



Utveckling av kommunal hälso- och sjukvård

2000-04-18

Förord

Svenska Kommunförbundet och Vårdförbundet presenterar i detta dokument en beskrivning av gemensamma värderingar med avsikten att ge en plattform för verksamhetsutveckling inom den kommunala hälso- och sjukvården. Utgångspunkten är att den enskildes behov och önskemål om en hög vårdkvalitet som främjar trygghet, självbestämmande och integritet skall kunna förenas med en arbetsmiljö som ger möjligheter till utveckling och delaktighet för personalen.

Dokumentet är en del av avtalsrörelsen år 2000 avseende Vårdförbundets område men har inte kollektivavtals ställning. Syftet är att den gemensamma plattformen tillsammans med nya kollektivavtal skall ge en bra grund för utveckling av den kommunala hälso- och sjukvården.

En arbetsgrupp med Margareta Albinsson, Mats Björck och Karin Olsson från Vårdförbundet samt Kerstin Ahlsén, Roland Olofsson och Ulla Åhs från Svenska Kommunförbundet har formulerat den gemensamma plattformen som presenteras här.

Eva Fernvall

Ilmar Reepalu

Inledning

I centrala översättningsförhandlingar år 1998 - CÖA 98 var parterna överens om

.. "att fram till avtalsperiodens slut undersöka förutsättningar för att få fram avtal som i än större utsträckning stödjer den lokala verksamhetsutvecklingen" (CÖA 98 s.12).

Svenska Kommunförbundet och Vårdförbundet har bedrivit ett arbete med syftet att ta fram gemensamma värderingar som underlag för verksamhetsutveckling av kommunal hälso- och sjukvård. Här presenteras en gemensam plattform som syftar såväl till att ge underlag för verksamhetsutveckling som förutsättningar för nya avtalskonstruktioner.

Kommunerna är sjukvårdshuvudmän

Kommunerna är i dag betydelsefulla sjukvårdshuvudmän och skall som sådana delta i samhällets planering och organisering av hälso- och sjukvård.

Kommunerna är sjukvårdshuvudmän. Vård och omsorg för äldre, långtidssjuka och handikappade kostade totalt 79 miljarder kronor år 1998. Detta kan jämföras med landstingens samlade hälso- och sjukvårdsverksamhet som kostade 88 miljarder kronor. Först i och med den s.k. Ädel-reformen år 1992 fick kommunerna ett hälso- och sjukvårdsansvar och expansionen av den kommunala vården har sedan dess varit snabb. Den 1 januari 1995 utvidgades kommunernas åtaganden genom psykiatrireformen för personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar. Även lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som trädde i kraft år 1994 innebär ökade krav på kommunerna. Kommunerna har även ansvar för skolhälsovården enligt skollagen.

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Ansvaret omfattar hälso- och sjukvård inom särskilda boendeformer både för äldre och yngre med funktionshinder liksom dagverksamheter. Läkarinsatserna är dock landstingens ansvar. Minst en sjuksköterska med medicinskt ansvar (MAS) skall finnas för varje verksamhetsområde som kommunen definierar. Landstinget kan överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i det ordinära boendet till kommunen om kommunen och landstinget är överens om att så skall ske. År 1999 har sådan överlåtelse skett i 189 kommuner. Vidare har tre kommuner på försök övertagit ansvaret och driften av hela primärvården i kommunen.

Vårdideologi

Den enskildes behov och önskemål är utgångspunkten för all vård och omsorg. Krav på hög vårdkvalitet som främjar den enskildes trygghet, självbestämmande och integritet skall kunna förenas med en arbetsmiljö som ger möjligheter till utveckling och delaktighet för personalen.

I hälso- och sjukvårdslagen 2 § formuleras målen för vården.

"Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården".

I lagen preciseras att hälso- och sjukvården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Vården skall främja goda kontakter mellan patienten och personalen och utformas i samråd med patienten. Den enskilde har rätt till en individuellt anpassad information. (HSL 2 §).

Ett humanistiskt synsätt med respekt för den enskilde skall styra och avgöra hur arbetsorganisationen utformas och hur personalen förhåller sig i den enskilda vårdssituationen. Krav på hög vårdkvalitet som främjar den enskildes trygghet, självbestämmande och integritet skall kunna förenas med en arbetsmiljö som ger möjligheter till utveckling och delaktighet för personalen.

Etisk plattform

Alla insatser inom vården skall präglas av alla människors lika värde och solidaritet med de svagaste. Vid prioritering av insatser skall den som har störst behov av vård ges företräde.

Riksdagen har enhälligt beslutat om en etisk plattform i de tre principerna om människovärde, behov- och solidaritet samt kostnadseffektivitet.

Människovärdesprincipen innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter som skall respekteras och att ingen är förmer än någon annan.

Behovs- och solidaritetsprincipen skall tillsammans med människovärdesprincipen ligga till grund för prioriteringar i den meningen att resurserna skall satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst. Solidaritet innebär inte bara möjligheter till vård utan också att särskilt beakta behoven hos de svagaste.

Kostnadseffektivitet är underordnad de andra principerna och innebär att man vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet (prop. 1996/97:60).

Kommunal vård ger grunden för ett helhetsperspektiv

Den kommunala vården är basen för en stor patientgrupp med sammansatta vårdbehov som behöver omfattande hjälp och stöd i det dagliga livet. Vården skall fungera som en helhet ur den enskildes perspektiv där insatser från olika yrkesutövare oberoende av huvudman måste vara integrerade. Ett förbättrat samarbete mellan den kommunala vården och andra vårdgivare är mycket viktig för vårdens kvalitet .

Den kommunala hälso- och sjukvården utförs till övervägande del i den enskildes bostad, antingen i särskilda boendeformer eller i ordinärt boende. En stor del av den vård som tidigare bedrevs på sjukhem, långvårdssjukhus eller akutsjukvårdens kliniker har flyttat ut till hemmen. Allt fler kan bo hemma livet ut och få dö där.

Flertalet patienter har sammansatta vårdbehov och behöver omfattande hjälp och stöd för att klara det dagliga livet. Medelåldern är hög. Sociala och medicinska aspekter är integrerade delar i stödet till den enskilde. Behoven av rehabiliteringsinsatser är omfattande. Huvuddelen av samhällets insatser för omvårdnad, rehabilitering och vård i livets slut sker i dag inom den kommunala vården.

Vården sträcker sig i regel under lång tid med många och nära kontakter med den enskilde, men kan även avse kortare vårdepisoder t.ex. efter sjukhusvistelse. Omvårdnaden står i fokus även om patienterna också har stora medicinska behov . Syftet med omvårdnaden är "att stärka hälsan, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt ge möjlighet till en värdig död" (Socialstyrelsen).

Den medicinska diagnosen är i regel fastställd och medicinsk behandling och läkemedel är ordinerade. Sjuksköterska har ansvaret för den dagliga vården och tillkallar läkare vid behov. I samverkan med landstingen träffas även överenskommelser om mer regelbundna läkarbesök.

Alla som får hjälp av den kommunala vården behöver från tid till annan undersökas och behandlas vid sjukhusens kliniker eller av läkare utanför sjukhus. Det är viktigt att läkarinsatserna organiseras så att vårdtagarna så långt möjligt slipper tas in på sjukhusets kliniker eller behöver göra långa och tröttande resor för undersökning och behandling som ofta innebär att även personal måste följa med. Både planerade och akuta hembesök från läkare måste bli ett naturligt inslag i primärvårdens åtagande.

För att öka säkerheten och servicen till vårdtagarna kan tillgången på viss utrustning och kompetens inom det medicintekniska området behöva öka i kommunerna. Detta är en fråga för de ansvariga inom landsting och kommuner att samverka om både vad gäller resurser och belastning på akutsjukvården.

Att vårdkedjan fungerar friktionsfritt med ett gott samarbete mellan alla de personer som ger den enskilde vård och omsorg är mycket viktigt för vårdens kvalitet. Detta gäller i alla led vare sig vårdgivaren finns inom landstinget, kommunen eller är privat.

Socialtjänst och hälso- och sjukvård – en integrerad helhet

Samverkan mellan flera yrkesgrupper behöver utvecklas inför biståndsbeslut om särskilt boende och hemsjukvård.

Utökade möjligheter måste finnas till mer kortvariga insatser för omvårdnad och rehabilitering och för vård i livets slutskede.

Med stöd av 6 § i socialtjänstlagen (SoL) beviljar kommunerna medborgarna olika insatser (bistånd). Dit hör bland annat hjälp och service i hemmet, rätt till särskilt boende för service och omvårdnad för äldre och bostäder för funktionshindrade. Biståndsbeslutet är ett myndighetsbeslut som måste fattas av en person som givits det formella ansvaret.

Det är nödvändigt med samspel mellan den som fattar biståndsbeslutet och representanter för yrkesgrupper som kan bidra till att beslutsunderlagen blir ändamålsenliga. T.ex. kan sjuksköterskan bedöma hur vården skall läggas upp med hänsyn till vårdtagarens behov av insatser och vårdpersonalens kompetens.

Det är viktigt att skapa nya möjligheter för kommunerna att ge vård till människor som har behov av mer kortvariga insatser för omvårdnad och rehabilitering och för dem som behöver vård i livets slutskede. Behovet av mellanformer har ökat för personer som är färdigbehandlade på sjukhusen men som fortfarande behöver betydande omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser, innan de kan återvända till sitt ordinära boende. I dessa fall liksom för hospicevård som bedrivs på särskilda vårdhem, är det sällan fråga om ett mer permanent boende. Trots det faller mycket av ansvaret för dessa mellanvårdsformer på kommunerna.

Eftersom lagstiftningen är oklar ifråga om hur denna typ av vård ska beviljas krävs att olika yrkesgrupper, främst sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter kan samverka med biståndsbedömaren. Det gäller ofta att med mycket kort varsel kunna ställa upp med ändamålsenliga vårdresurser utan att alltid behöva avvakta ett formellt biståndsbeslut. Ansvarsgränserna för denna typ av vård är oklar. Kommunerna tar här en ökande del av sådana insatser.

Omvårdnaden har central betydelse

Inom den kommunala vården har omvårdnaden central betydelse. Kvaliteten i omvårdnaden avspeglar sig i mötet mellan vårdtagaren och den enskilde vårdaren.

När en människa blir sjuk eller skadad och inte längre kan vårda sig själv behöver hon hjälp på olika sätt. Det finns ett klart samband mellan åtgärderna och vårdtagarens möjlighet att uppleva välbefinnande och en god livskvalitet i sin situation. Genom att rätt avväga omvårdnadsåtgärderna utifrån varje vårdtagares behov och önskemål åstadkommer personalen en hög kvalitet i omvårdnadsarbetet och bidrar dessutom till att individualisera vården.

Omvårdnad kan vara dels allmän och dels specifik. Allmän omvårdnad är oberoende av sjukdom och medicinsk behandling, medan specifik omvårdnad är relaterad till och kräver kunskap inte bara om människans normala funktioner utan också om den aktuella sjukdomen och dess behandling och konsekvenser för individens dagliga liv. Bra omvårdnad ger den enskilde möjlighet att känna sammanhang, integritet och trygghet och bidrar till utvecklingen av hälsa. En god omvårdnad underlättar den medicinska behandlingen.

Inom den kommunala vården är omvårdnadsarbetet av central betydelse och det utförs i första hand av undersköterskor och sjuksköterskor. Kvaliteten i omvårdnaden avspeglar sig i mötet mellan vårdtagaren och den enskilde vårdaren. Vikten av att lyfta fram och betona omvårdnadsarbetet är angelägen.

Kommunernas ansvar för handikappomsorgen

Medarbetare med särskilda kunskaper om olika funktionshinder behövs i kommunerna bl.a. som personligt stöd till människor med varaktiga funktionshinder.

Kommunernas ansvar för människor med funktionshinder regleras framför allt i socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Kommunen skall verka för att människor med funktionshinder ska få möjligheter att leva som andra, vilket bland annat innebär att de ska få en meningsfull sysselsättning och ett boende anpassat efter var och ens behov av särskilt stöd (SoL 21 §). Personer som har stora funktionshinder och betydande svårigheter har sedan år 1994 även rätt till vissa insatser enligt LSS. Om en person under 65 år behöver kvalificerat personligt stöd som överstiger 20 timmar i veckan kan dessutom statlig assistansersättning erhallas (LASS).

Ett successivt övertagande av omsorgerna om utvecklingsstörda från landstingen slutfördes år 1996. I och med psykiatrireformen år 1995 fick kommunerna ett ökat ansvar för personer med psykiska funktionshinder samt ett betalningsansvar för långvarigt psykiskt störda personer.

Även om handikappomsorgerna inte är hälso- och sjukvård så har de personer som får hjälp och stöd av kommunerna ibland betydande medicinska behov. Medarbetare med särskilda kunskaper om olika funktionshinder behövs i kommunerna. En sjuksköterska med sådana kunskaper kan exempelvis bistå närstående och personal som arbetar i gruppboendestäder eller andra boenden med grundläggande information om medicinens effekter och biverkningar och ge fortbildning om vissa medicinska sjukdomar, exempelvis epilepsi.

Skolhälsovården

Skolhälsovården når alla barn och ungdomar under en viktig del i deras utveckling och är därför en viktig länk i samhällets samlade hälso- och sjukvård för barn och ungdom.

Enligt skollagen skall kommunerna som skolhuvudmän anordna skolhälsovård för alla elever i grundskolan, gymnasieskolan, särskolan, specialskolan och sameskolan. Skolhuvudmannen är vårdgivare och verksamheten skall utformas i enlighet med de regler som gäller för all hälso- och sjukvårdsverksamhet. För verksamheten skall det finnas skolsköterska och skolläkare som har eget yrkesansvar.

Skolhälsovården är en bred verksamhet med sin bas inom skolan. Den ansvarar självständigt för hälsokontroller, mottagningsverksamhet inklusive sjukvårdande uppgifter samt vaccinationer. Skolhälsovården utgör en del i det skyddsnät som ska fånga upp och hjälpa barn och ungdomar med hälsoproblem och andra behov av särskilt stöd. Skolhälsovården når alla barn och ungdomar under en viktig del i deras utveckling och är därför en viktig länk i samhällets samlade hälso- och sjukvård för barn och ungdom.

Arbetsorganisation

Arbetsorganisationen skall stimulera till en vård- och arbetsmiljö som gör det möjligt att uppfylla kraven på hög vårdkvalitet med utgångspunkt från den enskildes behov.

Goda möjligheter till utveckling i arbetet skall finnas vilket inbegriper delaktighet och engagemang, tillfälle att fördjupa och utveckla sina yrkeskunskaper och att få använda sin individuella kompetens.

Lagstiftningens nationella mål för vården ger grunden för den gemensamma vårdideologin som formuleras lokalt för verksamheten såväl på kommunnivå som på de enskilda arbetsplatserna. Den lokala organisationen skall skapa en vård- och arbetsmiljö som uppfyller krav på hög vårdkvalitet. Utgångspunkt för arbetsorganisationen är patienten och dennes behov. Kvaliteten i verksamheten beror på möjligheten att tillgodose de behov, krav, önskemål och förväntningar som patienten och dennes närstående har.

Arbetsorganisationen skall främja trygghet hos patienten med god kontinuitet både i den enskilda vårdsituationen och i att vårdkedjan fungerar i alla led. På lokal nivå bör arbetsledning och personalen ta ansvar för arbetets uppläggning, arbetsorganisation och arbetstidens förläggning med utgångspunkt i vårdtagarnas behov och önskemål.

Personalen skall på ett självklart sätt vara delaktiga i och engagerade i att utveckla verksamheten. Goda möjligheter ska finnas att fördjupa och använda sin individuella kompetens, vilket bland annat inkluderar möjligheter till att delta i FoU-arbete på den egna arbetsplatsen.

Organisation och ledarskap skall utformas så att det blir möjligt för medarbetare i alla yrkesgrupper att tillsammans kontinuerligt utveckla och förbättra verksamheten i riktning mot de gemensamma målen. Ledare skall sträva efter att följa forskningen, värdera och stödja användningen av den för att skapa en god vård och arbetsmiljö på varje arbetsplats. Att stimulera medarbetarna att utveckla patientvården och följa upp kvaliteten är en del av ledaruppgiften.

En lärande organisation

Lärandet med möjligheter att reflektera över enskilda vårdsituationer individuellt och tillsammans med andra är en del i det dagliga arbetet.

Kompetensutveckling handlar om traditionell utbildning men i än högre grad om att utveckla lärandet i det dagliga arbetet. Ett sådant lärande främjas av en medveten utformning av arbetsorganisation och arbetsformer. Det är viktigt att ledarskapet, arbetsformerna och förhållningssättet i arbetet stimulerar till ett lärande. För att individer skall kunna utveckla sin kompetens behöver arbetsorganisation och ledning vara inriktad på ett lärande i det dagliga arbetet.

Lärande innebär inte bara att utveckla sin yrkeskompetens utan också att kunna relatera till andra människor genom t.ex. arbete i team, i kontakter med andra yrkesgrupper, anhöriga, chefer m.fl. Lärandet bygger på en förmåga att reflektera och dra slutsatser av egna erfarenheter och att bearbeta sin människosyn och sina värderingar. I arbete med människor förutsätts ett intresse och en motivation för det egna lärandet i denna

bemärkelse. När man lär förändras man. Nya insikter och kunskaper utgör en förutsättning för förändring.

Ledning

Chefer och ledare skall ha ett tydligt och uttalat ansvar för utveckling av verksamhetens kvalitet och för personalens utveckling. I ansvaret ingår att följa forskningen samt värdera och stödja användningen av FoU-resultat.

Medarbetarsamtal minst en gång om året är bl.a. medel för medarbetarnas kompetens, löne- och yrkesutveckling.

En god ledning av den kommunala vården och omsorgen är av fundamental betydelse för att bibehålla och förstärka förtroendet bland vård- och omsorgstagare, yrkesutövare och allmänhet. Ledarskapet är en funktion av den organisation som ska ledas. I en politiskt styrd organisation måste ledaren kunna kommunicera en vision och via mål omsätta de politiska intentionerna till en effektiv verksamhet.

Det är viktigt att chefer och ledare, för att nå måloppfyllelse, har förmåga att ta tillvara medarbetarnas kompetens, arbetsvilja och förändringsbenägenhet. Om medarbetarna ges möjligheter till stimulans, kreativitet och utveckling då finns goda förutsättningar att också verksamheten drivs i rätt riktning. Därför är en av ledarens huvuduppgifter att utveckla en positiv samverkan och skapa goda relationer. Ledaren ska också i kontinuerliga medarbetarsamtal föra en dialog om åstadkomna resultat i relation till diskuterade och ställda förväntningar, medarbetarnas fortsatta utveckling m.m. Samtalen ger grund för medarbetarnas kompetens- löne- och yrkesutveckling.

För att chefer och ledare skall kunna ta initiativ och vara garantier för att verksamheten fungerar bra och förbättras måste befogenheterna vara tydliga vad gäller ansvaret för vårdens kvalitet och personalens utveckling. Chefer och ledare skall sträva efter att följa forskningen, värdera och stödja användningen av FoU-resultat i syfte att skapa en god vård och en bra arbetsmiljö. Förändring och utveckling för anpassning till nya mål är en viktig och ständig ledaruppgift.

För att chefer skall kunna ta sitt ledaransvar behöver de själva kontinuerlig utveckling och fortbildning samt stöd genom mentorer och handledning.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska - MAS

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) har ett övergripande ansvar för vårdens säkerhet och kvalitet. Hennes befogenheter och ställning i organisationen skall vara tydlig.

Enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen ska det finnas minst en medicinskt ansvarig sjuksköterska - MAS med ett övergripande ansvar för kvalitet och säkerhet inom respektive verksamhetsområde d.v.s. för äldreomsorg samt vård och omsorg av psykiskt och fysiskt funktionshindrade. I ansvaret ingår att ta fram direktiv och instruktioner för läkemedelshantering, dokumentation, delegering, kontakter med läkare och t.ex. Lex. Maria anmälningar.

MAS har en viktig roll men det är samtidigt inte fråga om en chefsfunktion i traditionell mening. Ansvaret omfattar inte något primärt ansvar för enskilda vårdtagare. Där-

emot har hon skyldighet att ingripa i enskilda fall om det krävs för att garantera en god och säker vård. Ansvaret kan betecknas som ett tillsynsansvar och de lagstadgade uppgifterna är varken underställda verksamhetschefen eller någon annan i kommunen.

Medarbetarnas kompetens är avgörande

Medarbetarnas kompetens är avgörande för verksamhetens kvalitet. Den enskilde skall ta ansvar för men också ges möjligheter till att utveckla sin kompetens.

Kompetens definieras i SOU 1991:56 som ”förmågan att klara de olika krav som ställs i en viss situation i en viss verksamhet”. Kompetenskraven måste därför sättas i relation till de uppgifter som personalen har att lösa, och de förutsättningar som ges. Dessutom behövs, viljan, kunskapen och motivationen för att lösa dessa uppgifter och därmed skaffa sig kompetens. Förändringar i omvärlden påverkar också vården och omsorgen och därmed ändras också kraven på kompetens.

Förmågan att ta tillvara och utveckla personalens kompetens kommer att vara av stor betydelse för hur kommunerna ska lyckas möta de kommande årens utmaningar. Den verksamhetsutveckling som nu sker ställer nya krav på såväl arbetsformer som arbets sätt och det är avgörande för verksamhetens kvalitet och effektivitet att medarbetarna besitter rätt kompetens.

Ett samspel mellan den lokala verksamhetens behov, vård- och omsorgstagarens behov och den anställdes kompetens och kompetensutveckling är angeläget. Om medarbetarna kan se helheten och förstå den egna uppgiften i ett större sammanhang, har de också bättre förutsättningar att ta ansvar för sin egen kompetensutveckling.

Tillgång till kontinuerlig fortbildning både i förhållande till sin personliga yrkesutveckling och till verksamhetens behov av förbättring är en av förutsättningarna för detta. Den enskilde måste få använda sin kompetens fullt ut och samtidigt ha möjlighet att se sig själv i samspel med andra.

Högskoleutbildad personal

Den kommunala vården behöver fler sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, men också andra högskoleutbildade yrkesgrupper. I ökande utsträckning behövs personal med fördjupade och specialiserade kunskaper.

Socialstyrelsens samlade bedömning av Ädelreformen (slutrapport 1996), är att reformen skapat möjligheter att lösa många av de problem som tidigare kännetecknade vården och omsorgen om de äldre. En viktig framgång har varit minskningen av antalet vårdplatser inom landstingens akutsjukvård och geriatrisk vård. Detta har samtidigt medfört att vårdtyngden i den kommunala vården har ökat betydligt.

En stärkning av det medicinska omhändertagandet skulle kunna erhållas genom fördjupade kunskaper hos personalen om äldre människors sjukdomar och hälsoproblem, anpassade till de särskilda behov vårdtagaren i kommunsjukvården har. Baspersonals grundutbildning exempelvis, skall vara gymnasiekompetens i omvårdnad.

Den kommunala vårdens omfattning och innehåll kräver alltfler sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster för att hålla en hög kvalitet. Även socionomer, pedagoger, logopedier och dietister kommer att behövas i ökad utsträckning. Yrkesgrupper

som dels kan arbeta självständigt men också arbeta konsultativt med handledning, fortbildning, och stöd till baspersonalen. Samtliga ska naturligtvis ha en yrkesspecifik kompetens, men det är nödvändigt att de också har kunskaper om det friska åldrandet och åldrandets sjukdomar samt om funktionshindrades behov av medicinska insatser.

Det är viktigt att man lokalt kartlägger den kommunala vårdens framtida utveckling och klargör behoven av kompetens hos olika yrkesgrupper samt kommunicerar detta med skolor, högskolor och universitet.

Sjuksköterskans yrkesansvar

Sjuksköterskan har ett brett ansvarsområde i att informera om, samordna och dokumentera vårdtagarens samlade behov av hälso- och sjukvård.

Sjuksköterskan i den kommunala vården och omsorgen har ett brett ansvarsområde. Arbetsuppgifterna finns i öppen vård och en övervägande del av vården bedrivs i patienternas bostäder, i enskilt boende eller i särskilda boendeformer. De grundläggande uppgifterna är att bedöma, besluta och sätta mål, att dokumentera, planera, utföra/delegera och leda insatser. I sjuksköterskans uppgifter ingår också att handleda, informera och utbilda annan personal och studerande samt effektivisera och kvalitetsutveckla verksamheten. Samarbetet med de sociala handläggarna är ett viktigt inslag i hennes arbete liksom att samverka med anhöriga, MAS:ar och andra vårdgivare. Sjuksköterskan ska också kunna följa, utnyttja och medverka i forskning och utvecklingsarbete.

I sjuksköterskans yrkesansvar ingår att arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och att ge patienten en trygg och säker vård. Hon har ansvar för att hålla sig a jour med utvecklingen inom sitt yrkesområde samt att följa de framsteg som sker inom kunskapsfältet.

Sjuksköterskor har ett särskilt ansvar för att samordna vårdtagarens samlade behov av hälso- och sjukvård och se till att vårdkedjan fungerar för varje enskild person. Det innebär bland annat att hon måste ha kontakt med andra vårdgivare och med olika vård- och omsorgsnivåer. Sjuksköterskan har även ansvar för att ge det förebyggande och det hälsobefrämjande arbetet en framträdande roll.

För att garantera vårdtagaren självbestämmande och integritet krävs att denne får en god och individuellt anpassad information. Sjuksköterskan har därför ett omfattande pedagogiskt ansvar för att ge information och undervisning dels direkt till vårdtagare och närstående, dels till sina medarbetare.

Sjuksköterskans ansvar för att informera, samordna och dokumentera vårdtagarens samlade behov av hälso- och sjukvård ställer krav på lämpliga hjälpmedel samt möjligheter att avsätta tid för att planera och följa upp vården.

Sjuksköterskans utbildning och kompetens

Sjuksköterskans grundutbildning bör till större del än i dag förläggas till öppen vård. En sådan inriktning innebär att kommunerna i ökad utsträckning måste erbjuda utbildningsplatser i verksamheten med god handledning.

Sjuksköterskor med fördjupade kunskaper inom geriatrik, psykiatri, folkhälsa och inom specifika omvårdnadsområden som t.ex. smärta behövs i den kommunala vår-

den.

Den treåriga sjuksköterskeutbildningen utgör en viktig plattform för utveckling av sjuksköterskans kunskapsområde, såväl för yrkesutövning som för vidare studier och forskning. Flertalet inom äldrevården har komplexa vårdbehov och det parat med utvecklingen inom medicin och omvårdnad ställer krav på att både grund- och specialistutbildningen av sjuksköterskor utvecklas och förändras i förhållande till verksamhetens behov. De skillnaderna som finns i hälso- och sjukvårdens och den sociala omsorgens syn på att möta vårdtagarens behov behöver integreras med syftet att uppnå en god vård med respekt för vårdtagarens integritet och självbestämmande.

Den grundläggande sjuksköterskeutbildningen måste i större utsträckning än idag ge studenterna insyn och kunskaper i den öppna vården. Det betyder att studenterna måste få tillräcklig klinisk/patientnära utbildning i den öppna vården och att äldrevården ska ses som ett viktigt område. Det är under den verksamhetsanslutna utbildningen som teorier skall utvecklas i praktiken, att omvårdnad blir kunskap i handling. Verksamheten måste därför ställa utbildningsplatser och handledare till studentens förfogande. För att vara handledare krävs såväl yrkesskicklighet som intresse och kunskap i pedagogik. Handledarfunktionen inom kommunal hälso- och sjukvård behöver lyftas fram och ges möjlighet att utvecklas.

Det är viktigt att specialistutbildningarna för sjuksköterskor erbjuder ämnesfördjupning inom olika områden som geriatrisk- och psykiatrisk omvårdnad. Utbildning med inriktning emot folkhälsa, äldresjukvård och sociallagstiftning är också av stor betydelse för den kommunala hälso- och sjukvården. Utöver dessa specialiteter kommer en alltmer kvalificerad hemsjukvård att kräva att sjuksköterskor utvecklar ytterligare specialområden som nutrition, smärta och diabetes. För dessa behov är högskolans fristående kurser en tillgång.

De sjuksköterskor som idag finns i verksamheten har fått sin utbildning vid olika tidpunkter och under olika system. Den vårdvetenskaplig utbildningen infördes t.ex. först i 1977 års studieordning och inte förrän 1993 blev omvårdnad huvudämne i grundutbildningen, vilket innebär att många med äldre utbildning saknar grundläggande omvårdnadsvetenskaplig utbildning.

Fler sjuksköterskor i den kommunala vården behöver få möjlighet att öka sina kunskaper inom ämnet omvårdnad. En bra handledning till sjuksköterskor under utbildning och ett bättre samspel mellan verksamhet och utbildning kan nås genom att lärare delvis tjänstgör inom kommunal vård genom s.k. kliniska lektorat. På så sätt kommer utbildningen närmare vården och vårdtagaren. Den kommunala vården tillförs en kompetens som både kan verka stimulerande för de anställda och öka kompetensen i verksamheten. Beroende på kommunens storlek är detta kunskaper som ibland kan behöva delas mellan flera kommuner eller mellan landsting och kommuner.

Det finns dessutom behov av att vissa sjuksköterskor skaffar sig en fördjupad medicinsk kompetens inom området äldre människors sjukdomar och hälsoproblem. Sjuksköterskor med fördjupade kunskaper skulle i större utsträckning kunna utföra fysiska undersökningar av patienterna, ordinera vissa prover och kontroller, ställa diagnos utifrån sin kompetensnivå samt förskriva vissa behandlingar, läkemedel och näringslösningar utan att för den skull ersätta läkare i äldrevården. Kunskaperna kan t.ex.

omfatta anatomi, fysiologi, sjukdomslära och nutrition. Kvaliteten i det medicinska omhändertagandet skulle därigenom påtagligt förbättras. Under utbildningen behöver sjuksköterskan träna sin skicklighet i att göra medicinska bedömningar (diagnostisera) och förstärka sina kunskaper i farmakologi inom ett förhållandevis brett kompetensområde.

Forskning och utveckling inom omvårdnad

Omvårdnadsforskning är en relativt ny vetenskap. Många områden av betydelse för kommunernas vård och omsorg är fortfarande obeforskade.

Kommunerna behöver utveckla sitt engagemang inom forskning och utveckling bl.a. genom att medverka i regionala FoU-centra och på olika sätt stimulera anställda att delta i forskning och genomföra studier som bidrar till en förbättrad verksamhet.

Mer och mer av omvårdnaden vilar på vetenskaplig grund och det är vanligtvis sjuksköterskor som forskar i ämnet. Huvuddelen av omvårdnadsforskningen utgörs av kliniska studier och i en internationell jämförelse har den svenska omvårdnadsforskningen varit mer patientnära från början. Detta hindrar emellertid inte att det finns många sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar som ännu är obeforskade ur omvårdnadssynvinkel. Fortfarande är forskningen relativt ny. 80% av sjuksköterskornas avhandlingar har lagts fram så sent som under perioden 1990 - 1998.

Men även om forskning ännu saknas inom många viktiga områden betyder inte det att det inte finns kunskap om hur omvårdnaden av patienter ska och bör bedrivas. Mycket av den kunskapen grundar sig på så kallad "beprövade erfarenhet". Det betyder att många sjuksköterskor vårdar med hjälp av den kunskap som deras och andras erfarenhet lärt dem. Det är viktigt att framhålla att den skicklighet som sjuksköterskorna har genom sin erfarenhet är en viktig kompetenskälla inom vården. Samtidigt är behovet stort av att systematisera den beprövade erfarenheten både för att kunna belägga den goda och ändamålsenliga vården och därigenom göra kunskapen generaliserbar och tillgänglig för alla, men också för att mönstra ut överksamma och felaktiga metoder.

För att vårdragarna i den kommunala vården skall kunna garanteras vård som stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet behöver kommunerna utveckla sitt engagemang inom forskning och utveckling, exempelvis genom att medverka, och även bidra finansiellt, i de kunskapscentra som nu växer fram på regional nivå mellan landsting och högskolor/universitet.

Omvårdnadsforskningen är som redan nämnts en tämligen ny vetenskap och många områden som har stor betydelse för vårdragarna i kommunerna är fortfarande obeforskade. Sjuksköterskorna behöver få utveckla intresse att söka ny kunskap och även utveckla forskningsmetodologisk kunskap.

För att öka samspelet mellan verksamhet, forskning och utbildning behövs fler forskarutbildade medarbetare som kan kombinera forskning med praktisk verksamhet och som kan ge undervisning och handledning av studerande, ge metodstöd och stimulera de redan anställda att genomföra studier som kan förbättra verksamheten.