

Högskoleutbildningar inom vård och omsorg

En utredning

Högskoleutbildningar inom vård och omsorg – En utredning

Producerad av Högskoleverket i januari 1997

Högskoleverkets rapportserie 1997:2 R

ISSN 1400-948X

ISRN HSV-R--97/2--SE

Innehåll: Bedömnings- och utredningsavdelningen

Form: Informationsavdelningen

Tryck: Högskoleverket, januari 1997

Innehållsförteckning

Högskoleverkets missiv	5
1 Högskoleverkets slutsatser och förslag	7
1.1 Geografisk fördelning av högskoleutbildningar inom vård och omsorg	7
1.2 Yrkeskunnande och yrkeskompetens	9
1.3 Huvudmannaskap för utbildning i social omsorg	10
1.4 System för statsbidrag till vårdhögskoleutbildningar	11
2 Uppdrag och arbetsformer	12
3 Avgränsning av uppdraget	15
4 Högskoleutbildningar inom vård och omsorg	17
4.1 Högskoleutbildning – villkor och förutsättningar	19
4.2 Högskolans tredje uppgift	21
4.3 Högskolans bredd och volym	22
4.4 Klinisk/tillämpad utbildning – tillgång till praktikplatser	23
4.5 Forskningsanknytning – forskning och forskarutbildning	24
5 Nationell efterfrågan – framtidens arbetsmarknad	28
5.1 Nya utbildningsprogram för yrkes- och högskoleexamina	29
5.2 Behov och tillgång på vissa grupper inom vård och omsorg	30
5.3 Anpassning av utbudet till efterfrågan	36
6 Studenter	37
6.1 Social rekrytering	37
6.2 Lokal rekrytering	38
6.3 Sökandetryck	39
6.4 Kvinnor och män	39
7 Nuvarande högskolesystem – villkor och förutsättningar	41
7.1 Ledningsorganisation	41
7.2 Forskning och forskningsanknytning	44
7.3 Tjänsteorganisation	45
7.4 Kårobligatorium	47
7.5 Examensrätt	48
7.6 Finansiering	48

8	Yrkeskunnande och yrkeskompetens	53
8.1	Yrkesrelevans – tidigare bedömningar	53
8.2	Yrkeskunnande och yrkeskompetens för framtida krav	63
8.3	Avnämare och andra intressenters uppfattning	64
9	En förändrad högskolestruktur	71
9.1	Förändringsarbete för kvalitetsutveckling	71
9.2	Högskolesamverkan landsting – stat	73
9.3	Vårdhögskoleutbildningar inom stat och landsting – skillnader i villkor och förutsättningar	76
9.4	Kunskapsbildningen inom vård och omsorg	82
9.5	Regional samverkan	85
9.6	Förändrat ansvar för utbildningar inom vård och omsorg	87
9.7	Framtidens vårdhögskoleutbildning	90
10	Ett nytt statsbidragssystem	93
	Bilaga 1: Uppdrag till Högskoleverket angående vårdhögskoleutredningen	97
	Bilaga 2: Yrkeskunnande och yrkeskompetens – en intervjustudie	103

Högskoleverkets missiv



HÖGSKOLEVERKET
National Agency for Higher Education

Birger Jarlsgatan 43
Box 7851, S-103 99 Stockholm
Tfn/Phone: +46 8 453 70 00
Fax: +46 8 453 70 50

Regeringen
Utbildningsdepartementet

Bedömnings-och
utredningsavdelningen
Brita Bergseth

Reg nr 12-2417-96

1997-01-23

Uppdrag till Högskoleverket angående vårdhögskole- utbildningarna

Genom beslut den 1 augusti 1996 har regeringen uppdragit åt Högskoleverket att lämna underlag för ställningstagande till dels en framtida geografisk fördelning av vårdhögskoleutbildning, dels om staten bör ta ansvar för vissa vårdutbildningar i framtiden och i så fall vilka. Verket skall vidare komplettera sin utvärdering om kvaliteten i vårdutbildningarna som lämnats till regeringen i april 1996. Verket skall även lämna förslag till ett system för statsbidrag som bättre överensstämmer med det resurstilldelningssystem som gäller för statliga högskolor.

Till utredningen har varit knuten en referensgrupp i vilken ingått överdirektören Nina Rehnqvist och direktören Monica Norrman, Socialstyrelsen, rektorerna Henry Cöster, Hälsohögskolan i Värmland och Gunilla Swanberg, Vårdhögskolan i Göteborg, direktören Ulf Wetterberg och utredaren Ingar Gadd, Landstingsförbundet, sektionschefen Lennart Sjöberg t.o.m. den 16 december och förbundssekreteraren Karl-Axel Johansson fr.o.m. den 17 december, Svenska kommunförbundet samt studeranden Maria Henricson, Sveriges Förenade Studentkårer (SFS).

Referensgruppen har sammanträtt nio gånger. En kontinuerlig dialog med berörda instanser har därmed ägt rum. Diskussionerna i gruppen, i vilka samtliga ledamöter aktivt har deltagit, har lett fram till att gruppen i allt väsentligt står bakom Högskoleverkets förslag.

Ärendet har diskuterats i Högskoleverkets styrelse.

Högskoleverket redovisar härmed sitt uppdrag.

Beslut i ärendet har fattats av generaldirektören, i närvaro av avdelningschefen Inger Rydén Bergendahl och verksjuristen Barbro Molander, efter föredragning av utredaren Brita Bergseth.

Agneta Bladh

Brita Bergseth

I Högskoleverkets slutsatser och förslag

I.1 Geografisk fördelning av högskoleutbildningar inom vård och omsorg

Högskoleutbildningarna inom vård och omsorg skall oavsett om de drivs av stat eller av landsting ha en kvalitativt likvärdig nivå och sett ur studentens perspektiv erbjuda likvärdiga möjligheter.

Bedömningar av vårdhögskoleutbildningarnas nationella struktur, geografiska fördelning och dimensionering måste utgå från en värdering av utbildningens kvalitet. En hög kvalitet på utbildningen förutsätter att högskolorna

- utvecklar en högskolestruktur som ger likvärdiga villkor för vårdhögskoleutbildningar och övriga utbildningar i högskolan
- stärker forskning och forskningsanknytning bl.a. genom fakultetsanknytning
- ökar andelen disputerade lärare till 30 procent inom tio år
- vidareutvecklar verksamheten i syfte att skapa en stimulerande högskolekultur för såväl studenter som lärare
- utvecklar internationellt samarbete
- utvecklar utbildningen så att den motsvarar förändrade krav i yrken för verksamhet inom vård och omsorg,
- ökar antalet kliniska lärartjänster och högskolelektorat
- befrämjar jämställdheten bl.a. genom att verka för fler män i utbildningarna

Högskoleverket kommer inom tre år att följa upp den nationella strukturen utifrån dessa utgångspunkter.

Högskolans bredd och volym – forsknings- och fakultetsanknytning

Högskoleverket konstaterar att förutsättningarna för stat och landsting att bedriva kvalitativt likvärdiga vårdutbildningar skiljer sig på ett flertal avgörande punkter. Skillnaderna är av sådan karaktär att möjligheterna att

utveckla utbildningarna på lika villkor sannolikt inte går att överbrygga ens på lång sikt. Vissa av dessa skillnader föreslås bli undanröjda. Under alla förhållanden tar det lång tid att bygga upp en högskolekultur.

De statliga högskolorna har både ifråga om bredd och volym, lärarkompetens och forskning en potential för utvecklingen av vårdhögskoleutbildningarna som en vårdhögskola med liten volym och ett smalt utbildningsutbud saknar. För att stärka forskningsanknytningen bör regeringen knyta vårdhögskolorna till lämplig fakultet.

I och med att samtliga vårdhögskolor, med undantag för Boden, är förlagda till samma orter som de statliga högskolorna kan utbildningarna anordnas med samma geografiska spridning även om staten övertar ansvaret för dem. Härmed säkras både den volym och bredd en högskola bör ha för att ge förutsättningarna för utbildning på en kvalitativt hög nivå.

Högskoleverket rekommenderar därför regeringen att förhandla med samtliga de landsting som önskar föra över ansvaret för att anordna vårdhögskoleutbildningar till den statliga högskolan.

Nationell efterfrågan på yrkesutbildning för vård och omsorg

Utbildning måste bedrivas med stor framförhållning. Samtidigt krävs flexibilitet i utbudet av yrkesutbildningar. Grundläggande utbildning för olika yrkesfunktioner inom vård och omsorg bör därför ha en sådan bredd och ett sådant djup att förmågan till omställning för nya arbetsuppgifter och nya ansvarsområden underlättas.

Högskoleverket konstaterar att det för närvarande råder relativt god balans mellan utbud och efterfrågan på utbildade inom vård och omsorg. Landstingen har hittills lyckats anpassa utbudet till efterfrågan så att behovet av utbildade relativt väl kunnat tillgodoses både regionalt och nationellt.

Det finns dock ett befarat överskott inom vissa yrkeskategorier, särskilt social omsorg, men osäkerheten är stor.

Långsiktiga prognoser pekar på ett överskott på utbildade inom flertalet yrkeskategorier. Eventuellt torde dock brist uppstå vad gäller sjuksköterskorna. Prognoserna inbegriper dock även här mycket stora osäkerheter. Hur stor efterfrågan på utbildade blir avgörs främst av den samhällsekonomiska

utvecklingen och vilka resurser man från samhällets sida är beredd att avsätta för hälso- och sjukvård och för omsorg om äldre och handikappade.

Dimensioneringen av utbildningarna måste därför fortlöpande ses över och revideras. Revideringarna bör göras i nära samarbete med avnämare på regional nivå. För att anpassa tillgången på yrkesutbildade till efterfrågan sett ur det nationella perspektivet har staten möjlighet att styra utbudet genom reglering i form av utbildningsuppdrag och statsbidrag. Högskoleverket anser att regeringen bör utnyttja sin möjlighet att förknippa statsbidraget med utbildningsuppdrag som exempelvis kan innebära riktlinjer om förändringar av enskilda utbildningars dimensionering.

Bilden av rekryteringen till vårdhögskoleutbildningarna visar att det finns ett stort intresse för verksamhet inom vård och omsorg. Utbildningarnas geografiska spridning är sannolikt ett av skälen till att den sociala rekryteringen är så bred och att en så stor andel av studenterna rekryteras från det egna länet.

Efterfrågan på yrkesutbildningar för vård och omsorg såväl från avnämare som studenter styrker slutsatsen att den geografiska spridningen av vårdhögskoleutbildningarna till högskoleorterna bibehålls. Det befarade överskottet bör delvis kunna lösas genom att utbildning utanför högskoleorterna läggs ned.

Klinisk/tillämpad utbildning – tillgång till praktikplatser

Högskolornas redovisning av den aktuella situationen ifråga om den klinisk/tillämpade utbildningen leder också till slutsatsen att utbildningarna bör bedrivas inom ett stort geografiskt område. Därmed säkras tillgången till praktikplatser och tillgången till ett brett patientpanorama.

Högskoleverket utgår ifrån att vårdhögskoleutbildningarna inte förläggs till andra orter än högskoleorten. Däremot kan den kliniska/tillämpade delen av utbildningarna med fördel spridas geografiskt under förutsättning att kravet på klinisk lärarkompetens är tillgodosett.

1.2 Yrkeskunnande och yrkeskompetens

De studier Högskoleverket hittills har genomfört har samtliga lett till slutsatsen att vårdhögskoleutbildningarna ger de grundläggande

yrkeskunskaperna för verksamheterna inom vård och omsorg. Den undersökning av yrkesrelevansen i sjuksköterskeutbildningen som Landstingsförbundet tidigare låtit genomföra har visat samma resultat.

Högskoleverkets intervjustudie hösten 1996 angående yrkeskunnande och yrkeskompetens inom utbildningsprogram för yrkes- och högskoleexamina bekräftar slutsatserna av de tidigare analyserna.

Avnämare och andra intressenter betonar dock att förändringar inom vården kräver en stor flexibilitet och öppenhet från de yrkesverksamma. Uppgifterna för dem som arbetar inom vård och omsorg tenderar att bli alltmer kvalificerade. I framtiden kommer högskolekompetens att vara en av förutsättningarna för yrkeskompetens.

Utbildningarnas teoretiska och kliniskt/tillämpade delar bör ömsesidigt kunna stärka varandra genom större integration. Därvidlag råder enligt högskolorna själva vissa svagheter. Utbildningarna bör utvecklas med stöd av en högre lärarkompetens i såväl den kliniska som teoretiska utbildningen med möjlighet till ett bredare ämnesinnehåll. Studenterna skall tidigt få kontakt med forskning i en stimulerande miljö.

1.3 Huvudmannaskap för utbildning i social omsorg

Både avnämare och övriga intressenter i utbildningen för omsorg om äldre- och funktionshindrade framför bestämt att den nuvarande utbildningen för social omsorgsexamen inte ger tillräckligt bred och djup kompetens för de ökande krav som verksamheten ställer. Yrkesfunktionerna är också mycket heterogena. De gemensamma mål som föreskrivs för yrkesexamen i social omsorg täcker inte uppgifterna inom de skilda yrkesrollerna.

Högskoleverket föreslår därför att yrkesexamen utvecklas och utgår ur förteckningen bilaga 3 i högskoleförordningen.

Istället föreslår verket att de statliga högskolor som anordnar såväl samhälls- och beteendevetenskapliga utbildningar som vårdutbildningar övertar ansvaret för att utveckla utbildningarna för socialtjänstens äldre- och handikappomsorg. Utbildningen skall leda till kandidatexamen med fördjupade kunskaper i något av de "kärnämnen" som ingår i programmen. Genom

alternativa påbyggnadsutbildningar kompletteras inriktningen i grundutbildningen.

1.4 System för statsbidrag till vårdhögskoleutbildningar

Högskoleverket anser att riksdag och regering via statsbidragssystemet bör stödja utbildningar med hög kvalitet för de yrkeskategorier som bedöms spela avgörande roller för att upprätthålla en god vård och omsorg.

Den kvalitetsutveckling som högskolorna nu bedriver bör dock kunna få fortgå under en treårsperiod, från det att utvärderingen av de medellånga vårdutbildningarna offentliggjordes, innan några sådana bedömningar görs. Därefter avser Högskoleverket att genomföra en ny utvärdering. Först när denna värdering är genomförd, kan verket ta ställning till frågan om tilldelning av statsbidrag med utgångspunkt i kvalitativa kriterier.

Ett nytt statsbidragssystem för vårdhögskoleutbildningarna bör vara enkelt och lätt att överblicka. Det bör konstrueras efter samma grundprinciper som det resurstilldelningssystem som tillämpas vid de statliga högskolorna.

I likhet med det statliga resurstilldelningssystemet föreslår Högskoleverket att ett takbelopp fastställs med en högsta möjliga ersättning för varje landsting/kommun. Takbeloppet beräknas på i princip samma grunder som takbeloppen för de statliga högskolorna. En enhetlig ”vårdprisapp” föreslås gälla för alla vårdhögskoleutbildningar.

2 Uppdrag och arbetsformer

Uppdraget

Regeringen gav enligt beslut 1996-08-01 (U96/2498/UH) uppdrag till Högskoleverket angående vårdhögskoleutbildningarna.

Uppdraget har sin bakgrund dels i utredningen om förändrat huvudmannaskap för vårdutbildningarna (SOU 1993:12), dels i Högskoleverkets utvärdering av de medellånga vårdutbildningarna som överlämnades till regeringen i april 1996, Vårdutbildningar i högskolan – En utvärdering (Högskoleverkets rapportserie 1996:7 R).

I direktiven till uppdraget skriver regeringen bl.a.

Högskoleverket skall lämna underlag för ställningstagande till dels en framtida geografisk fördelning av vårdhögskoleutbildning, dels om staten bör ta ansvar för vissa vårdutbildningar i framtiden och i så fall vilka.

Vad avser den geografiska fördelningen skall verket bland annat redovisa faktorer såsom nationell efterfrågan på den framtida arbetsmarknaden samt nationell spridning av vårdhögskoleutbildning, om varje högskola kan ges en volym som säkerställer högskolemässigheten, om praktikplatser finns tillgängliga samt om möjlighet finns till forskningsanknytning av utbildningen.

Verket skall vidare komplettera den utvärdering som lämnats till regeringen i april 1996 vad gäller kvaliteten vid vårdutbildningarna. Enligt regeringens uppfattning har ämnesdjup och forskningsförberedande insatser bedömts vid utvärderingen medan otillräckligt utrymme givits åt förmedlande av yrkeskunnande och yrkeskompetens; särskilt vad gäller yrkesexamina är sådant förmedlande av betydelse (se bilaga 3 till högskoleförordningen, 1993:100). I Högskoleverkets komplettering skall detta beaktas. Högskoleverket skall vid kompletteringen också dokumentera och rapportera avnämarnas och andra intressenters – särskilt Landstingsförbundets – uppfattning.

Högskoleverket skall även lämna förslag till ett system för statsbidrag till vårdhögskolorna som bättre överensstämmer med det resurstiltdelningssystem

som sedan 1993 gäller för statliga universitet och högskolor. För att detta skall kunna bidra till en väl avvägd nationell struktur kan en tänkbar lösning vara en differentiering av det statliga stödet till landstingen utifrån vilka utbildningar som i högre grad än andra är nationellt rekryterande.

Verket får i sitt underlag inte lämna förslag som kan innebära kostnadsökningar vare sig för staten, landstingen eller för kommunerna.

Högskoleverkets underlag skall tas fram i samarbete med berörda instanser, främst Landstingsförbundet. Högskoleverket skall i sitt arbete ta hänsyn till det arbete som bedrivs i Kommittén om översyn av vissa behörighetsfrågor (S 1994:1).

Uppdraget återges i sin helhet i bilaga 1.

Arbetsformer

Den referensgrupp Högskoleverket tillsatt som stöd i utredningsarbetet har representerat studerande, ansvariga för utbildning inom vård och omsorg, avnämare inom den offentliga vården samt företrädare för tillsyn av hälso- och sjukvård och social omsorg. Gruppen har sammanträtt nio gånger.

Ledamöterna har rikt bidragit med synpunkter på arbetet och med omfattande skriftligt material som underlag till rapporten.

I utredningsarbetet har vidare medverkat: professorn Britt Johansson, Göteborgs universitet som sammanställt och analyserat svaren på Högskoleverkets enkät angående klinisk/tillämpad utbildning i utbildningsprogram för vård och omsorg, kanslichefen Claës Lenander, Högskolan i Örebro vars uppgift varit att utreda vissa frågor rörande finansieringen av vårdhögskoleutbildningarna, högskoleadjunkten Ulf Öhlund, Mälardalens högskola som har sammanfattat resultaten av tidigare enkätundersökningar angående lärare och studenters reaktioner på de hittills genomförda förändringarna i fördelningen av ansvaret för vårdhögskoleutbildningar mellan landsting och stat, doktoranden Rikard Eriksson, Linköpings universitet, som haft Högskoleverkets uppdrag att genomföra en intervjustudie angående det yrkeskunnande och den yrkeskompetens som förmedlas i högskolornas utbildningsprogram för yrkes- och högskoleexamina inom vård och omsorg.

Desutom har Högskoleverket genomfört en enkätundersökning riktad till berörda högskolor angående den verksamhetsanpassade, kliniska/tillämpade utbildningen och yrkesrelevansen i utbildningsprogrammen för yrkes- och högskoleexamina inom vård och omsorg.

Sedan utredningsarbetet inleddes har Högskoleverket lämnat information om arbetets uppläggning och genomförande till berörda centrala fackliga organisationer vid sammanlagt fyra tillfällen.

Inkomna skrivelser

Med anledning av regeringens uppdrag har bl.a. följande skrivelser ställts till Högskoleverket: från Umeå universitet och Västerbottens läns landsting 1996 05 31. Behov av nationell principdiskussion rörande tandhygienistutbildning, från Lunds universitet, 1996 10 14, Angående tidigare utvärdering och ny utredning om framtida dimensionering av de medellånga vårdutbildningarna, från Uppsala universitet, 1996 12 09, Huvudmannaskap för vårdhögskolan i Uppsala samt från Svensk sjuksköterskeförening, 1996 12 09, Sjuksköterskeutbildningen mot 2000-talet, från Föreningen Socialomsorg 1996 12 11 med anledning av uppdrag till Högskoleverket angående vårdhögskoleutbildningen.

3 Avgränsning av uppdraget

Uppdraget omfattar samtliga vårdhögskoleutbildningar som leder till yrkes- eller högskoleexamen.

Beträffande kompletteringen av utvärderingen av de medellånga vårdutbildningarna vad avser förmedlande av yrkeskunnande och yrkeskompetens, särskilt vad gäller yrkesexamina, har Högskoleverket genomfört en intervjustudie. Resultatet av denna studie redovisas i kapitel 8 Yrkeskunnande och yrkeskompetens.

Intervjustudien har av tidsskäl avgränsats till att omfatta utbildningsprogram för yrkesexamina inom vård och omsorg. Övriga utbildningar för högskoleexamina har inte ingått i studien med hänsyn till att de inte är så omfattande till sin volym eller att de är relativt nyinrättade och har en mer generell inriktning och därför inte så tydligt kan hänföras till vissa specifika yrkesuppgifter.

Vårdutbildningarnas yrkesrelevans är en allvarlig fråga, komplicerad och svår att komma på djupet. Trots att den tid som givits utredningsarbetet utnyttjats optimalt står det klart att analysen av det material som samlats in ytterligare kan fördjupas och bearbetas. Mer omfattande studier som sträcker sig över en längre tidsperiod och baseras på ett större underlag skulle också bidra till att stärka säkerheten i slutsatserna. De studier som hittills har kunnat genomföras skall därför endast ses som en ansats till att närma sig svaren på frågan om yrkesutbildningarna inom vård och omsorg förbereder de studerande för framtidens arbetsmarknad där de specifika kraven på yrkeskunnande och yrkeskompetens med stor sannolikhet blir annorlunda än vad de är för dagen.

Frågor som berör högskolornas kursutbud för fördjupningsstudier, vidareutbildning inom skilda specialiteter eller fortbildning behandlas inte specifikt. Denna del av högskolornas utbildningar är avgörande för att kontinuerligt vidmakthålla och utveckla kompetensen inom vård och omsorg i takt med den medicinska och tekniska utvecklingen och kraven på god hälso-

och sjukvård.

De resonemang som förs i denna redovisning, slutsatser och förslag, gäller dock i generell mening även denna del av verksamheten.

4 Högskoleutbildningar inom vård och omsorg

Läsåret 1995/96 anordnas Högskoleutbildningar inom vård och omsorg vid sammanlagt 29 högskolor, 19 vårdhögskolor, sju statliga och tre enskilda högskolor.

Genom särskilda avtal mellan stat och landsting som godkänts av regeringen anordnas vårdhögskoleutbildningar på landstingens uppdrag vid fem statliga högskoleenheter. Sjukgymnastutbildning anordnas av Lunds universitet och Karolinska institutet. Vid de tre enskilda högskolor bedrivs sjuksköterskeutbildning.

Som ett resultat av utredningen om förändrat huvudmannaskap för vårdutbildningarna har ytterligare avtal slutits. Under förutsättning att dessa avtal godkänns överförs ansvaret bl.a. också för att anordna vårdutbildningarna i Göteborg, Stockholm och Umeå till staten

Följande utbildningsprogram för yrkesverksamhet inom vård och omsorg anordnas

Utbildningar för yrkesexamen som är legitimationsgrundande

- Barnmorskeutbildning, 60 poäng
- Sjukgymnastutbildning, 120 poäng
- Sjuksköterskeutbildning, 120 poäng
- Tandhygienistutbildning, 80 poäng

Övriga utbildningar för yrkesexamen

- Arbetsterapeututbildning, 120 poäng
- Social omsorgsutbildning med inriktning mot äldre, funktionshindrade och utvecklingsstörda eller mot socialpedagogiskt behandlingsarbete, 120 poäng

Utbildningar för högskoleexamen

- Audionomutbildning, 120 poäng
- Biomedicinsk analytikerutbildning, 120 poäng
- Ortopedingenjörutbildning, 120 poäng
- Utbildning i ekonomi med inriktning mot hälso- och sjukvård, 120 poäng
- Utbildning i missbrukarvård, 120 poäng
- Utbildning i pedagogik med inriktning mot hälsopromotion, 120 poäng

Verksamheten omfattar nära 20 000 helårsstudenter, exklusive uppdragsutbildning och utgör därmed cirka 10 procent av det totala antalet studerande i grundläggande högskoleutbildning. Utbildningarna är spridda till lika många enheter som universitet och högskolor tillsammans, exklusive de konstnärliga högskolorna. Många vårdhögskolor har en liten verksamhetsvolym och ett smalt utbildningsutbud. Samtliga vårdhögskolor med undantag för vårdhögskolan i Boden är lokaliserade till orter där det finns statliga universitet och högskolor.

Vårdhögskoleutbildningarnas nationella struktur är historiskt betingat med rötter i det ansvar landstingen tidigare har haft för att tillgodose behovet av utbildad personal i den egna lokala hälso- och sjukvården. Strukturen har inneburit att det regionala behovet tillgodosetts i första hand. Flera landsting bär dock ett bredare ansvar genom att de anordnar vissa specifika yrkesutbildningar som täcker efterfrågan inom hela landet. Vidare är numera även kommuner och privata företag avnämare till utbildningen.

Lsåret 1995/96 fördelade sig antalet helårsstudenter inom vårdområdet (exklusive uppdragsutbildning) per landsting/kommun och högskola enligt följande.

Landsting/ kommun	Vårdhögskola/högskola/ universitet	Helårsstud område vård 1995/96
Stockholm	Hälsö högskolan i Stockholm	2020
	Ersta högskola	178
	Röda korsets sjuksköterskeskola	338
	Sophiahemmets sjuksköterskeskola	256
	Karolinska institutet	366
Uppsala	Vårdhögskolan i Uppsala	896
Östergötland	Linköpings universitet	853
Jönköping	Hälsö högskolan i Jönköping	1192
Blekinge	Blekinge Internationella Hälsö högskola	400
Kalmar	Kalmar läns vårdhögskola	409
Kronoberg	Vårdhögskolan i Växjö	560
Kristianstad	Vårdhögskolan i Kristianstad	455
Malmöhus	Vårdhögskolan i Lund-Helsingborg	1072
	Lunds universitet	164
Malmö kommun	Vårdhögskolan i Malmö	741
Halland	Högskolan i Halmstad	332
Göteborg och Bohus	Bohusläns vårdhögskola	242
Vårdskoleförbundet	Vårdhögskolan i Göteborg	1616
Älvsborg	Vårdhögskolan i Vänersborg	471
	Vårdhögskolan i Borås	464
Skaraborg	Skaraborgs vårdhögskola	559
Värmland	Hälsö högskolan i Värmland	441
Örebro	Högskolan i Örebro	643
Västmanland/Södermanland	Mälardalens högskola	895
Kopparberg	Vårdhögskolan i Falun	481
Gävleborg	Vårdhögskolan i Gävle	624
Västernorrland/Jämtland	Mitthögskolan	919
Västerbotten	Hälsö högskolan i Umeå	1242
Norrbottnen	Vårdhögskolan i Boden	503

4.1 Högskoleutbildning – villkor och förutsättningar

Utbildning på högskolenivå förutsätter att studenterna kan erbjudas en bred kunskapsbas inom ett brett spektrum av ämnen, som till alla sina delar vilar på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Högskoleutbildningen skall förmedla djupa kunskaper som utvecklar studentens förmåga till kritisk bedömning, informationsutbyte på vetenskaplig nivå och en förmåga att självständigt lösa problem

Uppgiften för högskolan att både förmedla teoretiska kunskaper inom många ämnesområden och en verksamhetsanpassad klinisk/tillämpad utbildning för mycket specifika yrkeskompetenser förutsätter dessutom att verksamheten står i samklang med de nya utvecklingsmönster och de problem som präglar arbetsliv och arbetsmarknad.

Utvecklingen av dagens arbetsliv gör det viktigt att kunna arbeta självständigt. I ett samhälle där informationsutbudet är så oerhört stort blir det allt nödvändigare för den enskilde att kunna hantera information och ny kunskap och att kritiskt kunna värdera nya fakta.

Detta gäller inte minst inom vård- och omsorgssektorn där den medicinska/tekniska utvecklingen, förändrad organisation och försämrade ekonomiska villkor ställer de yrkesverksamma inför ansvar som kräver att de kan göra egna bedömningar och fatta självständiga beslut.

Den enskilde arbetstagaren måste också kunna medverka i utvecklingen av det egna arbetet. Även det kräver en träning i självständighet och förmåga att se de praktiska/kliniska problemen från flera håll – beskriva dem, göra en analys och dra slutsatser.

Forskning har visat att självständiga arbeten i grundutbildning är värdefulla för utvecklingen av yrkeskompetensen.

Högskolans möjligheter att ge en yrkesutbildning där teori och praktik integreras till en helhet är en av förutsättningarna för att utbildningen når högkvalitativ nivå. Graden av integration avgör i sin tur i vilken utsträckning resultaten av forskning och utveckling kan komma den praktiska verksamheten tillgodo och vice versa.

Samhällets förändringar och kraven på förnyelse leder till att de studerandes flexibilitet, förmåga till nytänkande och egen utveckling måste stimuleras. Utbildning på högskolenivå innebär också att ge studenterna träning i förmågan att förutse förändringar, att anpassa sig till nya förhållanden och komma på lösningar och idéer.

Högskoleutbildning bör organiseras så att det ämnesområde som skall behandlas blir väl belyst ur flera perspektiv och att det ges möjlighet till en ämnesmässig fördjupning. Till förutsättningen för ämnesfördjupningen hör att det inom högskolan finns en fast kärna av vetenskapligt kvalificerade lärare. Till en lärares uppgift hör att både forska och undervisa. Den högskola som kan erbjuda både bredd och djup inom ett brett spektrum av ämnen och ämnesområden bör ha större möjligheter till utveckling på lång sikt genom att den erbjuder en ömsesidig stimulans över ämnesgränser.

Det är därför väsentligt för den vidare utvecklingen av mindre och medelstora högskolor liksom av vårdhögskolor att ett nära samarbete sker så att studenterna får ta del av en så mångfacetterad utbildning som möjligt. Högskolor med alltför ensidigt och snävt utbildningsansvar kan få svårigheter att möta de krav som utvecklingen i arbetslivet ställer.

4.2 Högskolans tredje uppgift

Enligt den ändring av högskolelagen 1 kap 2 § som trätt i kraft den 1 januari 1997 har högskolan, vid sidan om utbildning och forskning, en mer betonad uppgift än tidigare att samverka med det omgivande samhället och informera om sin verksamhet. Denna tredje uppgift med innebörden att högskolan i ökad utsträckning skall samverka med det övriga samhället är ytterligare en faktor att väga in i vårt förslag.

Slutsatserna av de resonemang som förs i den här utredningen syns på många punkter knyta an till uppdraget åt högskolan att verka som drivkraft i det omgivande samhället och bidra till välfärdsutvecklingen.

Utbildningens positiva effekter på den ekonomiska utvecklingen i historien är det lätt att hitta empiri som stödjer. Vetenskapliga studier bekräftar den högre utbildningens effekter såväl för samhällsutvecklingen, nationellt och regionalt, som för individen.

Det har konstaterats att högskolan inte enbart ger positiva effekter ifråga om kompetenshöjning, sysselsättning och näringslivsutveckling inom sin region. Den kan dessutom ge ett väsentligt bidrag till utjämning av regionala skillnader i betingelser för välfärdsutveckling. Högskoleutbildningens roll för den regionala utvecklingen analyseras bl. a. i ett par rapporter utarbetade på uppdrag av Landstingsförbundet. En högskolas betydelse för en region beskrivs här vara av främst två arter. För det första har högskolan en mobiliseringseffekt. Den mobiliserar den latenta begåvningsreserven i regionen och bidrar till att kompetensen stannar kvar. För det andra är den en resurs för allmänheten och för det regionala näringslivet.

För att högskolan skall kunna fylla sin uppgift att medverka som drivkraft i utvecklingen av sin omgivande miljö krävs att verksamheten håller hög kvalitet. Hur kvaliteten utvecklas beror på vilka möjligheter och vilken kultur högskolan kan erbjuda lärare och studenter.

4.3 Högskolans bredd och volym

Högskolans storlek, dvs bredden i utbildningsutbudet, ämnen och ämnesområden och antalet lärare och studenter, är en faktor som i sig bidrar till att konstituera högskolekulturen.

En av slutsatserna av utvärderingen av de medellånga vårdutbildningarna var att små högskolor är särskilt sårbara och riskerar en isolering som bl.a. försvårar forskningsanknytning om än inte alltid förhindrar den. Kärnan i lärarkompetensen blir i sådana fall alltför liten och instabil för att förutsättningarna för kvalitetsutvecklingen skall vara säkrade. Speciellt påtagliga blir problemen när kompetenta lärare lämnar sin tjänst eller skall vidareutbilda sig, alternativt bedriva egen forskning, och under en kortare eller längre period måste ersättas. Under sådana förhållanden riskeras kvaliteten i utbildningen och studenternas situation bli alltför utsatt.

Utvärderingen visade att ju mer differentierad en vårdhögskola var, dvs. ju fler utbildningsprogram och större täthet i lärarkompetensen, desto högre var kvaliteten. Det fanns dock undantag som bekräftade regeln.

Erfarenheterna av värderingen gav inte något nyckeltal för vilken volym eller vilken bredd en högskola bör ha för att utbildningen skall nå högskolenivå. Hur och med vilken substans en mindre högskola samarbetar med andra högskolor och universitet avgör resultatet. Lärarutbyte, forskningssamarbete och informationsutbyte med stöd av bland annat IT-kommunikation kan i stor utsträckning kompensera en liten utbildningsvolym och ett smalt utbildningsutbud. Men det ger naturligtvis betydligt större säkerhet för utbildningen inom ett litet område om det finns stöd inom andra utbildningsområden och ämnen. Utbildning kan anordnas på distans men metoden är arbetskrävande och förutsätter väl genomtänkta arbetsformer och en välstrukturerad pedagogik, som genomförs av ett lärarlag med erfarenhet och skicklighet.

Sedan utvärderingen av de medellånga vårdutbildningarna genomfördes 1994/95 har ansvaret för att bedriva utbildningarna vid sju vårdhögskolor genom utbildningsavtal förts över till fem statliga högskolor. De grundläggande förutsättningarna både ifråga om volym och bredd i utbildningsutbud, forskning/forskningsanknytning har beträffande dessa vårdhögskoleutbildningar därmed blivit avsevärt bättre.

Hur utbildningarna i framtiden bör organiseras, geografiskt fördelas och dimensioneras avgörs dels av förutsättningarna att långsiktigt utveckla en rik och mångsidig högskolekultur dels av landstings och kommuners framtida behov av personal för verksamheten inom vård och omsorg.

4.4 Klinisk/tillämpad utbildning – tillgång till praktikplatser

Högskoleverket har hösten 1996 genom en särskild enkät till högskolornas rektorer hämtat in svar på vissa frågor angående den kliniska/tillämpade delen av utbildningen inom respektive program för yrkes- och högskole-examina – former och strategier samt hur tillgången till utbildningsplatser/praktikplatser bedöms inför den närmaste treårsperioden.

I den kliniska/tillämpade utbildningen ingår utöver utbildningen i samband med praktikplaceringen också laborationer och praktisk undervisning i olika former och de avsnitt där studenterna lär sig planlägga, erbjuda och bedöma det samlade behovet av vård och omsorg.

Tillgång till utbildnings-/praktikplatser

Den tillgängliga kapaciteten på utbildningsplatser för den närmaste treårsperioden har ifråga om de allra flesta utbildningar bedömts som *god* alternativt *säkerställd*.

Beträffande vissa utbildningar är dock situationen *osäker*. För utbildningen i social omsorg uppges tillgången osäker för högskolorna i tre landsting, Stockholm, Östergötland, Jämtland. Likaså är situationen osäker beträffande utbildningen i pedagogik med inriktning mot hälsopromotion vid vårdhögskolan i Vänersborg. En högskola har uppgett osäkerhet beträffande tillgången på kliniska utbildningsplatser för blivande audionomer, Stockholm, och en för sjuksköterskeutbildningen, Värmland. Slutligen har noterats att tillgången till utbildningsplatser är osäker i Östergötlands läns landsting ifråga om så många som fyra program, arbetarapeut-, sjukgymnast-, social omsorgs- samt biomedicinsk analytikerutbildning.

Oavsett de stora förändringarna som genomförs inom hälso- och sjukvården ser det alltså ut som om tillgången på praktik platser för den kliniska/tillämpade utbildningen i stort sett skall kunna vara säkrad under den närmaste tvåårsperioden. De bekymmer som signalerats berör generellt sett

utbildningar för socialtjänstens omsorg om äldre och funktionshindrade. Ett skäl till detta är sannolikt att kostnaderna för handledningen inom kommunerna till skillnad från landstingen inte budgeteras. Någon ersättning för handledningskostnaderna skrivs inte in i avtalen mellan landstingen/högskolan och respektive kommun.

Även om tillgången på utbildnings-/praktikplatser ser ut att vara god eller säkerställd för tre år framåt kan situationen dock snabbt förändras till följd av landstingens besparingar och omorganisationer inom hälso- och sjukvården. Högskolorna måste därför alltid stå i beredskap för att möta sådana oförutsedda förändringar med alternativa planer för att förmedla kunskaperna i klinisk/praktisk tillämpning. För att utveckla kvaliteten krävs kvalificerade lärare med aktuell kompetens t.ex. kliniska lektorer med sjukvårdstjänst.

Till slutsatserna av högskolornas redovisning hör att den klinisk/tillämpade utbildningen liksom hittills bör bedrivas inom ett stort geografiskt område både för att säkra tillgången till utbildningsplatser och tillgången till ett brett patientpanorama. En öppen fråga är hur behovet av utbildningsplatser skall kunna tillgodoses. Detta gäller såväl för social omsorgs- som hälso- och sjukvårdsutbildning.

4.5 Forskningsanknytning – forskning och forskarutbildning

En allt mer föränderlig vårdssituation där de tekniska möjligheterna ökar och de ekonomiska resurserna minskar ställer särskilt stora krav på en väl utvecklad forskning med syfte att generera ny kunskap, fördjupa befintlig kunskap och kritiskt granska rådande föreställningar.

Kravet på bredd och djup har under senare år ökat i takt med förändringar i vård- och omsorgsperspektiv, åldringsstruktur, miljörelaterade hälsoproblem liksom den kulturella mångfalden i vår befolkning. Vård- och omsorgsprofessionerna är till sin karaktär dynamiska och stödande vilket ställer krav på etiska koder i alla former av aktiviteter inom verksamhetsfältet, i praktiska patientnära kontakter, i utbildningsinnehåll, i administration och i forskning. Professionerna innehåller av tradition ideal som är relaterade till människans hälsa under hela livscykeln.

Vårdhögskoleutbildningarna måste leda till professioner som har djupa insikter i hur man kan förebygga sjukdom, underhålla hälsa, mildra lidande utifrån varje enskild patients förutsättningar och behov och stödja omsorgstagaren i den dagliga livsföringen. Etiska frågeställningar liksom kommunikation med patienten och patientens anhöriga har en framträdande och synnerligen viktig plats eftersom patienten, omsorgstagaren, bistås efter individuella behov.

Det breda och djupa kunskapsfältet inom vård och omsorg har en unik möjlighet att utveckla en allsidig kunskap omkring patientens möjlighet att få ett liv med en god livskvalitet.

Utvecklingen av verksamheten inom social omsorg aktualiserar samtidigt behov av en breddning av ämnesinnehållet mot socialt arbete, ekonomi och juridik och mot bredare kunskaper inom vårdområdet. Det är också viktigt att i alla vårdutbildningar beakta skillnader i symptom, diagnostik behandling, vård och stöd samt handläggning när det gäller kvinnor och män.

Den breda kunskapsprofilen är också en viktig utgångspunkt för en vetenskaplig grund till utvärdering av åtgärder inom vård- och omsorgsarbete. Kopplingen mellan grundutbildning och forskning är därför viktig. För att grundutbildningen skall vara av tillräckligt hög kvalitet krävs att den dels har tillgång till senaste forskningsrön dels förmedlas av personer med egen aktuell forskningserfarenhet.

I en vetenskaplig kultur möts olika kunskaper, skilda perspektiv och vetenskapstraditioner. Därigenom ökar den totala kunskapen och förutsättningar ges för förståelse mellan olika synsätt och traditioner.

Forskning och forskarutbildning – studentens perspektiv

Vårdhögskolornas yrkesinriktade utbildningar skall ge tillträde till både akademisk kunskapsutveckling och vidare yrkesutveckling med såväl nationell som internationell räckvidd.

Vetenskaps- och yrkestraditioner förvaltas av dess utövare och grundläggs tidigt i utbildningen där den studerande bildar sitt förhållningssätt till det framtida yrkesområdet. Vårdhögskolor bedriver utbildningar som täcker in hela det vårdvetenskapliga kunskapsområdet men för den fortsatta utvecklingen krävs ett nära samarbete med grunddiscipliner, varvid de medicinska

ämnena utgör huvuddelen men även samhällsvetenskapliga (som psykologi, ekonomi, sociologi, pedagogik) och humanistiska (som etik, filosofi, vetenskapsteori) intar en viktig plats.

Varje student bör inom den egna högskolan redan från första dagen av sina studier skall upplysas om kortaste och effektivaste väg fram till forskarexamen och forskningsarbete inom det egna ämnes- och yrkesområdet. Sådana möjligheter finns i etablerade ämnen i högskolan men saknas fortfarande för studerande inom vårdhögskoleutbildningarna. I en högskolekultur med forskningsresurser som ger förutsättningarna för ämnesutveckling inom områdena för vård och omsorg kan studenterna tidigt engageras i forskningsprojekt och själva bidra till kunskapsbildningen.

I enlighet med högskolelag och högskoleförordning skall all högskoleutbildning vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet och sambandet mellan grundutbildning och forskarutbildning främjas. På det sättet sker en kontinuerlig utveckling av innehållet i utbildningen genom att aktuell forskning tillförs högskolan och läraren blir trovärdig med sin aktuella kunskap.

Genom kopplingen till forskning får studenten en naturlig tillgång till en forskningsmiljö där det finns utrymme för att diskutera forskningens framsteg i en anda av genuin nyfikenhet i sökandet efter ny kunskap. Forskningen måste alltså ses som en garanti för utbildningskvalitet. Avsaknaden av aktuell forskning resulterar i ett stelnat och föråldrat utbildningsinnehåll. Avsaknaden av kontakt med aktuell forskning och forskningsresultat i den egna utbildningsorganisationen förhindrar effektivt studentens möjligheter att utveckla en nödvändig problemlösningsförmåga – en färdighet som behövs inom vård och omsorg och är till gagn för patienten.

Det är därför av största vikt att studenten uppfattar sin högskola som en bas där aktuell kunskap finns och där ny kunskap skapas. Studenter i grundutbildningen som vill satsa på forskning skall beredas möjligheter för detta. Det är såväl högskolans som den kliniska verksamhetens ansvar att ”skapa” närheten till forskningen för studenten. Det måste finnas möjlighet till en obruten linje från grundutbildning, via doktorsexamen, till arbete som forskare på högskolan och i den praktiska verksamheten.

Ambitionen måste vara att samtliga utbildningsprogram och kurser skall ge studenten smak för ett nyfiket livslångt sökande efter kunskap och delaktighet i kunskapsbildningen.

För att grundutbildningen skall ha tillräckligt hög kvalitet, krävs dels att den har tillgång till de senaste forskningsrönen dels att den förmedlas av personer med egen aktuell forskningserfarenhet. I en akademi möts olika kunskaper, skilda perspektiv och vetenskapsideal. Därigenom ökar den totala kunskapen och förutsättningar ges för förståelse mellan olika synsätt och traditioner. En ny vetenskaplig miljö bör således organiseras genom att dessa utbildningar knyts till lämplig fakultetsorganisation.

5 Nationell efterfrågan – framtidens arbetsmarknad

Prognoser om tillgång och efterfrågan på personal inom vård och omsorg bygger på antaganden om förutsättningar som kontinuerligt förändras. Tillgången på utbildade kan förutsägas tämligen väl. Svårare är att göra någorlunda säkra bedömningar vad gäller efterfrågan på lång sikt. Avgörande blir hur samhällsekonomin utvecklas i stort och de resurser som bedöms kunna avsättas för den skattefinansierade hälso- och sjukvården men också vilka framsteg som görs inom medicin och teknik och hur organisationen av verksamheten inom vård och omsorg och dess personalsituation utvecklas.

Om antalet nybörjarplatser och antalet examinerade inom nuvarande vårdhögskoleutbildningar i stort sett förblir oförändrat under den närmaste tioårsperioden, kan utbudet av utbildade inom olika yrkeskategorier beräknas med relativt stor säkerhet. I dessa bedömningar vägs bl.a. in pensionsavgångar.

Bedömningarna av den framtida efterfrågan utöver samhällsutvecklingen rent generellt bygger på ett flertal faktorer som inbegriper stora osäkerheter.

En av de tyngst vägande faktorerna är förskjutningen från mindre kvalificerade yrken till mer kvalificerade. I vilken omfattning och i vilken takt detta kommer att ske påverkar prognoserna på ett avgörande sätt. Av stor betydelse för behovsbedömningarna är vilka antaganden som kan göras beträffande den fortsatta höjningen av kvalifikationskraven bland yrkesgrupperna var för sig. Inom vårdområdet handlar det t.ex. om ersättningen av undersköterskor med sjuksköterskor. Med stor sannolikhet kommer högre kvalifikationskrav också att aktualiseras ifråga om vissa yrkesgrupper, exempelvis inom tandvården men framför allt inom social omsorg. Kraven på kompetens inom det specifika ämnesområdet ser här inte enbart ut att höjas utan också breddas till att gälla andra kunskapsområden juridik ekonomi, vård etc.

Vid bedömningen av om tillräckligt många utbildas i förhållande till arbetsmarknadens behov har det också en viss betydelse om de förvärvsarbetsbetande tjänstgör på hel- eller deltid. För sjuksköterskor m fl finns sådana uppgifter för såväl 1970 som 1990. Inte fler än hälften av de kvinnliga sjuksköterskorna arbetar heltid och 81 procent av de manliga. Det är därmed den av de redovisade grupperna där heltidsarbete är mest ovanligt. Minskningen av antalet heltidsarbetande har varit påfallande stor bland sjuksköterskorna under perioden 1970 till 1990.

Uppenbart är att det av detta skäl finns en betydande reservkapacitet inom vården. Denna kapacitet kan också komma att tas i anspråk vid en eventuell arbetstidsförkortning. En minskning av arbetstiden med exempelvis fem procent förändrar antalet sysselsatta i hälso- och sjukvården med drygt 20 000.

Förändrade behov inom vård och omsorg aktualiserar nya yrkesexamina och nya yrkesinriktade utbildningar för vilka några prognoser ännu inte kan göras.

5.1 Nya utbildningsprogram för yrkes- och högskoleexamina

I det betänkande (SOU 1996:138) som lämnats av 1994 års behörighetskommitté Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m. m, föreslås bl.a. att utbildningarna för audionomer, biomedicinska analytiker, dietister, ortopedingenjörer och sjukhusfysiker regleras genom införande av nya yrkesexamina i högskoleförordningen.

För att garantera en hög kompetens hos framtidens sjuksköterskor anser kommittén dessutom att sjuksköterskornas vidareutbildning bör regleras. Vidareutbildningar föreslås reglerade både ifråga om utbildningens kvalitativa nivå och längd, inom följande nio centrala specialistområden: akutsjukvård, allmän sjukvård, barn och ungdom, barnmorskeverksamhet, företagshälsovård, geriatrisk vård, psykiatri, ögonsjukvård och öppen hälso- och sjukvård. Vidare föreslår kommittén en treårig direktutbildning för röntgensjuksköterskor som leder till legitimation.

Högskoleverket tar här inte ställning till kommitténs förslag och inte heller till om det är angeläget att skapa ytterligare yrkesexamina eller om behov kan tillgodoses genom profilering av generella examina.

Högskoleverket konstaterar att det i förarbetena till 1993 års högskolereform bl.a. uttalats följande.

Yrkesexamina skall avse specialiserade områden. Antalet examina bör begränsas så långt möjligt och man bör undvika ett alltför stort antal specialiserade yrkesexamina. Hänsyn bör tas bl.a. till om det för yrket finns olika former av officiellt fastställd legitimation och behörighetskrav. För dessa utbildningar är det de centrala mål som finns i examensbeskrivningarna väsentliga. Inom ramen för generella examina bör det dock i åtskilliga fall vara möjligt att skapa den kunskapsprofil som behövs. För utbildningar som svarar väl definierade utbildningskrav och där det kan förutses att dimensioneringen av utbildningen är av intresse för statsmakterna kan det finnas skäl att inrätta yrkesexamina.

Vårdhögskolorna har sedan högskolereformen genomfördes år 1993 utvecklat sitt utbildningsutbud med ett flertal program för högskoleexamina med nya profiler för verksamhet inom vård och omsorg. Även de statliga universiteten och högskolorna breddar sitt utbud med nya program för kandidat- och magisterexamina där utbildnings- och ämnesprofilen också ligger inom hälso- och sjukvårdens verksamhetsfält.

Dessa nya utbildningar ingår dock inte i underlaget till prognoserna för den framtida efterfrågan på arbetsmarknaden.

5.2 Behov och tillgång på vissa grupper inom vård och omsorg

Svårigheten att dimensionera utbildningar profilerade för specifika yrkesfunktioner med utgångspunkt i prognoser om behov och tillgång illustreras tydligt av utvecklingen under de senaste fem åren.

Ett belysande exempel är de svårigheter som utbildningssystemet haft att balansera efterfrågan på grundskollärare för de lägre stadierna (och tidigare lågstadielärare). Trots att antalet nybörjare i skolan kan beräknas förhållandevis exakt upp till sju år i förväg har systemet inte varit stabilt under de senaste 25 åren.

Vändningen av utvecklingstrenden inom hälso-, sjukvård och omsorg från expansion under en lång följd av år till kraftiga nedskärningar var oväntad.

Under perioden 1990-1995 bröts den långa trenden med ett ökande antal sysselsatta och antalet anställda minskade för första gången på mycket länge inom områdena hälso- och sjukvårdsarbete och socialt arbete. Uppgifterna gäller hela hälso- och sjukvårdsområdet. Utvecklingen för enskilda yrkesgrupper skiljer sig dock från den allmänna trenden.

Mellan år 1994 och år 1995 ökade exempelvis antalet anställda sjuksköterskor trots landstingens besparingar. Neds kärningarna av antalet anställda har framför allt drabbat de lägst utbildade inom vård och omsorg. Tecken på en viss överkapacitet är dock att antalet deltidssarbetande har ökat i omfattning bland sjuksköterskorna. Bland andra yrkesgrupper så som sjukgymnaster och anställda som genomgått social omsorgsutbildning är sju resp ca 30 procent sysselsatta med arbetsuppgifter som inte kräver högskoleutbildning. För fler grupper rapporteras också arbetslöshetstal som ligger klart över vad som kan betecknas som omsättningsarbetslöshet.

Behov av olika vårdyrkesgrupper – prognoser

Beräkningar och prognoser är framför allt hämtade ur SCBs Trender och prognoser, Framtida tillgång och efterfrågan på utbildade – konsekvensberäkningar för år 2010 av Prognosinstitutet vid SCB samt från Landstingsförbundet.

I dessa analyser beräknas tillgången på samtliga utbildningsgrupper öka fram till år 2000. För alla yrkesgrupper beräknas tillgången överskrida behovet på grund av det ökade utbudet i kombination med det begränsade utrymmet för expansion inom berörda områden. Fram till år 2015 räknar man med att behovet kommer att öka något men fortfarande förväntas tillgången på samtliga grupper, med undantag för biomedicinska analytiker och ev. vara högre än det beräknade behovet.

Arbetsterapeuter

Antalet examinerade ökade under början av 80-talet och har sedan dess legat på knappt 400 per år. Arbetsterapeuterna är en ung yrkeskår som i mycket liten utsträckning går i pension före sekelskiftet. Tillgången till arbetsterapeuter ökar därför mycket snabbt och kommer enligt beräkningarna att fördubblas under perioden 1990-2015, från 5 500 till 11 300.

Arbetsterapeuterna har varit sysselsatta inom sitt yrke i hög utsträckning och det har under många år rått brist på arbetsterapeuter. Under 1994-95

bedömde arbetsgivarna att tillgången på nyutexaminerade var god. I februari 1996 rapporteras en arbetslöshet på nio procent vilket motsvarar 600 personer. Behovet väntas öka något men på grund av den snabba ökningen av antalet utbildade beräknas det uppstå ett relativt stort överskott med nuvarande dimensionering.

Biomedicinska analytiker

Antalet examinerade har sjunkit alltsedan år 1980 och ligger nu på omkring 350 per år. Antalet antagna har dock ökat något sedan 1993/94. Antalet biomedicinska analytiker uppgick 1990 till 12 500 och beräknas öka något fram till år 2000 för att därefter sjunka till under 1990 års nivå fram till år 2015 på grund av att fler går i pension än som examineras.

Enligt arbetsgivarnas bedömning fanns god tillgång på nyutexaminerade biomedicinska analytiker 1994- 95. I februari 1996 uppgick arbetslösheten till nio procent, 850 personer. Behovet bedöms under de närmaste åren minska för att därefter öka igen. Även inom undervisning och kemisk industri beräknas behovet öka. Beräkningarna visar därför på en relativt stor brist på biomedicinska analytiker fram till år 2015.

I prognosunderlaget ingår inte de nya utbildningar i biomedicin, bioteknik, biovetenskapligt läkemedelsprogram etc för kandidat- och magisterexamina som anordnas bl.a. vid medicinska och naturvetenskapliga fakulteter. Dessa utbildningarna kan vara konkurrerande så tillvida att de har en yrkesprofil som delvis är inriktad mot samma arbetsmarknad som den biomedicinska analytikerutbildningen.

Sjukgymnaster

Årligen examineras omkring 500 sjukgymnaster. Expansionen upp till nuvarande nivå skedde under den första hälften av 1980-talet. Sjukgymnasterna är en ung yrkeskår och pensionsavgångarna är få under lång tid framöver. Antalet sjukgymnaster kommer enligt beräkningarna fortsätta att öka under hela perioden fram till år 2015.

Sjukgymnasterna har i mycket hög utsträckning varit sysselsatta men sju procent av de examinerade arbetar med sådana uppgifter som de får anses överkvalificerade för såsom undersköterskor, vårdbiträden och liknande. Nio procent eller 850 personer uppgavs arbetslösa i februari 1996. Prognoserna visar därför på ett kommande stort överskott på sjukgymnaster även

om behovet av rehabilitering ökar. För att nå balans mellan tillgång och efterfrågan skulle antalet utbildningsplatser behöva halveras enligt SCB.

Sjuksköterskor

Antalet examinerade sjuksköterskor har under de senaste åren legat på i genomsnitt 3 800 per år. Antalet examinerade kommer dock att sjunka något på grund av färre antagna. År 1990 fanns cirka 89 000 sjuksköterskor, varav hälften var mellan 35 och 44 år. Antalet beräknas öka till drygt 111 000 år 2015 – under förutsättning att antalet examinerade går ner till 3 500 per år.

Mellan år 1994 och år 1995 ökade antalet anställda sjuksköterskor med drygt 700, vilket motsvarar en ökning med 1,2 procent. Detta trots landstingens besparingsarbete. En förklaring skulle kunna vara förändringen mot mer behandlingsintensiv vård, som bl.a. kräver en större andel högt utbildad personal.

Landstingsförbundet antar för den fortsatta utvecklingen att sjukvårdens behandlingsskapitet hålls oförändrad vilket innebär att antalet läkare och sjuksköterskor bibehålls. Utvecklingen av antalet anställda i övriga personal-kategorier bestäms däremot av det ekonomiska utrymmet. Det är i hög grad på detta sätt besparingarna hittills har genomförts. Något som tyder på en fortsatt utveckling i samma riktning är att överföringen av verksamhet till öppna vårdformer fortsätter.

Landstingens efterfrågan på sjuksköterskor bestäms av prognosen över det totala antalet sjuksköterskor och hur många som slutar respektive år. Antalet anställningsbyten mellan landsting, kommuner och övriga sektorer antas utvecklas i samma takt som i landstingen.

De allt tidigare hemskrivningarna, mer komplexa diagnoser och allt högre åldrar på de som skrivs hem kommer att ställa ökade krav på medicinsk kompetens i kommunerna. Detta skulle kunna innebära att antalet sjuksköterskor kommer att öka mer i kommunerna än i landstingen.

Enligt Arbetskraftsbarometern SCB '96 kommer det att bli gott om sjuksköterskor totalt sett de närmaste åren på grund av att antalet utbildningsplatser tidigare ökats, ett litet antal pensionsavgångar samt besparingar inom sjukvården. På lång sikt förväntas uppstå i stort sett balans mellan tillgång

och efterfrågan. Landstingsförbundet bedömer å sin sida att det finns risk för brist på sjuksköterskor på längre sikt.

Med hänsyn bland annat tagen till hur verksamheten inom den kommunala omsorgen och äldreården kommer att utvecklas och vilket ekonomiskt utrymme man från samhällets sida är beredd att lämna för vård och omsorg måste prognoserna om efterfrågan på sjuksköterskor dock bedömas som mycket osäkra.

Utbildade för socialt omsorgsarbete

1994/95 examinerades nära 600 från sociala omsorgsutbildningen.

Totalt fanns cirka 7 500 med denna utbildning och antalet beräknas fördubblas fram till år 2015, om man fortsätter på nuvarande sätt.

Många arbetar i yrken som inte kräver högskoleutbildning. År 1990 fanns så mycket som en fjärdedel i sådana befattningar och de närmaste åren beräknas överskottet bli stort på personer med denna utbildning då efterfrågan ser ut att sjunka. Inom äldreomsorgen arbetar också många socionomer. Samtidigt som det finns överskott på personer från sociala omsorgsutbildningen, råder brist på socionomer. Även prognoserna över det framtida behovet visar brist på socionomer inom äldreomsorgen.

Att prognostisera behovet av utbildade för socialt omsorgsarbete för en så lång tid som 10 - 15 år innebär dock speciella osäkerheter eftersom denna yrkesgrupp har visat sig ha mycket heterogena yrkesfunktioner. Arbetsgivaren har idag och kommer sannolikt också i framtiden ha möjligheter att rekrytera personal med alternativ kompetens för de olika uppgifterna inom omsorgsverksamheten. Utvecklingen av verksamheten kommer troligen också komma att kräva större inslag av kunskaper inom vårdområdet.

Tandhygienister

Årligen examineras cirka 130 tandhygienister. De senaste åren har antalet antagna ökat något varför examinationen bör bli något högre än vad som förutsagts i prognosen. Tandhygienistkåren är en ung yrkesgrupp – 60 procent var mellan 30 och 44 år 1990. Pensionsavgångarna kommer därför att vara få under prognosperioden.

Under många år har det varit brist på tandhygienister. 1994-1995 fanns däremot enligt arbetsgivarnas bedömning god tillgång på tandhygienister. I

SCBs prognoser bedöms det bli ett överskott på tandhygienister år 2000. Detta gäller under förutsättning att de inte i någon större utsträckning övertar vissa av tandläkarnas uppgifter.

Avgörande för behovet av tandvårdspersonal blir tandvårdsförsäkringens utformning. Efterfrågan på tandvård totalt sett kommer sannolikt att sjunka om flertalet patienter får svara för hela kostnaden av behandlingen. Om efterfrågan på tandhygienistbehandlingar därigenom minskar eller ökar är svårt att att förutse.

Enligt Landstingsförbundet råder för närvarande balans mellan tillgång och efterfrågan på tandhygienister inom folktandvården. Däremot råder överskott på tandläkare och tandtekniker.

Några säkra slutsatser av de långsiktiga prognoserna beträffande efterfrågan på tandhygienister kan dock inte dras med hänsyn till behovet av en bredare kompetens som uttrycks från arbetsgivarnas sida. De flesta landsting framhåller nu liksom tidigare år att det behövs en ny kombinerad yrkesfunktion – tandsköterska, tandhygienist – som kan arbeta flexibelt och inte som idag utövas av två skilda yrkesgrupper. (Landstingsförbundet, Personalsituationen inom folktandvården september 1996 med utblick mot år 2005, 1996-12-16).

Sammanfattande slutsatser

Den nuvarande dimensioneringen av vårdhögskoleutbildningarna har gjorts med en fortsatt expansion av verksamheten inom vård och omsorg som förutsättning. De långsiktiga prognoserna som redovisats ovan pekar därför på ett visst överskott av utbildade inom flertalet yrkeskategorier.

Svårigheterna att bedöma arbetsmarknadens behov på lång sikt i en tid av stor osäkerhet måste här understrykas. Många faktorer, som andelen deltidsarbetande, yrkesbenägenheten och möjligheterna till alternativa karriärer, kommer vid sidan av de samhällsekonomiska faktorerna att avgöra balansen mellan faktisk tillgång och efterfrågan. Dessa faktorer kan skifta snabbt t.ex. med konjunkturerna, medan utbildningssystemet har en återkopplingstid som sannolikt ligger mellan tre och fem år.

5.3 Anpassning av utbudet till efterfrågan

Utbildning och kunskapsuppbyggnad, är ett långsiktigt åtagande, och måste bedrivas med stor framförhållning. Samtidigt krävs flexibilitet i utbudet av yrkesutbildningar med hänsyn till utbildningsbehovet på kort sikt.

En modell för att svara såväl för långsiktighet och stabilitet som rörlighet är att ge den grundläggande utbildningen för olika yrkesfunktioner inom vård och omsorg en sådan bredd och ett sådant djup att förmågan till omställning för nya arbetsuppgifter och nya ansvarsområden underlättas. Med en sådan utbildning som bas bör högskolan sedan ha beredskap att med kortare utbildningsinsatser snabbt kunna möta kraven på utbildning för specifika kompetenser.

Hittills har landstingens planering för försörjningen av utbildade inom vård och omsorg stämt tämligen väl med behovet både regionalt och nationellt. I framtiden torde osäkerheten bli större. Att tillgodose behovet av utbildade med snäva yrkesutbildningar kan vara en god lösning på kort sikt men mindre lämplig på längre sikt. Med vissa justeringar i utbildningsstrukturen så att utbildningarna förbereder för relativt vida arbetsområden bör det vara möjligt att också i fortsättningen löpande korrigera utbudet till efterfrågan för att det framtida behovet av yrkesutbildade skall bli tillgodosett både inom regionen och för landet som helhet.

6 Studenter

Behovet av en geografisk spridning av vårdhögskoleutbildningarna betingas av flera faktorer, dels med hänsyn till underlaget för rekrytering till utbildningen, dels med hänsyn till studenternas benägenhet att stanna kvar som yrkesverksamma på utbildningsorten eller inom regionen. Tillgången till välutbildad personal avgörs i hög grad av närheten till högskolan.

Högskolornas utbildningsutbud och befolknings- och arbetslivsstrukturen inom en region är faktorer som tillsammans har stor betydelse för både den sociala och lokala rekryteringen av studenter. Förändringar i rekryteringsmönstret har visat sig ske mycket långsamt. Hittills har det i stort sett följt förändringarna i samhällsstrukturen i övrigt.

6.1 Social rekrytering

Under den senaste tioårsperioden har totalt sett endast mindre förskjutningar skett i den sociala sammansättningen bland högskolenyborjare dvs. bland dem som för första gången börjar sina studier vid högskolan.

Vårdhögskolorna och de mindre och medelstora högskolorna har ofta ett utbildningsutbud med kortare icke traditionella akademiska utbildningar. Till dessa utbildningar söker sig relativt breda grupper. Den sociala snedrekryteringen är störst vid universiteten och vissa av fackhögskolorna som har ett utbud av längre, mer traditionella och prestigeinriktade utbildningar.

Av uppgifter från SCB för läsåret 1994/95 angående social bakgrund bland nyborjare framgår att den sociala rekryteringen till vårdhögskoleutbildningarna är bred jämfört med rekryteringen till övriga högskolors utbildningar. Högskolenyborjare från arbetarhem finns i störst omfattning, 31 procent, inom landstingens vårdutbildningar. Vid de mindre och medelstora högskolorna utgör motsvarande andel 26 procent och vid universitet och högskolor med fasta forskningsresurser 18 procent.

6.2 Lokal rekrytering

Högskolenybjörjare till vårdhögskoleutbildningar rekryteras i stor utsträckning ifrån det egna länet. Den lokala rekryteringen är jämfört med övriga högskoleutbildningar i genomsnitt mycket stor. Vårdhögskolan i Boden rekryterade 1994/95 flest nybjörjare från det egna länet, 85 procent medan Vårdhögskolan i Uppsala hade det lägsta antalet 35 procent.

I genomsnitt rekryteras 64 procent av högskolenybjörjarna från det egna länet medan motsvarande andel vid universitet och högskolor är 51 procent.

Högskolenybjörjare 1994/95. Rekrytering från det egna länet.

Län	Vår drög sk okani	Andel vår ch 94/95 %	Högsk olaturiver stet*	Andel högsk 94/95 %
Stockholm	Stockholm	77	Stockhoms universitet	77
	Ersta	78	Karolinska institutet	-
	Röda korset	65	Södertörns högskola	
	Sophiahemmet	67		
Uppsala	Uppsala	35	Uppsala universitet	26
Östergötland	Linköping	52	Linköpings universitet	44
Jönköping	Jönköping	51	Högskolan i Jönköping	60
Blekinge	Karskrona	74	Karlskrona/Ronneby	53
Kalmar	Kalmar	77	Högskolan i Kalmar	53
Kronoberg	Växjö	49	Högskolan i Växjö	38
Kristianstad	Kristianstad	53	Högskolan Kristianstad	58
Malmöhus	Lund-Helsingb	69	Lunds universitet	57
	Malmö	81		
Halland	Halmstad	81	Högskolan i Halmstad	48
Göteb o Bohus	Uddevalla	78	Högsk Trollhättan/Uddevalla	
	Göteborg	53	Göteborgs universitet	50
Älvsborg	Vänersborg	58		
	Borås	58	Högskolan i Borås	59
Skaraborg	Skövde	62	Högskolan i Skövde	48
Värmland	Karlstad	76	Högskolan i Karlstad	57
Örebro	Örebro	57	Högskolan i Örebro	47
Västmanland	Västerås	63	Mälardalens högskola	37
Södermanland	Eskilstuna	51	-	
Kopparberg	Falun	66	Högskolan Dalarna	62
Gävleborg	Gävle	66	Högskolan Gävle-Sandviken	58
Västernorr	Sundsvall/Ö-v	52	-	
Jämtland	Östersund	54	Mitthögskolan	40
Västerbotten	Umeå	57	Umeå universitet	42
Norrbottn	Boden	85	Högskolan i Luleå	58
	Andel totalt	64		51

**Inkluderar ej fackhögskolor med undantag för Karolinska institutet*

6.3 Sökandetryck

Antalet sökande till vårdhögskoleutbildningarna ligger i genomsnitt högre än till övriga högskoleutbildningar. Inför hösten 1996 fanns för varje antagen student till vårdhögskoleutbildningarna 5 behöriga förstahands-sökande, vilket kan jämföras med det totala antalet förstahandssökande till universitet och högskolor som denna termin uppgick till 2,2. Sökandetrycket är således stort. Särskilt gäller detta till arbetsterapeut-, sjukgymnast- och sjuksköterskeutbildningarna och vissa nya utbildningsprogram exempelvis i missbrukarvård.

Antalet behöriga 1:a handssökande per antagen på utbildningsprogram inom vård och omsorg höstterminen 1996

Utbildningsprogram	Besök 1:a hand	Antagna	Sökper antagen
Arbetsterapeututb	2 106	254	8,3
Audionomutb	53	38	1,4
Biomedicinsk analytikerutb	511	435	1,2
Hälsoekonomi	26	35	0,7
Hälsopromotion	242	24	10
Missbrukarvård	326	28	11,6
Ortopedteknisk utb	114	19	6
Sjukgymnastutb	2 308	302	7,6
Sjuksköterskeutb	7 664	1 093	4
Social omsorgsutb-äldre,handikapp	967	459	2,1
Social omsorgsutb-socialped. beh.arb	1 896	489	3,9
Tandhygienistutb	495	193	2,6
Totalt	16 708	3 345	5

6.4 Kvinnor och män

Högskolelagen 5 § föreskriver att jämställdheten mellan kvinnor och män alltid skall iakttas i verksamheten. Enligt regeringens proposition 1996/97:1 Utgiftsområde 16, 5.9 uppdras åt högskolorna att ytterligare anstränga sig för att i samband med rekryteringen bryta uppdelningen i kvinno- och mansdominerade utbildningar och därmed motverka motsvarande uppdelning i yrkeslivet.

I det här sammanhanget gäller att högskolan skall ta ett större ansvar för att rekrytera fler män till utbildningarna inom vård och omsorg.

Av de studerande totalt inom högskolan 1994/95 var 57 procent kvinnor. Fördelningen mellan kvinnor och män har i det närmaste varit konstant under de senaste 15 åren. Bland högskolenybörjarna till vårdutbildningar 1994/95 utgjorde kvinnorna 87 %. Även inom lärarkåren råder en klart kvinnlig dominans.

Integreras vårdhögskoleutbildningarna i större högskolor med ett bredare utbildningsutbud, bryts homogeniteten. Detta i sig bör kunna göra det något lättare att rekrytera flera män till utbildningar för yrken inom vård och omsorg.

7 Nuvarande högskolesystem – villkor och förutsättningar

Vårdutbildningarna drivs idag vid statliga universitet och högskolor enligt särskilda avtal mellan landsting och stat eller i högskolor som drivs av landsting. Härutöver bedrivs också vårdutbildningar av enskilda utbildningsanordnare.

Nedan ges en beskrivning av särdragen i några olika frågor beroende på om utbildningen drivs av staten eller av landstinget.

7.1 Ledningsorganisation

Utbildningen drivs av staten

Universitetens och högskolornas inre organisation skall enligt förarbetena till gällande högskoleförfattningar så långt som möjligt beslutas av respektive universitet/högskola. I 2 kap. högskolelagen (1992:1434) och i 2 kap högskoleförordningen (1993:100) ges dock vissa bestämmelser om bl.a. styrelsen och dess uppgifter och om rektor och hans eller hennes uppgifter. Regeringen utser flertalet av styrelsens ledamöter. Därvid väljs personer med bakgrund i sådan verksamhet som är av betydelse för högskolans utbildnings – och forskningsuppdrag. Lärare och studenter vid högskolan har rätt att vara representerade i styrelsen. Styrelsen skall ha inseende över högskolans alla angelägenheter och svara för att dess uppgifter fullgörs. För ledningen av verksamheten närmast under styrelsen skall varje högskola ha en rektor. Rektor ingår i styrelsen och är i regel ordförande.

Utbildningen drivs av landstinget

I 12 kap. högskoleförordningen ges bestämmelser om kommuners och landstings högskoleutbildning. I 1 § föreskrivs att en kommun eller ett landsting som bedriver högskoleutbildning skall organisera den i en eller flera högskolor. Som styrelse för högskolorna skall finnas en eller flera nämnder. För sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900). Styrelsen får inom högskolan inrätta även

andra organ än sådana som kan inrättas enligt kommunallagen. Styrelsen får delegera beslutanderätt till sådana organ. Styrelsen skall ha inseende över högskolans alla angelägenheter och svara för att dess uppgifter fullgörs. I 2 § föreskrivs att för ledningen av utbildningen skall det vid varje högskola finnas en rektor. Studenterna har enligt 3 § rätt att inom högskolorna vara representerade med minst två ledamöter i alla beslutsorgan under styrelsen som behandlar utbildningsfrågor.

Vårdhögskolornas styrelser utgörs alltså av politiskt sammansatta nämnder. Den som har rösträtt vid val av fullmäktige är också valbar till uppdrag som ledamot eller ersättare i en nämnd. En begränsning i valbarheten gäller bl.a. för förvaltningschefer, dock endast beträffande uppdrag i den nämnd varunder tjänstemannen lyder. I de flesta fall är föredragande för den nämnd som fungerar som vårdhögskolans styrelse, landstingens utbildningschef som är en tjänsteman som också kan ha ett ansvar för övriga utbildnings- och kulturfrågor i landstinget. Om rektor tillika är utbildningschef har rektor formellt ställning i nämnden som föredragande men inte som ledamot. Hans/hennes ställning är sålunda inte heller i detta fall helt att jämföra med rektors ställning i en statlig högskola.

Visserligen har kommuner och landsting medgivits rätt att, när det gäller frågor inom deras högskolor, delegera beslut till andra organ än sådana som kan inrättas enligt kommunallagen, men någon skyldighet att göra det finns inte. Denna ordning ger alltså inte studenter och lärare sådana garantier för inflytande som de har vid statliga högskolor.

Kan regeringens föreskriva att en styrelse i en högskola som drivs av landsting skall ha lika eller liknande sammansättning som styrelsen har i den statliga högskolan?

Regeringens möjligheter att detaljreglera detta är små med hänsyn till den kommunala självstyrelsen. I 8:5 RF föreskrivs bl.a. att grunderna för kommunernas organisation och verksamhetsformer bestäms i lag. Enligt 8:7 RF kan regeringen efter bemyndigande i lag genom förordning meddela föreskrifter om bl.a. kommunernas organisation i ämnet undervisning/ utbildning. Regeringen får enligt bemyndigande i 5 kap 5 § högskolelagen meddela föreskrifter om organisationen av kommuners och landstings högskoleutbildning samt om kommuners och landstings befattning i övrigt med sådan utbildning.

Formellt finns alltså ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om kommunernas organisation i dessa frågor. Hänsyn måste dock tas till den kommunala självstyrelsen. Begreppet kommunal självstyrelse har inte närmare definierats i RF eller kommunallagen, men ser man till regleringen i kommunallagen, kan det sägas röra sig om en princip, som anger relationen mellan stat och kommun och som är avsedd att ge kommunerna en självständig och inom vissa gränser fri bestämmanderätt.

I högskoleförordningen föreskrivs att som styrelse för högskolan skall finnas en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen. Införandet av kommunallagen innebar i flera hänseenden en vidgning av kommunernas handlingsfrihet och bestämmanderätt, bl.a. vad gäller organisationen av nämndverksamheten. Utvecklingen har gått mot en i det närmaste total frihet för kommunerna att bestämma sin egen organisation. De särskilda nämnder som enligt lag skall finnas är nu endast styrelse, valnämnd och överförmyndarnämnd. Övriga obligatoriska nämnder har avskaffats.

Mot bakgrund av den utveckling mot i det närmaste total frihet för kommunerna att bestämma sin inre organisation bör ifrågasättas lämpligheten av ett förslag att regeringen i förordningen detaljreglerar hur den kommunala högskolans styrelse skall se ut. Vidare kan ifrågasättas om en sådan detaljreglering skulle strida mot Europakonventionen om kommunal självstyrelse, som Sverige ratificerade i augusti 1989. Konventionen kan endast acceptera begränsade specifika krav i lagar som rör t.ex. inrättandet av vissa nämnder eller skapandet av vissa administrativa befattningar. Vidare har kommittén om den kommunala självstyrelsens grundlagsskydd föreslagit att det i RF tas in en bestämmelse som säkerställer att den kommunala självstyrelsen beaktas vid normgivning (SOU 1996:129).

Vilka förutsättningar finns för landstingen att organisera styrelsen för vårdhögskolorna på liknande sätt som den statliga högskolans styrelse?

Som styrelse i en kommunal högskola måste det, som tidigare konstaterats, finnas en politiskt sammansatt nämnd. Det står visserligen fullmäktige fritt att utse ledamöter och bestämma antal ledamöter men dessa måste vara valbara i kommunen. Det finns i kommunallagen regler om nämndernas uppgifter, ansvar, handläggning m.m. I högskoleförordningen har öppnats en möjlighet för kommunen att inom högskolan inrätta ett särskilt organ

och till detta delegera beslutanderätt som annars tillkommer styrelsen. Ett sådant organ kan ha liknande sammansättning som styrelsen i en statlig högskola dvs. med rektor, lärare, studenter och andra ledamöter med bakgrund i sådan verksamhet som är av betydelse för högskolans utbildnings- eller forskningsuppdrag. Någon skyldighet för landsting eller kommun att inrätta ett sådant organ finns dock inte och sådan skyldighet bör med hänsyn till den kommunala självstyrelsen inte heller föreskrivas av staten. Försöksverksamhet med sådana organ pågår dock vid Hälsohögskolan i Värmland.

7.2 Forskning och forskningsanknytning

I 1 Kap 3 § högskolelagen föreskrivs att verksamheten skall bedrivas så att det finns ett nära samarbete mellan forskning och utbildning. Vid samtliga universitet och vid vissa statliga högskolor finns fakultetsnämnd och en fakultetsorganisation för forskning och forskarutbildning. I bilaga 2 till högskoleförordningen listas universitet och högskolor som har en fakultetsorganisation med fasta forskningsresurser. I bilagan anges också vilka statliga högskolor som ingår i fakulteternas verksamhetsområden.

Eftersom de fasta forskningsresurserna är förlagda till universiteten och vissa statliga högskolor, har vårdhögskolorna inte samma naturliga förutsättningar för forskningsanknytning som de institutioner där forskning och utbildning tillhör samma organisation och där dessa verksamheter ingår i lärarnas tjänstgöring. Insatser har gjorts för att möjliggöra forskningsanknytning och vårdhögskolorna har i regel samverkan med de statliga högskolorna. Bl.a. har flera landsting inrättat enheter för vårdforskning och utvecklingsarbete. Som exempel kan nämnas centrum för omvårdnadsvetenskap vid Uppsala universitet. Ett antal samarbetsavtal med främst medicinska fakulteter finns.

I bilaga 2 till högskoleförordningen anges att en fakultet, efter regeringens bestämmande, också kan ha uppgifter i fråga om kommuners eller landstings högskoleutbildning. För att stärka vårdhögskolornas möjligheter till en forskningsanknytning har regeringen beslutat att fr.o.m. budgetåret 1992/93, till de medicinska och samhällsvetenskapliga fakulteterna anvisa en rörlig resurs för lärare inom den kommunala sektorn. Medlen är främst avsedda att användas av disputerade lärare för egen forskning men kan i undantagsfall användas för forskarutbildning av lärare. I regleringsbrevet för

år 1997 framgår att lägst 610 000 kr per berörd fakultet (för medicinska fakulteter vid Linköpings universitet, 1 220 000 kr) skall användas för rörlig resurs för lärare vid medellånga vårdutbildningar. Av årsredovisningarna skall framgå omfattningen av den rörliga resursen för lärare vid de medellånga vårdutbildningarna samt vilka vårdutbildningar som erhållit denna. I regleringsbrevet anges vidare för universiteten och Karolinska institutet att antalet forskarstuderande med medellång vårdutbildning som bakgrund bör öka under perioden 1997-1999 jämfört med perioden 1993/94-1995/96. Av årsredovisningen skall framgå antalet forskarstuderande med medellång vårdutbildning som bakgrund för kalenderåren 1996 och 1997. Av regleringsbrevets gemensamma bestämmelser för forskning och forskarutbildning framgår att inom de samhällsvetenskapliga fakulteterna skall en del av resurserna för studiefinansiering avsättas för forskarutbildning inom undervisnings- och omvårdnadsområdena. Inom de medicinska fakulteterna skall en del av studiefinansieringsresurserna avsättas för forskarutbildning inom omvårdnadsområdet.

7.3 Tjänsteorganisation

De forskarutbildade lärare som i tjänsten både forskar och undervisar svarar bl.a för grundutbildningens forskningsanknytning.

I 4 kap. högskoleförordningen ges allmänna föreskrifter om lärare och föreskrifter om tillsättning av lärartjänster i den statliga högskolan. Motsvarande föreskrifter beträffande vårdhögskolornas utbildningar ges i 12 kap. högskoleförordningen.

Statlig högskoleutbildning

Enligt 4 kap. 1 § högskoleförordningen får inrättas lärartjänster som professor (inbegripet adjungerad professor), lektor, adjunkt och forskarassistent. Vidare får inrättas lärartjänster som nordisk lektor, utländsk lektor, timlärare och gästlärare. Några andra lärartjänster får inte inrättas vid högskolorna.

I 4 kap. 4 § högskoleförordningen föreskrivs att högskolan för förena professors – eller lektorstjänst inom medicinsk utbildning och forskning med tjänster inom sjukvårdsorganisationen. Denna bestämmelse avser inte den kommunala högskoleutbildningen (1 Kap 5 § jämförd med 12 Kap högskoleförordningen).

Kommunal högskoleutbildning

Av 12 kap. 5 § högskoleförordningen skall kommuner och landsting för sin högskoleutbildning ha lärare med den behörighet som föreskrivs i 4 kap. 10 och 12 §§. Det innebär att samma krav ställs för tjänst som adjunkt respektive lektor som i den statliga högskolan.

Landstingen har möjlighet att inrätta befattningar där adjunktstjänst eller lektorstjänst förenas med exempelvis tjänst som sjuksköterska, sjukgymnast eller liknande.

För behörighet till tjänst som adjunkt krävs avlagd examen från grundläggande högskoleutbildning eller motsvarande kompetens samt pedagogisk skicklighet.

För behörighet till tjänst som lektor krävs avlagd avlagd doktorsexamen och pedagogisk skicklighet. Kommuner och landsting skall enligt förordningen dessutom ha lektorer i tillräcklig omfattning för att utbildningen skall kunna bedrivas på en hög kvalitativ nivå.

Rätt att inrätta professorer

Enligt 12 kap. 5 § högskoleförordningen får kommuner och landsting inte anställa lärare som professorer.

Utöver universiteten och vissa fackhögskolor har numera de mindre och medelstora högskolorna den möjligheten.

Högskoleverket kan sedan den 1 juli 1995 ge rätt till inrättande av professorer vid högskolor utan egen fakultet. Enligt den proposition (prop. 1994/95:100, sid 103) som ligger till grund för riksdagsbeslutet om inrättande av professorer vid de mindre och medelstora högskolorna skall det huvudsakliga motivet vara att stärka forskningsanknytningen av grundutbildningen.

Av 4 kap. 3 § högskoleförordningen, framgår att Högskoleverket skall ge ett sådant tillstånd om forskningens kvalitet och omfattning inom det aktuella vetenskapsområdet vid högskolan är tillräcklig.

Är kvaliteten på forskningen vid högskolan god och bedöms behovet inom grundutbildningen som stort kan professorer inrättas även med anknytning till vårdutbildningarna i de fall de anordnas av en statlig högskola.

För vårdhögskoleutbildningar som på uppdrag av landstingen anordnas av statliga mindre och medelstora högskolor betyder detta väsentligt större möjligheter både för utvecklingen av den ämnesspecifika lärarkompetensen och tillgången till högre kompetens inom det breda spektrum av ämnen som ingår i yrkesutbildningarna.

7.4 Kårobligatorium

Enligt 1 kap. 1 § första stycket och 4 kap. 4 § högskolelagen får regeringen meddela föreskrifter om skyldighet för studenterna vid högskolor under statligt, kommunalt eller landstingskommunalt huvudmannaskap att tillhöra särskilda studerandesammanslutningar.

Förordningen (1983:18) om studerandekårer, nationer och studentföreningar för fakultet innehåller föreskrifter om studerandekårer, nationer och studentföreningar för fakultet vid statliga högskoleenheter samt om skyldighet för de studerande vid enheterna att tillhöra sådana sammanslutningar.

Varje student som studerar vid en statlig högskola är skyldig att vara medlem i studentkår. Vid vissa universitet är studenterna dessutom skyldiga att vara medlemmar i nation eller studentförening för fakultet. Med medlemskapet i studentkåren följer en skyldighet för studenten att betala avgift till studentkåren. Med medlemskapet följer vissa rättigheter.

Frågan om det så kallade kårobligatoriet har debatterats under lång tid. Särskilt har diskuterats dess förenlighet med den negativa föreningsfriheten (2:2 RF). Kårobligatoriet har även bedömts av Europakommissionen för de mänskliga rättigheterna.

Kårobligatoriet har bedömts varken strida mot RF (prop. 1975/76:209 s 145 f.) eller mot artikel 11 i den europeiska konventionen om de mänskliga rättigheterna (kommissionens beslut 1977-07-06).

Våren 1993 beslutade riksdagen i princip att kårobligatoriet skulle avskaffas (prop. 1992/93:169, bet. 1992/93:UbU14) och en utredning tillsattes som presenterade ett förslag om avveckling av obligatoriet (SOU 1994:47). Efter riksdagsvalet år 1994 revs det tidigare beslutet att avveckla obligatoriet upp och regeringen uttalade att kårobligatorium garanterar att många nödvändiga och praktiska funktioner sköts på ett beprövat och tillfredsställande sätt (prop. 1994/95:96, bet. 1994/95:UbU5).

För den kommunala högskoleutbildningen uttalade regeringen i prop. 1982/83:27 att något obligatoriskt medlemskap i studerandesammanhang hittills inte diskuterats och ansåg att någon förändring därvidlag inte vara påkallad. Inget uttalades om kårobligatorium i den kommunala högskoleutbildningen när det år 1994 beslutades att kårobligatoriet vid statliga högskoleenheter skulle bibehållas.

Det kan konstateras att bemyndigandet som getts till regeringen i 4 kap. 4 § högskolelagen gäller även obligatorium för studenter vid högskolor under kommunalt och landstingskommunalt huvudmannaskap. Möjlighet finns alltså att regeringen utfärdar sådana föreskrifter.

7.5 Examensrätt

För rätt att utfärda examen gäller bestämmelserna i högskolelagen, högskoleförordningen och lag (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina.

Högskoleverket föreskriver om rätt för universitet och högskolor med offentlig huvudman att utfärda examina. Oavsett huvudmannaskap finns alltså ett instrument för att säkra en lägsta godtagbar kvalitet i utbildningen. I examensordningen, bilaga 3 till högskoleförordningen, finns bl.a. en förteckning över vilka högskolor med offentlig huvudman som har rätt att utfärda olika examina inom den grundläggande högskoleutbildningen. För enskilda högskolor gäller lag om tillstånd att utfärda vissa examina.

Landstingen har idag inte medgivits rätt att utfärda magister- eller kandidatexamen. Högskoleverket prövar för närvarande ett antal sådana ansökningar.

7.6 Finansiering

Utgångspunkten för ett förslag om hur statsbidragssystemet för vårdhögskoleutbildningarna bör förändras är hur det nuvarande statsbidragssystemet och hur det nuvarande systemet för ersättning till de statliga högskolorna fungerar.

Statens stöd till vårdhögskoleutbildningarna

Det statliga stödet till vårdhögskoleutbildningarna utgår för närvarande i form av ett statsbidrag till de landsting och kommuner som bedriver denna utbildning eller gett i uppdrag till statlig högskola att bedriva sådan.

För kommunernas och landstingens högskoleutbildning fastställer riksdagen ett maximalt antal statsbidragsberättigade årsstudieplatser för varje kommun eller landsting. Samtidigt fastställs en totalkostnadsram (Anslaget B 44 Enskilda och kommunala högskoleutbildningar anslagsposten 13). Ramen för 1997 är oförändrad i förhållande till vad som gällde för perioden 1993/94 - 95/96.

Baserat på antalet registrerade helårsstudenter under året före budgetåret, vilka beräknas av Statistiska centralbyrån (SCB), fördelas det samlade anslaget med samma belopp per helårsstudent, oberoende av vilket utbildningsprogram det gäller. Endast helårsstudenter upp till den fastställda ramen ersätts. Således ges alla de olika vårdhögskoleutbildningarna samma statsbidrag per helårsstudent oberoende av att kostnadsbilden varierar avsevärt mellan de olika utbildningarna.

Den andel av de totala kostnaderna för vårdhögskoleutbildningarna som täcks av statsbidrag varierar mellan 13 och 28 procent. Det nu gällande anslagsbeloppet täcker knappt 20 procent av den genomsnittliga kostnaden för de aktuella utbildningarna.

Det inomkommunala utjämningsystemet

Genom det inomkommunala utjämningsystemet kommer omfattningen av varje kommuns och landsting högskoleutbildning att påverka statsbidraget till respektive landsting. SCB beräknar en schablonkostnad för landstingets högskoleutbildning helt baserat på antalet helårsstudenter. Denna kostnad läggs till landstingets så kallade strukturkostnader. Landstingens samlade strukturkostnader jämförs sedan med riksgenomsnittet och leder antingen till utjämningsbidrag eller -avgift. På detta sätt utjämnas landstingens kostnader för högskoleutbildningen vad avser volymen.

Kostnaderna i utjämningsystemet beräknas emellertid som produkten av indexjusterad genomsnittskostnad per årsstudieplats och det faktiska antalet statsberättigade helårsstudenter. Landsting med relativt höga kostnader för utbildningsprogram med liten omfattning eller av andra skäl högre kostnader kompenseras alltså inte.

Utjämningsystemet innebär således ingen styrning utöver den som redan ligger i ramarna för statsbidrag.

Det tidigare systemet med interkommunal ersättning landsting och kommuner emellan har upphört att tillämpas, bl.a. beroende på förändringar av folkbokföringsförordningen och införandet av det inomkommunala utjämningsystemet.

Tidigare ersatte "hemlandstinget" dvs. det landsting där studenten var folkbokförd, det landsting som bedrev utbildningen med ett för varje år fastställt ersättningsbelopp. Numera skall studenter folkbokföras på studieorten och systemet kan därför inte längre fungera.

System för ersättning till universitet och högskolor

Staten tilldelar sina universitet och högskolor ersättning för utförda prestationer. För varje budgetår och högskola fastställs ett s. k. takbelopp, vilket utgör högsta möjliga ersättning en högskola kan erhålla. Ersättningen beräknas på verkliga prestationer under budgetåret. En tolfedel av maximal ersättning utbetalas per månad i förskott och efter budgetårets slut görs en avräkning, som kan innebära krav på återbetalning.

Statens ersättning består av två delar, ersättning för helårsstudenter (HÅS) och helårsprestationer (HÅP). Antalet HÅS är summan av det totala antalet poäng som högskolans studenter registrerats för under året dividerat med 40, dvs det normala antalet poäng som en student förväntas uppnå per år. Antalet HÅP är summan av antalet avklarade poäng för samtliga studenter dividerat med 40.

HÅS och HÅP fördelas på ett antal olika utbildningsområden, vilka motsvarar de nio fakulteterna samt några områden för lärarutbildning och konstnärlig utbildning.

Riksdagen beslutar årligen om ersättningen per HÅS och HÅP (de s.k. prislapparna). Dessa varierar mellan olika utbildningsområden. Skillnaden i ersättning mellan olika områden baseras i princip på skillnaden i kostnad för olika utbildningar – huvudsakligen historiskt betingade. För de vanligaste utbildningsområdena utgör prislappen för HÅS och HÅP vardera ungefär hälften av ersättningen.

Utöver ersättningen inom takbeloppet kan högskolorna få ersättning för s.k. särskilda åtaganden. Dessa ersättningar grundar sig på särskilt angivna uppdrag och är vanligtvis av mindre omfattning.

Styreffekter i ersättningsystemen

Statens styrning av de kommunala vårdhögskoleutbildningarna via statsbidraget är tämligen svag och påverkar totaldimensioneringen endast genom att bidraget och antalet bidragsberättigade helårsstudenter fastställs av riksdagen. Inga prestationsstimulerande inslag förekommer. Till detta kommer dock att Högskoleverket fastställer vilka examensrättigheter ett visst landskap förfogar över och därmed till en del styr utbildningsutbudets sammansättning.

Det inomkommunala utjämningsystemet innebär ingen styrning utöver den som ligger i att statsbidragets totalram fastställs av riksdagen.

Statens styrning av universitet och högskolor består av flera delar. Den viktigaste utgör det s.k. takbeloppet, dvs. maximalt möjliga ersättning under året till en viss högskola. Därutöver kan vissa mindre specificerade uppdrag, s.k. särskilda åtaganden, ersättas separat.

Den ytterligare styrningen utövas genom att utbildningsuppdraget preciseras. Detta kan ske genom att

- 1 antalet ersättningsbara helårsprestationer inom ett visst utbildningsområde begränsas
- 2 ett krav på antal avlagda examina av olika slag fastställs t.ex. för en treårsperiod. Detta ger möjlighet att stimulera ökade insatser inom bestämda områden
- 3 uppdraget innehåller direktiv om att antalet helårsstudenter skall öka eller minska inom angivna områden.

Slutligen styrs utbildningens inriktning också genom de examensrättigheter en viss högskola tilldelas.

Sammantaget kan man konstatera att statens möjligheter att direkt styra högskoleutbildningen på kort sikt är begränsade. Självfallet innebär riksdagens fullständiga kontroll över anslagen till de statliga högskolorna att den på litet längre sikt har alla möjligheter att styra verksamheten efter sina intentioner.

Samma möjligheter finns inte ifråga om kommunernas och landstingens vårdhögskoleutbildningar genom att staten direkt via statsbidraget bara kontrollerar cirka en femtedel av den totala resursinsatsen. Det kan därmed tänkas att ett eller flera kommuner/landsting skulle kunna välja att själva finansiera hela kostnaden för ytterligare utbildningsplatser om man finner det motiverat.

8 Yrkeskunnande och yrkeskompetens

Teoretiska kunskaper på högskolenivå och yrkeskunnande och yrkeskompetens utgör varandras förutsättningar.

Yrkesmässighet i relation till högskolekompetens

De förändrade krav som ställs på dem som genomgått vårdhögskoleutbildningar utbildningarna innebär att för att yrkeskompetensen skall tänkas vara täckt så skall utbildningen vara högskolemässig. Skälen är att befattningshavare i sin yrkesroll kommer att ställas inför så många unika situationer som inte går att illustrera eller simulera att förmågan till kritiskt tänkande, utnyttjande av systematiskt inhämtad kunskap baserad på bred utbildning och kreativt handlande baserat på samma kunskap alla är nödvändiga egenskaper. Kunskaperna måste dock innehålla specifika element eftersom all högskoleutbildning självklart inte innebär yrkesrelevans. I framtiden kommer dock högskolekompetens att vara en av förutsättningarna för yrkeskompetens.

8.1 Yrkesrelevans – tidigare bedömningar

Högskoleverket

Utvärderingen av de medellånga vårdutbildningarna visade att samtliga berörda utbildningar för yrken inom vård och omsorg uppfyller de basala kraven på yrkes- och samhällsrelevans. Denna bedömning grundade sig på ett flertal analyser. Utgångspunkterna var dels vad som föreskrivs i högskolelagen (1992:1434), dels i högskoleförordningen och bilaga 3 till denna förordning (1993:100) med föreskrifter bland annat angående omfattning och mål för respektive yrkesexamen. Vidare granskades utbildnings- och kursplaner utifrån föreskrifterna i SOSFS 1990:15 och 1993:17 samt utifrån EG-direktiven rörande innehållet i sjuksköterske- respektive barnmorskeutbildningen som till följd av EES-avtalet har blivit bindande för Sverige.

Analys av utbildnings- och kursplaner

En inledande analys gjordes med avseende på utbildningarnas yrkes- och samhällsrelevans. Den genomfördes av professor Britt Johansson, Göteborgs universitet, med utgångspunkt från högskolornas skriftliga dokumentation, utbildnings- och kursplaner för samtliga utbildningar som leder till yrkesexamen samt utbildningen för biomedicinska analytiker, dåvarande laboratorieassistentutbildning. Syftet var att skapa en översikt över detta mycket omfattande material som dels skulle ligga till grund för ledningsgruppens slutliga bedömningar, dels utgöra underlag för expertgruppernas intervjubesök vid högskolorna i samtalen med ledningen, rektor och programansvarig, samt lärare och studenter.

Analyserna redovisades under huvudrubrikerna teoretisk respektive klinisk/tillämpad/praktisk utbildning. Dokumentationen till grund för bedömningarna av utbildningarnas yrkesrelevans klassificeras beträffande

- omfattningen av den klinisk/tillämpade utbildningen i de olika programmen, om undervisningen varit integrerad, poängberäknad samt om nivåskillnaderna kan urskiljas
- studieuppgifterna och deras art
- anvisningar för handledning
- EES-avtalens medicinska specialiteter beträffande barnmorske- och sjuksköterskeexamen och i vilken utsträckning dessa och andra specialiteter ingår i den praktiskt/kliniska utbildningen

Analyserna avslutades med en sammanfattande kommentar till respektive utbildningsprogram vid varje enskild högskola.

Enkätundersökning

I en enkät som gick ut till samtliga högskolor våren 1995 ställdes under ett särskilt avsnitt Undervisning/examination fem specifika frågor angående lärarledd undervisning, den kliniskt/praktiska utbildningens organisation och genomförande samt relationen teori – praktik med sju underrubriker rörande innehållsmässiga, pedagogiska och praktiska överväganden etc. Denna del kompletterades i ett annat avsnitt med en särskilt analys av lärarkompetensen.

Högskolornas svar på respektive fråga redovisades både i sin helhet och i en förkortad sammanställd version där svaren kategoriseras.

Också denna analys låg till grund för ledningsgruppens respektive expertgruppernas bedömningar.

Expertgrupperna och deras bedömningar

Utvärderingens expertgrupper, totalt 14, var sammansatta så att det i varje grupp ingick två personer med doktorsexamen och grundutbildning från utbildningsprogram för berörd yrkesverksamhet. Bland dessa var många aktiva inom vårdutveckling och kliniskt verksamma i anslutning till sin forskning. Därutöver ingick en väl meriterad yrkesverksam person inom det arbetsfält som utbildningen förbereder för.

Expertgruppernas sammanfattande bedömningar och ledningsgruppens slutliga ställningstaganden grundades på analyserna av den skriftliga dokumentationen samt erfarenheterna av intervjuamtalen vid besöken på högskolorna. Bedömningarna av utbildningarnas yrkes- och samhällsrelevansen redovisades i utvärderingen under samlingsrubriken Utbildningsorganisatoriska kriterier där detta huvudkriterium ingick som en av tre värderingsgrunder. Samtliga utbildningar bedömdes här ge yrkeskunnande och yrkeskompetens på det basala planet.

Landstingsförbundet

Landstingsförbundet har redovisat en rapport Att växa och utvecklas i rollen som sjuksköterska – en intervjuundersökning om allmänsjuksköterskans utbildning (VÅRD 77) och yrkeslivets krav, Landstingsförbundet 1990.

Intervjuerna gjordes bl. a. med företrädare för hälso- och sjukvården, förtroendevalda m. fl. Undersökning visade att ingen kritik förts fram mot sjuksköterskans vare sig teoretiska och eller praktiska kunskaper. Det uppfattades som en självklarhet att sjuksköterskan har de nödvändiga baskunskaperna för att fungera i sin yrkesroll. De personliga egenskaperna däremot förs särskilt fram som en grundförutsättning för utveckling till yrkesprofession och kompetens. Förmåga till inlevelse i patientens och de anhörigas situation samt förmåga till kommunikation ansågs ha avgörande betydelse för yrkeskompetensen.

En av slutsatserna i rapporten var att det inte skapats utrymme i hälso- och sjukvårdsorganisationen för att ta tillvara sjuksköterskans kompetens. Det sågs därför angeläget att åstadkomma öppna och fungerande kanaler för kunskapsöverföring mellan högskolan och hälso- och sjukvården bl. a. för att

möta de fortbildningsbehov som finns.

I Landstingsförbundets rapport ”Ny sjuksköterskeutbildning” (1994) redovisas bl.a. hälso- och sjukvårdens krav på utbildningen till sjuksköterska (120 poäng).

Bland dessa krav återfinns bl.a. förmåga att kunna kommunicera med såväl patienter, närstående, personal m. fl. samt att ha kompetens att medverka i det pågående förbättringsarbetet i hälso- och sjukvårdsverksamheten. Kraven presenterades i sin helhet för Utbildningsdepartementet i samband med att regeringen skulle fastställa examensbeskrivningen för sjuksköterskeexamen i 1993 års högskoleförordning, examensordningen bilaga 3. Merparten av kraven beaktades i de mål som regeringen beslutade om år 1993 och har ytterligare i modifierad form beaktats i de ändringar som införts i examensordningen år 1995.

Landstingsförbundet framhåller vidare i rapporten att det är mycket angeläget att etablera former för fortsatt regelbunden kontakt och/eller diskussion om utbildningens innehåll m.m. mellan företrädare för hälso- och sjukvården och berörda högskolor.

Inom all vårdutbildning utgör den praktiska utbildningen en stor del av den totala studietiden jämfört med andra högskoleutbildningar. Det är nödvändigt för att de studerande skall få tillfälle att tillämpa sina teoretiska kunskaper i en realistisk miljö. Det gäller läkarutbildning såväl som utbildning till sjuksköterska och andra vårdutbildningar. Detta framgår i ovan nämnda rapport där det också framhålls att kvaliteten på den praktiska utbildningen måste höjas. Olika former borde prövas för att fördjupa huvudmannens engagemang för god praktisk yrkeskompetens. Handledarna borde få utbildning och ägnas större uppmärksamhet än för närvarande. ”Kombinationstjänster” (delade tjänster mellan utbildning och klinisk verksamhet) borde inrättas i större omfattning. I rapporten föreslogs att dessa helst borde vara tredelade i likhet med kliniska lärare på det medicinska området, vilket skulle innebära att den som innehar tjänsten – som regel sjuksköterska med akademisk påbyggnad – deltar i kliniskt arbete, svarar för klinisk utbildning samt bedriver egen forskning.

Flertalet av de åtgärder till förbättrad yrkesrelevans som föreslogs i Landstingsförbundets rapport "Ny sjuksköterskeutbildning" förefaller nu i hög grad beaktas i samband med den pågående utvecklingen av den kliniska utbildningen vid vårdhögskolorna. Denna presenteras närmare i analysen i följande avsnitt "Högskolornas former och strategier för den kliniska utbildningen". Att "Yrkesfältet görs till samarbetspartner" samt att handledarutbildning och "kombinationstjänster" är frekventa inslag i högskolornas former för den kliniska utbildningen är exempel som är helt i linje med vad Landstingsförbundet förespråkade i sin rapport. Förutsättningarna förefaller också goda att utveckla högskolemässiga förhållanden på både teoretiska och kliniska utbildningsavsnitt genom att enligt nämnda analys beredskap finns att omfördela resurser för detta ändamål.

I ovan nämnda rapport framhöll också Landstingsförbundet att arbetsgivaren har ett stort ansvar för att de nyanställda erhåller en kvalificerad och individuellt anpassad inskolning. Exempel på introduktionsmaterial som borde utnyttjas mer frekvent är Patricia Benner "Från novis till expert mästarskap och talang i omvårdnadsarbetet" (Studentlitteratur 1993). Detta material består av en handledning och ett protokoll där handledare och studerande bekräftar när ett arbetsmoment är så inövat att nybörjaren känner sig säker i sin yrkesroll.

Högskolornas former och strategier för den kliniska/tillämpade utbildningen

Underlaget för en beskrivning av högskolornas former och strategier inom den kliniska utbildningen utgörs av svaren på två enkätfrågor som ställdes till alla rektorer för vårdhögskoleutbildningar hösten 1996. Samtliga berörda högskolor besvarade frågorna. Här ges en övergripande sammanställning av svaren.

De två frågorna löd:

- 1 Vilka är högskolornas former och strategier för den verksamhetsanpassade, kliniska/tillämpade delen av vårdhögskoleutbildningarna?
- 2 Vilken är högskolans strategi för att förstärka studentens yrkeskunnande och yrkeskompetens?

Frågorna kompletteras varandra på ett sådant sätt att de redovisas tillsammans.

Jämfört med den sammanställning av utbildnings- och kursplaner som gjordes våren 1995 har den kliniska utbildningen nu dokumenterats och lyfts fram. Vissa högskolor tycks ha kommit längre än andra i utvecklingen, men för samtliga gäller att den kliniska utbildningen nu länkas till den teoretiska på ett integrerat sätt.

Högskolornas övergripande mål för den kliniska/tillämpade utbildningen är gemensamma. Däremot finns det en stor spridning när det gäller former och strategier.

Former och strategier

Högskolorna gör i sina svar ingen åtskillnad mellan former och strategier. Här följs högskolornas sätt att redovisa sina åtgärder från övergripande ställningstaganden.

Högskolorna och den kliniska utbildningen

Samtliga högskolor tar upp att de arbetar med en förstärkning av sambanden mellan teoretisk och klinisk utbildning. Vissa tillvägagångssätt är därvid vanligare än andra. Att skapa personsamband mellan teori och praktik utgör det yttersta målet och högskolorna utvecklar former för ett säkerställt kunskapsflöde mellan teori och praktik.

Kontaktytan mellan teori och praktik vidgas, fördjupas och görs kontinuerlig.

För att ta fram fungerande, aktuella kliniska utbildningsprogram är det vanligt med arbetsgrupper med representation från högskolorna och verksamhetsfältet. Det övergripande målet för grupperna tycks i allmänhet vara att tillse att utbildningen får ett inflöde från yrkest teori och praktiker-kunnande, men också att utvärderingar läggs till grund för utvecklingen.

Yrkest teorin ges praktisk förankring och omvänt praktikern får tillgång till aktuell yrkest teori. Detta åstadkommes genom tre strategier.

En strategi är att låta högskolans lärare inom sina tjänster ha en klinisk förankring till den specialitet som de tidigare som yrkesverksamma arbetat inom. *Kombinationstjänster* av olika slag utvecklas.

En annan strategi är att ge handledarna på fältet *handledarutbildning*. En del vårdhögskolor anger att denna innehåller yrkesteori och pedagogik. Konferenser anordnas dessutom kontinuerligt. Andra mål är att ta fram en handledarstab med fördjupade kunskaper i yrkesteori. Såväl sedvanlig handledarutbildning som fördjupade yrkesteoristudier ges av vårdhögskolorna.

En tredje strategi är att utveckla *kliniska lektorat och kliniska adjunktjänster*. Endast ett fåtal högskolor redovisar att de i dag har tillsatta kliniska lektorat, men desto fler beskriver att de har inrättade men ännu besatta lektorat alternativt att de för diskussioner om att få inrätta kliniska lektorat. Somliga påtalar att det finns en brist på behöriga sökande till lektoraten och att därför doktorander och magisterutbildade i dag vikarierar på tjänsterna. Vanligtvis önskar man en snabbare utveckling än vad som är realistiskt.

Studenten *handleds av lektorer, adjunkter och handledare från fältet*.

Förstärkningen av yrkesteorin tillsammans med yrkesfältets specialiteter och dess kunskapsutveckling ger upphov till olika satsningar.

De tre strategierna för att ge yrkesteorin praktisk förankring och praktikerna yrkesteori används också för att få genomslag av kunskaper inom rådande vetenskapliga specialiteter. Därtill förekommer relativt frekvent en fjärde strategi för detta ändamål nämligen att låta yrkesföreträdare vara timplärare i teoretiska utbildningsavsnitt. Ytterligare strategier är att låta studenterna bedriva fältstudier inom teoretiska utbildningsavsnitt, ge valbara kurser för fördjupning inom en specialitet, låta yrkesföreträdare vara medhandledare i examenarbeten och ge examensarbeten en ”verklighetsanpassning”.

Det är tydligt att vårdhögskolorna lägger stor tonvikt vid att ge studenterna en ingående kontakt med professionens yrkesmässiga ställning i förhållande till yrkesfältets totala kunskapsutveckling.

Professionsutbildningen ställs i fokus samtidigt som det betonas att vetenskap och beprövad erfarenhet skall utmärka programmen. Yrkesteori och vetenskapligt förhållningssätt skall ge studenten erforderlig kapacitet att möta framtida utmaningar.

Från flera högskolor framhålls att det är viktigt att åstadkomma *en högskolemässig miljö*, men någon högskola konstaterar dock att den kliniska undervisningen bedrivs utanför en högskolemässig miljö.

Högskolorna betonar ofta vikten av att arbeta med varierande arbetsformer, inom övningslaboratorier, metodrum och i rollspelsform för att *förbereda studenten för olika yrkesfunktioner* med de komplexa ställningstaganden, innehåll och förhållningssätt, som utmärker yrkesutövningen.

Vikten av att *planera, genomföra och utvärdera utbildningen i samarbete* mellan studenter, lärare och yrkesföreträdare framhålls frekvent. Integrationen mellan teori och praktik skall översättas till reella, individuellt utformade program med individuell handledning eller med inslag av grupphandledning. Ett sätt är att låta innehållet redan från de tidigaste fältstudierna följa studenten genom utbildningen och att finnas med också i avslutande *teoretiska, praktiska och kritiskt analyserande examensarbeten*.

En styrning av aktiviteterna på klinik åstadkoms genom att särskilda *studieguider* utarbetas inför olika utbildningsavsnitt. Därigenom kan, framhåller en del högskolor, också den kliniska utbildningen komma att kännetecknas av olika verksamhetsformer med fortlöpande nytt innehåll och stegrad svårighetsgrad. Att studenten skall arbeta problemorienterat säger flertalet högskolor och det är också vanligt att utdela särskilda *kliniska studieuppgifter* som sedan följs upp.

Att utveckla *utvärderings- och examinationsformer* ses som ytterligare former för utveckling av professionsutbildningen. De olika högskolorna beskriver detta på ett flertal sätt. Cirka hälften av högskolorna talar om *kliniska examinationer* av olika slag. *Examensarbeten* med som man betecknar ”verklighetsanknytning” är ytterligare ett sätt att grundlägga professionen utifrån en metodisk forskningsmetod och ett aktivt kunskapssökande.

Flera högskolor talar om *kvalitetssäkring* av klinisk utbildning, utveckling av utvärderingsinstrument och framtagning av utvärderingskriterier. För studenternas del talar en del högskolor om självutvärdering alternativt fortlöpande utvärdering som görs mellan student, lärare och handledare.

Även om *teoretisk och klinisk utbildning betraktas som en integrerad helhet* resonerar somliga högskolor om hur de två delarna förhåller sig till varandra.

Vanligen framhålls att teorin ger struktur för hur kliniska situationer skall tacklas. Det är också vanligt att framhålla att *kliniska situationer skall analyseras och bearbetas* genom tillämpning av teoretiska kunskaper tillsammans med *vetenskapligt förhållningsätt och kritisk analys*. Den andra sidan av integrationen är att studenten skall ta med sig *kliniska erfarenheter in i de teoretiska studierna*.

Studenterna och den kliniska utbildningen

Högskolornas kliniska/tillämpade utbildningsprogram som de framställts ovan ger studenterna förutsättningar för att individuellt uppnå en professionell kompetens.

Sett från studenternas synvinkel framhålls som viktigt att få individuell handledning. En del högskolor lägger upp handledningen med omväxlande grupphandledning och individuell handledning.

Studenten sedd i förhållande till sin studiesituation behandlas i relativt många enkätsvar. *Aktiva studier* rekommenderas, vilket innebär att studenten får stort inflytande över sin studiesituation och vart studierna skall leda. Men studenten lämnas inte ensam om mål, planering, genomförande och utvärdering. Handledare och högskolans lärare skall finnas som samarbetspartners. För att säkerställa en god inlärningsmiljö har en del högskolor en särskild praktikorganisation med t.ex ansvarig studierektor eller praktiksamordnare som ytterst ansvarig.

Därtill framför ett flertal högskolor att utbildningen skall läggas upp så att studenterna bl. a. i förhållande till yrkesaktiviteter får *självkänedom, självständighet, ökad inlevelseförmåga, förändringskapacitet, reflektionsförmåga, kritisk analysförmåga, stimulans till fortlöpande kunskapssökning*. Från en del skolor påtalas vikten av att studenterna utvecklar en *personlig kompetens*.

Det är relativt ovanligt att högskolorna tar fram enskilda kunskapsområden som viktigare än andra. Men några gör det när det gäller utbildning till *teamarbete och i etik, arbetsledning, ekonomihantering, informationsteknologi*. Det talas också om särskild utbildning för att kunna ingå i *relationer*, kunna kombinera *sjukdomsbehandling med yrkesteorier*, sätta in människor i ett *samhälls- och folkhälsoperspektiv*.

För att ytterligare styrka sambandet mellan yrkeshandlande och forskning planerar några högskolor att arbeta med *klirikanknutna forskningsprojekt* där studenterna kan få delta. Många högskolor ser det angeläget att skapa *samband mellan forskning, undervisning och utveckling*.

Högskolans roll i utvecklingen av *yrkesrelevant forskning* påtalas på flera olika sätt. Disputerade lärare skall ges tillfälle till forskning inom yrkesfältet. ”Paraply”-projekt startas inom ramen för de nätverk som byggs upp mellan vårdhögskolorna och verksamhetsföreträdare.

Sammanfattning

Som synes framtonar en annan bild av den kliniska utbildningen än den som gavs vid den granskning som gjordes av utbildnings- och kursplanerna våren 1995.

Den kliniska utbildningen akademiseras. Men detta görs inte genom att högskolan ensidigt bestämmer former och strategier. Yrkesfältet görs till en samarbetspartner. Samtidigt tilldelas studenten en aktiv kunskapssökande och kritiskt analyserande roll. Akademiska studieformer kan därmed sägas nå ut i verksamheten inom vård och omsorg.

Samtidigt efterfrågas en kompetenshöjning bland lärare och handledare för att ge ytterligare incitament till högskolemässiga förhållanden. Det råder dock brist på kompetent lärarkraft. Detta bestämmer utvecklingstakten. Däremot säger ingen högskola att det saknas ekonomiska resurser för genomförandet.

En betydande beredskap tycks finnas bland lärare, studenter och verksamhetsföreträdare för att åstadkomma en kvalitetshöjning av den kliniska utbildningen. Därvid involveras alla delar av utbildningsprocessen från planering, lärar-/handledartillgång till genomförande och examination/utvärdering.

Sammantaget ger enkätsvaren en bild av ett intensivt arbete med att sätta mål för en ny klinisk utbildningsorganisation och en ökad fasthet i åtgärdsprogrammen utifrån varje högskolas individuella förutsättningar.

Granskningen av utbildnings- och kursplanerna år 1995 visade att planerna anpassades till en akademisk kunskapstradition och att den kliniska utbildningen egentligen inte alls beskrevs varken till innehåll, omfattning eller

särart. De nu aktuella enkätsvaren lägger däremot tonvikten på professionsutbildning med stark influens av yrkesfältets kunskapsmässiga särart.

8.2 Yrkeskunnande och yrkeskompetens för framtida krav

För att kunna besvara frågan om högskolorna i sina utbildningar förmedlar det yrkeskunnande och yrkeskompetens som krävs i yrkesverksamheten lät Högskoleverket hösten 1996 genomföra en intervjustudie. Redovisningen av studien lämnas i sin helhet i bilaga 2.

Syftet med undersökningen var att försöka klargöra om de studerande som genomgått de nya treåriga utbildningsprogrammen är förberedda för de yrkeskrav som ställs för dagen men också för framtiden. Med hänsyn till att den första grupp studenter som genomgått den längre utbildningen examinerades först våren 1996 har dock studien ett begränsat värde. Mer omfattande undersökningar som sträcker sig över en längre tidsperiod och baseras på ett större underlag skulle bidra till att stärka säkerheten i slutsatserna.

Av tidsskäl avgränsades undersökningen till att omfatta samtliga utbildningsprogram för yrkesexamina inom vård och omsorg. Övriga utbildningar för högskoleexamina har inte ingått i studien med hänsyn till att de inte är så omfattande till sin volym eller att de är relativt nyinrättade och har en mer generell inriktning och därför inte så tydligt kan hänföras till vissa specifika yrkesuppgifter.

Resultatet av intervjustudien bekräftar slutsatser av de tidigare analyserna. Med undantag för äldre och handikappomsorg angavs inga brister ifråga om det yrkeskunnande eller den yrkeskompetens som krävdes för de aktuella verksamheterna.

Underlaget för intervjustudien utgjordes av 68 intervjuer. Hälften av intervjuerna gjordes med nyutexaminerade arbetsterapeuter, barnmorskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster, tandhygienister och högskoleutbildade för social omsorgsverksamhet. Övriga intervjuer gjordes med deras respektive arbetsledare. I urvalet ingick nyutexaminerade från vårdhögskolorna i Stockholm, Västerås, Malmö, Göteborg och Boden.

Studien syftar till att beskriva väsentliga delar i vad som krävs för att vara skicklig inom vart och ett av de vård- och omsorgsyrken som kartläggs, samt att bedöma om de nyutexaminerade är skickliga på ett sätt som det är rimligt att begära av nykomlingar i dessa yrken.

De nyutexaminerade och deras arbetsledare ger sin syn på vad som krävs för att vara skicklig inom respektive yrke. Bedömningen av om skickligheten är rimlig görs av arbetsledaren.

Intervjувaren sorteras in under kategorierna

- praktiska färdigheter
- vetenskapligt förhållningssätt
- personlig mognad.

Dessa kategorier är sammanfattningen av målen för yrkesexamen (1 kap. 9 § högskolelagen) och är den definition som använts vid utvärderingen av de medellånga vårdutbildningarna.

Redogörelsen är uppbyggd så att varje yrke redovisas för sig och avslutas med en sammanfattande beskrivning av yrkeskompetensen. Avslutningsvis behandlas framtidsmöjligheterna.

Sammantaget finns det enligt Rikard Eriksson inte något stöd i den redovisade studien för att nyutexaminerade arbetsterapeuter, biomedicinska analytiker, sjuksköterskor, sjukgymnaster, tandhygienister och högskoleutbildade för social omsorgsverksamhet, ”inte skulle vara skickliga på ett sätt som det är rimligt att begära av nykomlingar i dessa yrken”.

8.3 Avnämare och andra intressenters uppfattning

Enligt regeringens uppdrag skall Högskoleverket också dokumentera och rapportera avnämarnas och andra intressenters – särskilt Landstingsförbundets – uppfattning.

Landstingsförbundets uppfattning

Inom vårdverksamheten pågår ett mycket genomgripande förändringsarbete. Såväl sjukvårdsstruktur, styrning och organisation som diagnos- och behandlingsmetoder förändras samtidigt som man ser ökade inslag av marknadsorientering

och konkurrens mellan olika vårdgivare. Detta har medfört behov av högre och i vissa fall förändrad kompetens vilket i sin tur lett till förändringar av personalstrukturen inom vissa verksamhetsområden.

Hälso- och sjukvården är således en verksamhet med mycket snabb kunskapsutveckling där kompetens och kvalitet är avgörande. Detta har bl.a. tagit sig uttryck i de bedömningar av hälso- och sjukvårdens krav på yrkeskunnande och yrkeskompetens som redovisas i kap 8.1. Landstingsförbundet bedömer fortfarande dessa krav vara aktuella. Inte minst de kommunikativa kunskaperna och social kompetens bör allt framgent ha en framträdande plats. Det är en förutsättning för att ökade krav på bemötande av patienter och deras anhöriga skall kunna tillgodoses.

Mötet med patienten växlar ständigt till sin karaktär mellan olika patienter, olika situationer och varierande sjukdomstillstånd/sjukdomsförlopp. I mycket liten omfattning är det fråga om standardiserade tjänster inom vården. Med hänvisning till detta är det angeläget att utveckla högskolemässigheten i den kliniska utbildningen.

De studerande har från de teoretiska avsnitten med sig en vetenskaplig förankring med ett deduktivt tänkande, kunskapsrelativism och ett kritiskt förhållningssätt. Detta är en grund för den kliniska undervisningen där yrkeskompetensen utvecklas genom att den studerande tränar sina färdigheter, successivt känner ökad trygghet i sitt handlande och även ges tillfälle till reflektion och samtal med anställda som företräder det egna blivande vårdyrket och andra yrkeskategorier. En väl upplagd klinisk utbildning med teoretisk förankring i det praktiska handlandet och med möjlighet att träna ökat ansvarstagande förutsätts även leda fram till personlig utveckling och mognad.

Kunskapsuppbyggnaden i hälso- och sjukvården är idag inte jämnt fördelad. Den är intensivt främst inom högteknologin men mindre inom andra delar, de s.k. mjukområdena. Bortsett från vissa högteknologiska situationer är kommunikativa kunskaper och social kompetens viktigare än nästan allt annat i sjukvården. Samtalet är vårdpersonalens viktigaste arbetsinstrument. Mötet med patienten är alltid unikt. Samtidigt vet vi att vårdpersonalen många gånger brister i sättet att lyssna, informera och kommunicera med patienterna. För att avhjälpa dessa brister och uppfylla nämnda krav behöver vårdutbildningarna/vårdforskningen exempelvis i ökad grad inriktas mot

humaniora och beteendevetenskap och dess tvärvetenskapliga karaktär i högre grad främjas.

Vårdutbildningarna behöver också i högre grad leva upp till att den framtida vårdpersonalen får sådan kunskap och kompetens som gör det möjligt för dem att arbeta med den kvalitetsutveckling och kvalitetsuppföljning som pågår i hälso- och sjukvården parallellt med arbetet med ökad effektivisering.

Vårdarbete innehåller alltid en mängd sammankopplade aktiviteter där många olika aktörer samverkar för att uppnå ett gott vårdresultat. Behovet av utvecklingsarbete är stort, på såväl avdelnings- som klinisknivå och på vård- och rehabiliteringscentraler. Det krävs därför att inte bara de medicine studerande utan även vårdhögskolestuderande ges en metodskolning och träning för att aktivt delta i FoU-arbete och systematiskt och dokumenterat kvalitetssäkringsarbete på klinik- och avdelningsnivå.

Förändring är det enda vi säkert vet att vi får. Utöver kompetens att delta i kvalitetssäkringsarbete i hälso- och sjukvården behöver därför vårdpersonal få del av kunskap i "förbättringskunskap" på ett systematiskt sätt genom högskoleutbildning inom vårdområdet. Sådan kunskap förmedlas bl.a. i högskolans långa utbildningar i ekonomi och teknik. Den saknas ofta inom det medicinska området. Det handlar om en teoribas som ofta uttrycks som kvalitetsutvecklingsmetoder och som väsentligen skiljer sig från det vi traditionellt menar med kvalitetssäkringsarbete i hälso- och sjukvård. Det rör bl.a. teamarbete, statistiska metoder för att följa sin egen verksamhet, vikten av nya förslag på lösningar, förmåga att fånga "kundkrav" och metoder att på grundval av ovanstående finna metoder för att förbättra det man gör idag.

I många länder med USA i spetsen utvecklas nu kursplaner omkring denna kunskapsmassa inom medicinen. Många av de stora hälsosystemen ställer krav på de medicinska utbildningsanordnarna att snabba på inlärningen av teori och praktik i "förbättringskunskap". Det är något som kan förväntas också från de svenska sjukvårdshuvudmännen. Det är en förutsättning för att komma tillrätta med svårigheter till omställningar, förmåga att arbeta över professionsgränserna och att kunna ta sig an ny kunskap i en allt snabbare takt. Det handlar således inte om "kvalitetssäkring" i snäv betydelse.

En väl fungerande sjukvård utgör en viktig del i den offentliga sektorn som på nationell, regional och lokal nivå bär ansvar för infrastrukturen och andra förutsättningar som arbetslivet i övrigt är beroende av. Kompetensutveckling

och kvalitet i hälso- och sjukvårdsverksamheten är därför också av strategisk betydelse för samhällsutvecklingen.

Socialstyrelsens uppfattning

Generellt gäller att de förändringar i demografi och samhälls- och välfärdsstrukturer som skett de senaste åren ställer nya krav på dem som arbetar inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Ökande behov i en åldrande befolkning, vård i hemmet, ändrade organisations- och driftsformer och inte minst minskade resurser ställer krav på hög kompetens hos vård- och omsorgspersonal. Kraven att utnyttja resurserna på ett effektivt sätt har ökat markant.

Framför allt inom äldreomsorgen och vård i livets slutskede, men även inom handikappomsorgen och psykiatri kommer ökade kunskaper att vara nödvändiga både vad gäller sjukvård och rehabilitering men också förebyggande verksamhet. Kunskaper om lagstiftning och om rättigheter och möjligheter är viktiga element.

Ett förhållningssätt som integrerar hälso- sjukvård och socialtjänst är också nödvändigt liksom förmågan att kunna samarbeta och ta till sig nya kunskaper.

Visserligen gäller de flesta ärenden som rör olyckor och fel i sjukvården läkare men även sjuksköterskor, barnmorskor och sjukgymnaster blir föremål för anmälan. Det största antalet ärenden rör läkemedelshantering där förväxling är nästan lika vanlig som det vanligaste nämligen felbehandling.

Omvårdande åtgärder är det andra stora området där fel uppstår. Vid genomgång av dessa ärenden framkommer att förutom brister i ledarskapet är kunskapsbrister den vanligaste underliggande orsaken.

Socialtjänstens insatser för äldre och personer med fysiska och psykiska funktionshinder består idag av varierande former av hemtjänst, färdtjänst, dagverksamheter och särskilda boendeformer. Arbetsfältet har vidgats genom att nya verksamheter och ny lagstiftning tillkommit liksom ett utökat ansvar för nya målgrupper. Förslaget till ny socialtjänstlag innehåller bestämmelser att verksamheten skall bedrivas målinriktat och planmässigt och med krav på god kvalitet. Betydelsen av förebyggande insatser och tidiga åtgärder markeras. Ytterligare ett område som lyfts fram är anhörigomsorgen, man behöver

mycket bättre än vad som sker idag stödja och avlasta anhöriga.

Ädel-handikapp och psykiatrireformerna har inneburit stora förändringar för personalen inom socialtjänsten. Hemtjänstassistenten eller motsvarande, som ofta har en examen från högskolans sociala omsorgsprogram, har en yrkesroll som indelas i två stora ansvarsområden, myndighetsutövning och arbetsledning. För myndighetsutövningen krävs kunskaper i social- och hälso- och sjukvårdspolitik och lagstiftning, arbetsrätt, ekonomi, juridik samt ekonomi och administration.

Arbetsledaren behöver god kompetens i handledning och personalvård, förmåga att stödja arbetslaget, anhöriga och den enskilde omsorgstagaren samt kunna samarbeta.

Specifika kunskaper om målgrupperna bör ha bredd och djup och omfatta bl a åldrandets villkor, olika slags funktionshinder, äldres och funktionshindrades behov av stöd, hjälp och omsorg. Äldre och funktionshindrade invandrare kräver speciell kulturkunskap.

Därför är det oundgängligen nödvändigt med yrkesrelevans för vilken det i sin tur krävs högskolemässighet.

Svenska Kommunförbundets uppfattning

Under de senaste 20 åren har sociala omsorgsutbildningen och dess föregångare varit föremål för en så gott som ständig översyn. Viktiga frågor för de olika utredningarna har varit utbildningens innehåll, omfattning och organisatoriska tillhörighet. De flesta utredningar som gjorts har pekat på det starka sambandet mellan den sociala omsorgsutbildningen och den statliga socionomutbildningen. När det gäller ämnet social omsorg har svårigheterna delvis bestått i att yrke och utbildning har blivit alltför synonyma. Så snart en förändring skett i yrkesrollen har en förändring blivit nödvändig i huvudämnet. En samordning av socialt arbete och social omsorg är nödvändig för att ämnet skall få ökad kvalitet och bättre forskningsanknytning.

Syftet med den sociala hemtjänsten liksom syftet med Ädel och psyk-Ädel reformerna är att sammanföra medicinska och sociala kompetenser i en verklighet som i huvudsak skall ha en social karaktär. Därför är en bred social utbildning av stor betydelse för att den sociala inriktningen skall kunna

behållas, trots allt större inslag av sjukvård. Sjukvårdskompetensen kommer med all sannolikhet också att behövas alltmer på grund av de genomförda reformerna, men det är för den skull inte rimligt att helt sammanföra hemtjänstassistentens och den medicinskt ansvariga sjuksköterskans kompetens i en och samma utbildning.

Allt fler vårdverksamheter kommunaliseras och ett större samarbete mellan kommuner och vårdhögskolor behöver komma till stånd.

Studenternas uppfattning

För att kunna möta de förändringar som sker inom det svenska samhället idag krävs det att sjukvården och vårdhögskolorna utökar sitt samarbete. Bland annat vad det gäller mål för den kliniska utbildningen. Avnämare och intressenter bör gemensamt sätta upp mål för den teoretiska- och kliniska utbildningen. Idag råder det delade meningar om vad den examinerade skall veta och vad den skall ha kunskap om.

Det måste också bli ett ökat utbyte av kunskaper över gränserna, mellan vårdhögskola och kliniker/avdelningar. Forskningsprojekt i samarbete mellan studenter och yrkesutövare är ett utmärkt tillfälle för klinik och studenter att utbyta erfarenhet, kunskap och att utvecklas tillsammans.

Samtliga handledare inom kommun och landsting skall till år 2000 erhållit handledarutbildning på minst 10 poäng vid närmaste vårdhögskola. Studenterna skall vid varje kliniska praktikavsnitt avlägga praktiska prov som godkänns av klinisk lektor och handledare. Det kliniskt praktiska provet skall innehålla såväl omvårdnadsmässiga som tekniska utövanden.

För att styrka flexibiliteten i sin framtida yrkesroll bör man öka ämnesbredden på samtliga vård- och omsorgsutbildningar vid vårdhögskolorna i Sverige, framför allt inom humaniora och samhällsvetenskap. Därmed kommer studenterna vara bättre förberedda på förändringar och ha ett djupare ämneskunskap och ämnesbredd att grunda sin yrkeskompetens på.

Vårdhögskolornas studentkårer för diskussioner om att införa ett ökat antal gemensamma kurser på grund-, fortsättning- och fördjupningsnivå inom vård- och omsorgs utbildningar samt medicinarutbildningen. Dels för att öka kontakten, kommunikationen och samarbetet mellan yrkesutövare som

studenten senare skall arbeta tillsammans med. Dels för att ge en bredare kunskapsbas och yrkeskompetens inom vård- och omsorg.

Individuell- eller grupphandledning i yrkesmässig växt/professionell kompetens, är en förutsättning för studenterna att kunna utveckla sina kunskaper om mötet med patienten. Studenten får träna sig i att aktivt lyssna och förstå patienten. Handledningen stärker studenten inför de svåra situationerna i mötet med patienten.

9 En förändrad högskolestruktur

9.1 Förändringsarbete för kvalitetsutveckling

Enligt regeringens uppdrag till dåvarande Kanslersämbetet skulle utvärderingen av de medellånga vårdutbildningarna redovisas på ett sådant sätt att den kunde ligga till grund för en bedömning av examensrätten. Vårdhögskoleutbildningarna bedömdes därför enligt samma huvudkriterier som sedan år 1993 tillämpats i samband med Högskoleverkets, tidigare Kanslersämbetets examensrättsprövningar. Utvärderingen var unik såtillvida att en redan given examensrätt för första gången omprövades.

Problembilden

Utvärderingen resulterade i slutsatsen att 44, det vill säga nära 40 procent, av de 113 utbildningsprogram som hade bedömts ännu inte nått den nivå som krävs enligt högskolelag och högskoleförordning.

Orsakerna till att vårdhögskolorna inte i större utsträckning nått den förväntade nivån ansågs bottna i

- bristande samsyn i högskolans ledning om verksamhetens mål och medel,
- isoleringen från högskolan i övrigt,
- små högskoleenheter med ett
- smalt utbildningsutbud,
- svagheter i lärarkompetens och forskningsanknytning
- brister i integrationen mellan teori och klinisk/praktisk utbildning.

Slutsatserna baserade sig på en sammanfattning av de värderingar som gjorts av utbildningsprogrammen var för sig. Den nationella situationen beskrevs däremot inte utifrån någon bedömning av vårdhögskolan i sin helhet.

Villkor och förutsättningar

En skillnad mellan vad som formellt gällde beträffande examensrätt då regeringsuppdraget för utvärderingen av de medellånga vårdutbildningarna gavs respektive vid en tidpunkt då redovisningen överlämnades är att det numera är Högskoleverket som fattar beslut om examensrätt – och därmed också upphävande av examensrätt.

Högskoleverket har i samband med redovisningen till regeringen uttalat att utvärderingen av vårdhögskoleutbildningarna kommer att följas upp efter tre år. I samband därmed tas ställning till om examensrätten skall dras in för de utbildningar som ej bedömts som högskolemässiga i utvärderingen. Verket tar därför i denna utredning inte ställning på grundval av resultaten i utvärderingen.

Högskoleverket anser att landsting, vårdhögskolor och statliga högskolor behöver treårsperioden för att komma tillrätta med påvisade svagheter i enskilda utbildningar. Ett förändringsarbete har också startat. Det är väsentligt att detta arbete kan fortgå.

Vårdhögskolornas kvalitetsarbete

I Högskoleverkets uppgifter ingår att bl.a. att främja förnyelse och stödja utvecklingen av kvalitet. Resultatet av utvärderingen av de medellånga vårdutbildningarna har också visat sig bidra till att främja kvalitetsutvecklingen.

Vid utvärderingen av de medellånga vårdutbildningarna bedömdes den situation som var aktuell läsåret 1994/95 och hösten 1995 i samband med de intervjusamtal som då fördes med högskolornas ledning, lärare och studenter.

Vårdhögskolorna har dock både under den tid som utvärderingsarbetet pågick och i synnerhet efter det att resultatet av värderingen publicerades genomfört stora förändringar både ifråga om verksamhetens yttre betingelser och inre struktur.

Sammanfattningen av Högskoleverkets erfarenheter är att granskningen av vårdhögskoleutbildningarna starkt bidragit till att främja kvalitetsutvecklingen. Som stöd i förändringsarbetet har högskolorna bland annat haft tillgång till allt det material som legat till grund för utvärderingen, analyser av utbildnings- och kursplaner, sammanställningar av enkätssvar, ämnesbedömningar och utlåtanden från experterna.

Medvetenheten om problemen och ambitionerna att stärka utbildningarnas kvalitet och vårdhögskolornas ställning i högskolevärlden har dock funnits sedan länge. Landstingens engagemang för att stärka högskoleverksamheten i regionen och därmed också den regionala utvecklingen har bland annat lett

till organisationsförändringar som inneburit att den statliga högskolan har övertagit ansvaret för att driva vårdhögskoleutbildningarna på uppdrag av landstingen.

9.2 Högskolesamverkan landsting – stat

Riksdagen beslutade våren 1994 – med anledning av propositionen Utbildning och forskning, kvalitet och konkurrenskraft (prop. 1993/94:177, bet. 1993/94:UbU, rskr.1993/94:400) – att skapa utrymme för alternativa samarbets- och huvudmannaskapsformer för de landstingskommunala vårdutbildningarna i syfte att höja kvaliteten och forskningsanknytningen i vårdutbildningen. Regeringen har godkänt avtal om att landstingen i Södermanlands, Hallands, Örebro, Västmanlands, Västernorrlands Jämtlands samt Östergötlands läns lämnar utbildningsuppdrag till högskolorna i Halmstad och Örebro, Mälardalens högskola, Mitthögskolan samt Linköpings universitet att anordna vårdhögskoleutbildning.

I enlighet med förlängning av förhandlingsuppdraget beträffande vårdutbildningarna i Stockholm, Göteborg och Umeå (U1994:07) har nu avtal träffats för kommun- resp. landstingsfullmäktiges och regeringens godkännande beträffande Göteborg och Stockholm. I Umeå är utbildningsavtalet ännu inte färdigställt. I avtalen för vårdutbildningarna för Göteborg och Stockholm har landstingen inte som i tidigare avtal ett detaljerat beställansvar. I stället övertar staten delar av landstingens/kommunernas ansvar att vara uppdragsgivare för vårdhögskoleutbildningarna. Staten övertar uppdragsansvaret också för de tre enskilda sjuksköterskeskolorna Ersta, Röda korset och Sophiahemmet. Dessa högskolor får i utbildningsavtalet garantier för att staten kommer att beställa vårdutbildning från dem.

I avtalen rörande vårdhögskoleutbildningarna i Göteborg och Stockholm har sålunda valts en modell där landstinget lämnar ekonomiskt bidrag till aktuell högskola. Bidragets storlek är avpassat till en utbildningsvolym som skall motsvara vad vårdhögskolan utfört under landstingskommunalt huvudmannaskap. I utbildningsavtalet mellan landstinget och Karolinska institutet inkluderas sjukgymnastutbildningen.

Erafrenheter av förändrad organisation och ansvarsfördelning

I Landstingsförbundets rapport Vårdutbildningar i förändring, 1996, redovisas en intervjuundersökning om vilka motiv och behov som legat bakom

den genomförda organisationsförändringen och hur man från landstingens sida hittills har upplevt resultaten av förändringen. Redovisningen belyser också vilka idéer och visioner som berörda landsting har inför ett eventuellt vidgat engagemang i regional högskoleverksamhet mer generellt. Intervjuerna genomfördes i slutet av år 1995.

Resultatet av undersökningen pekar på en övervägande positiv syn inom berörda landsting på den integrering som inletts av vårdhögskoleutbildningen i den statliga högskolan. Sammanfattningsvis konstateras att de intervjuade på olika sätt ger uttryck för att ”de ursprungliga målen om överlevnad, utveckling och fortsatt inflytande över de medellånga vårdutbildningarna tycks uppnådda.”

Integrationsprocessen sett ur olika aktörers perspektiv

Det har konstaterats att studenternas och lärarnas erfarenheter av samarbetet med den statliga högskolan inneburit fördelar som ingen idag vill avstå ifrån.

Den nya organisationen anses fungera mycket bra. Högskolans rent fysiska förflyttning har givit goda effekter. Lärare och studenter i vårdhögskoleutbildningarna har del i en högskolekultur som erbjuder stora möjligheter. De samordnade biblioteken är ett exempel. Integrationen i den statliga högskolan har bidragit till bredare kontaktytor över ämnesgränser med andra lärare genom seminarier, föreläsningar, pedagogiska seminarier etc. Detta i sin tur har lett till att studenterna har fått tillgång till ett bredare alternativt kursutbud.

Bland kommentarerna märks att man nu kunnat skönja mer respekt från omvärlden för vårdhögskoleutbildningarna. Samtidigt har intresset från utländska studenter ökat. Kårtillhörigheten har dessutom bidragit till en ökad studentmedverkan.

Landstingsförbundets utvärdering av samarbetsavtalen sett ur vårdhögskolornas synvinkel bekräftar dessa erfarenheter.

Intrycken från den mottagande statliga högskolan förmedlades initialt redan i samband med den intervjuundersökning som låg till grund för landstingsförbundets rapport.

Bland reaktionerna framkom att vårdhögskoleutbildningarna betraktades som kvalificerade utbildningar på högskolenivå och vårdhögskolornas lärare som kompetenta för sina uppgifter. Man var helt klar över att vårdutbildningarnas kultur och traditioner skilde sig från de egna men såg det uteslutande som en fördel att verka inom ramen för en och samma organisation.

Vid alla mottagande högskolor betraktades de nya utbildningarna som ett värdefullt tillskott till det utbildningsutbud man tidigare haft. Integrationen har resulterat i ett samarbete där nya kurser har vuxit fram vilket inneburit att högskolans utbildningsutbud också totalt sett breddats.

Den utökade ämnesbredden har i sig bidragit till att högskolan fått en större potential att i utbildningarna för vård och omsorg belysa viktiga frågor inom biomedicin, folkhälsa, rehabilitering, etc mera allsidigt, både i utbildning och forskning.

Utbyte av erfarenheter sker både spontant och planerat i den nya organisationen. Sammanfattningen av vad vårdhögskoleutbildningarna reellt har tillfört den statliga högskolan är en lärarkompetens och erfarenhet som i vissa avseenden kompletterar de traditionella högskoleutbildningarna. Vårdhögskolans lärare har dels en pedagogisk utbildning, vanligtvis ett år, som ligger långt över högskolelärarna vid övriga högskolor. Dels har de erfarenheter av att hålla samman ett yrkesinriktat program där teori och klinisk/tillämpad utbildning integreras i nära samarbete med yrkeslivet.

En viktig aspekt är att studenten ges möjlighet att bedriva sin utbildning i en rikt varierad och stimulerande miljö som ger breda kontaktytor med andra studenter, ämnen, infallsvinklar, metoder och frågeställningar än vad den egna utbildningen rymmer.

Men också problem och svårigheter har noterats. Ett av problemen är att många av vårdlärarnas tid är in-tecknad för kompetensutveckling medan andra uppgifter får stå tillbaka. Ett annat problem att bemästra är de kulturella skillnaderna – skillnader i sättet att organisera och leda arbetet, skillnader i sättet att tolka yrkesvillkor, arbetsuppgifter etc.

Slutsatserna av de olika intryck som hittills har förmedlats är att samarbetet med andra ämnen och kunskapsområden bidragit till att högskolans

utbildningsutbud både breddats och fördjupats. Vid flera högskolor upplever man att sådana samarbeten genererat ett betydande kunskapsutbyte mellan högskolan och såväl privata som offentliga verksamheter. I samma mån som sådana aktiviteter ökar träder högskolan fram som en viktig regional samarbetspartner. Banden med regionen har enligt uppgift stärkts på samtliga högskolor där vårdutbildningarna integrerats.

9.3 Vårdhögskoleutbildningar inom stat och landsting – skillnader i villkor och förutsättningar

Högskoleverket anser att högskoleutbildningarna inom vård och omsorg oavsett om de drivs av stat eller av landsting skall ha en kvalitativt likvärdig nivå och sett ur studentens perspektiv erbjuda likvärdiga möjligheter.

Högskolorna måste kunna bedriva sin verksamhet under likvärdiga betingelser såväl ifråga om organisation och ledning, som utbildning, forskning och forskningsanknytning.

Förutsättningar för likvärdiga möjligheter oberoende av högskoleorganisation

Av redovisningen i kapitel 7 framgår vad som ifråga om villkor och förutsättningar skiljer de båda högskoleorganisationerna ifrån varandra.

Trots de formella skillnaderna i villkoren för hur högskolans verksamhet får bedrivas saknas det inte utrymme att utvidga möjligheterna så att regelsystemen kan närma sig varandra. Men Högskoleverket ser också strukturella skillnader som är av sådan karaktär att möjligheterna att utveckla utbildningarna för vård och omsorg på lång sikt går isär.

Vinsterna av att kunna samordna två likartade administrativa funktioner i högskolan till en bör ge klara fördelar både ekonomiskt sett och professionellt.

Som ett led i denna riktning har Landstingsförbundet beslutat avveckla sitt kansli för samordnad antagning till vårdhögskoleutbildning (LFA) från och med den 1 mars 1997. Istället uppdras åt Verket för högskoleservice att ansvara för denna uppgift från och med antagningen till höstterminen 1997. Därmed råder lika förutsättningar för antagningen av studenter till landstingens och statens högskolor.

Statliga högskolor

Ämnesbredd och ämnesdjup

De statliga högskolorna har i jämförelse med vårdhögskolorna ett bredare utbud av ämnen i grundutbildningen och bedriver dessutom forskning inom flera ämnesområden. Yrkesutbildningarna för vård och omsorg som anordnas av en statlig högskoleenhet kan därmed få stöd av en lärarkompetens som täcker ett bredare ämnesfält.

Fakultetsanknytning

Till skillnad från vårdhögskolorna är de statliga högskolor, mindre och medelstora, som saknar fasta forskningsresurser redan knutna till universitet och högskolor med egna fakulteter enligt bilaga 2 i högskoleförordningen. En fakultet kan, efter regeringens bestämmande, ha uppgifter också ifråga om kommuners eller landstings högskoleutbildning. Högskoleverket anser att regeringen bör utnyttja denna möjlighet.

Tjänstestruktur

Den för framtiden avgörande skillnaden ifråga om tjänstestrukturen i högskoleorganisationerna är den möjlighet Högskoleverket numera har att inrätta professurer vid de mindre och medelstora högskolor utan egen fakultet. Kommuner och landsting får däremot inte anställa lärare som professorer vilket innebär att de statliga högskolorna har en större potential för utveckling på lång sikt.

Ledning, resursstyrning och effektivitet

De resurser landstingen genom avtal ger staten får enligt gällande regelverk endast användas för det ändamål för vilket de är avsedda dvs. vårdhögskoleutbildning. Vårdutbildningsresurser från landstinget får endast användas till vårdutbildning och statliga anslag för det uppdrag staten ger får endast användas för de uppdrag staten gett högskolan. På så sätt begränsas högskoleledningarna i sina möjligheter att använda de samlade resurserna för gemensamma arrangemang för ett samlat strategiskt syfte. För gemensam lärarutveckling, utbildningutveckling och forskningsanknytning skapas dock betydligt gynnsammare förutsättningar i en organisation med ett enhetligt utbildningsansvar än med ett delat.

En väsentlig begränsning är dock att det saknas en samlad ledningsfunktion för högskoleverksamheten i så måtto att rektor och styrelse för högskolan

inte kan styra sina samlade resurser. Det samlade ledningsansvaret utövas inom en högskola med hjälp av rambudgetens möjligheter. Utbildningsuppdragets olika ramar begränsar ledningens möjlighet till rationell och effektiv användning av de samlade resurserna. Ledningens handlingsutrymme begränsas för den samlade högskoleverksamheten vad gäller de mer långsiktiga strategiska vägvalen inklusive sådana vägval som på sikt skulle gynna regionen eller det nationella vårdutbildningsbehovet.

Avtalslösningarna ger således inte alltid förutsättningar att utnyttja resurserna på ett rationellt sätt.

Högskoleverket konstaterar att möjligheterna för högskolans ledning att skapa en kultur för utbildning och forskning väsentligt underlättas om de medel som samhället avsätter kan disponeras inom ett mer enhetligt system. Verket anser att staten och landstingen i sina avtal bör tillgodose att nuvarande hinder att samla och disponera ekonomiska medel från landstingen och staten vid de statliga högskolor som anordnar vårdhögskoleutbildning undanröjs.

Vårdhögskolor

Ledningsorganisation

Rektor för en vårdhögskola har enligt kommunallagen inte samma stöd för sin verksamhet i en styrelse av det slag som en rektor inom den statliga högskolan har.

Som framgår av kapitel 7, kan regeringen inte heller föreskriva att styrelsen i en högskola som drivs av landsting skall ha lika eller liknande sammansättning som styrelsen i den statliga högskolan bland annat av det skälet att det i landstingets styrelse enbart får ingå politiskt valda ledamöter. Bestämmelserna om valbarhet till kommunal nämnd måste följas. Landstingen kan dock själva inrätta organ som till sin sammansättning liknar den statliga högskolans styrelse och delegera beslut till detta organ.

Verket konstaterar att i de fall vårdhögskolans rektor samtidigt också är utbildningschef i landstinget kan han/hon vara föredragande i utbildningsnämnden, däremot inte ledamot, vilket är fallet för rektor i den statliga högskolans styrelse. Ett alternativ som innebär relativt likvärdiga förutsättningar oavsett

högskoleorganisation är den arbetsform som på försök bedrivs av Värmlands läns landsting. Här har man genom delegation inrättat en styrelse för Hälsohögskolan som ger rektor i stort sett samma handlingsutrymme och studenter och lärare samma inflytande och ansvar som i den statliga högskolan.

Kommuner och landsting har såldes rätt att delegera beslut till organ där lärare och studenter ges möjlighet till representation och inflytande i verksamheten. Det kan med andra ord inte finnas några avgörande hinder för medinflytande även om rättigheten inte garanteras i lag och förordning.

Studentorganisation

Det faktum att studenterna vid de landstingskommunala vårdhögskolorna till skillnad från de statliga högskolorna inte är skyldiga att vara medlem i studentkår, s.k. kårobligatoriet, gör det vanligtvis svårare för studenterna att få ett bredare stöd för sitt engagemang. Kårobligatoriet skapar helt andra förutsättningar inte minst ekonomiskt för det studentfackliga arbetet än en frivillig anslutning till studentkår. Villkoren för att bedriva studentfackligt arbete och medverka i högskolans verksamhet är således inte desamma.

Som tidigare påpekats har regeringen dock möjlighet att utfärda föreskrifter om obligatoriskt medlemskap i studentkår också för de studerande vid vårdhögskolorna. Högskoleverket anser att alla studenter skall ha lika förutsättningar och att regeringen bör utnyttja denna möjlighet.

Utbildning, forskning och forskningsanknytning

Vårdhögskoleutbildningarnas anknytning till forskning betingas i första hand av tillgången till disputerade lärare och deras möjligheter att både undervisa och bedriva egen forskning.

Lsåret 1994/95 var andelen disputerade lärare vid vårdhögskolorna tio procent. Motsvarande andel vid de mindre och medelstora högskolorna var 21 procent och vid universiteten och fackhögskolorna 66 procent.

Sett ur det perspektivet att antalet disputerade lärare vid vårdhögskolorna så sent som för tio år sedan var 1-2 procent är utvecklingen ändå imponerande.

Fortfarande måste ändå sägas att förutsättningarna för att knyta an vårdhögskoleutbildningarna till forskning och vidareutveckla yrkesutbildningarna är begränsade flera skäl.

Lektorerna är få till antalet och måste därmed bära ett mer omfattande ansvar. Vid de vårdhögskolor som både har en liten verksamhetsvolym och ett smalt utbildningsutbud representerar lektorerna dessutom få ämnesområden. Det försvårar möjligheterna att nå en hög kvalitativ nivå inom alla de ämnen och ämnesområden som ingår i programmen för yrkesutbildningarna.

Möjligheterna att rekrytera flera lektorer genom att inrätta nya tjänster är dessutom mycket begränsade på grund av att antalet disputerade lärare inom de aktuella ämnesområdena fortfarande är så få.

Centrumbildningar för vårdforskning

Många landsting har sedan lång tid tillbaka sin verksamhet knuten till statliga högskolor med fasta forskningsresurser och forskarutbildning, genom särskilda avtal om inrättande av centrumbildningar.

Sådana centrumbildningar för vårdvetenskap, omvårdnadsforskning etc som landstingen utvecklat i samarbete med de statliga högskolorna erbjuder vårdhögskolans lärare möjligheter till forskning i form av forskarmånader, möjligheter att delta i forskarseminarier, överbyggande utbildningar för övergång till forskarutbildning etc. Ökningen av antalet disputerade lärare under de senaste tio åren är delvis ett resultat av denna verksamhet.

Däremot har de studerande vid vårdhögskolorna inte någon motsvarande väg öppen till forskning och forskarutbildning och får enligt vad som framgår av avsnitt 4.5 inte någon direkt kontakt med institutioner där forskning och forskarutbildning bedrivs. Vägen till forskning blir på så sätt både svårare och vanligtvis också längre än för studenter i högskolan i övrigt. Det innebär att vårdhögskolestuderande i likhet med sina lärare ofta kommer sent in i forskarutbildningen för att sedan disputerar vid relativt hög ålder.

Skillnaderna mellan de möjligheter vårdhögskolan kan erbjuda de studerande jämfört med den statliga högskolan är i fråga om forskning och forskarutbildning fortfarande stora i synnerhet med tanke på att vårdhögskolorna ännu inte heller har rätt att utfärda kandidat- och magisterexamen. Fördjupade ämnesstudier som leder till dessa examina lägger grunden till fortsatta studier på forskarnivå.

Forskning i anslutning till högskoleutbildning kommer att vara föremål för sedvanlig kvalitetsgranskning.

Resursstyrning

Landstingen visar idag stor variation i fråga om metoderna för beräkning och tilldelning av resurser till vårdhögskolorna.

De statliga högskolor, som har avtal med landsting om vårdhögskoleutbildning, skall enligt ramavtalen ersättas efter samma system som gäller för det statliga utbildningsuppdraget, dvs. avräkning mot förskott av gjorda prestationer efter generella prislappar.

Det finns goda skäl för de landstingsdrivna vårdhögskolorna att tillämpa samma system i sin interna resurstilldelning. De tydliga resultat- och prestationsstimulerande inslagen i statens tilldelningsmodell har haft en positiv inverkan på den ekonomiska medvetenheten inom högskolan och förutsättningarna för en sund ekonomisk styrning och planering. Om alla vårdutbildningar arbetade efter samma eller likartad modell, skulle jämförbarheten dessutom öka och därmed också underlätta samverkan enheterna emellan.

Sammanfattning

Högskoleverket konstaterar att förutsättningarna för statens och landstingens högskolor att erbjuda likvärdiga möjligheter för utbildningarna inom vård och omsorg skiljer sig ifråga om

- ämnesbredd och ämnesdjup,
- den faktiska situationen i tillgången till kvalificerade lärare,
- fakultetsanknytning,
- tjänstestrukturen, rätten att inrätta professurer,
- studenternas möjligheter till forskarutbildning och att avlägga kandidat- och magisterexamen,
- kårobligatorium,
- ledningsorganisation och
- resursstyrning

Högskoleverket föreslår som framgår av det föregående att regeringen vidtar vissa åtgärder när det gäller fakultetsanknytning, kårobligatorium samt resursstyrning och redovisning.

9.4 Kunskapsbildningen inom vård och omsorg

Den organisatoriska och vetenskapliga hemvisten för kunskapsbildningen inom hälso- och sjukvårdsområdet är i hög grad heterogen.

Kunskapsbildningen inom vård och omsorg sker inom universitet och högskolor, kommuner, landsting och näringsliv. Verksamheterna har som sitt gemensamma mål att ”Bota, lindra, trösta”, förebygga sjukdom och ge stöd och omsorg till äldre och handikappade. Det förefaller dock idag oklart om kunskapsbildningen inom hälso- och sjukvården och socialtjänstens äldre- och handikappomsorg bedrivs under optimala betingelser. Frågan är hur samhällets kunskapsmässiga och ekonomiska resurser utnyttjas på effektivaste sätt för att nå samma långsiktiga mål.

Universitet och högskolor

All högskoleutbildning formas i en ömsesidig relation mellan forskning och utbildning. Genom vitaliteten i samspelet mellan studenter och lärare utvecklas högskolekulturen.

Begreppet kunskapsbildning, individuellt och kollektivt, kan sägas förena och sammanfatta högskolans huvuduppgifter på ett kongenialt och produktivt sätt.

Som utgångspunkt för en ny organisation inom hälso- och sjukvårdens område vid Göteborgs universitet ställs därför kunskapsbildningen i centrum. Kunskapsbildningens villkor är centrala och man menar att det är dessa som skall bestämma de organisatoriska ramarna, inte tvärtom.

”Det unika med universitetet är, att det förenar lärande på kollektiv och lärande på individuell nivå. Lärande på kollektiv nivå innebär att vi utvecklar kunskaper som ingen tidigare haft (mänskligheten lär). Detta sker genom forskning. Lärande på individuell nivå innebär att studenter utvecklar kunskaper som är nya för dem själva, men inte för lärare som bistår dem. Detta sker bl. a. genom undervisning. Universitetet är således till för att tänja kunskapens gränser – kollektivt och individuellt.”

(Ferenc Marton och Airi Rovio-Johansson, Göteborgs universitet, 1995)

Kunskapsbildningen inom vård och omsorg sker vid universitet och högskolor huvudsakligen vid medicinsk och odontologisk men också inom matematisk- naturvetenskaplig, samhällsvetenskaplig och humanistisk fakultet.

Vårdhögskolorna bedriver också omfattande kunskapsbildning inom hälso- och sjukvård och omsorg utan entydig fakultetsorganisation delvis med en annan inriktning.

Resultatet av det utredningsarbete som bedrivs vid Göteborgs universitet gör tydligt var tyngdpunkterna i kunskapsbildningen ligger inom de olika utbildningarna. Vid en djupare granskning av det faktiska innehållet i högskolornas utbildningsprogram inom medicin, odontologi och vård och omsorg visar det sig att utbildningarna överlappar varandra men samtidigt också utvecklade skilda profiler. Mycket grovt kan sägas att där universiteten och högskolorna kan ha vissa svagheter i kunskapsbildningen har vårdhögskolorna en styrka och tvärtom.

Med tanke på att de yrkesgrupper som utbildas vid högskolorna senare skall samarbeta intimt och effektivt i en verksamhet med samma gemensamma mål förefaller utbildningens uppdelning i skilda organisationer inte motiverad.

Kunskapsbildningen inom forskning och utvecklingsarbete visar motsvarande mönster.

Landsting och kommuner

Landstingen har på senare år ökat sina satsningar på forskning och utvecklingsarbete (FoU). I landstingen bedrivs FoU-verksamhet i en omfattning som motsvarar 4 procent av landets totala driftskostnader för FoU enligt uppgifter från SCB "Forskning och utveckling inom kommuner och landsting 1994 – en forskningsstatistisk undersökning(1996)". Kostnaderna för vårdhögskolornas FoU är ändå inte inräknade. Landstingens egenfinansiering av det forsknings- och utvecklingsarbete som bedrivs uppgår till 50 procent dvs. ca 1 miljard kr.

I de FoU-politiska utredningarna/programmen betonas att det egna landstingets FoU-satsningar framför allt skall vara "verksamhetsnära" och att det skall röra sig om utvecklingsarbeten snarare än forskning. Flertalet landsting har ambitionen att integrera FoU-aktiviteterna i den dagliga verksamheten. Inom hälso- och sjukvården vill de flesta landsting främja FoU kring andra områden än de rent medicinska som anses redan ha en stark ställning. De prioriteringar som görs kan delas in i tre områden

- befolkningens hälsoproblem
- hälso- och sjukvårdens verksamhetsproblem
- länets problem.

Av landstingens FoU-politiska utredningar/program framgår att de flesta kombinerar centrala satsningar med en decentralisering av FoU-ansvaret. Centrala satsningar kan exempelvis innebära uppbyggnad av en FoU-enhet, placerad inom en vårdhögskola eller fristående från annan verksamhet.

I en särskild studie av landstingens satsningar på forskning och utveckling ges en nationell översikt av verksamheten, Nya nätverk för FoU växer fram, Landstingsförbundet, 1994.

Trots att landstingens FoU-enheter har olika inriktningar och organisation, bildar de ett nätverk som utgör ett nytt och hittills ganska ouppmärksammat inslag i svensk forskning.

På sätt och vis kan det verka som om de landstingsanknutna FoU-enheterna bildar en parallell till de mindre och medelstora statliga högskolorna. Till skillnad från de statliga högskolorna har dock landstingens FoU-enheter oftast sin betoning på just FoU-verksamhet, inte undervisning.

Landstingens FoU-enheter, inklusive vårdhögskolorna, kan enligt rapporten, i bästa fall komplettera varandra.

Slutsatserna i en senare rapport aktualiserar bilden med exempel från utvecklingen av FoU-verksamheten vid vissa landsting, Drivkraften – landstingens satsningar på FoU, Landstingsförbundet, 1995.

Här konstateras att ansvaret för FoU på senare tid tenderar att centraliseras till landstingsledningarna från att tidigare ha varit decentraliserat.

Till slutsatserna hör är att målen för FoU-arbetet behöver bli mer konkreta och strategierna för FoU utvecklas. Tydligare strategier för FoU är också en förutsättning för att verksamheten skall bli ett naturligt inslag i landstingens engagemang i sina regioners utveckling. För närvarande koncentrerar landstingen helt naturligt sina FoU-insatser till de egna verksamheterna, framför allt hälso- och sjukvården.

Sammanfattningen är här att med ett ökat engagemang i regional utveckling och ökande effektivitetskrav behöver samverkan stärkas såväl mellan landsting och kommuner liksom över landstingsgränserna också vad gäller FoU-området.

Kommunerna bedriver sedan lång tid forsknings- och utvecklingsarbete och intresset ökar bland kommunerna för att tillskapa FoU-enheter eller lokala kunskapscentra. Det kan vara enskilda kommuner som själva utvecklar en FoU-enhet eller flera kommuner i ett län som går ihop i en regional enhet. Samarbetspartner är ofta en regional högskola.

Syftet med dessa FoU-enheter är bl a utveckla det vardagsnära arbetet. De utgör en bas för partipatorisk forskning och handlingsinriktat arbete med utvärdering och utveckling av socialtjänsten. De ger också vägledning och "konsulthjälp" i egenutvärdering och i projektarbete. Vidare kan t ex ett praktikcentrum läggas till den arena som ett centra eller FoU-enhet utgör. Det är inte fråga om att tillskapa traditionella forskningsinstitutioner utanför högskolan. FoU-enheterna har ett långsiktigt samarbete mellan forskare och praktiker och kunskapsbildning, lärande och verksamhetsutveckling knyts ihop.

Socialstyrelsen stödjer ekonomiskt och metodmässigt tillskapandet av lokala och regionala FoU-enheter.

Kunskapsbildningen inom hälso- och sjukvårdens område bör enligt Högskoleverket samordnas så att den kommer alla yrkesutbildningar till del i syftet att nå samma gemensamma mål för samhällets vård och omsorg.

9.5 Regional samverkan

Regionernas behov av högt kvalificerad personal förutsätter att högskoleutbildningarna på landets många högskoleorter kan samordnas på ett sätt som underlättar för både studenten och högskoleledningen att effektivt utnyttja de sammanlagda resurserna för högskoleverksamheten.

Om mindre högskoleenheter inom en och samma region kan samordnas i en större enhet skapas högre beredskap vid behov av eventuella förändringar ifråga om utbildningsutbud och dimensionering inom högskolan. I verkligheten innebär detta att den statliga högskolans vetenskapliga kompetens i högre grad kan utnyttjas för vårdhögskoleutbildningarna och vice versa.

Landstingens engagemang i utvecklingen av högskolan i regionen bidrar till att vårdhögskoleutbildningarna ges bättre förutsättningar att utvecklas på lika villkor som högskolans utbildningar i övrigt. Integreringen av statens och landstingens utbildningar innebär dessutom att den statliga högskolans verksamhet förstärks såtillvida att lärarkompetens och utbildningsutbud breddas samtidigt som volymen ökar.

Svårigheterna för en liten högskola, med ett begränsat utbildningsuppdrag, att erbjuda studenterna en stimulerande miljö som ger breda kontaktytor skall inte underskattas. Högskolan måste kunna sörja för att studenterna får ta del av en högskolekultur som stimulerar till studier över ämnesgränser och ger möjligheter till personliga kontakter för fortsatta studier som gör vägen till forskarutbildning naturlig.

För de utbildningar som fortfarande finns inom vårdhögskolor som har en liten volym och ett homogent utbildningsutbud bör olika lösningar diskuteras. En sådana lösning kan vara att vårdhögskoleutbildningar genom avtal integreras i statliga högskoleenheter alternativt genom avtal om samarbete med den statliga högskolan stöds både ifråga om utbildning, forskning och forskarutbildning.

Högskoleverket konstaterar att

- integreringen av vårdhögskoleutbildningarna i den statliga högskolan till viss del förändrar den problembild som gavs i samband med Högskoleverkets tidigare utvärdering,
- erfarenheterna hittills av regional samverkan mellan stat och landsting, trots att de är begränsade och utvecklingen enbart befinner sig i ett inledningsskede, uppenbarligen är mycket goda,
- det inom regionerna finns en utvecklingspotential som hittills inte fullt ut kunnat utnyttjats till följd av den organisatoriska åtskillnaden mellan statens och landstingens högskoleutbildningar,
- de mindre och medelstora högskolorna stärks både ifråga om verksamhetens bredd och volym om vårdhögskoleutbildningarna inordnas i dessa enheter.

9.6 Förändrat ansvar för utbildningar inom vård och omsorg

Utbildning i social omsorg

Högskoleverkets tidigare utvärdering rekommenderade bl.a. att utbildningen i social omsorg inklusive inriktningen mot socialpedagogiskt behandlingsarbete anknöts som särskilda inriktningar till högskolans utbildning i socialt arbete.

Till denna rekommendation anslöt sig såväl Svenska Kommunförbundet, Sveriges kommunaltjänstemannaförbund och Akademikerförbundet SSR. I sitt delbetänkande *Kompetens och kunskapsutveckling* (SOU 1995:58) lade Socialtjänstkommittén fram samma förslag.

Socialstyrelsen har lämnat synpunkter på kompetensbehovet inom vård och omsorg, bl.a. i slutrapporten *Ädelreformen 1996:2* vilken är en sammanfattning av erfarenheterna av reformen sedan den trädde i kraft 1 januari 1992.

Genom Ädelreformen och det utökade hälso- och sjukvårdsansvaret konstateras att den kommunala äldreomsorgen förändrats på ett radikalt sätt, och kraven på personalens kompetens likaså. Socialstyrelsen ifrågasätter om de existerande grundutbildningarna motsvarar de krav som ställs för att nå Ädelreformens mål. Behovet av en noggrann bedömning av denna fråga är därför av största vikt för utvecklingen av äldrevården.

Kompetensen inom verksamheten för social omsorg anser Socialtjänstkommittén behöva både breddas och fördjupas. Med hänsyn till att yrkeskåren ansvarar för en årlig fördelning av resurser motsvarande 60 miljarder kronor förutsätts att kompetensen säkerställs. Yrkesrollen kan indelas i två stora ansvarsområden; myndighetsutövning och arbetsledning. För myndighetsutövningen behövs en grundläggande socialpolitisk, hälso- och sjukvårdpolitisk, arbetsrättslig, juridisk, ekonomisk och administrativ utbildning. Kunskaper om behovsbedömning, dokumentation, metoder för kvalitetssäkring, uppföljning och utvärdering måste utgöra ett stort inslag i utbildningen. Särskilda inslag i utbildningen krävs också för den arbets- och verksamhetsledande funktionen i yrket.

Syftet med Ädelreformen var bl.a. att förbättra vården för den enskilde genom att samordna sociala och medicinska insatser i en enda organisation.

Kompetensen inom socialt och medicinskt arbete måste enligt Socialstyrelsen därför också integreras för att i sin förlängning förbättra vårdtagarens livskvalitet. Överväganden om innehållet i grundutbildningarna behöver göras i syfte att åstadkomma en ny balans mellan olika delar av utbildningsinnehållet motsvarande det kunskapsbehov som finns inom äldreomsorgen. De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) bär här ansvar för ett område som är utomordentligt stort och kräver en ovanlig kombinationen av kvalificerade insatser om sociala och medicinska förhållningssätt, ledning och planering liksom social och medicinsk lagstiftning och deras lokala tillämpningar. Därtill är de verksamma inom ett område där kunskapsinnehållet utvecklas i mycket snabbt tempo.

Behovet av omdaning av grundutbildningen och specialiseringsutbildningarna i den del av vårdsektorn som både berör *äldreomsorg* och *äldre sjukvård* påverkar i själva verket vårdutbildningarna i sin helhet.

Sammanfattning av Socialstyrelsens slutsatser är bl.a. att genomförandet av de förändringar som anses angelägna har långtgående konsekvenser för utbildningsanordnare och för vårdarbetsmarknaden. Skall äldreomsorgen kunna utvecklas positivt är det viktigt att de nya kunskaper som genereras genom forskning också integreras i vårdutbildningarna. Vidare ger enligt Socialstyrelsen forskningsanknytningen de studerande möjligheten att under utbildningstiden tillägna sig ett vetenskapligt förhållningssätt, dvs. ett reflekterande förhållningssätt som de behöver för att senare vara kompetenta att självständigt söka, kritiskt granska och integrera ny kunskap.

Bredare högskoleengagemang för utbildningen i social omsorg

Sedan utvärderingen av de medellånga vårdutbildningarna genomfördes har situationen i högskolan förändrats såtillvida att den sociala omsorgsutbildningen tillsammans med utbildningar inom vårdområdet integrerats i vissa statliga högskolor enligt de särskilda avtal som skrivits med landstingen.

Möjligheterna har därmed öppnats för att utveckla utbildningen för verksamhet inom social omsorg genom nya ämneskombinationer med stöd av de övriga ämnen som är representerade i högskolan om än inte alltid där utbildning anordnas i socialt arbete.

Det framtida behovet av förstärkt yrkeskompetens inom kommunernas äldreomsorg har bidragit till att flera högskolor planerar för alternativa

program där utbildning inom området för social omsorg eller socialt arbete breddas genom kombinationer med bland annat vårdinriktade ämnen. Uppgifterna inom den sociala omsorgsverksamheten med inslag av myndighetsutövning, arbetsledning, etc aktualiserar också ett bredare ämnesinnehåll och en mer flexibel utbildning. Enligt Högskoleverkets bedömning kan detta utvecklingsarbete visa sig vara fruktbart och förslagen är värda att prövas.

Prognoserna om efterfrågan på utbildade inom social omsorg pekar på ett överskott på lång sikt. Det kan ha sin grund i att utbildningen inte ligger på en tillräckligt hög nivå men också i att ämnesinnehållet inte är anpassat till verksamhetens behov.

För att högskolan skall kunna ge den kvalificerade utbildning för verksamhet inom socialtjänstens äldre- och handikappomsorg som krävs föreslår Högskoleverket att

- ansvaret för att utbilda personal för yrkesutövning inom den sociala omsorgsverksamheten överförs till de statliga högskolor som anordnar såväl vårdhögskoleutbildningar som utbildningar för socionomexamen eller i samhällsvetenskapliga och beteendevetenskapliga ämnen eller andra ämnen som förutsätts krävas för kompetensutvecklingen inom socialtjänstens äldre- och handikappomsorg.

Förutsättningen för denna förändring är att berörda högskolor kan tillgoda behovet av kunskaper i ”kärnämnen” för framtida arbete med äldre och funktionshindrade. Utbildningen skall leda till kandidatexamen.

Vidare föreslår Högskoleverket att

- påbyggnadsutbildningar för verksamheter inom socialtjänstens äldre- och handikappomsorg utvecklas i anknytning till såväl sjuksköterskeutbildningen som andra lämpliga vårdutbildningar och att motsvarande påbyggnadsutbildningar inom vårdområdet utvecklas med anknytning till utbildning för socionomexamen eller i andra närliggande samhälls- och beteendevetenskapliga ämnen
- social omsorgsexamen avvecklas som yrkesexamen och utgår ur förteckningen över yrkesexamina bilaga 3 i högskoleförordningen

- utbildningen för socialtjänstens äldre- och handikappomsorg utvecklas i samarbete med huvudmän och övriga intressenter.

Tandhygienistutbildning

Vid utvärderingen bedömdes att inte någon av tandhygienistutbildningarna ännu nått upp till en högskolenivå. Rekommendationen blev därför att utbildningen ses över med hänsyn till innehållet i den yrkesmässiga delen och anknytningen till övriga tandvårdsutbildningar.

Sedan utvärderingen genomfördes har förhandlingar avslutats för regeringens senare godkännande om överföring av ansvaret för vårdhögskoleutbildningarna i Stockholm, Göteborg och Umeå. I så fall kommer också tandhygienistutbildningen i dessa regioner att föras över till högskoleenheter som också bedriver tandläkarutbildning och samordningen av utbildningarna kan genomföras. Detta torde bidra både till att

- stärka kvaliteten i tandhygienistutbildningen genom tillgången till högre lärarkompetens framför allt i oral medicin och till att
- förtydliga gränsdragningen mellan tandläkarens och tandhygienistens professionella kompetens.

Högskoleverket föreslår som tidigare framhållits för närvarande ingen ändring av rätten att utfärda tandhygienistexamen vid någon högskola. Skall tandhygienistutbildningen oavsett var den anordnas hålla samma kvalitativa nivå förutsätts dock att de högskolor som inte har tillgång till kvalificerad lärarkompetens samordnar sin utbildning med högskolor där denna kompetens finns.

9.7 Framtidens vårdhögskoleutbildning

Regeringen har i sitt uppdrag till Högskoleverket begärt underlag för ställningstagande till dels en framtida geografisk fördelning av vårdhögskoleutbildning, dels om staten bör ta ansvar för vissa vårdutbildningar i framtiden och så fall vilka.

Den tidigare överlämnade utvärderingen gav framför allt bedömningar om enskilda utbildningar. Högskoleverket har i denna utredning betonat ytterligare faktorer som rör en hel högskoleenhets möjlighet att fullgöra sitt

uppdrag på ett kvalitativt tillfredsställande sätt. Högskoleverket lägger nu ej fram förslag om vilka enheter som skall finnas eller inte finnas eftersom verket anser att det föreligger stora potentialer i det förändringsarbete som redan pågår.

För att goda kvalitativa förutsättningar skall råda anser Högskoleverket att högskolorna i sitt förändringsarbete

- utvecklar en högskolestruktur som ger likvärdiga villkor för vårdhögskoleutbildningar och övriga utbildningar i högskolan
- stärker forskning och forskningsanknytning bl.a. genom fakultetsanknytning
- ökar andelen disputerade lärare till 30 procent inom tio år
- vidareutvecklar verksamheten i syfte att skapa en stimulerande högskolekultur för såväl studenter som lärare
- utvecklar internationellt samarbete
- utvecklar utbildningen så att den motsvarar förändrade krav i yrken för verksamhet inom vård och omsorg,
- ökar antalet kliniska lärartjänster och högskolelektorat
- befämjar jämställdheten bl.a. genom att verka för fler män i utbildningarna

Högskoleverket kommer inom tre år att även följa upp den nationella strukturen utifrån dessa utgångspunkter.

Högskoleverket föreslår därför

- att fortsatt samordning av högskoleutbildningen inom stat och landsting eftersträvas och stimuleras.

En framtida nationell struktur där vårdhögskoleutbildningarna integreras i den statliga högskolans utbildningsutbud bör med stor sannolikhet leda till att de resurser som samhället totalt avsätter för högre utbildning kan utnyttjas mer rationellt och effektivt.

Högskoleverkets förslag innefattar därför även

- att sådana tekniskt administrativa hinder för att högskolan skall kunna samordna och samutnyttja resurser från stat och landsting för

utbildningarnas gemensamma ändamål löses i förhandlingarna mellan stat och landsting.

10 Ett nytt statsbidragssystem

Inledning

Utgångspunkterna för förslaget till ett nytt statsbidragssystem för de vårdhögskoleutbildningarna är de direktiv som givits i regeringens uppdrag.

Dessa anger att statsbidraget om möjligt ska bidra till framväxten av en mer rationell struktur för vårdhögskoleutbildningarna. Utformningen kan innebära att utbildning på vissa orter stöds eller att statsbidragets andel av totalkostnaden differentieras mellan olika utbildningar. Särskilt gäller det de utbildningar som i hög grad är riksrekryterande, dvs utbildningar som endast finns på ett fåtal orter. Det framhålls vidare att ett nytt system bättre skall överensstämma med det resurstilldelningssystem som gäller för de statliga universiteten och högskolorna.

Eftersom inga kostnadsökningar för någon part får föreslås är det ca 20 % av finansieringen som är tillgänglig för direkt styrning genom statsbidragen.

Karakteristiskt för systemet för resurstilldelning till de statliga högskolorna är att ett högsta möjligt ersättningsbelopp fastställs, att endast prestationer ersätts, att ersättningen är preliminär och slutregleras efter årets slut samt att uppdragen preciseras för varje högskola. De ersättningsbara prestationerna avser dels registrerade helårsstudenter, dels avklarade helårsprestationer. Det statliga systemet tar, vid sidan av det faktiska skapandet av högskolor, inte ställning till lokaliseringen av de olika kurserna och programmen. Den uppgiften ansvarar de lokala organen för.

De nuvarande systemen för resurstilldelning till landstingens vårdhögskolor innebär som redovisats ovan en svag styrning. Det särskilda statsbidraget fördelas med hänsyn till volym utan att differentieras med hänsyn tagen till t.ex. skillnad i kostnadsnivå. Den utjämning mellan landstingen som det inomkommunala utjämningssystemet åstadkommer kompenserar enbart för skillnader i utbildningsvolym, inte för skillnader i kvalitet eller kostnadsnivå. Därtill kommer att statsbidraget motsvarar en begränsad andel av den sammanlagda kostnaden för en vårdutbildning, varför styreffekten blir mer begränsad än om staten hade stått för en större andel. Själva statsbidragsnivån

torde i sig ha en viss effekt på dimensioneringen, dvs. landstingens ställningsstagande till hur många utbildningsplatser som skall erbjudas, respektive med vilken inriktning.

Kostnadsstrukturen

Kostnaderna för olika vårdutbildningar varierar idag mycket mellan olika landsting. Till en del kan sådana skillnader hänföras till ofullständigheter i redovisningen och de olika resurstilldelnings- och uppföljningssystem som tillämpas. Till en del är det sannolikt så att ambitionsskillnader landstingen emellan skapar olika kostnader. Vidare varierar kostnaderna beroende på utbildningarnas karaktär och volym:

- 1 Sjuksköterskeutbildningen, som anordnas vid alla vårdhögskolor, är den överlägset största utbildningen. I normalfallet har den tillräckligt stor volym för att medge vissa stordriftsfördelar och effektiv resursanvändning.
- 2 Det finns andra mindre utbildningarna, som i vissa fall kräver dyrbarare utrustning eller andra kostnadsfördyrande insatser som ligger på en högre resursnivå.
- 3 Det sociala omsorgsprogrammets bägge inriktningar och utbildningen i missbrukarvård har samtliga en markant lägre resursnivå än de övriga programmen.

För de vårdhögskoleutbildningar som överförts till statliga högskolor beräknas, enligt gällande ramavtal mellan staten och de berörda landstingen, ersättningen till högskolorna enligt det system som i övrigt tillämpas för de statliga högskolorna. Man kan därvid konstatera att sjuksköterskeutbildningen drar kostnader i nivå med den statliga prislappen för vård (ca 69 000 kr), medan det sociala omsorgsprogrammet har en kostnadsnivå som ligger närmare den samhällsvetenskapliga prislappen (ca 28 000). Totalkostnaden ligger på ca 40 000 kr/plats. De övriga programmen har varierande prislappar, men ligger i flertalet fall högre än sjuksköterskeprogrammet.

De påbyggnadsutbildningar som ska ge sjuksköterskor specialistkompetens utgör ett speciellt problem. De hänförs på flertalet högskolor till sjuksköterskeprogrammet, trots att de är påtagligt dyrare än det ordinarie programmet. Fördyringen beror på att det normalt är små grupper och att antagningen i vissa fall är oregelbunden.

Diskussion

Ett system som differentierar statsbidraget beroende på vilken utbildning det är fråga om skulle innebära en detaljerad styrning av utbudet. Det skulle kräva en motsvarande detaljerad uppföljning och rapportering.

En detaljerad styrning via statsbidragssystemet skulle inte harmoniera med det statliga resurstilldelningssystemet eftersom detta innebär en långtgående decentralisering inom de ramar som beslutas av riksdagen. Vidare kan konstateras att ett differentierat statsbidrag skulle ge ganska svaga ekonomiska styrsignaler eftersom det i sig motsvarar knappt 20 % av landstingens kostnader för vårdutbildningarna.

Verkets beräkningar visar att den faktiska ekonomiska styreffekten för de flesta landsting/kommuner skulle bli marginell om skillnaderna i ersättning mellan olika program hålls inom rimliga gränser. Med en i stort sett dubblad prislapp för flertalet små utbildningar eller med en rabatt om 50 procent för t.ex. sociala omsorgsutbildningen blir förändringen av landstingets totala kostnader trots allt bara i storleksordningen 3-5 procent (ca 8 procent som högst).

Högskoleverket finner det heller inte lämpligt att detaljstyra vårdutbildningarna genom statsbidragssystemet med utgångspunkt i bedömningar om utbildningens kvalitet.

Vidare anser Högskoleverket att det är tveksamt om graden av riksrekrytering skulle vara en lämplig variabel att differentiera statsbidraget efter. Utbildningar med liten nationell dimensionering kan inte erbjudas på mer än ett fåtal orter och blir därmed riksrekryterande. För det utbildningsansvariga landstinget är det främst kostnaderna som innebär problem. Det har alltid varit och kommer sannolikt också i framtiden att innebära fördelar för de orter och län som har en bred och omfattande högre utbildning. Riksrekryterande utbildningar blir därmed snarast en tillgång, så länge merkostnaderna inte innebär orimliga åtaganden.

Ett särskilt problem med anknytning till statsbidragssystemet utgör den avtalsbundna kostnadsneutraliteten för de vårdhögskolor som inlemmats i en statlig högskola. Kravet på kostnadsneutralitet och "full kostnadstäckning" innebär att utvecklingsarbete och olika former av integration med verksamheter inom dessa högskolors ordinarie statliga uppdrag försvåras. Det bör vara möjligt att konstruera former för redovisning och uppföljning som över tiden säkerställer kontrollen av användningen av de statliga medlen

utan att man i varje verksamhet ständigt måste kunna verifiera kostnads-
täckningen.

Förslag till nytt statsbidragssystem

Riksdag och regering bör via statsbidragssystemet stödja utbildning med hög kvalitet för de yrkeskategorier som bedöms spela avgörande roller för att upprätthålla en god vård. Högskoleverket finner det inte möjligt att nu peka ut vilka vårdutbildningar i landstingens regi som inte skulle kvalificera sig för statsbidrag.

Ett nytt statsbidragssystem bör vara enkelt och lätt att överblicka. Det bör konstrueras efter samma grundprinciper som det resurstilldelningssystem som tillämpas vid de statliga högskolorna.

I likhet med det statliga resurstilldelningssystemet föreslås ett fastställt takbelopp, motsvarande högsta möjliga ersättning för varje landsting/kommun. Takbeloppet beräknas på samma grunder som takbeloppen för de statliga högskolorna och med hänsyn tagen till att bidraget endast avser att täcka en mindre del av totalkostnaden. Bidraget utbetalas ränteneutralt till landstingen som förskott, t ex på samma sätt som till de statliga högskolorna.

Med hänsyn till att statsbidraget även fortsättningsvis avses finansiera endast en mindre del av de totala kostnaderna är en ersättning för redovisade helårsprestationer (HÅP) tillräcklig. Det är inte nödvändigt att också beräkna ersättning för registrerade helårsstudenter.

En enhetlig vårdprislapp skapas för statsbidragen till vårdhögskoleutbildningarna. Den bör bestämmas till en fixerad procentandel av summan av gällande ersättning för helårsstudent och helårsprestation med prislapp Vård i det statliga resurstilldelningssystemet.

Prislappen bör inte knytas till utbildningsområden på samma sätt som för de statliga högskolorna. Istället bör den nya ”vårdprislappen” vara generellt tillämplig för all vårdutbildning. Bidrag ska lämnas för helårsprestationer av alla registrerade studenter.

Efter budgetårets slut redovisar landstingen verkliga prestationer under året och en avräkning mot förskottet görs. Eventuellt ej intjänat belopp återbetalas till statskassan med ränta.

Det nya systemet bör naturligtvis inte ge ersättning för uppdragsutbildning.

Bilaga 2

Yrkeskunnande och yrkeskompetens – en intervjustudie

I Inledning och syfte

Denna kartläggning som har genomförts av Rikard Eriksson, Tema Hälsa och samhälle vid Linköpings universitet, är ett led i en fortsatt utvärdering av de medellånga vård- och omsorgsutbildningarnas förmedlande av yrkeskompetens. Bakgrund är den bedömning som regeringen uttryckt i direktiven till det nu aktuella uppdraget att den tidigare rapporten *Vårdutbildningarna i högskolan* (Högskoleverkets rapportserie 1996:7 R) inte gav tillräckligt utrymme för frågor om förmedlande av yrkeskunnande och yrkeskompetens.

Kartläggningen avser nyutexaminerades yrkeskompetens i sex vård- och omsorgsyrken och den utgår från två övergripande frågor:

- hur ser yrkeskompetensen ut hos de som genomgått de nya medellånga vård- och omsorgsutbildningarna?
- hur påverkar de nya medellånga vård- och omsorgsutbildningarna yrkeskompetensen inom vård- och omsorgsyrkerna?

Kartläggningen har inriktats på i vilken utsträckning de som genomgått de nya medellånga utbildningarna utövar sitt arbete med säkerhet och trygghet, om de på ett fullgott sätt hanterar ett osäkert samhällsklimat och ständigt föränderliga verksamhetsområden, samt om kompetensen i de sex yrkena är rustade för framtidens krav. Syftet är att beskriva väsentliga delar i vad som krävs för att vara skicklig inom vart och ett av de vård- och omsorgsyrken som kartläggs, samt att bedöma om de nyutexaminerade är skickliga på ett sätt som det är rimligt att begära av nykomlingar i dessa yrken. De som intervjuats är yrkesverksamma som gått någon av de nya medellånga vård- eller omsorgsutbildningarna samt deras närmaste arbetsledare. Perspektivet är således den exekutiva vårdens- och omsorgens omdöme om yrkeskompetens.

Följande funktioner inom vård- och omsorgsyrkena betraktas i kartläggningen utgöra grundläggande kompetenser

1. ta initiativ och vidta åtgärder med syfte att främja och förebygga uppkomsten av fysisk och psykisk ohälsa hos patienten/klienten,
2. ansvara för enskilda patienters/klienters vård/omsorg,
3. medverka vid och i vissa fall utföra undersökningar och behandlingar,
4. informera och instruera enskilda patienter/klienter, deras närstående samt handleda studenter och medarbetare,
5. följa, utnyttja och medverka i forsknings- och utvecklingsarbete,
6. planera sitt arbete, arbeta i grupper, leda arbetslag och samarbeta med andra yrkesföreträdare,
7. i yrkesrollen kunna hantera förändringar på organisationsnivå, inom den dagliga vården/omsorgen och i samhället generellt.

Funktionerna baseras på *Socialstyrelsens allmänna råd om tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska* (SOSF 1995:15) samt *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor* (SOS 1995:5). De har arbetats om för att bli generella och kunna gälla för samtliga vård- och omsorgsyrken som omfattas av kartläggningen. Socialstyrelsens allmänna råd baseras i sin tur på Hälso- och sjukvårdslagen och Åliggandelagen. I Åliggandelagen understryks att det är betydelsefullt för kvaliteten på vården och omsorgen att yrkena utövas i överensstämmelse med ”beprovad erfarenhet och vetenskap” (2 § ÅL 1994:953). Inom varje yrkesgren är deras arbete i princip detsamma och vilar på samma vetenskapliga grund oberoende av var i landet det utövas” (SOS 1995:5, s.3). Det är också viktigt för dessa yrken att inskolning och uppmärksamhet från arbetsledningen plus god handledning sköts tillfredsställande (6 § ÅL 1994:953).

Utöver kunskaper och färdigheter i punkterna 1-7 inbegriper kompetens inom vård- och omsorg att den yrkesverksamme har förmåga till självständig och kritisk bedömning av omständigheter som är relevanta för arbetet; att han eller hon självständigt kan lösa problem inom sitt verksamhetsområde samt följer kunskapsutvecklingen inom yrket; att han eller hon har självkännedom och god social kompetens i arbetet med patienter/klienter och kollegor. Detta tillägg baseras i stor utsträckning på Högskolelagens allmänna mål 1 kap. 9 § (SFS 1993:100). Tillägget har också många likheter med det processkriterium för högskolemässighet *Vårdutbildningar i högskolan* ställer upp (Högskoleverkets rapportserie 1996:7 R, s. 54).

I sammanhanget bör understrykas att de teoretiska och forskningsanknutna delarna i vårdhögskolornas program betraktas som avgörande för att studenterna utvecklar kompetenta sätt att verka i det framtida yrket (se SOSF 1995:15, SOS 1995:5 och SFS 1993:100). Mot denna bakgrund arbetar kartläggningen med följande definition av yrkeskompetens: *att vara yrkeskompetent inom vård- och omsorg innebär att i integrerad form ha praktiska färdigheter, ett vetenskapligt förhållningsätt och personlig mognad* (jfr. SOU 1995:58). Denna definition skiljer sig från vad som traditionellt förstås som kompetens, vilket ofta hänförs till formell behörighet eller praktisk händighet i ett yrke. I framtiden kommer vård- och omsorgsyrkerna med all sannolikhet att verka i mer komplexa och föränderliga verksamheter. Därför är det viktigt att bestämningen av vad det är att vara kompetent anpassas till dessa omständigheter. Yrkenas kompetens, dvs grundläggande teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter, bör kompletteras med förmågor att hantera de mer komplexa och föränderliga verksamheterna.

Den kartläggning som presenteras i denna bilaga är genomförd med intervjuer av yrkesverksamma sjuksköterskor, barnmorskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, omsorgspersonal och tandhygienister, samt deras närmaste arbetsledare. Samtliga intervjuade som inte är arbetsledare har genomgått någon av de nya medellånga vård- eller omsorgsutbildningarna. För grupperna sjuksköterskor och omsorgspersonal avsågs intervjuerna omfatta 10 yrkesverksamma och 10 arbetsledare. För de övriga yrkesgrupperna avsågs intervjuerna omfatta 5 yrkesverksamma och 5 arbetsledare. Boden, Stockholm, Eskilstuna, Göteborg och Malmö är orterna där intervjuerna genomfördes. Syftet med urvalet var att få så stor geografisk spridning som möjligt. Sammanlagt var avsikten att genomföra 80 intervjuer. Bortfallet blev 15%, vilket är ett gott resultat med hänsyn till den korta tid rektorerna vid vårdhögskolorna hade på sig att få fram intervjupersoner. De 68 intervjuerna spelades in på band och skrevs ut med transskriberingsteknik. Det utskrivna materialet uppgår till 480 A4:a-sidor.

I redovisningen av kartläggningen presenteras varje yrke för sig. Presentationens form är likadan för samtliga yrken och den följer rubrikmässigt utvärderingens definition av yrkeskompetens. Det gör att redovisningen av varje yrke inleds med *Praktiska färdigheter*, efter det följer *Vetenskapligt förhållningsätt*, och därefter *Personlig mognad* för att sedan avslutas med ett sammanfattande avsnitt. Rapporten utmynnar i en kommentar som fokuserar på framtiden.

2 Sjuksköterskor

Praktiska färdigheter

Med praktiska färdigheter avses "hantverket", såsom att lägga om sår, ge injektioner, sätta venflon, sköta droppapparat, dela medicin m. m. Detta inbegriper därför det egna handlaget samt förmågan att på ett fullgott sätt hantera teknologi och instrument. En generell tendens från intervjuerna med arbetsledarna är att de praktiska färdigheterna kräver att den yrkesverksamme arbetar sig in i avdelningens rutiner. De menar att det till stor del går att förbereda de yrkesverksamma vad gäller "hantverket" genom praktiken, men att det finns delar som inte går att få annat än i det verkliga arbetet. Ett exempel på detta illustreras av följande citat från intervjun med en arbetsledare på en medicinavdelning: "De får de flesta praktiska bitarna i utbildningen, men det är ju orimligt att kräva att de skall kunna allt när de kommer ut och börjar jobba. Det finns ju hur mycket apparatur som helst, så jag tror att det är svårt att täcka in allt i utbildningen". I de yrkesverksammans beskrivningar av vilka svårigheter de möter när de börjar arbeta lyfts ett annat perspektiv på samma tema in. Många nämner droppapparat som ett exempel. De utbildade har kunskaper om hur droppapparat fungerar i grunden, men finns så många tillverkare på marknaden att de krävs tid för att lära känna de speciella egenskaper varje fabrikat har. När det gäller de sjuksköterskor som går direkt från gymnasiet till utbildningen, och alltså inte arbetat som undersköterskor, menar en del arbetsledare att de "helt gröna" ibland har svårt att tillgodogöra sig de "rent tekniska" bitarna under praktikperioden. De anser att detta faktum gör kravet på handledning under praktiken högre för dem som är nya inom vården, samt att inskolning av denna grupp kräver mer insatser. Arbetsledarna understryker också de nya sjuksköterskornas orädsla för att använda datorer. De menar att i ett traditionellt kvinnoyrke har datorer och teknologi inte beaktats tillräckligt tidigare och att det är viktigt att behärska datorer när de nya systemen för dokumentation börjar införas:

Ja, efter så kort anställning tycker jag att hon behärskar datorn bra, för vi använder oss ju av datorer när det gäller operationshandlingar och återbesöksplanering. Det är väl den yngre generationens orädsla för datorer som gör att det fungerar. För övrigt när det gäller de mer tekniskt specifika områdena med sprutor och kanyler och allt det där, så behärskar hon det med säkerhet.

Citatet visar också på arbetsledarnas allmänna tilltro till de nya sjuksköterskornas förmåga att hantera ”mer tekniskt specifika områden med sprutor och kanyler”. Tilltron överensstämmer med de yrkesverksamma som anser sig generellt väl förberedda vad gäller teknologi och instrument. Många hävdar att de praktiska färdigheterna ”faller på plats” relativt snabbt när de väl börjat arbeta och de ser dem inte som en ensam förutsättning i vad som krävs för att vara en skicklig sjuksköterska. Följande citat är ett exempel på uppfattningen:

Jag tror inte det viktigaste är själva teknikkunnandet. Det är klart att du måste kunna det, det är en självklarhet, men du behöver inte vara superduktig på all de där apparaterna, det är inte bara det det handlar om när det gäller (...) Du måste kunna apparaterna, men inte till 105%. (...) Det spelar ingen roll hur mycket tekniskt kunnande du har om du inte lyckas med att skapa trygghet och att fånga upp patienten som mår dåligt både fysiskt och psykiskt.

I citatet framstår ”teknikkunnandet” som en självklar del i yrkeskompetensen, vilket också är fallet i de flesta av de yrkesverksamma sjuksköterskornas beskrivningar. Med en viss reservation för några av de nya sjuksköterskor som går direkt från gymnasiet till utbildningen utan att arbeta som vårdbiträde eller undersköterska, framställer både arbetsledare och yrkesverksamma praktiska färdigheter som en mindre betungande del i yrkeskompetensen.

Ett vetenskapligt förhållningssätt

Att ha ett vetenskapligt förhållningssätt som sjuksköterska innebär för det första att arbetet utövas i överensstämmelse med de vetenskapliga principerna i omvårdnad och biomedicin (jfr. m. 2 § ÅL 1994:953). Det innebär för det andra att sjuksköterskan har en problematiserande inställning till arbetet i dess helhet, att han eller hon kan perspektivisera sina egna uppfattningar; att han eller hon respekterar andras åsikter på ett ödmjukt sätt; att han eller hon systematiserar sin nyfikenhet och är neutral i sin yrkesroll. Ett vetenskapligt förhållningssätt betraktas som en viktig förutsättning för sjuksköterskans agerande som professionell i yrket (Eriksson 1994). Det här avsnittet handlar om den andra delen av det vetenskapliga förhållningssättet. Det fokuserar på att sjuksköterskorna läst ett moment med Forskning och utveckling i utbildningen samt skrivit ett examensarbete, och om detta påverkar hans eller hennes arbetssätt. En första generell tendens är att de nyutexaminerade genom FoU menar sig ha utvecklat ”ett

kritiskt förhållningssätt”. Det innebär för det första att de inte ”köper” till exempel läkemedelsrepresentanternas redovisningar helt och fullt utan jämför olika preparats biverkningar, kostnader och effekter. Det omfattar också att de är mer prövande i relationen med kollegor och främst överordnande, vilket ibland kan upplevas påfrestande men oftast ses som om de har professionell auktoritet. Följande citat illustrerar detta: ”Just det här kritiska tänkandet tycker jag är bra att vi fått, att man lärt sig att inte tro på allt man läser och hör, att man skall alltid vara kritisk och använda sin fantasi, och att man skall vara öppen och vara beredd på förändringar”.

Citatet rymmer två andra delar som är signifikanta i sammanhanget, dels att många nytexaminerade och arbetsledare menar att FoU i utbildningen ger en sjuksköterska som är idérisk och inspirerande, dels att han eller hon har en utvecklad förmåga att hantera förändringar. Följande citat från en arbetsledare förstärker den här bilden:

Hon har en flexibilitet, ser till vilka andra möjligheter det finns än de som ligger i dager och är nogra med att man måste leta fram alla möjligheter som finns. Hon har en annan vidsynthet, som jag tror kan kopplas till den nya utbildningen. Hon kan leta upp vad andra kommit fram till och ta till sig det, men hon ser också möjligheter att själv undersöka situationen.

En del arbetsledare har svårigheter att förstå varför sjuksköterskorna läser ett moment FoU. De menar att detta skulle ligga som ett tillval och inte som en obligatorisk del i utbildningen. Och de anser att nytexaminerade sjuksköterskor har fullt upp med att komma in i arbetet på avdelningen. Dessa arbetsledare förefaller ha en mer traditionell syn på yrkeskompetens som inte lever upp till framtidens krav inom yrket. Citatet som följer ger ett exempel på uppfattningen:

Personligen tycker jag att man skall vänta med forskning och utveckling tills man är färdig sjuksköterska: Man har så fullt upp med övriga kunskaper som man måste ta till sig. Jag hör många som säger ”Varför måste vi göra det här examensarbetet?”. (...) och jag tror att man har så fullt upp med sin egen roll som sjuksköterska när man kommer ut.

En annan viktig del från FoU-momentet är att kontinuerligt göra anteckningar som beskriver arbetet på avdelningen. Speciellt arbetsledarna lyfter fram två aspekter som viktiga. För det första bör de nytexaminerade ha med

sig kompetens att i skrift formulera sig kring arbetet, och de känner värdet i att dokumentera arbetet, som handlar om att färre sjuksköterskor idag är ansvariga för fler patienter. Denna omständighet gör dokumentationen mycket viktig då sjuksköterskorna inte har rapportering i grupp i samma utsträckning som tidigare. I stället gäller att när han eller hon börjar ett pass inleds det med läsning av omvårdnadsjournalerna. Citatet som följer beskriver situationen:

Det är bra då det gäller att utveckla arbetet så patienten får det bättre. Sedan har vi ju det här med dokumentationen. Ju färre vi är på avdelningen desto viktigare är det att dokumentera så var och en kan gå in och läsa vad som hänt och vad som skall göras. Det gör att vi inte behöver lägga så mycket tid på rapporterna, utan vi rationaliserar ett moment.

Enligt många arbetsledare har momentet forskning och utveckling i utbildningen stor betydelse för de nyutexaminerades vardagliga arbete på avdelningarna. Arbetsledarna menar även att detta kan knytas direkt till den enskilde patientens totala hälsa, då den nyutexaminerade med hjälp av systematiken i den vetenskapliga metoden följer upp behandlingen av en patient på ett mer noggrant sätt. I deras beskrivningar ges forskning och utveckling, som ofta uppfattas som ett diffust moment, direkt relevans för patientens välmående: "När det gäller vetenskaplig metod innebär det till exempel om en patient har ont och jag ger smärtstillande vet jag att jag måste utvärdera det och inte bara ge patienten medicin utan jag måste följa upp det hela".

När det gäller arbetsrelationen mellan sjuksköterskor med en tidigare utbildning och de nyutexaminerade förs resonemang om hur den nya sjuksköterskan blir bemött av äldre kollegor. Under den här intervjustudien förekommer inte liknande tankegångar i så stor utsträckning. Snarare visar arbetsledarna som ju tillhör "den äldre generationen" stor insikt i varför den nya sjuksköterskeutbildningen är upplagd som den är. Flera nyutexaminerade anser att det inte råder någon konkurrenssituation mellan äldre och nyutexaminerade, då de med tidigare utbildning bygger sin professionella auktoritet på erfarenheter. Vad som visar sig i intervjuerna är en mer nyanserad arbetsrelation som kan illustreras med följande citat: "Många har uppskattat att jag kommit med dokumentationen. Det har blivit så att de äldre stöttar och visar mig hur jag använder instrumenten och rutiner, och så stöttar jag dom med hur vi tänkte i skolan kring dokumentationen".

Personlig mognad

Denna del i yrkeskompetensen är svårast att sätta fingret på. Samtidigt visar det sig i intervjuerna att just social kompetens, självkänedom, förmåga att samarbeta, och självständighet framställs som mer eller mindre avgörande för att vara skicklig i arbetet som sjuksköterska. Många arbetsledare beskriver de nytexaminerade som säkra på ett sätt som de inte upplevde att de var när de började arbeta. Arbetsledaren menar att dagens sjuksköterskor i stor utsträckning inger den säkerhet och trygghet i relationen med patienten som är en förutsättning för att framstå som professionell: ”Intrycket jag har fått är att hon är lugn, hon inger förtroende och trygghet i arbetet med patienten och det är ju en viktig egenskap”. I arbetsledarnas beskrivningar av de nytexaminerades kontakter med andra vårdinrättningar och myndigheter i arbetet visar de sig att en del har rent praktiska svårigheter i början. De nytexaminerade vet inte vilken instans de skall vända sig till med en viss fråga eller i ett speciellt ärende. Men i själva kontakten med andra vårdinrättningar och myndigheter anser de flesta att hon eller han sköter resonemang och information på ett fullgott sätt. Följande intervju, som illustrerar detta, visar också hur arbetsledaren jämför sin äldre utbildning med den nya:

I min (arbetsledarens) grundutbildning på tre terminer utbildade man sig till läkarassistent. Vi läste inte några beteendevetenskapliga ämnen annat än några poäng psykologi. I den nya utbildningen ser man ju mer på hela människan, medan vi formades ju bara för att utföra läkarens ordinationer. Idag får sjuksköterskorna en mer tydlig yrkesroll som gör dem mer själständiga i arbetet, det har jag märkt på min avdelning.

Personlig mognad visar sig också i de nytexaminerades beskrivningar av vad som krävs för att vara skicklig i arbetet som sjuksköterska. Många inleder med att det gäller att bemöta patienten med hänsyn och ödmjukhet och att inte gå in i arbetet på ett sätt som patienten upplever som kränkande eller att hans eller hennes åsikter inte uppmärksammas. En viktig del som de nytexaminerade anser vital för professionaliteten är att bemöta patienten som en medmänniska och arbeta utifrån hur de själva skulle vilja bli bemötta om de skulle hamna i samma situation som patienten: ”Ett psykosocialt arbetssätt innebär att patienten inte bara är en patient som skall botas, att det inte bara handlar om en sjukdom utan om annat, som familjen”.

En annan viktig aspekt i personlig mognad är att många av de nytexaminerade menar att de idag på ett generellt plan har ett mer perspektiverat

betraktelsesätt än före utbildningen. Någon talar om att hon förr stred för sin sak utan att ge vika en tum men att hon idag är mer diplomatisk. En annan menar att han idag kan se en händelse, eller något han gjort från flera perspektiv och att det inte alltid är hans eget perspektiv som är rätt.

Avslutningsvis beskriver många av de nyutexaminerade hur det är att komma ut i vården med den nya utbildningen. I samarbetet med kollegor pekar de på att det inte går att vara alltför drivande med egna åsikter om arbetssätt, tankar om förändringar av rutiner och uppfattningar om medarbetares arbetssätt, trots att de känner sig entusiastiska i arbetet. De beskriver ett slags diplomatiskt förhållningssätt gentemot undersköterskor, läkare och framför allt äldre kollegor som pekar på att samarbetet med dessa fungerar. Följande citat illustrerar denna situation:

Jag har hört en del om att det skall vara så svårt att komma in och samarbeta med äldre kollegor och bli accepterad, men det tycker jag inte har varit något problem. Det gäller nog att inte komma som ny och säga för mycket utan ta ett steg i taget och bli bekant med dom först.

Sammanfattning av de nya sjuksköterskornas yrkeskompetens

Att vara yrkeskompetent som sjuksköterska kräver att de nyutexaminerade har en gedigen grundkunskap i anatomi, sjukdomslära och farmakologi som ger yrkesidentitet, tyngd och auktoritet. Med denna tydliga yrkesidentitet kan sjuksköterskan skapa den trygghet i arbetet med patienten som också är väsentlig. Det omfattar även goda färdigheter i praktiska moment, vilket bl.a. innebär att vara ”flink och snabb med händerna” när det gäller att hantera instrument och apparatur. En arbetsledare sammanfattar yrkeskompetensen med metaforen ”den kliniska blicken”. Att ha den innebär att i mötet med en ny patient mer eller mindre direkt kunna bedöma vad du skall göra som sjuksköterska, vad du skall fråga patienten ”utan att direkt rusa iväg och hämta en doktor”.

Kopplat till den kliniska blicken är förmågan att prioritera arbetsuppgifter, dvs. att *se* vilka av samtliga arbetsuppgifter i en given situation som har företräde och prioritet över andra. Att vara skicklig som sjuksköterska kräver också kännedom om yrkesgrupper sjuksköterskan arbetar med. Denna kunskap menar en del arbetsledare att de nyutexaminerade brister i. Kompetensen kräver även att patienten behandlas som en individ och därför bemöts med respekt för den personliga integriteten. Det gäller därför inte att

se patienten som ett vårdobjekt, vilket många sjuksköterskor menar att en del av läkarkåren fortfarande gör.

Då det blivit allt viktigare att dokumentera sjuksköterskans arbete på ett tillfredsställande sätt menar några arbetsledare att utbildningen bör fokusera mer på det svenska språket, vilket de nytexaminerade enligt dem har brister i. Och då dokumenteringen av arbetet i framtiden kommer att göras i datormiljö är det viktigt för yrkeskompetensen enligt både arbetsledare och nytexaminerade att sjuksköterskan åtminstone lär sig att använda ordbehandlingsprogram. Att vara skicklig i arbetet omfattar också enligt många nytexaminerade och ett fåtal arbetsledare att kontinuerligt utvärdera insatserna och att driva på ett ständigt utvecklingsarbete på avdelningen utifrån dessa utvärderingar. Vad som sammanfattningsvis talar för att de nytexaminerade generellt kan sägas vara yrkeskompetenta är tendensen att de flesta intervjuade har ett helhetsperspektiv på arbetet som sjuksköterska, där majoriteten av de moment som räknats upp i det här avsnittet framstår.

3 Social omsorg

Praktiska färdigheter

I det här avsnittet kommer generella drag som krävs för att vara skicklig på ”hantverket” inom social omsorg att beskrivas. Omsorgen har delats in i två övergripande yrkeskategorier, en som arbetar med förståndshandikappade inom dagverksamheter och gruppboende och en yrkeskategori som arbetar med en vidare grupp handikappade samt inom äldreomsorgen. Exempel på yrken inom kategori två är biståndsbedömare, LSS-handläggare och behandlingsassistenter vid ett akututredningshem för familjer med problem. Den andra gruppen skiljer sig från den första mest genom att yrkena inom den andra mer konsultativt. Klienterna skiljer sig också från varandra. I kategori ett förekommer enbart förståndshandikappade. I kategori två finns äldre, fysiskt handikappade, psykiskt handikappade samt människor med flera handikapp samtidigt. De nytexaminerade i den första kategorin arbetar som både arbetsledare och vårdare i t ex gruppboende. De praktiska färdigheter som denna grupp kräver är kopplade till den boendes vardagsliv så som reparationer i hemmet, montering av datorer, tv, video, köksutrustning, gräsklippare, inredning av boende: ”Det handlar ju om vardagen, och praktiska saker kopplade till de boendes liv, som att köpa en video och koppla in den, eller att montera ihop en säng, och då gäller det ju att inte styra helt i arbetet”.

Vidare har de nyutexaminerade i många fall hand om de boendes vardagliga ekonomi, vilket enligt dem ställer krav på att kunna redovisa omständigheter som berör ekonomin på ett tillförlitligt sätt. ”Jag hade ju med mig treårigt gymnasium så det var inget problem det här med redovisning. Men det var ju många som tyckte att det var för lite ekonomi (i utbildningen) och det är ju viktigt att det här med klienternas pengar hanteras korrekt”. En tendens som nyutexaminerade från båda kategorierna berör är att de använder datorer i arbetet utan att riktigt kunna hantera dem. Några menar att det genom hela utbildningen talades om att examensarbetet skulle skrivas i datormiljö, men att det inte fanns tillräckligt många därför att tillgå och att en del därför kände sig tvingade att köpa egna. I de nyutexaminerades arbete är det främst ordbehandling som används, men man saknar även grundläggande kunskaper för att själva kunna hantera enkla fel: ”Man förutsatte hela tiden att vi skulle skriva det (examensarbetet) på dator och sen var den kursen frivillig, jag tycker att det bör tillhöra allmänbildningen idag att kunna använda en dator”.

Vad gäller LSS-handläggaren nämner några arbetsledare att de praktiska färdigheterna i stor utsträckning handlar om att veta i detalj hur viktiga intressenter fungerar för att på så sätt agera korrekt i kontakten med dem: ”LSS-lagen är ju sådan att den kräver att man vet hur försäkringskassan, kommunen och landstinget fungerar för att kunna samarbeta med många olika aktörer på dessa nivåer”.

Ett problem som en del arbetsledare lyfter fram när det gäller både biståndsbedömare och LSS-handläggare är svårigheter att hantera externa kontakter med till exempel försäkringskassan. Arbetsledarna menar att de nyutexaminerade bör vara mer förberedda på hur de bör uppträda i dessa förbindelser. Följande citat exemplifierar detta: ”Hon är lite för tuff ibland, hon skulle behöva slipa ner sina kanter och se kontakterna mer som ett givande och tagande”. LSS-handläggarens teknik handlar om att på ett noggrant sätt genomföra en utredning av en handikappads behov av stöd. Systematiken i förfarandet kan liknas med en utvärdering av en verksamhet, t ex en utbildning, och de flesta arbetsledarna ser att de nyutexaminerade handläggarna behärskar denna teknik. Detta illustreras med följande citat: ”Hon arbetar med flera olika insatser i nuläget och gör kvalificerade utredningar där man skall matcha den sökandes handikapp mot kriterier, och bedöma vad han eller hon uppfyller för att sedan ta beslut. Det gäller att arbeta systematiskt, speciellt när du har flera ärenden i luften samtidigt”.

Ett vetenskapligt förhållningssätt

Att ha ett vetenskapligt förhållningssätt inom social omsorg innebär sammanfattat att de verksamma har en problematiserande inställning till arbetet i dess helhet, att han eller hon kan perspektivisera sina egna uppfattningar; att han eller hon respekterar andras åsikter på ett ödmjukt sätt; att han eller hon systematiserar sin nyfikenhet och är neutral i yrkesrollen (jfr. Eriksson 1994). Ett vetenskapligt förhållningssätt betraktas som en viktig förutsättning för att agera professionellt i yrken inom social omsorg. Det här avsnittet fokuserar på att den nyutexaminerade läst ett moment med Forskning och utveckling i utbildningen, skrivit ett examensarbete, och om detta påverkar hans eller hennes arbetssätt. Momentet med FoU i social omsorgsutbildningen tycks utifrån både arbetsledare och nyutexaminerade ha haft stor betydelse för deras sätt att arbeta när de kommer ut. Det framstår som mycket betydelsefullt för deras professionella auktoritet. Följande citat är ett koncentrat som mycket väl sammanfattar vad fler av de intervjuade lyfter fram som väsentligt:

När det gäller FoU och arbetet idag så var det roligt bara just det att veta hur en rapport skall se ut formellt. Det är också bra att ha med sig om man skall göra en utvärdering av sin egen verksamhet. Och kanske är det just det att jag lärt mig ta ett steg tillbaka och tänka över läget om det blir stressigt. Jag rycks liksom inte med för mycket, utan kan ha en neutral distans till jobbiga situationer som jag tror är bra för arbetet. Sen tar man inte allt för givet. Man ifrågasätter mer än före utbildningen. Och man ser inte saker och ting i svart eller vitt utan grått, eller mer nyanserat. Det har också lett till att lilla jag har en grund som gör att jag törs diskutera.

Den nyutexaminerade som i citatet ovan är både arbetsledare och vårdare. Han arbetar 50% som arbetsledare på en dagverksamhet och 50% som vårdare på ett gruppboende. I citatet pekar han på att han genom att ha läst FoU i utbildningen kan bedöma kvaliteten på rapporter och artiklar. Han anser sig även vara kompetent att följa upp sin egen verksamhet för att säkra dess kvalitet och han talar också om att ”ta ett steg tillbaka” som en strategidels för att hantera påfrestande situationer dels för att inte bli för engagerad i arbetet, vilket, som han ser det, varken är bra för honom eller de boende. FoU har även enligt honom gjort att han hela tiden är på väg i arbetet, att det inte bara löper på utan sätts under lupp och granskas. Han menar också att han utvecklats som person och idag har en självkänsla som gör att han inte bara *kan* resonera om verksamhetens utveckling, han har också mod att göra det.

En arbetsledare anser att ”hennes” nyutexaminerade inte har någon nytta av FoU delen i arbetet. Hon hävdar att de teorier och metoder som presenterades på kursen inte var överförbara på hennes verksamhet: ”Jag kände att det var ganska verklighetsfrämmande. Jag jobbar väldigt konkret, mycket konkreta saker och konflikter och så och så kom hon (den nyutexaminerade) dit med sina teorier och så och då kände jag att det blev för verklighetsfrånvarande”. En nyutexaminerad som är behandlingsassistent på ett akututredningshem för barn och familjer med svåra hemförhållande pekar på två aspekter som gör FoU användbart för henne direkt i arbetet. Den ena innebär att FoU ger yrkesrollen en professionell befogenhet – hon kan hänvisa till vetenskapliga rön i resonemang med kollegor, andra instanser och med klienter. Den andra handlar om att hon utvecklat ett speciellt sätt att tänka i arbetet, som påverkar henne i det vardagliga jobbet på ett sätt som gör att hon till exempel är intresserad av att utveckla rutiner, och att hon inte tar omständigheter i arbetet för givna. Detta sätt att tänka och agera i arbetet är vad man kan kalla att ha *ett vetenskapligt förhållningssätt*:

Forskningsbiten i utbildningen är bra på två olika sätt. Det ena handlar mer om vad man har forskat om och vilka resultat man kommit fram till, och det kan jag ha för ett ge tyngd åt mina beslut. Det andra är något annat, inte bara forskningen, utan att inte ta för givet ”för så har vi alltid gjort och så ska vi göra i fortsättningen”. Det handlar om att bli nyfiken på hur det kan vara på andra institutioner, vad det finns för forskning där och hur man kan utveckla sitt genom att titta på hur de arbetar.

Några arbetsledare till nyutexaminerade LSS-handläggare hävdar att det är för få utanför den sociala omsorgen som vet vilka yrken som utbildningens två riktningar skapar möjlighet att verka inom. Därför ser de FoU som ett instrument med vilket yrkena inom den sociala omsorgen har möjlighet att skapa sig en mer distinkt identitet. Att förvetenskapliga den sociala omsorgen anses även ge en politiskt yrkesmässig styrka vid till exempel löneförhandlingar. Citatet som följer illustrerar resonemanget: ”Det här med forskning och utveckling skulle tillföra mycket. Det skulle ge professionen (LSS-handläggare) lite mer stringens och den skulle bli mer tydlig”.

Personlig mognad

Ett exempel på personlig mognad inom social omsorg är LSS-handläggarnas förmåga att på ett fullgott sätt hantera kontakter på tre olika nivåer: klienter,

myndigheter och medarbetare. De psykiskt handikappade är en ny grupp som LSS-handläggaren har att arbeta med, vilken många av de intervjuade anser svårt. De menar att utbildningen inte ger tillräckligt för att de på ett tillfredsställande sätt kan hjälpa de psykiskt handikappade. Anledningen är att de inte riktigt vet hur de skall vara i kontakterna med en del psykiskt handikappade som, enligt några nyutexaminerade, kan formulera sig och agera på sätt som är svåra att förstå: ”Den senaste tiden har det varit mer och mer psykiatri, och det kommer fler eftersom kommunen får över ansvaret för denna grupp från den psykiatriska sjukvården. Det känner jag att vi hade alldeles för lite i skolan om. Det skulle vara mer psykiatri och att man får göra praktik inom psykiatri”. Många arbetsledare anser att yrket som LSS-handläggare ställer stora krav på personliga egenskaper och de menar att många av de nyutexaminerade, och även de unga, är skickliga på att hantera de svåra situationer flera som söker stöd befinner sig i. En arbetsledare hävdar att det kanske vore bättre om psykologer tog över arbetet, men tillägger sedan att den yrkesgruppen förmodligen inte skulle vara kvalificerade att göra arbetet, då de inte har den administrativa och juridiska kompetens som krävs:

Arbetet (som LSS-handläggare) är ju så oerhört brett och förutom det att de skall genomföra utredningar så skall de ju träffa de här människorna som utredningarna handlar om. Det är ofta människor som är väldigt utsatta, som kanske precis fått reda på att de lider av en svår muskelsjukdom, eller kanske har fått ett handikappat barn. Det gör att det krävs fingertoppskänsla, att man skall ta reda på fakta utan att kränka och såra personen.

I citatet som följer beskriver en arbetsledare hur en LSS-handläggare arbetar just fingertoppskänsligt. Och den nyutexaminerade beskrivs vara på ett sätt som förefaller mycket svårt och som pekar på personlig mognad. Arbetsledaren menar att den nyutexaminerade i kontakten med en person som söker stöd både skall vara neutral med ett visst yrkesmässigt avstånd till den sökande samtidigt som hon skall vara känslomässigt engagerad. Hon beskrivs alltså inte som kallhamrat avståndstagande eller att hon med hull och hår blir känslomässigt engagerad i klienten. Det professionella i bemötandet handlar därför, enligt arbetsledaren, om att uppträda på ett sätt präglad av något från båda extremerna. Citatet som följer visar resonemanget:

Ja, det är hon (den nyutexaminerade) väldigt duktig på, att närma sig människor. Se som söker sig till oss är ju människor med svåra funktionshinder, och man

hamnar i situationer som är väldigt känslomässiga. Människor som drabbats av en olycka är i kris. Då känner hon med bra men samtidigt har hon distans till det obehagliga. Det är ju väldigt lätt att bli för involverad eller att man blir cynisk.

En nyutexaminerad habiliteringsassistent inom individ- och familjeomsorgen beskriver att hon genom utbildningen lärt sig agera på ett mer försiktigt och diskret vis. Tidigare hade hon en förmåga att köra över personer hon resonerade med. Idag förhåller hon sig mer avvaktande och ”lyssnar in” klienter, medarbetare och representanter från andra institutioner. Hon har alltså gjort avkall på sin spontanitet till förmån för ett mer beräknande förhållningssätt som hon menar är mer fördelaktigt i arbetet. Hennes utveckling samlar upp en tendens som många nyutexaminerade beskriver, vilket traditionellt ses som en utveckling mot personlig mognad:

Jag har kontakt med anhöriga, handikappsekreterare om lagen om särskilt stöd till handikappade (LSS), läkare, tandläkare, frisör, fotvård. Under utbildningen fick vi en bit med kommunikation, och jag tycker att jag har bra användning för den idag. Man har lärt sig lyssna på folk men också att lyssna in dom, alltså mer vad de är ute efter mellan raderna, och man har väl blivit mer smidig än förut då man höll på sitt stenhårt.

Sammanfattning av yrkeskompetensen bland nyutexaminerade från social omsorg

Det här avsnittet baseras på frågan som intervjuerna med både arbetsledarna och de nyutexaminerade avslutades med: Vad krävs för att vara skicklig i arbetet där den nyutexaminerade arbetar? Hur bör yrkeskompetensen se ut? Avsnittet beskriver vad som, enligt de intervjuade, krävs för att vara skicklig i de två yrkeskategorier de intervjuade delats in i. Den första kategorin arbetar med förståndshandikappade inom dagverksamheter och gruppboende och den andra arbetar med en vidare grupp handikappade samt inom äldreomsorgen. Som redan nämnts skiljer sig den sist nämnda gruppen från den första genom att yrkena inom den, exempelvis LSS-handläggare, arbetar mer konsultativt.

Inledningsvis krävs det för att vara yrkeskompetent i den första kategorin, som rymmer verksamheter inom dagverksamheter och gruppboende för förståndshandikappade, att ha goda kunskaper om den förståndshandikappades speciella egenskaper och karaktärsdrag. Det krävs en god kunskap om

den förståndshandikappades sätt att tänka och agera. För det andra krävs det att du kan känna med den förståndshandikappades situation, att du har en förmåga att sätta dig in i hur det skulle vara att inte förstå saker och ting på samma sätt som vi normala. För att kunna göra det behöver du ha goda kunskaper om ditt eget sätt att reagera och agera – du behöver självkännedom. Du bör vara grundtrygg som människa och ha personlig integritet. Du bör för det fjärde kunna ta ett steg tillbaka och reflektera över det du gör och situationer som kan uppstå i arbetet. Det innebär också att du skall planera ditt arbete, följa upp det och kritiskt granska dina insatser för att eventuellt kunna föreslå förändringar av exempelvis rutiner som inte fungerar som de borde.

Den andra yrkeskategorin, som arbetar mer med utredningar av vilka stöd handikappade och äldre behöver för att klara av att leva ett någorlunda drägligt liv, har, enligt de intervjuade, följande profil vad gäller yrkeskompetens. För det första krävs det goda kunskaper om lagen för speciellt stöd till handikappade (LSS), men vad gäller lagar behövs även goda kunskaper i Hälso- och sjukvårdslagen. Det behövs också goda kunskaper om de olika kategorier av funktionshinder som finns, samt goda kunskaper om förståndshandikappade. Yrkeskompetensen inbegriper även färdigheter i att administrera arbetet, dvs. att lägga upp en plan för hur ett ärende skall hanteras och sedan systematiskt genomföra utredningen. Arbetet kräver också god kännedom om hur sjukvården, försäkringskassan och hemtjänsten arbetar. Denna kunskap är en förutsättning för att klara av kontakterna med dessa instanser på ett fullgott sätt. Dessa externa kontakter fordrar även ett diplomatiskt förhållningssätt som baseras på god självkännedom och samtalsmetodik. Att ha god självkännedom är också en förutsättning för att kunna hantera mötet med människor i kris som t ex nyligen blivit rullstolsbundna; ett möte där respekten för individens integritet ibland kolliderar med behovet av fakta för att kunna genomföra utredningen. Utredningsarbetet kräver även färdigheter i att planera, genomföra och sedan utvärdera varje utredning som ett projekt i sig. Avslutningsvis omfattas yrkeskompetensen av en simultan förmåga då man alltid har flera utredningar gående samtidigt.

4 Barnmorskor

Praktiska färdigheter

De nyutexaminerade barnmorskorna som intervjuats arbetade antingen på förlossning, BB eller gynekologavdelning. En viktig inslag som många arbetsledare tog upp var speciellt de yngre nya barnmorskornas svårigheter att veta vad som skall ges preferens åt när det är många arbetsuppgifter som samtidigt kräver uppmärksamhet. Arbetsledarna knöt bristen delvis till att de unga barnmorskorna inte arbetat som sjuksköterskor så länge att de skapat sig de erfarenheter som gör att ”den kliniska blick” utvecklas, som enligt arbetsledarna gör att barnmorskan ser vad som skall ställas i första rummet av alla uppgifter som pockar på uppmärksamhet:

Ja, hon är relativt ung, ja. De som jobbat länge i yrket utvecklar rutiner som graderar vilka arbetsuppgifter som är viktigast att göra först. Man vet vad som är viktigt och mindre viktigt, man vet hur prioriteringen skall gå till och det kommer väl med åren tror jag.

Samtidigt som de flesta arbetsledare som påpekar bristen menar att den hänger ihop med hur länge man arbetat som barnmorska, efterlyser de att utbildningen på något sätt förbereder de nyutexaminerade på att kunna prioritera bättre än vad de kan idag. Den apparatur och de instrument som oftast förekommer inom förlossning är CTG-apparat för att kontrollera barnets hjärt- och lungverksamhet, och då både dosa med som fästs med rem på magen och med skalpnål som fäst på barnets huvud. Vidare används eventuellt sug för att rensa barnets andningsvägar efter förlossningen. Många lyfter fram händerna som ett viktigt ”instrument” samt den traditionella trätratten. Tidigare låg det på barnmorskan att lägga sugklocka och sköta utgångstänger, men idag sker det endast på delegation från ansvarig läkare. När det gäller att hantera instrument på ett tekniskt fullgott sätt förefaller det inte vara några punkter som de nyutexaminerade barnmorskorna framstår som mindre kompetenta på än andra, vilket är mycket anmärkningsvärt. Svagheten ligger snarare på, som redan lyfts fram, att veta vid vilket tillfälle en åtgärd skall gå före en annan. Och i och med att en barnmorska ibland exempelvis sköter tre förlossningar samtidigt, handlar svårigheten när det gäller teknologi, enligt de nyutexaminerade, om att hålla i huvudet vilka åtgärder som är gjorda på varje förlossning och vilka utslag apparaturen gjorde sist gång barnmorskan var inne hos en födande kvinna. Svårigheten handlar därför om att hålla isär värden från apparatur, t ex

fosterhjärtslag, för de olika kvinnorna barnmorskan förlöser: ”Jag tycker att det är svårt att hinna med alla bitar samtidigt. Det är ett stort område och det är mycket stress, man skall klara väldigt mycket samtidigt”.

En viktig del i barnmorskans arbete på förlossningen är att fortlöpande dokumentera arbetets gång. Några av de intervjuade anser att det krävdes mycket för att sätta sig in i systemet för dokumentation, speciellt när de inte lärt sig hantera datorer under utbildningen: ”Vi har ju datorer där allt skrivs in. Jag var ju inte så van att använda såna när jag kom så det var svårt. Vi hade det på utbildningen men kanske borde ha mer”.

En arbetsledare hävdar att ”händerna håller på att försvinna” inom förlossningsvården, och att de nya barnmorskorna kanske förlitar sig för mycket på teknologi och då främst CTG-apparatur. Hon menar att det finns en risk att hantverket urvattnas i och med att förlossningar idag har teknifierats i stor utsträckning. Samma arbetsledare efterlyser därför att utbildningen inriktas mer på att de kommande barnmorskorna i större utsträckning lär sig behärska att känna efter hur barnet mår med händerna.

Ett vetenskapligt förhållningsätt

Enligt många arbetsledare har barnmorskorna trots att det är ett kvinnoyrke något av en särställning inom vården. Deras professionella auktoritet är hög både i förhållande till läkare och till sjuksköterskor. Anledningen, enligt samma arbetsledare, är att de arbetar mycket självständigt samt att arbetet handlar om att i bokstavlig mening lotsa ut nya människor i livet. Flera av de nytexaminerade pekar på att momentet med forskning och utveckling (FoU) hjälper dem i det vardagliga arbetet: ”Den här biten (FoU) är viktig, bara det att kunna utvärdera sitt eget arbete och gå vidare och utveckla arbetet på avdelningen, men också för att kunna ta del av artiklar och rapporter och kanske driva något litet projekt själv”. Den intervjuade lyfter fram på tre aspekter som gör att hon har användning för FoU i arbetet. För det första är hon mer systematisk i den meningen att hon inte bara arbetar på, utan följer arbetet, väger de insatser hon gör mot varandra och bedömer deras resultat och konsekvenser. För det andra är hon kompetent att ta till sig den vetenskapliga utvecklingen inom sitt område. Avslutningsvis ser hon möjligheter att själva utveckla sitt arbete. För några av de nytexaminerade har FoU i huvudsak bidragit till att de kan följa den allmänna utvecklingen inom sitt arbetsområde och de vet var de söker efter nya rön och forskningsrapporter: ”Det kommer

så mycket nytt hela tiden och då gäller det ju att hålla sig a jour om saker och ting”.

Merparten av de intervjuade arbetsledarna ser inte att de nytexaminerade har någon användning för kunskaper i FoU i det dagliga arbetet. De menar istället att nyttan med FoU i barnmorskeutbildningen ligger i att ett fåtal kommer att gå vidare och verkligen genomföra forskning som kan leda till att till exempel förlossningsvården utvecklas:

Det är ju viktigt att titta på många saker, att man förbättrar, att man forskar på ett område och sedan gör på ett annorlunda sätt än förut. (...) Ett exempel är när man klipper upp vid förlossning. Jag la alltid sneda klipp men så blev det vetenskapligt belagt att det var bättre att klippa rakt och då gjorde man det sen.

Arbetet med förlossningar består enligt några av de nytexaminerade av att gå en balansgång. Å ena sidan bör man låta naturen ha sin gång och inte medikalisera en naturlig process, vilket innebär att låta paret, och framförallt kvinnan, själv bestämma hur hon vill genomföra födandet. Å andra sidan måste barnmorskan kontrollera förloppet och om komplikationer kan inträffa – han eller hon måste ha en strikt vetenskaplig medicinsk kontroll av fostrets status. Denna balansgång framstår som svår att hantera för de nya barnmorskorna:

Födandet handlar ju om en frisk process och då måste parets önskemål få gälla i så stor utsträckning som möjligt. Det är inte min uppgift att gå in och styra, utan det gäller att följa parets val av sätt att föda barnet, och det ställer väldigt höga krav på barnmorskan, att både ta hänsyn till det rent medicinska perspektivet och samtidigt tillgodose parets önskemål.

Vid en jämförelse mellan sjuksköterskorna och barnmorskorna där sjuksköterskorna bl.a. använder det vetenskapliga förhållningssättet som en strategi för att ge sitt yrke formell auktoritet, visar det sig att barnmorskorna inte resonerar i samma banor. Det kan hänga ihop den distinkta yrkesroll som barnmorskorna har och som ger dem auktoritet i kontakten med både över- och underordnade.

Personlig mognad

I arbetsledarnas beskrivningar av vad som krävs för att vara en skicklig barnmorska nämns personlig mognad ofta tillsammans med lång livserfarenhet. De menar att en förutsättning för att vara en skicklig barnmorska är att både ha arbetat en längre tid men också att ha fått livserfarenheter. Några arbetsledare knyter personlig mognad direkt till åldern, medan andra menar att många nytexaminerade och yngre barnmorskor visar egenskaper som kan hänföras till personlig mognad. De sistnämnda arbetsledarna hävdar att de nytexaminerade barnmorskornas trygghet och styrka på detta område kan relateras till den nya sjuksköterskeutbildningen:

Jag tycker att de nya sjuksköterskorna är teoretiskt duktigare och tyngre i sin yrkesroll än sina föregångare. Ja det går ju inte att generalisera, men de jag mött är mycket ambitiösa och vill väldigt mycket och de flesta av dessa sjuksköterskor hamnar inom kvinnokliniken med ambitionen att bli barnmorskor. De nya sjuksköterskorna är på ett sätt steget före oss som gick den gamla sjuksköterskeutbildningen och som sen blev barnmorskor.

I många av de nytexaminerades resonemang om arbetet framträder indirekt att de i psykologisk mening är vuxna sin uppgift som barnmorska. Det visar sig bl.a. i att några pekar på hur viktigt det är att inte bara ha full medicinsk kontroll över varje förlossning utan att också se till den födande som en individ och känna av hur hon mår känslomässigt. Det visar sig i många nytexaminerades ambition i arbetet att få med sig den som föder på ett sätt där hon inte enbart upplever sig vara i händerna på en sjukvårdande där barnmorskan styr arbetet till hundra procent, utan att den födande själv och även eventuell partner är engagerad i förlossningen. Följande citat illustrerar resonemangen:

Det handlar ju mycket om att undvika komplikationer i både medicinskt och psykiskt hänseende. Komplikationer kan vara att man blir tvungen att göra ett kirurgiskt ingrepp och det kan även vara ett psykiskt trauma (...) Det handlar om att få paret att känna sig delaktiga i förlossningen. Det är väldigt viktigt, annars skapar det väldigt mycket stress om jag styr för mycket och de känner sig tvingade att göra saker som de kanske inte känner för.

När det gäller den nytexaminerade barnmorskorna och deras handledning av sjuksköterskestudenter och barnmorskestuderande framstår de som personligt mogna när de beskriver vad handledningen är bra för. De menar

inte bara att den tjänar till att hjälpa de blivande sjuksköterskorna och barnmorskorna, den har även betydelse för deras eget arbete.Handledningen tvingar dem att sätta ord på sitt arbete, att tänka efter och förklara och motivera varför de gör på ett visst sätt och inte på ett annat. Den gör att de får perspektiv på sitt arbete, vilket anses vara värdefullt för att upprätthålla yrkeskompetensen: ”Jo, den (handledningen) ger mig möjligheten att reflektera över mitt arbete och så tycker jag att det ger nya infallsvinklar och man får frågor som gör att man måste börja tänka efter”. Många arbetsledare pekar på att utbildningen är för koncentrerad och ibland för fokuserad på den medicinska biten som de samtidigt menar är grunden som barnmorskan måste stå på. Enligt dessa arbetsledare skulle en längre utbildning med fler moment av psykologisk karaktär förbereda de nyutexaminerade på att mer tillfredsställande kunna omhänderta kvinnan som skall föda: ”Utbildningen är så komprimerad med tonvikt på det medicinska som man absolut måste kunna. Sedan kommer den här psykosociala biten, omvårdnadsbiten, och den måste man få utveckla under en längre tid”.

Sammanfattning av de nya barnmorskornas yrkeskompetens

Det här stycket baseras på frågan som intervjuerna med både arbetsledarna och de nyutexaminerade avslutas med: Vad krävs för att vara skicklig i arbetet där den nyutexaminerade arbetar? Hur bör barnmorskans yrkeskompetens se ut? Det mest betydelsefulla enligt både arbetsledarna och de nyutexaminerade är att ha en ordentlig teoretisk grund. Denna grund krävs för att kunna fatta snabba beslut i kritiska situationer. Att ha goda kunskaper i fostrets anatomi och fysiologi ses också som en förutsättning för att ha ett gott handlag i förlossningskonsten – med kunskaperna sker en naturlig koppling mellan teori och praktik. Grunden ger även barnmorskan en självständighet i sin yrkesroll vilket betraktas som värdefullt.

Den andra del som de flesta nyutexaminerade lyfter fram är att vara stresstålig och ha ett stort tålamod. Det gäller att kunna behålla lugnet i akuta situationer. En arbetsledare beskriver det som ”att vara något av en akutvårdsmänniska”.

En tredje del i att vara skicklig som barnmorska är att kunna prioritera i arbetssituationen, vilket innebär att kunna bedöma vilken åtgärd och patient som har prioritet framför en annan. Arbetsledarna menar att prioriteringen kommer med antalet yrkesår. De menar att förmågan att se

arbetet, med till exempel tre förlossningar samtidigt, som en helhet är en förutsättning för att kunna göra kompetenta prioriteringar.

Det fjärde dominerande momentet i beskrivningarna av vad som krävs för att vara skicklig i arbetet handlar om handlaget. En arbetsledare menar att det krävs att man har ett slags motorisk kompetens som kanske inte alltid går att lära upp. En annan menar att hantverket å ena sidan går att träna upp genom antalet förlossningar, men att arbetet också kräver en ovetenskaplig intuitiv känsla för födandets konst. Några arbetsledare menar att trots att födandet bör betraktas som en frisk process bör de nya barnmorskorna ha mer kunskaper om komplikationer och eventuella sjukdomar barnet kan ha och som kanske inte är uppenbara direkt efter förlossningen.

Några nytexaminerade ser förmågan att kunna samarbeta med kollegor som mycket betydelsefull för yrkeskompetensen. Dessa menar också att det är viktigt att vara öppen för nya kunskaper och att kunna tänka framåt. De här tre avslutande punkterna lyfter inte arbetsledarna in i sina beskrivningar och är därför unik för de nytexaminerade.

5 Tandhygienister

Praktiska färdigheter

Med praktiska färdigheter avses ”hantverket”, såsom att skrapa tandsten, bedöva, laga, putsa, använda tandstickor. ”Hantverket” inbegriper det egna handlaget samt förmågan att på ett fullgott sätt hantera teknologi och instrument. Före den inledande beskrivningen av de olika delarna i tandhygienistens yrkeskompetens inleds, är det viktigt att säga något om yrkesgruppens speciella situation i tandvården. Enligt en av de intervjuade tandläkarna finns det 3000 för många tandläkare i Sverige idag. Samtidigt gör tandhygienisterna anspråk på att få formella mandat att genomföra tandvårdande åtgärder som tidigare varit förbehållna tandläkarna. Till denna situation läggs att det kostar mer än någonsin för den enskilde individen att idag vårda sina tänder, samtidigt som det privatekonomiska läget i Sverige gör att människor prioriterar tandvård lägre än tidigare. Det föreligger alltså en situation där tandhygienisterna vädrar morgonluft av två anledningar: det finns för många tandläkare samtidigt som att de kan ses som billigare om en tandhygienist genomför åtgärder som tandläkaren tidigare hade monopol på. Dessa omständigheter har varit svåra att utelämna vid

analysen av intervjuerna. I sammanhanget bör också påpekas att samtliga nyutexaminerade har tandläkare som arbetsledare. När det gäller de nyutexaminerades praktiska färdigheter menar några arbetsledare att utbildningen har en svaghet idag som handlar om att en del tandhygienistlärare inte arbetar kliniskt:

En del av hygienistlärarna jobbar inte kliniskt, vilket jag tycker är ett måste. En tandläkare som håller på med tandläkarutbildningen måste vara kliniskt verksam, det är en föränderlig värld och den måste även tandhygienisterna vara anpassad till när de kommer från utbildningen.

I de nyutexaminerades beskrivningar av sitt arbete framträder ett brett spektrum av praktiska färdigheter, vilka kan kopplas till undersökningen av en patient. Som första del nämns ”vanlig undersökning” som innebär att se om det finns hål, om det förekommer tandlossning eller kariesangrepp. Vad det gäller att kunna vid de här undersökningarna är t ex att avgöra vilken status tänderna har. De nyutexaminerade ser svårigheter i att ibland avgöra vilken åtgärd t ex ett hål kräver. Citatet som följer illustrerar dessa svårigheter:

Det gäller att kunna se om det är ett hål eller inte. Speciellt vid gränsfall är det svårt att avgöra eftersom man inte lagar idag om det finns chans att hålen läker ut själv (...). Sen är det ju fortfarande krångligt att avgöra om den här lagningen skall bli en krona eller om det behövs tandreglering eller bettskena.

När det gäller att hantera instrument på ett fullgott sätt menar de flesta nyutexaminerade att de är väl förberedda genom utbildningen på de traditionella tandhygienistområden som undersökningssond, pincett, att skrapa tandsten manuellt med handinstrument eller med ultraljud, polera tänder, att arbeta med tandtråd och -sticka samt att lägga bedövning i överkäken. Ett område som beskrivs som svårare än de andra är att kunna se tandsten på röntgen. Vad gäller borttagning av tandsten menar de flesta att ultraljud är enklare att använda än traditionella handinstrument som kräver att du är ”lätt på handen”, dvs att man har god finmotorik och inte darrar på handen:

Ja, det hade vi på utbildningen. Vi fick använda handinstrumenten sedan när vi kom ut och det presenterades då var det skönt att kunna. Det var samma med ultraljuden, det var bra för vi hade med oss grundtekniken som krävdes för båda instrumenten.

De nytexaminerade förefaller alltså kunna hantera instrument på ett fullgott sätt. Vad arbetsledarna däremot invänder mot när det gäller just instrument och teknologi är för det första att de nytexaminerade behöver mer kunskaper om material som används vid lagning, samt den praktiska hanteringen av de olika materialtyperna som finns. Detta är viktigt då tandläkaren idag har möjlighet att delegera terapi på karies till tandhygienisten. En andra del är, enligt några arbetsledare, att de nytexaminerade har ett gott praktiskt handlag men att de saknar ett övergripande perspektiv på behandlingen av t ex tandsten. Konsekvensen blir att tandhygienisten inte i så stor utsträckning som är önskvärt är tillräckligt kompetent att avgöra normen för en behandlingen som exempelvis berör hur länge tandstenen på en patient skall skrapas och vad som är ett bra resultat. Följande citat illustrerar detta:

Tandhygienisterna är oerhört nitiska. De anser att den bit de håller på med är jätte viktig. Men på något sätt tar de kål på patienten på resans gång, patienten har tröttnat långt innan hygienisten har tröttnat. Behandlingen har handlat om att i timmar ägna sig åt att skrapa och göra rent och att informera och informera. Det blir på nåt sätt att hygienisterna tar över ansvaret från den enskilda människan.

Ett vetenskapligt förhållningsätt

Några av de nytexaminerade tandhygienisterna pekar på att momentet med forskning och utveckling är bra att ha för att höja den allmänna kompetensen för yrkesgruppen. De ser momentet som en möjlighet att ge tandhygienisterna en vetenskaplig grund som deras formella yrkesauktoritet kan vila på: ”Det är bra att det finns något (FoU) att komma vidare med och det är inte säkert att alla vill forska med. Det är viktigt för kompetensen generellt i hygienistkåren”. Några andra nytexaminerade menar att FoU gjort att de är mer öppna idag, att de ser alternativa lösningar till ett problem. De menar att om de hade ett problem i arbetet som tandsköterska så hade de *en* lösning på problemet, och fungerade inte lösningen hade de kört fast. Idag försöker de vända på situationen om liknande problem uppstår och de prövar alternativa lösningar. De kan därför sägas vara mer flexibla i arbetet idag och bättre förberedda på att hantera förändringar: ”Man har öppnat sitt sinne och får lite mer impulser och idéer till vad man skulle kunna göra i arbetet”.

En arbetsledare, hos vilken den nytexaminerade arbetade som tandsköterska före hon blev tandhygienist, menar att den nytexaminerade påverkats i

arbetet genom att läst FoU. Han menar att både den fördjupade teoretiska grunden och den vetenskapliga biten ger henne tyngd och kraft i arbetet, vilken i sin tur gör att patienten upplever henne som mer trygg och säker än tidigare. ”Idag är hon mer kunnig och omhändertagande, hon är tryggare i sin kunskap genom att ha fått mer teori och det här med forskning. Det gör att hon även är tryggare vad gäller kontakten med patienten”. FoU förefaller också ge mod att presentera åsikter om behandlingen i arbetet med tandläkarna som överordnad arbetsledare. Detta tycks vara något nytt inom tandvården som har en lång patriarkalisk historia där både tandsköterskor och tandhygienister traditionellt tjänat som tandläkarens assistenter. Detta mod visar därför hur tandhygienisterna idag tycks utveckla en professionell självständighet som de inte haft tidigare. Citatet som följer illustrerar detta faktum:

Att hon läst FoU syns i hennes förhållningssätt i arbetet genom att hon går in i diskussioner med mig och inte bara ger sig och håller med när jag påpekar något och det har varit jobbigt. Och hon är också kunskapsörstig på ett sätt som jag inte mött hos de äldre tandhygienisterna. Hon läser artiklar och Tandläkartidningen och hon lånar litteratur från mig som hon pluggar in.

Citatet visar också att tandhygienisten ser framåt, att hon tar till sig nya rön och att hon har en ambition att gå vidare genom att studera litteratur som används på tandläkarutbildningen. Den sistnämnda omständigheten förstärker intrycket från intervjuerna med de andra nyutexaminerades mycket högt ställda ambition i arbetet. Denna ambition riktar sig mot att visa tandläkarna att de är kompetenta på sitt område, och att de samtidigt är kunniga på moment som tidigare enbart tillhört tandläkaren. Ambitionen riktar sig också mot patienten som de vill behandla maximalt.

Personlig mognad

Något som talar till nackdel för de nyutexaminerade tandhygienisterna vad gäller personlig mognad är den programmatiska framtoning många ger i intervjuerna. I några intervjuer framstår de som så angelägna att själva etablera sig i arbetet och samtidigt sälja in tandhygienisten som yrkesutövare inom tandvården att det sker på bekostnad av tandhygienisternas yrkesmässighet. Det genomgående positiva omdömet från arbetsledarna om de nyutexaminerade handlar om hur tandhygienisten bemöter patienten. Samtliga arbetsledare menar att de på ett tryggt och skickligt sätt hanterar den svåra

situation som många patienter upplever när de går till tandläkaren. De menar också att omhändertagandet av patienten är A och O om man skall lyckas i arbetet, och att tandhygienisterna verkligen lyckas med att ge ett tillförlitligt intryck när de möter patienten. Det innebär att ta hand om patienten och skapa kontakt genom att inge förtroende på ett respektfullt sätt; något som ofta tandläkarna saknar enligt många av de intervjuade arbetsledarna:

Hon (tandhygienisten) tar väl hand om patienten, hon är bra på att bemöta patienten, mycket bättre än vad vi tandläkare är och det har hon med sig från utbildningen (...) Det är en brist i tandläkarutbildningen som jag ser det, just omhändertagandet eller att det saknas en beteendevetenskaplig del i utbildningen.

Att inge professionell auktoritet i mötet med patienten, dvs att patienten upplever att här sitter jag hos någon som verkligen kan sin sak och som är säker på det hon eller han gör, är också något som tangerar personlig mognad. Några arbetsledare menar att de nytexaminerade i vissa fall agerar fel när de vill vara pedagogiska och försöka få patienten att förstå vad de skall göra. Dess arbetsledare anser att de nya tandhygienisterna förklarar för mycket och för tekniskt, vilket skrämmer patienten mer dels, genom att han får reda på ”för mycket”, dels genom att han kanske inte förstår vad som skall göras. De menar också att den nytexaminerade gör fel när hon öppet inför patienten resonerar om hon skall göra en åtgärd eller en annan. Citatet som följer illustrerar detta: ”Det handlar ju om att få människor lugna. Får vi dem lugna får vi göra behandlingen. Det gäller också att inför patienten vara säker på sig själv. Uppträder man med säkerhet förstår också den som blir behandlad att här är det någon som vet vad hon gör”. Några arbetsledare menar alltså att de nya tandhygienisterna är mindre bra på att framstå som oförvitligt kompetenta och skickliga på att få patienterna lugna och trygga.

Sammanfattning av de nya tandhygienisternas yrkeskompetens

Att vara skicklig i arbetet som tandhygienist kräver att kunna bemöta patienten så han eller hon känner sig trygg och väl omhändertagen, vilket de nya tandhygienisterna enligt arbetsledarna behärskar tillfredsställande. Det kräver även att vara säker på sig själv och inge professionell auktoritet i arbetet med patienten, vilket några arbetsledare anser att de nytexaminerade tandhygienisterna till viss del saknar. För det tredje kräver yrkeskompetensen en manuell skicklighet både i ”hur man tar tag i människor” och

i användningen av instrument och apparatur. Den manuella skickligheten anser de flesta arbetsledarna att de nya tandhygienisterna har. Dock menar några av arbetsledarna att dagens tandhygienist kan så mycket och vill så mycket att de ibland "överbehandlar" patienter. Med överbehandlingen menas att kliniken inte tjänar på en behandling om den relateras till vad det kostar att genomföra den. Det kan också innebära att patienten inte är beredd att lägga ut så stora summor som en fullgod behandling kräver. Det handlar därför för tandhygienisterna, enligt arbetsledarna, att inte söka maximal behandling utan en kompromiss som utgörs av optimal vård, där både patientens önskemål och tandhygienistens yrkesheder vägs in.

Att vara skicklig tandhygienist kräver också, enligt de nyutexaminerade, att enbart syssla med tandhygienistens område och inte att, som en del av arbetsledarna förslår, arbeta till exempel 50% som tandsköterska och 50% som tandhygienist. Det handlar också om att våga vara den som inte vet och kan allt och hålla för strikt på sin yrkesstolthet, som några av de nyutexaminerade menar att de gjorde när de började arbeta, utan att våga fråga tandläkaren om råd och hjälp i svåra situationer. En utveckling av detta är att gå bredvid tandläkaren en tid och "kalibrera" sig med denne, vilket ingen nyutexaminerad men en arbetsledare lyfter fram. Några arbetsledare menar att man måste veta vad som är fallet på kemisk nivå för att kunna veta hur man t ex genomför en lagning. Därför bör tandhygienisterna, enligt dessa arbetsledare, inte delegeras för avancerade arbetsmoment innan de "fyllt kunskapsbristerna". Ett annat moment som krävs för att vara skicklig i arbetet som tandhygienist är att kunna hantera förändringen på verksamhetsområdet. Dessa förändringar är uppenbara för tandhygienisten på tre sätt: för det första har de att hantera en situation där tandhygienistens arbetsuppgifter radikalt håller på att kvalificeras, vilket leder till att de idag på delegering tillåts göra allt som tidigare varit förbehållet tandläkaren att borra i tänder och skära i tandkött. För det andra får patienterna i större utsträckning bära kostnaderna för tandvården, vilket inneburit att efterfrågan på tandvården minskar. För det tredje är det idag en överetablering av tandläkare i Sverige, vilket gör att de verksamma är måna om att få behålla så många områden som möjligt av de som av tradition tidigare tillhört tandläkaren. Om alla dessa omständigheter vägs samman i bedömningen av om de nyutexaminerade tandhygienisterna hanterar förändringar på ett fullgott sätt är samtliga av de intervjuade är mycket yrkeskompetenta i det hänseendet.

6 Sjukgymnaster

Praktiska färdigheter

Praktiska färdigheter inbegriper det egna handlaget samt förmågan att på ett fullgott sätt hantera teknologi och instrument. Instrument och apparatur som sjukgymnasten brukar kan utifrån intervjuerna delas in i åtminstone tre kategorier.

En första kategori utgörs av olika test. En typ av test mäter patientens förmågor, t ex att gå, att klä på sig eller göra olika hushållssysslor. Ett exempel på den första typen test är Lindmarksstatus för stroke-patienter, med vilken en bedömning av patientens motorik genomförs. En annan typ av test inriktas på neurologiska undersökningar av reflexer, tonus och andningsförmågan. Testen går ut på att sjukgymnasten bedömer patientens funktioner för att kunna prova ut passande hjälpmedel. Den andra kategorin utgörs av apparatur med syftet att förbättra patientens funktionsförmågor, exempelvis cinopeck-apparatur för att få igång rörligheten i lederna hos knäplastiker. En tredje kategori av apparatur och instrument fokuserar på patientens smärta som t ex Pen-apparat för att bedöma bröstsmärtor på en hjärtklinik och olika metoder och apparater för att lindra olika typer av smärta. Värmebehandling utgör en form av smärtlindring.

Den första kategorin, testen, används vid bedömningen av patientens status medan de två efterföljande brukas vid rehabiliteringen av patienten. Några av de nytexaminerade menar att det har varit lite si och så med instrumentens och apparaturens tillförlitlighet för sjukgymnasterna, men i och med att forskning har inletts på området anser de att det kommer fler och fler instrument och apparater som mäter det de avser mäta och som ger likadana resultat om samma mätning genomförs på en person flera gånger:

Ja, tillförlitliga sådana (instrument) finns det ju inte så många, men det kommer fler eftersom den sjukgymnastiska vetenskapen utvecklas. Förut har det ju inte funnits så många tester som varit reliabla och valida, men det börjar finnas fler och fler nu, också bland sjukgymnaster är man intresserad av att hitta de här instrumenten.

Att föra daganteckningar och journal i datormiljö blev enligt de intervjuade allt vanligare. Några av de nytexaminerade hade haft utbildning i användningen av datorer, men de flesta anser sig ha bristfälliga kunskaper på detta

område i dokumenteringen av verksamheten. Svårigheterna vad gäller användningen av instrument och apparatur förefaller inte gälla hanteringen av dessa utan snarare att vårdtiden för patienten, enligt de intervjuade, pressas till att bli kortare och kortare. Det gör att sjukgymnasten får svårt att lägga upp en fullgod rehabiliteringsplan där t ex värmebehandling och försök att få upp rörligheten i en skadad led ingår:

Idag ligger patienterna inne en vecka i snitt (akutsjukhus) till skillnad från förut då de låg inne i snitt tre veckor. Då hann man ju, nu hinner man bara precis börja med att patienten skall komma igång. Man gör en bedömning och börjar med rehabiliteringsarbetet här men man hinner inte följa patienten långsiktigt.

När det gäller svårigheter de nyutexaminerade upplever sig ha i användningen av apparatur och instrument lyfter många fram att praktikplatsen påverkar hur väl förberedda de är på att kunna använda olika teknologier fullgott:

Det svåraste var de här prognoserna som man inte stött på under praktiken. Jag hade inte arbetat med armbågar och atroskopi (titthålsoperation) när man bytt ut lederna. Då hade jag svårt att veta vad jag skulle göra eller snarare vad jag fick göra och inte göra.

Ett vetenskapligt förhållningssätt

Ett vetenskapligt förhållningssätt inbegriper att sjukgymnasten har en problematiserande inställning till arbetet i dess helhet, att han eller hon kan perspektivisera sina egna uppfattningar; att han eller hon respekterar andras åsikter på ett ödmjukt sätt; att han eller hon systematiserar sin nyfiken och är neutral i sin yrkesroll. Både arbetsledare och nyutexaminerade menar att sjukgymnasterna är en yrkesgrupp som arbetat i störst utsträckning på beprövad erfarenhet. Det har varit ett yrke vars kompetens mer eller mindre vilat på vad som brukar kallas tyst kunskap. Några av sjukgymnasterna anser att de haft ett moment med FoU i utbildningen för att de skall lära sig att vetenskapligt bevisa det betydelsefulla i sjukgymnastens arbete. Tidigare har det varit så att arbetet genomförts utan att någon värderat eller bedömt insatserna. Idag ser det annorlunda ut och då är vetenskapen, enligt några nyutexaminerade, ett sätt att legitimera sjukgymnastens insatser: ”Vi har läst FoU för att vetenskapligt bevisa vad vi gör och jag tror inte det har varit så tidigare. Vi har ett abstrakt yrke ibland: det är mer oklart om man jobbar på

en medicinavdelning än på ortopedien där sjukgymnasten har en mer självklar roll”. Många av de nytexaminerade är inriktade på att försöka utveckla den verksamhet de arbetar inom. I citatet som följer beskriver en nytexaminerad att hon har sina äldre kollegor som förebilder men att de brister på en punkt:

Jag har ju några äldre kollegor här då och jag tycker de är väldigt duktiga. De jobbar på ett bra sätt, jag har dem som förebilder. Sen tycker jag det är viktigt att jobba med kvalitetsfrågor, att man utvecklar sitt yrke och där är de (förebilderna) inte med riktigt. Jag ser mer framåt då hela neurologkliniken skall läggas ner här och flytta över till ett annat sjukhus.

I citatet framstår två tendenser: de nya sjukgymnasterna är mer förberedda på att hantera förändringar i verksamheten än sina äldre kollegor och tycks i större utsträckning än tidigare generationer ha ambitioner att utveckla sjukgymnastens område. Tendensernas signifikans förstärks av de nytexaminerades beskrivningar av sättet de har användning för FoU i det vardagliga arbetet:

Jag sväljer inte allt som sägs med hull och hår. Jag är nyfiken på att utveckla det jag håller på med och det tycker jag har präglat mig mest under den sista terminen då vi gjorde ett projektarbete på tio poäng. Det innebar ju att man läste artiklar med kritisk granskning och lärde oss undersöka och skriva om olika problem i arbetet. Det tycker jag man har som en grund i arbetet.

Momentet med FoU gör också enligt en av arbetsledarna att de nytexaminerade inte statistiskt stannar upp med den kunskap de lärt sig under utbildningen. Istället har de lärt sig att arbetet handlar om att kontinuerligt följa med i utvecklingen av sitt kunskapsområde, vilket bl.a. gör dem mer autonoma i arbetet: ”Jag tror att den nyare utbildningen har gjort att de som kommer ut vet mer var de skall söka kunskapen, att de är lite mer självständiga på så sätt. De tar för sig lite mer”. Citatet visar också att de nytexaminerade i vissa fall, enligt arbetsledaren, är mer företagsamma än sina äldre kollegor.

Personlig mognad

Denna del i yrkeskompetensen handlar om social kompetens, självkännedom, förmåga att samarbeta, självständighet. Den beskrivs inte i så stor

utsträckning av de intervjuade som betydelsefull för att vara skicklig i arbetet som sjukgymnast. Trots det talar några nyutexaminerades beskrivningar av arbetet för personlig mognad. De menar sig inte enbart vara inriktade på att själva genomföra rehabiliterande åtgärder utan har ambitionen att få patienten att engagera sig i sin utveckling. Vad som också pekar på att de är vuxna sina arbetsuppgifter visar sig i beskrivningarna av omvårdnaden, som de relaterar till. Det är inte bara att köra sina rutiner med patienten, det omfattar även att lyssna in vilket stämningsläge han eller hon befinner sig i. Det inbegriper också, även om tidsschemat är pressat, att ta hänsyn till patientens önskemål. Citatet som följer illustrerar båda delarna:

Det handlar ju om att lära patienten att klara sig själv i så stor utsträckning som möjligt som det här med morgonbestyr. Även om vi kommer in på arbetsterapeutens område gäller det att låta patienten försöka själv. Vi har ju samma målsättning som arbetsterapeuterna som innebär att patienten skall bli så självständig som möjligt (...) Det gäller att inte missa de medmänskliga delarna. Om man t ex märker under en behandling att patienten är trött eller törstig så tar man hänsyn till det. Det gäller ju att inte missa omvårdnadsbiten att patienten skall må så bra som möjligt.

Enbart en nyutexaminerad menar att det är betydelsefullt för arbetet att vara vaken och känslig för patientens integritet. Hon lyfter också fram något de andra inte gör, vilket handlar om relationen till andra yrkesgrupper. Hon anser att det gäller att inte bara se till sina egna arbetsuppgifter utan att vara i linje med de andra yrkesgruppernas arbete. Avsaknaden av dessa resonemang i de andras beskrivningar av arbetet visar på en brist, då de förefaller ha en tendens att enbart se till sin egen roll. De tycks därför till viss del sakna en helhetssyn på arbetet med patienten. I citatet som följer framställer den enda nyutexaminerade dessa bitar som betydelsefulla för sjukgymnastens kompetens: ”Ja, det är väldigt viktigt att vara lyhörd, att lyssna till dem man jobbar med, sköterskorna, de som är runt omkring och inte bara köra på i sin egen takt”. I några av de nyutexaminerades beskrivningar av hur de handleder studenter, visar deras sätt att reflektera kring de konsekvenser handledningen får för dem själva personlig mognad. De ser inte bara handledningen som ett merarbete i sin strävan att finna sin yrkesroll som ny sjukgymnast. Handledningen ger också en möjlighet att utveckla sig och utmejsla yrkesrollen. De menar bl.a. att handledningen gör att de får möjligheten att stanna upp och tänka över sitt arbete: vad de gör, hur det genomförs och vart det skall leda. Det visar också att de ser arbetet som en process och inte som något statiskt. Citatet som

följer ger ett exempel på dessa resonemang:

Ja, det (handledningen) gör att man får försöka tänka om och inte bara surra i sin egen takt, man måste tänka igenom hur jag gör varje sak, hur tydlig är jag, hur förstår han hur jag gör, det är mycket sådana saker som man själv tar för givet om vad jag gör som kanske inte alls är självklara för den som kommer första gången.

Sammanfattning av de nya sjukgymnasternas yrkeskompetens

I sammanfattningen av vad som krävs för att vara skicklig som sjukgymnast framstår yrkeskompetensen som mycket spridd. Detta kan tolkas som att sjukgymnasterna inte på samma sätt som till exempel barnmorskorna lyckats skapa en kollektiv profil som yrkesgrupp. Dock fokuserar både arbetsledare och nytexaminerade på att det krävs en kunskapsmässig grund att stå på för att vara yrkeskompetent. Tyvärr utvecklar ingen vad denna grund består av. Några lyfter dock fram anatomi, kunskaper om andning samt kunskaper i vad som kallas ”rörelse och svängbiten” som grundläggande för att vara skicklig i arbetet. Många menar också att patienten skall bemötas och rehabiliteras som en individ vars integritet inte får kränkas och med åsikter som skall tas på allvar. Det gäller alltså att inte behandla patienten som ett objekt om ambitionen är att vara kompetent. En av arbetsledarna talar om förhållningssättet som sjukgymnast och menar att en förutsättning för att lyckas i arbetet är att kunna skapa en god kontakt med patienten. Lyckas inte det spelar det ingen roll hur skicklig man är på de andra momenten. Samma arbetsledare efterlyser mer beteendevetenskap i utbildningen.

Det mest genomgående i beskrivningarna av vad som krävs för att vara skicklig sjukgymnast enligt de nytexaminerade är att utvärdera och se effekterna av arbetet; att hela tiden granska och pröva arbetets rutiner; att kontinuerligt ta del av utvecklingen på det egna området och aktivt arbeta för att utveckla sjukgymnastyrket. Dessa tre punkter nämner ingen av arbetsledarna. Av både arbetsledare och nytexaminerade anses det avgörande att betrakta yrkesverksamheten som en lärande process där utbildningen är en första grund som gör dig till generalist och där du sedan själv måste gå vidare och specialisera dig i arbetet för att utvecklas till en skicklig sjukgymnast. En arbetsledare menar att om sjukgymnastyrket profilerades och fick en tydligare karaktär och mer en vetenskaplig grund än vad det har idag, skulle sjukgymnasten erhålla en professionell tyngd, som i sin tur skulle bidra till att sjukgymnastens yrkeskompetens blev mer enhetlig.

7 Arbetsterapeut

Praktiska färdigheter

Praktiska färdigheter inbegriper det egna handlaget samt förmågan att på ett fullgott sätt hantera teknologi och instrument. Generellt fokuserar arbetsterapeutens arbete på att anpassa människor som drabbats av en skada eller nedsättning till det vardagliga livet. Arbetet omfattar dels att instruera patienten i användningen av hjälpmedel, dels att motivera patienten att komma igång och börja leva ett så bra liv som möjligt. De instrument och tekniska hjälpmedel arbetsterapeuten använder är kopplade till patientens vardagsliv som bad/duschbrädor eller -stolar, hjälpmedel att ta på sig strumpor, griptänger, bestick med anpassade handtag, speciella kranöppnare i kök. Några arbetsledare menar att de flesta nyutexaminerade kan de grundläggande hjälpmedlen som exempelvis påklädningshjälpmedel. Sedan finns det en uppsjö speciella tekniska hjälpmedel som de nyutexaminerade lär sig hantera på arbetsplatsen: ”Det finns ju en mångfald speciella tekniska hjälpmedel som kanske inte tillhör grundkunskaperna”. En nyutexaminerad hävdar att hon varken under utbildningen och under praktiken fått pröva många olika ”verktyg” som används inom arbetsterapeutyrket. Det kan delvis hänga samman med att den längre praktiken genomförs på en plats, vilket gör att man blir ”specialist” på en grupp utan att ha fått pröva på andra grupper. Några anser också att det är för sent att praktisera under den femte terminen:

Ja, jättemycket hjälpmedel har vi som arbetsterapeuter. I skolan har vi ju inte fått se så mycket hjälpmedel. När man varit ute på praktiken så har det ju varit beroende av var man varit. Så det tog lite tid att sätta sig in i de där hjälpmedlen när jag började arbeta här.

Några nyutexaminerade lyfter fram att utbildningen fokuserar mycket på rehabiliteringen av patienten, vilket gör att de nya arbetsterapeuterna i början har svårt att hantera de mer administrativa delarna i arbetet. Denna del berör exempelvis kontakten mellan kommunal hemtjänst och sjukvården och att veta vilka blanketter som skall användas för en speciell patient samt hur blanketten skall fyllas i och vart de skall skickas: ”Det är mycket jag har behövt fråga om som inte har varit med i utbildningen – administrativa grejer och sådant som vi inte alls talade om i skolan. Det kan gälla bostadsanpassning och så är det tiotusen formulär som skall iväg till olika ställen”.

Ett vetenskapligt förhållningsätt

Ett vetenskapligt förhållningsätt innebär att arbetsterapeuten har en problematiserande inställning till arbetet i dess helhet, att han eller hon kan perspektivera sina egna uppfattningar; att han eller hon respekterar andras åsikter på ett ödmjukt sätt; att han eller hon systematiserar sin nyfikenhet och är neutral i sin yrkesroll. En av de nytutexaminerade var mycket tveksam till varför de skulle ha ett moment med FoU i utbildningen. Under intervjun säger hon:

Jag ställde mig ju frågan: Vad är det här bra för? när jag skulle skriva det där (examensarbetet). Men idag ser jag ju att det ger väldigt mycket när jag jobbar kliniskt. Jag vill inte bli professor och forska och så (skrattar), men det har gett väldigt mycket. Jag tycker det var det mest lärorika under utbildningen. Speciellt har jag användning för intervjumetodik när jag intervjuar patienterna.

Citatet visar en genomgående tendens i hela intervjumaterialet med samtliga yrkesgrupper: Under utbildningen är det oklart varför du läser FoU. När du kommer ut och börjar arbeta märker du att det går att applicera kunskaperna från FoU-momentet på det praktiska vardagliga arbetet. En annan nytutexaminerad menar att FoU fått konsekvensen att hon är mer strukturerad i arbetet, att hon planerar sina arbetsdagar mer noggrant och att hon har fått möjligheten att mer kunna se framåt i planeringen. Att vara strukturerad i arbetet innebär att inte hela tiden arbeta utifrån beprövad erfarenhet, utan att koppla det praktiska arbetet till teori: ”Det är ju något man gör inom sig, att man är medveten om varför man gör på ett speciellt sätt, att man blir motiverad själv. Om en arbetsledare frågar varför man gör på ett speciellt sätt så kan man motivera det rent konkret med teorin”. Några arbetsledare menar att de nytutexaminerade är mer vetgiriga och intresserade av arbetsterapeutyrket på ett övergripande plan som de inte känner igen varken från tidigare eller sin egen generation. De hävdar också att de nya arbetsterapeuterna följer upp sina arbetsinsatser i större utsträckning än vad som varit brukligt inom yrket tidigare:

Ja, de (nyutexaminede) trycker på att arbetet måste utvärderas: vad som är bra och vad som är dåligt. Det är ju så att vissa behandlingsrutiner som vi haft kanske inte är så effektiva. De måste utvärderas och det har vi inte haft tidigare. Det har kommit en annan form av nyfikenhet hos de här tjejnerna (nyutexaminede) som har kommit ut.

Personlig mognad

Denna del i arbetsterapeutens yrkesskicklighet inbegriper social kompetens, självkännedom, förmåga att samarbeta och självständighet i arbetet. Flera nyutexaminerade är försonade med kollisionen mellan ambitionen från utbildningen att behandla varje patient maximalt och den begränsade tid de har för varje patient i arbetet. Denna försoning bör ses som att de är vuxna sin yrkesroll: "Det som vi lärt oss i skolan om hur man skall arbeta som arbetsterapeut, att gå in djupt i varje patient finns det ju inte riktigt utrymme för i arbetslivet. Man har en halvtimme åt gången med varje patient, sedan går man vidare". Många nyutexaminerade tycks säkra på sin yrkesroll, de förefaller ha en klar yrkesidentitet som gör att det inte i så stor utsträckning går prestige i att vara den som gör anspråk på att ha den största kunskapen om patienten: "Hon (nyutexaminerad) är klar över sin roll som arbetsterapeut, vilket gör att hon kan gå vidare på något sätt, att hon inte är rädd för att fråga när hon inte är säker på sin sak".

En del arbetsledare menar att de nyutexaminerade har vissa brister i sättet att hantera externa kontakter. I kontakterna beskrivs de nyutexaminerade som att de istället för att t ex jämka en problematisk situation håller för starkt på sin sak och på det perspektiv som arbetsterapeutyrket står för: "Vi lägger inte så ofta de externa kontakterna på nyutbildade. De måste lägga ner så mycket kraft på att komma in i basjobbet och de har inte det lugnet som behövs i de här kontakterna".

I flera av de nyutexaminerades resonemang kring sin yrkesroll framstår de som mogna på ett personligt plan. Bl.a. menar en del att yrkesrollen är komplex och att det i arbetet med patienten gäller att kunna hantera två förhållningssätt: För det första gäller det att vara arbetsterapeut med professionell auktoritet som inger trygghet och vara säker på sin sak. För det andra måste man ha en varm och intresserad framtoning för att engagera patienten i arbetet: "Jag tror att när man arbetar med en patient i det här yrket gäller det att ha den här mjuka framtoningen och vara personlig samtidigt som man är arbetsterapeut".

Sammanfattning av arbetsterapeutens yrkeskompetens

En av arbetsledarna sammanfattar yrkeskompetensen för arbetsterapeuter med en beskrivning av vad hon kallar arbetsterapiprocessen:

Då börjar jag med arbetsterapiprocessen som innebär att kunna ta en första bra kontakt med patienten, att kunna se deras behov snabbt och se vad de behöver, att motivera patienten att engagera sig i arbetet och fånga in vilka förväntningar de har på mig. Sen krävs det en speciell yrkesskicklighet, att veta konkret vad som skall göras med patienten. Det ingår att föra journal, och att vara så trygg i yrkesrollen att man kan klara av att samarbeta med andra yrkeskategorier.

Att se arbetet som en föränderlig process är alltså en förutsättning för att vara kompetent som arbetsterapeut. Det innebär också att snabbt få fram vad patienten behöver, att engagera denne i arbetet och att lyssna på patientens åsikter och vilja. Detta poängterar både arbetsledare och nyutexaminerade som det primära: att samtala med patienten och få denne intresserad trots skadan eller nedsättningen – dvs det primära är att få en bra relation till patienten. Enligt arbetsledarna har de flesta nyutexaminerade denna kompetens. En annan arbetsledare säger att fokus i utbildningen svängt kraftigt genom åren. Idag är de nyutexaminerade kunniga i de arbetsterapeutiska baskunskaperna och i mer djupgående teori samt forskning och utveckling, medan de är mindre bra på aktiviteter som t ex att använda vävstolar, vardagsbestyr som att klä sig, tvätta sig. Samma arbetsledare menar att fokus bör förskjutas mer på dagliga aktiviteter i utbildningen för att de nyutexaminerade skall bli fullgott yrkeskompetenta.

Många nyutexaminerade menar att följande delar är väsentliga för en skicklig arbetsterapeut: att kunna följa upp och utvärdera resultatet av en insats, att kunna hantera stress och att vara kreativ i arbetet då det ofta saknas standardlösningar på problem som dyker upp i arbetsterapeutens vardag. De anser även att utbildningen givit dem kunskaper på dessa områden.

En arbetsledare menar att det är fel att dela in utbildningen i en gren riktad mot barn och personer i arbetsför ålder och en mot äldre. Hon hävdar att det är viktigt att få en baskompetens och bli generalist från början för att på så sätt känna till lite om båda grupperna. Samma arbetsledare anser att det är bättre att specialisera sig efter några yrkesår och att det i specialistutbildningen fokuseras på forskning och utveckling.

Vid en jämförelse med sjukgymnasterna som är en närliggande yrkesgrupp förefaller arbetsterapeuterna ha en mer koherent och tydlig yrkesroll. Det gör att de nyutexaminerade arbetsterapeuterna framstår som yrkeskompetenta i större utsträckning än sina ”grannar”.

8 Yrkeskompetens inom vård- och omsorg i framtiden

Syftet med detta avslutande avsnitt är att försöka säga något om hur kompetensen i de sex yrkena som ingår i kartläggningen förefaller rustade för att klara av framtida vård- och omsorg.

Ett yrkes förmåga att vara verksamt inom ett område beror på åtminstone tre faktorer:

- a) efterfrågan på de tjänster yrket erbjuder,
- b) yrkets professionella koherens och samhälleliga auktoritet
- c) förändringar i omvärlden som påverkar yrkets verksamhetsområde och yrkets förmåga att anpassa sig till dessa förändringar.

Sjuksköterskorna är det yrke som har högst värde på egenskaperna a-c. Efterfrågan på yrkets tjänster kommer med all sannolikhet öka då yrkesgrupper som barnskötare och undersköterskor förmodligen försvinner. Yrkets professionella koherens är hög, sjuksköterskan har en stark och tydlig identitet och hennes auktoritet inom vården och i samhället accelererar i takt med förvetenskapligandet av yrket. Sjuksköterskorna anpassar sig inte till förändringar inom vården och i omvärlden. De är snarare med och formar dessa förändringar med t ex etableringen av omvårdnadsområdet.

Yrkena inom *social omsorg* tycks vara på väg mot samma utveckling som sjuksköterskorna. Problemet för området social omsorg är att det består av många olika verksamheter och yrken, vilket gör att varje yrke har att utveckla en stark identitet för att nå professionell koherens och tillhörande samhällelig auktoritet. Efterfrågan på tjänsterna inom social omsorg kommer att förändra stort med LSS-lagen och avvecklingen av gruppboende. Det gör att yrkesgrupperna kommer att vara mer inriktade på den handikappade som individ i eget boende mer än idag då det går att förhålla sig till den handikappade som kollektiv i gruppboende. Vad som sker inom social omsorg idag är en specialisering och utvidgning av verksamhetsområdet som kommer att ställa större krav på de yrkesverksammas kompetens.

Barnmorskorna är det yrke som liksom sjuksköterskorna har en tydlig professionell identitet och samhällelig självklarhet. Dock förefaller de intervjuede inte på samma sätt som sjuksköterskorna vara förberedda att hantera förändringar inom vård och omvärld. De har inte heller i samma utsträckning som sjuksköterskorna utvecklat ett kritiskt förhållningssätt till sitt verksamhetsområde.

Tandhygienisterna är den yrkesgrupp i kartläggningen vars situation är mest turbulent. Tjänsterna yrket kan erbjuda blir fler och fler, vilket ställer ökade krav på utbildningens omfattning vad gäller den tandvårdande kunskapsmässiga biten. Yrket tycks vara väl förberett på att hantera förändringarna inom tandvården och omvärld, men de har att hantera en svår konkurrenssituation gentemot tandläkaryrket, där det senare idag fungerar som en kunskapsmässig och vetenskaplig ”gatekeeper” för tandhygienisterna. Denna omständighet kan verka hindrande för tandhygienisternas vidare professionalisering och ökande samhälleliga auktoritet.

Sjukgymnasterna är det yrke i kartläggningen vars kunskap är förvetenskapligad i jämförelsevis liten utsträckning. Samtidigt förefaller de ha en jämförelsevis låg professionell koherens. När det gäller hur de nya i yrket är förberedda på att hantera förändringar och i vilken utsträckning de har ett kritiskt förhållningssätt kan nivån förhöjas avsevärt. Förändringar inom sjukvården bidrar också till att försvåra sjukgymnasternas verksamhet. Ett exempel är att den genomsnittliga vårdtiden på ett akutsjukhus har gått från tre veckor till en de senaste åren.

Arbets terapeuterna vars verksamhetsområde ligger nära och ibland tangerar sjukgymnasterna tycks ha en högre professionell koherens än sin ”granne”. I de nyutexaminerades kompetens ligger också ambitionen att kontinuerligt följa upp och utvärdera sina insatser, vilket bör betraktas som ett tecken på att kunna hantera förändringar. I ambitionen att utvärdera arbetet ligger också ett kritiskt reflekterande förhållningssätt.

Referenser

Eriksson, R. (1994) Behandlingsansvar – att arbeta som behandlingsansvarig mentalskötare och sjuksköterska. ESPS Forskning- och Dokumentationsserie rapport nr. 6. Stockholm: Enskede-Skarpnäck psykiatriska sektor.

Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor. Stockholm: Socialstyrelsen (SOS 1995:5).

Socialstyrelsens allmänna råd om tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska. Stockholm: Socialstyrelsen (SOSF 1995:15).

Wilow, K. (red.) (1996) Författningshandbok 1996 – För personal inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Liber.

Vårdutbildningar i högskolan – En utvärdering. Stockholm: Högskoleverkets rapportserie 1996:7 R.