	298	775	298	1 371	962
Arbetsterapibitr.	736	1 261	107	2 104	1 567
Personlig assistent	1 308	4 240	8 125	13 673	8 404
Övriga BSK 1	2 184	1 847	864	4 895	3 681
Totalt	56 069	129 811	59 438	245 318	169 494

Källa: Svenska Kommunförbundet

I yrkesgruppen vårdbiträde och undersköterska fanns det år 1997 både många deltidsanställda och många timavlönade. Många timanställda inom omsorgen av äldre och funktionshindrade är behovsanställda, dvs. vikarier. För att räknas som timanställd skall den anställde ha en sysselsättningsgrad som understiger 40 procent.

Beträffande den höga andelen timavlönade personliga assistenter återfinns förklaringen i lagen om assistansersättning (LASS), där ersättningen till kommunerna är timbaserad på beviljade assistanstimmar.

Tabell 3.9 Primärkommunernas omsorg av äldre och funktionshindrade (exkl. lediga), nov. 1998

	Anställningar			Summa antal anställningar	Antal årsarbetare
	Heltid	Deltid	Tim- avlönade		
Undersköterska/ vårdbiträde	31 820	88 649	40 248	160 717	108 693
Sjuksköterska	3 782	5 934	1 900	11 616	8 401
Förest/arbetsledare	6 471	1 527	213	8 211	7 626
Sjukv. biträde	1 366	3 035	2 213	6 614	4 240
Vårdare	6 449	17 943	8 814	33 206	22 949
Skötare	1 793	1 800	620	4 213	3 322
Arbetssterapeut	1 080	762	47	1 889	1 629
Sjukgymnast	419	323	29	771	645
Hemvårdare	259	758	327	1 344	927
Arbetssterapibitr.	640	1 101	106	1 847	1 370
Personlig assistent	1 493	4 534	9 121	15 148	9 437
Övriga BSK 1	2 000	1 637	857	4 494	3 341
<i>Totalt</i>	<i>57 572</i>	<i>128 003</i>	<i>64 495</i>	<i>250 070</i>	<i>172 580</i>

Källa: Svenska Kommunförbundet

Mellan åren 1997 och 1998 har antal årsarbetare inom omsorgen av äldre och funktionshindrade ökat med 3 086. Antalet anställda har ökat med 4 752. Under år 1998 har antal deltidsanställda varit föremål för en omfattande diskussion inom bl.a. Svenska Kommunförbundet, men också i media. Inom omsorgen av äldre och funktionshindrade har antal deltidstjänster minskat samtidigt som antal timanställda har ökat. De största minskningarna har skett i yrkesgrupperna undersköterskor/vårdbiträden och sjuksköterskor.

Många hel- och deltidsanställda har kompetensutvecklat sig inom exempelvis kunskapslyftet. En effekt av det kan vara att primärkommunerna har varit tvungna att använda sig av timanställda för att kunna bedriva sin verksamhet, vilket förklarar den stora ökningen av tim-

anställda. Det kan också vara så att den som är tjänstledig för studier rycker in på timme under studietiden. Volymen tjänstlediga har ökat med ca 20 procent mellan åren 1997 och 1998.

Utveckling av sysselsättningsgraden för deltidsanställda i kommunerna

Sysselsättningsgraden för deltidsanställda har ökat trendmässigt under 90-talet. Sysselsättningsgraden bland deltidsanställda inom vård och omsorg är något högre än för samtliga kommunalt anställda. De timavlönade har låg sysselsättningsgrad, under 40 procent.

De heltidsanställdas sysselsättningsgrad uppgår till 89 procent för samtliga kommunalt anställda.

Tabell 3.10 Sysselsättningsgrad i procent i primärkommunernas omsorg av äldre och funktionshindrade (månadslön, exkl. lediga, nov. 1997 och 1998)

	Kvinnor		Män		Summa	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998
Vårdbiträde/undersköterska	77	77	85	85	77	78
Sjuksköterska	79	81	85	88	79	81
Arbetsledare	93	94	97	98	94	94
Sjukvårdsbiträden	77	77	88	87	78	78
Vårdare	80	81	86	86	81	82
Skötare	83	85	92	93	85	87
Arbetssterapeut	85	87	90	96	86	87
Sjukgymnast	85	83	91	93	86	85
Hemvårdare	77	78	80	80	78	78
Arbetssterapibiträde	76	76	90	93	77	77
Personlig assistent	76	78	82	84	77	79
<i>Totalt</i>	<i>78</i>	<i>79</i>	<i>87</i>	<i>87</i>	<i>79</i>	<i>80</i>

Källa: Svenska Kommunförbundet

Sysselsättningsgraden varierar mellan de olika yrkesgrupperna och mellan könen. Män har som regel högre sysselsättningsgrad än kvinnor. Annan statistik som även inkluderar timavlönade visar på ett annat mönster – män har då lägre sysselsättningsgrad än kvinnor.

Sysselsättningsgraden för sjuksköterskorna var i november år 1998 81 procent jämfört med 79 procent föregående år. Det är också sjuksköterskorna som har höjt sin sysselsättningsgrad mest jämfört med år 1997. Svenska Kommunförbundet har gjort en sammanställning som

visar att mellan åren 1997 och 1998 så har 5 557 (4 procent) personer gått från deltidсанställning till heltidсанställning inom omsorgen av äldre och funktionshindrade. Mellan åren 1996 och 1997 var motsvarande siffra 4 675. Sysselsättningsgraden har således höjts i primärkommunerna.

Timavlönade i kommunerna

Antalet timavlönade i kommunerna har ökat. Uttryckt som andel av samtliga anställningar utgjorde de år 1998 14 procent. År 1991 var motsvarande siffra 10 procent. Men eftersom sysselsättningsgraden för timavlönade är låg utgör de endast ca 6 procent av volymen årsarbetare. Andelen timavlönade uttryckt som årsarbetare har ökat från 4 procent år 1991 till 6 procent år 1998.

Tjänstlediga

Volymen tjänstlediga har ökat med 16 procent, från 61 000 till 71 000 mellan åren 1997 och 1998. Inom vård och omsorg har de tjänstlediga ökat med 20 procent under samma tid. En förklaring till det är att många vårdanställda deltar i Kunskapslyftet. När fler är tjänstlediga ersätts de av fler visstidsanställda och fler timavlönade.

Tillsvidare- respektive visstidsanställda

Antalet visstidsanställda i vård och omsorg är stort, men som föregående avsnitt har visat kan detta bl.a. förklaras med att många personer är tjänstlediga. Ett antal visstidsanställda kan komma att erhålla en tillsvidareanställning år 2000 p.g.a. de lagändringar som riksdagen beslutade om den 12 december 1996 i LAS om den s.k. "bortre gränsen" vilket innebär att vikarier och timanställda som varit anställda under åren 1995–2000 och som arbetat i sammanlagt tre år automatiskt blir tillsvidareanställda.¹² Hur många personer som detta berör är idag oklart i kommunerna.

¹² SFS 1996:1424 samt Svenska Kommunförbundet, 1997, Cirkulär 1997:8, *Nya regler i arbetsrätten*.

Tabell 3.11 Anställningsform i äldre- och handikappomsorgen, nov. 1998

Kategori	Antal TILLSVIDARE			Antal VISS TID			Antal TIMAVLÖNAD		
	Kvinnor	Män	Summa	Kvinnor	Män	Summa	Kvinnor	Män	Summa
Underskött+ Vårdbitr	97 621	3 182	100 803	18 300	1 366	19 666	36 373	3 875	40 248
Sjuksköterska	8 055	539	8 594	1 039	83	1 122	1 740	160	1 900
Förest/Arbledare	6 330	907	7 237	660	101	761	193	20	213
Sjukv biträde	3 424	259	3 683	608	110	718	1 826	387	2 213
Vårdare	17 390	2 643	20 033	3 582	777	4 359	7 023	1 791	8 814
Skötare	2 571	619	3 190	277	126	403	476	144	620
Arbetsterapeut	1 486	61	1 547	276	19	295	45	2	47
Sjukgymnast	477	103	580	122	40	162	25	4	29
Hemvårdare	900	22	922	90	5	95	296	31	327
Arbetsterapibitr	1 539	60	1 599	131	11	142	102	4	106
Personlig assistent	2 532	485	3 017	2 414	596	3 010	6 840	2 281	9 121
Övriga BSK 01	2 361	694	3 055	466	116	582	643	214	857
Summa	144 686	9 574	154 260	27 965	3 350	31 315	55 582	8 913	64 495

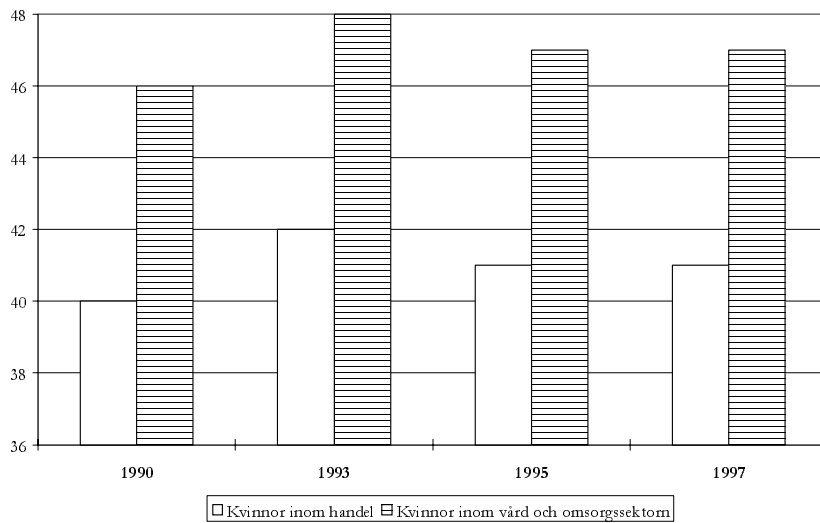
Källa: Svenska Kommunförbundet

Med anledning av de förändringar som sker i lagen om anställningsskydd den 1 januari 2000 kommer förhållandet mellan tillsvidare- och visstidsanställningar att förändras både före och efter denna tidpunkt. Eftersom vård- och omsorgssektorn har en mycket hög volym timanställda t.ex. är det av särskilt intresse att följa hur detta påverkar vård- och omsorgssektorn. Därför bör utvecklingen efter ett år bli föremål för en gemensam utvärdering mellan regeringen, kommunförbunden och de fackliga organisationerna.

Jämförelser med andra sektorer

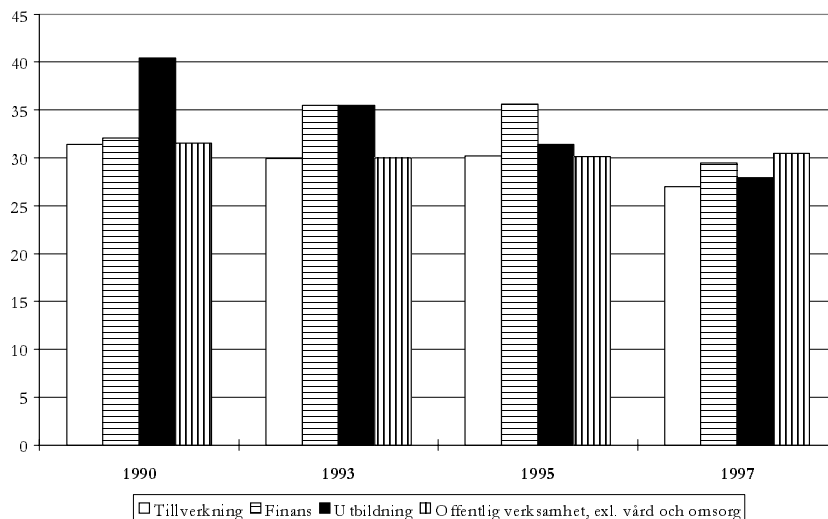
Jämfört med andra branscher är andelen deltidsarbetande inom vård- och omsorgssektorn hög.

Diagram 3.8 Andel deltidsarbetande kvinnor inom vård- och omsorgssektorn resp. inom handelssektorn (%).



Källa: Statistiska centralbyrån, arbetskraftsundersökningarna

Diagram 3.9 Andel anställda (procent) inom andra sektorer som jobbar deltid (1–34 timmar per vecka)

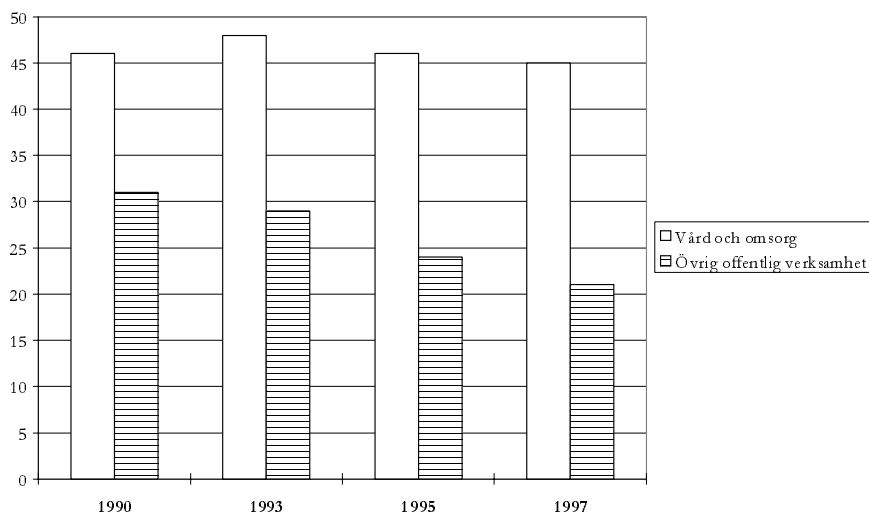


Källa: Statistiska centralbyrån, arbetskraftsundersökningarna

Diagrammet ovan visar att vid en jämförelse med andra branscher satsar den offentliga sektorn som helhet, exklusive vård och omsorg,

inte anmärkningsvärt få heltidsanställda. Resultatet blir ett annat när vi jämför vård och omsorgssektorn med övrig offentlig verksamhet.

Diagram 3.10 Andelen deltidstjänster inom vård- och omsorgssektorn samt inom övrig offentlig verksamhet (%).



Källa: Statistiska centralbyrån, arbetskraftsundersökningarna

Idag är deltidstjänsterna den viktigaste förklaringen till att kvinnor ofta har så låga inkomster. Exempelvis Svenska Kommunförbundet menar att det är den omdebatterade deltidsförsäkringen som bär skulden.¹³ Deltidsförsäkringen innebär att en deltidsarbetslös har möjlighet att stämpla och erhålla a-kassa och på så sätt i princip nå upp till en heltidslön. Ersättningen kallas för fyllnadsersättning eller fyllnadsbetalning, vilket ger intrycket av att det rör sig om en utfyllnad av lönen och inte i första hand om en arbetslöshetsersättning.

Ökad sysselsättningsgrad och förändring av anställningsformer

Ett sätt att tillskapa heltidsanställningar och fasta anställningar är att inrätta så kallade bemanningsenheter så som skett och sker på flera håll i stället för de traditionella vikariepoolerna med många timanställda. Ett

¹³ Gunnar Wetterberg, *Deltiden som alla vill slippa*, i Dagens Politik, 1996, årg. 2, nr 123, s 6.

syfte är att minska de höga kostnaderna för korttidsvikariat som idag belastar både kommuner och landsting.

Medarbetarnas anställning i enheten är tills vidare men placering i projekt och på arbetsplatserna är tidsbestämd. I anställningen ingår kontinuerlig kompetensutveckling och introduktion till nya uppgifter. De personer som rekryteras till enheterna måste vara flexibla, motiverade och kunna ta en stor del eget ansvar för schematid och planering av arbetstid. Detta leder i sin tur till att det egna inflytandet över arbets-situationen ökar vilket genererar arbetsglädje och stimulerade medarbetare.

Genom bemanningsenheterna får arbetsgivarna personal som redan kan arbetet och som de kanske har träffat tidigare. Kontinuiteten för både personal, chefer och patienter ökar. En avdelning kan utan problem planera för kompetensdagar och seminarier för hela personalstyrkan samtidigt eftersom medarbetare från bemanningsenheten känner till avdelningen och utan svårigheter kan ta över för en tid.

Erfarenheterna ute i landet av resursenheter eller bemanningsenheter är odelat positiva. I vissa fall är enheten liten och bemannar endast en eller två avdelningar på ett sjukhus eller ett kommunalt sjukhem. I andra fall har enheten fler anställda och säljer sina tjänster till både kommuner och landsting i regionen.

Faktisk sysselsättningsgrad

Det finns en skillnad mellan anställningsformen och hur man faktiskt arbetar. 15 procent av de heltidsanställda inom landstinget har en faktisk arbetstid som är lägre än heltid, de arbetar således de facto deltid trots de har en heltidsanställning i botten. Tar man hänsyn till detta när man talar om utvecklingen på arbetsmarknaden vad gäller andelen deltidsanställda så ökar andelen deltidare. Ungefär detsamma gäller för anställda inom kommunerna. Inom kommunerna är det dock något färre som önskar öka sin arbetstid i jämförelse med landstingen.

Enligt beräkningar från Vårdförbundet ligger den faktiska sysselsättningen för deras medlemmar, åldersgruppen 45–59 år, på 85 procent (överenskommen arbetstid 100 procent).

Bara inom landstingen handlar det om 27 800 av Vårdförbundets medlemmar som i så fall skulle kunna arbeta heltid, 15 procent mer än idag. I kommunerna är den faktiska sysselsättningen för samma grupp endast 80 procent, vilket motsvarar 1 660 årsarbetare. Således finns kapacitet som idag inte utnyttjas. Om arbetsmiljön, arbetets organisation, planeringen av arbetstid m.m. inom vård- och omsorgssektorn på ett mer flexibelt sätt än idag kunde anpassas till personalens och

patienternas behov skulle behovet av nyrekryteringar av sjuksköterskor och undersköterskor kunna minska.

Enligt Arbetskraftsundersökningarna delar man in den arbetskraft som arbetar mindre än vad de vill i två huvudgrupper.

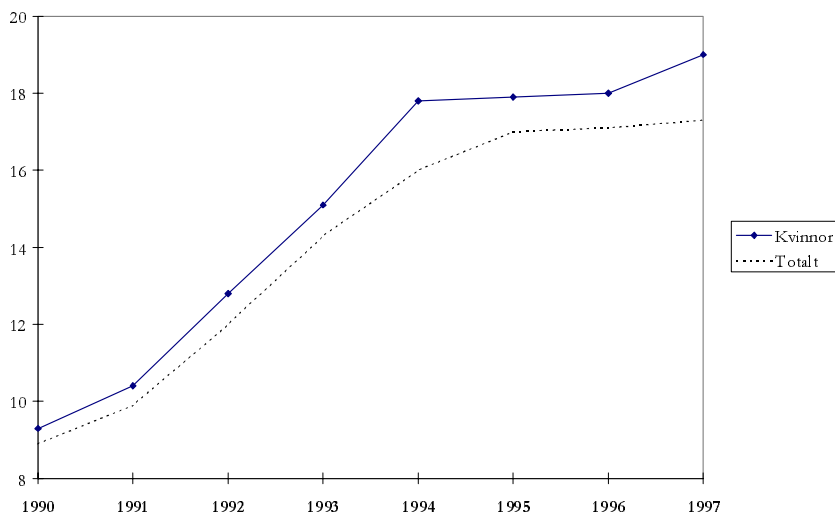
Tabell 3.12 Anledning till att personer sysselsatta inom vård- och omsorg arbetar mindre än vad de vill

anställda som arbetar mindre än vad de vill 126 400 st	
av arbetsmarknadspolitiska skäl 117 500 st	av personliga skäl 7 700 st

Källa: Statistiska centralbyrån, arbetskraftsundersökningen, Årsmedeltal 1998

Resultatet i diagrammet nedan är bara svar på den "nakna" frågan *Vill Du arbeta mer timmar per vecka än vad Du gör idag?* Resultatet skulle kunna bli annorlunda om man samtidigt förutsätter vissa förändringar, exempelvis ökad personaltäthet.

Diagram 3.11 Procent av de sysselsatta inom vård och omsorg som vill jobba mer.



Källa: Statistiska centralbyrån, arbetskraftsundersökningarna

Heltider lönar sig på längre sikt

Fler heltidstjänster och färre deltid torde löna sig för hela samhället på lång sikt. Det finns en inbyggd vinst i att fler arbetar heltid. Färre vikarier och högre personaltäthet genererar en bättre arbetsmiljö, färre sjukskrivningar, nöjdare patienter och så vidare. Det blir en positiv spiral och personalomsättningen minskar samtidigt som vårdkvaliteten ökar.

Kostnader

Både Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har på hemställan från Kommissionen genomfört beräkningar över kostnaderna för att omvandla deltidstjänster till heltid. Beräkningarna visar hur mycket de reella personalkostnaderna ökar, men det är viktigt att komma ihåg att denna ökning av personalens sysselsättningsgrad även ger följeffekter, exempelvis i form av minskade vikariekostnader, ökad personaltäthet m.m. samt medför en bättre arbetsmiljö.

Kostnaden för att omvandla *samtliga* deltidstjänster till heltid inom den kommunala omsorgen av äldre och funktionshindrade beräknas till 5,9 procent (10 miljarder kronor) av kommunernas totala lönekostnader. Kostnaden för att omvandla *samtliga* timanställningar till heltidstjänster beräknas till 4,2 procent, 7,2 miljarder kronor.

Motsvarande siffror från Landstingsförbundet ger vid handen att kostnaderna för att ge *samtliga* deltidsanställda heltidstjänster ligger på 9,1 procent av den totala lönekostnaden, 3,6 miljarder. Kostnaden för att ge *samtliga* timanställda heltidstjänster beräknas till 3,9 procent eller 1,6 miljarder kronor.

3.4 Underrepresenterade grupper

Män, ungdomar och invandrare är alla tre underrepresenterade grupper inom hela vårdsektorn. Genom en rad olika åtgärder, policyförklaringar och insatser på alla politiska och operativa nivåer försöker man nå en jämnare fördelning mellan grupperna.

Exempel på åtgärder är att i annonser skrivs att man gärna ser manliga, unga eller invandrare sökande till vården. Det är viktigt att temat jämställdhet inte "slarvas" bort utan exempelvis kontinuerligt tas upp på ledningsmöten, personalforum m.m. Vissa landsting tillämpar även positiv särbehandling vid rekrytering och tillsättandet av chefer.

Ett annat exempel är att regelbundet ta fram könsuppdelad statistik över löner och löneutvecklingen i verksamheten så att man aktivt kan arbeta för att utjämna och motverka könsbundna, och andra omotiverade, löneskillnader.

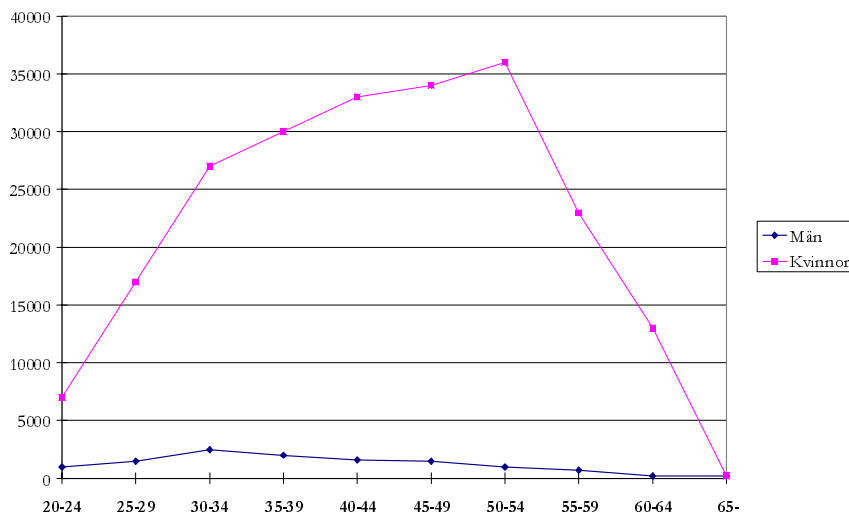
I en bilaga till denna slutrapport finns en s.k. tipskatalog där ett stort antal projekt redovisas som har inriktningen att öka rekryteringen av män, ungdomar och invandrare och som syftar till att göra yrkena inom vården och omsorgen attraktivare.

3.4.1 Män

Män lyser med sin frånvaro inom vård- och omsorgssektorn. I landsingen är 81 procent av de anställda kvinnor, motsvarande siffra inom kommunens äldre- och handikappomsorg är 92 procent. Kommissionen har bland annat till uppgift att se över könsfördelningen inom hela hälso- och sjukvårdssektorn.

För att öka andelen män inom dessa sektorer krävs klara och realistiska mål. Hela vård- och omsorgssektorn är en kvinnodominerad organisation och en aktiv jämställdhetspolitik skall vara en viktig och naturlig del i personalpolitiken.

Diagram 3.12 Män och kvinnor inom hela omsorgssektorn fördelade per åldersgrupp



Källa: Landstingsförbundet

3.4.2 Ungdomar

Ungdomsbarometern är en rikstäckande undersökning av Sveriges ungdomar och deras inställning till yrkeslivet. Det är en attitydmätning som skickas ut till ca 10 000 ungdomar i åldrarna 16–25 år som mäter inställning till utbildning, arbetsliv, politik, samhällsutveckling m.m.

Utbildning

Bland samtliga ungdomar hamnar vård- och omsorgsutbildningarna på femte plats av tio enligt Ungdomsbarometern 1999. 34 procent av ungdomarna kan tänka sig att studera vidare inom vård-/omsorgsområdet.

Det är en betydande skillnad mellan unga mäns och kvinnors val av utbildning. De ämnesområden som lockar mest är:

<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>
Data	Information, media, journalistik
Teknik	Konstnärliga ämnen
Information, media, journalistik	Vård / omsorg

Källa: Ungdomsbarometern

Arbetsliv

Inställningen till yrkesverksamhet inom vårdområdet skiljer sig stort mellan könen. Bland unga män hamnar vårdområdet på plats elva av elva alternativ. Motsvarande siffra för unga kvinnor är tredje plats.

Data och IT är den mest attraktiva branschen att arbeta inom, vård och omsorg kommer på tredje plats. De branscher som hamnar i topp bland 25 givna alternativ bland både män och kvinnor är:

1. Data och IT
2. Hotell, turism och restaurang
3. Vård och omsorg
4. Media
5. Konst, musik och kultur

Det är intressant att se att vård- och omsorgsområdet nu är på tredje plats från att i 1998 års mätning varit på åttonde plats.

Ungdomsbarometern har låtit ungdomar rangordna prioriteringar av arbetets egenskaper.

1. bra arbetskamrater
2. intressant arbete
3. självständigt arbete
4. utåtriktat arbete / kontakt med många människor
5. trygg och säker anställning
6. hög lön och bra löneutveckling

Unga män menar att det främst är låg status och låg lön som är grunden till att de inte söker sig till hälso- och sjukvården. Flickorna framhåller besvärliga arbetstider som den främsta faktorn till varför man inte vill arbeta inom sjukvården.

I en undersökning från Sveriges läkarförbund konstateras att unga läkare inte vill ha landstingen som arbetsgivare. Bland de läkarstuderanden svarar 61 procent att de anser att landstingen är en mycket dålig eller relativt dålig arbetsgivare. Endast knappt 8 procent anser att landstinget är en bra eller relativt bra arbetsgivare. Denna negativa bild förstärks i takt med att unga läkare skaffar sig mer och mer erfarenheter från verksamheten. Bland unga yrkesverksamma läkare anser hela 70 procent att landstingen är en dålig arbetsgivare.

Framför allt är det lön, arbetsmiljö, arbetsvillkor och inflytande samt den egna arbetssituationen många unga läkare är missnöjda med. Arbetsmiljöproblem som stress, utbrändhet och en negativ arbetsgivarattityd påverkar unga läkares trivselsituation och välmående. Citat som

"Som nybliven underläkare inordnas man som en anonym kugge i ett närmast fabriksliknande system där åsikten är att varje läkare är mer eller mindre utbytbar mot en annan".¹⁴

kan illustrera detta. Dagens sjukvårdsorganisation ger inte läkarna något inflytande över egna arbetet och arbetsplaneringen. Enligt Läkarförbundets undersökning är detta även en anledning till varför en del unga läkare väljer att flytta till Norge. Över 40 procent av de svenska yrkesverksamma läkarna i Norge är under 40 år och en majoritet av dem planerar att stanna i tre år eller mer.

¹⁴ Sveriges läkarförbund, 1998-02-16. *Pressinformation*.

3.4.3 Invandrare

Eftersom antalet personer med utländsk bakgrund ökar är det viktigt att den framtida rekryteringen av personal till vård- och omsorgssektorn även verkar för mångfald bland personalen.

Skälen för att ha en mångfald i personalstyrkan är flera. Ett skäl är hänsynen till patienter som är invandrare. De måste kunna kommunicera med läkare, sjuksköterskor, hemtjänstpersonal osv. på sina villkor. Ett annat skäl är att arbetsplatsen också skall ha invandrad personal för att vara representativ för befolkningen. (Svenska McDonalds t.ex. har som policy att varje restaurang skall vara en spegelbild av det område som man verkar i.¹⁵)

Det är svårt att ur de personaladministrativa systemen få fram uppgifter om hur många invandrare som arbetar i kommuner och landsting men Svenska Kommunförbundet har med SCB som källa redovisat en sammanställning år 1996.

Tabell 3.13 Anställdas födelseland i kommunernas äldre- och handikappomsorg, november 1996

<i>Land</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel, %</i>
Födda i övriga Norden	11 074	4,3
Födda utanför Norden	13 348	5,1
Sammanlagt födda utanför Sverige	24 422	9,4
Födda i Sverige	235 197	90,6
<i>Totalt</i>	<i>259 197</i>	<i>100,0</i>

Källa: Svenska Kommunförbundet

Tabellen visar att det finns fler personer som arbetar inom äldre- och handikappomsorgen som är födda utanför Norden än i Norden.

Den förra tabellen visade hur många personer med utländsk härkomst som arbetade i samtliga kommuner. Nedanstående tabell visar hur fördelningen kan vara i ett geografiskt område med många personer som är födda utomlands.

¹⁵ SOU 1995:76, 1995, *Arbete till invandrare*, Delbetänkande från invandrapolitiska kommittén, s 56.

Tabell 3.14 Anställdas födelse land i Stockholms stad, september 1997

<i>Land</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel, %</i>
Födda i övriga Norden	3 660	7,3
Födda utanför Norden	6 263	12,5
Sammanlagt födda utanför Sverige	9 923	19,8
Födda i Sverige	40 697	80,4
<i>Totalt</i>	<i>50 620</i>	<i>100,0</i>

Källa: USK-aktuellt 1997:4

Stockholms stad har en högre andel personer som är födda utomlands i sina verksamheter. USK (Utredning- och Statistikkontoret) har även kartlagt de anställdas utbildningsnivå.

"Bland anställda födda i Sverige har nästan hälften en eftergymnasial utbildning och nio av tio har minst gymnasial utbildning. Av anställda födda i ett afrikanskt land har två av tio en eftergymnasial utbildning och tre av tio endast en förgymnasial utbildning. Anställda födda i ett asiatiskt land har i genomsnitt en något högre utbildningsnivå än anställda födda i ett sydamerikanskt land. "¹⁶

Huvuddelen av de anställda som är födda i ickeuropeiska länder arbetar i Stockholms stad inom avtalsområdet "kommunalarbetare". Det tyder på att de främst finns inom vården som exempelvis vårdbiträde. De kan givetvis även återfinnas inom lokalvård, matbespisning, men också inom andra förvaltningar som t.ex. Gatu- och Fastighetskontoret.

¹⁶ USK-aktuellt 1997:4, s 33f.

4 Tillgången på vårdpersonal

4.1 Gymnasiet

Fr.o.m. den 1 juli 1992 har kommunerna stegvis övertagit ansvaret för utbildningsprogrammen vid gymnasieskolan. Idag svarar kommunerna för samtliga program. Utbildningarna utgörs dels av nationella program som är avsedda att kunna fullgöras på tre läsår, dels av specialutformade program som också är avsedda att genomgås på tre läsår. Därutöver finns också individuella program. De nationella programmen, som är 16 stycken, skall utgöra grund för fortsatt utbildning på högskolenivå såväl som för yrkesverksamhet.

Kursutbudet på omvårdnadsprogrammet ger eleverna en möjlighet att nå kompetens som motsvarar de grundläggande yrkeskraven inom hälso- och sjukvård, social omsorg eller tandvård.

I framtiden kommer vården och omsorgen att rekrytera personal som kommer att samarbeta över yrkesgränserna på ett annat sätt än vad som sker idag. Detta kommer att kräva en bred kunskapsbas hos personalen.

4.1.1 Omvårdnadsprogrammets innehåll

Omvårdnadsprogrammet ges på många olika gymnasieskolor runt om i landet. Omfattning, dimensionering och innehåll varierar från ort till ort eftersom det är primärkommunerna som ansvarar för gymnasieskolorna och således skall kunna anpassa verksamheten till de lokala behov som finns. Dock måste naturligtvis Skolverkets program mål följas. Dessa mål innebär att utbildningen skall ge eleverna grundläggande kunskaper inom hälso- och sjukvård, social omsorg eller tandvård. Genom fördjupning och breddning via val av inriktning kan studenterna själva i viss utsträckning välja själva vilken kompetens de skaffar sig.

Omvårdnadsprogrammet, som är ett av de nationella programmen, inriktar sig främst på arbeten i vård och omsorg, som t.ex. undersköterska och vårdbiträde. Kursutbudet inom detta program skall ge eleverna möjlighet att uppnå en kompetens som motsvarar grundläggande yrkeskrav inom hälso- och sjukvård, social omsorg och tand-

vård. Inom omvårdnadsprogrammet finns två grenar – omvårdnad samt tandvård. Bland annat följande yrkesförberedande kurser ingår i programmet:

- Hälsokunskap
- Människokunskap
- Omvårdnads-kunskap
- Social omsorgskunskap
- Psykologi
- Ekonomi
- Arbetsmiljökunskap

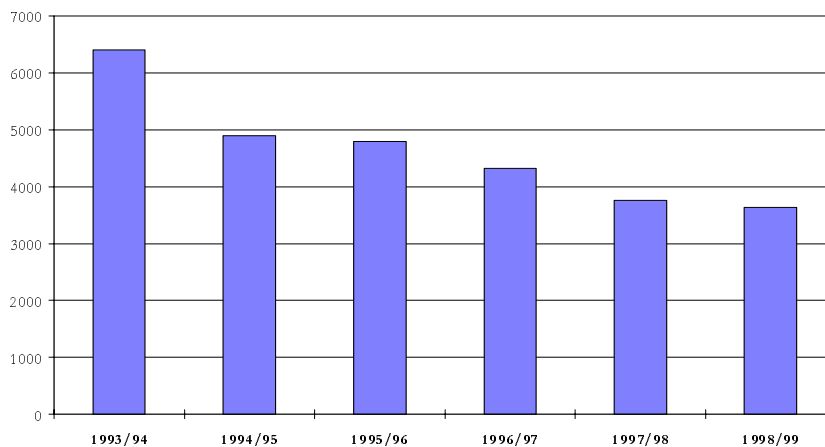
Därutöver läses allmänna ämnen som matematik, engelska, samhällskunskap, svenska, naturkunskap och religionskunskap.

Läsåret 1997/98 fanns omvårdnadsprogrammet i 118 kommuner. Omvårdnads-grenen fanns i 117 kommuner och tandvårdsgrenen i 13 kommuner.

4.1.2 Antagningsvolym

En jämförelse över åren visar att det är allt färre antagna vid omvårdnadsprogrammet. Det bör dock observeras att totalt sett studerar färre ungdomar på gymnasial nivå totalt sett.

Diagram 4.1 Antal elever inskrivna årskurs 1



Källa: Skolverket

Ca 2 procent av samtliga elever antagna till omvårdnadsprogrammet under hösten 1998 var pojkar. Det är angeläget för både elever, studenter och potentiella arbetsgivare att andelen pojkar ökar på utbildningen. Ett sätt kan vara att öka utbudet tillvalsgrenar med ämnen som man vet tilltalar pojkar. På vissa gymnasieskolor har man tillvalskurser som är populära bland pojkar, t.ex. i ämnena kriminalvård och missbruk. Det finns säkerligen andra kurser som exempelvis är mer teknikinriktade och därmed kan tilltala fler unga män.

Gymnasieskolans omvårdnadsprogram ger med största säkerhet jobb efter gymnasiet. Det är inte längre någon nyhet att kommuner och landsting lider stor brist på omvårdnadspersonal. Man räknar med att behöva anställa tusentals personer om året de närmaste 5–10 åren. Ändå saknas ett tillräckligt intresse för omvårdnadsprogrammet.

Rekryteringsåtgärder

Omvårdnadsprogrammet bör utformas så att det lockar fler elever i stort och fler pojkar i synnerhet. En stor uppgift ligger på kommunerna när det gäller att rekrytera fler ungdomar till omvårdnadsprogrammet samt, på längre sikt, till vård och omsorgssektorn. Kommunerna har alltså ansvaret för den gymnasiala vårdutbildningen och enligt vissa beräkningar behöver kommunerna mer än fördubbla utbildningsvolymerna för att klara av att möta det ständigt ökande vårdbehovet och den bristsituation som framtida pensionsavgångar kommer att leda till.

Inom det primärkommunala området finns sedan drygt 30 år en organiserad partsgemensam samverkan om yrkesutbildning. Denna samverkan är reglerad i ett kollektivavtal om Kommunala Yrkesnämnden, KYN, och omfattar Svenska Kommunförbundet, Svenska Kommunalarbetareförbundet och de stora TCO-förbunden, bl.a. Vårdförbundet.

Under senare år har KYN bl.a. medverkat i ett projekt om "ungdomar och anställdas syn på kommunala arbeten" och i Skolverkets kursplanearbete med den nya gymnasieskolans omvårdnadsprogram. KYN har vidare verkat för att partssammansatta lokala yrkesråd (programråd) inrättas vid gymnasieskolans yrkeslinjer, deltagit i utbildningsdepartementets utredning om ny gymnasieläroinrättning och medverkat i framtagning av material för handledarutbildning.

För närvarande pågår inom Svenska Kommunförbundet en diskussion om att ytterligare aktivera KYN, bl.a. som ett lämpligt forum för att initiera en marknadsföring av omvårdnadsprogrammet. Landstingsförbundets motsvarighet, LKYN, bedriver ingen verksamhet.

4.1.3 Problem med dagens utbildning

Omvårdnadsprogrammet har av tradition alltid varit en yrkesförberedande utbildning. Elever tillfrågade av Skolverket menar att det är en orsak till programmets sjunkande popularitet. Många vågar inte välja programmet för att de är osäkra på vad de vill bli och det känns säkrare med ett studieförberedande program som ger fler valmöjligheter i framtiden.

En annan orsak till programmets sviktande popularitet kan vara namnet "Omvårdnadsprogrammet". Både Skolverket och Svenska Kommunalarbetsförbundet uppger att de fått signaler om att namnbytet innebar en försämring. Begreppet omvårdnad täcker endast in ett av de fem centrala begreppen i utbildningen; människa, hälsa, social omsorg, miljö och omvårdnad.

En jämförelse med andra nationella program visar att eleverna på omvårdnadsprogrammet är mer benägna att avbryta sina studier. Av samtliga elever som påbörjade sina studier på omvårdnadsprogrammet år 1996 var det hela 6 procent som inte återfanns i årskurs två. Detta är den i särklass högsta andelen av alla program. Samhällsprogrammet är den utbildning på gymnasienivå som lyckas bäst med att behålla eleverna i vald utbildning, endast drygt 2 procent av dessa elever avbryter sina studier.

Behörighet att söka till högskolan

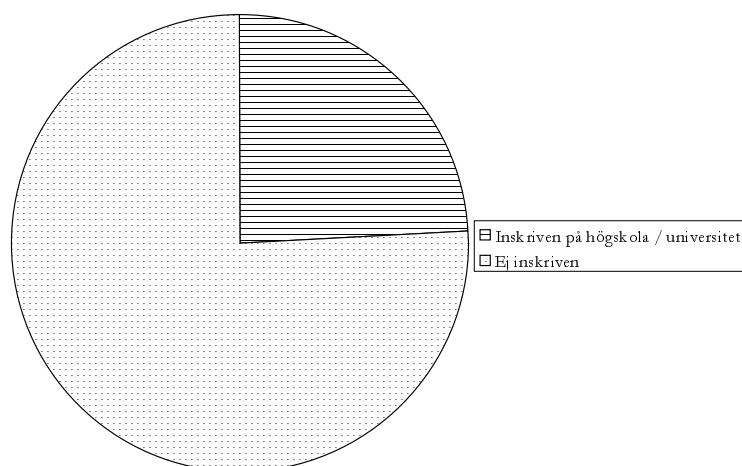
Ännu ett problem med omvårdnadsprogrammet är att studenterna saknar den särskilda behörighet för att söka många vårdutbildningar på högskolan, dvs. de utbildningar som omvårdnadsprogrammet syftar till. För att uppnå särskild behörighet krävs i flera fall att eleven kompletterar med studier i vissa ämnen. De kan däremot söka till socionom- och det sociala omsorgsprogrammet utan kompletteringar. Om en elev vill studera vidare till sjuksköterska så skall denne alltså komplettera matematik och naturkunskap. Det finns dock lokala undantag där gymnasieskolornas omvårdnadsprogram är så utformade att de ger den behörighet som krävs.

Frågan om behörighet diskuteras inom Utbildningsdepartementet. Regeringen har gett Skolverket i uppdrag att se över behörighetsreglerna. I huvudsak ser Utbildningsdepartementet två syften med att reformera utbildningen. Dels skapas en ökad rekryteringsbas till högskolan och dels stärks förutsättningarna att förse arbetsmarknaden med välutbildad och kompetent personal.

I uppdraget till Skolverket påpekade regeringen att det är viktigt att Skolverket och Högskoleverket gemensamt analyserar konsekvenserna av en förändring av gymnasiets omvårdnadsprogram.

Samtliga nationella gymnasieprogram ger grundläggande behörighet för högskolestudier. För att få studera vid universitet eller högskola gäller att den sökande måste uppfylla vissa krav på förkunskaper. Dessa krav är indelade i grundläggande- och särskild behörighet. Den grundläggande behörigheten är gemensam för all högskoleutbildning och fastställs av regeringen i högskoleförordningen. Högskolorna har även rätt att kräva särskild behörighet vid antagning till vissa program och kurser. Dessa krav måste då vara nödvändiga för att studenten skall kunna tillgodogöra sig utbildningen. Skolverket strävar efter att så många utbildningar som möjligt skall ha en studieförberedande karaktär och ge särskild behörighet. Särskilt viktigt är detta när det gäller naturliga kopplingar, som exempelvis mellan omvårdnadsprogrammet på gymnasiet och vårdutbildningar på högskolenivå.

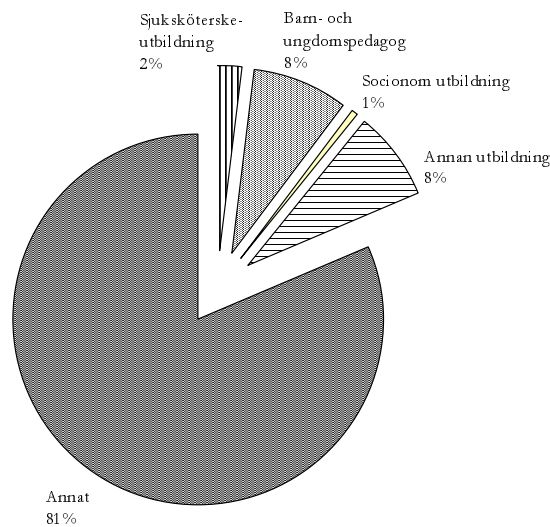
Diagram 4.2 Andel studenter examinerade från omvårdnadsprogrammet 1994 som var inskrivna på universitet/högskola läsåret 1996/97.



Källa: Skolverket

Omvårdnadsprogrammet ger alltså inte den särskilda behörighet som krävs för att läsa vidare på universitetets sjuksköterskeutbildning men många av eleverna ordnar detta på egen hand. Genom att komplettera på komvux läser man in de kurser som behövs.

Diagram 4.3 Vart tar studenterna vägen efter omvårdnadsprogrammet?



Källa: Statistiska centralbyrån, 1997

Omvårdnadsprogrammet syftar till yrken som i dagens vård och omsorg många gånger har fått ge plats för högskoleutbildad personal. Nedan följer de krav som högskolan ställer:

Tabell 4.1 Behörighetskrav vid högskolan

Utbildningsområden	Förkunskapskrav (lägst betyget Godkänd)	Yrkesexamina
Samhälls- och beteendevetensk./social omsorgsutb.	Matematik A Samhällskunskap A	Socionom- och Social omsorgsexamen
Logopedutbildning	Matematik B Samhällskunskap A	Logopedexamen
Psykologutbildning	Matematik B Samhällskunskap A, ett års arbetslivserfarenhet	Psykologexamen
Arbetsterapeut, sjuksköterska, tandhygienist	Matematik B Samhällskunskap A Naturkunskap B alt. Fysik A Kemi A Biologi A	Arbetsterapeut, sjuksköterske- och tandhygienistexamen
Sjukgymnast	Matematik B Samhällskunskap A Naturkunskap B alt. Fysik A Kemi A Biologi A Idrott A	Sjukgymnastexamen
Medicin, odontologi	Matematik D Fysik B Kemi B Biologi B	Läkar-, Tandläkarexamen

Källa: Högskoleverket

Om eleven väljer att studera vidare kan gymnasieskolan erbjuda komplettering av ämnen alternativt studier på vuxenutbildningen. Det finns alltså möjligheter att komplettera sina ämnen under skoltiden genom en utökad studieplan. Utökad studieplan innebär alltså att eleven läser fler ämnen än det ordinarie utbudet på den aktuella utbildningen.

4.1.4 Skolverkets översyn

Skolverket har inlett arbetet med att se över behörighetsreglerna och har ett uppdrag från regeringen att reformera programmet så att en examen från omvårdnadsprogrammet ger särskild behörighet att studera vidare på vårdhögskolorna.

Allt sedan omvårdnadsprogrammet startade har det haft ett ständigt sjunkande antal sökanden. Till den tidigare vårdlinjen sökte däremot betydligt fler elever.

Genom att programmet inte ger den nödvändiga behörighet som krävs för att kunna söka till vårdhögskolan upplever eleverna som tidigare nämnts att det inte finns någon klar koppling till ett visst yrke. I undersökningen som Skolverket genomfört framgår att eleverna känner att de "vet inte vad man blir" efter avslutad gymnasieutbildning. Den oklara yrkesbilden kommer igen i huvudmännens synpunkter på utbildningen. Frågor som ställs är exempelvis Vilken titel har de som går ut programmet idag? Vad skall de anställas som? Vilken kompetens har de? Kan de ersätta de undersköterskor som går i pension inom 5–10 år?

Under 1990-talet har det skett kraftiga nedskärningar i den offentliga sektorn. Sådana nedskärningar med åtföljande arbetslöshet har varit ett stort problem för undersköterskegruppen och främst för biträdesgrupperna, vilket kan ha bidragit till det vikande intresset för utbildningarna inom omvårdnadsprogrammet.

Arbetsplatsförlagd utbildning (APU)

Praktiken på omvårdnadsprogrammet, APU, är en mycket viktig del av utbildningen. Det finns därför skäl att referera till Skolverkets analys av praktiken.

Den föreskrivna nivån för arbetsplatsförlagd utbildning (APU) är 15 veckor. Generellt uppfattar eleverna att APU tillför värdefull kunskap. 90 procent av eleverna menar enligt en undersökning av Skolverket att de fick lära sig nya moment och att APU:n har mycket stor betydelse som komplement till de egna teoretiska kunskaperna.

Även ansvariga på kommuner och gymnasieskolor är positiva till APU:n. De menar att den ger en unik möjlighet för eleverna att få en inblick i arbetslivet och lära sig om företagskänedom, arbetslag, sociala strukturer på en arbetsplats eller andra förhållanden som inte går att förmedla i ett klassrum. Svårigheterna ligger i första hand i att upp- arbeta en kontinuerlig och etablerad relation och kontakt med handledarna på arbetsplatserna.

Det är handledarna på arbetsplatserna som, enligt Skolverket, är minst positiva till APU. Brister finns i kontakten mellan skolan och arbetsplatsen. Enligt Skolverket anser handledarna att de överlag har för dåliga kunskaper om målen för APU. Vidare saknar de handledarutbildning. De anser också att uppföljning, återkoppling och utvärdering av APU är alltför bristfällig eller saknas helt. Bristen på personal i vårdsektorn gör att det ofta inte finns tillräckligt med personal som kan ta hand om eleverna.

Skolverket lyfter även fram att eleverna ofta är unga och oförberedda för de psykiska påfrestningar som arbete med människor kan utgöra. Att klara av övergången till vuxenvärlden samtidigt som man skall utveckla en yrkesroll innebär svårigheter för många ungdomar, särskilt för pojkar.

Skolverkets förslag till ny utformning

Mot bakgrund av bl.a. de uppgifter som framkommit i Skolverkets översyn av omvårdnadsprogrammet föreslår verket en delvis ny inriktning för programmet. Förslaget innebär bl.a. en tydligare uppdelning av och fördjupning inom ämnena omvårdnad respektive social omsorg. Vissa nya kurser föreslås också, bl.a. kurser i socialpsykiatri och hemsjukvård. Skolverket anser också att APUn bör förstärkas och ges en mer central roll i utbildningen.

4.1.5 Svenska Kommunalarbetsförbundets utvärdering

Omvårdnadsprogrammet har även varit föremål för en utvärdering genomförd av Svenska Kommunalarbetsförbundet. Enligt studien har 85 procent av eleverna på omvårdnadsprogrammet sökt programmet som förstahandsval. De elever som valt programmet ansåg att den enskilt viktigaste faktorn som motiverat detta val var att programmet ger kunskap om sjukdomar och behandling av människokroppen. Svenska Kommunalarbetsförbundets utvärdering visar att eleverna vill arbeta inom vården men att de tycker att det är för mycket "städa och laga

mat". Bland de elever som inte valt omvårdnadsprogrammet, förekommer åsikten att arbetslivet efter avklarade studier innebär "obehagligheter" vilket Svenska Kommunalarbetsareförbundet menar är en attityd som är svår att komma åt genom kursplanerevideringar eller liknande.

Svenska Kommunalarbetsareförbundet menar dock att utbildningen på omvårdnadsprogrammet i stort sett är bra, men den är relativt ny och måste få tid på sig att fungera fullt ut. Eleverna måste ges bättre information om utbildningen och arbetslivet. Även ute i arbetslivet behövs bättre kunskap om programmet.

En viktig förutsättning är att samarbetet mellan skolan och arbetslivet förbättras. De s.k. programråd som finns idag är en bra form för samarbetet, enligt förbundet, och ett forum där arbetslivets behov kan påverka utbildningen. Handledarutbildningen behöver enligt förbundet förbättras.

Svenska Kommunalarbetsareförbundet anser att arbetsgivarna måste planera för framtidens personalrekryteringsbehov och klargöra vilka kompetenskrav de ställer. Det måste även bli en bättre samstämmighet mellan vad som sägs av de som anställer i kommuner och landsting och av de som är ansvariga för utbildningen.

4.1.6 Utvecklingen av omvårdnadsprogrammet

För att allmänt stärka omvårdnadsprogrammets ställning, göra programmet intressantare för ungdomar och i synnerhet locka unga män till att se vård och omsorg som en bra framtida arbetsmarknad bör omvårdnadsprogrammet utformas så att det blir möjligt för eleverna att kombinera olika ämnen och välja mellan ett bredare utbud av kurser. Omvårdnadsprogrammet bör i större utsträckning än idag samverka med andra nationella program.

Inom ramen för kommunernas samlade utbildnings- och arbetsgivaransvar bör åtgärder vidtas med målsättningen att öka antalet studerande på gymnasiets omvårdnadsprogram.

Den praktik som eleverna erhåller är ett viktigt moment i utbildningen. För att landstingen och kommunerna skall visa att de är en bra arbetsgivare och att arbetet är intressant är det viktigt att ge handledare förutsättningar att ge eleverna en så bra handledning som möjligt.

Förutom bra handledare och praktikplatser är det nödvändigt att bedriva opinionsbildning för att marknadsföra utbildningar med inriktning mot vård- och omsorgsykten. Denna opinionsbildning bör med fördel kunna bedrivas gemensamt av kommunförbunden och de fackliga organisationerna.

4.2 Vuxenutbildning

Det kursutformade vuxenutbildningssystemet är flexibelt och ger möjligheter att utveckla nya kursplaner utifrån skiftande och nya behov. Såväl påbyggnadsutbildningarna som de kvalificerade yrkesutbildningarna kan anpassas efter arbetsmarknadens efterfrågan och nya kursplaner tas fram. Vuxenutbildningen utgår från deltagarnas och arbetsmarknadens behov, vilket innebär att utbildningsutbudet varierar och att nya utbildningar hela tiden skapas. Genom individuella studieplaner kan den enskildes förkunskaper och utbildningsbehov tillgodoses.

Vuxenutbildning inom det offentliga skolväsendet bedrivs dels såsom kommunal vuxenutbildning (komvux) genom Statens skolor för vuxna, dels genom folkhögskolor och studieförbund, dels som uppdragsutbildning.

Undersökningar visar att intresset för vårdarbete ökar med åldern. Alla unga är inte studiemotiverade men många återfår studiemotivationen efter att ha yrkesarbetat några år. Andra vill byta yrke efter några år eller upptäcker att deras kunskaper är föråldrade. Det är för vård- och omsorgssektorns framtid särskilt viktigt att intresset för vårdarbete och hithörande studier tillvaratas genom att möjligheter erbjuds att studera hela eller delar av omvårdnadsprogrammet inom vuxenutbildning i ökad utsträckning. Eleverna har god motivation och har både livs- och yrkeserfarenhet som kan komma vården till del.

Komvux

Skolverket lämnar årligen ett par rapporter om läget inom skolans värld. I dessa rapporter kan man bl a utläsa hur stor andel av det totala antalet komvuxstuderande som läste inom området hälso- och sjukvård. Enligt rapporten som kom i maj 1998 om läget i oktober 1997 var det 4,6 procent av kursdeltagarna som studerade inom detta ämne. Uppskattningsvis kan man räkna med att detta motsvarar ca 7 000 heltidsstudenter.

Komvux består av grundläggande vuxenutbildning, gymnasial vuxenutbildning samt påbyggnadsutbildning. Utbildningen i komvux anordnas i form av kurser. För gymnasial kommunal vuxenutbildning gäller samma kursplaner som för gymnasieskolan. Utrymme finns dock att anpassa kurserna efter äldre elevers behov. Även landstingen får anordna gymnasial vuxenutbildning bl.a. inom området omvårdnad. Påbyggnadsutbildningen syftar till att ge vuxna en sådan utbildning som leder till en ny nivå inom deras yrke eller till ett nytt yrke.

Skolverket har även studerat vårdutbildningarna som bedrivs i komvux' regi. Vårdlärare och elever är överens om att kursplanerna och litteraturen är dåligt anpassade efter elevernas behov. Studerande vid vuxenutbildningen har ofta lång erfarenhet från arbetslivet, många har arbetat inom vården i flera år och har därför praktiska kunskaper som leder till reflexioner och diskussioner som rör sig på ett djupt plan inom olika ämnesområden.

Formuleringar i kursplanerna ses som mycket märkliga av studenterna på komvux. De studenter som läser på komvux är äldre än studenterna på gymnasieskolorna, men kurslitteratur m.m. tar inte hänsyn till deras ålder och yrkeserfarenhet. Exempel på detta är kurserna omvårdnadskunskap A och B som innehåller moment som kan ses som fullständigt självklara för en person med erfarenhet från området. Många av eleverna på komvux är mycket motiverade och engagerade i sin utbildning och att "dumförklara" individerna är ett effektivt sätt att få dem att tappa motivation och koncentration.

Kvalificerad yrkesutbildning

Kvalificerad yrkesutbildning, KY, är en försöksverksamhet med arbetsnära eftergymnasial utbildning, 1/3 av utbildningstiden är förlagd till arbetslivet. Utbildningarna är mellan 40 och 120 veckor långa och omfattar ca 200 utbildningar inom de flesta branscher. Utbildningarna ger rätt till studiemedel. Verksamheten administreras av den särskilt tillsatta kommittén för kvalificerad yrkesutbildning.

Det är en relativt ny form av eftergymnasial utbildning, där en tredjedel av utbildningen bygger på kvalificerad tillämpning av de teoretiska kunskaperna på en arbetsplats. Utbildningarna bygger på ett nära samarbete mellan arbetsliv och olika utbildningsanordnare (gymnasieskolan, komvux, högskola och utbildningsföretag). De försöksutbildningar som får godkänt av kommittén ska svara mot verkliga behov i arbetslivet. Däremot finns inga restriktioner när det gäller inom vilka verksamhetsområden den kvalificerade yrkesutbildningen ska ges. Utbildningarna ska vara öppna för dem som kommer direkt från gymnasieskolan samt för redan yrkesverksamma som vill utveckla sin kompetens inom ett bestämt område.

Försöksverksamheten med kvalificerad yrkesutbildning är till för att samla erfarenheter när det gäller nya utbildningar, nya pedagogiska former och nya utbildningsanordnare. Samtidigt som försöket pågår får man möjlighet att undersöka hur stort intresset är hos arbetslivet och de studerande för den här typen av yrkesutbildning.

Utbildningen är eftergymnasial i och med att den kräver avslutad gymnasieutbildning eller motsvarande kunskaper. Kunskapsinnehållet hämtas både från gymnasieskolan, påbyggnadsutbildningar, högskolan och arbetslivet. Utbildningarna ska förena en praktisk inriktning med fördjupade teoretiska kunskaper. Samspelet mellan teori och arbetsliv är betydelsefullt både för utbildningens kvalitet och för att svara mot arbetslivets och de studerandes behov. Den kan bedrivas terminsvis eller kontinuerligt, utan terminsindelning. Den studerande är berättigad till studiestöd enligt gällande studiestödsregler.

Om en utbildning omfattar minst 80 poäng avslutas den med en kvalificerad yrkesutbildningsexamen. De kunskaper som vid sidan av yrkeskunskaperna främst ska lyftas fram är:

- matematik och naturvetenskapliga ämnen
- dator teknik och dess användning
- ekonomi och ekonomiskt tänkande
- samhälls- och kulturkunskap
- språk och kommunikation

Följande utbildningar inom vård och omsorg anordnas som kvalificerad yrkesutbildning:

- Hudvård
- Psykiatri
- Vård av demenssjuka
- Habilitering och rehabilitering
- Hälsovägledning
- Vård och omsorg
- Äldreservice och entreprenörskap
- Omsorg och omvårdnad i hemmet
- Vård och omsorg om sjuka äldre
- Socialpsykiatri

Arbetslivet frågar idag efter kompetent arbetskraft. Den som ska vara attraktiv på arbetsmarknaden ska inte bara ha traditionella kunskaper, utan också en bredare kompetens. Det handlar om flexibilitet, sociala färdigheter, förmåga att kunna se både helheter och processer och lösa produktionsproblem inom en verksamhet. På vissa områden råder idag brist på specialkunnande.

Inom flera branscher frågar man därför efter en ny form av utbildning med stark arbetslivsanknytning. Trots att utbildningsutbudet på eftergymnasial nivå är mycket brett i Sverige, saknas det på många områden eftergymnasial utbildning med starka inslag av lärande i arbetet.

Denna kompetens är idag mycket viktig inom hela hälso- och sjukvården samt inom omsorgsverksamheten.

Arbetslivsanknytning

Lärandet i arbetet betonas i den kvalificerade yrkesutbildningen. Under en tredjedel av utbildningen ska den studerande på en arbetsplats träna upp sin analytiska förmåga, tillämpa helhets- och systemperspektiv och ta ansvar. För att det ska fungera bra, krävs att det finns kvalificerad handledning. Det ställer även krav på att arbetsplatsen i sig har en organisation som gör lärandet möjligt. Och även om den arbetsplatsförlagda utbildningen ska ge en förtrogenhet med ett yrke eller yrkesområde får den inte vara så snäv att den har karaktären av intern företagsutbildning.

Eftersom arbetslivsdelen är en så viktig del i den kvalificerade yrkesutbildningen är det ett krav att arbetslivet aktivt medverkar i utformningen av utbildningen. Därför är det också ett krav att arbetslivet utgör en majoritet i ledningsgruppen för en utbildning. Arbetslivet bär kostnaderna för den arbetsplatsförlagda delen av utbildningen.

Viktigt är också utbildningens kvalitet och kvalitetssäkringen inom utbildningen, att utbildningen bidrar till att bryta traditionella könsbundna utbildnings- och yrkesval och stimulerar kvinnors intresse för yrken med naturvetenskaplig och teknisk inriktning samt mäns intresse för exempelvis vårddyrken.

Kunskapslyftet

Från och med hösten 1997 sker en särskild utbildningssatsning genom det s.k. kunskapslyftet. Kunskapslyftet syftar i första hand till att ge de vuxna som har störst behov av utbildning möjlighet att skaffa sig gymnasiekompetens eller bygga på med nya kunskaper, såväl yrkesinriktade som teoretiska. Kunskapslyftet är särskilt viktigt för personer i yrken och branscher som drabbas av konjunktur- och strukturförändringar som t.ex. vårdsektorn. Inom ramen för kunskapslyftet ges vidareutbildningar inom vårdområdet i många kommuner, bl.a. utbildning av vårdbiträden till undersköterskor.

Gymnasiala utbildningar för vuxna inom området vård och omsorg anordnas som enstaka kurser eller hela utbildningar i enlighet med det kursutbud som anges i gymnasieskolans omvårdnadsprogram. Vårdutbildningar ges också som påbyggnadsutbildningar med kommuner eller landsting som huvudmän. Det är stor efterfrågan på dessa kurser och

detta har gjort att antalet påbyggnadsutbildningar inom vårdsektorn hela tiden ökar. Det stora och ständigt växande trycket på vidareutbildningar för vårdpersonal har än så länge kunnat mötas av kommunerna genom bland annat Kunskslyftet. Både påbyggnadsutbildningarna och de kvalificerade yrkesutbildningarna syftar till att möta behovet av utbildningar som bygger på de grundläggande yrkeskompetenser som gymnasieskolans omvårdnadsprogram ger.

4.3 Högskolan

4.3.1 Vårdutbildningar inom högskolan

Social omsorgsexamen

Utbildningen mot social omsorgsexamen med inriktning mot äldre- och handikappomsorg finns vid 14 lärosäten i Sverige. Utbildningen är i de flesta fall 120 poäng men vid vissa högskolor 140 poäng. Uppläggningsen på utbildningen skiljer sig mellan de olika lärosätena, men utbildningen skall ge de teoretiska och praktiska kunskaper som är betydelsefulla för arbetet med äldre och funktionshindrade. Betoning läggs antingen på det beteendevetenskapliga/samhällsvetenskapliga området eller på vårdområdet. Vid de lärosäten som även har examensrätt för socionomexamen sker ett närmande mellan social omsorgsutbildning och socionomprogrammet.

Sjuksköterskeutbildning

Sjuksköterskeutbildningen finns vid de flesta av landets högskolor. Utbildningen förlängdes år 1993 och omfattar nu tre år. Sjuksköterskor inom dagens äldrevård har olika bakgrund. Vårdförbundet menar att många är distriktssköterskor/motsvarande, men även sjuksköterskor med inriktning medicin och kirurgi arbetar inom äldreomsorgen. I viss mån finns även sjuksköterskor med geriatrisk inriktning. För sjuksköterskeutbildningen gäller enligt Vårdförbundet att det på många håll saknas möjlighet att erhålla klinisk utbildning inom äldrevården.

Arbetsterapeut

Arbetsterapeututbildningen finns idag vid åtta lärosäten. Utbildningen är treårig. I samtliga program ingår ett block om minst 10 poäng om den äldre människan. Efter genomgången kurs skall studenten själv kunna

göra utredningar beträffande problem i den äldre människans dagliga aktiviteter, bedöma personens behov av arbetsterapi samt ha förmåga att göra upp behandlingsplan för förebyggande åtgärder och arbetsterapeutisk behandling. Därutöver finns valbara kurser om 5 poäng, möjlighet att förlägga klinisk praktik om 5–10 poäng inom området äldrevård och äldreomsorg samt skriva C-uppsats om 10 poäng inom dessa områden.

Sjukgymnast

Utbildning till sjukgymnast omfattar 120 poäng och finns vid sju lärosäten. Utbildningen leder till flera verksamhetsområden för arbete med människor i alla åldrar. Som sjukgymnast arbetar man både förebyggande och rehabiliterande. Rehabiliterande verksamhet syftar till att stödja och aktivera patientens inneboende resurser för att uppnå bättre funktion. Den förebyggande verksamheten är individ- och miljöinriktad.

Logoped

Logopedutbildningen omfattar 160 poäng, vilket innebär att den är upplagd för 8 terminers heltidsstudier. Logopedutbildningen tillhör yrkesutbildningssektorn för vårdyrken. Utbildningen ges vid Lunds universitet, vid Karolinska institutet i Stockholm, vid Göteborgs universitet och vid Umeå universitet.

Logopedutbildningen syftar i huvudsak till att ge den studerande förmåga att undersöka och bedöma den språkliga kommunikationsförmågan hos barn, ungdomar, vuxna och äldre med olika former av röst-, tal- och språkstörningar samt att ge behandling åt dessa patienter.

Utbildningen avslutas med logopedexamen. Legitimation utfärdas av Socialstyrelsen på grundval av examensbevis.

Psykolog

Psykologprogrammet är en sammanhållen utbildning på 200 poäng till psykolog som ges vid universiteten i Göteborg, Linköping, Lund, Stockholm, Umeå och Uppsala och omfattar fem års heltidsstudier.

Utbildningen bygger på psykologin som vetenskap samt de kunskaper inom andra ämnen, främst pedagogik och sociologi, som kan ge alternativa perspektiv och bredare synsätt på lösningar av problem inom psykologernas olika arbetsområden. Utbildningen leder fram till psykologexamen.

Läkare

Elva terminers heltidsstudier (220 p) ger läkarexamen. Därefter krävs minst 18 månaders godkänd allmäntjänstgöring (AT) innan man kan ansöka om legitimation. Specialistkompetens kräver minst fem års arbete som läkare på sjukhus samt studier inom specialistområdet.

De sista tre och ett halvt årens studier äger rum på något undervisningssjukhus och i primärvården. Studenten deltar i det dagliga praktiska patientarbetet på sjukhusavdelningar och på vårdcentraler, hela tiden med handledning av specialistutbildade och yrkesverksamma läkare/lärare. Dessa svarar också för den teoretiska undervisningen. Allt fler studenter vid läkarutbildningen tas in på andra meriter än enbart höga betyg, det är viktigt att den som söker är motiverad för sina studier och har fallenhet för sitt blivande yrke. Urvalet sker genom en uppsats och en levnadsbeskrivning samt en enskild intervju.

Vårdlärare

Utbildningen inom vårdlärarprogrammet syftar till att förbereda för verksamhet som lärare inom gymnasieskola, arbetsmarknadsutbildning, kommunal vuxenutbildning och i övrigt inom den utbildningsverksamhet där programmets utbildningsämnen förekommer.

Utbildningen omfattar 80 poäng, dvs. två år och leder till gymnasie-lärarexamen i vårdpedagogik.

4.3.2 Högskoleverkets utvärdering

Högskoleverket gjorde under åren 1995 och 1996 en utvärdering av samtliga medellånga vårdutbildningar. Verket bedömde samtliga utbildningar som yrkesrelevanta, och konstaterade att utbildningarna utvecklats mot att bli mer "högskolemässiga". Verket ansåg att en ökad anknytning till de statliga universiteten och högskolorna borde stimuleras. Därefter har de medellånga vårdutbildningarna i större delen av landets landsting överflyttats till statliga universitet och högskolor. Det ekonomiska huvudmannaskapet, och därmed ansvaret för dimensioneringen kvarstår dock hos landstingen. Högskoleverkets utvärdering ledde vidare till ett omfattande kvalitetsförbättringsarbete inom dessa utbildningar.

4.3.3 Högskoleutbildning inom äldreomsorgen

De högskoleutbildningar som är aktuella för de yrkesgrupper som finns inom äldreomsorgen är bl.a. sjuksköterskeutbildningen, läkarutbildningen och den sociala omsorgsutbildningen med inriktning mot äldreomsorg. Likaså ger utbildningarna till arbetsterapeut, dietist, logoped, psykolog, sjukgymnast och socionom m.fl. kunskaper och färdigheter som tillämpas inom äldreomsorgen.

Den statliga styrningen av utbildningarna sker på två sätt:

- genom examensordningen: i examensordningen anger staten utbildningsmål som gäller för yrkesexamina och i vissa fall längden på dessa,
- genom tilldelning av resurser.

Målen som anges i examensordningen är allmänt formulerade. Tanken med detta är att högskolorna tillsammans med yrkesföreträdare, arbetsgivarorganisationer och andra berörda skall utforma och utveckla utbildningarna. Detta innebär att variationer förekommer mellan olika högskolor.

4.3.4 Specialistsjuksköterskeexamen

År 1994 tillsatte regeringen Behörighetskommittén med uppgiften att göra en samlad översyn av principerna för legitimation och behörighet inom hälso- och sjukvården samt närliggande områden. Enligt regeringen motiverades översynen av de genomgripande förändringar som skett och fortfarande sker i samhället, däribland Sveriges inträde i EU, införandet av nya organisationsformer i många offentliga verksamheter samt reformerna inom högskolans område.

Kommittén föreslog i sitt betänkande bl.a. att specialistutbildning för sjuksköterskor skulle regleras genom införandet av nya yrkesexamina och omfattas av regler för skydd för yrkestitel. Kommittén ansåg att det fanns både för- och nackdelar med en sådan reglering, men att omsorgen om patientens säkerhet måste vara avgörande. Kommittén ansåg mot denna bakgrund att en fastare reglering än Socialstyrelsens allmänna råd var nödvändig för att garantera en hög kompetens hos specialistutbildade sjuksköterskor. Kommittén föreslog en modell där ett antal vidareutbildningar skulle regleras i högskoleförordningen. För tillträde till utbildning kunde krav på praktik ställas. Ansvar för utbildningen föreslogs kvarstå hos högskolan. Kommittén ansåg att antalet specialist-

utbildningar skulle begränsas men att det inom varje specialitet skulle finnas möjlighet att välja olika inriktningar.

Regeringens bedömning

Regeringen redogör i propositionen *Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* för sin syn på behovet av införandet av skyddad yrkestitel för vissa legitimerade yrkesgrupper. Regeringen kan inte se att det finns godtagbara skäl för någon att kalla sig exempelvis sjuksköterska utan att ha legitimation för yrket. Skälen väger i vart fall inte tyngre än patienternas krav på att även yrkestiteln ger en tydlig information om vad yrkesutövaren har för kompetens. I samband med detta föreslog regeringen att specialistbeteckningen för sjuksköterskor skulle regleras. Detta innebär att den specialistbeteckning som motsvarar en reglerad vidareutbildning för sjuksköterskor skall få användas endast av sjuksköterskor som avlagt en sådan examen.

Högskoleverkets uppdrag

Regeringen har gett Högskoleverket i uppdrag att utforma förslag till målbeskrivningar för en rad olika specialistsjuksköterskeexamina. Bland annat specialinriktningarna akutsjukvård, allmän hälso- och sjukvård, omvårdnad av äldre samt vård av barn och unga. Specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot omvårdnad av äldre skall omfatta gerontologi, geriatrik, omvårdnad vid rehabilitering samt omvårdnad i livets slutskede.

Regeringens mening är att högskoleverket skall utföra uppdraget i samråd med Socialstyrelsen samt redovisa till regeringen under augusti 1999.

4.3.5 Försök med nya utbildningar

Inom högskolan pågår en ständig utveckling av dagens utbildningar och utformning av morgondagens. Den berör såväl redan högskoleutbildade som andra grupper inom vård- och omsorgsområdet. Det finns flera exempel på detta bland annat vid Göteborgs universitet där man utvecklat ett helt nytt program som riktar sig bland annat mot undersköterskor, mentalskötare och barnsköterskor.

Andra exempel som finns är Social- och vårdvetenskapliga programmet, 120 poäng, som finns vid Högskolan i Kalmar där utbildning till sjuksköterska, verksamhetsledning i social omsorg samt social-

pedagogiskt behandlingsarbete samordnas. Delar av det första året är gemensamt medan andra och tredje åren är mer yrkesspecifika. Pedagogisk modell för utbildningen är problembaserat lärande (PBL).

Vid Örebro universitet finns sedan en tid tillbaka en läkarsekreterareutbildning på högskolenivå.

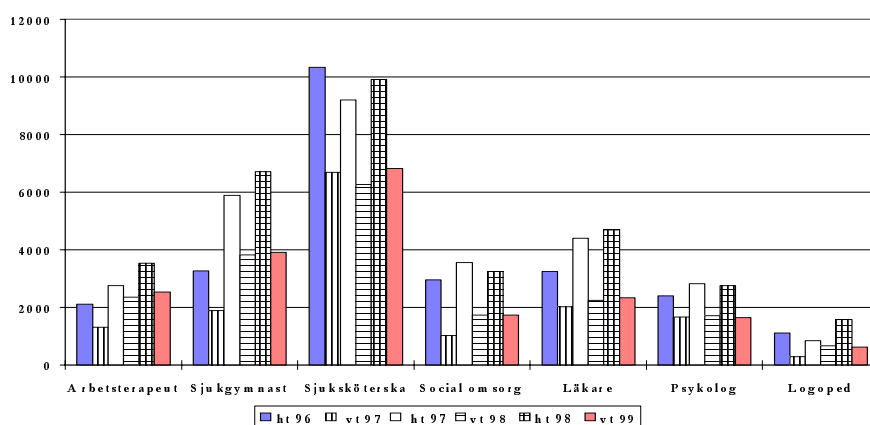
4.3.6 Antagning och examination

Det är viktigt att särskilja olika uppgifter om volymer i vård- och medicinutbildningarna. Antalet sökande till dessa utbildningar är av vikt för att t.ex. avläsa intresset för dessa utbildningar, med det är inte ett bra mått på hur tillgången på utbildad arbetskraft ser ut. Skillnaden kan ibland vara ganska stor mellan antagningsvolymen och antalet examinerade. Volymen snävas till i utbildningssystemet från kanske ett stort antal sökande till det antal som slutligen examineras.

I det följande visas därför först uppgifter om antal sökande, därefter antal förstahandssökande, därefter sökandetryck (antalet behöriga förstahandssökande per antagning), därefter antal utbildningsplatser, därefter antagningen och slutligen examinationsvolymen.

Sålunda hade t.ex. sjuksköterskeprogrammet höstterminen 1998, ca 9 900 behöriga sökande, ca. 5 200 förstahandssökande, ca. 1 900 antagna och detta år examinerades ca 1 500 per termin.

Diagram 4.4 Antal sökande till vård- och medicinutbildning (antal personer)

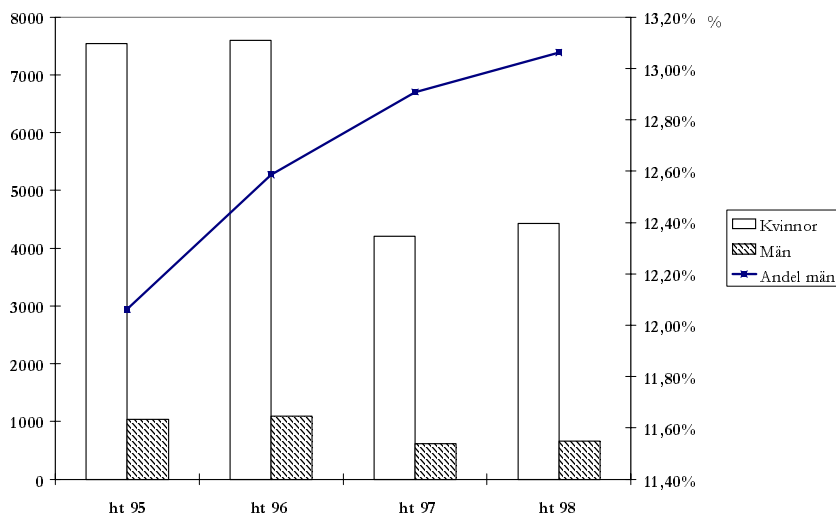


Källa: Verket för Högskoleservice (central antagning) och LFA¹⁷

¹⁷ Med LFA menas Landstingsförbundets antagningsnämnd för högskoleutbildning. Från och med höstterminen 1997 upphörde antagningsnämnden och antagningen övertogs av Verket för högskoleservice.

Diagrammet visar på ett annat mönster än ett diagram längre fram om sökandetrycket. Antalet sökande till sjuksköterskeprogrammet visar inte några tecken på nedgång, utan det är fler personer som kan tänkas bli sjuksköterska inför höstterminen 1998 än motsvarande termin 1997. För samtliga vårdutbildningar, inklusive läkarutbildningen, är det fler som söker än tidigare.

Diagram 4.5 Antal förstahandssökande till sjuksköterskeprogrammet

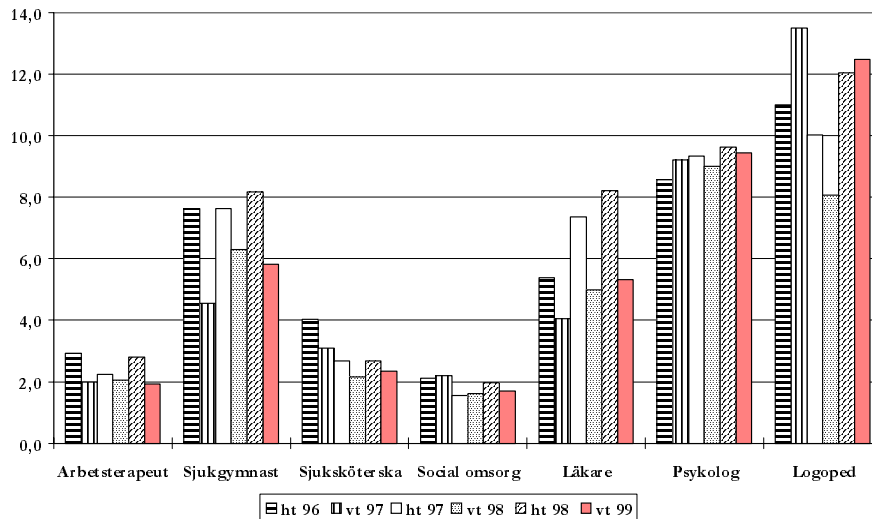


Källa: Högskoleverket och Statistiska centralbyrån

Beträffande sjuksköterskeutbildningen är det ett minskat antal kvinnor som söker utbildningen i första hand medan männens andel har varit relativt konstant, även om diagrammet ger sken av starka svängningar. På två år har antalet förstahandssökande kvinnor sjunkit med ca 3 000 st och antalet dito män med endast 300.

Ett mått på ett programs attraktionskraft är sökandetrycket, dvs. antalet behöriga förstahandssökande per antagna. Statistiken visar att sökandetrycket har ökat på nästan alla vårdutbildningar under höstterminen 1998 jämfört med höstterminen 1997. Men detta mått bör användas med försiktighet: om antalet antagna minskas samtidigt som antalet behöriga förstahandssökande är oförändrat tar sig detta felaktigt uttryck i ett ökat intresse för utbildningen.

Diagram 4.6 Sökandetryck på vård- och medicinutbildning



Källa: Verket för Högskoleservice (central antagning) och LFA

Antal utbildningsplatser

Nedanstående tabell redovisar hur dimensioneringen har sett ut sedan höstterminen 1996. Tabellen visar det planerade antalet utbildningsplatser. Antalet antagna är dock fler än antalet utbildningsplatser, vilket beror på att högskolorna gör ett överintag p.g.a. att många studenter avbryter sina studier under studietiden eller tackar nej till erbjuden plats vid kursstart.

Tabell 4.2 Utbildningsplatser (planerade platser)

Utbildningsprogram	ht 96	vt 97	ht 97	vt 98	ht 98	vt 99
Arbetsterapeut	212	212	211	215	217	213
Sjukgymnast	268	276	277	262	262	251
Sjuksköterska	1754	1657	1656	1615	1744	1713
Social omsorg med inriktning mot äldre m.m.	401	114	343	135	271	120
Läkare	393	394	382	342	391	346
Psykolog	138	93	132	93	132	93
Logoped	34	16	38	28	42	22

Källa: Verket för Högskoleservice (central antagning) och LFA

Enligt statistik från Verket för Högskoleservice över den centrala antagningen har antalet utbildningsplatser varit konstant under en tvåårsperiod. Den enda minskningen är antalet platser till sociala omsorgsprogrammet. Inför vårterminen 1999 har antalet utbildningsplatser för sjuksköterskor utökats med ca 100 st.

Antagna till vård- och medicinutbildningar

Tabell 4.3 Antal antagna studenter vid några vård- och medicinutbildningar (antal personer)

Utbildningsprogram	ht 96	vt 97	ht 97	vt 98	ht 98	vt 99
Arbetsterapeut	254	254	257	255	257	258
Sjukgymnast	302	306	308	296	297	288
Sjuksköterska	1903	1792	1797	1729	1936	1912
Social omsorg med inriktning mot äldre m.m.	459	135	419	177	316	159
Läkare	394	413	389	359	404	364
Psykolog	154	103	155	105	147	102
Logoped	34	18	40	32	46	23

Källa: Verket för Högskoleservice (central antagning) och LFA

Antalet antagna studenter till sjuksköterske- och läkarprogrammet är något fler höstterminen 1998 än för två år sedan. Däremot är det ett minskat antal antagna till social omsorgsprogrammet (inriktning äldre m.m.). För övriga redovisade utbildningar är det ett jämnt antal studenter som antas varje termin.

Generellt gäller att antalet examinerade är lägre än antalet antagna. Detta gäller såväl vårdutbildningar som andra utbildningar på högskolor och universitet. Detta beror delvis på att många som påbörjar studier på program eller enstaka kurser aldrig haft för avsikt att slutföra sina studier. De studerar i väntan på att komma in på annan utbildning, andra har redan en examen och kompletterar med ämnen och kurser de finner intressanta. För att få en totalbild över examinationsfrekvensen är det således mer relevant att jämföra totala antalet högskolenybjörjare med totala antalet examinationer. Då blir examinationsfrekvensen 60–65 procent.

Beräkningar från Vårdförbundet visar att ca 75 procent av sjuksköterskorna har mindre än 60 poäng i omvårdnad. Den tidigare sjuk-

sköterskeutbildningen gav endast 20 poäng i omvårdnad medan dagens utbildning ger 60 poäng i samma ämne. Detta innebär dels att den formella kunskapen i omvårdnad hos personal med den äldre utbildningen i botten är mycket låg, dels att det finns en mycket svag koppling mellan verkligheten ute i landstingen och forskningen inom högskola och universitetsvärlden. Det är fundamentalt för den framtida utvecklingen av vårdutbildningarna att omvårdnadsforskningen verkligen når ut till verksamheterna.

Lägst utbildningsnivå finns hos omsorgspersonal inom äldreomsorgen. Drygt 30 procent av den totala personalstyrkan saknar utbildning. För att klara av framtidens vård, som kommer att vara mer komplex och se annorlunda ut jämfört med idag, är kompetent personal en grundförutsättning.

4.3.7 Nationellt planeringsorgan för läkares specialisttjänstgöring

År 1992 genomfördes en reformering av läkarnas specialistutbildning. Reformeringen innebar att planeringssystemet skulle decentraliseras och att varje sjukvårdshuvudman skulle ansvara för dimensioneringen av specialistutbildningen genom att anställa legitimerade läkare på så kallade ST-tjänster (specialiseringstjänstgöring). Reformen förutsatte en samordning mellan landstingen så att behovet av ST-läkare kunde tillgodoses på nationell, regional och lokal nivå. Detta har inte skett. Planering och dimensionering har skett uteslutande på lokal nivå vilket innebär att ingen hänsyn har tagits till det nationella behovet av specialistkompetens, idag ser vi konsekvenserna av detta och stora brister har uppstått.

Under 1990-talet har antalet specialistutbildade läkare minskat. Enligt Socialdepartementet är det svårt att ge en rättvisande bild av utvecklingen men man kan se att antalet utannonserade ST-tjänster har minskat med ca 50 procent. Det medförde att regeringen i proposition 1997/98:5 föreslog att det i landstingen skall finnas möjligheter till anställning.

Tabell 4.4 Antal utannonserade ST-anställningar

År	Antal ST
1994	571
1995	546
1996	502
1997	645
1998	1 216

Källa: Sveriges läkarförbund

Bristen på långsiktig och strategisk nationell planering och bedömning av det framtida behovet av läkare med specialistkompetens skapar farhågor för en framtida obalans mellan pensionsavgångar och tillskottet av nyexaminerade specialister.

Regeringen gav den 16 oktober 1996 Socialstyrelsen i uppdrag att överväga hur ett centralt planeringsstöd skulle utformas för ST-läkare. Socialstyrelsen rapporterade den 29 maj 1998 till socialdepartementet hur detta planeringsstöd skulle kunna utformas. Kostnaden för planeringsstödet är beräknat till ca 4 miljoner kronor per år. Den föreslagna arbetsgruppen består av Landstingsförbundet, Högskoleverket, Sveriges Läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet samt Socialstyrelsen.

I regeringens regleringsbrev till Socialstyrelsen kommer det att fastslås att det centrala planeringsstödet skall från och med den 1 juli 1999 ingå i Socialstyrelsens verksamhetsuppgifter.

Det planeringsstöd för specialistläkare som är under utveckling vid Socialstyrelsen är ett verktyg som även borde omfatta även specialist-sjuksköterskor. En planering för detta finns också inom Socialdepartementet. Kommissionen stödjer denna inriktning.

Socialstyrelsen har genomfört olika uppföljningar och utvärderingar av tillgången av läkarresurserna i primärvården. Som ett riktmärke för läkartätheten i primärvården finns sedan år 1995 riksdagens rekommendation om i genomsnitt en (heltidsarbetande) allmänläkare per 2 000 invånare, med viss variation efter lokala förutsättningar. De omstruktureringar som skett inom sjukvården de senaste tre–fyra åren har lett till att ökat medicinskt ansvar för primärvården och allmänläkarna. Flera huvudmän har upplevt 1995 års riktvärde som inaktuellt och har genom politiska beslut ändrat målsättningen till en allmänläkare per 1 500 invånare.

Tabell 4.5 Avvikelser år 1998 från målsättningen 2 000 invånare per heltidsarbetande allmänläkare i primärvården.

<i>Huvudman</i>	<i>Avvikelse</i>
Jämtlands läns landsting	-309
Landstinget Dalarna	-178
Landstinget Gävleborg	-56
Landstinget i Västmanland	-7
Sigtuna kommun	28
Norrbottnens län landsting	37
Landstinget i Älvsborg	62
Västerbottens län landsting	72
Helsingborgs stad	76
Landstinget i Värmland	100
Landstinget Blekinge	126
Landstinget Västernorrland	179
Katrineholms kommun	212
Landstinget i Kronoberg	221
Örebro läns landsting	233
Landstinget i Kalmar län	235
Landstinget i Östergötland	247
Landstinget, Kristianstads län	253
Malmö stad	261
Stockholms län landsting	290
Landstinget i Skaraborg	316
Malmöhus läns landsting	397
Bohuslandstinget	399
Landstinget i Uppsala län	412
Landstinget Sörmland	419
Gotlands kommun	495
Landstinget Halland	525
Landstinget i Jönköpings län	566
Göteborgs stad	1 100
Riket, totalt	246

Källa: Socialstyrelsen, 1999, Meddelande blad nr 11/99. Allmänläkare i primärvården.

4.3.8 Utveckling i yrket: möjligheter och hinder

Legitimationen utgör sedan lång tid det mest framträdande beviset på en yrkesutövares kompetens inom hälso- och sjukvården. I flera fall är legitimationen en förutsättning för annan behörighet såsom exempelvis

ensamrätt att utöva yrket och rätt till yrkestitel. Legitimationen är ett uttryck för att en yrkesutövare står under samhällets tillsyn och har godkänts för yrkesverksamhet inom det område legitimationen avser. Den främsta betydelsen ligger i samhällets möjlighet att på ett märkbart och tydligt sätt – genom indragning av legitimationen – reagera när en legitimerad yrkesutövare allvarligt missköter sig.

Legitimationens huvudfunktion är att vara en garanti för att personalen har en viss kunskapsnivå och vissa personliga egenskaper samt att utgöra en varudeklaration för personalens kvalifikationer. Rätten till legitimation förbehålls sådana grupper av yrkesutövare som har en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet.

Reglering på fyra nivåer

För några yrken är legitimationen ett villkor för att få utöva yrket och använda yrkestiteln. Legitimationen ger dessutom ensamrätt för yrkesutövaren att för allmänheten ange att han eller hon är legitimerad. Den 1 januari 1999 trädde lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område i kraft. Lagen innehåller bland annat bestämmelser om legitimation, ensamrätt till yrke, skyddad yrkestitel och skyddad specialistbeteckning för vissa vårdyrken som redan tidigare omfattats av lagstiftning men som nu får en något förändrad reglering. Därutöver tillkommer ett antal yrken som får legitimation och ytterligare några yrken som får skyddad yrkestitel utan att ha legitimation. Med den nya lagen införs – som ett komplement till legitimationen – en ordning med skyddade yrkestitlar för vissa yrkeskategorier som inte omfattas av bestämmelserna om legitimation. Därmed kommer dessa yrkesgrupper att bli reglerade med olika styrka på fyra skilda nivåer.

1. Ensamrätt till yrke

Ensamrätt till yrke tillkom i tidigare lagstiftning barnmorska, läkare och tandläkare i kraft av legitimation eller särskilt förordnande. Med den nya lagen förs även apotekare och receptarier till denna kategori.

2. Skyddad yrkestitel i kraft av legitimation

Till denna kategori förs – utöver de ovan nämnda – arbetsterapeuter, logoped, psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster, sjukhusfysiker, sjuksköterskor och tandhygienister. Man får således inte kalla sig psykolog etc. om man inte har legitimation som psykolog (eller genomgår föreskriven praktisk tjänstgöring).

Detta är en skärpt reglering för samtliga här uppräknade yrkesgrupper utom psykologer och psykoterapeuter som redan tidigare åtnjöt detta skydd.

3. Skyddad yrkesbeteckning i kraft av legitimation

Samtliga legitimationsyrken är kopplade till ett skydd för yrkesbeteckningen, dvs. yrkestiteln i kombination med uttrycket legitimerad, men i fråga om kiropraktor, naprapat och optiker är skyddet begränsat till yrkesbeteckningen. Det är med andra ord fullt möjligt att kalla sig optiker (men inte legitimerad optiker) även om man inte har legitimation som optiker.

4. Skyddad yrkestitel i kraft av viss yrkesexamen

Detta är en ny ordning som införs vid årsskiftet som ett komplement till legitimationen och omfattar yrkesgrupperna audionom, biomedicinsk analytiker, dietist och ortopedingenjör när de är verksamma på hälso- och sjukvårdens område. Den som inte har avlagt viss i lagen preciserad högskoleexamen har inte rätt att använda en titel som kan förväxlas med någon av de fyra nämnda skyddade yrkestitlarna. Yrkestiteln kommer därmed att utgöra en form av varudeklaration gentemot patienterna.

4.3.9 Tillgodoräkning av kurser och yrkeserfarenhet

I Högskoleförordningen står att

"Om en student vid en högskola inom landet har gått igenom viss grundläggande högskoleutbildning med godkänt resultat, har studenten rätt att tillgodoräkna sig detta för motsvarande utbildning vid någon annan högskola".

Trots detta är studenters möjligheter att tillgodoräkna sig kurser starkt begränsad. Frågan är viktig i kommissionens arbete eftersom möjligheterna att "snedda" mellan olika utbildningar samt ta upp studier igen efter en examen påverkar rekryteringen. Möjligheterna att tillgodoräkna sig tidigare utbildningar och kurser skulle kunna höja vårdrkenas och utbildningarnas attraktionskraft.

Detta regelsystem är utformat så att det ger utrymme för den eftersträlvade generösare tillämpningen. Inte heller enligt Högskoleverket behöver regelsystemet ändras. Högskolor och universitet måste kunna fatta beslut som passar de lokala förhållanden som råder på orten. Högskolorna svarar för kvaliteten i utbildningarna och måste således ha stora friheter att organisera utbildningarna på vad man anser vara bästa sättet.

Men det är tillämpningen av reglerna om tillgodoräkning som är alldeles för stram.

Enligt Högskoleverket beror många av bristerna i tillgodoräknings-systemet på att högskolornas beslut om tillgodoräkning av kurser fattas långt ut i organisationen. Det är inte reglerat i förordningen på vilken nivå i högskolans organisation besluten om tillgodoräkning av kurser skall fattas, det är upp till varje institution att avgöra. Bristen på generositet och skillnaderna mellan olika högskolor kan förklaras av att besluten fattas på en alltför låg organisationsnivå, ofta inte på högskole- eller fakultets- utan på institutionsnivå där kännedomen om gällande regler kan vara otillräckliga och kunskapen om andra utbildningar bristfällig.

Vissa skillnader i bedömningsgrunder mellan olika högskolor är naturligtvis ofrånkomliga men i många fall orsakar den låga beslutsnivån större skillnader än nödvändigt eftersom det inte finns någon för högskolorna gemensam policy i dessa frågor.

Regelverket behöver alltså inte ändras, däremot bör nuvarande regler tillämpas enligt vad som varit avsikten, nämligen på ett generösare sätt. Genom Högskoleverkets tillsyn kan högskolornas arbete och beslutsfattande i dessa frågor följas upp och granskas. På lokal nivå kan högskolorna fastställa riktlinjer med den avsedda inriktningen som gäller för beslut angående tillgodoräkning.

Tillgodoräkning av yrkeserfarenhet

Högskoleförordningen stadgar vidare att

”Om det finns skäl får högskolan besluta om undantag från något eller några behörighetsvillkor.”

Precis som när det gäller tillgodoräkandet av kurser är regelverket utformat så att högskolorna kan lägga in sina egna tolkningar och lokala förutsättningar i tillämpningen. Samma kritik kan riktas mot hur detta sker i praktiken.

Många sjuksköterskor stängs t.ex. ute från vissa universitetsutbildningar i och med nya behörighetsregler. Sjuksköterskor med den gamla utbildningen har en kortare gymnasieutbildning och med de nya reglerna uppfyller de inte de särskilda behörighetskraven. En möjlighet är då att kunna tillgodoräkna sig sin yrkeserfarenhet eller att tentera i ämnen där betyg saknas. För många handlar det om att de saknar den formella kompetensen men har arbetat inom ett visst område i många år men trots

detta inte anses behöriga att vidareutbilda sig inom det aktuella fackområdet.

Beträffande situationen för de som har den tidigare tvååriga vårdlinjen på gymnasiet som grund och som idag vill gå vidare har tidigare gällt en övergångsregel fram till och med år 1999 enligt vilken denna utbildning bedömts på samma sätt som det senare treåriga omvårdnadsprogrammet. Denna tidsgräns är borttagen innebärande att det inte heller framöver är ett problem med den tidigare utbildningen. Det förefaller emellertid som om det vore få som känner till att denna tidsgräns är borta. Än idag ges felaktiga besked från universitet och högskolor. Högskoleverket bör därför uppmärksamma frågan.

Trots stadgande i högskoleförordningen och trots regeringens uttalande om en generös tillämpning av reglerna är det alltså svårt för studenter och yrkesverksam vårdpersonal att tillgodoräkna sig kurser och/eller yrkeserfarenhet. Varken Landstingsförbundet eller Högskoleverket anser att det behövs nytt regelverk, gällande förordningar torde vara tillräckliga. Det måste – även som en del i att göra vårddyrkena attraktiva – bli möjligt för vårdpersonal som vill utveckla sig vidare att tillgodoräkna sig såväl tidigare utbildning som sin yrkeserfarenhet på ett generösare sätt och därmed erhålla behörighet till utbildningar.

4.3.10 Kostnadsfördelning

Det statliga stödet till vårdhögskoleutbildningarna utgår i form av ett statsbidrag till de landsting och kommuner som bedriver sådan verksamhet, eller som givit en statlig högskola i uppdrag att bedriva sådan utbildning.

Riksdagen fastställer ett maximalt antal statsbidragsberättigade studieplatser per år och per landsting eller kommun. Baserat på antalet registrerade helårsstudenter under året före budgetåret fördelas det samlade anslaget med samma belopp per helårsstudent, helt oberoende av vilken utbildning det gäller. Naturligtvis varierar kostnadsbilden avsevärt mellan olika utbildningar men trots detta erhåller högskolorna samma belopp per helårsstudent. Förutom ovanstående kostnader tillkommer statens kostnader för studiemedel.

Statsbidraget skall täcka 20 procent av utbildningskostnaderna. Högskolorna själva menar att detta varierar stort från år till år. Den andel av kostnaderna som täcks av statsbidrag varierar mellan 13 och 28 procent.

Den största enskilda posten i landstingens kostnader för vårdhögskolorna är lärare och undervisningspersonal som utgör 51 procent av

den totala budgeten. Övriga kostnader är bl.a. material och administration, övrig personal och lokaler.

4.4 Könsfördelning i vårdutbildningarna

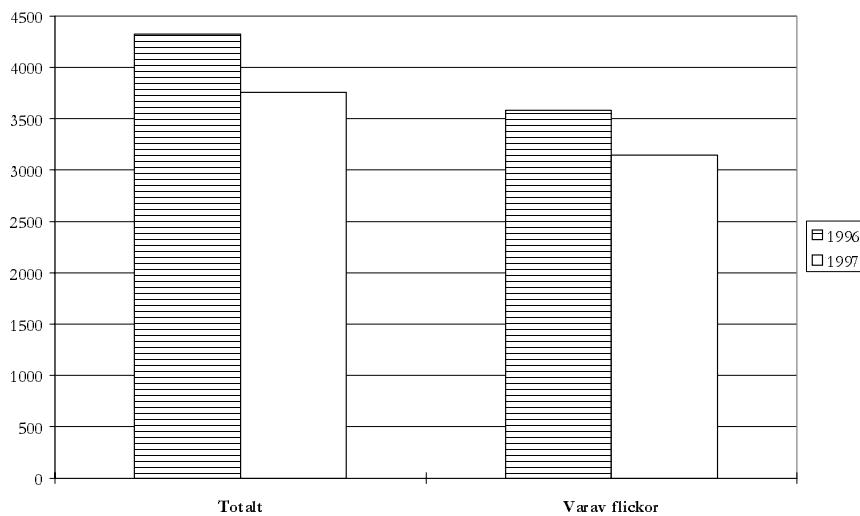
Tabellen nedan visar andelen antagna kvinnor av samtliga antagna till några av högskolans vårdprogram i relation till antalen examinerade.

Tabell 4.6 Antalet antagna och examinerade under perioden 1993–1996 varav andel kvinnor

	antal antagna	% kvinnor	antal examinationer	% kvinnor
arbetsterapeut	465	92	295	94
sjukgymnast	601	75	437	75
sjuusköterska	3 678	87	2 948	87
social omsorg	763	90	441	91
läkare	939	51	750	48

Källa: Högskoleverket

Diagram 4.7 Könsfördelningen på gymnasieskolornas omvårdnadsprogram (årskurs 1)



Källa: Skolverket

Utbildningsnivå och könsfördelning

År 1995 hade ungefär en fjärdedel av alla kvinnor och män i åldern 24–64 år en eftergymnasial utbildning. En eftergymnasial utbildning kortare än tre år är något vanligare bland kvinnor än bland män. Längre eftergymnasiala utbildningar är lika vanliga bland kvinnor som bland män.

1,1 procent av männen har en forskarutbildning och motsvarande siffra bland kvinnorna är 0,3 procent. Bland de forskarutbildade i åldern 24–64 år är en utbildning inom teknik och naturvetenskap den vanligaste inriktningen bland både kvinnor och män. Den näst vanligaste inriktningen är vård och medicin. I gruppen med kort eftergymnasial utbildning har 40 procent av männen och 5 procent av kvinnorna en inriktning mot natur och teknik. Motsvarande siffra för vård och medicin är precis den omvända, 40 procent av kvinnorna och 5 procent av männen har denna inriktningen. Således kan vi konstatera att ju högre upp i utbildningshierarkien desto jämnare är könsfördelningen.

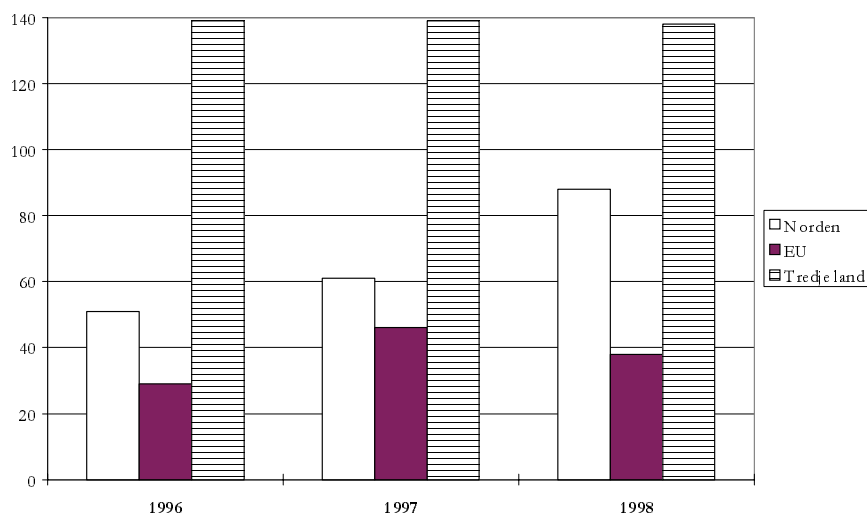
Av de sökande till högskolan under år 1998 som aldrig sökt tidigare var 60 procent kvinnor och 40 procent män, men bland de som börjar är kvinnor och män ungefär lika många. I en jämförelse är det alltså fler män än kvinnor som antas till de utbildningar de söker.

4.5 Läkare med utländsk utbildning

De läkare som kommer till Sverige med utländsk utbildning kan generellt delas in i två grupper, dels utbildade från ett land i Norden eller från EU i övrigt, dels utbildade från ett land utanför EU.

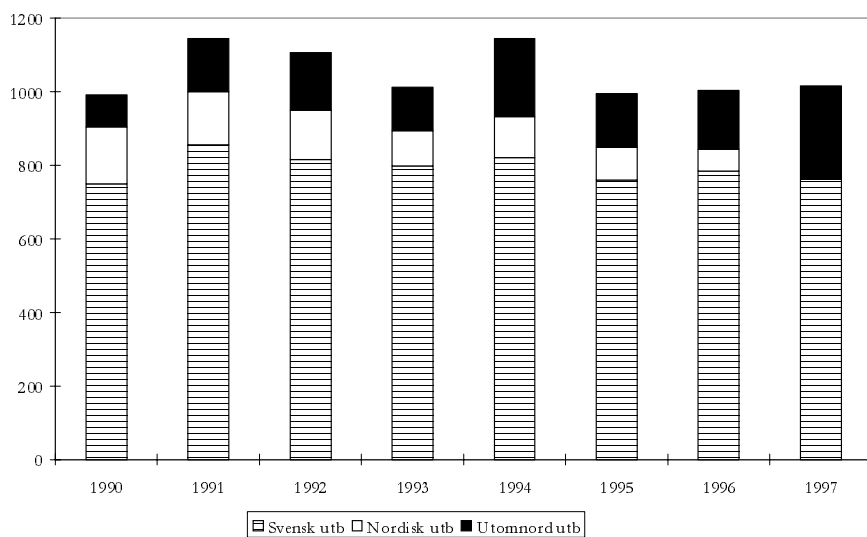
Antalet beviljade legitimationer och inflyttningen av läkare till Sverige ökar. I diagrammet nedan framgår att ökningen är särskilt stor när det gäller nordiska medborgare samt medborgare i EU-länder. Dessa erhåller legitimation i Sverige relativt enkelt. Däremot ligger ansökningar från läkare utanför EU kvar på samma nivå som tidigare.

Diagram 4.8 Antal beviljade legitimationer (alla yrkesgrupper)



Källa: Socialstyrelsen

Diagram 4.9 Antal legitimerade läkare



Källa: Socialstyrelsen

Arbetslöshet bland invandrare läkare

Det finns ett par hundra arbetslösa läkare i Sverige. Den stora majoriteten av dem är invandrare. Bristande språkkunskaper och ont om praktikplatser är några anledningar till den höga arbetslösheten bland läkarutbildade invandrare.

Statens kurser i svenska för invandrare upplevs som långsamma och intetsägande för de högutbildade akademikerna. När kurserna väl är avklarade måste individen själv söka plats på kurser i medicinsk svenska. Sedan väntar det officiella kunskapsprovet som administreras av Socialstyrelsen. Den stora majoriteten av de invandrade läkarna som gör provet klarar det utan anmärkning.

När provet är avklarat måste individen på egen hand söka praktikplats. Detta upplevs av många som rent omöjligt. Enligt de svenska läkarna på sjukhuset runt om i landet är det omöjligt att ta in praktikanter på grund av tidsbristen. Den långsiktighet som borde finnas i verksamhetsplaneringen saknas och det finns helt enkelt inte tid för inskolning.

4.6 Vårdutbildade som inte är yrkesverksamma i vårdsektorn

4.6.1 Arbetslösa

Trots den brist som råder på personal finns det en mängd personer som står utanför arbetsmarknaden. Bland annat finns det nästan motsvarande en hel årskull undersköterskor som är helt arbetslösa (3 129).

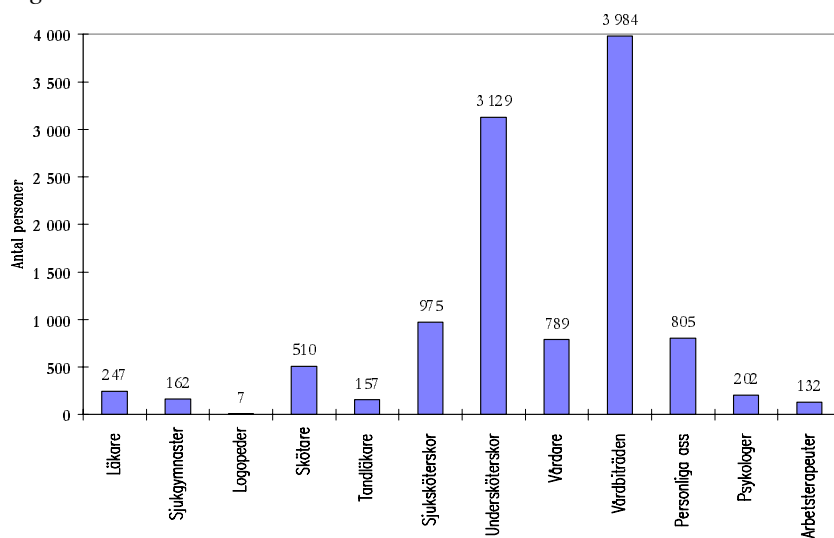
Det fanns i december 1998 även 93 läkare som uppbar arbetslöshetsersättning enligt Akademikernas erkända arbetslöshetskassa AEA. Enligt läkarförbundet fanns det i december 1998 39 specialistläkare som uppbar ersättning från AEA. Flest arbetslösa specialistläkare finns i Stockholms län.

Man kan fråga sig varför det finns arbetslösa inom en bristsektor som vård och omsorg. Svaret är att det säkerligen finns personer som söker arbete inom detta område utan relevant utbildning, att det finns något hinder som gör dem mindre attraktiva för arbetsgivaren eller att många personer har en deltidsanställning och uppbar fyllnadsersättning från arbetslöshetsförsäkringen men borde utgöra en arbetskraftsresurs.

Statistiken nedan visar endast personer som är heltids- och deltidsarbetslösa. Utöver dessa finns det en mängd personer som omfattas av olika typer av arbetsmarknadsåtgärder, men som inte ingår i detta datumaterial.

Den skillnad som finns mellan exempelvis AEA-statistiken och AMS´ statistik beror på att den förra statistiken omfattar endast medlemmar i t.ex. Läkarförbundet som har kvalificerat sig för ersättning från AEA, dvs. de har haft arbete och sedan blivit arbetslösa. AMS-statistiken däremot omfattar alla arbetslösa personer som har anmält sig till arbetsförmedlingen och sökt arbete som t.ex. läkare. Där finns också läkare med utländsk utbildning som inte fått behörighet att arbeta som läkare i Sverige, personer som inte är fackligt anslutna, som inte kvalificerat sig för arbetslöshetsförsäkring eller som blivit utförsäkrade.

Diagram 4.10 Helt arbetslösa i november 1998



Källa: Arbetsmarknadsstyrelsen

Tabell 4.7 Åldersfördelning bland helt arbetslösa i november 1998

	0–24 år	25–34 år	35–44 år	45–54 år	> 55 år
Läkare	1	68	106	56	16
Sjukgymnaster	12	61	50	29	10
Logoped		1	4	1	1
Skötare	23	163	140	142	42
Tandläkare	4	48	65	29	11
Sjuksköterskor	76	292	285	207	115
Undersköterskor	624	1 137	745	439	184
Vårdare	91	290	204	161	43
Vårdbiträden	587	1 598	941	593	265
Personliga ass	177	283	153	142	50
Psykologer	2	38	64	71	27
Arbetsterapeuter	10	44	30	37	11

Källa: Arbetsmarknadsstyrelsen

Att huvuddelen av de helt arbetslösa består av yngre personer kan tyda på att dessa har svårt att komma in på arbetsmarknaden trots den rådande bristsituationen.

Tabell 4.8 Medborgarskap och antal arbetslösa i november 1998

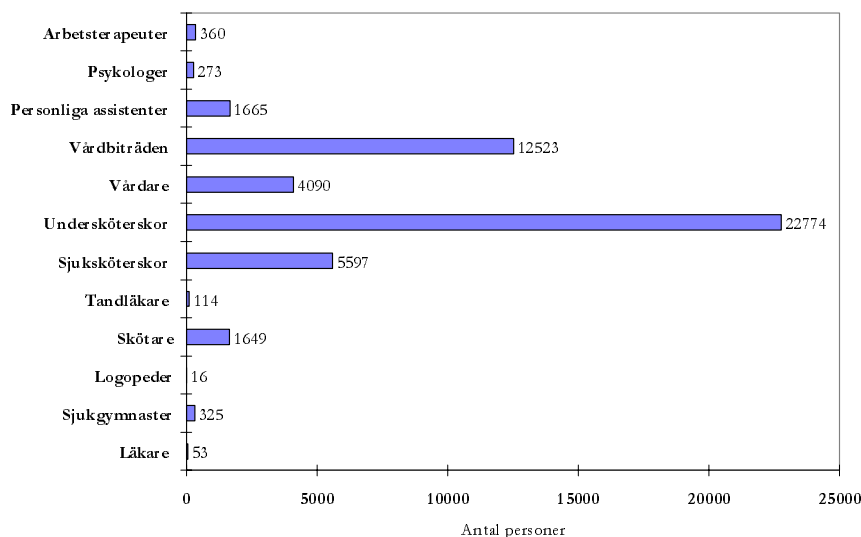
	Svensk	Nordisk	Övriga länder
Läkare	115	3	129
Sjukgymnaster	144	5	13
Logoped	7	0	0
Skötare	484	18	8
Tandläkare	99	3	55
Sjuksköterskor	795	14	166
Undersköterskor	2 770	59	300
Vårdare	749	16	24
Vårdbiträden	3 397	111	476
Personliga ass	687	21	97
Psykologer	180	6	16
Arbetsterapeuter	119	5	8

Källa: Arbetsmarknadsstyrelsen

Det finns enligt statistiken 115 läkare med svenskt medborgarskap som skulle kunna utgöra en resurs. Dessutom finns det 132 läkare som har annat medborgarskap.

Nu är det inte enbart helt arbetslösa som utgör en potentiell arbetskraftsförstärkning. Det finns även många personer som är deltid-arbetslösa. Det bör påminnas om att antalet deltidsanställda som talats om i tidigare avsnitt inte är detsamma som de deltidsarbetslösa som är anmälda vid arbetsförmedlingen med eller utan fyllnadsersättning från arbetslöshetsförsäkringen.

Diagram 4.11 Antal deltidarbetslösa i nov. 1998



Källa: Arbetsmarknadsstyrelsen

Som diagrammet visar är det många undersköterskor och vårdbiträden som är deltidarbetslösa. Om man antar att samtliga deltidarbetslösa undersköterskor har en sysselsättningsgrad motsvarande 50 procent och att de skulle vilja arbeta heltid skulle det motsvara ca 11 000 nya heltidstjänster. Det finns även många sjuksköterskor som är deltidarbetslösa.

Tabell 4.9 Åldersfördelning av deltidsarbetslösa, nov. 1998

	0-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	> 55 år
Läkare		5	22	18	8
Sjukgymnaster	26	157	84	39	19
Logopeder		5	4	5	2
Skötare	153	464	477	394	161
Tandläkare	1	44	51	11	7
Sjuksköterskor	367	2020	1517	1148	545
Undersköterskor	5417	7557	4977	3664	1159
Vårdare	634	1392	971	780	313
Vårdbiträden	1943	3940	2762	2519	1359
Personliga assistenter	510	479	318	252	106
Psykologer	2	57	102	85	27
Arbetssterapeuter	27	175	88	51	19

Källa: Arbetsmarknadsstyrelsen

Den största gruppen deltidsarbetslösa återfinns i åldersgruppen 25-34 år. Det kan förklaras av behovet att vara hemma med småbarn eller att – liksom för de helt arbetslösa – det är svårt för yngre att komma in på arbetsmarknaden. Dessa unga personer har fått ett deltidsarbete, men vill ha ett heltidsarbete.

Tabell 4.10 Antalet helt arbetslösa per län, nov. 1998

Län/yrke	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	S	T	U	V	X	Y	Z	AC	BD
Läkare	70	19	1	12	2	2	3		3	50	6	47	1	8	5	1	4	2	1	8	2			
Sjukgymn	40	8	3	11	1	2	1	1	2	39	5	25	1	1	2	2	1	2	1	2	1	10	4	
Logopeder	2									1	2	2												
Skötare	96	17	17	20	16	12	19	2	13	55	9	64	19	24	22	16	18	36	10	8	17			
Tandläkare	58	2	3	6	3	2	2			25	3	32	1	1	3		1					13	2	
Sjuksköter	158	32	41	39	32	17	32	2	29	135	43	152	26	55	19	36	37	37	18	16	19			
Undersköter	370	84	106	143	82	54	89	29	58	436	97	489	148	123	101	162	101	150	63	65	179			
Vårdare	82	26	35	34	15	12	33	15	19	93	37	98	37	43	18	34	32	46	22	22	36			
Vårdbiträden	618	94	110	179	107	70	118	21	74	486	109	698	141	177	107	166	172	168	70	85	214			
Personliga ass	152	31	22	19	25	10	19	8	8	130	23	108	31	18	23	39	40	21	18	25	35			
Psykologer	65	11	4	1	1	3	1		2	46	3	49	1	2	3	1	1	5	2	6				
Arbetssterap	9	3	1	17	6	2	2			29	2	18	2	9	1	2	2				2	12	8	
Totalt	1 720	327	343	481	290	186	319	78	208	1 525	339	1 782	408	461	304	459	409	467	207	270	516			

Källa: Arbetsmarknadsstyrelsen, se nedan för länsförklaring.

Det finns en stor geografisk spridning bland de helt arbetslösa, men bland läkare är det vanligt att de stannar kvar där de fått sin utbildning. Undantaget är Örebro län som har åtta stycken helt arbetslösa läkare.

Tabell 4.11 Antalet deltidsarbetslösa per län, nov. 1998

Län/yrke	AB	C	D	E	F	G	H	I	K	M	N	O	S	T	U	W	X	Y	Z	AC	BD
Läkare	15	8	1	2	0	0	1	0	0	10	1	7	2	2	0	1	0	0	1	2	0
Sjukgymn.	51	14	4	17	3	2	7	1	6	74	15	50	3	2	5	7	6	4	9	25	20
Logoped	2	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Skötare	148	53	44	67	100	47	55	13	28	186	87	289	83	52	93	67	47	73	23	41	53
Handläkare	29	5	0	1	2	1	3	0	3	27	2	30	1	0	0	1	1	1	0	5	2
Sjuksköter.	344	143	166	238	297	187	321	24	181	669	269	951	165	242	202	216	222	211	115	169	265
Undersköter.	935	502	794	1031	1061	546	717	171	542	2798	882	4241	1574	969	840	1149	1068	905	452	583	1014
Vårdare	220	107	213	216	175	101	221	63	147	453	136	663	131	162	138	171	182	174	102	147	168
Vårdbiträden	1050	408	372	573	397	239	458	99	313	1273	414	2213	498	528	480	717	740	483	343	338	587
Personliga ass	202	71	55	53	54	26	26	17	35	255	38	274	51	56	50	100	88	56	41	57	60
Psykologer	80	15	7	4	1	1	1	1	49	7	86	3	2	2	5	1	0	1	4	2	
Arbets terap.	26	4	9	44	25	2	6	0	4	57	12	68	8	26	7	2	3	7	4	17	29
Totalt	3102	1330	1665	2246	2115	1152	1816	389	1260	5860	1863	8876	2519	2041	1817	2436	2358	1914	1091	1388	2201

Källa: Arbetsmarknadsstyrelsen

Tabell 4.12 Länsförklaring

Stockholms	AB	Gotlands	I	Västmanlands	U
Uppsala	C	Blekinge	K	Dalarnas	W
Södermanlands	D	Skåne	M	Gävleborgs	X
Östergötlands	E	Hallands	N	Västernorrlands	Y
Jönköpings	F	Västra Götalands	O	Jämtlands	Z
Kronobergs	G	Värmlands	S	Västerbottens	AC
Kalmar	H	Örebro	T	Norrbottnens	BD

Kostnaden för arbetslösheten

Många personer som är helt arbetslösa eller deltidsarbetslösa har ersättning från arbetslöshetsförsäkringen. Staten står för en stor del av denna kostnad som kanske istället kunde användas till att kompensera de ökade kostnader som uppstår när kommuner och landsting höjer sysselsättningsgraden. Detta är en metod som bl.a. länsarbetsnämnden i Östergötland prövar, se bilaga 2, tipskatalogen.

Tabell 4.13 Helt arbetslösa med arbetslöshetskassa, nov 1998

Yrke	Data	Totalt	Andel personer med a-kassa
Läkare	Antal arbetslösa	70	28%
	Summa utbetalt belopp	606898	
Sjukgymnaster	Antal arbetslösa	96	59%
	Summa utbetalt belopp	854004	
Logopedier	Antal arbetslösa	3	43%
	Summa utbetalt belopp	25540	
Skötare	Antal arbetslösa	359	70%
	Summa utbetalt belopp	3029673	
Tandläkare	Antal arbetslösa	68	43%
	Summa utbetalt belopp	606368	
Sjuksköterskor	Antal arbetslösa	637	65%
	Summa utbetalt belopp	4739437	
Undersköterskor	Antal arbetslösa	1887	60%
	Summa utbetalt belopp	13973487	
Vårdare	Antal arbetslösa	531	67%
	Summa utbetalt belopp	4203761	
Vårdbiträden	Antal arbetslösa	2270	57%
	Summa utbetalt belopp	17184936	
Personliga assistenter	Antal arbetslösa	403	50%
	Summa utbetalt belopp	3119352	
Psykologer	Antal arbetslösa	139	69%
	Summa utbetalt belopp	1278057	
Arbetsterapeuter	Antal arbetslösa	96	73%
	Summa utbetalt belopp	790383	
Totalt Antal arbetslösa		6559	59%
Totalt Summa utbetalt belopp		50 411 896 kr	

Källa: Arbetsmarknadsstyrelsen

Tabellen visar hur många personer som har ersättning från arbetslöshetsförsäkringen och hur mycket medel som betalades ut i november 1998. Det framgår också hur många som har kvalificerat sig till a-kassan. Bland läkare är det få som har a-kassa, men bland psykologer och arbetsterapeuter är det vanligare. Att man har kvalificerat sig behöver inte innebära att personen har arbetat inom relevant yrke.

Tabell 4.14 Fyllnadsersättning bland deltidsarbetslösa, nov. 1998

Yrke	Data	Totalt	Andel personer med a-kassa
Läkare	Antal deltid/tilf tim	20	38%
	Summa utbetalt belopp	80594	
Sjukgymnaster	Antal deltid/tilf tim	180	55%
	Summa utbetalt belopp	590496	
Logopeder	Antal deltid/tilf tim	7	44%
	Summa utbetalt belopp	28232	
Skötare	Antal deltid/tilf tim	1108	67%
	Summa utbetalt belopp	4142423	
Tandläkare	Antal deltid/tilf tim	58	51%
	Summa utbetalt belopp	217261	
Sjuksköterskor	Antal deltid/tilf tim	3393	61%
	Summa utbetalt belopp	9103465	
Undersköterskor	Antal deltid/tilf tim	14103	62%
	Summa utbetalt belopp	42892175	
Vårdare	Antal deltid/tilf tim	2473	60%
	Summa utbetalt belopp	7791392	
Vårdbiträden	Antal deltid/tilf tim	7660	61%
	Summa utbetalt belopp	25174590	
Personliga assistenter	Antal deltid/tilf tim	842	51%
	Summa utbetalt belopp	3111735	
Psykologer	Antal deltid/tilf tim	152	56%
	Summa utbetalt belopp	642055	
Arbetsterapeuter	Antal deltid/tilf tim	208	58%
	Summa utbetalt belopp	588097	
Totalt	Antal deltid/tilf tim	30204	61%
Totalt	Summa utbetalt belopp	94 362 515 kr	

Källa: Arbetsmarknadsstyrelsen

Kostnaden för fyllnadsersättningen vid deltidsarbetslöshet inom vård- och omsorgssektorn är dubbelt så stor som för heltidsarbetslösheten. Tabellen visar också att ca sex av tio deltidsarbetslösa har fyllnadsersättning.

Tabell 4.15 Sammanställning av arbetslösa inom vård- och omsorgssektorn i november 1998 (antal personer)

	Heltidsarbetslösa	Deltidsarbetslösa	Totalt
Registrerade	11 099	49 439	60 538
varav uppbär a-kassa	6 559	30 204	36 763

Källa: Arbetsmarknadsstyrelsen

För såväl de deltidsarbetslösa som för staten och huvudmännen är det angeläget att deltidsarbetslösheten bland vårdpersonal minskar. Ett sätt att nå målsättningen är att arbetsgivarna i samarbete med länsarbetsnämnderna erbjuder sina anställda heltidsanställning. Det är likaså angeläget att ställa upp ett mål för en förändring. Ett rimligt sådant är att deltidsarbetslösheten skall minska med 50 procent i slutet av år 2000 för i första hand sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden och övrig omvårdnadspersonal.

4.6.2 Vårdutbildade som har arbete i andra branscher

Trots den rådande bristen på vårdpersonal finns det som framgått personer som av olika anledningar är arbetslösa. Det finns också personer med vård- eller medicinutbildning som inte arbetar inom vård- och omsorgssektorn men som av olika anledningar valt att arbeta inom någon annat område.

En enkätundersökning, genomförd av SCB, visar att huvuddelen av de personer som har vårdutbildning arbetar inom det verksamhetsområde de är utbildade för. Nedanstående tabell redogör för hur många av avgångseleverna/studenterna som inte arbetar inom vården.

Tabell 4.16 Antal elever och studenter från avgångsklasserna läsåret 1998/99 som inte arbetar inom adekvat näringsgren

<i>Program/examen</i>	<i>Icke-relevant näringsgren¹</i>	<i>Relevant näringsgren²</i>	<i>Totalt</i>
Omvårdnadsprogrammet	555	2711	3266
Läkarexamen	14	675	689
Tandläkarexamen	1	101	102
Arbetsterapeut- och sjukgymnastexamen	60	1147	1207
Barnmorske-och sjuksköterskeexamen	57	1838	1895
<i>Totalt</i>	687	6472	7159

¹ Näringsgrenar: jordbruk-och skogsbruk, tillverkning, industri, el-, värme, gas, vatten, byggverksamhet, varuhandel, hotell- och restaurang, transport, kommunikation, finansiell verksamhet, andra tjänster.

² Näringsgrenar: Hälso-sjukvård, utbildning, sociala tjänster, offentlig förvaltning, företagstjänster.

Källa: Statistiska centralbyrån, SM U 83 9801

Detta är de huvudsakliga vård- och medicinutbildningarna och som synes visar tabellen att det är ett ringa antal som inte arbetar inom vård- och omsorgssektorn. Den statistik som finns visar endast ett enda avgångsår, och dessa studenters inträde på arbetsmarknaden detta år kommer i ett läge med stor brist på vårdpersonal vilket gjort att de haft goda möjligheter att få arbete inom sitt yrke.

Tidigare statistik från SCB visar att elever som tog examen från omvårdnadsprogrammet år 1993 var sysselsatta i följande sektorer år 1996:

- 10 procent inom den landstingskommunala sektorn,
- 86 procent inom den kommunala sektorn,
- 3 procent inom det privata näringslivet samt
- 1 procent i annan verksamhet

5 Efterfrågan på vårdpersonal

5.1 Demografiska förhållanden

5.1.1 Förändringar i befolkningens åldersstruktur

Andelen äldre personer i befolkningen ökar påtagligt under de närmaste åren. Under den första delen av prognosperioden kommer ett stort antal personer som är födda på 1940-talet att gå i pension. Under åren mellan 1997 och 2010 kommer antalet personer över 65 år att öka med ca 191 000. Av dessa är 70 000 personer äldre än 80 år.

Men en prognos över så lång tid medför en stor osäkerhet beträffande utfallet. En erfarenhet av befolkningsprognoser är att prognosmakarna felbedömer dödlighetsåldern, vilket kan betyda att det verkliga antalet personer över 65 år blir fler än prognostiserat.

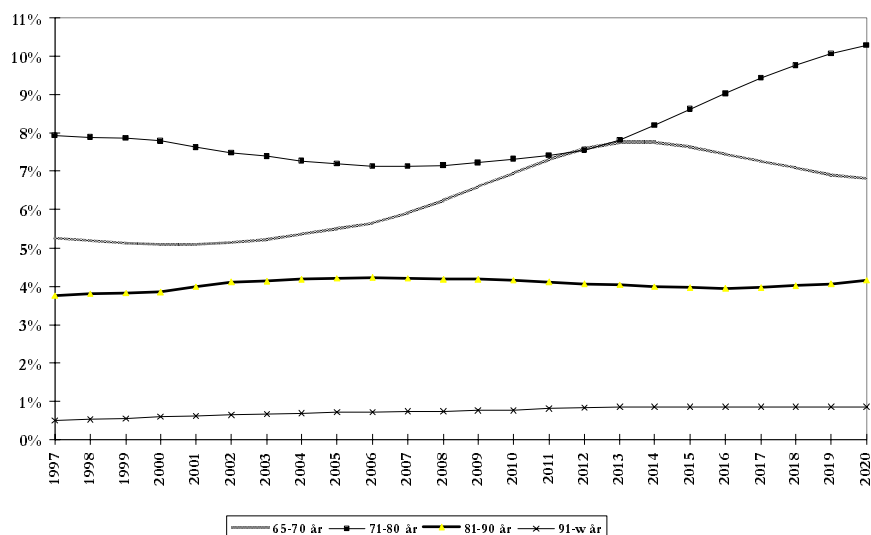
Tabell 5.1 Äldres befolkningsutveckling

Ålder	1997	2005	2010	2020
65–w år	1 545 468	1 578 275	1 736 664	2 037 822
75–w år	773 512	809 614	802 175	972 875
80–w år	429 664	497 058	499 674	524 538
90–w år	58 658	81 548	92 686	99 074

Källa: Statistiska centralbyrån, Befolkningsprognos 1997–2050

Ökningen av antalet äldre personer är mycket stor de kommande åren. Den här tabellen och kommande diagram väcker frågor såsom hur kommuner och landsting skall kunna klara av denna stora ökning och vilka krav kommer dessa grupper kommer att ställa på vård- och omsorgssektorn.

Diagram 5.1 Befolkningsutveckling 1997–2020



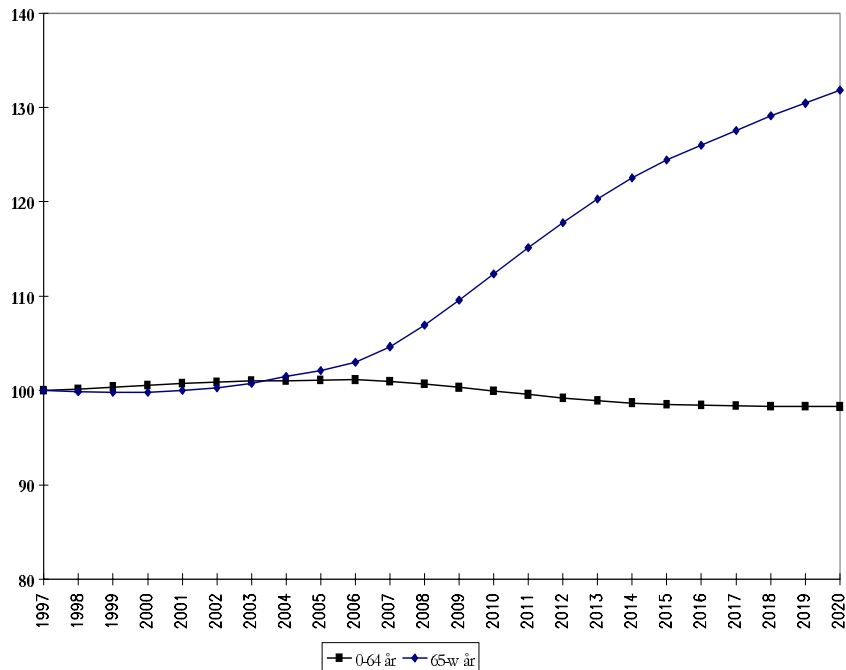
Källa: Statistiska centralbyrån

Variationerna i befolkningsutvecklingen är stora. Den jämnaste utvecklingen står personer över 91 år för. Bland övriga åldersgrupper över 65 år är det stora skillnader under prognosperioden.

Förskjutningen mot högre åldrar i befolkningens åldersstruktur medför inte bara ett allmänt ökat tryck på sjukvård och äldreomsorg. Varje åldersgrupp har sina särskilda vårdbehov. Vårdinsatserna kan därför komma att förskjutas från en åldersgrupp till en annan och styras till den mest behovskrävande åldersgruppen.

Men de framtida pensionärerna kan också ha andra krav: de kan ha en annan syn på vem som skall ansvara för vård och omsorg, vilken typ av vård som skall bedrivas eller prioriteras, var vården skall vara lokaliserad (i primärvården, lokalt lokaliserad, på sjukhus, regionalt lokaliserad) etc.

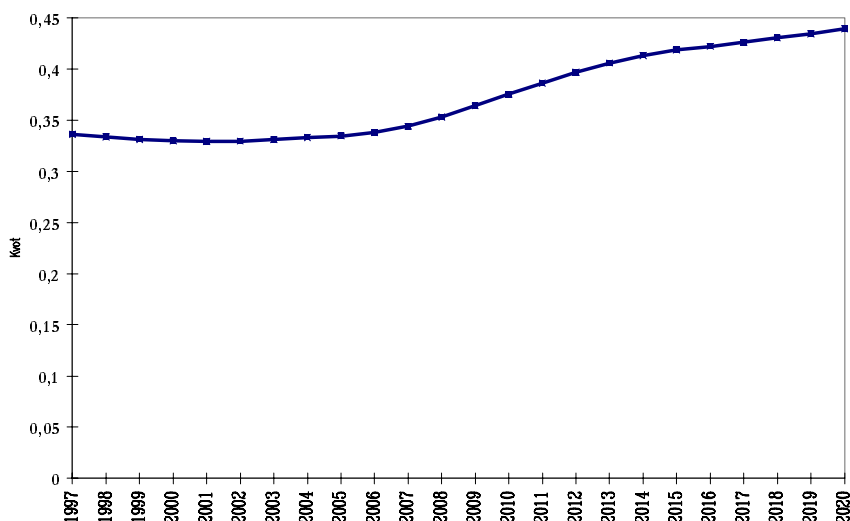
Diagram 5.2 Befolkningsstillväxt (index där 1997=100) i procent



Källa: Statistiska centralbyrån

Under tidsperioden 1997–2020 ökar antalet pensionärer mer än den övriga befolkningen. De närmaste åren är det i stort sett en jämn utveckling, men efter år 2005 ökar antalet äldre kraftigt. Att antalet personer 0–64 år minskar beror på den låga natalitet i Sverige.

I samband med att fler pensioneras som senare är i behov av samhällets stöd uppkommer frågan om hur detta skall finansieras. Befolkningsförändringarna kommer naturligtvis att påverka den offentliga sektorns finansieringsbehov. En metod för att illustrera och beräkna detta förhållande är att använda sig av den s.k. försörjningskvoten. I nedanstående diagram har befolkningsgruppen äldre än 65 år relaterats till den yrkesaktiva befolkningen i åldern 25–64 år.

Diagram 5.3 Försörjningskvot¹⁸

Källa: Statistiska centralbyrån

Det framgår av diagrammet att försörjningskvoten har en negativ utveckling t.o.m. år 2005, vilket är positivt för den offentliga konsumtionen. Efter år 2005 ökar successivt försörjningskvoten och når sin kulmen i slutet av prognosperioden. Det betyder att det stadigt blir allt fler som skall försörjas av varje person i yrkesaktiv ålder. Svenska Kommunförbundet menar i sin långtidsutredning att om det inte sker någon förändring av andra faktorer som har effekter på försörjningsbördan såsom sjukskrivningar, arbetslöshet etc. så innebär det att den faktiska försörjningsbördan kommer att öka och därmed den offentliga sektorns finansieringsproblem.¹⁹ Detta innebär att kommuner och landsting kommer att ha två framtida problem. Det första problemet är att efterfrågan av personal kommer att öka i takt med att fler personer blir äldre och det andra problemet är hur det offentliga kommer att kunna finansiera den ökade efterfrågan på personal.

¹⁸ Försörjningskvoten speglar förhållandet mellan antalet personer i arbetsför ålder och antalet personer som skall försörjas av dessa. Ju större värde på försörjningskvoten desto fler skall försörjas av varje person i yrkesaktiv ålder. Förändringen av kvoten ger en indikation på hur försörjningsbördan för dem som arbetar kommer att förändras över tiden.

¹⁹ Svenska Kommunförbundet, *Kommunerna i framtiden*, En långtidsutredning om behov och resurser till år 2010, s 52f.

5.1.2 Invandrarnas åldersstruktur

Tabell 5.2 Folkmängd 31 december 1997

Ålder	Folkmängd exkl. utrikesfödda						Utrikesfödda					
	Män	Andel	Kvinnor	Andel	Båda könen	Andel	Män	Andel	Kvinnor	Andel	Båda könen	Andel
0-4	261195	7%	249104	6%	510299	6%	4205	1%	4028	1%	8233	1%
5-9	299960	8%	283525	7%	583485	7%	15403	3%	14616	3%	30019	3%
10-14	244793	6%	231779	6%	476572	6%	23593	5%	22251	4%	45844	5%
15-19	233560	6%	221895	6%	455455	6%	23926	5%	23244	5%	47170	5%
20-24	254064	6%	239608	6%	493672	6%	26205	6%	29585	6%	55790	6%
25-29	269304	7%	253530	6%	522834	7%	35188	8%	39970	8%	75158	8%
30-34	289080	7%	273026	7%	562106	7%	49332	11%	46899	9%	96231	10%
35-39	249632	6%	237911	6%	487543	6%	49492	11%	47450	10%	96942	10%
40-44	253720	6%	243069	6%	496789	6%	45326	10%	45920	9%	91246	10%
45-49	270063	7%	259818	7%	529881	7%	41306	9%	43890	9%	85196	9%
50-54	294855	8%	285094	7%	579949	7%	37466	8%	37096	7%	74562	8%
55-59	215375	6%	213318	5%	428693	5%	33411	7%	31350	6%	64761	7%
60-64	174099	4%	178001	4%	352100	4%	25252	5%	29469	6%	54721	6%
65-69	165103	4%	179719	5%	344822	4%	19432	4%	27631	6%	47063	5%
70-74	157798	4%	184327	5%	342125	4%	14425	3%	22774	5%	37199	4%
75-79	136986	4%	182307	5%	319293	4%	9381	2%	15003	3%	24384	3%
80-84	86294	2%	136449	3%	222743	3%	3650	1%	8343	2%	11993	1%
85-89	42728	1%	86241	2%	128969	2%	1630	0%	4516	1%	6146	1%
90-94	12208	0%	33527	1%	45735	1%	465	0%	1620	0%	2085	0%
95+ ^w	1922	0%	7410	0%	9332	0%	86	0%	399	0%	485	0%
Samtliga	3912739	100%	3979658	100%	7892397	100%	459174	100%	496054	100%	955228	100%

Källa: Statistiska centralbyrån, Statistik Årsbok 99

Invandrarnas demografi skiljer sig från den övriga befolkningens. Andelen utrikesfödda i åldersgruppen 30–69 år utgör en högre andel än motsvarande åldersgrupp bland den övriga befolkningen. Däremot är det få utrikesfödda som är äldre än 90 år. Det innebär att vård- och omsorgssektorn kommer att komma i kontakt med fler personer med utländsk bakgrund än vad sker idag.

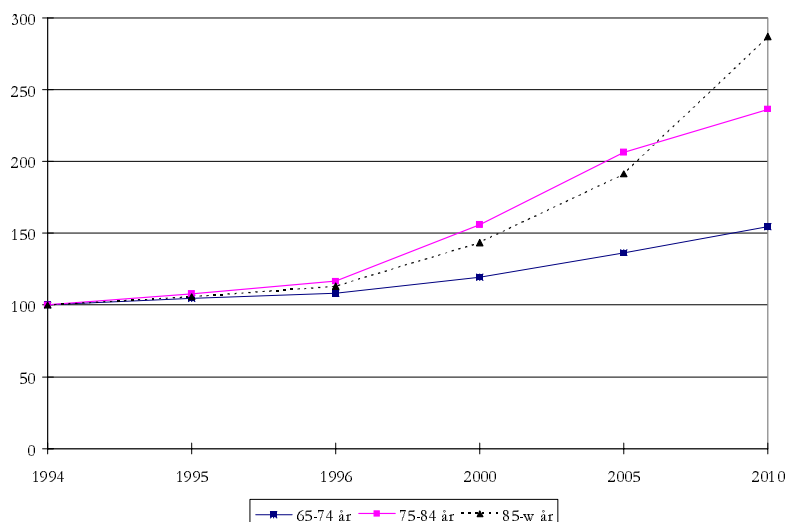
Andelen unga personer är som synes liten bland utrikesfödda. Det beror på att dessa personer är födda utomlands, medan många barn till utrikesfödda föds i Sverige och då får svenskt medborgarskap. Om tabellen hade redovisat antalet personer med utländsk bakgrund hade tabellen sett annorlunda ut.

Behovet av invandrare i vård och omsorg

Utvecklingen bland förstagenerationens invandrare visar att det under de närmaste åren kommer att vara en stark tillväxt i åldersgruppen 75–84 år. Sedan SCB gjorde sin senaste befolkningsprognos för invandrare har immigrationen ökat från främst f.d. Jugoslavien, vilket gör att prognosen inte är helt korrekt.

HSU 2000 framhåller i delbetänkandet SOU 1996:163 att nya krav kommer att ställas inom vård- och omsorgssektorn på kunskap och kunnande om andra kulturer. Utredningen framhåller också att det i vissa situationer kan vara lämpligt att invandrare vårdas av personer ur sin egen kulturkrets och språkgrupp. Utredningen pekar på en studie som har gjorts som menar att demensdrabbade finska invandrare visade mer av sin friska personlighet när de vårdades av finskspråkig personal.²⁰ Oftast tappar äldre invandrare sin svenska när de blir gamla och dementa.

Diagram 5.4 Befolkningstillväxt bland första generationens invandrare (index där 1994=100)



Källa: Statistiska centralbyrån, Demografiska rapporter 1994:3, *Sveriges framtida befolkning*, Framskrivning för åren 1994–2050, s 138f.

²⁰ SOU 1996:163, *Behov och resurser i vården – en analys*, Del B Bilagor, Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000), s 184f

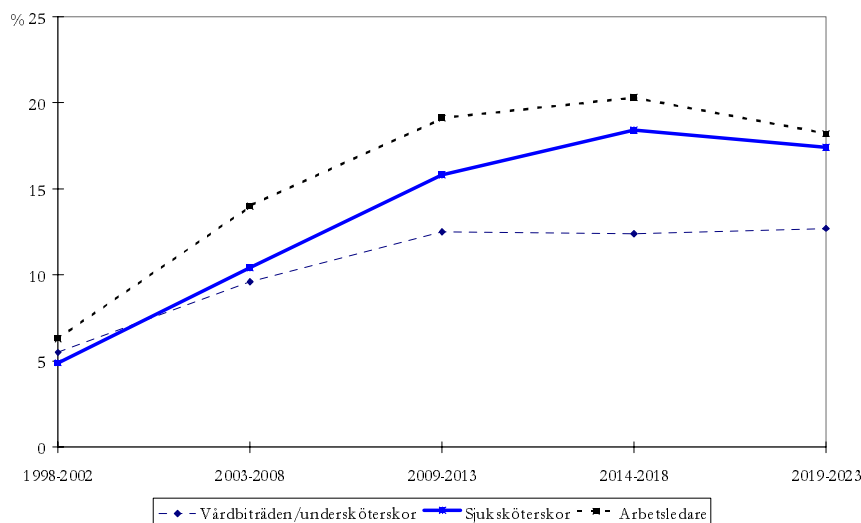
5.2 Personalerörlighet

5.2.1 Pensionsavgångar

Även den yrkesverksamma personalen inom vård- och omsorgssektorn blir allt äldre. I samband med den ekonomiska krisen under 1990-talets början gjorde landsting och kommuner stora nedskärningar av personalstyrkan. Detta medförde att många yngre personer fick lämna vårdsektorn. Inom kommunerna verkar dock äldreomsorgen inte ha blivit lika hårt drabbad av uppsägningar som andra kommunala verksamheter.

Effekterna av åtstramningen av nyrekryteringen ser vi nu konsekvenserna av. Under den närmaste tioårsperioden kommer många anställda att gå i pension.

Diagram 5.5 Pensionsavgångar i primärkommunerna

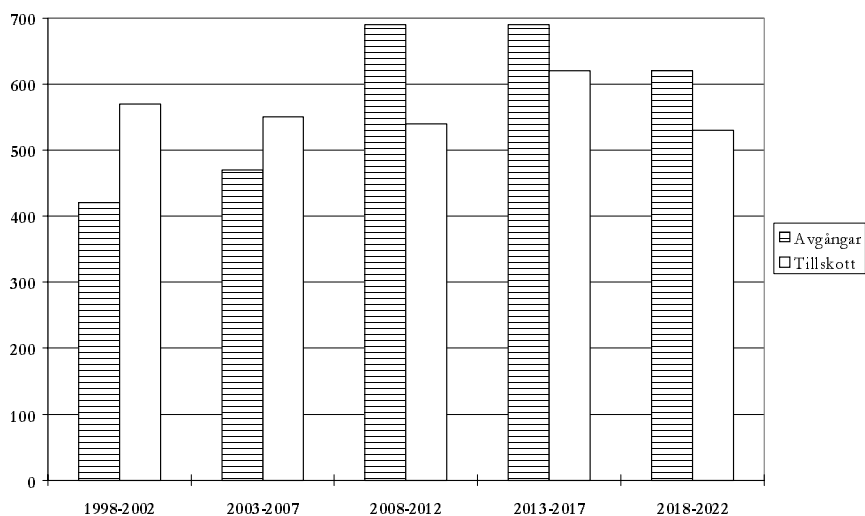


Källa: Svenska Kommunförbundet

Diagrammet visar att 20 procent av arbetsledarna går i pension under perioden 2014–2018. Men redan före år 2014 har ca 40 procent av arbetsledarna gått i ålderspension. Även behovet av sjuksköterskor är stort p.g.a. pensionsavgångarna.

De stora pensionsavgångarna innebär att många tjänster inte kan besättas i vanlig ordning beroende på att det inte finns så många utbildade personer i dagens utbildningssystem. Förändringarna i åldersstrukturerna bland befolkningen visar även att det kommer att bli konkurrens om arbetskraft inom några år.

Diagram 5.6 Generationsskiften fram till och med år 2022, hela arbetsmarknaden (1 000-tal personer)



Källa: Landstingsförbundet

Av diagrammet, som visar hela arbetsmarknaden, framgår att från och med år 2008 kommer den avgående gruppen av befolkningen att vara större än den som träder in på arbetsmarknaden. För en personalintensiv verksamhet som sjukvården kommer detta att bli särskilt kännbart.

5.2.2 Nya pensionsavtal

Den 12 juni 1998 träffades ett nytt kommunalt pensionsavtal (PFA 98) för personal inom primärkommunerna.²¹ Ett liknade avtal finns för landstingskommunerna. En av nyheterna är precis som för det nya pensionssystemet, som riksdagen den 8 juni 1998 fattade beslut om, att livsinkomsten skall vara pensionsgrundande. Det innebär att personer som slutar tidigare än 65 år får en lägre pension än om de hade arbetat fram till 65 års ålder.²²

Både det nya allmänna pensionssystemet och det kompletterande kommunala pensionsavtalet kan komma att innebära att anställda i mindre omfattning kommer att gå i pension före 65 års ålder. Vilka exakta effekter det får för den kommunala verksamheten är idag svårt att överblicka.

²¹ Svenska Kommunförbundet, Cirkulär 1998:96 och 1998:97.

²² Regeringens proposition 1997/98:151, Inkomstgrundad ålderspension, m.m., s 159.

Den fysiska belastningen som finns inom äldreomsorgen minskar inte med det nya pensionsavtalet och individer som är slitna kommer att stå inför ett vägval: att få låg pension om de går före 65 års ålder eller att fortsätta att arbeta.

5.2.3 Personalrörlighet i övrigt

Personalrörligheten, dvs. byte av yrke, dödsfall och pensionsavgångar, är faktorer som påverkar efterfrågan av personal inom vård- och omsorgssektorn. I kommunerna är personalrörligheten störst bland sjuksköterskorna (av de redovisade personalkategorierna). Lägst personalrörlighet har arbetsledare – den grupp som har den högsta pensionsavgången fram till år 2010.

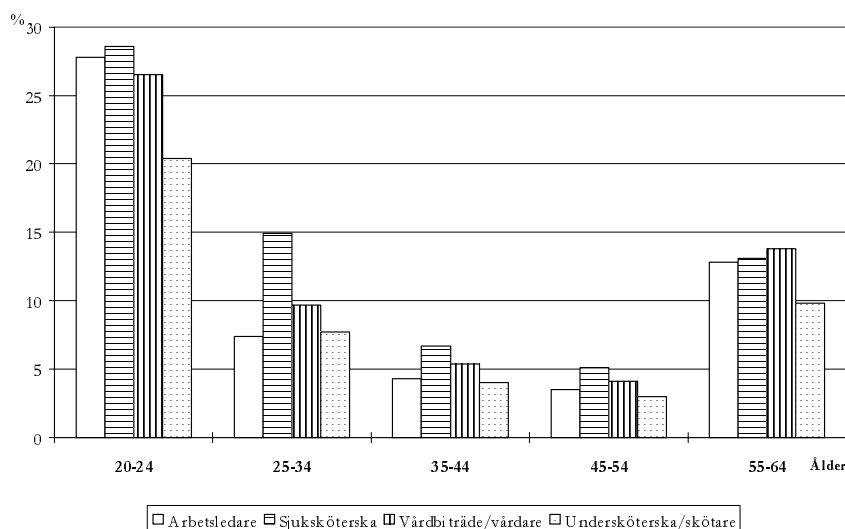
I åldersgruppen 25–34 år dominerar rörligheten bland sjuksköterskorna, medan det bland övriga åldrar är en tämligen jämn rörlighet. Bland personer som är över 55 år är det många som slutar att arbeta innan de går i pension.

Enligt Svenska Kommunförbundet tenderar högutbildade att byta arbete oftare än lågutbildade.²³ Det är ett mönster för hela arbetsmarknaden. Däremot är det fler män som slutar sin anställning på en kvinnodominerad arbetsplats. Samma mönster finns för kvinnor på en mansdominerad arbetsplats. Malmö Allmänna Sjukhus (MAS) försöker av detta skäl få fler män på samma arbetsplats och inte sprida de få män som finns inom verksamheten.

Med fler högskoleutbildade på arbetsplatsen kommer alltså personalrörligheten att öka. Inom äldre- och handikappomsorgen som idag har relativt få högskoleutbildade kan arbetsgivarna därför komma att möta en större personalrörlighet i samband med att de anställer fler akademiker, exempelvis sjuksköterskor, arbetsterapeuter m.m. Det medför att arbetsgivarna, både kommuner och landsting, måste arbeta mer aktivt för att behålla sin personal, eftersom personalrörlighet är en dryg kostnad.

²³ Svenska Kommunförbundet, 1996. *Personal i rörelse*. Kommunerna, personalen och framtiden, s 35.

Diagram 5.7 Personrörlighet inom äldre- och handikappomsorgen (månadsavlönade) i procent

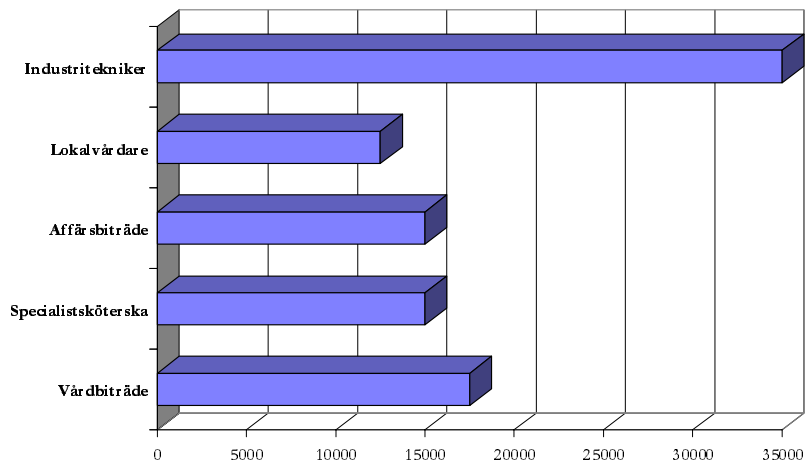


Källa: Svenska Kommunförbundet

Personrörligheten är dyr för både arbetsgivare och arbetstagare. Rörligheten påverkas av ett flertal faktorer. Anställningens längd, arbetsplatsens storlek, den fysiska och psykosociala arbetsmiljön liksom lönen är bara några exempel. Särskilt starkt är sambandet mellan fysisk arbetsmiljö och personrörlighet. Den "sjuka" organisationen med hög grad av arbetsskador har en betydligt högre rörlighet än den "friska".

Kostnaderna för personrörlighet per person och år varierar efter vilka nyckeltal och vilken modell arbetsgivaren använder sig av. Enligt Arbetskyddsstyrelsen bör vissa moment absolut ingå i beräkandet av nyckeltalen. Dessa är till exempel anställningsintervju, intern administration, introduktion och inskolning, kompetensutveckling m.m.

Diagram 5.8 Kostnaderna för personalrörligheten inom olika yrken (årskostnad).



Källa: SAF, Paula Liukkonen, *Vad kostar frånvaro och för hög personalrörlighet?*

Kostnaderna varierar inte bara mellan olika yrken och typ av arbetsplats utan även mellan olika regioner. I regioner med hög arbetslöshet kan det vara lätt att hitta ny arbetskraft vilket medför låga rekryteringskostnader men kanske högre inskolningskostnader. Kostnader för att man inte får den personal eller den kompetens man behöver har inte beaktats i modellen. En sådan bristkostnad är ofta mycket högre än kostnaden för nyrekrytering.

Slutsatsen av studier av kostnaderna för personalrörlighet är att man bör erbjuda redan anställd personal högre sysselsättningsgrad eftersom den därmed ökade personalkostnaden ändå är väsentligt lägre än kostnaden för nyrekrytering.

6 Arbetsplatsproblem som påverkar rekryteringen

6.1 Arbetsplatsförhållanden

6.1.1 Arbetsmiljö och hälsotillstånd

Arbetsmiljön och hälsotillståndet bland medarbetarna inom vård och omsorgssektorn är ett ständigt aktuellt ämne och föremål för diskussioner och forskningsprojekt. En rad institutioner och intresseorganisationer finansierar och initierar olika projekt och idéer. På Rådet för Arbetslivsforskning, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, SPRI, högskolor och universitet pågår forskning kring allt från arbetsmiljö och arbetsorganisation till arbetsmarknadsfrågor.

Arbetsmiljö

Riksförsäkringsverket, RFV, har studerat antalet sjukpenningdagar och funnit att under 1998 erhöll svenskarna sjukpenning 6 miljoner fler dagar än tidigare. Detta innebär att den svenska arbetskraften under år 1998 erhöll sjukpenning i mer än 49 miljoner dagar. Majoriteten av sjukskrivningarna hänförs till den offentliga sektorn.

Ökningen har enligt RFV säkert flera förklaringar. Sysselsättningen har ökat vilket självklart innebär att det är fler som har arbete att sjukskriva sig från. Under år 1998 har även ersättningen höjts något vilket kan bidra till fler är benägna att sjukskriva sig. Enligt RFV är dock den främsta förklaringen att arbetsmiljön inom den offentliga sektorn blir allt sämre och sämre.

Dålig arbetsmiljö, stress och utbrändhet hos vårdpersonal, ökad sjukfrånvaro, personal som slutar och byter arbetsplats, allt detta sammantaget medverkar till svårigheterna att rekrytera ny arbetskraft när sektorn får lägre attraktionskraft.

När den fysiska hälsan tar stryk ligger orsaken ofta i förslitningar som är ett resultat av tunga lyft, obekväma arbetsställningar m.m. En studie från Sahlgrenska sjukhuset visar på stora risker för personalen på

grund av trångboddhet. I personalutrymmet trängs dialysapparater, hjärt- och lungmaskiner, extrasängar med kaffeautomater och lunchboxar. Även personaltätheten är av betydelse när det gäller den fysiska hälsan. Lyft och flytt av patienter och apparatur kan förenklas och underlättas genom att personalen inte behöver göra detta på egen hand utan man kan hjälpas åt.

Forskningen om arbetsmiljö har försökt att definiera vad som är karaktäristiskt med "det goda arbetet". Några kännetecken är en demokratisk ledarstil, självständighet, men också möjlighet till lärande och utveckling, vilket ger positiva effekter på både arbetstillfredsställelse och effektivitet. När personal tillfrågas om vad som anses bidra till god arbetsmiljö prioriteras intellektuell stimulans, frihet/självständighet och möjligheter till nytänkande och initiativ. I slutbetänkandet från HSU 2000 menar utredarna att intresset för att utbilda sig till läkare, sjuksköterska, sjukgymnast m.fl. visar att flertalet är nöjda med sitt arbete i vården eftersom vården i många fall har erbjudit "det goda arbetet". Den positiva bilden har till delar förändrats under 1990-talet och lett till att arbetsmiljön har försämrats och ohälsan har ökat.²⁴

6.1.2 Allmänt hälsotillstånd

Dagens samhälle är organiserat för att kunna vara igång dygnet runt, nattarbete och oregelbundna arbetstider blir allt vanligare. Dessa förhållanden har i alla tider gällt vården och omsorgen, arbetet måste kunna löpa dygnet runt.

Forskning visar att vi på natten har samma funktionsnivå som om vi hade en alkoholhalt på 0,8 promille i kroppen. Obekväma och oregelbundna arbetstider har konsekvenser för hälsan i form av effekter på sömnen, trötthet, sänkt prestationsnivå, fysiska problem som magsår, tarmproblem och påverkan på hjärta och kärl samt sociala verkningar.

Det är dock inte bara de som arbetar på obekväma tid som drabbas av svår trötthet. Långa oregelbundna arbetspass, stress, ökad övertid och oförmåga att själva kunna påverka sin arbetssituation är faktorer som leder till trötthet. Många forskare menar också att en sådan trötthet är en bidragande orsak till flera av de senaste decenniernas katastrofer. Exempel är Tjernobylyolyckan som inträffade halv två på natten och oljetankern Exxon Valdes grundstötning, som resulterade i en enorm miljökatastrof, båda orsakade av trötthet under nattarbete. Utan att ta till sådana exempel kan man ändå känna olust inför uppgifterna att antalet

²⁴ SOU 1999:66, 1999. *God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården*, s 61.

olycksfall inom vården ökar. Under år 1997 var antalet olycksfall bland anställda i vårdsektorn 5 200 fall, på fem år har antalet olycksfall och tillbud ökat med 158 procent. Det kan vara på sin plats att notera att antalet anställda inom denna sektor inte har ökat i samma takt, snarare tvärtom.

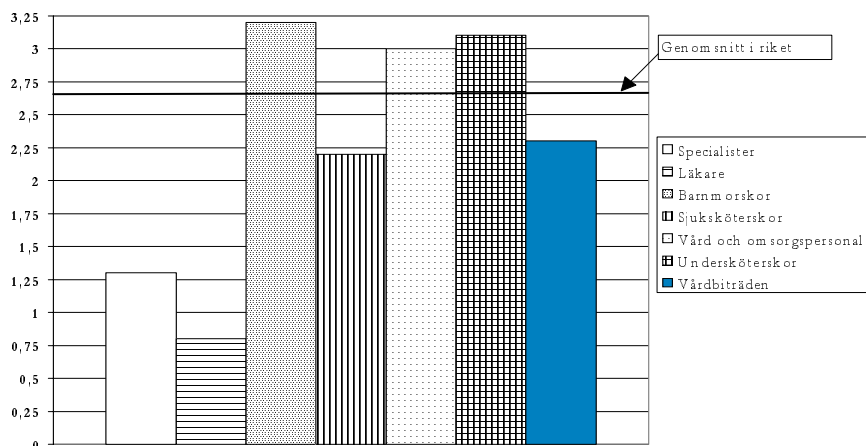
Enligt Arbetarskyddsstyrelsen innebär den hårda arbetsbelastningen på sjukhusen ofta en stor risk för personalen. Personalen inom hälso- och sjukvården mår sämre och sämre. Detta är bland annat en direkt följd av hela 90-talets hårda rationaliseringar inom sektorn. Brister i arbetsmiljön och extremt hög arbetsbelastning är bidragande orsaker. I undersökningar framkommer att vårdsektorn enligt vårdpersonalen utmärks bland annat av stelbenthet, dåligt utnyttjande av human-kapitalet, långa och krångliga beslutsvägar, ytterst små möjligheter att påverka den egna situationen m.m. Dessa faktorer utlöser stress som i sin tur kan leda till utbrändhet hos personalen .

SCB genomför varje år, på uppdrag av Arbetarskyddsstyrelsen, en undersökning om arbetsorsakade besvär. År 1998 svarade 17,8 procent av den sysselsatta befolkningen att de har fysiska besvär som är en följd av arbetet. 21,6 procent uppger att de har både fysiska och psykiska besvär som en följd av arbete. Besvären och skadorna gör det svårt att utföra arbetet på ett bra sätt och samtidigt påverkar arbetsskadorna ofta hemarbetet och familjelivet.

Vård- och omsorgspersonalen är en utsatt grupp, av flera olika anledning. Dels är dessa sektorer kvinnodominerade och kvinnor är generellt sätt mer sjuka än män, dels har dessa sektorer drabbats av en rad nedskärningar och rationaliseringar, med lägre personaltäthet, ökad stress m.m. som följd.

SCB delar in arbetsskador i två huvudgrupper, *arbetsolyckor* samt *besvär till följd av allmänna förhållanden i arbetet*. När det gäller arbetsolyckor ligger vård- och omsorgspersonalen en aning högre än genomsnittet i landet. Det är dock på sin plats att notera att vård- och omsorgspersonalen är en relativt stor grupp till antalet och därför driver upp genomsnittet. De grupper som ligger högre är verksamma inom jordbruk, skogsbruk och fiske samt hantverkare inom byggverksamhet och tillverkning.

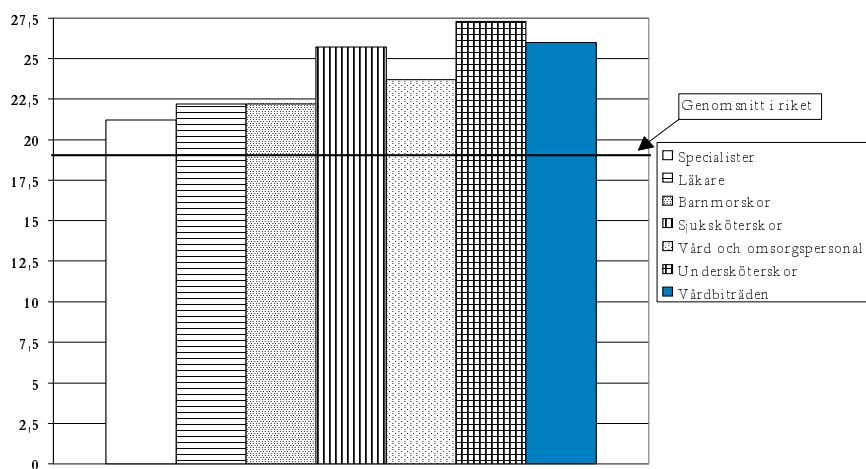
Diagram 6.1 Andelen sysselsatta (procent) som haft besvär under de senaste 12 månaderna som en följd av arbetsolycka. Jämför med andelen av hela den sysselsatta befolkningen 2,6 %.



Källa: Statistiska centralbyrån

När vi tittar på hur de allmänna arbetsförhållandena påverkar vård- och omsorgspersonalens hälsa ser vi att samtliga yrkesgrupper ligger högre än genomsnittet.

Diagram 6.2 Andelen sysselsatta (procent) som haft besvär de senaste 12 månaderna som en följd av allmänna förhållanden i arbetet. Jämför med andelen av hela den sysselsatta befolkningen, 18,9 %.



Källa: Statistiska centralbyrån

Inom hemtjänsten och den kommunala omsorgen anmäls dagligen ett flertal arbetsskador. På dessa arbetsplatser riskerar personalen även att utsättas för våld och hot om våld. Detta gäller även akutmottagningar samt gruppboenden för dementa, psykiskt sjuka och missbrukare.

Problemen med stress kan ofta härledas ur nedläggningar, omstruktureringar och besparingar som i sin tur har lett till underbemanning och hög arbetsbelastning. Inga medarbetare blir utbrända eller negativt stressade på sunda arbetsplatser där personalen har inflytande över den egna arbetssituationen i form av schemaläggning och planering. Höga krav, litet inflytande över egna situationen och dålig socialt stöd ökar stressen. Nedläggningar och bantning av organisationer har präglat utvecklingen inom vård- och omsorgssektorn de senaste åren och idag förekommer allt fler sjukskrivningar bland dessa yrkesgrupper. Färre anställda leder till större arbetsbelastning för de som är kvar om inte hela organisationen anpassas till den nya personalstrukturen.

Ca 40 procent av alla läkare inom landstingen är eller har varit sjukskrivna på hel- eller deltid på grund av stress och överbelastning. Enligt Läkarförbundet har läkare den absolut högsta arbetsbelastningen av alla yrkesgrupper inom vården. Detta är ingen nyhet, redan på 1970-talet visade kartläggningar att läkarna toppar denna lista, men idag har arbetsbelastningen, stressen och trycket på samtliga yrkesgrupper inom vården ökat. I takt med att arbetsbelastningen har ökat så har även otrivsel, nedstämdhet, trötthet och apati brett ut sig inom läkarkåren.

Enligt en undersökning gjord på uppdrag av Läkarförbundet uppger 30 procent av alla offentligtanställda läkare att de inte trivs med sitt jobb. Av dessa är det 10 procent som söker arbete inom den privata vården, 10 procent vill lämna sin arbetsplats för en annan inom den offentliga sektorn och ytterligare 10 procent vill lämna vården helt och hållet.

Vårdförbundet har genomfört en liknande undersökning, vilken tydligt visar att situationen för sjuksköterskor är ännu mer akut. I "Medlem tycker" utfrågades bland annat sjuksköterskor, barnmorskor och biomedicinska analytiker om de önskar sluta på den nuvarande arbetsplatsen inom de närmaste åren, 41 procent svarade ja. Majoriteten av dessa menar dock att de vill stanna kvar inom sektorn, kompetensutvecklas och gå vidare inom sin profession eller vidareutbilda sig. Endast 14 procent uppger att de önskar lämna hälso- och sjukvården helt och hållet och arbeta i en helt annan bransch.

Hälsostudier

Hälso och sjukvårdspersonalen är på många sätt en utsatt grupp när det gäller hälsotillståndet. En hög arbetsbelastning påverkar både den psykiska och den fysiska hälsan negativt. Forskning och studier i ämnet har bedrivits inom en rad olika områden och på initiativ av olika intressenter i många år. Naturligtvis går det inte att kortfattat sammanfatta dessa men slutsatserna har dock mycket gemensamt.

Negativ stress, utbrändhet och psykiska påfrestningar kan förebyggas genom att personalen får ett ökat inflytande över den egna arbetsituationen och möjligheter att påverka egna arbetsmiljön. Forskning har visat att vårdpersonal mår bättre i mindre enheter och i mindre arbetslag. De försök som genomförts med olika arbetstidsmodeller och så kallade tvättstugescheman, där personalen själva ansvarar för schema och arbetstider, ger en positiv bieffekt vad gäller den psykiska hälsan hos personalen. Detta förbättrar i sin tur arbetsmiljön och ger högre kvalitet i vårdarbetet.

En annan slutsats som är gemensam för de flesta studier är att den psykiska och fysiska hälsan är korresponderande. De samverkar konstant och är beroende av varandra för att fungera både var för sig och tillsammans för att hela individen skall må bra.

6.1.3 Arbetsorganisationens betydelse för hälsotillståndet

Arbetsorganisation har stor betydelse för den enskildes arbetssituation. Den ergonomiska forskningen som handlar om anpassning mellan människa och arbetsutrustning behandlar exempelvis belastningsaspekten, men ställer även frågor kring arbetstiderna: Hur länge kan ett arbete pågå? Vilka perioder på dygnet? Vilka möjligheter till rast, avbrott och ledigheter måste finnas? Allt detta måste organiseras av ledningen på ett sätt som passar medarbetarna.

För att driva en verksamhet krävs olika organisatoriska arrangemang. Det behövs ett ledningssystem, belönings- och kontrollformer, kompetensutveckling samt medinflytande. Alla dessa faktorer samspelar och kallas organisatoriska faktorer och går inte att rangordnas inbördes.

Inom vården och omsorgen är situationen lite speciell. Svårigheten att hantera medicinsk och teknisk utrustning kan orättvist tolkas som bristande kompetens hos personalen. Många forskare menar att det är mer ett organisatoriskt arbetsmiljöproblem. Studier av tillbud och olycksfall i samband med att vårdpersonal använder tekniskt avancerad apparatur visar ofta brister i arbetsorganisationen, bristfällig ansvars-

delegering m.m. samt brister i det tekniska underhållet av apparaturen. Även brister i säkerhetsarbetets uppläggning, introduktionsutbildningen och personalplanering framträder tydligt som orsaker till felbehandlingar och missbedömningar.

Forskare har alltså kunnat visa hur olika organisatoriska och tekniska system byggts upp och fungerar relativt det misstag som skett i handhavandet av teknisk apparatur. Då visar sig brister i organisatoriskt stöd till vårdpersonalen som en viktig orsak.

Även arbetsinnehållet ses bland många forskare som ett organisatoriskt problem. Psykiska hälsokonsekvenser som över- och understimulering, utbrändhet och stressupplevelser har samband med brister i arbetsmiljön.

Kön, arbete och hälsa

Arbetslivsinstitutet har initierat ett forskningsprogram som rör jämställdhetsaspektens betydelse för hälsan i relation till arbetslivet. Programmets mål är att genom forsknings- och utvecklingsarbete skapa förutsättningar för att minska segregationen på arbetsmarknaden, förbättra arbetets organisation så att kvinnor och män verkligen blir jämställda i arbetslivet och undanröja risker för ohälsa, som hänger samman med könsskillnader i arbetsvillkor.

Samhällets uppbyggnad och arbetets organisation å ena sidan och den enskilde individens behov å andra sidan hänger intimt ihop. Sambanden mellan segregering på arbetsmarknaden, arbetsorganisationen och bristande eget inflytande m.m. skapar förutsättningar för känslan av maktlöshet, underordnande och ohälsa.

6.1.4 Inflytande över arbetssituation och arbetstider

För att underlätta möjligheterna att kunna rekrytera till vård- och omsorgssektorn finns det anledning att även hitta andra infallsvinklar än de materiella anställningsvillkoren. En aspekt på arbete inom sektorn är att se vilka möjligheter som finns att påverka sin arbetssituation och arbetstid med syfte att förbättra verksamheten och sin egen yrkesutveckling. Under senare år har visserligen på försök eller som bestående förändringar införts olika system som medför ökad flexibilitet av arbetstiden, såväl för den enskilde anställde som verksamheten men mycket återstår att göra för att öka sektorns attraktivitet.

Inledningsvis finns anledning att erinra om att arbete inom vård och omsorg av de flesta, anställda och övriga medborgare, uppfattas som meningsfullt och viktigt. Arbetet förutsätter att de anställda är engage-

rade i verksamheten och att de har en god kompetens genom sin utbildning och erfarenhet. Arbetet kräver att anställda arbetar självständigt med sin kompetens som grund. I detta ligger att det finns ett inflytande över arbetsituationen för den enskilde som ger förutsättningar att bidra till en utveckling av verksamheten och av sig själv. De begränsningar i självständigheten som finns uppfattas ibland som naturliga, t.ex. som en följd av de krav som följer av att arbeta som en del i ett arbetslag eller begränsningar i den egna kompetensen, och ibland som olämpliga eller felaktiga.

Verksamheten inom vård och omsorg pågår dygnet runt under hela året, vilket innebär att det behövs personal under årets alla timmar. För många människor framstår det som en negativ faktor att behöva arbeta under andra tider än måndag–fredag mellan kl. 8.00 och kl. 17.00. Men det finns ett alternativt synsätt, nämligen att det inom vård- och omsorgssektorn finns en möjlighet att arbeta under dygnets alla timmar vilket är intressant för de som önskar andra arbetstider än kontorsarbetstid. Möjligheten att kunna få arbeta dygnet runt skulle således kunna göras till en särskild fördel för vårdsektorn. Det intressanta är då att finna lösningar som tillgodoser de anställdas varierande önskemål om arbetstid utan att äventyra verksamhetens krav på bemanning.

1995 års arbetstidskommitté har i sitt slutbetänkande "Arbetstid längd, förläggning och inflytande" (SOU 1996:145) föreslagit en ordning som i korthet innebär att i en ny arbetstidslag skulle som en central bestämmelse införas en arbetsorganisatorisk princip om att arbetstiden skall, utifrån verksamhetens krav, planeras och förläggas med hänsyn till arbetstagares olika önskemål och behov.

Arbetstidskommitténs förslag innefattar dessutom en lagregel som säger att varje arbetstagare ges en rätt att få sina önskemål om arbetstidens längd och förläggning sakligt prövade av arbetsgivaren. Arbetstagarens önskemål skall tillgodoses om de är förenliga med verksamhetens krav.

LO har i sin rapport "Friheter och förmåner i arbetet" (mars 1999) vilken ingår i serien om "Röster om facket och jobbet" redovisat en intervjuundersökning som genomförts av SCB. Den behandlar ett antal frågor om frihet vad gäller arbetstid och ledighet, frihet att kunna styra sin arbetsituation, möjligheten att bli kontaktad och ringa samtal samt förmåner i arbetet.

Intevjuundersökningen visar att det finns stora skillnader mellan de anställda. I rapporten sammanfattas detta på så sätt att de som har hög lön nästan alltid har en stor frihet i sitt arbete medan de lågavlönade har små möjligheter att påverka.

6.1.5 Ledningsfrågor

Under avsnittet Mångfald har bl.a. behandlats frågor som rör andra vårdproducenter än kommuner och landsting. Från huvudmän, anställda och fackliga organisationer har framförts kritiska synpunkter på ledningen av den nuvarande vårdorganisationen vilka borde kunna tillgodoses inom den nuvarande strukturen.

De kritiska synpunkterna formuleras på olika sätt, t.ex. att organisationen är stel och inflexibel, att den inte är tillräckligt lyhörd för anställdas synpunkter och erfarenheter, att den är på för långt avstånd till "golvet" samt att den är ett spelfält för kortsiktiga partipolitiska utspel och meningsskiljaktigheter. Delar av kritiken träffar det politiska systemet, andra den administrativa ledningen.

Vid samtal med företrädare för vårdsektorn anges åtskilliga förslag till hur ledningen skulle kunna förbättras. Förslagen innehåller bl.a. att det krävs tydligare och stabilare förutsättningar för vårdens verksamhet, att ledningen ska ha ett större inslag av professionella ledare, även med erfarenhet av annan företagsamhet än offentligt driven vårdverksamhet, att de anställda med utgångspunkt från sin utbildning och erfarenhet ska få ett större inflytande över verksamheten, att det bör finnas en ledarskapsutbildning med särskild inriktning på vårdsektorn, att det bör finnas en tydlig policy som innebär att chefs- och ledartjänsterna även annonseras externt samt att uppdraget att vara chef ska vara tidsbegränsat eller att det ska omprövas regelbundet.

Det är från alla håll i kommissionens arbete omvittnat att ledarskapet är ett ytterst viktigt inslag i hur en vårdarbetsplats fungerar och hur personalen upplever sin arbetsplats. Enligt kommissionens uppfattning finns därför mot bakgrund av de synpunkter som ofta framförts anledning att utöver vad som redan sker göra ytterligare satsningar på ledarskapsfrågor, t.ex. när det gäller ledarskapsutbildning och ledarutveckling.

6.1.6 Kompetensutveckling

Allmänt anses kompetensutveckling som en central fråga för att utveckla verksamheten och de anställda. Vårdkommissionen delar denna uppfattning men konstaterar samtidigt att erfarenheterna från vård- och omsorgssektorn visar att det skulle behövas ytterligare ekonomiska satsningar och att förutsättningarna för kompetensutveckling även i övrigt bör förbättras. Vid samtal med anställda inom sektorn har bl.a. påpekats att planerad kompetensutveckling inte alltid genomförts p.g.a. bristande personella resurser. En annan kritisk synpunkt är att man inte tar tillvara

på den kunskap som personalen fått efter genomgången kompetensutveckling.

Regeringen tillsatte under år 1998 en arbetsgrupp bestående av representanter från regeringen och arbetsmarknadens parter vilken hade i uppgift att föreslå hur staten skulle kunna stödja kompetensutveckling.

Arbetsgruppen föreslog under hösten att stödet skulle ha tre delar: dels sänkta arbetsgivaravgifter, dels förändrad företagsbeskattning för att göra det möjligt att periodisera/avsätta pengar för att finansiera kostnaden för kompetensutveckling, dels individuella kompetenskonton.

Parterna var överens om att de två senare formerna av statligt stöd krävde ytterligare analys och beredning. Det förstnämnda förslaget föreslogs få följande innehåll och utformning.

Den statliga stimulansen skulle erhållas för tid då kompetensutveckling genomförs. Den skulle grundas på verksamhetens krav och förutsätta att det fanns ett kollektivavtal som reglerade formerna för och innehållet i kompetensutvecklingen. Genom kravet på kollektivavtal kan de anställdas inflytande garanteras samtidigt som frågor om kompetensutvecklingen kan ge ett positivt bidrag till de övriga partsfrågor som hanteras på företagsnivå.

Av 1999 års ekonomiska proposition framgår att regeringen föreslår att medel avsätts till kompetensutveckling i enlighet med arbetsgruppens förslag. Förslaget innebär att sammantaget 2,4 miljarder kronor avsätts under åren 2000–2002.

Under senare tid har det framförts förnyade krav på att utveckla nya former för individuella kompetenskonton.

Eftersom vård- och omsorgsyrkena är så kunskapsintensiva är det viktigt att stort intresse ägnas åt kompetensutvecklingen. Regeringen samarbetar i dagsläget med arbetsmarknadens parter angående sysselsättningspolitiken i EU och bör inom denna ram bjuda in parterna till en diskussion om bl.a. hur de nya medlen till kompetensutveckling kan användas.

6.1.7 Jämförande studier

I detta avsnitt har med utgångspunkt i forskning, synpunkter från parterna etc. kommenterats bl.a. arbetsmiljöfrågor, brister i arbetsorganisation, inflytandet för de anställda över arbetstider m.m., ledningsfrågor och kompetensutveckling. Kommissionen vill förorda att en lämplig myndighet bör få i uppdrag att tillsammans med kommunförbunden ta fram underlag som möjliggör återkommande jämförande studier och kan bidra till att utveckla organisation, processer och arbetsmetoder. Den kunskapen kan sedan användas för att marknadsföra särskilt väl

fungerande verksamheter liksom att sprida kunskaper om arbetsplatser som är goda exempel med t.ex. låg personalomsättning.

6.2 Partsfrågor

6.2.1 Löner och övriga anställningsvillkor

På begäran av Vårdkommissionen har parterna på det kommunala området redovisat sin gemensamma partsavsikt med löneavtalen inom den kommunala sektorn. Deras redovisning gäller främst löneavtalen men kan även tillämpas för andra anställningsvillkor. Parternas syn på dessa frågor har ett särskilt intresse även med tanke på de händelser som inträffat inom främst landstingen under våren 1999 där framför allt sjuksköterskor drivit krav på förbättring av löner och andra villkor i arbete.

Redovisningen till kommissionen av den gemensamma partsavsikten med löneavtalen har skett i en skrivelse, undertecknad den 11 februari 1999 av företrädare för Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Svenska Kommunalarbetareförbundet, TCO-organisationer och SACO- organisationer, med följande innehåll:

”Vid sammanträdet den 5 november beslöt Vårdkommissionen att hemställa till parterna på den kommunala sektorn att till kommissionens sammanträde den 11 februari 1999 redovisa avsikten med gällande löneavtal. Vi har mot bakgrund av hemställan gemensamt utformat nedanstående.

Den gemensamma partsavsikten med löneavtalen har varit och är att genom minskad central styrning ge förutsättningar för den lokala nivån att ta ansvar för och utforma en egen löne- och personalpolitik. Denna ska ge incitament för ett sätt att arbeta som främjar verksamheten. På så sätt skapas förutsättningar för en bra och efterfrågad verksamhet liksom en bra löneutveckling och bra anställningsvillkor i övrigt.

Detta uttrycks i löneavtalen på bland annat följande sätt:

’Den lokala lönepolitiken har stor betydelse för de kommunala arbetsgivarnas förmåga att nå sina verksamhetsmål. De kommunala arbetsgivarna åläggs i och med detta avtal fortsatt stort ansvar för lönebildningen. Däri ingår också att göra en värdering av löne- och anställningsvillkoren för den egna personalen i förhållande till andra avtalsområden på orten/i regionen.’ (Löneavtal 98 § 1 första stycket)

‘Lönebildning och lönesättning ska bidra till att kommunen/landstinget/kyrkokommunen når målen för verksamheten. Lönesättningen ska stimulera till förbättringar av effektivitet, produktivitet och kvalitet.’ (Löneavtal 98 § 2 första och andra meningen)

För att ge bra förutsättningar för en sådan utveckling har det varit och är det parternas gemensamma avsikt att kollektiv lönesättning ersätts av en mer individualiserad lönesättning. En sådan övergång till individuell lönesättning pågår. Övergången har inneburit och innebär stora förändringar i parternas sätt att arbeta och en förändring av de gamla rollerna i lönesättningsarbetet. I detta arbete har de kommunala arbetsgivarna nått olika långt med arbetstagarorganisationerna.

Till de förutsättningar som individuella löner bygger på hör ett bra arbete med de lönepolitiska frågorna. Vad som kännetecknar detta finns beskrivet i löneavtalens utgångspunkter. Där sägs bland annat:

‘En väldiskuterad och väldefinierad lönepolitik ökar förutsättningarna för att nå det positiva sambandet mellan lön, motivation och resultat. Ett samband som har stor betydelse för såväl arbetsgivare som arbetstagare.

Lönesättningen bör därför göras på ett konsekvent sätt och ha sin grund i klara och tydliga lönesättningsprinciper vilka är på förhand väl kända av de anställda. Sambandet mellan löneutveckling och utveckling av arbetsuppgifter och arbetsprestationer bör vara tydligt.’ (Löneavtal 98, Utgångspunkter, fjärde och femte styckena)

Det är parternas gemensamma uppfattning att intentionerna i löneavtalen och det sätt på vilket de kan hanteras och på de flesta håll har hanterats får positiva effekter för de kommunala verksamheterna liksom för den individuella löneutvecklingen. Dessutom ges bättre möjligheter att utifrån de lokala förutsättningarna trygga personalförsörjningen på kort och lång sikt. Samtidigt har dessa effekter begränsats av framför allt två faktorer. För det första har de kommunala arbetsgivarnas ekonomiska situation under 90-talet begränsat möjligheterna. För det andra finns en tröghet, från såväl arbetsgivar- som arbetstagersidan, i att genomföra de förändringar som övergången till individuell lönesättning bygger på. ”

7 Andra viktiga förhållanden för rekryteringen

7.1 Huvudmannaskapet

I dagsläget är huvudmannaskapet för de olika vårdutbildningarna reglerat på följande sätt: huvudman för läkar- och tandläkarutbildningen är staten, huvudman för övriga vårdhögskoleutbildningar är landstingen. Utbildningarna under landstingskommunalt huvudmannaskap är bl.a. följande utbildningar som leder till

Arbetsterapeutexamen	120 p
Dietistexamen	120 p
Sjukgymnastexamen	120 p
Sjuksköterskeexamen	120 p
Social omsorgsexamen	120 p
Tandhygienistexamen	80 p
Biomedicinska analytikerexamen	120 p

Även specialistutbildning för dessa yrkesgrupper omfattas, liksom fristående kurser.

År 1991 beslöt riksdagen att huvudmannaskapsfrågan för dessa utbildningar skulle utredas. Riksdagen beslutade våren 1994, med anledning av propositionen *Utbildning och forskning – Kvalitet och konkurrenskraft* att skapa utrymme för alternativa samarbets- och huvudmannaskapsformer för vårdhögskoleutbildningen i syfte att höja kvaliteten och forskningsanknytningen i vårdutbildningen. Som utgångspunkt gällde att den lösning som valdes skulle vara kostnadsneutral för såväl stat som landsting.

Den modell som valdes utformades så att landsting och statliga högskolor slöt samverkansavtal. I avtalen är landstingen "beställare" av utbildningen och de statliga högskolorna genomför den till skillnad från andra högskoleutbildningar, för vilka regeringen utformar uppdraget. Hur avtalen är utformade skiljer sig något från fall till fall. I vissa avtal

lämnas ett stort ansvar till högskolan, i andra fall kvarstår en stor del av planering etc. hos landstinget.

Under år 1996 påbörjades arbetet med att flytta över genomförandet av så kallade medellånga vårdutbildningar till statliga högskolor men med det egentliga huvudmannaskapet kvar hos landstingen. Från den 1 januari 2000 kommer detta att gälla i samtliga landsting med undantag för Jönköpings läns landsting.

Skäl för ändrat huvudmannaskap

Huvuddelen av den högre utbildningen – med undantag för bland annat stiftelsehögskolorna – är statlig. Detta är en viktig princip för att staten skall kunna göra en samlad bedömning och ta sitt ansvar för den nationella utbildningspolitiken – dvs. den högre utbildningens inriktning och dimensionering i ett nationellt perspektiv i relation till landets/arbetsmarknadens och de enskilda studenternas behov.

Ett statligt huvudmannaskap förbättrar möjligheterna att tillgodose också kommunernas och andra vårdgivares behov av personal. Likaså förenklas formerna för praktik hos dessa vårdgivare.

Avtalskonstruktionen, som den ser ut idag, innebär en oklar ansvarsfördelning mellan stat, landsting och högskola, bland annat vad gäller dimensioneringsfrågan. Under statligt huvudmannaskap kan staten vid behov göra nödvändiga omprioriteringar. Det skulle underlätta möjligheterna att kunna planera behoven av personal inom alla sektorer. Vidare ger ett statligt huvudmannaskap möjligheter för såväl högskolorna som för regeringen att samordna utbildning och forskning, utnyttja gemensamma tjänster som bibliotek, utrustning m.m. på ett mer effektivt sätt.

Under 1990-talets första hälft har tre stora nationella huvudmannaskapsreformer genomförts: ädel-, psykiatri- och handikappreformerna. Dessa har inneburit att kommunerna har ett betydligt större ansvar för vård och omsorg än tidigare. Under 1990-talet har andelen vård och omsorg som produceras av privata entreprenörer ökat. Tecken finns på att denna ökning kan komma att fortsätta.

Högskoleverkets kommentar

Enligt HSV skiljer sig förutsättningarna för att driva vårdhögskolorna mellan landsting och stat på ett flertal viktiga punkter. De statliga högskolorna har i fråga om bredd, lärarkompetens och forskning en hög potential för fortsatt utveckling av vårdhögskolorna, som en liten re-

gional eller lokal högskola saknar. Utbildningarna måste bedrivas med stor framförhållning samtidigt som det krävs en stor portion flexibilitet och anpassningsförmåga vad gäller dimensionering av kurser och innehåll. För att stärka forskningsanknytningen bör vårdutbildningarna knytas till lämplig fakultet.

HSV har rekommenderat att samtliga landsting överlåter ansvaret för vårdhögskoleutbildningarna till den statliga högskolan.

Finansieringsfrågor i nuvarande system

I dagsläget utgår statsbidrag till landstingen dels via det generella statsbidraget, dels via ett riktat bidrag till landstingen för vårdhögskoleutbildning. Statsbidraget för vårdhögskoleutbildningen utgör cirka 20 procent av den totala kostnaden. Därutöver ingår högskoleutbildning som en faktor i det interkommunala utjämningsystemet. Denna utjämningskompenserar för skillnader i utbildningsvolym.

Översikt över huvudmannaskapet:

Vårdhögskolor med landstingskommunalt huvudmannaskap

- Vårdhögskolan i Boden
- Hälsöhögskolan i Jönköping
- Hälsöhögskolan Väst i Vänersborg

Vårdhögskolor med enskilt huvudmannaskap

- Ersta Sköndal högskola
- Röda Korsets högskola
- Sophiahemmet sjuksköterskehögskola

Statliga högskolor med utbildningar inom vård och omsorg

- Uppsala universitet
- Lunds universitet
- Göteborgs universitet
- Umeå universitet
- Linköpings universitet
- Karolinska institutet
- Karlstads universitet

- Växjö universitet
- Örebro universitet
- Högskolan i Borås
- Högskolan i Dalarna
- Högskolan i Gävle
- Högskolan i Halmstad
- Högskolan i Kalmar
- Högskolan i Karlskrona/Ronneby
- Högskolan i Kristianstad
- Högskolan i Skövde
- Malmö högskola
- Mitthögskolan
- Mälardalens högskola

Kommissionens slutsats är att huvudmannskapet för de landstingskommunala utbildningarna i sin helhet bör överföras till staten senast under år 2001. Diskussioner mellan regeringen och landstingen bör inledas snarast och diskussionen bör präglas av en helhetslösning.

7.2 Arbetsmarknadsåtgärder

Mål för arbetsmarknadspolitiken

Regeringens proposition 1998/99:1, Budgetproposition för 1999, klargör att "[A]rbeitsmarknadspolitikens uppgift är främst att öka anpassningsförmågan på arbetsmarknaden. Det skall ske genom ett effektivt platsförmedlingsarbete som tillsammans med främst kompetenshöjande insatser och övriga åtgärder leder till en hög rörlighet på arbetsmarknaden."²⁵

Den centrala uppgiften för arbetsmarknadspolitiken är därmed att stimulera rörlighet i syfte att öka sysselsättningen, men också att förhindra att flaskhalsar uppstår i bristsituationer. Dessutom ska arbetsmarknadspolitiken stimulera att personer som har svårigheter att få eller behålla ett arbete ska erbjudas kompetenshöjande insatser t.ex. utbildning, vilket ökar deras chanser på arbetsmarknaden.

De senare åren har regeringens arbetsmarknadspolitik i ökad omfattning inriktats mot just kompetenshöjande insatser.

²⁵ Regeringens proposition 1998/99:1, Utgiftsområde 14, s 10.

Jämställdhet

Jämställhetsperspektivet ska även genomsyra arbetsmarknadspolitiken. Att främja kvinnor och män lika villkor på arbetsmarknaden är ett centralt mål.

Riksrevisionsverket, RRV, påtalar i en rapport att kvinnor och män företrädesvis får placeringar i traditionella yrken och sektorer. RRV menar att regeringen bör uppdraga till den lokala nivån att bryta den könsfördelade arbetsmarknaden.

Regeringen instämmer i ovanstående och att insatserna i högre utsträckning bör användas till vägledning som påverkar könsfördelningen. Enligt regeringens regleringsbrev år 1999 till Arbetsmarknadsverket, AMV, har 22 miljoner kronor avsatts till AMS för projektverksamhet som syftar till att minska könssegregationen på arbetsmarknaden.²⁶

Studievägledning och aktiva informationsåtgärder kan förändra de attityder som finns i samhället och genom detta öka andelen av det underrepresenterade könet i det aktuella yrket. Därför är det viktigt att vägledare får kunskap om hur arbetsmarknaden för vård- och omsorgssektorn ser ut.

Det finns många åtgärder som arbetsmarknadspolitiken kan bidra med för att komma till rätta med den rådande bristsituationen inom vård och omsorg. Nedan följer några sådana exempel.

Bristyrkesutbildning

Bristyrkesutbildning – att medge att en viss volym arbetsmarknadsutbildning omfattar personer som har anställning – tillskapades som åtgärd år 1974. Den upphörde år 1984, men återkom i ny skepnad år 1987, då den fick avse högst 10 procent av platserna i arbetsmarknadsutbildningen. Senare fick AMS möjlighet att använda hela 20 procent av platserna och då vidgades också reglerna. Den 1 juli 1993 återgick man till de regler som gällde år 1987 och platserna drogs ner till högst 2 procent. Efter den nedfasningen avskaffades arbetsmarknadsutbildning för anställda helt den 1 juli 1995. Då var arbetslösheten så hög att man ansåg att åtgärderna måste reserveras för de arbetslösa och varslade.

I 1999 års ekonomiska vårproposition återinför regeringen på försök bristyrkesutbildning för redan anställda. Det är viktigt att berörda in-

²⁶ Arbetsmarknadsdepartementet, *Regleringsbrev för budgetåret 1999 avseende Arbetsmarknadsverket (AMV) och anslag inom UO13 Ekonomisk trygghet vid arbetslöshet och UO14 Arbetsmarknad och arbetsliv*, s 22.

tressenter uppmärksammar denna möjlighet för vård- och omsorgssektorn.

Industrins IT-utbildning

Arbetsmarknadsdepartementet träffade den 16 december 1997 ett avtal för staten med Industriförbundet och IT-Företagen (Svenska IT-företagens Organisation) som syftade till att genomföra ett nationellt program för IT-utbildningen i syfte att klara rekryteringen till jobben inom denna sektor. 10 000 personer beräknas komma att beröras av avtalet. 75 procent av deltagarna skall rekryteras bland gruppen arbetslösa, medan 25 procent kan vara redan anställda.

Sedan avtalet undertecknades har en projektorganisation byggts upp. Totalt skall det finnas en projektledare per län som arbetar med att kartlägga arbetskraftsbristen på företagen. Därefter föreslår projektledaren en utbildning som upphandlas enligt lagen om offentlig upphandling (LOU). Parallellt med upphandlingen rekryteras elever i samverkan med arbetsförmedlingen.

För att hantera denna arbetsmarknadspolitiska åtgärd har Industriförbundet bildat en förening. I styrelsen ingår ledamöter från Industriförbundet och IT-företagens branschorganisation samt ledamöter från Näringsdepartementet.

Staten bidrar med ca 1,3 miljarder kronor för denna åtgärd. I bidraget ingår kostnader för utbildningen och utbildningsbidraget samt administration och anställning av projektledare.

Otraditionella medel

Regeringen har i regleringsbrevet till AMV för år 1999 avsatt 500 miljoner kronor till AMS som får användas till s.k. otraditionella åtgärder. Utöver dessa 500 miljoner kronor har regeringen avsatt totalt 823 miljoner kronor som fördelas mellan Skåne län, Gävleborgs län, Dalarnas län, Jämtlands län samt Värmlands län. Totalt finns således ca 1,3 miljarder kronor för otraditionella åtgärder. Med detta menas sådana insatser som inte ryms inom de ordinarie arbetsmarknadspolitiska åtgärderna. Insatserna avser personer som är eller riskerar att bli långtidsinskriva samt kompetensutvecklingsinsatser för personer som är eller kan komma att bli arbetslösa p.g.a. strukturförändringar.

I regleringsbrevet till AMV för budgetåret 1998 sägs att ungdomar och invandrare bör prioriteras inom ramen för otraditionella åtgärder. Regeringen skriver också att

"...särskilda insatser för arbetslösa kvinnor som berörts av strukturförändringar inom offentlig sektor skall beaktas. Vidare skall åtgärder som underlättar för kommunalt anställda, som på grund av bristande utbildning annars riskerar att förlora arbetet, att få den utveckling i arbetslivet de behöver beaktas."²⁷

Det har emellertid enligt näringsdepartementet inte gått att finna något exempel där sådana medel under år 1998 har använts till vård- och omsorgssektorn.

Trots att medel finns för otraditionella åtgärder förbrukas de ofta inte, vilket kan bero på bristande information och kunskap. Det finns t.ex. inga hinder att använda medlen för kompetensutveckling eller bristutbildning för olika yrkesgrupper inom vård och omsorg, men under år 1998 skapades inget projekt för vård- och omsorgssektorn.

Opionsbildning

Vid sidan av förändringarbetet inom hela vård- och omsorgssektorn är opinionsbildningen en mycket viktig del. Upplysning och information till dels de underrepresenterade grupperna, dels studenter och ungdomar i största allmänhet om hur det är att arbeta inom vårdsektorn förmedlas i alltför liten utsträckning.

I Stockholms län har, under länsarbetsnämndens ledning, tillsatts en projektgrupp, Vård 2000, med syftet att söka lösa rekryteringsfrågan på såväl kort som lång sikt inom vård och omsorg.

I gruppen ingår förutom länsarbetsnämnden landstinget och länets kommuner inklusive Stockholms kommun, alla de stora arbetsgivarna på vårdområdet inom Stockholms län finns alltså representerade. Man har genomfört särskilda arbetsmarknadsdagar för vård- och omsorgssektorns arbetsmarknad som avsett länets samtliga förmedlingar. Alla berörda arbetsgivare inbjöds till rekryteringsträffar där de mött de arbetssökande direkt över disk. Inbjudan har gått ut till länets samtliga kommuner, till landstingets olika arbetsplatser samt andra vårdarbetsgivare.

Utöver arbetsmarknadsdagarna genomför man en attitydpåverkande mässa riktad till ungdomar samt en bred aktivitet på Arbetsförmedlingen Expo som komplement och för uppföljning av de aktiviteter som ägde rum i mars.

²⁷ Arbetsmarknadsdepartementet, *Regleringsbrev för budgetåret 1998 avseende Arbetsmarknadsverket (AMV) och anslag inom UO13 Ekonomisk trygghet vid arbetslöshet och UO14 Arbetsmarknad och arbetsliv*, s 20.

Länsarbetsnämnden mobiliserar hela organisationen för dessa aktiviteter. Arbetet leds av en projektledare som skall hålla kontakten med samtliga intressenter.

Samordnat med aktiviteterna planeras en massiv marknadsföringskampanj som finansieras gemensamt av kommunerna, landstinget samt privata vårdgivare. Dessa aktörer står även för en stor del av övriga kostnader medan i övrigt de lokala arbetsförmedlingskontoren belastas som är med i aktiviteten. Länsarbetsnämnden beordrar övertid för samtlig personal som arbetar på de lördagar som är aktuella. För statens vidkommande finansieras åtgärderna inom anslagsramen.

Totalt var ett drygt hundratal olika arbetsgivare representerade och 5 000 arbetssökande kom till arbetsförmedlingarna.

Efter kampanjen utvärderades projektet. Både besökare och arbetsgivare intervjuades. Hälften av alla arbetsgivare som deltog under dagarna kom från kommunal verksamhet, landstingen stod för en fjärdedel och en fjärdedel var privata arbetsgivare. I princip samtliga uppger att de tycker att rekryteringsdagar är ett bra sätt att hitta ny kompetens och att de kan tänka sig att rekrytera på detta sätt igen. Den typ av arbetskraft som efterfrågades var sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden.

Ca 90 procent av de 200 intervjuade arbetssökandena var mycket nöjda och tyckte att kampanjen var ett bra sätt att komma i kontakt med arbetsgivare inom vård- och omsorgssektorn. Ca 70 procent av de tillfrågade tänkte söka minst ett jobb som de hade hittat under rekryteringsdagarna.

Det är med ovanstående exempel som utgångspunkt angeläget att länsarbetsnämnderna tillsammans med huvudmän och fackliga organisationer på motsvarande sätt anordnar vård- och omsorgsdagar med det dubbla syftet att dels marknadsföra vård och omsorg som en bra arbetsmarknad, dels tillsätta vakanser hos vårdarbetsgivarna genom att inbjuda både arbetsgivarna och de arbetssökande.

Tidiga åtgärder vid övertalighet

Arbetsmarknadspolitiken kan också bedrivas i ett förebyggande syfte genom olika typer av tidiga åtgärder gentemot delar av arbetsmarknaden som kommer att ha övertalig personal. På ett tidigt stadium kan exempelvis en lokal arbetsförmedling upprättas i närheten av företaget/arbetsplatsen eller kan arbetsförmedlarna diskutera olika former av stöd för att förhindra att arbetstagaren skall bli arbetslös. Exempel på arbetsmarknader med förväntad övertalighet är förskoleverksamheten och försvarsmakten. Delar av denna personal borde genom tidiga

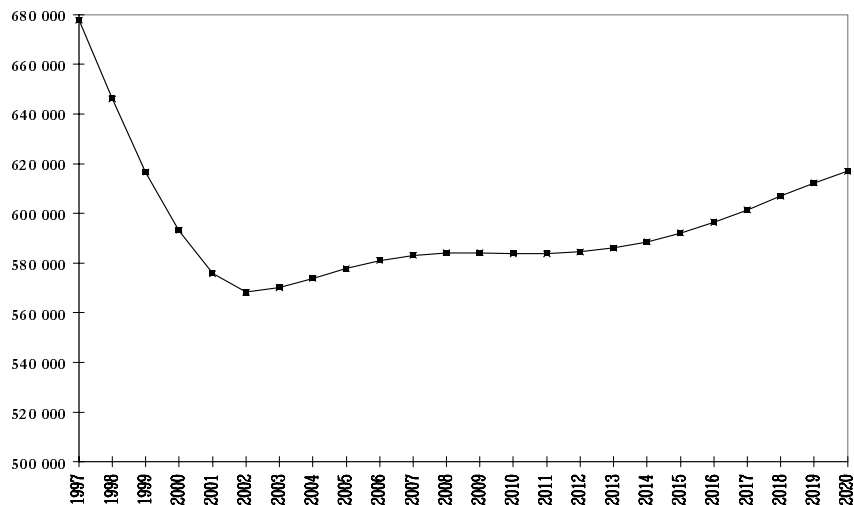
åtgärder kunna bli en resursförstärkning inom vård- och omsorgs- verksamheten.

Förskoleverksamhet

I primärkommunerna förestår brist på personal inom verksamheter för äldre och grund- och gymnasieskolan samtidigt som ett överskott på förskolepersonal kan förväntas.

Antalet barn har minskat kraftigt de senaste åren och befolknings- prognoserna pekar mot en fortsatt minskning fram till år 2002. Därefter ökar antalet barn något. Nedanstående diagram visar antalet barn i ål- dern 1–6 år.

Diagram 7.1 Antalet barn i åldern 1–6 år



Källa: Statistiska centralbyrån

Efterfrågan på förskoleverksamhet är inte helt beroende av antalet barn. Det finns andra faktorer som styr efterfrågan, exempelvis förskoleav- giften, arbetsmarknadens utveckling, familjepolitikens utformning osv. Regeringens förslag om maxtaxa på dagis och att barn till arbetslösa och föräldralediga skall beredas plats i förskolan kommer att medföra att efterfrågan av personal ökar.

Tabell 7.1 Behovet av personal

	Antal årsarbetare	
	1997	2010
Förskollärare och fritidspedagoger	56 000	58 000
Barnskötare	36 000	25 000

Källa: Svenska Kommunförbundet, *Personal och kompetens i förändring*.

Den yrkesgrupp som riskerar att hamna utanför arbetsmarknaden är främst barnskötare. Svenska Kommunförbundet är osäkra på antalet förskollärare. De antar att andelen förskollärare och fritidspedagoger kommer att öka under perioden. Detta innebär att

- grund- och gymnasieskolan har brist på personal och där kan förskolelärare utgöra en resurs,
- barnskötare kan övertalas att omskola sig till vård- och omsorgspersonal genom exempelvis bristyrkesutbildning i stället för att bli övertaliga.

Försvarsmakten

Med anledning av den överenskommelse som träffades mellan regeringen och Centerpartiet i samband med budgetpropositionen hösten 1998 har anslagen till försvarsmakten minskat. Försvarsmakten har i en rapport till regeringen den 19 maj 1999 redovisat effekterna av de nya förutsättningarna.²⁸

Försvarsmakten uppskattar att förutom vissa omorganisationer och stoppade materielleveranser så måste hela försörjningen ses över. Det är två kategorier som berörs, officerare och civilanställda. Antalet officerare måste reduceras med ca 4 600 och antalet civilanställda med 2 450.

ÖB anser att detta inte kan ske genom enbart naturlig avgång, andra åtgärder bör också övervägas. De åtgärder som diskuteras med parterna är bl.a. yrkesväxling av officerare, kompetensutveckling av officerare och civilanställda, tidiga åtgärder vid övertalighet av civila, avgångsvederlag. Till detta hör att en ny bild av officersyrket. I framtiden kan man inte se officersyrket som ett livstidsyrke utan de anställda måste kompetensutvecklas för att kunna vara efterfrågade av andra arbetsgivare på arbetsmarknaden.

²⁸ Försvarsmakten, 1999. *Förslag till framtida struktur för Försvarsmakten*.

Inom försvarsmakten finns både officerare och civilanställda som har vård- och omsorgsutbildning. Det är bl.a. dessa personer, som bör kunna utgöra en resurs inom vård- och omsorgssektorn. Hur många personer som detta kan beröra är oklart i dagsläget. Men även andra försvarsanställda utan sådan utbildning är naturligtvis av intresse.

Uppdrag till AMS

Kommissionen anser att AMS skall få i uppdrag att genom tidiga åtgärder förbereda den aktuella personalen inom övertalighetsområden såsom barnomsorgen och försvaret för yrken inom hälso- och sjukvård och inom äldreomsorgen. I detta uppdrag bör ingå att planera för insatser att lokalt och regionalt tillsammans med kommuner, landsting och fackliga organisationer identifiera rekryteringsproblem, väcka intresse för utbildningar och söka förmå arbetsgivare att göra utfästelser om arbete efter genomgången utbildning.

Andra insatser inom ramen för arbetsmarknadspolitiken

Det finns en rad tänkbara insatser inom arbetsmarknadspolitiken som inom ramen för nuvarande resurser skulle verksamt kunna hjälpa upp den allvarliga rekryteringssituationen för vården och omsorgen. Dit hör att

- skapa reaktiveringsprogram för vårdpersonal för hemflyttande, för tidigare uppsagda och för invandrare med vårdutbildning,
- ge invandrade läkare och sjuksköterskor med utländsk examen utbildning i yrkesanknuten svenska, författningskunskap m.m., i syfte att ge legitimation,
- uppmärksamma möjligheterna att använda otraditionella medel med sikte på att arbetsförmedlingarna skall kunna anpassa insatser efter regionala eller lokala situationer inom vård- och omsorgssektorn,
- uppmärksamma möjligheterna att ge personer som redan har ett arbete arbetsmarknadsutbildning (reaktivering) till bristyrken inom vård- och omsorg enligt vårens riksdagsbeslut,
- på länsarbetsnämnds nivå särskilt beakta problemen med personalförsörjningen i vård- och omsorgssektorn inom ramen för de regionala kompetensråden.

De lokala arbetsförmedlingarna har tillsammans med kommunerna en god kännedom om den lokala arbetsmarknaden och bör därför tillsam-

mans med kommunerna försöka aktivera arbetslösa invandrare med syfte att göra dem anställningsbara i kommunerna. Det finns idag arbetslösa invandrare som har en bra utbildningsbakgrund, men som saknar den yrkessvenska som krävs för en anställning. Ett sammanhållet program som riktar sig till invandrare med yrkessvenska, praktik, utbildning, anställning och introduktion skulle kunna minska den lokala arbetslösheten och samtidigt utgöra ett personaltillskott i vårddykena.

7.3 Mångfald av vårdproducenter

Den svenska hälso- och sjukvården har länge karakteriserats av ett helt och hållet samordnat ansvar för finansiering och produktion under aningen primärkommunalt eller landstingskommunalt huvudmannaskap. Den svenska sjukvården är i huvudsak offentligt finansierad och producerad.

Det bör påpekas att med privat vård avses här vård som drivs i privat regi men finansieras med offentliga medel. Andelen privat produktion som är privat finansierad genom privata försäkringar m.m. är mycket liten. Inom vuxentandvården har den privata finansieringen dock ökat markant. Den totala marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar omsätter idag ca 300 miljoner, vilket motsvarar 0,2–0,3 procent av den totala finansieringen av hälso- och sjukvården.

Privata vårdgivare består i huvudsak av företag som aktiebolag, handelsbolag etc. samt olika former av icke-vinstdrivande organisationer som personalkooperativ, ideella föreningar och stiftelseägda institutioner. Det finns ett större inslag av privat bedriven vård inom den öppna hälso- och sjukvården än inom den slutna vården.

Med slutna hälso- och sjukvård avses, enligt 5 § Hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvård som ges vid intagning i vårdinrättning. Annan hälso- och sjukvård benämns enligt bestämmelsen öppen vård.

Det görs årligen cirka 25 miljoner läkarbesök inom öppenvården och cirka 25 procent av dessa sker i privat öppenvård. Man räknar med att den nuvarande andelen på 25 procent kommer att stiga markant under kommande år. Under senare år har ett ökat antal privata aktörer etablerat sig inom den akuta korttidsvården och primärvården, verksamheter som tidigare uteslutande bedrivits i offentlig regi.

I det historiska perspektivet har Sverige en lång tradition av offentlig vård. Förändringar har dock ägt rum under decenniet 1985–1994. Då skedde ett uppsving för privata sjukhus som bedriver viss typ av kirurgi, främst operationer av höftleder, gråstarr och hjärt- och kranskärl. Orsaken var bl.a. den offentliga vårdens långa operationsköer till denna kirurgi samtidigt som utvecklingen av behandlingsmetoder gick mot en

ökning av polikliniska behandlingar och dagkirurgi vilket medförde att kostnaderna för flera behandlingar och dagkirurgi sjönk drastiskt. Detta ledde till ett antal nyetableringar under 1980-talet inom bland annat den öppna läkarvården.

Sedan Dagmarreformens genomförande har de privata specialisterna varit beroende av kontrakt och tillstånd från landsting för att få tillgång till offentliga subventioner. Genom husläkarsystemet och den fria etableringen för privatpraktiserande specialister och sjukgymnaster flyttade de privata vårdgivarna under år 1994 fram sina positioner inom den öppna läkarvården. Samtidigt infördes en ny nationell läkartaxa. Bland annat förändringen av läkartaxan ledde till ökade kostnader, vilket i sin tur medförde att möjligheterna till fri etablering inskränktes väsentligt fr.o.m. år 1995.

Genom ökad konkurrens har större krav på effektivitet inom landstingen bidragit till nya styrsystem inom landstingen. Flera landsting har infört nya styrmodeller baserade på en uppdelning av sjukvårdsorganisationen i en beställardel och en utförardel. De nya styrsystemen har medfört en viss konkurrens mellan privata och offentliga kliniker. Genom att beställarenheterna i landstingen även kan träffa avtal med externa vårdgivare har ett visst tillträde till "marknaden" öppnats.

Under de senaste åren har offentlig vård i privat regi tagit fart på nytt. Även viljan till privatiseringar, i bemärkelsen att själva produktionsmedlen säljs ut till privata vårdproducenter, ökar. Den privata vården synes även komma att få en extra skjuts till följd av att vi fått ändrade politiska majoriteter inom de tre största landstingen efter det senaste valet.

Övrig privat vård inom kommun och landsting

Det är fortfarande en liten andel av sjukvården som ombildats eller avknoppats till alternativa driftsformer inom hälso-, sjukvård och omsorg. En strävan mot att utveckla alternativa driftsformer, konkurrens och brukarinflytande har påverkat äldreomsorgens förutsättningar under 1990-talet. Antalet entreprenader och tjänsteköp har ökat när det gäller särskilda boendeformer. Andelen personer som bor i särskilda boendeformer bedrivna i enskild regi har nästen fördubblats mellan åren 1993 och 1996. Inom hemtjänstverksamheten skedde en kraftig expansion av entreprenadverksamheten under 1990-talets första år, en ökning med ungefär 14 procent. År 1997 bedrevs 10 procent av platserna i det särskilda boendet och 3 procent av hemtjänsten på entreprenad.

Särskilda boendeformer och enheter inom hemtjänsten som drivs i enskild regi förekommer framför allt i storstäder, förortskommuner och i

större kommuner, medan de nästan helt saknas i glesbygdskommuner och mindre kommuner. Över hälften av landets kommuner anlitar privata entreprenörer. Skillnaden är dock stor mellan olika kommuner. I Stockholms län produceras över en fjärdedel av äldreboendet av privata entreprenörer medan dessa saknas helt i exempelvis Norrbotten och Västernorrland.

Konkurrens och effektivitet

När den egna produktionsapparaten utsätts för konkurrens visar studier att kostnadsmedvetandet och nytänkandet ökar. Flera forskare har uppfattningen att det är förekomsten av konkurrens snarare än ägandeformen som förbättrar produktivitet och effektivitet. Resultaten av studier inom sjukvården visar dock att effekterna av konkurrens mellan vårdgivare i hög grad är beroende av ersättningssystemet och den institutionella ram som vårdgivaren verkar inom. För att privatisering av produktionsansvaret och konkurrens mellan vårdgivare skall leda till en effektivare sjukvård krävs att finansören har hög administrativ och medicinsk kompetens, bl.a. för att kunna åstadkomma bra upphandlingar.

I sammanhanget kan nämnas att regeringen tillsatt en särskild utredare med uppgift att analysera tillämpningen av lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU) på hälso- och sjukvårdstjänster där den enskilde vårdgivaren för att kunna bedriva verksamheten med offentlig finansiering är hänvisad till att träffa avtal med en sjukvårdshuvudman.

Regeringen har även beslutat om tilläggsdirektiv till Utredningen (S 1998:01) om sjukvårdsupphandling den 4 mars 1999. Tilläggsdirektiven innebär att utredaren även skall utreda huruvida lagen om offentlig upphandling är tillämplig

- vid överlåtelse av driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet mellan landsting och kommuner,
- då kommuner köper hälso- och sjukvårdstjänster samt tjänster rörande allmän omvårdnad som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård,
- vid landstingens köp av tandvårdstjänster,
- vid s.k. avknoppning från landstingsdriven eller kommundriven hälso- och sjukvårdsverksamhet och verksamhet rörande allmän omvårdnad som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård samt
- vid landstings och kommuners köp av företagshälsovårdstjänster från privata enheter.

Med anledning av detta har utredningen fått ytterligare tid för utredningsuppdraget. Utredaren skall redovisa resultatet av sitt arbete till regeringen före utgången av år 1999.

Undersökningar visar att vårdpersonalen ofta upplever den stora offentliga organisationen som tungrodd. Anställda trivs bättre i små självständiga enheter oberoende av om de är privat eller offentligt ägda. Det framgår även att det största problemet ofta inte är lönen utan svårigheten att påverka den egna arbetssituationen. En viktig uppgift är därför att skapa förutsättningar som ökar personalens inflytande och inspirerar till förändringsarbete, något som i sin tur bidrar till bättre vårdkvalitet. Fler vårdgivare och autonoma resultatenheter inom den offentligt drivna vården, kan därmed ge mer av småskaliga driftsformer och ökad arbetstrivsel.

7.4 Arbetskraftens rörlighet mellan länder

Inledning

Folkomröstningen år 1994 om ett svenskt medlemskap i EU resulterade i att en knapp majoritet röstade ja, 52,3 procent, medan nejsidan fick 46,9 procent. De unga väljarna var mer skeptiska än väljare i andra åldersgrupper. En studie som har kartlagt gymnasieelevers inställning till EU och Sveriges roll i europapolitiken visar däremot att ungdomar som har stor reseerfarenhet och planerar att arbeta utomlands är mer positiva till EU och Europa. Det framkommer även att elever som läser på de teoretiska programmen är mer positiva till EU-medlemskapet än elever som läser på praktiska program.²⁹ Om detta resonemang är korrekt innebär det att elever vid omvårdnadsprogrammet är mindre positiva till att arbeta utomlands.

Fri rörlighet av personer är ett viktigt inslag i EU-politiken. En utgångspunkt är examenserkännandet som regleras i artikel 57 i Romfördraget. De första direktiven om erkännande av examensbevis för yrkesändamål gäller vissa yrkesutbildningar inom bl.a. hälso- och sjukvården (sjuksköterskor, tandläkare, läkare, barnmorskor osv.). Inför Sveriges ansökan om medlemskap i EU genomfördes en granskning av de svenska utbildningarna som visade att sjuksköterske- och barnmorskeutbildningarna inte uppfyllde de krav som ställdes i det ovan

²⁹ Jansson, P, & Mårtensson, A, Negativa till EU, positiva till Europa – gymnasieelevers attityder och inställning, *Statsvetenskaplig Tidskrift*, 1998, Årgång 101.

nämnda EG-direktivet. Utbildningen bedömdes vara för korta och en reformering ägde rum som resulterade i dagens utbildningar.³⁰

Genom Maastrichtfördraget infördes ett unionsmedborgarskap och en rätt för varje EU-medborgare att fritt resa och uppehålla sig inom medlemsländernas territorier. Den 2 oktober 1997 undertecknades Amsterdamfördraget, som understryker vikten av fri rörlighet av personer, men inte förrän den 1 maj 1999 trädde EU:s nya grundlag i kraft.

En konsekvens av den fria rörligheten är diskussionen om utflyttningen av akademiker och förlusten av s.k. humankapital. Hitintills har diskussionen varit fokuserad på utflyttningen av civilingenjörer och civilekonomer, men under åren 1998 och 1999 har diskussionen även inkluderat vårdpersonal och då främst utflyttningen av sjuksköterskor till Norge.

Arbetskraftsrörlighet mellan länder är inget nytt fenomen. Sverige har även tidigare haft personer som flyttat utomlands för att arbeta eller studera inom Norden. I samband med EU-inträdet och de regler om fri rörlighet som råder har ännu fler personer än tidigare fått möjlighet att arbeta utanför landets gränser. Än så länge är rörligheten mellan EU-länder relativt liten. Det antas främst bero på språksvårigheter och skilda kulturer samt familjeförhållanden.

Dagens och framtidens ungdomar är kanske mer benägna att arbeta utomlands. Utan att generalisera för mycket borde man kunna tro att ungdomar som har erfarenhet av resor och studier utomlands är mer benägna att även arbeta utomlands. Det finns även socioekonomiska aspekter i detta sammanhang som gör att resursstarka personer har större möjligheter att flytta utomlands.

Sverige är en del av EU och vi kan tänkas få fler utländska personer som arbetar här. Språksvårigheterna kan dock vara ett hinder i den processen, men för vissa grupper såsom civilingenjörer och civilekonomer som arbetar i globala företag med exempelvis engelska som affärsspråk bör det inte vara några hinder.³¹

Kartläggning

I slutet av år 1998 gav Utrikesdepartementet, Kulturdepartementet, Utbildningsdepartementet, Näringsdepartementet (kommissionen) och andra intressenter SCB i uppdrag att kartlägga omfattningen av in- och utvandringen för högutbildade födda i Sverige. De huvudsakliga källorna

³⁰ Utrikesdepartementet, 1991. *Konsekvenser av ett svenskt EG-medlemskap*. Sverige och den västeuropeiska integrationen, 290f.

³¹ SOU 1997:153, *Arbetskraftens fria rörlighet – trygghet och jämställdhet*, s 86.

till materialet är utbildningsregistret och den registerbaserade arbetsmarknadsstatistiken.

De brister som finns i materialet gäller personer som är födda utomlands och avser främst utbildningsstatistiken. SCB har försökt att eliminera bristerna genom att använda sig av FoB (folk- och bostadsräkningen från år 1990) och den enkätundersökning som genomfördes våren 1995. Utifrån dessa databaser har SCB gjort uppräknings- och uppskattningar utifrån tillgängliga data.

Kartläggningen visar hur många som har flyttat från Sverige och varit borta från landet i minst ett år. Det innebär att statistiken exempelvis inte redovisar läkare, tandläkare och sjuksköterskor som "säsongarbetar" utomlands.

In- och utflyttning av sjuksköterskor

Tabell 7.2 Rörlighet bland sjuksköterskor (25–64 år)

Migrationsår	Född i Sverige		Född utomlands	
	Utflyttade	Inflyttade	Utflyttade	Inflyttade
87	203	77	134	279
88	192	137	120	354
89	137	174	125	457
90	121	151	96	389
91	150	77	186	62
92	236	89	187	47
93	272	96	164	53
94	296	151	181	26
95	326	205	199	47
96	399	237	153	45
97	498	254	167	62
98	319	379	115	78
Totalt	3 149	2 027	1 827	1 899

Källa: Statistiska centralbyrån

Av den statistik som bearbetats framgår att många sjuksköterskor som är födda i Sverige lämnar landet för att arbeta utomlands. Totalt det varit fler utflyttade än inflyttade, en differens motsvarande 1 122 svenska sjuksköterskor. Sedan år 1991 har antalet sjuksköterskor som lämnar landet i det närmaste ökat med det dubbla. Samtidigt har antalet inflyttade sjuksköterskor ökat till fem gånger så många. Under år 1998 sker ett trendbrott. Antalet återvändande svenskar är större än utflyttade

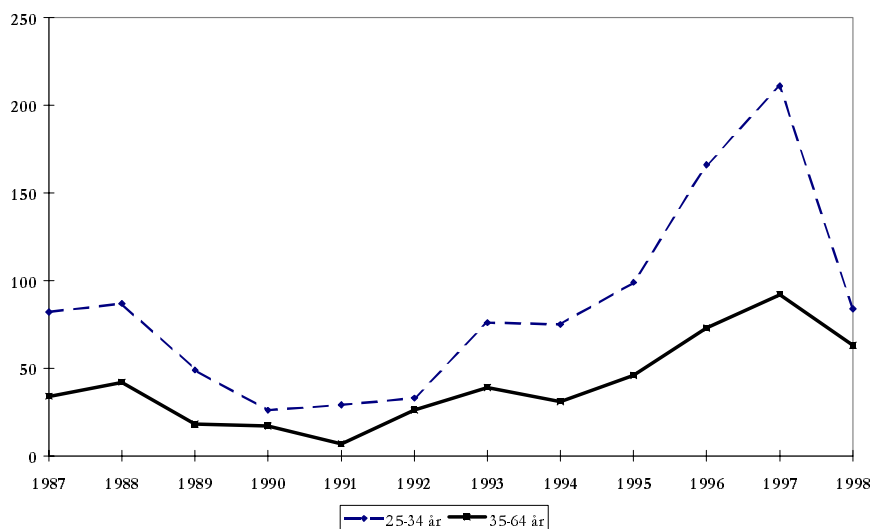
svenskar. Observera att tabellen inte visar om individen ha svensk eller icke-svensk utbildning. Det finns skäl att anta att av dem som är födda utomlands och har flyttat ut från Sverige finns flera som har svensk utbildning.

Det pågår även en in- och utflyttning av utländska sjuksköterskor. Antalet utländska medborgare med sjuksköterskeutbildning som flyttar hit har sedan år 1991 minskat. De flesta utländska medborgare som flyttar till Sverige kommer från grannländer och det är inte flyktingar från exempelvis f.d. Jugoslavien. Däremot var det många sjuksköterskor från Iran som kom hit mellan åren 1988 och 1990. Utflyttningen från Sverige av sjuksköterskor som är födda utomlands har däremot ökat.

Utflyttningen började öka under år 1992, vilket kan bero på att många sjuksköterskor inte fick anställning i vården p.g.a. den ekonomiska situationen i kommuner och landsting. Det kan också bero på att Sverige ingick EES-avtalet som innebar att svenskar kunde flytta till andra EU-länder och arbeta.

Den största utflyttningen skedde under år 1997. Under året var den norska arbetsmarknadsmyndigheten mycket aktiv i sitt värvande av svensk personal. Det var även under åren 1996 och 1997 som den stora sjuksköterskebristen började bli tydlig i Norge. Utflyttningen mattades sedan av under år 1998.

Diagram 7.2 Utflyttade svenska sjuksköterskor till Norge (exkl. bortfall)

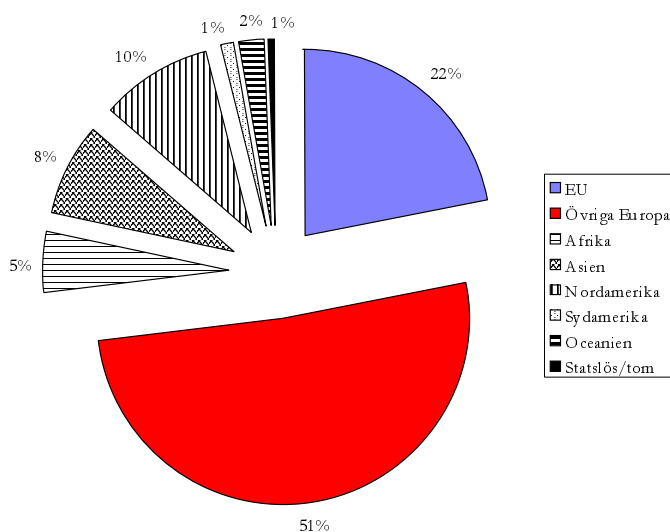


Källa: Statistiska centralbyrån

Beträffande de som har valt att flytta till Norge kan det finnas anledning att fundera över vilka anledningarna är till att de flyttat dit. Några skäl kan vara

- att det ses som en del av lärandet. För många, främst yngre, är det naturligt och spännande men även viktigt att skaffa sig erfarenheter från andra håll,
- missnöje med utvecklingsmöjligheter, arbetsorganisation, arbetsmiljö,
- missnöje med anställningsvillkoren, lönen, arbetstidernas omfattning och förläggning,
- svårigheter att få det arbete man vill ha i Sverige.

Diagram 7.3 Svenska sjuksköterskors utflyttning under åren 1987–1998 (25–64 år)



Källa: Statistiska centralbyrån

Majoriteten av de utflyttade svenska sjuksköterskorna flyttar till övriga Europa. Det största mottagarlandet är Norge, vilket förklarar den stora andelen övriga Europa. Under tidsperioden 1987–1998 har 45 procent av de utflyttade sjuksköterskorna flyttat till Norge.

En jämförelse mellan åren 1987 och 1997 visar att det land som haft den största procentuella ökningen av inflyttade svenska sjuksköterskor är Storbritannien.

Huvuddelen av de sjuksköterskor som flyttar utomlands flyttar till vårt grannland Norge medan Storbritannien är det land som har den största "tillväxtökningen" av våra sjuksköterskor.

In- och utflyttning av läkare och tandläkare

Tabell 7.3 Rörlighet bland läkare och tandläkare (25–64 år)

Mig.år	Född i Sverige				Född utomlands			
	Läkare		Tandläkare		Läkare		Tandläkare	
	Utflytt.	Inflytt.	Utflytt.	Inflytt.	Utflytt.	Inflytt.	Utflytt.	Inflytt.
87	27	12	27	6	168	302	24	35
88	27	24	27	9	140	442	23	46
89	35	13	28	11	154	480	33	67
90	20	32	31	7	125	501	39	88
91	30	24	15	13	199	216	42	48
92	48	16	19	19	198	142	46	23
93	44	17	30	12	199	75	54	19
94	55	34	32	14	246	27	62	18
95	65	21	69	19	191	32	82	35
96	77	34	81	18	168	55	84	12
97	103	30	93	34	190	41	123	26
98	100	50	58	54	120	51	93	27
Totalt	631	307	510	216	2098	2364	705	444

Källa: Statistiska centralbyrån

Både antalet in- och utflyttningar av svenska medborgare och utrikesfödda har ökat sedan 1990-talet. Många läkare lämnar Sverige och då främst läkare med utländsk härkomst. Bland tandläkarna är det mestadels svenska tandläkare som flyttar ut. Även bland läkare och tandläkare sker den största utflyttningen år 1997 för att sedan sjunka under år 1998.

Bland utländska medborgare är det en stor inflyttning av utländska läkare i början av 1990-talet. Många utländska medborgare med läkar-kompetens flyttar tillbaka till sina hemländer samtidigt som vi har brist på läkare. Antalet inflyttade tandläkare är tämligen konstant. Många utländska tandläkare flyttar dock ut från Sverige under år 1997. Skillnaden mellan läkarna och tandläkare är deras arbetsmarknadssituation. Det har varit en hög efterfrågan på läkare, medan efterfrågan på tandläkare har sjunkit.

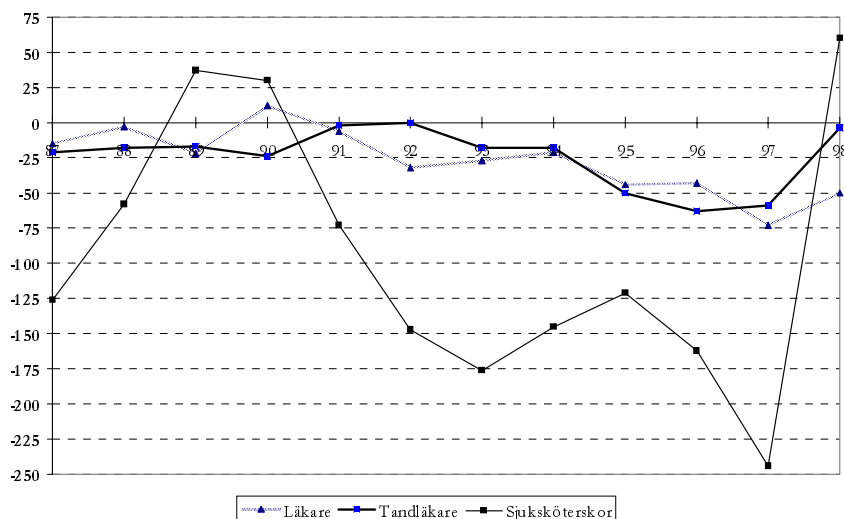
Den samlade bilden

Den rörlighet som finns bland olika yrkesgrupper överdrivs ofta i media. I verkligheten är rörligheten liten. Man kan jämföra hur många som

flyttar utomlands med samtliga utbildade inom relevant yrkesområde. I detta fall innebär det att utflyttningen av svenska sjuksköterskor under år 1997 var 5 promille, av läkare 5 promille och av tandläkare 1 procent.

Många av de som flyttar från Sverige är yngre personer. Därför är detta – även om volymen totalt sett är liten – ändå ett problem bland flera för den framtida personalförsörjningen i kommuner och landsting.

Diagram 7.4 Nettoinflyttning, åldersgruppen 25–64 år, svenska medborgare. (antal personer)³²



Källa: Statistiska centralbyrån

Nettoinflyttningen bland exempelvis sjuksköterskor med svenskt medborgarskap har varit negativ under större delen av 1990-talet. I slutet av 1980-talet översteg antalet inflyttade sjuksköterskor antalet utflyttade. Sedan dess har däremot utflyttningen varit större än inflyttningen. Under år 1998 sker ett trendbrott. Den bristsituation som råder på sjuksköterskor verkar ha medfört att många sjuksköterskor flyttar tillbaka.

Rörligheten måste rimligtvis förväntas öka i takt med internationaliseringen. En ökad utflyttning av t.ex. svenska akademiker borde inte komma som en överraskning.

Inflyttningen av utländsk yrkeskompetens är mer osäker. Ett exempel är konsekvenserna av de baltiska staternas integration i EU.³³ När de

³² Med nettoinflyttning menas inflyttning minus utflyttning.

³³ SOU 1997:153, *Arbetskraftens fria rörlighet – trygghet och jämställdhet*, s 132f. Se även Ds 1995:68, Finansdepartementet, Rapport till ESO, *Invandring, sysselsättning och ekonomiska effekter*, s 92f.

baltiska staterna blir medlemmar kan man anta att deras akademiker kommer att flytta till Sverige bl.a. av de kulturella banden. Yrkesutbildade unga kvinnor som inte kan få arbete i de baltiska staterna kan utgöra en potentiell immigrationsgrupp. När de baltiska staterna blir fullvärdiga medlemmar finns inga hinder för arbetskraftsinvandring.

I det material som sekretariatet låtit SCB sammanställa är det dock inte ett klart mönster som bekräftar detta. I själva verket är det två grupper som flyttar utomlands: arbetslösa eller personer med låga inkomster samt personer med höga löner. Majoriteten av de utflyttade svenska läkarna återfinns i inkomstintervallet 300 000 kr och mer i årsinkomst, medan många tandläkare och sjuksköterskor finns i de lägre inkomstklasserna. Det är förhållandevis många sjuksköterskor som finns i inkomstintervallet 0–100 000 kr i årsinkomst. Det kan tyda på att många av de sjuksköterskor som flyttar ut arbetar deltid eller är arbetslösa innan de flyttar utomlands.

För att utflytningen skall minska krävs dels att det råder efterfrågan på yrkesgruppen, dels goda anställningsvillkor. I dagsläget råder det visserligen hög efterfrågan, men de goda anställningsvillkoren i Sverige tenderar inte att hålla tillbaka utflytningen. Kommunernes sentralförbund i Norge har undersökt förekomsten av svenska sjuksköterskor verksamma i Norge i augusti 1998. Då fanns det 760 svenska sjuksköterskor varav 347 (46 procent) hade fast anställning och 413 vikariat, exkl. sommarvikarier. 63 procent hade varit anställda i mer än ett år i samma arbete och ytterligare 19 procent i sju till tolv månader. Med hänsyn till bortfallet i undersökningen har totalantalet uppskattats till ca 825. Men året innan, dvs. år 1997, sökte 1 700 svenska sjuksköterskor norsk legitimation, många kanske vill hålla möjligheten öppen.

De nordiska läkarförbunden har i sin gemensamma prognos beskrivit rörligheten på den nordiska arbetsmarknaden. Island och Danmark är länder där stora delar av läkarkåren tjänstgör i andra nordiska länder och då främst i Sverige. Norge är en attraktiv arbetsmarknad bland läkarna i Norden. Under år 1997 fick ca 600 svenska läkare behörighet att arbeta i Norge. Hur många av dessa läkare som sedan blev verksamma i Norge är mer osäkert.³⁴

Frågan är hur stor ”reserv” som finns bland exempelvis sjuksköterskor om ansträngningar görs för att de skall återvända till Sverige, vilket naturligtvis är en åtgärd av engångskaraktär. Redan av det faktum att de totalt utgör mindre än 1 procent av antalet legitimerade sjuksköterskor hos landsting och kommuner i Sverige kan man dra slutsatsen att det skulle röra sig om ett mycket litet – men ändå viktigt – tillskott. Om man

³⁴ Samnordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor, 1998, *Den framtida läkararbetsmarknaden i Norden*.

till detta lägger att naturligtvis inte alla är beredda att återvända så finns givetvis ingen lösning på sjuksköterskebristen att hämta i denna åtgärd.

7.5 Andra faktorer som påverkar efterfrågan på personal

7.5.1 Verksamhetsförändringar

Sedan Ädelreformens start har kommunerna ett ökat ansvar för vård i livets slutskede. I samband med detta har antalet sjuksköterskor ökat i primärkommunerna. Ungefär hälften av primärkommunerna har även ansvar för hemsjukvården, vilken ofta består av avancerad sjukvård i det ordinära boendet. Detta leder till att många primärkommuner kommer att ha ett ökat behov av kvalificerade sjuksköterskor i äldreomsorgen.

I och med de ekonomiska besparingarna i primärkommunerna har vissa prioriteringar gjorts inom äldreomsorgen. Personer med mindre behov har fått en lägre prioritering till förmån för personer med större behov av vård och omsorg. Som visats tidigare har antalet personer med hemtjänstinsatser minskat under 1990-talet. Omställningen kommer att medföra att kvalificerad personal i större utsträckning än i dag kommer att behövas och då främst inom de särskilda boendeformerna, men även inom hemsjukvården.

Även inom landstingen sker verksamhetsförändringar. I vissa landsting diskuteras ett ev. återinförande av en vårdgaranti. Frågan är om detta ytterligare ökar efterfrågan på berörd personal. Målet med den tidigare vårdgarantin var att garantera patienterna vård inom en viss tidsgräns för vissa specifika insatser. Om det egna landstinget inte kunde uppfylla åtagandet inom tidsgränsen skulle landstinget tillgodose patientens behov av vård antingen i något annat landsting eller i den privata vården. Socialstyrelsens granskning av den förra vårdgarantin har visserligen inte i första hand avsett personalförsörjningen, men Socialstyrelsen uttalar i en rapport till regeringen om införande av en vårdgaranti att bristen på kvalificerad personal kan komma att öka med en sådan garanti. Det är vidare enligt Socialstyrelsen en förmodad effekt att landstingen dessutom måste omorganisera sin verksamhet för att uppnå vårdgarantin.³⁵

³⁵ Det var en av effekterna av den förra vårdgarantin enligt Socialstyrelsens utvärdering. Se Socialstyrelsen, *Fyra år med vårdgarantin* - erfarenheter och effekter.

7.5.2 Övriga faktorer

Men det finns också ”mjukare” förhållanden i patienternas omvärld som kan iakttas men där slutsatserna för vård- och rekryteringsbehovet är svåra att mäta. I nedanstående avsnitt sker en översiktlig presentation av faktorer som kan påverka efterfrågan av vårdpersonal i ett positivt eller negativt avseende.

Ökar efterfrågan/minskar tillgången

Större krav på vård kan komma att ställas dels från patienten, dels från anhöriga. I takt med att frivilligorganisationer alltmer engageras inom t.ex. äldreomsorgen så får fler personer kunskap om olika sjukdomsförlopp och behandlingsmetoder. Den nya kunskapen gör att den enskilde kan komma att ställa högre krav på kommuner och landsting.

Vårdbenägenheten kommer att påverka efterfrågan av vård. HSU 2000-utredningen menar att kvinnor är mer benägna att söka professionell hjälp än män.

Det finns även regionala skillnader, mellan stadsbor och invånare i glesbygd, där stadsbor i högre grad vänder sig till sjukvården för besvär. Det senare är inte anmärkningsvärt eftersom man i glesbygden inte har samma *närhet till sjukvård* som stadsbor.

Enligt en studie från Institutet för framtidsstudier redovisas att Världsbanken genomfört en kartläggning angående *ensamboende*. Av de länder som Världsbanken undersökt har Sverige den högsta andelen äldre som bor ensamma, 40 procent.³⁶

Den s.k. Kvinnomaktsutredningen menar att de geografiska

”...områden som har störst andel äldre personer, sammanfaller med de områden som har det största ´underskottet´ av kvinnor i åldern 20–39 år, en grupp som är en viktig arbetskraft inom åldringsvård och hemtjänst.”³⁷

Det innebär att problemet att rekrytera personal är ännu större i glesbygd. Det som motsäger detta är att man kan anta att storstadsregionerna har svårare att rekrytera personal i högkonjunkturer, eftersom det finns fler attraktiva arbeten i närmiljön.

Å andra sidan går flyttlassen från gles- och skogslänen till storstadsregionerna i lågkonjunkturer, vilket bidrar till en utarmning av kom-

³⁶ Institutet för framtidsstudier, 1997, *Framtidens arbete och liv*, s 237.

³⁷ SOU 1997:83, *Om makt och kön i spåren av offentliga organisationers omvandling*, s 50.

petent personal i dessa utflyttningsregioner och ett tillskott i storstadsregionerna.

Hälsa- och sjukvård samt omvårdnad befinner sig i ständigt förändringstryck. Den tekniska utvecklingen har de senare åren revolutionerat denna sektor. *Ny teknik* ställer dock höga krav på kunskap hos den befintliga personal och i vissa fall måste huvudmännen anställa ny personal för att erhålla rätt kompetens.

Många sjukdomar ökar mer än vad som följer av en demografisk framskrivning. Inflammatorisk ledsjukdom, cancer, stroke, diabetes, höftfraktur samt astmarelaterade sjukdomar är de *sjukdomsgrupper som ökar* mer än den demografiska framskrivningen, vilket ställer krav på mer personal inom dessa områden.

För personer som drabbas av stroke m.m. finns det idag inga effektiva läkemedel mot själva hjärnskadan, men läkemedel som begränsar skadan är under utveckling. Många sjukhus har strokeenheter och en utbyggnad av sådana enheter förväntas ske. De rehabiliteringsresurser som idag finns är bristfälliga. Landstingen och kommunerna kommer med stor sannolikhet att förbättra rehabiliteringsinsatserna. En effekt av detta är att efterfrågan av personal ökar i samband med den *medicinska utvecklingen* och *ökade rehabiliteringsinsatser*.

Under senare år har *massmedia* rapporterat om missförhållanden i vårdsektorn. Det har bl.a. handlat om patienter som fått vänta i timmar på att få träffa läkare, patienter som legat i korridoren eller äldre som skickats hem från sjukhuset. Under år 1997 kom larmrapporter om missförhållanden i äldreomsorgsverksamheter på entreprenad. Man kan spekulera i hur detta påverkar attraktiviteten hos vårddyrkena. I Solna, där Polhemsgården ligger, kan diskussionen om missförhållanden i äldreomsorgen (i detta fall en entreprenad) ha bidragit till den kraftiga nedgången av antalet sökande till omvårdnadsprogrammet i Solna. Rapporteringen kan leda till att färre vill utbildas till vårddyrken, men också att den enskilde förlorar förtroendet för vården.

Minskar efterfrågan/ökar tillgången

Det allmänna hälsotillståndet påverkar naturligtvis vårdbehovet. Sveriges befolkning har under en rad år förändrat sina kostvanor och levnadsvanor, exempelvis rökvanor. Det har medfört att levnadsåldern har ökat. På kort sikt skulle det innebära att efterfrågan på viss personal minskar, men i samband med att levnadsåldern ökar kan det medföra att man på lång sikt får en högre efterfrågan på annan personal.

Förebyggande vård, friskvård, har blivit en uppgift för primärvården och hälsoplanerare. Många arbetsgivare erbjuder sina medarbetare friskvård på arbetstid, subventionerar träningskort m.m.

HSU 2000 menar att "[U]tvecklingen under senare år visar entydigt att en ökad andel av befolkningen söker olika former av *alternativ behandling* som inte är offentligt finansierad och att försäljningen av naturläkemedel ökar kraftigt..."³⁸

Vidare säger HSU 2000 att "Morgondagens patienter har högre *utbildningsnivå* än dagens och torde därför ha bättre förutsättningar att ta till sig information. Detta talar för att insatser som kan stödja egenvård och som även i övrigt ger patienten ett större ansvar för sin egen behandling, kan motverka att en sådan konsumtionsökning sker."³⁹

Användandet av *IT-teknik* inom vård- och omsorgssektorn kan exempelvis innebära att läkaren kan kommunicera med patienten via datorn. I takt med att Internet byggs ut har också olika nättjänster vuxit fram. Redan idag finns hemsidor där läkare svarar på frågor, läkemedelsföretag marknadsför sina produkter, handikapporganisationer redogör för sjukdomsförlopp och för den enskildes rätt. Detta kan dels innebära att hälso- och sjukvården inte behöver lika många anställda genom att den enskilde får svar på vissa frågor, dels att informationen gör att den enskilde blir medveten om sin eventuella sjukdom och rättigheter, vilket kommer att öka kraven på vårdsektorn.

Andra faktorer som inte är förknippade med befolkningsutvecklingen kan också minska vårdbehovet och därmed efterfrågan på personal. Ett exempel är den *sjunkande efterfrågan* som kan avläsas i Socialstyrelsens och Svenska Kommunförbundets statistik angående antalet personer som har hemtjänst. Under en rad år har antalet personer som fått bistånd till insatser i hemmet sjunkit. De förklaringar som finns är bl.a. den negativa publiciteten av äldreomsorgen och diskussionen om avgifterna i äldreomsorgen. Om det verkligen är efterfrågan som minskar är oklart. Efterfrågan och behov är två helt olika saker.

Missförhållanden och avgifterna i äldreomsorgen gör att många äldre människor inte ansöker om hemtjänst. Kommunerna har också skärpt biståndsbedömningen i samband med besparingarna och prioriterat personer med stort vårdbehov.

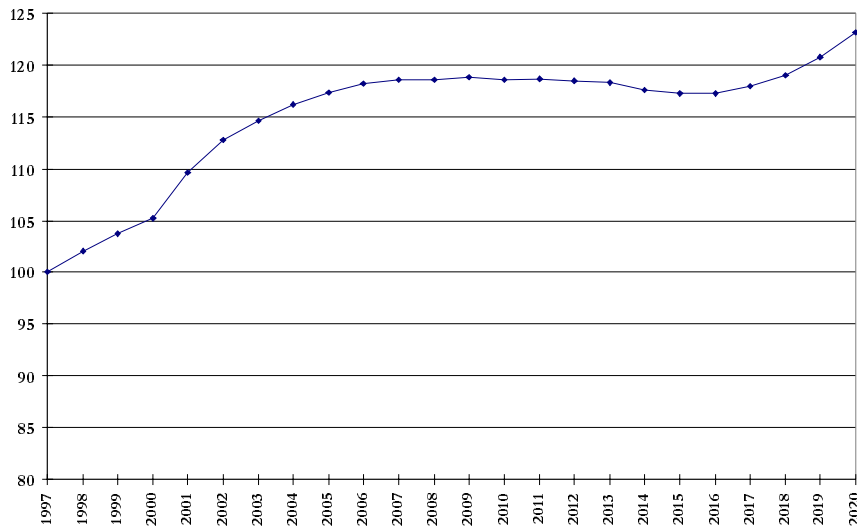
Diagram 7.5 klargör att om dagens behov inom hemtjänsten bedöms som konstant (20 procent) inom åldersgruppen personer över 80 år in-

³⁸ SOU 1996:163. *Behov och resurser i vården – en analys*, Del A, Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000), s 141f. Egen kursivering.

³⁹ SOU 1996:163. *Behov och resurser i vården – en analys*, Del A, Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000), s 141f. Egen kursivering.

nebär det att volymen ökar med ca 25 procent år 2020. Kommissionens perspektiv är tiden fram till år 2010, vilket i detta fall innebär att drygt 18 procent fler personer behöver insatser i hemmet än år 1997. Det skulle innebära en markant ökning i efterfrågan på personal.

Diagram 7.5 Prognostiserad hemtjänstutveckling i primärkommunerna, 80–w år (index där 1997=100)



Källa: Svenska Kommunförbundet, Statistiska centralbyrån samt egna beräkningar

Många andra förhållanden påverkar också framtiden. Regeringen har t.ex. i propositionen 1997/98:113 "Nationell handlingsplan för äldrepolitiken" anført att *den informella vården* bör stödjas av kommunerna. Det skulle leda till att antalet patienter inom exempelvis hemtjänsten sjunker. Andra åtgärder, som förändring av kostnaden för hushållsnära tjänster, skulle också påverka antalet personer som söker insatser i hemmet.

8 Prognoser och bedömningar

Under kommissionens arbete har myndigheter, huvudmän och fackliga organisationer presenterat prognoser som berör vårdsektorn. Utan att djupare redogöra för de olika antaganden som ligger till grund för dessa prognoser presenteras de här nedan.

8.1 Myndigheter

8.1.1 Arbetsmarknadsstyrelsen

Arbetsmarknadsstyrelsens, AMS, rapport om framtidens arbetsmarknad grundar sig på offentlig statistik angående pensionsavgångar, personalomsättning och intressenternas behov att öka eller minska antalet anställda. Prognosen är konjunkturneutral.

Tillsammans med utbildningsväsendet utgör vårdsektorn den sektor som förutspås få stora problem med personalrekrytering.

Sammantaget räknar AMS med att bristen på högskoleutbildade inom vård- och omsorgsområdet uppgår till 40 000–45 000 år 2010. Jämfört med antalet examinerade 1996/97 behövs det enligt AMS ca 70 procent fler examinerade med hälso- och vårdutbildning från universitet/högskolor.

Det råder för närvarande i det närmaste jämvikt mellan utbud och efterfrågan på läkare. Det kommer dock större pensionsavgångar efter år 2005, vilket gör att fler läkare behöver examineras än idag. Bristen uppskattas till ca 1 000–2 500 t.o.m. år 2010.

Behovet av sjuksköterskor kommer att öka. AMS beräknar att ytterligare ca 25 000 sjuksköterskor behöver examineras under åren fram till år 2010. Störst brist kommer att uppstå i äldreomsorgen och beträffande röntgen-, akut-, operations- och psykvårdssjuksköterskor.

Bristen på undersköterskor uppkommer främst av två orsaker: färre omvårdnadsstudenter samt demografiutvecklingen. Bristen torde enligt AMS uppgå till 60 000–70 000 fram till år 2010.

De rekryteringsproblem som finns inom vårdsektorn och då främst bland undersköterskorna beror enligt AMS på att vårdsektorn präglas av

tungt arbete, bristande utvecklingsmöjligheter, låg lön, påtvingat deltidsarbete, timanställningar och visstidsanställningar. Det gör att många ungdomar inte söker sig till denna sektor.

Det kommer enligt AMS även att uppstå tandläkarbrist motsvarande 1 250–1 750 personer fram till år 2010.

Tabell 8.1 Sammanställning av AMS prognoser

År 2010 (ackumulerad)	Avgångar	Nuläget examinerade	AMS bedömning ang. behov av examinerade	Differens
Undersköterskor	81 000	38 000	105 000	+ 67 000
Sjuksköterskor	31 000	40 000	65 000	+ 25 000
Läkare	9 500	8 000	10 500	+ 2 500
Tandläkare	3 750	2 000	3 750	+ 1 750
Psykologer	3 000	2 500	5 500	+ 3 000

Källa: Arbetsmarknadsstyrelsen, 1998, *Framtidens jobb*. Välja yrke in på 2000-talet

8.1.2 Statistiska centralbyrån

Statistiska centralbyråns prognoser utgår från andra förhållanden än Svenska Kommunförbundets och Landstingsförbundets prognoser. De senare beskriver hur många som behövs i verksamheterna, medan SCB redovisar den ackumulerade tillgången och efterfrågan på olika yrkesgrupper.

Antalet personer med vård- och medicinutbildning kommer att vara färre år 2015 jämfört med år 1995. Det är, enligt SCB, den enda högskolegrupp tillsammans med personer som har allmän inriktning (samhällsvetenskaplig eller naturvetenskaplig gymnasieutbildning) som minskar i samhället.

Den demografiska utvecklingen styr efterfrågan på den offentliga sektorn enligt SCB:s kalkyler. Men kalkylerna bestäms också av den offentliga ekonomin som i SCB:s prognos har två utfall. Det ena, högalternativet, består av låg arbetslöshet och en expansiv ekonomi som skapar 400 000 nya jobb. Det andra, dystrare utfallet i lågalternativet, bygger på en fortsatt hög arbetslöshet och därmed också en låg sysselsättningsgrad. En negativ samhällsekonomisk utveckling skapar inga nya jobb.

Högalternativet innebär att 233 000 nya jobb skapas i den offentliga sektorn, varav 70 000 i hälso- och sjukvården. Lågalternativet innebär att 74 000 nya jobb skapas i den offentliga sektorn, men inga nya jobb i hälso- och sjukvården.

SCB:s analyser av efterfrågan och utbud visar att den största bristen uppkommer i vården. Det är främst bland undersköterskor och annan omvårdnadspersonal som bristen kommer att vara störst. Bristen uppskattas i lågalternativet motsvara 100 000 personer och bortåt 150 000 personer i högalternativet.

En bristsituation kan även uppkomma bland sjuksköterskor och läkare, där 9 000–23 000 hänförs till sjuksköterskor. Brist på läkare uppkommer i högalternativet, ca 4 000 läkare. Vid lågalternativet är efterfrågan och utbud beträffande läkare i det närmaste i jämvikt.

SCB har även granskat situationen för tandläkare och deras situation är det motsatta. Det kommer att råda överskott på tandläkare i lågalternativet och jämvikt i högalternativet.

Tabell 8.2 Sammanställning av SCB:s prognos

År 2010	Tillgång	Efterfrågan (hög)	Differens
Omvårdnadspersonal	176 000	324 000	- 148 000
Sjuksköterskor	102 000	125 000	- 23 000
Läkare	30 000	34 000	- 4 000
Tandläkare	8 200	8 300	- 100
Psykologer	6 700	8 100	- 1 400
Arbetsterapeuter	9 400	10 200	- 800
Sjukgymnaster	13 000	12 000	+ 1 000

Källa: Statistiska centralbyrån, 1999, *Trender och prognoser '98* med sikte på år 2015

8.2 Huvudmän

8.2.1 Landstingsförbundet

Landstingsförbundet presenterade sin prognos i december. Prognosen är inriktad på personalfrågorna, men förbundet har även tagit ekonomisk hänsyn i sin prognos om rekryteringsbehovet.

Omvårdnadspersonal:

Landstingsförbundet anser att rekryteringsbehovet är omkring 20 000 per år totalt till kommuner, regioner och landsting åren omkring 2005.

Om olika åtgärder skulle sättas in inom vårdsektorn såsom att erbjuda vikarier fortsatt anställning, öka sysselsättningsgraden, rekrytera

arbetslösa, rekrytera från den övriga arbetsmarknaden samt senarelägga pensionsavgångar så skulle behovet minska med motsvarande 7 000 anställda.

Sjuksköterskor:

Ca 7 000 sjuksköterskor behöver rekryteras per år omkring år 2005 till vårdsektorn gemensamt. Om samma åtgärder som för omvårdnadspersonal sätts in kan behovet minska med 1 000–1 500 anställda.

Det uppskattade rekryteringsbehovet motsvarar ett behov av drygt 4 750 sjuksköterskor per år. Det innebär att det behövs ytterligare 1 600 examinerade sjuksköterskor. Med anledning av bl.a. svårigheterna att skaffa lärare och praktikplatser m.m. bedömer förbundet att 750 utbildningsplatser är en miniminivå.

Logopedier:

Landstingsförbundet har inte gjort någon särskild bedömning av behovet av logopedier. Förbundet uppger att det redan idag råder brist på logopedier.

Läkare:

Rekryteringsbehovet år 2015 till både landsting, kommuner och regioner uppgår till ca 1 700 läkare per år totalt. För att klara rekryteringsbehovet bedömer förbundet att – tillsammans med andra åtgärder, t.ex. fortsatt årlig legitimering av 200–250 läkare med utländsk utbildning (varav emellertid många återvänder till hemlandet) – dimensioneringen av läkarprogrammet bör öka med ca 375 läkare. En mer realistisk miniminivå är dock 200 utbildningsplatser.

Psykologer:

Mycket stora pensionsavgångar förestår – större än vad som framgår av de synpunkter från Sveriges Psykologförbund som redovisas längre fram – med hänsyn till att 40 procent av kåren är äldre än 50 år. Enligt landstingsförbundet återfinns ca 4 000 psykologer i landsting och kommuner medan psykologförbundet anfört att antalet är 5 000. Skillnaden kan eventuellt förklaras av att psykologförbundets uppgift grundas på antalet medlemmar som i sig inte behöver vara anställda som

psykologer utan kan inneha andra anställningar, medan landstingsförbundets statistik grundas på antalet anställda psykologer.

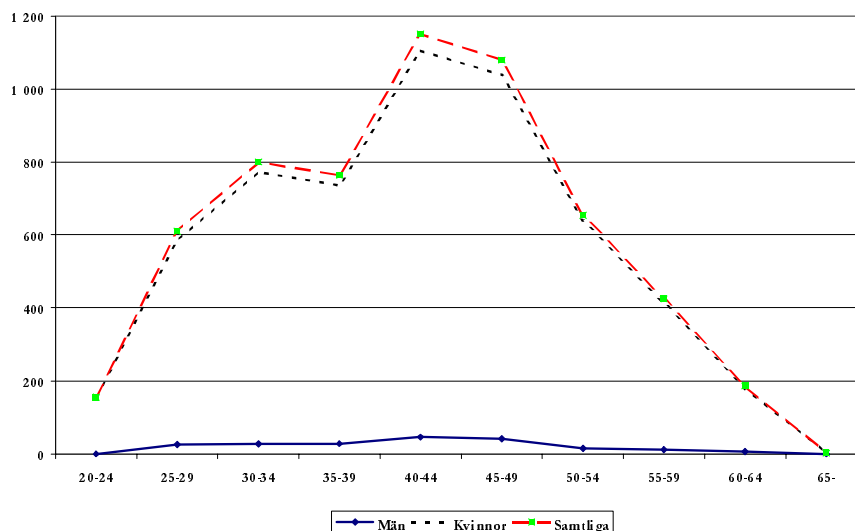
Tandläkare:

Det kommande behovet av tandläkare är oklart p.g.a. olika omständigheter. Landstingsförbundet avser under hösten 1999 genomföra en utförlig utredning om tandläkarbehovet.

Arbetsterapeuter:

Majoriteten av arbetsterapeuterna arbetar inom landstingssektorn. Förbundet anser att dagens dimensionering av arbetsterapeututbildningen bör ligga kvar på dagens nivå eller möjligen öka något.

Diagram 8.1 Antal anställda arbetsterapeuter i landsting och primärkommuner fördelade på kön och samtliga år 1997 (individ grupp 1)

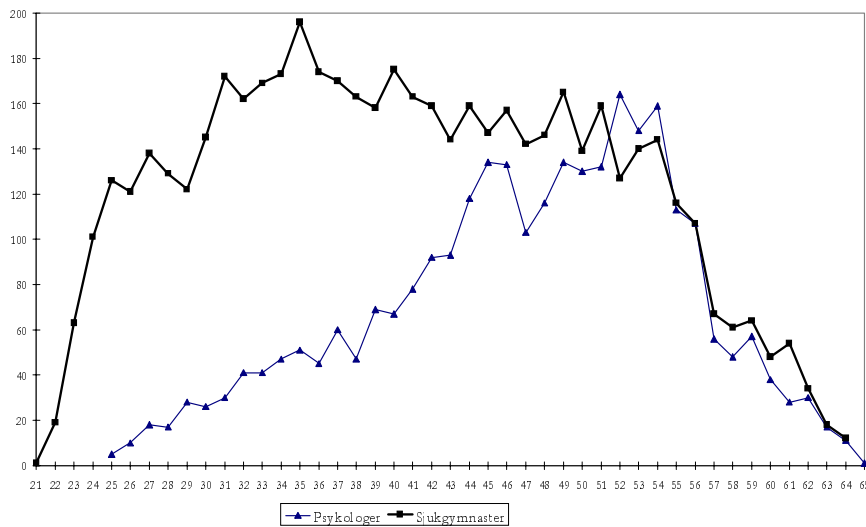


Källa: Landstingsförbundet

Sjukgymnaster:

Som senare diagram visar är åldersfördelningen gynnsammare bland sjukgymnaster än för psykologer. Det problem som finns och som bl.a. deras fackliga organisation påpekar i senare avsnitt är att många unga sjukgymnaster flyttar utomlands.

Diagram 8.2 Åldersfördelningen bland psykologer och sjukgymnaster (antal personer)



Källa: Landstingsförbundet

Övrigt:

Landstingsförbundet diskuterar effekterna av förändrad arbetstid, från deltid till heltid. Deras analys innebär att det är många anställda som är nöjda med sin arbetstid, men att arbetsgivaren borde ha heltidsmättet som norm när nya tjänster utannonseras.

Förbundet har även tagit hänsyn till att personer med utländsk yrkeskompetens ansöker om legitimation. Det gör i genomsnitt 150 invandrade sjuksköterskor och 250 läkare per år.

Arbetsledningsfrågor, arbetsmiljö och personalens inflytande är faktorer som kan göra vårdsektorn mer attraktiv för utomstående personer, men även för redan anställd personal. Att behålla personalen och att de känner delaktighet i sitt arbete är strategiskt, anser Landstingsförbundet.

Tabell 8.3 Sammanställning av Landstingsförbundets prognos

	<i>Omvårdnads- personal</i>	<i>Sjuksköterskor</i>	<i>Läkare</i>
Rekryteringsbehov/ nytilskott per år	13 250	4 750	1 400
Dagens utbildnings- dimensionering/ examinerade	ca 4 000	3 450	750
Efterfrågad utbildnings- volym/utökning av gymnasieskola /högskola	9 250	+ 750 (minimnivå), +1600 (reellt behov)	+ 200 (minimnivå), + 375 (reellt behov)

Källa: Landstingsförbundet.

8.2.2 Svenska Kommunförbundet

Svenska Kommunförbundet presenterade i februari 1999 sin rekryteringsprognos för perioden 1998–2010. De antaganden som ligger till grund för rekryteringsprognosen kommer främst från förbundets långtidsutredning.

Rekryteringsbehovet inom äldre- och handikappomsorgen är mycket stort. Förbundet menar att kommunerna i första hand måste bli bättre på att behålla sin personal. Idag är personalomsättningen hög och många av de som rekryteras slutar inom kort tid. För det andra måste rekryteringsbasen utökas till att inte enbart gälla ungdomar, utan även vuxna med andra yrkeserfarenheter och kulturer.

Utbildningsvolymen på omvårdnadsprogrammet inklusive vuxenutbildningen måste öka. Dagens utbildningsvolym kommer inte att täcka det kommunala behovet. Detsamma gäller behovet av sjuksköterskor. Fler utbildningsplatser måste tillskapas på sjuksköterskeprogrammet. Förbundet menar också att utbildningarnas innehåll måste förbättras så att elever/studenter får bättre kunskap om kommunernas vård- och omsorgs verksamhet.

Kommunerna ansvarar numera för omvårdnadsprogrammet och bör därför ha goda förutsättningar att anordna bra praktikplatser inom berörda verksamheter. Det är även viktigt att studenter vid sjuksköterskeprogrammet erhåller bra praktikplatser och handledare i kommuner och landsting.

Dimensioneringen av utbildningarna är en åtgärd som påverkar rekryteringsbehovet. Andra åtgärder som påverkar behovet berör arbetsgivarpolitiken. Svenska Kommunförbundet bedömer att de nya med-

arbetarna kommer att ställa andra krav än dagens medarbetare beträffande styrning och ledningsfrågor, arbetstider, kompetensutveckling samt lönepolitik, alltsammans frågor som påverkar förmågan att behålla och rekrytera personal.

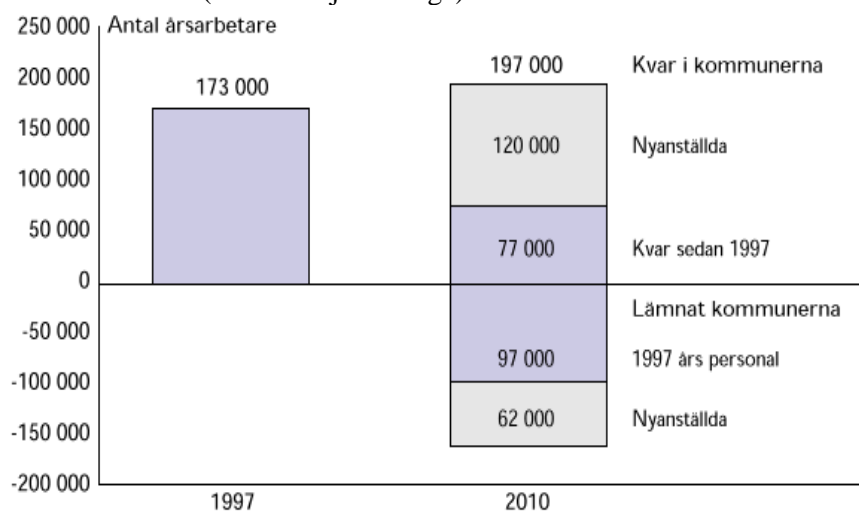
Antalet årsarbetare inom äldre- och handikappomsorg var 173 000 år 1997. År 2005 är det uppskattade behovet 185 000 och år 2010 197 000 årsarbetare. Med hänsyn tagen även till nyrekryteringsbehovet p.g.a. olika former av personalavgångar beräknar Svenska Kommunförbundet att 180 000 årsarbetare kommer att behöva nyanställas fram till år 2010 inom äldre- och handikappomsorgen. Av dessa kommer 120 000 att vara kvar år 2010.

Tabell 8.4 Antal och nyrekryteringar mellan år 1997 och år 2010 per yrke, årsarbetare (inklusive tjänstlediga)

	<i>Antal årsarbetare</i>		<i>Antal nyrekryteringar</i>		
	<i>1997</i>	<i>2010</i>	<i>totalt</i>	<i>kvar år 2010</i>	<i>börjat och slutat före år 2010</i>
Baspersonal	137 000	142 000	120 000	80 000	40 000
Sjuksköterskor	9 000	20 000	25 000	16 000	9 000

Källa: Svenska Kommunförbundet, 1999, Personal och kompetens i förändring

Diagram 8.3 Antalet årsarbetare inom omsorg om äldre och funktionshindrade år 1997 och år 2010 samt antalet som börjat och slutat under åren däremellan (inklusive tjänstlediga)

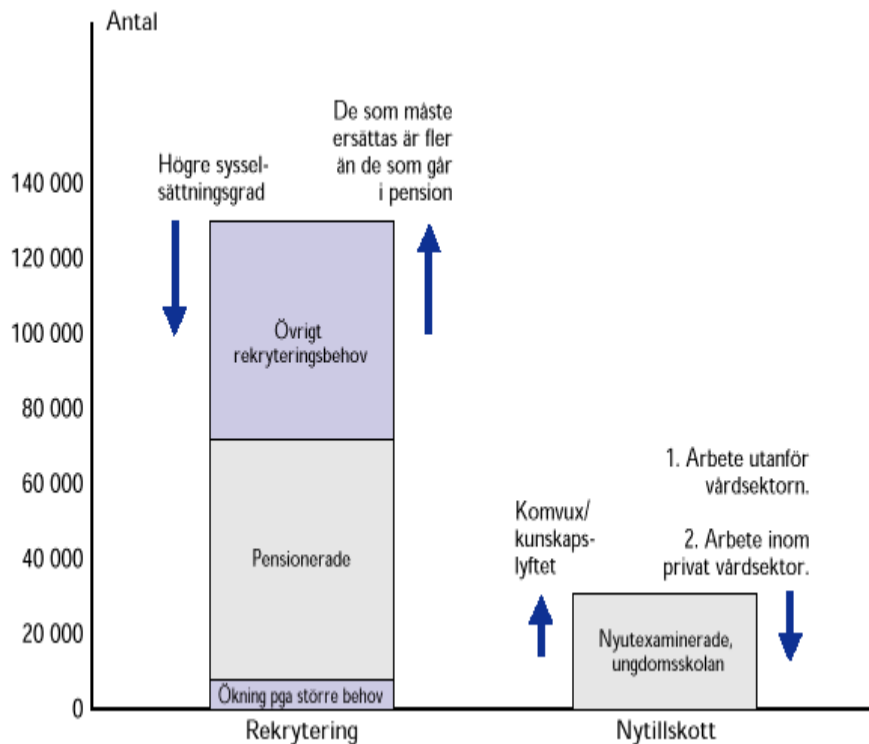


Källa: Svenska Kommunförbundet, 1999, Personal och kompetens i förändring

Svenska Kommunförbundet bedömer att ca 31 000 ungdomar utbildas på omvårdnadsprogrammet och inträder på arbetsmarknaden till år 2010. Men alla ungdomar kommer inte att arbeta i kommuner och landsting. Även om alla ungdomar från omvårdnadsprogrammet skulle arbeta i kommuner och landsting skulle efterfrågan ändå vara större än utbudet av baspersonal (undersköterskor, vårdare, vårdbiträden, sjukvårdsbiträden och skötare).

Nästa diagram redovisar olika effekter som påverkar utbud och efterfrågan på personal.

Diagram 8.4 Tillgång och behov av baspersonal i kommuner och landsting till år 2010 (inklusive tjänstlediga)



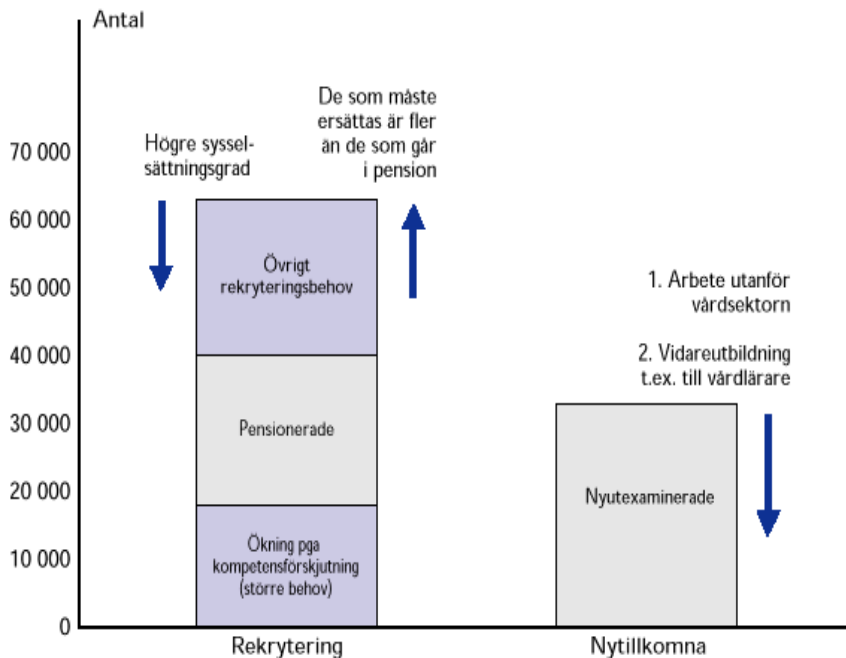
Källa: Svenska Kommunförbundet, 1999, *Personal och kompetens i förändring*.

Diagrammet klargör det stora rekryteringsproblem som kommer att uppstå i kommuner och landsting. Utbildningsvolymen täcker inte ens antalet personer som pensioneras.

Högre sysselsättningsgrad för baspersonalen minskar rekryteringsbehovet. Nu vill inte all deltidsarbetande tillsvidareanställd baspersonal höja sin sysselsättningsgrad av olika anledningar, men ca 20–30 procent

uppges de vill arbeta mer än vad de gör idag, vilket skulle innebära att rekryteringsbehovet minskar med drygt 10 000 personer. Om en liknande beräkning görs beträffande sjuksköterskor skulle rekryteringsbehovet minska med 2 000 anställda.

Diagram 8.5 Tillgång och behov av sjuksköterskor i kommuner och landsting till år 2010 (inklusive tjänstlediga)



Källa: Svenska Kommunförbundet, 1999, *Personal och kompetens i förändring*.

De åtgärder som Svenska Kommunförbundet föreslår är bl.a. följande:

- fler ungdomar måste lockas att arbeta inom denna sektor. Utbildningen och arbetet måste uppfattas som attraktivt,
- fler vuxna som utbildar sig kan bidra till att minska rekryteringsbehovet,
- bättre praktik och handledning för elever och studenter som utbildar sig inom vårdområdet,
- bättre arbetsgivarpolitik skapar förutsättningar för bra arbetsklimat och fler kommer då att stanna kvar hos sin arbetsgivare. En annan effekt är att det kan bli lättare att rekrytera personal,
- höjd sysselsättningsgrad kan på kort sikt minska rekryteringsbehovet.

8.3 Fackliga organisationer

8.3.1 Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Det råder för närvarande balans mellan tillgång och efterfrågan på nationell nivå, men det finns regioner där det är svårt att rekrytera arbetsterapeuter. Samtidigt finns det en viss arbetslöshet framför allt när det gäller deltidsarbetslösa. Förbundet gör bedömningen att ökade satsningar på rehabilitering kommer att ske i hela samhället, men främst inom äldreområdet. Förebyggande verksamhet kan även det öka efterfrågan på arbetsterapeuter.

I dagsläget utexamineras årligen ca 370 arbetsterapeuter. Förbundet anser med beaktande av ovanstående faktorer samt kommande pensionsavgångar att högskolorna bör öka antagningen så att 550–600 arbetsterapeuter utexamineras årligen. Det innebär att antalet utbildningsplatser bör utökas med ca 210–260 nybörjarplatser.

8.3.2 Legitimerade sjukgymnasters Riksförbund

Idag finns det ca 10 000 yrkesaktiva sjukgymnaster. Antalet sjukgymnaster som examineras är ca 450. Till detta kommer ca 16–20 utländska sjukgymnaster, men å andra sidan lämnar varje år ca 125 sjukgymnaster Sverige för att arbeta utomlands.

Många sjukgymnaster övergår när de är 60 år till att arbeta deltid samtidigt som många går i pension vid 63 års ålder.

Sjukgymnastkåren har relativt många unga, men samtidigt väntar stora pensionsavgångar. Förbundet anser att för att kunna få jämvikt skulle det behövas ca 50 nya utbildningsplatser.

8.3.3 Svenska Kommunalarbetareförbundet

Förbundet instämmer i SCB:s prognoser beträffande de yrkesgrupper som förbundet företräder.

8.3.4 Svenska Logopedförbundet

Cirka 70 logopeder utexamineras varje år från fyra lärosäten i Sverige. Det finns för närvarande ca 750 yrkesverksamma logopeder. Förbundet gör bedömningen att ca 200 kommer att gå i pension de närmaste 15

åren. Jämfört med många andra EU-länder har Sverige få logoped. Det innebär att Sverige har många invånare per logoped.

Efterfrågan på logoped märks bl.a. i att antal arbetslösa är minimalt och att det i vissa delar av landet råder akut brist. Logoped utreder, diagnosticerar och behandlar personer med tal-, röst- och språkstyrningar av olika art och grad. Även utredningar och behandling av patienter med oralmotoriska problem samt ät- och sväljningssvårigheter ingår i deras verksamhetsområde. Sedan dyslexi har uppmärksammats har även denna grupp påverkat efterfrågan av logoped.

8.3.5 Sveriges Läkarförbund

Läkarförbundet varnar för att de aktuella prognoserna från olika håll blir självuppfyllande i stället för att ”prognoser skall vara till för att slå fel”.

När det gäller specialistläkare är utbildningstiden mycket lång. Det är därför nödvändigt att de myndigheter som ansvarar för läkares grundutbildning och vidareutbildning har ett långsiktigt perspektiv på läkarförsörjningen. Snabba kast i utbildningsdimensionering skapar problem för fakulteter och vårdorganisationer och ger upphov till en skev åldersstruktur bland specialisterna. Det är svårt att hantera en dagssituation som präglas av överskott på underläkare och samtidigt planera för en förutsedd brist på specialister inom 10–15 år, vilket Sverige nu är exempel på.

Läkarförbundet har i sin prognos två alternativ: Alternativ A innebär en ekonomisk tillväxt samt en fortsatt medicinsk-teknisk utveckling. Alternativ B innebär en mindre gynnsam utveckling som endast tillåter antalet läkare att öka proportionellt med befolkningstillväxten.

Enligt läkarförbundet kommer det att råda överskott på läkare fram till ca år 2012. Därefter kommer pensionsavgångarna att vara större än antalet nyexaminerade.

Tabell 8.5 Läkarförbundets personalprognos

År	Tillgång	Efterfrågan		Överskott + Underskott -	
		Alt A	Alt B	Alt A	Alt B
1997	26 100	25 800	25 800	+ 300	+ 300
2000	27 400	26 200	26 000	+ 1 200	+ 1 400
2005	28 600	26 900	26 200	+ 1 700	+ 2 400
2010	28 100	27 500	26 500	+ 600	+ 1 600
2015	26 100	28 200	26 700	- 2 100	- 600

Källa: Sveriges Läkarförbund, Den framtida läkararbetsmarknaden

8.3.6 Sveriges Psykologförbund

Det förestår betydande pensionsavgångar på kort sikt bland psykologerna. En tredjedel av psykologerna är idag äldre än 50 år. Det medför att från en avgångsvolym på väsentligt under 100 per år kommer om några år 300–400 per år att avgå med pension. Förbundet har noterat att antalet förtidspensionerade inom yrket – liksom f.ö. i Norge – också är ganska stort bl.a. beroende på att utövarna blir utbrända.

F.n. finns 312 utbildningsplatser och examinationsfrekvensen är ca 70 procent. Bara pensionsavgångarna blir alltså inom några år väsentligt fler än antalet examinerade. Kåren skulle nära nog halveras sett över en tioårsperiod.

Endast för att ersätta bortfallet skulle utbildningen behöva ökas med ca 200 platser per år. Till detta kommer att efterfrågan på psykologer kan komma att öka av flera skäl. Utvecklingen går mot att psykiologinsatser behövs allt tidigare i vårdkedjan för utredning, behandling och rehabilitering. Psykologer efterfrågas också i allt större omfattning för t.ex. diagnostik vid trafikskador m.m., för flyktingmottagande, i modern krishantering, inom psykosomatiken för såväl utredning som behandling. Det är också en tendens att personal inom äldreomsorgen önskar råd och stöd från psykologer i sitt arbete med de äldre. Förbundet uppskattar att det på dessa grunder ökade behovet kan översättas till ytterligare ca 100 utbildningsplatser.

Till skillnad från vad som gäller för vissa andra yrken inom vård- och omsorgssektorn är rörligheten ut ur och in i landet mycket liten, sannolikt beroende på att yrkesutövningen är så intimt förbunden med språket.

Av dessa skäl sammantagna anser förbundet att utbildningen bör dimensioneras till det dubbla jämfört med dagsläget, alltså att det bör finnas ca 600 platser i stället för de 312 som idag finns. Förbundet in-

stämmer därmed i SCB:s och AMS prognoser. Lärarkrafter för detta bör enligt förbundets uppfattning kunna hämtas bland disputerade psykologer.

Ett särskilt problem med en så stor ”uppgradering” är naturligtvis hur tillräckligt antal praktikplatser skall kunna anordnas. Erfarenheten redan idag är att detta sker med en sådan fördröjning att i övrigt färdigutbildade psykologer får vänta länge på sin praktik och därmed på sin legitimation för att kunna fylla de vakanser som finns. Och det är den grundläggande hälso- och sjukvården som är förloraren. Lösningen kan vara att på samma sätt som beträffande läkares AT-tjänster ålägga olika huvudmän inom alla sektorer att på ett proportionellt fördelat sätt ordna praktikplatser.

Idag finns i runda tal 3 500 psykologer inom landstingen, 1 500 inom primärkommunerna, 1 500 inom staten och 1 000 inom den privata sektorn. (Enligt Landstingsförbundet finns det ca 3 000 i landstingen och 1 000 i kommunerna).

8.3.7 Sveriges Tandläkarförbund

Förbundet bedömer att efterfrågan på tandläkare kommer att minska under de närmaste åren. Främst beror detta på en förbättrad tandhälsa, förändringar i tandvårdsförsäkringen samt förebyggande tandvård utförd av andra yrkesgrupper.

Tillgången på tandläkare är i det närmaste i jämvikt. Det finns även indikationer på en viss övertalighet. Många yngre tandläkare flyttar därför utomlands och rörligheten inom tandläkargruppen bedöms öka. (anm: ca 500 tandläkare har flyttat ut de senaste åren och nuvarande antal utbildningsplatser är 197 per år)

Sammanfattningsvis anser förbundet att antalet utbildningsplatser bör halveras.

8.3.8 Vårdförbundet

Vårdförbundet varnar för att en alltför bokstavig tolkning av SCB:s prognoser leder till att felaktiga åtgärder vidtas. De beskrivningar som Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet gör av rekryteringsbehovet anser Vårdförbundet vara realistiska men framhåller samtidigt att åtgärder som minskar deltidsarbetet, förbättrar arbetsformer och arbetsorganisation samt ökar karriärmöjligheterna för yrkesgrupperna i vården är lösningar som måste prioriteras i första hand. Det handlar m.a.o. om åtgärder som sammantagna syftar till att stimulera

personalen att använda och utveckla sin kompetens för att förbättra patientvården och verksamheten.

8.3.9 Sammanfattande kommentar

SCB, AMS, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har – även om prognoserna görs på olika sätt – alla en gemensam bedömning: om några år förestår en betydande brist på arbetskraft inom vård- och omsorgssektorn om grundläggande förutsättningar inte ändras. Anledningarna är främst det ökade antalet äldre och det ökade antalet pensionsavgångar bland de vårdanställda. Det finns också anledning erinra om att det numera inte heller räcker att beräkna den offentliga sektorns personalbehov, man måste även identifiera andra vårdproducenters behov.

Bristen gäller främst läkare, sjuksköterskor och undersköterskor men även andra grupper. Oavsett att kommissionen i denna slutrapport diskuterar olika möjligheter att kunna rekrytera tillräckligt med arbetskraft – bl.a. genom att sysselsättningsgraden ökar, genom att de som arbetar utomlands återvänder, genom att invandrare med vårdutbildningar görs anställningsbara genom relevant språkundervisning, genom en positiv marknadsföring av vård- och omsorgsyrken som en bra arbetsmarknad m.m. – måste likväl dimensioneringen av vissa vård- och medicinutbildningar öka. Eftersom utbildningarna sträcker sig över flera år krävs att antalet nybörjarplatser börjar ökas omgående så att den prognostiserade bristsituationen i möjligaste mån undviks.

Kommissionens bedömning är att antalet nybörjarplatser i läkarutbildningen bör ökas med 200 platser per år senast år 2002. På motsvarande sätt bör dimensioneringen av sjuksköterskeutbildningen utökas med 1 000 nybörjarplatser. Vad beträffar övriga vårdutbildningar, t.ex. psykolog-, arbetsterapeut-, och sjukgymnastutbildningar, bör arbetsmarknadens behov beaktas och dimensioneringen anpassas av respektive lärosäte och landsting.

På grund av att antalet äldre ökar kommer kommunerna att ha ett stort behov av sjuksköterskor. Idag är stora delar av sjuksköterskornas praktik förlagd inom landstingen. För att få fler sjuksköterskor intresserade av äldrevården är det nödvändigt att kommunerna erbjuder fler praktikplatser till sjuksköterskestuderande. Bra handledare och god kvalitet på praktiken kan innebära att intresset bland sjuksköterskestuderande för äldrevård ökar och att kommunerna därmed lättare kan rekrytera kompetent personal.

9 Kommissionens förslag

Texten i detta kapitel utgör en gemensam avsiktsförklaring som kommissionen står bakom oavsett vem som avses svara för eller verka för åtgärden.

9.1 Ökning av antalet nybörjarplatser i olika utbildningar

- Antalet nybörjarplatser på läkarutbildningen skall ökas med 200 per år senast höstterminen 2002. Antalet nybörjarplatser på sjuksköterskeutbildningen skall ökas på motsvarande sätt med 1 000 platser. Övriga eventuella ökningar av antalet platser vid de särskilda utbildningarna inom vård- och omsorgsområdet vid högskolan, bl.a. psykolog-, arbetsterapeut- och sjukgymnastutbildningarna, bör beaktas av respektive lärosäte och landsting. För högskolorna gäller att detta sker inom ramen för deras uppdrag att tillgodose arbetsmarknadens behov av arbetskraft. Regeringen överväger f.n. om examensmål för olika yrkesexamina skall formuleras.
- En förutsättning för att staten skall utöka läkarutbildningen i den omfattning som föreslås är att staten och de enskilda landstingen kommer överens om statens bidrag till praktik och forskning, s.k. ALF-medel. Vad gäller utökning av sjuksköterskeutbildning (finansiering) gäller vid nuvarande huvudmannaskap nuvarande finansieringsmodell (landstingen bekostar 80 procent av utökning, staten 20).
- Kommissionen uttalar sitt stöd för att Socialstyrelsen beträffande sjuksköterskors specialistutbildningar får ett uppdrag motsvarande det som myndigheten tidigare fått beträffande att medverka med planeringsstöd till huvudmännen i kommuner och landsting vad avser specialistutbildningar för läkare.

9.2 Huvudmannaskap

- Huvudmannaskapet för landstingskommunala vårdutbildningar inom högskolan i sin helhet bör överföras till staten senast år 2001. Diskussioner kommer därför snarast att inledas mellan regeringen och landstingen i detta syfte. Detta förutsätter en ekonomisk reglering enligt finansieringsprincipen. Strävan i diskussionerna bör vara en helhetslösning.

9.3 Gymnasiets omvårdnadsprogram

- Inom ramen för kommunernas utbildningsansvar och med tanke på deras arbetsgivaransvar inom området vidtas åtgärder med målsättningen att antalet studerande inom gymnasiets omvårdnadsprogram ökas väsentligt så att behovet kan tillgodoses – ambitionen är att ca 7 000 studerande skall genomgå utbildningen per år.
- Omvårdnadsprogrammet bör utformas så att det, bl.a. i syfte att locka fler pojkar, kombinerar ämnen och samverkar med andra nationella program.
- Lämpliga handledare i omvårdnadsprogrammet bör utbildas och avdelas rimlig tid för att eleverna ska få en bra kvalitet på den arbetsplatsförlagda utbildningen, APU.
- Kommunerna har även ett ansvar för att erbjuda alla en möjlighet att läsa hela eller delar av omvårdnadsprogrammet inom ramen för den kommunala vuxenutbildningen. Målsättningen bör vara att i vuxenutbildningen – med relevanta kurser – 3 000 fler än i dagsläget utbildas.

9.4 Andra utbildningsfrågor

- Staten ser över regler och regeltillämpning för tillgodoräkning av utbildning och yrkeserfarenhet vid antagning till högskoleutbildning.
- Regeringen samarbetar med arbetsmarknadens parter om sysselsättningspolitiken i EU. Inom ramen för detta samarbete kommer parterna att inbjudas till diskussioner bland annat om hur de nya medlen till kompetensutveckling kan användas.
- Ett ökat antal praktikplatser inom äldreomsorgen bör erbjudas studerande inom främst sjuksköterskeutbildningen.

9.5 Deltidsarbetslöshet och timanställningar

- Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och staten åtar sig att verka för att kommuner och landsting i samarbete med länsarbetsnämnderna erbjuder deltidsarbetslösa, i nedan nämnda kategorier, heltid. Åtagandet gäller även vid ny upphandling av verksamhet.
Målet är att deltidsarbetslösheten skall minska med 50 procent, exempelvis från november 1999 till november 2000, för sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden och övrig omvårdnadspersonal.
Personliga assistenter enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Lagen om statlig assistansersättning (LASS) och anhörigvårdare omfattas inte av åtagandet.
- Regeringen avser att kalla kommunförbunden och de fackliga organisationerna till möte i syfte att låta göra en gemensam analys av huruvida målet har uppnåtts per 31 december år 2000. Analysen skall ligga till grund för eventuella åtgärder, ex. ekonomiska incitament eller lagstiftning.
- Regeringen avser att kalla kommunförbunden och de fackliga organisationerna till möte i syfte att per 31 december 2000 låta göra en gemensam utvärdering av i vilken utsträckning det med stöd av ändringarna i Lagen om anställningsskydd och genom andra åtgärder skett en förskjutning från timanställningar, vikariat och andra visstidsanställningar till tillsvidareanställningar inom vård och omsorg. Formerna för denna utvärdering och dess genomförande bör snarast överenskommas.

9.6 Arbetsmarknadsåtgärder/ Invandrarsatsning

- Regeringen ger AMS i uppdrag att inom ramen för befintligt regelverk planera för att genom tidiga åtgärder utbilda personal från sektorer där övertalighet råder (t.ex. barnomsorg och försvar) till arbeten inom vård och omsorg.
- I uppdraget ingår att planera för insatser regionalt och lokalt tillsammans med kommunförbunden och de fackliga organisationerna för att identifiera rekryteringsproblem, väcka intresse för utbildningar samt verka för att arbetsgivarna gör utfästelser om arbete efter genomförd utbildning.
- Arbetsförmedlingarna får i uppdrag att i samarbete med kommunerna bedriva särskilda insatser i syfte att öka antalet invandrare som är anställda inom vården. Exempel på insatser är att erbjuda invandrare,

i första hand arbetslösa invandrare, ett sammanhållet program som innefattar yrkessvenska, praktik, utbildning, anställning och introduktion.

- I länsarbetsnämndernas regi, och med medverkan från landsting och kommuner samt fackliga organisationer, anordnas vid samtliga berörda arbetsförmedlingar särskilda vård- och omsorgsdagar för arbetsgivare och arbetssökande i syfte att förmedla arbeten och framhäva hälso- och sjukvården och äldreomsorgen som bra arbetsmarknader.
- Länsarbetsnämnderna bör efter samråd med landsting, kommuner och övriga vårdproducenter årligen upprätta en regional försörjningsplan som delges de regionala kompetensråden och Socialstyrelsen.

9.7 Organisations- och ledarskapsfrågor

- Regeringen ger Arbetslivsinstitutet eller annan lämplig myndighet i uppdrag att i samarbete med kommunförbunden ta fram underlag som möjliggör årliga jämförande studier och på så sätt utveckla organisation, processer och arbetsmetoder inom vård- och omsorgssektorn. Detta kan också vara ett sätt att sprida kunskaper om sådana arbetsplatser som är goda exempel, med t.ex. låg personalomsättning.
- En satsning sker på ledarskapsfrågor inom vård och omsorg, där prioritet ges åt ledarskapsutbildning och ledarutveckling.

Avtalsparternas gemensamma förklaring

Avtalsparterna inom vård- och omsorgsområdet har för att visa sin ambition att underlätta rekryteringen till vård- och omsorgsyrkerna uttalat sina gemensamma partsavsikter på följande sätt:

”Gemensamma partsavsikter

Arbetsorganisation och samverkan

Vi har under en följd av år arbetat med en inriktning som kan sägas leda från ´central styrning´ till ´lokal hantering´. I det ligger att de centrala kollektivavtalen gett successivt allt fler möjligheter till lokala överenskommelser. Överenskommelser som kan göras mellan arbetsgivare och arbetstagarorganisation men också i många fall mellan arbetsgivaren och den enskilde anställde. Det ger flexibla lokala möjligheter som börjat utnyttjas och förhoppningsvis kommer att utnyttjas i ökande omfattning. Det gäller inte minst avseende arbetstid och i synnerhet arbetstidens förläggning. Denna utveckling är i linje med våra gemensamma intentioner.

Löneavtalen pekar på de lokala parternas ansvar att pröva nya vägar för att förbättra verksamheterna och att det härvid kan bli aktuellt med såväl nya arbetsmetoder som nya organisationsmönster. Vikten av att arbetstagarna ges möjlighet att successivt bredda och fördjupa sin kompetens och mångkunnighet uppmärksammas också. Detta i syfte att bidra till utveckling av verksamheten.

Sedan 1980 gäller för den kommunala sektorn gemensamma allmänna anställningsvillkor. Det betyder att oavsett inom vilken kommunal verksamhet eller med vilka arbetsuppgifter den enskilde arbetar så är de allmänna anställningsvillkoren de samma. Det finns således inga avvikande bestämmelser för de anställda inom vård och omsorg.

Vid förhandlingar 1992 överenskoms om avtalet ´Utveckling 92´. I avtalet ´Samverkanssystem i kommuner och landsting´ sägs bl.a.: De centrala parterna har gemensamt arbetat fram ett synsätt på hur samverkan kan fungera i kommuner och landsting. Syftet är att ge inspiration och idéer till utveckling. Därmed har de lokala parterna frihet att utveckla samverkansformer utifrån egna mål, förutsättningar och behov. De centrala parternas uppgift är att stödja det lokala utvecklingsarbetet.

De centrala parternas mål är ett samverkanssystem som ger förutsättningar för ett positivt arbetsklimat och en god arbetsmiljö där inflytande, delaktighet och utveckling är rättigheter för alla anställda.

Det arbete som U 92 syftade (och syftar) till att initiera i kommuner och landsting innebär att få igång en process kring samverkan och delaktighet för de anställda. En process som i sin tur ska leda fram till att uppfylla ovan angivna målsättningar. Lokala samverkansavtal som har sin grund i det centrala avtalet Utveckling 92 finns i nuläget i drygt 200 kommuner och 18 landsting/regioner. Kring arbetet med lokala sam-

verkansavtal finns många erfarenheter beroende på lokala förutsättningar och förändringsbenägenhet.

Kompetens

Vikten av att ta tillvara de anställdas kompetens liksom att ge förutsättningar för att utveckla denna i samspel med verksamhetsutvecklingen har också uppmärksammats. 1998 överenskoms mellan de centrala parterna om 'Kompetensutvecklingsavtal'. Detta bygger på angivna gemensamma värderingar: Ett framgångsrikt utvecklingsarbete har sin utgångspunkt i förhållandena inom olika verksamheter och på enskilda arbetsplatser. Varje verksamhet behöver därför göra sin analys och utforma sin strategi. Delaktighet är en nödvändig faktor för att åstadkomma såväl verksamhetsförändringar som kompetensutveckling. Det är därför angeläget att det förs en kontinuerlig dialog mellan de anställda och ledningen.

Arbetsgivaren har ett grundläggande ansvar för att skapa goda förutsättningar för lärande och för insatser som syftar till kompetensutveckling. Den anställda har också ett eget ansvar för att utveckla sin kompetens i enlighet med verksamhetens krav.

Kompetensutveckling leder till ökad arbetstillfredsställelse och ger den anställda bättre förutsättningar att möta förändringar. Kompetensutveckling bidrar även till ökad anställningstrygghet och anställningsbarhet.

Sysselsättningsgrad

Deltidsanställdas möjlighet/rätt till ökad sysselsättningsgrad eller heltidsarbete uppmärksammas i Allmänna bestämmelser. Den senaste omarbetningen i denna del gjordes i 1995 års avtalsrörelse. Då fick bestämmelserna följande lydelse: Vid behov av arbetskraft bör det, innan nyanställning sker, prövas om arbetstagare som är anställd på arbetsstället och som anmält intresse kan erbjudas höjd sysselsättningsgrad.

Bestämmelsen, vars syfte framgår av texten, är i sin nuvarande utformning relativt ny. En ökning av den genomsnittliga sysselsättningsgraden under de senaste åren har kunnat noteras.

Nya medarbetare

Vår gemensamma förhoppning är att de som funderar på att söka sig till vård- och omsorgssektorn ser vad som gjorts för att enskilda medarbetare ska ha ett stort inflytande över sin arbetsituation.

Detta arbete kommer parterna fortsätta att stimulera med syfte att skapa en bättre verksamhet och en mer attraktiv sektor.”

Kommissionsdirektiv

Uppdrag till en kommission för att underlätta rekryteringen av personal till vård- och omsorgssektorn

Bilaga till beslut vid regeringssammanträde den 17 juni 1998.

Sammanfattning av uppdraget

En kommission inrättas med uppgift att kartlägga utbildningsbehoven i vård- och omsorgssektorn, samt föreslå åtgärder för att underlätta rekryteringen av personal till nämnda sektor.

Bakgrund

Situationen på arbetsmarknaden för vård- och omsorgspersonal har förändrats markant under de senaste åren. Antalet arbetstillfällen har blivit färre till följd av rationaliseringar inom offentlig sektor och en omfattande strukturomvandling i vård- och omsorgssektorn. Samverkan mellan sjukhus, primärvård och andra vårdgivare utvecklas, och ny teknik påverkar bemanning och kompetensbehov. Nu ökar emellertid antalet nyanmälda lediga platser i snabb takt medan arbetslösheten minskar. Redan nu kan vi se att efterfrågan på arbetskraft inom flera specialistområden är större än antalet heltidsarbetslösa. Samtidigt som en bristsituation är på väg att uppstå ökar deltidarbetslösheten inom flera områden inom vård- och omsorgssektorn.

Enligt Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet är behovet av både sjuksköterskor och undersköterskor redan 1998 större än det antal som nytexamineras. Behovet av personal till dessa yrkeskategorier fortsätter att öka. Som ett viktigt skäl anges ökade pensionsavgångar och demografiska förändringar.

I regeringens proposition (1997/98:113) Nationell handlingsplan för äldrepolitiken, konstateras att det fram till år 2010 kommer att finnas ett ökat behov av personal inom äldreomsorgen, liksom inom sjukvården. Det rör sig framför allt om sjuksköterskor. I propositionen betonas dock att det ökade utbildningsbehovet mycket väl kan omfatta även andra grupper, t.ex. arbetsterapeuter, sjukgymnaster och läkare.

Antalet sökande till gymnasieskolans omvårdnadsprogram har sjunkit drastiskt. Även till sjuksköterskeutbildningen minskar antalet sökande. För att kunna attrahera ungdomar behöver vården profileras som en framtida och utvecklande arbetsmarknad.

Könsfördelningen inom vård- och omsorgssektorn är mycket ojämn. Få män intresserar sig för sjuksköterske-, undersköterske- och vårdbiträdesyrkena. En orsak till detta kan vara det stora antalet deltidstjänster. Heltidsarbete betraktas inte längre som en norm inom vårdsektorn.

Svag löneutveckling, ofta oregelbundna arbetstider, ofrivillig deltid samt i vissa fall bristfälliga arbetsmiljöer kan vara orsaker till svårigheterna att nyrekrytera och behålla personal samt att rekrytera elever, både ungdomar och vuxenstudierande, till utbildning. Många av de tjänster som utlyses är tillfälliga eller vikariat, vilket också kan försvåra rekryteringen. För att kunna erbjuda en kvalificerad vård räcker det inte att förbättra rekryteringen, det är också viktigt att anställd personal får adekvata utvecklingsmöjligheter.

Socialdepartementet har bildat en arbetsgrupp för att ta fram förslag till åtgärder när det gäller personalförsörjningen inom äldreomsorgen samt utbildning och kompetensutveckling. I gruppen ingår företrädare för bl.a. Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, de fackliga organisationerna och Regeringskansliet.

Kommissionens uppdrag

1. Kommissionen skall i ett första steg kartlägga rekryteringsbehoven till vård- och omsorgssektorn de närmaste tio åren. Den demografiska utvecklingen och det framtida vårdbehovet av äldre skall utgöra utgångspunkt för kartläggningen.

Kartläggningen skall

- jämföra de kompetenskrav som ställs på vård- och omsorgspersonal vid rekryteringstillfället med kompetensen hos utbudet hos personal. Därutöver skall kompetenskraven för de olika yrkeskategorierna diskuteras,

- redovisa hur många kvinnor respektive män som för närvarande utbildas till arbete i vård- och omsorgssektorn samt i grova drag beskriva var de som har genomgått utbildning arbetar idag,
- redovisa orsakerna till svårigheterna att locka män, och såväl yngre som äldre arbetskraft, att söka arbete inom nämnda sektorer,
- undersöka hur kommuner och landsting arbetar för en jämnare könsfördelning inom vård- och omsorgssektorn.

2. Kommissionen skall analysera de villkor som kan tänkas påverka möjligheterna att rekrytera personal till vård- och omsorgssektorn. Exempel på tänkbara påverkansfaktorer är arbetstid, arbetsorganisation, arbetsmiljö, m.m. I analysen skall särskilt ingå arbetsorganisationens betydelse för att stärka individens möjlighet att utvecklas i sitt arbete.

3. Kommissionen skall, med kartläggningen och analysen som grund,

- föreslå åtgärder som motverkar den bristsituation inom vården som är på väg att uppstå. Särskild vikt skall fästas vid åtgärder som gynnar en ökad rekrytering av yngre arbetskraft, samt en jämnare könsfördelning inom vården,
- föreslå åtgärder som kan medverka till att öka intresset för vårdutbildningarna,
- överväga en långsiktig lösning av dimensioneringsfrågan för högre utbildning inom vård- och omsorgssektorn. I detta sammanhang skall kommissionen även diskutera huvudmannaskapet för vårdutbildningarna och dess effekter för såväl dimensioneringen av, som rekryteringen till, vård- och omsorgsutbildningarna.

Kommissionen skall i sina förslag ta hänsyn till det krav på ekonomisk balans från och med år 2000, som åligger kommuner och landsting.

Kommissionen skall beakta det arbete som utförs av den arbetsgrupp som har bildats av Socialdepartementet.

Kommissionens arbete skall vara slutfört den 31 juli 1999.

(Arbetsmarknadsdepartementet)

TIPSKATALOG

Innehåll

Inledning	192
Jämställdhetsprojekt.....	192
Heltid/Deltid.....	195
Resurs-och bemanningenheter.....	196
Rekrytering av ungdomar.....	198
Rekrytering av invandrare.....	200
Marknadsföring och opinionsbildning.....	201
Utbildning och kompetensutveckling	202
Arbetstid/Schema	205
Löner.....	206

Inledning

En viktig del i kommissionens arbete har varit att hitta goda exempel och lyfta fram dessa. Runt om i landet i kommuner och landsting pågår ett imponerande antal projekt och försöksverksamheter för att lösa rekryteringsproblemen och göra vårdrkena attraktiva och intressanta för alla, särskilt för ungdomar, invandrare och män. Kommissionen har i sitt utåtriktade arbete fått många kontakter, telefon- och brevledes och vid studiebesök, med "eldsjälar" som driver olika verksamheter som utgör goda exempel. Gensvaret har varit mycket stort. En lång rad tips, förslag och synpunkter har kommit till kommissionen under arbetets gång. Här följer ett axplock av alla de projekt och goda idéer som kommissionen uppmärksammats på. Det har varit ett svårt men angenämt arbete att välja ut ett begränsat antal att redovisa. En grundval i urvalsprocessen har varit att de projekt som lyfts fram skall vara allmängiltiga och kunna användas i olika typer av verksamheter. De har givetvis alla samband med de frågor som berörs i kommissionens direktiv. Kommissionen vill framföra sitt varma tack till alla de som hjälpt till med att hitta dessa goda exempel runt om i landet.

Jämställdhetsprojekt

Kvinnors rätt

LO, SACO och TCO

Kvinnors rätt är ett tvärfackligt samarbetsprojekt mellan elva kvinno-dominerade förbund. Projektets syfte är att bidra till ett arbetsliv där både kvinnor och män har samma rättigheter och möjligheter att få, behålla och utvecklas i ett arbete. Principen om lika lön för likvärdigt arbete ska gälla. Projektet ska också bidra till ett utökat samarbete över de traditionella fackgränserna så att ett centralt, regionalt och lokalt tvärfackligt samarbete kan utvecklas.

Orienteringskurs med anställningsgaranti

Alingsås kommun

Projektet syftar till att få in fler män inom vård- och omsorgssektorn i kommunen. En orienteringskurs som enbart vänder sig till män inleder utbildningen. Syftet med orienteringskursen är att de skall få en inblick i hur det är att arbeta inom vården. Kursen pågår i fyra veckor och deltagarna går då runt på olika arbetsplatser och provar på olika typer av

vårdarbeten. När kursen är slutförd erbjuds deltagarna en plats på en vårdutbildning som kommunen arrangerar i samarbete med Kunskapslyftet.

Jämställdhetsmål

Sahlgrenska sjukhuset

Vid uttagning till AT-tjänsterna väljs, i så stor utsträckning som möjligt, hälften män och hälften kvinnor ut. Målet är att sammansättningen skall vara 50/50.

Stödjande systerskap

Västerbottens läns landsting

Nätverk för kvinnliga chefer organiseras. Projektet syftar till att vara ett stöd för kvinnliga medarbetare och chefer. Landstinget organiserar även ett mentorprogram för kvinnliga ledare.

Kvinnlig referensgrupp

Jämtlands läns landsting

På initiativ av en grupp kvinnliga läkare inom Jämtlands läns landsting inrättades en kvinnlig referensgrupp direkt knuten till landstingsdirektören. Syftet med gruppen är att få ett komplement till landstingsledningens manliga dominans och få ett mer kvinnligt perspektiv på ledningsfrågor med mera. Gruppen bevakar bland annat frågor om tjänstetillsättningar på ledningsnivå, jämställdhetsfrågor och kvinnors hälsa.

Killar i Vård och Omsorg, KIVO

Länssjukhuset Gävle-Sandviken, Primärvården Gästrikland, Gävle omvårdnadsförvaltning och Vårdgymnasiet Gävle.

Projektet syftar till att öka andelen manliga elever på vårdutbildningarna och i en förlängning även inom vårddyrkena. Detta skall ske bland annat genom att manliga skolinformatörer går ut i skolorna och berättar om projektet. Projektledningen har valt ut ett antal "pilotavdelningar och -boenden" som skall ta emot killar. Där kommer det att finnas manliga handledare som skall ta hand om praktikanten och som killar skall kunna identifiera sig med.

Män in i vården

Arbetsförmedlingen i Kalmar kommun, Svenska Kommunalarbetareförbundet

Projektet syftar till att öka mäns intresse för vårdyrket och därmed öka antalet män inom vården. Deltagarna i projektet är män i åldrarna 20–50 år och kommer i första hand från industrin och andra mansdominerade verksamheter. Deltagarna får en praktikplats där de arbetar i ca två månader med en handledare. Sedan går deltagarna en utbildning som löper under ytterligare två månader för att till slut erbjudas ett två månader långt semestervikariat.

Vårdpraktik för killar med teknisk bakgrund

Arbetsförmedlingen Centrum, Lund

Man gör det möjligt för killar att praktisera vid Universitetssjukhuset i Lund. Syftet är att intressera dem för en karriär inom vården och genom praktiken får de en uppfattning om det stora tekniska inslag som finns inom hela vårdsektorn.

MansGruppen

Stockholms läns landsting

Syftet med projektet är att kunna behålla de män som idag arbetar inom verksamheten samt att aktivt försöka påverka unga killar på högstadiet och i gymnasiet att satsa på utbildningar till kvinnodominerade yrken. Detta görs genom att man samlar in information om nuläget inom Stockholms sjukvårdsområde och utbildar så kallade inspiratörer och informatörer som skall gå ut i skolor och prata med eleverna om vårdyrket. I annonser skrivs att man gärna ser manliga sökanden till vårdyrkena.

Sommarjobb för killar

Arbetsförmedlingen Centrum, Lund

Killar i åldern 20–25 år erbjuds sommarjobb inom vård och omsorg i syfte att väcka deras intresse för vårdsektorn. Erfarenheterna är mycket goda och visar att ca 50 procent av "sommarjobbarna" går vidare till studier inom ämnet.

Heltid/Deltid

Fokus på deltidspromatiken

Arbetsförmedlingen Centrum, Lund

En kartläggning av gruppen deltidarbetande inom Landskrona-Lund-Orups sjukvårdsdistrikt och Lunds kommun har genomförts i samverkan med Kommunal. Deltidsarbetslösa som fyllnadsmarkerar för a-kassa inom Landskrona-Lund-Orup-regionen har erbjudits heltidsarbete med stödfinansiering från Arbetsförmedlingen under en övergångsperiod. Kartläggningen syftar även till att resultera i att man i regionen tillgodoser önskemål om sysselsättningsgrad så att man i mesta möjliga mån utnyttjar den reservkapacitet som finns.

Kombinationstjänster

Örnsköldsviks kommun

Syftet med projektet var att öka sysselsättningsgraden totalt sett bland sjukhemmets personal. Alla som arbetar dagtid tjänstgör till 100 procent och alla som arbetar kväll och natt tjänstgör till 75 procent. För att kunna klara av att öka sysselsättningsgraden inrättades så kallade kombinationstjänster. All personal sköter tillsammans om allt från vaktmästerisysslor, matlagning, städning och tvätt m.m.

Öka antalet heltidstjänster i landstinget i Östergötland

Länsarbetsnämnden i Östergötland och landstinget i Östergötland

Ett avtal har ingåtts mellan landstinget och länsarbetsnämnden. Avtalet syftar till att samtliga arbetstagare som vill skall kunna erbjudas en heltidstjänst. I överenskommelsen har parterna den gemensamma målsättningen att minska antalet deltidarbetslösa. Länsarbetsnämnden bidrar för varje anställd, som ökar sin sysselsättningsgrad, med hela lönekostnaden mellan del- och heltid under de fyra första månaderna. Därefter med halva lönekostnaden under två månader och till sist med 25 procent av lönekostnaden under ytterligare två månader. Överenskommelsen beräknas omfatta minst 350 personer. När arbetstagaren erhållit den sysselsättningsgrad vederbörande är nöjd med utgör detta den ordinarie sysselsättningsgraden. Närhelst en deltidstjänst blir vakant skall landstinget pröva om tjänsten kan omregleras till heltid.

Resurs- och bemanningsenheter

Resursenhet i Varberg

Varbergs sjukhus

30 undersköterskor och ett antal arbetsledare utgör en resursenhet. Enheten skall täcka upp vid sjukdom, ledigheter och vid extra belastning och behov av personal. Personalen söker sig till enheten på egen hand. De arbetar på olika avdelningar, både psykiska och somatiska, och de har en mycket bred kompetens. Enheten lyder direkt under personalchefen och den skall vara helt självgående. Kostnaderna debiteras den avdelning som anlitar enheten.

X-KoLa

Landstinget i Gävleborg

Ett samarbetsprojekt mellan kommunerna (Ko...) Hudiksvall, Ljusdal och Nordanstig samt landstinget (...La) i Gävleborg. Syftet är att öka samverkan mellan kommuner och landsting genom att använda gemensam personal. Man hoppas att man genom att visa nytänkande kan skapa en attraktiv arbetsorganisation. Projektets mål är att trygga personalförsörjningen på kort och lång sikt samt att minska arbetslösheten bland vårdutbildade yngre personer. Projektet finansieras av arbetsförmedlingen.

PETRA

Centralsjukhuset i Karlstad

PETRA står för Praktisk Erfarenhet Teori Rotation Arbete. Det är en pool bestående av 21 undersköterskor, det finns ingen arbetsledare utan man turas om att sköta chefssysslorna som bokningar, semesterlistor och kassajournal. De drygt 20 undersköterskorna har idag fasta anställningar i poolen, tidigare var de korttidsvikarier på sjukhuset. De poolanställda hyrs ut som korttidsvikarier till olika verksamheter runt om på sjukhuset. Det har skett en omfördelning av anställningsformerna och övertidskostnaderna och antalet timvikarier har minskat.

Årsarbetstidspool

Karlskrona kommun

Syftet med poolen är att se till att det finns tillräckligt med kompetent personal för att täcka upp korttidsfrånvaro och vid tillfälligt högre arbetsbelastning samt erbjuda de anställda höjd sysselsättningsgrad och en tryggare anställning. Poängen är att de anställda i poolen skall arbeta på årsarbetstidsbasis och på så sätt minska antalet timvikariat.

Bemanningscentrum

Karolinska sjukhuset

Sjukhuset har ett stort behov av korttidsvikarier. Ett 20-tal undersköterskor har därför anställts i Bemanningscentrum för att täcka upp korttidsfrånvaro. Detta minskar antalet timanställningar samt ger en tryggare anställningsform för korttidsvikarier. Bemanningsenheten kompetensutvecklar kontinuerligt sin personal vilket gör att enheten kan erbjuda kvalificerad personal inom de områden där ett behov av tillfällig personal finns.

Resursenhet

Västra sjukvårdsförvaltningen

Syftet med projektet är att hitta en organisationsform som underlättar för verksamhetsansvariga att bemanna på ett bättre och mer kostnads-effektivt sätt samt skapa förutsättningar för att kunna rekrytera personal genom att erbjuda dem en trygg anställningsform. Ett antal undersköterskor har erhållit en fast anställning i enheten från början. Enheten skall kunna arbeta inom alla verksamhetsområden på lasarettet. Arbets-tiden baseras på årsarbetstid där personalen själv fördelar arbetet mellan sig för att kunna medverka till att gruppen klarar sitt uppdrag att täcka korttidsfrånvaro och tillfällig överbelastning på lasarettet.

Bemanningservice

Södra Älvsborgs sjukhus

Projektet startade vid Borås lasarett år 1996. Syftet var att bygga upp en ny verksamhet med personal med bred kompetens som skulle kunna arbeta inom en rad olika verksamheter. I enheten ingår idag både

undersköterskor och sjuksköterskor. Enheten kompetensutvecklar personalen och arbetar självständigt från övrig administration.

Busk

Torslanda–Biskopsgården stadsdelsnämnd

En utbildning som syftar till att bygga upp en helt ny yrkesgrupp, B står för barnskötare och usk för undersköterska. De som studerat på utbildningen kommer att kunna erbjuda en dubbelkompetens och kunna arbeta inom såväl barnomsorg som äldre- och handikappomsorg och dessutom inom kök och städ. Efter utbildningen väntar en fast anställning i den nyinrättade bemanningsenheten.

Rekrytering av ungdomar

Ung 2000 i Göteborg

Kommunal Väst, Göteborgs stad, Arbetsförmedlingen

Praktik och utbildning för arbetslösa ungdomar i syfte att intressera dem för arbete inom äldreården. Ungdomarna är i åldrarna 20–24 år och har ingen tidigare erfarenhet av vårdsektorn.

Vårdjobb Stockholm

Stockholms läns landsting

Genom projektet Vårdjobb Stockholm går ungdomsambassadörer ut i skolor och marknadsför jobb inom vårdsektorn.

Ungdomar till vården

Jämtlands läns landsting

Information i skolor om vårddyken samt projekt under sommaren för att stimulera ungdomar att söka vårdutbildning. Landstinget driver även ett samarbetsprojekt tillsammans med Länsarbetsnämnden för unga arbetslösa akademiker för att stimulera till arbete och/eller fortsatt utbildning inom landstingsyrken. Exempel på åtgärder är akademikerpool och aspirantutbildningar.

Utbildning med jobbgaranti

Arbetsförmedlingen Centrum, Lund

Arbetslösa arbetssökande personer i åldern 20–30 år erbjuds tre månaders provtjänstgöring inom vård och omsorg i kommun eller landsting. Efter en ömsesidig utvärdering och lämplighetsprövning påbörjas en tre terminer lång undersköterskeutbildning med garanterat fast heltidstjänst efter avklarad utbildning.

Sommarkurser i vård och omvårdnad

Länssjukhuset Gävle–Sandviken, Primärvården Gästrikland samt Vårdgymnasiet Gävle

Projektet riktar sig till elever som går i årskurs 8 på högstadiet för att låta dem pröva på att arbeta inom vård och omsorg innan de gör sina val till gymnasiet. Syftet är att ge eleverna en vägledning inför gymnasievalet, ge dem en inblick i utbildningens möjligheter och en chans att prova på vad jobbet innebär.

Vårdambassadörer

Landstinget Gävleborg

Unga vårdanställda ambassadörer går ut i skolorna och beskriver vårdyrkena och personalbehovet i framtiden – oavsett huvudman – för elever i olika skolformer, arbetslösa m.fl.

X-klara

Landstinget Gävleborg

Projektet riktar sig till unga arbetslösa med gymnasieutbildning inom annat område än vårdområdet och som vill pröva på vårdarbetet. Målsättningen är att förbereda ungdomarna för arbete inom vårdsektorn genom att varva teori och praktik inom sektorn.

Feriearbete och sommarpraktik

Landstinget i Uppsala län

Projektets mål är att anordna sommarpraktik och feriearbeten åt gymnasieungdomar i hela Uppsala län. Syftet är att skapa intresse hos

ungdomar för utbildning och arbete inom vårdsektorn. Projektledningen hoppas även att man på detta sätt skall kunna trygga personalförsörjningen på längre sikt i landstinget. Dessutom, resonerar man, ger ferierarbetet ungdomarna erfarenheter och lärdomar som de kommer att ha nytta av i livet oavsett arbetsplats.

Kom In

Göteborgs Stad

Projektet vänder sig till ungdomar i åldern 20–24 år och syftar till att stimulera ungdomar till att pröva på att arbeta inom äldre- och handikappomsorgen i kommunen. Målet är att ungdomarna sedan skall välja att gå vidare till den utbildning som kommunen erbjuder och till sist till en anställning.

Män och ungdomar in i vården

Socialtjänsten Umeå kommun

För att säkerställa behovet av arbetskraft inom vården måste åtgärder till för att trygga framtiden. Därför bör riktad rekrytering/utbildning av män och ungdomar till äldre- och handikappomsorgen genomföras i samverkan inom kommunen. Arbetsförmedlingen "handplockar" män och ungdomar till informationsträffar. Informationerna genomförs tillsammans med arbetsgivaren Umeå kommun, Svenska Kommunalarbetareförbundet och Arbetsförmedlingen. Vid informationsträffarna skall bland annat män som arbetar inom vården berätta om sitt arbete och om varför de valde vårddyrket. Kommunen och Arbetsförmedlingen finansierar projektet.

Rekrytering av invandrare

Vårdprojekt för invandrare

Svenska Kommunalarbetareförbundet, Kalmar län

Projektet syftar till att dels tillvarata den kompetens som finns hos arbetslösa invandrare inom regionen, dels tillgodose arbetsgivarens behov av ny personal med kunskap i olika språk och kulturer. Projektet innehåller både praktik och utbildning till undersköterska.

Invandrare i vården – anställningsgaranti

Umeå kommun

För att trygga den framtida rekryteringen och för att få in fler invandrare i vården har kommunen startat en utbildning som riktar sig särskilt till invandrare. Steg ett innebär en praktikperiod på fem månader. Efter det läser eleverna en kurs på tre terminer. Kursen leder till en anställning inom kommunen. Kommunen och Arbetsförmedlingen finansierar gemensamt projektet.

Marknadsföring och opinionsbildning**Vårdkampanjdagar**

Länsarbetsnämnden Stockholms län

Länsarbetsnämnden i Stockholm har genomfört så kallade Vård dagar då under två dagar arbetsförmedlingarna specialsatsade på att förmedla jobb inom vård och omsorg till sina arbetssökande. Arbetsgivarna – kommunala, landstingskommunala och privata – som alla inbjöds att delta var liksom de arbetssökande mycket nöjda med kampanjens resultat.

Marknadsföra Sandvikens kommun

Sandvikens kommun

Kommunens personalavdelning har inlett ett projekt som skall löpa under en treårsperiod och syftar till att locka personal till i första hand vården och skolan. Tanken är att man skall inrätta två nya tjänster som skall marknadsföra kommunen ute på universitet och högskolor, på mässor och på olika sätt locka folk att flytta till Sandviken.

Samarbetsprojekt botar bristen

Skellefteå kommun och Skellefteå sjukvård

Kommunen och sjukvården i Skellefteå skall hjälpas åt att avstyra sjukvårdskrisen när 40-talisterna går i pension om några år.

Gemensamma insatser sker inom fyra huvudområden:

- tillsammans skall man ta fram prognoser över hur stort personalbehovet kommer att bli,
- intressera unga för ett vårddyrke genom gemensamma marknadsföringsinsatser m.m.,
- fler utbildningsplatser,
- marknadsföra Skellefteå som en attraktiv plats att bo och arbeta på.

Norrsyn 2010

Västernorrlands läns landsting

En arbetsgrupp bestående av landstingsanställda från Västernorrlands läns och Jämtlands läns landsting har arbetat med att utreda framtiden. Man har arbetat mycket med scenarier och framtidsvisioner. En grundläggande utgångspunkt var att inga politiker eller tjänstemän skulle sitta med i arbetsgruppen utan endast "fotfolk" som är verksamma inom olika vårdområden. Gruppen har presenterat en diger utredning och några av förslagen är: utveckla tandläkare till läkare, en ny utbildning på gymnasiet som utbildar rehabiliteringsassistenter samt stöd åt olika vårdalternativ som privata entreprenörer och avknoppning av verksamheter.

Utbildning och kompetensutveckling

Vårdutbildning

Huddinge sjukhus

Arbets terapeutstuderande, läkarstuderande, sjukgymnaststuderande och sjuksköterskestuderande läser vissa moment gemensamt på utbildningen vid Huddinge sjukhus' kliniska utbildningsavdelning. Syftet är att öka samarbetet mellan professionerna och förståelsen för varandras kompetensområden.

Vidareutbildning för undersköterskor

Landstinget i Kalmar län

Utbildningen vänder sig i första hand till tillsvidareanställd personal med den grundläggande undersköterskeutbildningen långt bakom sig. En stor del av utbildningen ägnas åt att stämma av praktiska erfarenheter mot teoretiska kunskaper. Utbildningen vänder sig till undersköterskor som

har praktisk erfarenhet i yrket och vill förnya sina kunskaper och lära sig nya teorier och omvårdnadsmetoder. Under utbildningen, som pågår under tio veckor, behåller de studerande hela sin grundlön.

Handledning i mötet mellan studerande och sjuksköterska

Luleå universitet

Syftet med studien är att beskriva och tolka studerandes och handledares erfarenheter av handledning samt konstruera, utveckla och pröva ett instrument för värdering av handledning. Dessutom är syftet att pröva om handledningens innebörd och betydelse för lärandet är generell oavsett hur lärandet sker, praktiskt eller teoretiskt. Handledning under den praktiska delen av en högre akademisk utbildning innebär ibland ett svårhanterligt möte mellan teori och praktik. Handledning av blivande sjuksköterskor sker dessutom ofta i en mycket komplicerad pedagogisk miljö.

Yrken med medellång vårdutbildning i förändring

Linköpings universitet

Den medicinska vården flyttas allt mer till hemmet och även ett flertal andra faktorer påverkar och driver fram utvecklingen av dagens hälso- och sjukvård. Syftet med projektet är att undersöka vilken roll den formella utbildningen har vid förändring av yrken med medellång vårdutbildning.

Vårdutbildning inom äldre- och handikappomsorgen

Norrtälje kommun

Kvinnor med treårigt gymnasium erbjuds en eftergymnasial KY-utbildning (Kvalificerad Yrkesutbildning) på 80 veckor i vård- och omsorgskunskap. Syftet är att öka kompetensen bland de kvinnor som arbetar inom kommunernas omsorgsverksamheter.

Högskoleutbildning inom vård och omsorg

Svenska Kommunalarbetsareförbundet och Göteborgs universitet

Syftet med utbildningen, som omfattar 120 poäng, är att höja kompetensen hos undersköterskor, vårdbiträden och mentalskötare och öppna möjligheter för dessa grupper att skapa en karriär inom den egna professionen.

Kommunals flexibla gymnasium

Svenska Kommunalarbetsareförbundet

Detta är en helt ny form av utbildning, som trots namnet inte i första hand vänder sig till ungdomar. Deltagarna studerar helt efter egna önskemål, behov, förutsättningar och kunskaper, på olika platser och ibland på distans. Personliga utbildningsplaner utformas. Utbildningen ligger inom ramen för kunskapslyftet och ger formell kompetens i form av behörighet och betyg.

Olivia

Östersunds sjukhus

Syftet med projektet är att kompetensutveckla undersköterskor, skötare och barnsköterskor. Projektgruppen på sjukhuset och Östersunds vårdgymnasium har tillsammans utarbetat ett kursprogram som erbjuds arbetstagarna i de aktuella yrkesgrupperna. Varje kurs är på en termin och leder till ett formellt betyg i ämnet.

Projekt Arbetsbreddning

Oskarshamns kommun

Syftet med projektet är att skapa roligare jobb och bygga in mångsidighet i yrkesrollen, kompetensutveckla personalen samt minska övertid och timvikariat. Projektet riktar sig i första hand till undersköterskor och sjuksköterskor men i framtiden vill man även inkludera andra yrkesgrupper.

Kompetensstege för vårdpersonal

Universitetssjukhuset i Lund

Thoraxkirurgiska kliniken vid Universitetssjukhuset i Lund har enbart manliga thoraxkirurger samtidigt som sjuksköterskor och undersköterskor till största delen är kvinnor. Projektet syftar till att utveckla en kompetensstege för under- och sjuksköterskor för att möjliggöra en karriär inom den egna professionen och i det patientnära arbetet. Till kompetensstegen kopplas en individuell lönesättning så att den enskilda individens skicklighet i sitt arbete värderas på ett objektivet sätt.

Arbetstid/Schema**Minska personalkostnaderna utan att försämra vårdkvaliteten**

SPRI och Gällivare kommun

Målet med projektet är att trots besparingar kunna utveckla goda anställningsvillkor och vårdkvalitet. Syftet är att istället för att ta in vikarier öka sysselsättningsgraden så att befintlig personal själv klarar att "hålla ställningarna" upp till en viss frånvaronivå.

Tvättstugemodell

Simrishamns kommun

Huvudsyftet med projektet är att höja de deltidsanställdas sysselsättningsgrader. Tvättstugemodellen är en schemamodell för individuella önskemål och flexibla resurser vid växlande behov i verksamheten. Schemat görs upp i perioder om sex veckor där varje medarbetare sätter upp sitt önskeschema och därefter kompromissar gruppen ihop ett schema efter verksamhetens behov.

INOVA

Norrköpings kommun

En arbetstidsmodell för schemaläggning som tagits fram i samarbete mellan arbetsgivaren Norrköpings kommun och Kommunal. Modellen innebär att de anställda själva gör upp ett arbetsschema för kortare perioder. Schemat förändras kontinuerligt efter verksamhetens och individens behov och önskemål och bygger på ett årsarbetstidstänkande.

Arbetstidsprojektet

Centrallasarettet i Växjö

Genom att införa årsarbetstid hoppas projektledningen att medarbetarna blir mer motiverade genom att själva ha ett stort inflytande över sin arbetstid. Ett ytterligare syfte med projektet är att förbättra sjukvårdsrutinerna genom att anpassa personalens arbetsbelastning med utgångspunkt från den produktionsnivå som råder.

Löner

Lönebildning med sikte på år 2000

Järfälla kommun

Kommunen vill utveckla ett arbetsvärderingssystem som instrument för lönebildningsprocessen inom kommunen. Inom ramen för projektet skall meritvärderingskriterier prövas och även individens och arbetsgruppens prestationsförmåga och resultat värderas med hänsyn till kommunens mål med verksamheten. Olika belöningsformer prövas utifrån kravet på en könsneutral lönesättning.

Befattnings- och lönesystem i kommuner och landsting

Svenska Kommunalarbetsareföbundet

Projektet skall ge kunskap om vilka kriterier och förhållanden som styr utformningen av nya befattnings- och lönesystem samt hur detta i sin tur påverkar lönebildningen och löneutvecklingen för olika yrkesgrupper. Syftet är att öka kunskapen om lönebildningen ur ett könsperspektiv samt att samla in underlag för att utveckla strategier för att uppvärdera kvinnodominerade arbeten.