



# När vården flyttar hem

Den kommunala hälso- och sjukvårdens  
sjuksköterska i vårdens paradigskifte





# Sammanfattning

---

Under senare tid har ett ökat flöde av hälso- och sjukvård från slutenvård till primär- och kommunal vård observerats i Västra Götaland. Sedan Ädelreformen genomfördes 1992 har slutenvårdsplatserna minskat med minst 46 % i Sverige. Socialstyrelsen skriver redan 2008 att minskningen av vårdplatser orsakar att allt fler patienter med stora vårdbehov vårdas hemma.

Detta har fört med sig att vården som utförs i kommunerna blir alltmer sjukvårdstekniskt avancerad och vårdtagarna allt sjukare. Det tillkommer också nya grupper av vårdtagare, till exempel barn, liksom en större omsättning av patienter i hemsjukvården. Delar av det som tidigare var slutenvård flyttar ut från sjukhusbyggnaden till vårdtagarens eget hem. Man kan sammanfatta det hela med att "Vården flyttar hem".

Många av Vårdförbundets medlemmar i kommunerna har i samband med denna utveckling signalerat om en ökad arbetsbelastning och ett ökat behov av kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården. Sjuksköterskorna i den kommunala hälso- och sjukvården får allt mer att göra beroende på en ökad vårdtyngd, utökade ansvarsområden, förändrat uppdrag och ökat krav på dokumentation. Denna utveckling har inte åtföljts av ökade resurser eller ökad kompetensutveckling i kommunerna.

Vårdförbundet avdelning Västra Götaland har utifrån detta valt att skriva denna rapport om läget för den kommunala hälso- och sjukvården i regionen. Vi vill skapa debatt om konsekvenserna av att patienter med omfattande behov av vårdinsatser allt oftare vårdas hemma samt hur denna förändring påverkar den kommunalt anställda sjuksköterskans yrkesroll.

För att kunna ge patienterna i kommunen en god och säker vård behövs fler sjuksköterskor och fler med specialistkompetens. Vårdförbundet anser att sjuksköterskans kompetens skall användas fullt ut och ges en mer ledande roll i organisationen. Utöver detta krävs satsningar på utveckling av multiprofessionella team i kommunerna samt förbättrad extern samverkan med andra vårdgivare. Det behövs också strategier för att stärka vårdens ledarskap i kommunen via förbättringskunskap.

Sjuksköterskorna i våra 49 kommuner säger nu ifrån att deras yrke behöver synliggöras och uppvärderas.

# Innehåll

---

1. INLEDNING	5
1.1 Bakgrund .....	5
1.2 Syfte .....	5
2. METOD	6
2.1 Arbetsgrupp .....	6
2.2 Material .....	6
3. FÖRDJUPNING – NÄR VÅRDEN FLYTTAR HEM	7
3.1 Vårdens paradigskifte .....	7
3.1.1 Ädelreformen .....	7
3.1.2 Från sjukvård till vård i hemmet .....	7
3.2 Sjuksköterskan i kommunal hälso- och sjukvård .....	9
3.2.1 Nya kunskapsområden och ökat ansvar .....	9
3.2.2 Nya krav på dokumentation .....	10
3.2.3 Komplex vård med små resurser .....	10
3.3 Huvudmännens strategier för hälso- och sjukvård .....	11
3.3.1 Samordnad vårdplanering .....	11
3.3.2 Samverkan mellan huvudmännen .....	11
3.3.3 IT-stöd .....	13
3.3.4 Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdansvaret .....	14
3.3.5 Kreativa hybrider .....	14
3.3.6 Ekonomiska incitament .....	16
3.3.7 "Finvård och fulvård" .....	16
3.4 Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård .....	19
3.4.1 Oändliga behov och begränsade resurser .....	19
3.4.2 Ropet efter kompetens .....	20
3.4.3 I Ädels skugga .....	23
3.4.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska .....	23
3.5 De goda exemplen .....	25
4. SLUTSATS	26
5. KÄLLFÖRTECKNING	28

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

Under senare år har Vårdförbundet avdelning Västra Götalands styrelse fått signaler från våra medlemmar i kommunerna att hälso- och sjukvårdens omfattning och innehåll förändrats. Detta gäller sjuksköterskor och specialistutbildade sjuksköterskor som arbetar inom den kommunala hälso- och sjukvården (vård under kommunalt huvudmannaskap).

Kommunernas behov av kompetens kommer i skymundan för landstingets behov genom att kommunerna utför delar av deras verksamhet. Många vittnar om att vården som utförs i kommunerna blir alltmer sjukvårdstekniskt avancerad och vårdtagarna allt sjukare, det tillkommer nya grupper av vårdtagare liksom en större omsättning av in- och utskrivna patienter.

Vi ser ett ökat flöde av hälso- och sjukvård från slutenvård till primärvård och kommunal vård. Vården tycks flytta från sjukhusbyggnaden ut till hemmet. Denna företeelse, i kombination med att allt mer administrativa arbetsuppgifter läggs på den kommunalt anställda sjuksköterskan, skapar en ökad arbetsbelastning för våra medlemmar i kommunerna.

Med alla dessa frågetecken och utifrån tyngden i frågan beslutade Vårdförbundets styrelse i avdelning Västra Götaland att hösten 2012 starta en arbetsgrupp. Arbetsnamnet blev 50 % utifrån teorin att minst hälften av all Sveriges hälso- och sjukvård numera bedrivs i kommunerna.

## 1.2 Syfte

Syftet med denna rapport är att synliggöra konsekvenserna av att patienter med omfattande behov av vårdinsatser allt oftare vårdas hemma samt hur denna förändring påverkar kommunalt anställda sjuksköterskor.

Vår föresats är att skapa en debatt om detta paradigmskifte och dess svaga punkter. Vi vill ge politiker och tjänstemän vår bild av dagens kommunala hälso- och sjukvård för att åstadkomma konstruktiva förändringar för framtiden. Vårt arbete är en inlaga i debatten, som förhoppningsvis inspirerar till fler.

### Om Vårdförbundet

Vårdförbundet är ett partipolitiskt obundet yrkesförbund anslutet till TCO för legitimerade barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor samt för studenter inom respektive utbildningar. Vårdförbundet bedriver ständigt ett opinionsbildande arbete i frågor som rör vårdpolitik och vårdmiljö, yrke och profession, arbetsvillkor, lön, jämställdhet, hälsa, utbildning och arbetsmarknad.



Vårdförbundet har 112 000 medlemmar.

→ Vården och omsorgen i hemmet har blivit alltmer avancerad. En väl fungerande vård och omsorg måste utgå från de behov som den enskilda individen har. Hemsjukvård ger människor möjlighet till ökad autonomi och livskvalitet jämfört med sjukhusvård under förutsättning att den erbjuder god och säker medicinsk behandling, omvårdnad och rehabilitering. Den avancerade sjukvård som utförs i hemmet kräver kunskap och hög kompetens för att vara säker och trygg. För en god och säker hemsjukvård behövs team som samverkar över organisationsgränserna i en gemensam beslutsprocess, utan begränsningar angående hälsotillstånd eller funktionsnedsättning. Planeringen av vården behöver ske efter bedömning av teamets medlemmar. En yrkesgrupps perspektiv på vårdtagarens behov räcker inte, det behövs en ödmjuk insikt om värdet av flera perspektiv.

Dokumentationssystem måste vara tillgängligt för den personal som deltar i hemsjukvården så att insatta åtgärder kan följas upp och nödvändiga förbättringar kan göras i vården. Därför behöver dokumentationen följa vårdtagaren över organisationsgränser och vårdformer, oavsett regelverk. Lagstiftningen måste främja samarbetet mellan kommun och landsting.

Ledarskapet har en viktig roll i detta arbete och behöver rätt förutsättningar för att skapa tillfällen för lärande och utveckling.

**Annika Wählin**  
förbundsstyrelseledamot i  
Vårdförbundet och ordförande  
i BraVä



## 2. Metod

### 2.1 Arbetsgrupp

Arbetsgruppen består av följande ledamöter i Vårdförbundets styrelse i avdelning Västra Götaland: Marianne Brindbergs, Haide Gårdlind Mellgren, Tina Kall och Robin Åberg.

### 2.2 Material

Vårdförbundet har under 2013 gjort intervjuer och samlat in fakta, erfarenheter och uppfattningar utifrån frågeställningarna:

- ▶ stämmer det att arbetets innehåll förändras och ökar för våra medlemmar i kommunerna?
- ▶ vilka trender och processer i samhället och i hälso- och sjukvården i stort skapar denna förändring?
- ▶ är detta en medveten politisk strategi?
- ▶ finns det kunskap och beredskap för detta i kommunerna?
- ▶ är förändringen så stor att vi kan kalla den för ett paradigmskifte?
- ▶ följer resurser och kompetens med flödet av vård?
- ▶ vad innebär detta för patienterna?

Vi har talat med många distriktssköterskor och sjuksköterskor i kommuner, primär- och slutenvård, tjugo medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS:ar), åtta enhetschefer i kommunal hälso- och sjukvård, fyra verksamhetschefer och tre socialchefer i kommunerna.

Vi har fört diskussioner med tre utvecklingsledare och tre projektledare inom slutenvården och kommunalförbunden, två läkare och två primärvårdschefer. Vi har haft kontakt med en vårdutvecklare för samordnad vårdplanering, en beredningsansvarig och en utvecklingsstrateg på Västkom, en projektledare och en projektchef på SKL samt ett kansliråd och en

departementssekreterare på Socialdepartementet.

Vi har diskuterat frågan med tio politiker på kommunal och regional nivå. I den akademiska världen har vi lyssnat på två universitetslektorer, varav den ena är doktor och docent och den andra är sektorschef vid akademien.

I Vårdförbundet har vi haft kontakt med vår vårdstrategiska chef, tre ombudsmän samt styrelseledamöter och förtroendevalda, både nationellt och regionalt.

Helhetsintrycket som vuxit fram är minst sagt komplext och har en tendens att växa i omfattning ju mer man fördjupar sig. I många delar har det även visat sig att ämnet inte är helt okontroversiellt och innehåller politisk laddning. Vi publicerar därför inte några namn på enskilda personer i materialet.

#### Några begreppsförklaringar:

##### Hemtjänst och hemsjukvård

**Hemtjänst** styrs av Socialtjänstlagen och bedriver social omsorg och service. Hemtjänsten bistår individen med hjälp i det egna hemmet så att individen skall kunna fortsätta bo kvar hemma.

**Hemsjukvård** styrs av Hälso- och sjukvårdslagen och bedriver omvårdnad i både ordinärt och särskilt boende. Hemsjukvård omfattar medicinska insatser, rehabilitering, habilitering samt omvårdnad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan vårdpersonal med delegering enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14).

##### Ordinärt och särskilt boende

När kommunen pratar om **ordinärt boende** menar man det egna, privata boendet. Det kan vara boende i villa, radhus eller lägenhet.

**Särskilt boende** är ett samlingsnamn för det boende som är aktuellt när behov av vård och omsorg är så omfattande att det inte längre kan tillgodoses i det egna hemmet.

## 3. Fördjupning: När vården flyttar hem

### 3.1 Vårdens paradigskifte

#### 3.1.1 Ädelreformen

Med Ädelreformen, som genomfördes 1992, fick kommunerna ett större ansvar än tidigare för långvarig service, vård och omsorg av äldre. Kommuner-na fick en lagstadgad skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor i behov av stöd. De särskilda boendeformerna omvandlades till en boendeform och inte en vårdinrättning. Mycket har hänt sedan 1992 och vårdplatserna inom slutenvård har minskat drastiskt. Det senaste decenniet har vårdflödet från slutenvård till kommun- och primärvård accelererat.

#### 3.1.2 Från sjukhusvård till vård i hemmet

Att allt mer hälso- och sjukvård flyttar ut från sjukhusen och till hemmen kan verifieras av så gott som alla aktörer vi kommit i kontakt med. SKL, Socialstyrelsen, Kommunalförbunden i Västra Götaland samt forskarvärlden tycks eniga om att en utveckling med färre sjukhusplatser, kortare vårdtider och en ökad åldrande befolkning bidrar till denna utveckling. Statistiken talar sitt tydliga språk: 1992 fanns 93 679 vårdplatser inom specialist-, somatisk och psykiatrisk vård, av dessa var 45 000 platser inom långtidssjukvård. År 2007 var antalet vårdplatser nere i 26 184. Om vi räknar bort den så kallade långvården har 46 procent av slutenvårdsplatserna försvunnit mellan 1992 och 2007. Socialstyrelsen skriver redan 2008 att minskningen av vårdplatser är en betydande orsak till förskjutningen av vårdinnehållet och att allt fler patienter med betydande vårdbehov vårdas i hemsjukvården.

Det finns ekonomiska incitament; att vårda människor i det egna hemmet blir billigare, åtminstone till en viss gräns. Andra skäl som nämns är den naturliga utvecklingen, en del människor vill helt enkelt inte ligga på sjukhuset i fyrbäddssalar utan föredrar att vara hemma. Sjukhusvård medför risker, till exempel vårdrelaterade skador och infektioner.

Att slutenvårdens vårdplatser blivit färre har delvis att göra med direkta besparingar men också effektivisering, man har frigjort resurser via till exempel ”standardiserade vårdspår”, vilket frigjort tid.

#### Paradigmskifte

Paradigm innebär en allmän tro eller en allmän uppfattning. Ett paradigmskifte är en ändring av en allmän tro.

I denna rapport vill vi visa paradigmskiftet i dagens hälso- och sjukvård, där den avancerade vården som tidigare enbart har bedrivits i landstinget nu har förskjutits i allt större utsträckning till kommunens ansvar.

Det kan också härledas till den medicinska/tekniska utvecklingen men denna kan också ha motsatt effekt, det vill säga man räddar och vårdar personer som tidigare vård inte kunnat hjälpa.

Kommunerna har skyldighet att tillhandahålla sjuksköterskor men inte läkare. Det har skett en förskjutning av vård från sjukhusen till kommunal vård och primärvård. På sjukhus ligger man nuförtiden bara under den absolut mest kritiska tiden runt en diagnostisering, medicininställning eller operation. När dessa medicinska undersökningar och åtgärder är gjorda betraktas patienten som ”utskrivningsklar”.

Begreppet innebär inte alls att man är frisk eller ens redo att klara sig utan medicinska insatser och omvårdnad. Den snabba medicintekniska utvecklingen och ökade behandlingsmöjligheter gör att allt fler kan vårdas hemma med omfattande vårdnadsbehov. De som vårdas hemma blir allt mer sjuka och behöver ofta avancerade sjukvårdande insatser.

Någon uttalad målsättning att flytta ut vården ur sjukhusen finns dock inte nationellt enligt personer på socialdepartementet. Politiskt har man på senare tid snarare börjat ana att trenden håller på att svänga och tala för att man igen kommer höra röster höjas för en ökning av slutenvårdsplatserna, säger en person med insyn på central nivå.

Västra Götaland valde tidigt att skatteväxla för kommunal hemsjukvård, detta innebär att hemsjukvården sedan 1992 har varit en kommunal angelägenhet. I övriga Sverige har den tidigare övervägande bedrivits av landstingen, någonting som håller på

! Kommunerna har skyldighet att tillhandahålla **sjuksköterskor**, men ■ inte läkare.

att förändras. I dag finns kommunal hemsjukvård i 289 av 290 kommuner. Kommunerna i Västra Götaland har en lång erfarenhet av att bedriva hälso- och sjukvård i hemmen. Västra Götalands och Kalmar läns kommuner är de enda som helt övertagit ansvaret för all hemsjukvård.

I Västra Götalandsregionen har många av de vi talat med refererat till en målsättning som man benämner 20/80. Detta betyder att 80 % av vården ska bedrivas av kommunal vård och primärvård och endast 20 i slutenvården. Både tjänstemän och politiker vi talat med har förhållit sig till detta som funnes det ett politiskt beslut att genomföra denna förskjutning av vårdens innehåll mellan huvudmännen. Men principen 20/80 visar sig kunna härledas till idéskissen ”Medborgarnas Primärvård”. Beskedet vi får från Regionkansliet är att det inte är någon regel. Utan ”det står som en målsättning i idéskissen Medborgarens primärvård, men avser snarare en inriktning”. Med tanke på denna utvecklings omfattning och presumtiva konsekvenser är det förvånansvärt att debatten i offentligheten lyser med sin frånvaro. Kanske kan det bero på att denna utveckling tycks komma smygande, den har ingen tydlig politisk eller annan avsändare, utan blir en ”naturlig” konsekvens avhängig av en mängd faktorer. Icke desto mindre kommer denna utveckling att påverka

## Debatt

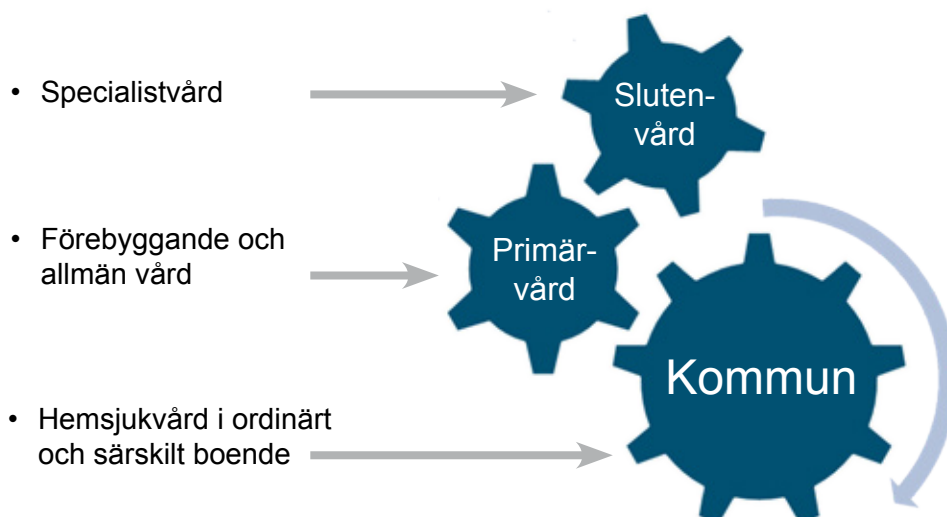
### Ny skatteväxling?

Överföring av resurser för kommunal hemsjukvård har skett genom skatteväxling. Varje kommun får härigenom ett finansiellt utrymme som motsvarar driftskostnaderna för den övertagna verksamheten. Den kommunala hälso- och sjukvårdens omfattning och innehåll har dock förändrats och kostnaderna är högre än uppräknat skatteväxlat belopp.

Är det dags att uppdatera skatteväxlingen för att tillgodose ökade kostnader?

många människor i kontakten med vården, både som patienter och anhöriga. Den kommer också i hög grad att påverka Vårdförbundets medlemmar som arbetar i slutenvård, primärvård, kommun, ambulans, SOS-alarm och 1177.

Men det är framförallt i kommunerna, detta vårdflödes ”sista anhalt” som vi ser den förändring som är av stor betydelse för den enskilde vårdtagaren. Det är här stora delar av den vård som tidigare bedrevs på sjukhusen kommer att bedrivas.



Sedan Ädelreformen genomfördes 1992 har det skett en förskjutning av sjukvårdsinsatser från sluten vård till öppna vårdformer inom primärvård och kommunal vård och omsorg. Varje kommun ska enligt hälso- och sjukvårdslagen erbjuda en god hälso- och sjukvård inom de områden kommunen ansvarar för. I kommunens hälso- och sjukvård ingår inte läkare.



## 3.2 Sjuksköterskan i kommunal hälso- och sjukvård

### 3.2.1 Nya kunskapsområden och ökat ansvar

Generellt ser vi att Vårdförbundets medlemmar i kommunerna axlar ett allt större ansvar för vårdtagare som i stort sett kan inneha vilken diagnos eller ålder som helst. Det kan vara allt från svårt sjuka barn, medelålders människor döende i cancer, kroniskt sjuka, vård och rehabilitering efter operation eller stroke, psykiatriska problem, äldre med många olika sjukdomar. Listan kan göras lång på alla dem som anses medicinskt färdigbehandlade av slutenvården men som inte klarar av att ta sig till en vårdcentral. I kommuner är det legitimerade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor (med specialisering inom till exempel distrikt, psykiatri och vård av äldre) som har ansvaret för dessa patienter. I den kommunala hälso- och sjukvården ingår även arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

I samband med detta arbete gjordes ett fördjupat samtal med två av våra medlemmar i medelstora kommuner i Västra Götaland. De är båda distriktssköterskor som arbetat under det senaste decenniet med kommunal hälso- och sjukvård och har upplevt stora förändringar under senare år.

De båda distriktssköterskorna berättar om en snabb förändring av organisationen liksom av verksamhetens innehåll, avhängig av en mängd interna och externa faktorer.

Ett exempel är en intern omorganisation i den ena kommunen. Tidigare hade varje enskild sjuksköterska haft ansvaret för endast en begränsad verksamhet, till exempel ett demensboende, ett hemsjukvårdsdistrikt, en korttidsavdelning eller ett funktionshinderområde. Nu har alla sjuksköterskor fått patientansvar inom alla dessa olika ansvarsområden samtidigt. Detta kräver nu en helt annan övergripande kunskap om vitt skilda sjukdomstillstånd och samtidigt mycket större geografisk och lokal kännedom. Utöver detta innebär det en mängd kontakter med olika omvårdnadspersonal hos både kommunala och privata aktörer.

I detta fall saknar nu vården den omvårdnadsansvariga sjuksköterskans helhetssyn och kontinuitet inom en begränsad verksamhet och medicinskt kunskapsområde. Sjuksköterskans funktion har istället blivit lik konsultens med snabba bedömningar, prioriteringar och beslut. Den långsiktiga inriktningen på

→ Ja, vården flyttar hem och kommer som jag ser det i ökande utsträckning att göra så framöver i ökande omfattning. Infektionsrisken på sjukhusen är en orsak och naturligtvis att mer går att sköta i hemmet om rätt resurser finns för det.

Verklighetsbeskrivningen av distriktssjuksköterskornas situation stämmer med vad jag sett på många håll. Kommunerna förstod inte vid Ädelreformens införande att de tog över ansvaret för mycket svårt sjuka människor. De levde i någon slags föreställning om att de flesta lever friska intill livets sista dag och att man inte skulle medikalisera åldrandet. Det har alltför många patienter fått lida för. Att läkarna inte följde med vid Ädelreformens införande anser jag är en stor brist och faktiskt en form av diskriminering av de patienter det handlar om. När vården flyttar ut från sjukhusen måste läkarna följa med, inte stanna kvar på sjukhusen.

I Sveriges Pensionärsförbund var jag med och drev frågan om multiprofessionella team i primärvården, där också biståndshandläggaren borde ingå och där sjuksköterskan och läkare i primärvården skulle ha en central roll som dirigerer för övriga i teamet. På senare tid har jag inom FP börjat driva frågan om specialist-sjuksköterskor.



Foto: Peter Knutson

**Barbro Westerholm**  
Läkare, forskare, ämbetsman  
och riksdagsledamot (FP)

vården och omvårdnaden bestäms av andra, liksom att sjuksköterskans avgränsade insatser ”beställs” av andra. Sjuksköterskan kallas in när det behövs, i många fall av personer med lägre kompetens. Det vill säga det är omvårdnadspersonalen som påkallar sjuksköterskans uppmärksamhet på det man bedömer är viktigt, och så tillvida i mycket styr vården.

Båda distriktssköterskorna anser att hemsjukvården är den del av den kommunala hälso- och sjukvården som tydligast påverkats av det ökade trycket från primär- och slutenvård. På ett område, där den ena av distriktssköterskorna är anställd, har vårdbegäran via <sup>1</sup>KLARA SVPL och remissinflödet från läkare i slutenvård fördubblats inom loppet av tre år. Samtidigt har antalet sjuksköterskor inte ökat. Det finns heller inga begränsningar för vilken vård sjuksköterskor i kommuner ska kunna

<sup>1</sup>KLARA SVPL: IT-stöd för regiongemensam rutin för samordnad vårdplaneringsprocess. SVPL står för samordnad vårdplanering. Läs mer s. 13-14.

bedriva. Denna ska kunna ”allt” som efterfrågas av den behandlande läkaren. Antalet inskrivna i hemsjukvården har inte ökat i så hög grad som man skulle kunna tro men detta beror främst på att man från kommunens sida blivit mycket mer strikt gentemot kriterierna för vem som har rätt till kommunal hälso- och sjukvård. Vissa patienter som tidigare var inskrivna i hemsjukvården hänvisas nu till primär- och egenvård.

### 3.2.2 Nya krav på dokumentation

De senaste åren har distriktssköterskorna också fått inte mindre än sju nya datasystem för dokumentation, kommunikation och datainsamling, bland annat för kvalitetssäkring. I kölvattnet av diskussionerna runt kvaliteten i äldreården och oron för patientsäkerheten, uppkommer behov av tydligare dokumentation, kvalitetssäkring och kommunikationssystem. Detta är ju i sig befogat, men problemet blir att det är sjuksköterskan, redan överhopad av ansvar, som har fått ansvaret för att dessa system fylls i och uppdateras. Den direkta patientvården riskerar att stryka på foten för ”vården” av olika dataprogram.

### 3.2.3 Komplex vård med små resurser

Förståelsen från den egna kommunens tjänstemän och politiker upplevs i många fall som liten. Det saknas kunskap om att man bedriver en allt mer avancerad sjukvård i den egna kommunen. Alltsedan ädelreformen har också fokus varit ”att se till det friska”, med konsekvens att vården av dem som verkligen är sjuka inte prioriterats i tillräcklig utsträckning. Ibland har man upplevt en negativ inställning från chefer på flera nivåer till perspektiv som utgår från hälso- och sjukvårdslagen.

Distriktssköterskorna anser att om kommunerna ska bedriva hälso- och sjukvård krävs det att de är uppdaterade på sitt ansvar och den viktiga roll de nu spelar för svårt sjuka människor. Den som utför vården ska göra det säkert, med rätt kunskap och kvalitet. Hälso- och sjukvård ska bedrivas utifrån hälso- och sjukvårdslagen. De som har kunskapen om detta förvägras ofta en strategisk plats i organisationen med möjlighet att påverka.

De två distriktssköterskorna har också själva tagit ansvaret för sin kompetensutveckling, detta för sin egen och framförallt vårdtagarnas skull. De båda, som tidigare var sjuksköterskor, har specialistutbildat sig på eget initiativ. Detta utifrån att den kommunala

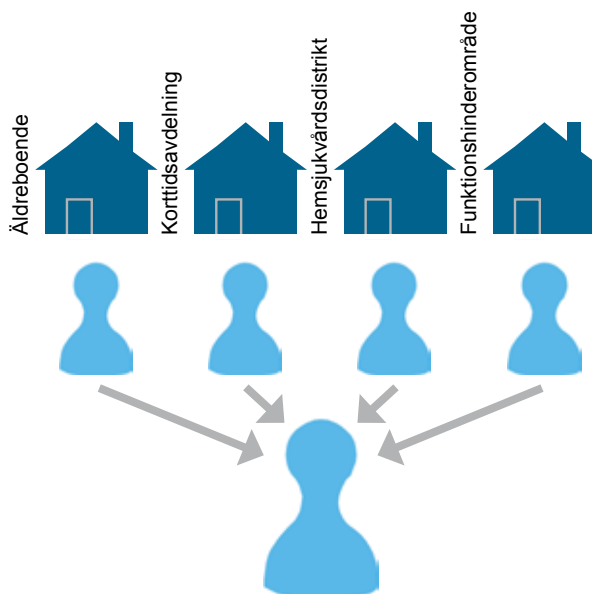
### Hälso- och sjukvårdslagen

Den här lagen talar om hur du ska bli bemött och behandlad som patient. I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) står det att alla åtgärder ska grundas på respekt för individens självbestämmande och integritet. Möjligheter till inflytande och medbestämmande ska ges.

Här finns också skyldigheten att upprätta individuella planer reglerad. Stödet ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde.

Målsättningen med denna lag är att ge god hälsa och god vård på lika villkor för alla. God vård innebär att den ska vara av god kvalitet, lättillgänglig och bygga på respekt för patienten. Vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Hälso- och sjukvårdslagen är i allt väsentligt utformad som en ramlag som fastställer mål och krav. Den är ingen rättighetslag, vilket innebär att det inte finns möjlighet att i domstol pröva rätten till viss behandling.



Sjuksköterskans ansvarsområde har förändrats; från en begränsad verksamhet till flera olika samtidigt. Detta innebär att sjuksköterskan måste ha övergripande medicinska kunskaper om vitt skilda sjukdomstillstånd. Bilden ovan visar ett exempel hur sjuksköterskans ansvarsområde kan vara organiserat i kommunen. Observera dock att Västra Götalands 49 kommuner organiserar sig på 49 olika sätt.

vårdens komplexitet ökat enormt under senare år har. Båda två har själva bekostat en 75 poäng universitetsutbildning. Arbetsgivarens bidrag till detta var någon enstaka betald dag under utbildningen samt 500 kr respektive 1800 kr i löneökning vid genomförd utbildning. Distriktssköterskorna vittnar om ett flertal kollegor som säger sig behöva och gärna vill ha samma typ av kompetensutveckling. Men man ser inte värdet i att själv betala en utbildning som arbetsgivaren inte värderar så högt. Kostnaden för denna typ av specialistutbildning värderades till 540 000 kr 2012. Yrkeserfarna legitimerade sjuksköterskor och legitimerade sjuksköterskor med specialistutbildningar behövs, men efterfrågas inte i tillräckligt hög utsträckning av arbetsgivaren. I dagsläget har endast 17 procent av sjuksköterskorna inom den svenska äldre vården någon form av specialistutbildning.

Sammantaget vittnar distriktssköterskorna om att den senaste tidens utveckling gjort sjuksköterskans situation i kommunal vård alltmer ohållbar. De känner sig klämda mellan sluten- och primärvårdens krav på att bedriva mer och mer avancerad vård och den egna kommunens oförståelse och ovilja att skjuta till resurser.

### 3.3 Huvudmännens strategier för hälso- och sjukvård

#### 3.3.1 Samordnad vårdplanering

I takt med att vårdflödet mellan kommunal vård, slutenvård och primärvård intensifieras krävs en allt högre grad av samverkan mellan de olika aktörerna. Olika typer av tekniska hjälpmedel, samverkansforum, avtal och nya sätt att samarbeta mellan de olika aktörerna har växt fram under senare tid. Detta med syfte att kontrollera och styra vårdflödet men framförallt för att skapa en trygg och säker vård för patienten på sin resa mellan de olika vårdgivarna.

Inför utskrivning av patienter från slutenvård till öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst ska det ske en samordnad vårdplanering. Det är ett strukturerat samarbete mellan kommun och landsting för att hantera informationsöverföring och vårdplanering

## Debatt

### Vem ska betala för sjuksköterskans specialistutbildning?

Ska sjuksköterskorna i kommunerna själva betala för sin specialistutbildning eller är det arbetsgivarens ansvar?

avseende insatser efter slutenvårdstillfället samt betalning för de patienter som omfattas av kommunernas betalningsansvar. Med samordnad menas att alla tre parter; sjukhusvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård, deltar i planeringen av insatser och att även eventuell planering som fanns före inskrivningen i slutenvården tas med. År 2014 gör Sveriges kommuner och landsting (SKL) även satsningar för införandet av 'samordnad individuell plan (SIP), gentemot äldre; en gemensam individuell vårdplan för en vårdtagares samtliga vårdgivare.

#### 3.3.2 Samverkan mellan huvudmännen

Vikten av samverkan har ytterligare understrukits på senare tid, när en handlingsplan för de mest sjuka äldre i Västra Götaland tagits fram i bred samverkan med regionens olika aktörer, Hälso- och sjukvårdsutskottet i regionen samt de fyra kommunalförbunden, Fyrbodal, Skaraborg och Södra Älvsborg samt Göteborgsområdet.

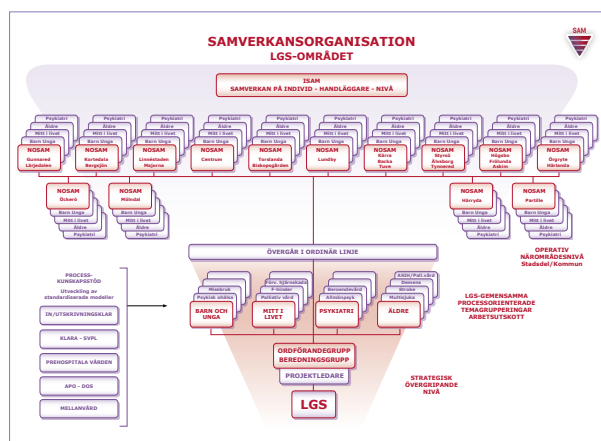
Handlingsprogrammet är ett svar på en överenskommelse som regeringen tecknade med SKL 2010, för förbättringar för de mest sjuka äldre och som förutsätter en struktur för samverkan mellan kommuner och landsting. <sup>2</sup>VästKom och Västra Götalandsregionen har formulerat en övergripande struktur för samverkan. Den förutsätter i sin tur grupperingar för samverkan delregionalt, i kommunalförbunden.

Motivet för samverkan mellan Västra Götalandsregionens verksamheter och kommunal verksamhet är att skapa en bra vård och omsorg, främst för sjuka äldre men också barn och unga, personer med psykisk sjukdom och/eller med missbruk och personer med långvariga sjukdomar.

<sup>1</sup>När en person har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Detta anges både i 2 kap 7§ Socialtjänstlagen (SoL) och i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 3f §. En samordnad individuell plan (SIP) är en vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering.

<sup>2</sup>VästKom, Västsvenska kommunalförbundens samorganisation, är en sammanslutning som arbetar på uppdrag av de fyra kommunalförbunden i Västra Götaland: Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund, Fyrbodals kommunalförbund, Göteborgsregionens kommunalförbund samt Skaraborgs kommunalförbund. VästKom företräder och samordnar de 49 kommunernas intressen på regional nivå och tillsammans med kommunalförbunden.

Samverkan består i dag av en mängd olika grupper på olika nivåer med olika fokus representerande kommunal vård, primär- och slutenvård. Denna kan tyckas minst sagt komplex eller som LGS (ledningsgruppen för samverkan) själva uttrycker det på sin webbplats: ”En församling som involverar alla kommuner, beställarnämnder, utförarstyrelser och samtidigt speglar en bred politisk representation riskerar att bli stor och därmed komplicerad att organisera”. Att i denna skrift återge en övergripande och tydlig bild av den uppsjö av samverkansformer som finns är inte görligt för oss i denna rapport. För att få ett exempel på hur många olika samverkansgrupper som finns kan man på Samverkanstorget titta på en organiseringsbild för samverkan som gäller enbart för Göteborgsområdet: <http://www.samverkanstorget.se/upload/LGS%20organiseringsbild%202011.pdf>.



Trots massiva insatser för samverkan mellan huvudmännen med oräkneliga grupper där företrädelsevis verksamhetschefer från olika områden och verksamheter träffas finns mycket kvar att önska. Det är som om det inte silar ner i organisationerna. Eller kanske tvärtom, som en sjuksköterska sa: ”Det är som om de praktiska samverkansproblemen vi brottas med inte når upp till samverkansgruppernas dagordning”.

Enskilda patienter hamnar dagligen mellan stolarna. Om detta vittnar våra medlemmar i alla läger, de vill säga sjuksköterskor som arbetar i slutenvården, primärvården och i kommunerna. Sjuksköterskor som arbetar i ”samordnad vårdplanering” kan vittna om hur vårdtagare ständigt drabbas av oenigheter mellan huvudmännen när det gäller vem som ska göra vad och framförallt vem som ska betala.

Av de faktorer som försvårar samverkan återfinns också många i olika hög grad här, till exempel oklar ansvarsfördelning, olika ekonomiska intressen, skilda organisatoriska strukturer och hierarkier, olika kunskapsstraditioner och professionella mål,

asymmetrisk relation mellan de samverkande, dålig samordning med hemmaorganisationen, stor arbetsbelastning och personalomsättning.

Socialstyrelsen har genomfört en kartläggning våren 2013 av patienter som har fått stanna på sjukhus på grund av att deras hemkommuner har saknat resurser att ta hand om dem från tidpunkten då de är utskrivningsklara. De utskrivningsklara patienterna beräknas ha kostat landstingen omkring 1 683 mkr under år 2012. Röster höjs för att kommunerna ska få betala dessa personers vård på sjukhuset redan från dag tre och inte som idag från dag fem. Å andra sidan är definitionen på utskrivningsklar: ”patient som av behandlande läkare inte längre bedöms behöva slutenvård”. Det är alltså upp till den enskilde läkaren, kanske pressad av platsbrist, att fatta beslutet om att patienten ska anses utskrivningsklar. Att vara svårt sjuk och utskrivningsklar är ingen motsättning i dag och detta kräver helt ny beredskap i kommunerna.

Mycket av initiativet för bättre samverkan kommer från SKL: ”Sedan 2010 har regeringen ingått årliga överenskommelser med SKL i syfte att ge stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete med fokus på en förbättrad kvalitet och en mer sammanhållen vård av och omsorg om de mest sjuka äldre. Statsbidrag har inriktats mot att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete.”

”SKL ansvarar för samordning av insatserna genom bland annat nätverksskapande arbete, seminarier, konferenser och andra former av erfarenhetsutbyte samt redovisning, sammanställning och återföring av resultat från utvecklingsarbetet. Arbetet är nära kopplat till SKL:s prioriterade område Bättre liv för sjuka äldre och har därmed starkt politiskt stöd och engagemang. SKL fördelar också medel till och samordnar de nationella kvalitetsregister - Senior alert, Svenska palliativregistret, Svenska Demensregistret (SveDem) och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD) – som är en viktig del i satsningen.”

På SKL tycks man alltså väl medveten om att det behövs krafttag för att de patienter som rör sig mellan huvudmännen inte ska fara illa. Kvalitetsregistren är en början för att kunna styra utifrån fler parametrar än enbart ekonomi. Dessa kan användas i verksamhetsutvecklingen av vården. Patentlösningen med kvalitetsregister för ”Ett bättre liv för sjuka äldre” ska i sista led dock ofta administreras av just sjuksköterskorna i kommunerna. Sjuksköterskorna som vi i kapitlet ovan nämnde har svårt att hinna med det primära patientarbetet och som inte alltid får

den uppbackning de skulle behöva för att få förutsättningar att ge den goda och säkra medicinska vård och omvårdnad de vill och ska ge.

### 3.3.3 IT-stöd

Andra verktyg för att reglera vårdflödet mellan huvudmännen är dataverktyg för kommunikation och avtal som tydliggör ansvarsfördelningen. KLARA SVPL är ett IT-stöd som öppnat upp ett standardi-

serat kommunikationssystem mellan vårdgivarna. Detta medför att vårdgivarna kommunicerar efter vissa på förhand givna mallar när en patient rör sig mellan slutenvården, primärvården och kommunal vård. Lösningen möjliggör samarbete ”över gränserna”, mellan kommuner, primärvård och slutenvård. KLARA SVPL har använts i drift i Västra Götalands region i snart två år av ca 23 000 användare. Här är det också Vårdförbundets medlemmar förutom kommunens biståndsbedömare som i hög grad är de som



## Debatt

### Samverkan = samordning?

Det finns en uppsjö av grupper på olika nivåer och med olika fokus för samverkan mellan vårdens aktörer. Detta till trots brister det i samordningen. Patienterna hamnar i kläm när huvudmännen är oense om vem som ska göra vad och vem som ska betala.

Är detta ett kostnadseffektivt sätt att samordna eller behöver vården en övergripande dirigent?



Många aktörer deltar i besluten när vårdens samordning ska bestämmas, men praktiska samverkansproblem när inte alltid upp till samverkansgruppernas dagordning. Vissa vi talat med efterfrågar en gemensam dirigent för att få ordning på samarbetet.

handhar systemet. Systemet var behäftat med diverse barnsjukdomar och har många kritiker, men är också ett exempel på ett verktyg som ökar samverkan och skapat tydlighet i vårdflödet samt struktur i kommunikationen. Alla samlas runt samma verktyg vilket förenklar och gör det tryggare. För sjuksköterskorna i kommunerna har det dock även inneburit ytterligare ett ansvarsområde att administrera utan tillskjutna resurser för ändamålet.

Systemet kommer dock nu att bytas ut efter ett beslut i Västra Götalandsregionen september 2013. Man vill ha ett mer användarvänligt system och under 2014 startar införandet av Region Skånes IT-stöd ”Mina Planer” i Västra Götaland. Driftsättning av ”Mina Planer” för alla SVPL-enheter i Västra Götaland kommer att ske under hösten 2014.

### 3.3.4 Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret

Västra Götalandsregionen och regionens 49 kommuner har genom VästKom har gjort en överenskommelse i ”Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland”. VästKom är en samorganisation, ägd av de fyra kommunalförbunden, som hanterar många gemensamma frågorna som rör alla de 49 kommunerna i länet. Det avtal som man hjälpt kommunerna att ta fram är ett ramavtal och det är upp till varje kommun att själva besluta om ambitionsnivå. VästKom själva vill och kan inte uttala sig om nivåer på insatser eller ambitioner runt kommunernas hälso- och sjukvård.

Hur man tolkar och tillämpar avtalet är upp till varje kommuns tjänstemän och kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS), som ska se till att kommunen bedriver en ”god och säker vård”. Vad detta innebär är dock fritt för tolkning, i varje enskilt fall. När Vårdförbundet frågar VästKom om vad man anser om den kommunala sjukvårdens allt mer utökade roll i vårdapparaten hänvisas vi till varje enskild MAS i varje enskild kommun. En tjänsteman vi talar med vill dock mena att kommunerna känner sig tagna på sängen av den senaste tidens utveckling. Andra vi haft kontakt med menar att det kan behövas ytterligare skatteväxlingar till kommunerna.

Vi kan se en risk här för ”*asymmetrisk relation mellan de samverkande*”, en faktor som vi nämnde ovan är försvårande för samverkan. Varje liten enskild kommun har intresse att hålla sig väl med den stora regionen, samtidigt som Västkom inte kan eller

ska uttala sig.

Här ser vi en risk för att incitamentet för den enskilda kommunen att hålla sig väl med regionen är starkare än de ”egna” sjuksköterskornas lokala knorrande med anledning av det ökade trycket från regionens hälso- och sjukvård.

### 3.3.5 Kreativa hybrider

På senare tid har vi kunnat se ett antal kreativa lösningar på konkret samarbete över gränserna. Det är fler än en person som arbetat på att hitta en bra lösning när det gäller ”*hur vi ska använda alla resurser optimalt*”. Exempel på detta är ”Prevård” som praktiseras i norra Bohuslän och Dalsland samt ”In-utskrivningsklar” som praktiseras i Göteborg med omnejd. Tanken bakom projekten är god, man vill komma bort från ”stuprörstänket”, se till att patienten inte ska behöva flytta på sig i onödan samt att flera aktörer kan hjälpas åt med vissa arbetsuppgifter. Att regeringen har anslagit 70 miljoner kronor under tre år till försöksverksamheter riktade till de mest sjuka äldre gör väl inte kreativiteten mindre. Enligt SKL:s riktlinjer för ansökan ska ”*Förbättringsarbete med den äldre i centrum*” och ett helhetsperspektiv vara vägledande för försöksverksamheterna.

Så här skriver man på Prevårds webbplats: ”*Vi vill inte behöva uppsöka akutvård om det inte är det vi behöver och är vi i behov av specialistvård vill vi få tillgång till det. Det är detta som kallas för vård på rätt vårdnivå. Den dag situationen är akut och tiden till vård är en avgörande faktor vill vi vara säkra på att alla resurser från samhällets olika vårdinstanser sätts in för att klara situationen. Det var dessa tankar som lade grunden till Samverkande sjukvård 2009. Det finns idag ett antal olika vårdgivare med olika uppdrag i norra Bohuslän och Dalsland och tanken med bildandet av Samverkande sjukvård är att vi tillsammans skapar möjlighet för patienten att få vård på rätt nivå och minska långa resor till akut-mottagning.*”

Mycket av tanken bakom Prevård handlar om att minska belastningen på akutvårdsmottagningarna och bedriva mer vård i och nära hemmet. I samverkan ingår den kommunala hälso- och sjukvården, vårdcentraler och sjukvårdsrådgivningen 1177 inom primärvården och ambulansverksamheten samt MÄVA (medicinsk äldreomsorgsavdelning) inom NU-sjukvården.

Mycket handlar om att sjuksköterskorna på de olika arbetsplatserna ska kunna gå in och göra varandras jobb, men utan att man från arbetsgivarhåll sett

till att de har kompetensen för detta. Ett halvårs högskolestudier på halvtid i mån av plats, förväntas av huvudmännen att kompensera för 3 terminer heltids högskolestudier på avancerad nivå. Kommunernas behov av kompetens kommer i skymundan för landstingets behov av att kommunerna utför delar av deras verksamhet. En kommunalt anställd sjuksköterska och en sjuksköterska i ambulansen har vitt skilda kompetenser och kan inte utan vidare byta jobb.

"Finns vården vi behöver ha nära hemmet vill vi ha den nära hemmet" skriver man Prevärds webbplats. Men är det verkligen så enkelt? Är det inte framförallt kompetens och resurser vi efterfrågar?

Vi är nog många som kan tänka oss åka någon mil till en akutmottagning för att få behandlas av kompetent personal med resurser, hellre än att stanna hemma och behandlas av en sjuksköterska utan kompetens för ändamålet. Intressant i sammanhanget är att antalet uppdrag i praktiken inom Prevärds samverkande sjukvård 1 januari - 31 juli 2013 uppgick endast i totalt 203 uppdrag, till en budget på 7 miljoner kronor. På In- och utskrivningsklar patients

## Debatt

### Finns det en kompetensförsörjningsstrategi?

Behöver kommunerna göra strategiska analyser över vilka kompetenser inom hälso- och sjukvård som behövs i kommunen?

webbplats kan man läsa att "Syftet med projektet är att skapa en vårdkedja där närvården utvecklas".

**Läs: Mera vård hemma.** "Modellen ska anpassas till kommunens, primärvårdens och sjukhusets nuvarande förutsättningar". **Läs: Utan ökade resurser och kompetensutveckling.** Vi ser en risk att när det gäller olika försöksverksamheter runt "Förbättringsarbete med den äldre i centrum" att det är sjuksköterskorna i kommunerna, som utan ökad kompetens och resurser, förväntas bedriva stora delar av den efterfrågade vården.



Varje människa är unik och alla människor har samma värde och samma rätt till en god och säker vård. Det ska vara den styrande principen för all vård. Oavsett vårdbehov och livssituation ska alla människor kunna lita på att just hon får den vård som hon behöver när den behövs. Den kommunala vården blivit alltmer medicinskteknisk och komplex, samtidigt som antalet slutenvårdsplatser minskat dramatiskt. Ur ett regionalt perspektiv nämner man målsättningen om 20/80 principen i termer av 20 % slutenvård och 80 % kommunal/primärvård. Lösningen som förs fram i olika variationer stavas samverkan, dock med avsaknad av både erforderliga resurser i form av antal sjuksköterskor och rätt kompetens på rätt plats i vårdkedjan.

### 3.3.6 Ekonomiska incitament

Att vårdapparaten brottas med ekonomiska bekymmer har väl knappast undgått någon. Kostnaderna för hälso- och sjukvård ökar i snitt med 2 - 2,4 miljarder per år samtidigt som äldreomsorgen ökar med 1,7 - 1,9 miljarder. Andelen äldre i befolkningen ökar.

Regionens budgetunderskott måste regleras och man har stramat upp ekonomistyrningen av slutenvården. Sjukvården styrs numera enligt NPM, New Public Management. Olika instrument för kostnadskontroll och resursstyrning har resulterat i att vårdtiden på sjukhusen blir allt kortare. En normal vård dag på sjukhus kostar ca 10 000 kr, för varje dag mindre på sjukhus finns mängder att tjäna.

I slutenvården ser man också ett onödigt tryck på akuten, vård som skulle kunna ges inom primärvården. Dels är det de unga som vill ha "det bästa", snabbt. Det är också äldre som skulle kunnat vårdas via närhälsan och i kommunen om strukturen, resurserna och kunskapen funnits.

En naturlig följd när kostnaderna överskrider resurserna blir att varje enskild aktör ser om sitt eget hus, ytterligare en faktor som försvårar samverkan. Det som kan synas som ett rationellt beteende avseende den egna verksamheten/budgeten blir ur samhälls-ekonomiskt perspektiv och för den enskilde inte konstruktivt. Exemplet på detta är otaliga:

- I kommunerna har sjuksköterskorna senaste åren delat medicinen i dosetter för hand för att ordnatören på sjukhus och i primärvård inte vill ha kostnaden för att apoteket utför tjänsten. Trots att detta innebär dolda kostnader för kommunen i form av minskad patienttid då sjuksköterskans tid går till att utföra ett arbete som skulle kunna göras av en maskin. Detta är en patientsäkerhetsfråga och för sjuksköterskan en risk att orsaka fel och därmed skada för patienten.
- Unga människor med svåra skador som kräver långsiktig rehabilitering hamnar på kommunala äldreboenden eftersom kommunerna inte vill betala för den rehabiliteringen som finns i regional regi.
- Dementa personer utan anhöriga som för deras talan åker in och ut på sjukhus för diverse åkommor utan att någon startar en minnesutredning. Slutenvården anser att det är primärvårdens ansvar men dessa känner inte till problemet. Kommunen som ofta känner till problemet har inte skyldighet att påtala det.

## Debatt

### Resursbrist, kunskapsbrist eller båda delar?

Målsättningen för Hälso- och sjukvårdslagen är att ge god hälsa och god vård på lika villkor för alla. Många av våra medlemmar känner att de har svårt att leva upp till lagens intentioner för patienterna i kommunerna.

Beror detta enbart på brist på resurser? Behöver kommunens tjänstemän och politiker en fördjupad kunskap om den avancerade vården som bedrivs i kommunen och om de specialistkunskaper denna kräver?

En ekonomistyrning med ett långt ut delegerat ekonomiskt ansvar i chefsleden, där alla är sig själva närmast, skapar problem för patienten. Det finns många stolar att hamna emellan:

- En ekonomichef i en kommun sa följande då han ställdes inför frågan om hur han såg på den senare tidens vårdflöde från region till kommun: *"Regionen har ett stort budgetunderskott, klart man försöker lägga över kostnader för hälso- och sjukvård på kommunerna"*.
- En hög tjänsteman inom slutenvården sa: *"Alla enskilda aktörer har naggat på den egna krediten till den grad att ekonomin inte riktigt håller samman"*.
- En distriktssköterska i Närhälsan sa: *"Ekonomistyrningen hindrar människor som egentligen vill samverka från att samarbeta"*.

### 3.3.7 "Finvård och fulvård"

*"Förändring på djupet handlar mycket om värdegrundsförändring"* sa en utvecklingsledare inom slutenvården när vi talade om vårdens framtid.

En annan av de personer vi under resans gång talade med, en person med administrativ funktion och med en central överblick av ett större område myntade begreppet, "finvård och fulvård".

Begreppet byggde på en intressant iakttagelse, nämligen den att den avancerade botande vården tycks vara mer värdefull än den enkla eller lindrande. Hon gav följande bild: Den botande vården, den medicinskt och tekniskt avancerade, specialiserade



vården är lokaliserad till sjukhusen. Här är läkartätheten hög. I spåren av den allt mer medicintekniska utvecklingen följer etiska dilemman, ställningstagande och prioriteringar. Det vill säga vad ska man välja; billig enkel vård till många eller komplicerad dyr vård till få? Den komplicerade dyra, ofta boende, vården är den ”fina”. Den ”fula” vården, det vill säga den lindrande och den ”enkla” vården till de många.

Finvård/fulvård handlar om samhällsvärderingar i stort. Stora tekniska, medicinska och kirurgiska genombrott slås upp stort i massmedia och väcker beundran hos allmänheten. Den vardagliga vården med betoning på omvårdnad uppfattas inte lika intressant. Dessa värderingar präglar inte bara massmedia utan också politiken och allmänheten. Medvetna och omedvetna föreställningar och ideal präglar beslut för vårdens utformning och den enskildes val.

Denna uppdelning och dessa föreställningar är inte nya. Den som arbetat inom vården vet att det av många anses ”finare” att arbeta med till exempel

kirurgi än psykiatri. Det nya är istället förläggningen av dessa verksamheter. Man kan ana en vattendelare mellan ”finvård/fulvård” som löper längst gränsen mellan slutenvården och vården som ska bedrivas nära hemmet.

Vården för långvarigt, multisjuka, palliativa i alla åldrar hamnar i kommunerna. Vården flyttar ut från sjukhusen men läkarna följer inte gärna med. De flesta patienter är hemma men läkarna är kvar på sjukhuset. Statens utredning av kommunal hemsjukvård från 2011 menar att kommuner inte bör ges befogenheter att själva anställa läkare. Samtidigt talar man om att det finns problem när det gäller läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Tillgången på läkare för personer på särskilt boende har under lång tid bedömts som bristfällig. Lösningen är att landstingen ”avsätter nödvändiga resurser”. Men vilka är incitamenten för att de ska göra det? Avtal ska reglera detta men primärvården har problem med att rekrytera läkare och behöver troligen i första hand de resurser de har för den egna



**Inga Trogen i centrum:** Mycket handlar om att sjuksköterskorna på de olika arbetsplatserna ska kunna gå in och göra varandras jobb, men utan att man från arbetsgivarhåll sett till att de har kompetensen för detta. Kommunernas behov av kompetens kommer i skymundan för landstingets behov av att kommunerna utför delar av deras verksamhet. En kommunalt anställd sjuksköterska och en sjuksköterska i ambulansen har vitt skilda kompetenser och kan inte utan vidare byta jobb.

verksamheten. Det är allmänt känt att många läkare vill arbeta och göra karriär i den specialiserade slutenvården, inte i primärvården, som tvingas punga ut med skyhöga ersättningar till läkare från bemanningsföretag för att få några läkare överhuvudtaget. ”Finvården” bedrivs i slutenvården och ”fulvården” förläggs till primärvården och kommunerna. Därmed inte sagt att läkare i sig är förutsättningen för en god vård, men kompetens, mandat och tillräckliga resurser är det.

Egenvårdsbegreppet blir viktigt i detta sammanhang samt begreppet personcentrerad vård. Egenvård innebär att vårdapparaten lägger över allt mer ansvar för patientens vård och hälsa på patienten själv och dess närstående. Detta ställer pedagogiska krav på vårdens professioner. <sup>1</sup>E-hälsan och tekniken stödjer denna utveckling. ”Patienten ska i framtiden ta ansvar för sin egen journal”, säger en utvecklingsledare.

Egenvårdens inträde är inte helt okomplicerad, vem har ansvaret över tid, vem gör uppföljningar? Är patienten och närstående verkligen kapabla att ta ansvar för sin egen eller nära anhörigs vård? Legitimerad personal ska ta beslutet om egenvård och göra en riskbedömning. Men att göra en riskbedömning är inte helt lätt. Till och med det som förr betecknades intensivvård kan idag bedrivas som egenvård.

Utvecklingen går också från ”patienten i centrum” till ”personcentrerad vård”. Med personcentrerad vård menas att personen sätts framför sin sjukdom och att personens behov, som denne själv formulerar, har lika stor betydelse som de behov professionell personal identifierar. Det kan innebära att vården ger de bästa möjliga förutsättningarna för patienten att göra val baserat på evidens utifrån sin egen hälsa och bli respekterad för detta. Att understödja en personcentrerad vård kräver kunskap, handling, förutsättningar och uppföljning. Det kräver också en värdegrund. För att denna typ av vård ska fungera som det är tänkt krävs mer kompetens runt vårdtagaren än mindre. Båda dessa begrepp fokuserar på olika sätt på att patienten ska bli en egen aktör. Det vill säga att patienten ska själv, ihop med vårdens professioner, ta ansvar för sina behov. I praktiken med fördel i det egna hemmet. Man lägger ansvaret för vården på patienten själv, men är det inte själva utgångspunkten för en människa som söker vård att hon inte känner att hon klarar detta själv? När ingen aktör kan eller vill ta ansvar för att människan är en helhet, får hon helt enkelt göra det själv, bäst hon

### 3 nyckelbegrepp för personcentrerad vård

#### 1. Partnerskap

Den mest centrala delen i personcentrerad vård är partnerskapet då det handlar om en ömsesidig respekt för varandras kunskap; å ena sidan patientens kunskap om hur det är att leva med sjukdomen, å andra sidan vårdpersonalens kunskap om sjukdomen på en generell nivå.

#### 2. Patientberättelse

Förutsättningen för personcentrerad vård är patientberättelsen, alltså patientens egen berättelse om sitt tillstånd. Utifrån den planeras vården gemensamt, och en överenskommelse skrivs ner i form av en vårdplan.

#### 3. Dokumentation

Den tredje komponenten i personcentrerad vård är dokumentation av patientberättelsen och vårdplanen i patientens journal.

kan, eller med hjälp av sina anhöriga. Ett stort antal anhöriga, främst makar och barn, ger allt mer hjälp till äldre personer. Många anhöriga får inte det stöd de behöver.

Riksdagens beslut om en etisk plattform som utgångspunkt för prioriteringar i vården utgår från i första hand människovärdesprincipen, följt av behovs-/solidaritetsprincipen och slutligen kostnadseffektivitetsprincipen. Principerna talar om människors lika värde och att man har samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner. De talar också om att resurserna bör delas efter behov och i sista hand ska även hänsyn tas till relationen mellan kostnader och effekt. Värderingar där till exempel teknik och mätbara resultat anses viktigare än omvårdnad och människans egen upplevelse är inget som är sagt ska styra vårdens prioriteringar. Dessutom kostar ibland det faktum att vi låter oss styras av normer kring viktigt och oviktigt, fint och fult, onödigt mycket. Valet att inte satsa på till exempel sjuksköterskornas långsiktiga och hälsofrämjande arbete i kommunen kan utöver det mänskliga lidandet snabbt genera 700 000 kr för ett brutet lårben i slutenvården.

E-hälsa: Samlingsbegrepp för IT-baserad information och dokumentation inom all vård och omsorg.

### 3.4 Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård

Ett kommunalråd fick frågan om vad han tyckte att man från kommunens sida skulle göra åt allt mer hälso- och sjukvård nu blir kommunernas ansvar. Han ryckte på axlarna och sa lite uppgiven: *"Die kommune ist das mädchen für alle"*, fritt översatt *"Kommunen är allas piga"*. Maktlös tvingas den göra vad andra aktörer begär, vill de ha sjukvård får vi väl tillhandahålla sjukvård. Är detta en rättvisande bild och om så är fallet hur ser den makt ut som man trots allt har, den över de egna resurserna?

#### 3.4.1 Oändliga behov och begränsade resurser

En kommunal verksamhetschef för vård och omsorg valde att säga upp legitimerad personal trots att kommunens egen kompetensanalys visade att man behövde anställa fler. Argumentet för att inte satsa på kommunens hälso- och sjukvård var att alla verksamheter i kommunen behöver resurser. *"Frågar du skolan skulle de säkert också säga att de behövde mera resurser"*. Verksamhet ställs mot verksamhet och inte ens verksamhetschefen är sin egen verksamhet trogen. Hur ska man egentligen prioritera? Måste barnens behov ställas mot gamla och sjuka? *"Behoven är oändliga och resurserna begränsade"* är också en annan hederlig gammal slagdänga. Men är inte alla dessa uttryck och argument bara undanflykter från att ta sitt ansvar?

Vilket är då kommunens ansvar? Detta regleras i Hälso- och sjukvårdslagen från §18. I § 20 står att läsa: *"Kommunen skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård"*. Detta torde tyda på att om behovet förändras, i detta fall ökar, bör det vidtas åtgärder för att anpassa sin verksamhet så att den motsvarar det förändrade behovet. Det saknas dock tydliga riktlinjer för till exempel hur många patienter det är rimligt att varje sjuksköterska har ansvar för. Detta kan därför skilja sig mycket från kommun till kommun. I vissa kommuner som vi talar med ansvarar patientansvarig sjuksköterska för runt 20 patienter medan man i andra ligger långt över 50. Antalet behöver inte heller säga något om vårdtyngden, en svårt sjuk patient kan ju behöva mångdubbelt mer sjukskötersketid än en patient med enstaka insatser.

I SOU 2011:55, utredningen som ligger till grund för att all hemsjukvård i Sverige ska

→ Att vården flyttat hem från sjukhusen till hemmet är odiskutabelt. Förändringen har kommit smygande, steg för steg. Tyvärr har inte huvudmannagränserna, avtal och eventuella skatteväxlingar följt med, vilket inneburit en kostnadsförskjutning från regionen till kommunerna och som i sin tur gjort att resurser inte kunnat tillsättas i samma utsträckning. Fördelningen gjordes i samband med Ädelreformen för mer än tjugo år sedan och mycket har ändrats sedan dess, utan att man skickat med finansiering. Då fanns nästan dubbelt fler vårdplatser och det fanns rehabiliteringsplatser ute i kommunerna som drevs av dåvarande landstinget, då spelade även primärvården en tydligare roll. Dessa patienter har inte blivit botade och försvunnit utan finns i kommunerna istället.

Den yrkesgrupp som kanske påverkas mest av denna förändring är sjuksköterskor i kommunen med ökade krav, nya utmaningar, ett mer mångfacetterat yrke och en mycket besvärligare gränssnittsproblematik. Naturligtvis ska inte en utveckling av specialistvården förhindras, men regionens omtolkning av ansvar gör att ibland åtsidosätts patientsäkerheten, då kommunerna är förhindrade att bedriva vård högre än sjuksköterskenivå, vilket innebär att det just blir sjuksköterskan som måste arbeta i gräzonen och med uppgifter som egentligen tillhör någon annan. Problemet för kommunerna är också att det inte bara är regionen som gör nya tolkningar av gamla överenskommelser och därigenom snävare bedömningar; jämför t.ex. förändrad bedömning från Försäkringskassan på LSS-området, medan regionen "bara" har sjukvårdsområdet.

Samverkan mellan huvudmän innebär inte att någon part egentligen behöver göra mer än sitt ansvar, utan i första hand måste varje part utföra sin del.

För sjuksköterskorna i kommunen ska kunna utföra sitt värv på ett effektivt sätt bör avtalen mellan huvudmännen hållas, primärvården ta mer ansvar för äldre som bOLLAS mellan akutmottagning och kommunen, de bör avlastas manuell läkemedels-hantering så mycket som möjligt samt bli av med den administration som ej är nödvändig.

Sjuksköterskor är en viktig strategisk grupp i kommunen och rätt använd är det en grupp som ger trygghet till kommunens mest utsatta medborgare. Att vara sjuksköterska i kommunen är ett ensamarbete och kräver mycket kompetens och en stor personlig lämplighet. De har inte någon att lätt tillfråga som man i alla fall lättare kan inom slutenvården



**Peter Jonsson**  
Vård och omsorgschef  
Tibro Kommun

kommunaliseras, ser man inte problemet. Där existerar inte risken att kommunerna helt enkelt inte bryr sig om att skjuta till resurser för en utökad hälso- och sjukvård. Utredningen är nästan odelat positiv: *”Det fanns tydliga fördelar med ett samlat ansvar för all hemsjukvård och social hemtjänst under en och samma huvudman. Genom att kunna disponera över de samlade resurser som står till buds för vård i enskildas hem skulle kommunerna få goda möjligheter att åstadkomma ett smidigt och väl fungerande samspel mellan sociala och medicinska insatser”*. Det finns heller ingen gräns för hur stort det ska kunna bli: *”Utredningen anser att den kommunala kompetensen på området bör vidgas så att alla former av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt annan personal med delegering får utföras av kommunen.”*

Man målar upp en bild hur det borde vara: *”Det är viktigt att understryka att kommunen bär ansvaret för att det finns kunskap och kompetens avseende t.ex. omvårdnad, rehabilitering, habilitering och förebyggande av ohälsa så att den vård som ges både i särskilt boende och ordinärt boende, kan ske med bibehållen patientsäkerhet. De kunskapsområden som bör finnas i verksamheten är specialistutbildade sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster samt övrig personal med utbildning för de behov som finns i verksamheten”*. *”Kommunen blir en attraktiv arbetsgivare för personal med olika kompetenser som vill arbeta i en organisation där möjlighet finns till teamarbete och kompetensutveckling”*.

Trots dessa hoppningivande ord tycks alldeles för litet hända för att rusta upp hälso- och sjukvården ute i våra kommuner. Intresset för att skjuta till medel för specialistutbildning är förvånansvärt svalt. Få kommuner i Västra Götaland har profilerat sig som attraktiva arbetsgivare genom att satsa på teamarbete och kompetensutveckling.

Det som verkligen förändrats konkret är att tjänstemän i kommunerna lovar andra aktörer inom ramen för samverkan, initierad av SKL, att man ska utföra vård, som man allt som oftast inte skjuter till extra resurser för internt.

Avtal skrivs med andra huvudmän i samverkanssanda. I en kommun tar man på sig ansvaret för att kunna besöka primärvårdens alla patienter kvällar, nätter och helger. Inte en krona mer till sin budget fick den enhetschef som skulle ombesörja detta. Verksamheten ska anpassas till ”nuvarande förutsättningar”, vilket inte kan betyda annat än att sjuksköterskan i kommunen i detta fall ska springa snabbare.

➔ Den demografiska utvecklingen i Sverige kommer att ställa stora krav på en rad områden. Med allt fler äldre och stigande medellivslängd utsätts en rad institutioner för påfrestningar; boendet, vården, anhöriga, pensionssystemet etc.

Fram till år 2030 ökar antalet 65+ med ca 600 000, det vill säga med 35 %. Nära hälften av denna ökning svarar 85+ för. År 2050 beräknas 25 % av befolkningen vara 65+, antalet 85+ är fördubblat och 95+ tredubblat. Var finns alla dessa personer?

Det oförsvarliga är att med ökat antal äldre så har exempelvis antalet vårdplatser på 10 år minskat med 20 % eller 2400 platser. Sverige har 2,7 platser per 1000 invånare, Finland två gånger så många, Tyskland tre gånger så många och Japan fem gånger så många platser. I Stockholm behövs 500 nya vårdplatser för att täcka behoven de närmaste 5 åren (2010-2015). Allt enligt uppgifter från SKL. Parallellt med detta har, enligt Skolverket, under perioden 2008-2012 antalet elever på vård- och omsorgslinjen minskat med 35 %. Är bättre anställningsvillkor lösningen?



Jöran Rubensson  
förbundsordförande SPRF

### 3.4.2 Ropet efter kompetens

I SOU 2011:55 skriver man: *”En grundförutsättning för att kommunen får bedriva hälso- och sjukvård i hemmet enligt HSL 18 § 2 st. är att det kan ske på ett patientsäkert sätt, dvs. att kommunen har den medicinska kompetens som krävs i varje enskilt fall”*. I Socialstyrelsens rapport ”Vård och omsorg om äldre” står det: *”En allt större andel av de äldre med omfattande och komplexa behov av vård och omsorg får denna i ordinärt boende. För att kunna utföra dessa insatser med god kvalitet behöver primärvård och äldreomsorg utvecklas. Det gäller exempelvis att utveckla former för att identifiera högriskpersoner och samordnad individuell vård- och omsorgsplanering. Men också utveckling av multiprofessionella team, strukturerad samverkan, ökad tillgänglighet och särskilda samordningsfunktioner”*.

Vårdförbundet har i sitt remissvar till Socialdepartementet gällande SOU 2011:55 lyft fram vissa farhågor: *”Det som dock har blivit tydligt i betänkandet är att man endast tagit hänsyn till organisationen av hemsjukvård – inte utgått från individens behov*

av vård och omsorg som en helhet. Syftet med en kommunalisering av hemsjukvården borde vara en sammanhållen hemsjukvård utifrån ett vårdtagarperspektiv". I remissvaret påtalas även vikten av en god samverkan mellan primär-/slutenvård och den kommunala hemsjukvården. Fokus ligger på ökad medicinsk kompetens (inte nödvändigtvis läkare). Teamet lyfts fram som en viktig del i hemsjukvården. I remissvaret betonar Vårdförbundet behovet av kompetens i kommunerna. Idag är kompetenskravet sjuksköterskenivå. I remissvaret ställer Vårdförbundet krav på specialistsjuksköterskekompetens inom hemsjukvård. Det märkliga är att inom den landstingsbedrivna hemsjukvården finns detta krav redan, men inte inom den kommunala.

Det vi har sett i Västra Götaland är att det skiljer sig hur de olika kommunerna tänker runt behovet av kompetens. I flera kommuner krävs enbart grundutbildningen samt enstaka kurser såsom inkontinens 7,5 hp och handledning 7,5 hp. I en kommun gavs förutsättning att studera inom ramen för anställning till specialist när man hade svårt att rekrytera sjuksköterskor. Men när behovet av sjuksköterskor var täckt togs möjligheterna bort. Ett annat exempel är att några specifika krav på specialistutbildning inte finns, utan kommunens behov av kunskap och kompetens styr vad sjuksköterskorna skall ha för specialistkunskaper.

"Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi" är en rapport som Socialstyrelsen tagit fram på uppdrag från regeringen. Rapporten är tydlig med

att utbildningen i geriatrik och gerontologi för flera högskolegrupper, däribland sjuksköterskor, är långt ifrån tillräcklig för att möta behovet av kompetens hos både dagens och morgondagens åldrande befolkning. För dessa grupper behövs ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi. I rapporten betonas behovet av specialistsjuksköterskor inom hemsjukvård. Man skriver också att det är "oroväckande" att så få sjuksköterskor utbildar sig till specialister.

Helle Wijk, legitimerad sjuksköterska, universitetslektor, doktor i medicinsk vetenskap och docent i omvårdnad har varit delaktig med sin expertkunskap i framtagandet av Socialstyrelsens rapport. I samtal med Helle Wijk framkommer det att många sjuksköterskor söker specialistutbildningen och även påbörjar den. Det som händer är att många sedan hoppar av. Orsaker till avhoppet är oftast att utbildningen måste finansieras ur egen ficka eller att det inte ges förutsättningar till att kombinera studier och arbete. Procentuellt är det endast 1,6 procent av kommunernas sjuksköterskor som specialiserat sig på vård av äldre, i rapporten framgår det att behovet skulle vara minst 50 procent. Vid frågan om orsaken till att så få utbildar sig till äldresjuksköterska, tror Helle Wijk att det finns en okunskap om utbildningen i våra kommuner. Det saknas också förutsättningar att kombinera studier och arbete med bibehållen lön. Vårdförbundet har drivit frågan om kunskap och kompetens länge.

Lisbeth Löpare-Johansson, vårdstrategisk chef och Ulla Falk, förbundsombudsman, är tydliga med att

---

## Specialistsjuksköterskorna blir färre

Antalet specialistsjuksköterskor i hälso- och sjukvården fortsätter att minska. År 1995 var två tredjedelar specialistutbildade. Nu är det mindre än hälften. Det visar ny statistik från Socialstyrelsen (2013-12-05).

Socialstyrelsens nya siffror visar att minskningen fortsätter. Mellan år 2010 och 2011 har antalet minskat med 600 samtidigt som vården kräver allt mer kunskap. Statistiken visar att allt fler sjuksköterskor specialistutbildar sig, men ännu fler specialistsjuksköterskor försvinner till andra verksamheter eller går i pension.

Ett av problemen är att det inte lönar sig med specialistutbildning. Det tar i genomsnitt 19 år för en sjuksköterska att tjäna in sin specialistutbildning

Vårdförbundet har ett förslag på betald specialistutbildning, så kallad Akademisk specialisttjänstgöring för sjuksköterskor. Information finns på [www.vardforbundet.se](http://www.vardforbundet.se).



det är omvårdnad, inte bara den specifika omvårdnaden som är sjuksköterskans område inom kommunen. Sjuksköterskan borde återta sitt uppdrag och vara mer delaktig i den basala omvårdnaden. Dels för och leda omvårdnadsarbetet, dels för att handleda andra yrken i omvårdnad.

Sjuksköterskans kompetens att se helhet behöver lyftas fram. Biståndsbedömningen har i alltför hög grad tagit över på hälso- och sjukvårdens område. De gör paralleller till Kanada där sjuksköterskan gör helhetsbedömningar. Bistånd ger omsorg, hälso- och sjukvård ger omvårdnad, man kan arbeta tillsammans i team.

Våren 2013 släppte Vårdförbundet "Akademisk specialittjänstgöring för sjuksköterskor - en idé". En idé om hur man kan få utbildning inom ramen för sin anställning. På 15 år har andelen specialist-sjuksköterskor minskat från 65 procent till 47 procent. Det Vårdförbundet har sett är att förutsättningarna att studera ser mycket olika ut. Arbetsgivare gör olika lösningar för att säkerställa sitt behov av specialistkompetens men att de flesta sjuksköterskor får betala sin utbildning ur egen ficka. Det tar i snitt tar 19 år för att en specialistutbildning skall löna sig för den enskilde sjuksköterskan.

➔ Vårdförbundets styrelse i Västra Götaland står bakom rapporten som omfattar en grundlig genomlysning, kontakter med en rad experter inom området och analys av förskjutningen av sjukvårdsinsatser från slutna vård till öppna vårdformer inom primärvård och kommunal vård och omsorg.

Man kan alltså konstatera att arbetet som sjuksköterska i kommunen har ändrats markant som en följd av ovanstående med ett genomgripande utökat ansvar, betydligt fler vårdtagare än tidigare som dessutom har både mer avancerade och komplexa ohälsosituationer, krav på att behärska ett stort antal datasystem samt ansvar för och förväntningar på samverkan och att driva utvecklingen av vården och omsorgen. Det som inte har ändrats är andelen specialistutbildade sjuksköterskor som snarare minskar. Att sjuksköterskor dessutom utövar ett eget ansvar för situationen och på fritid och med privata medel själv bekostar sin specialistutbildning kan väl inte vara en del av planen?

Grundfrågan man bör ställa sig är om detta är ett problem för sjuksköterskans funktion och yrkesroll med konsekvenser för patientens vård och

säkerhet? Eller är det istället så att det är nu vi har chansen till ett absolut krav på fler specialistutbildade sjuksköterskor i kommunal vård och primärvård, en rättmätig värdering av kompetensen och tydliga strukturer för karriärutveckling med mätbar högkvalitativ och säker vård för vårdtagarna som resultat i såväl ordinärt som särskilt boende?

De evidensbaserade argumenten för det senare är otaliga. 1,6 miljoner människor i Sverige är över 65 år. Multisjuklighet i betydelsen att ha flera olika sjukdomar samtidigt, ökar med stigande ålder och innebär ofta en försämrad funktion och försämrad livskvalitet, samt ett ökat behov av omsorg och hälso- och sjukvård.

142 000 personer lider av demenssjukdom och närmare hälften av dem är över 95 år. Hälften av dem bor på särskilda boenden. Antalet platser i särskilda boenden har minskat kraftigt och allt fler äldre bor därför idag kvar i det egna hemmet. Samtidigt har vårdtyngden vid särskilda boenden ökat eftersom det är de allra sjukaste som idag beviljas en plats där (Socialstyrelsen, 2009a).

Många äldre söker själv eller remitteras till akutmottagningarna vid ohälsa. Dock visar Socialstyrelsens kartläggning att en rad områden inom akutmottagningarnas verksamhet starkt behöver förbättras när det gäller den äldre patienten. Bland annat är kunskap om åldrandet alldeles för låg med konsekvensen att ansvarstagandet för den geriatriska patienten från ankomsten till akutmottagningen fram till inläggning på en vårdavdelning brister. Dessutom tycks det som att äldre patienter blir lågprioriterade på grund av atypiska symtom där kunskap saknas om att hög ålder i sig är en riskfaktor. Samtidig kognitiv svikt med risk för konfusion innebär dessutom svårigheter för den äldre patienten att redogöra för sin situation och hälsa. Sammantaget leder detta till ökad risk för bristfälligt omhändertagande, fler komplikationer och ökat lidande (Socialstyrelsen, 2006). Ett stort antal internationella studier inom Norden och Europa pekar åt samma håll. Alltså kan det starkt ifrågasättas om akut slutenvård är rätt vårdnivå för multisjuka äldre.

Är det så att många äldre patienter som idag uppsöker akutmottagningen och blir inlagda på sjukhus istället skulle kunna få den avancerade vård, behandling och omvårdnad de kräver om erforderlig specialistkompetens fanns där där de befinner sig?

**Helle Wijik**  
Leg. sjuksköterska, universitetslektor, doktor i medicinsk vetenskap och docent i omvårdnad



### 3.4.3 I Ädels skugga

Eric Carlström skriver *"I skuggan av Ädel"* om hur ädelreformen präglade sjuksköterskornas roll i kommunerna. Fokuset på socialtjänstlagen och "att se det friska" gjorde på många håll att man från ledningshåll såg sjuksköterskorna som ett hot mot den "sociala" kommunen. Sjuksköterskornas hälso- och sjukvårdsperspektiv var "fel" och de skulle tas ner från sina "höga hästar". Denna historik i kombination med att den kommunala hälso- och sjukvården utgör en försvinnande liten del av kommunernas totala budget gör dem mindre synliga. Att sjuksköterskorna också har en historia av att ha svårt att hävda sig har bidragit till ett visst ointresse för den egna rollen i organisationen. Man förväntar sig inte att få gehör för sina tankar och idéer varför man lägger sin fokus på att göra det så bra som möjligt för den enskilde patienten. Detta är en olycklig utveckling eftersom sjuksköterskans kompetens behövs alltmer i takt med att den kommunala hälso- och sjukvården växer, särskilt som det inte är aktuellt för kommunerna att anställa läkare.

Problemet tycks vara att tjänstemännen inte förstår vikten av att inkludera sjuksköterskornas hälso- och sjukvårdsperspektiv när man utformar organisationen. Man har helt enkelt ofta inte själv den kompetensen och/eller förstår inte värdet av den. Värdegrundsbildningen som riktade sig till chefer inom vård och omsorg utformades och anpassades till att 47 procent av enhetscheferna enbart har gymnasiekompetens. Det kan diskuteras huruvida det ligger något i det som geriatriskern Åke Rundgren säger: *"Landstingen vältrar över kostnader för geriatrisk sjukvård på kommunerna som inte alltid har kompetens att se sin bristande kompetens = den äldre blir lidande"*. Man måste själv ha kunskap för att förstå värdet av den. Hälso- och sjukvård är också att betrakta som två lika ben. Även mycket av hälsoperspektivet kastades ut som barnet med badvattnet då sjuksköterskans roll ifrågasattes i samband med Ädel. Det ska dock sägas att många yrkesgrupper, inte minst biståndsbedömarna, har på senare år allt mer efterfrågat sjuksköterskornas kompetens och inbjudit till ökat samarbete. Här ser vi också en efterfrågan av en högre grad av teamarbete och samverkan sinsemellan från kommunalt anställda arbetsterapeuter, fysioterapeuter, biståndsbedömare och sjuksköterskor. Något som också efterfrågas av Socialstyrelsen genom *"utveckling av multiprofessionella team"*. Här är det också upp till sjuksköterskorna själva att våga träda ut ur sitt hörn, bjuda upp till dans och visa på värdet av sin kunskap.

➔ Omvårdnaden är central för kommunerna som vårdhuvudmän. Stora delar av vården har idag kommunalt huvudmannaskap. Det har varit ett aktivt politiskt val sedan mitten på 90-talet. I förändringen har en helhetssyn på den enskilde personen lyfts fram. Det är väldigt positivt!

Att personcentrera vården och omsorgen är precis vad omvårdnad handlar om. Omvårdnad betonar att personer med någon form av ohälsa eller risk för ohälsa inte främst ses utifrån sin sjukdom, sitt ohälsotillstånd eller sitt funktionshinder. Istället fokuseras vården på de resurser varje person har, med målet att uppnå en så god hälsa som möjligt, även om sjukdomen består. Alla har rätt till hälsa trots sjukdom!

Som sjuksköterska har jag omvårdnad som min kunskapsbas. Det innebär bland annat att använda min kunskap om sjukdomar i det personcentrerade mötet. Sjuksköterskan har därför en nyckelroll i vård- och omsorgsteamet. Den kommunala vården behöver dessutom omvårdnads kunskap i de beslutande rummen för att kunna ta det ansvar som krävs, som de stora vårdhuvudmän de är!



**Lisbeth Löpare-Johansson**  
Vårdstrategisk chef  
Vårdförbundet

### 3.4.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska

I kommunernas hälso- och sjukvård skall det finnas en sjuksköterska som har det medicinska ansvaret i verksamheten. Hon har ansvar för kvalitet och säkerhet i den verksamhet som bedrivs inom hennes område, står att läsa i Socialstyrelsens allmänna råd.

Verksamhetsområdet ska utformas så att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har möjlighet att säkerställa att hög patientsäkerhet och god kvalitet tillgodoses i vården. Hennes ansvar, uppgifter och befogenheter ska klargöras i förhållande till verksamhetschefer och övrig personal. Den organisatoriska placeringen bör anpassas efter den medicinskt ansvariga sjuksköterskans verksamhetsområde och ledningsstrukturen inom kommunens hälso- och sjukvård. Det ska finnas ändamålsenliga former för samråd och samverkan mellan verksamhetschefen och MAS:en som tillgodoser att kraven på hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården upprätthålls och att verksamhetens kvalitet utvecklas.

MAS:ens roll är minst sagt komplex; organisatoriskt står MAS:en oftast närmare verksamhetschefen

än sjuksköterskorna och sitter ofta så placerad så rent lokalmässigt. Hon har ansvar för kvalitet och säkerheten och ska granska verksamhetschefens verksamhet. Samtidigt är verksamhetschefen ofta hennes chef eller nära kollega.

Socialstyrelsen har bedömt att det bör göras en kartläggning av MAS-funktionen *”som underlag för en översyn av regelverket och behov av annat kunskapsstöd”*. Här identifierar man också *”förhållandet mellan verksamhetschef för hälso- och sjukvård och MAS samt MAS:ens organisatoriska placering i kommunen”* som en av huvudpunkterna för kartläggningen.

Flera av MAS:arna som vi talar med välkomnar kartläggningen då man efterfrågar en större tydlighet i MAS:ens roll. En MAS som vi talar med säger: *”Uppdraget är hur tydligt som helst utifrån lagar och författningar, men inte utifrån var vi befinner oss i organisationen.”* Det finns otydlighet i ansvarsförhållanden och uppdragets omfattning samt vad som ska ingå i uppdraget. Många MAS:ar vittnar om att mandatet att påverka och utveckla är avhängigt av verksamhetschefens person och dennes inställning och kunskap. MAS:arna uttrycker att det är något man skulle vilja förändra.

Olika personer vi talar med ger ganska olika bilder av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan:

- *”Det är endast granskningsfunktion”.*
- *”Det kräver hög personlig integritet”.*
- *”De har patientfokus, fokus på vad som egentligen är patientsäkert”.*
- *”De har mycket central roll, de har stort ansvar att sätta gränser, de ska vara drivande i att trycka på för resurser och kompetens”.*
- *”Som mas anställs dessvärre ofta någon svag, karriärsugen ja-sägare”.*
- *”Masens granskande roll tycks på senare tid betonats”.*
- *”Masen ska inte gå in och underminera chefernas beslut”.*

Vad säger MAS:arna själva? Bland annat står att läsa i deras manifest:

- *”En god och säker vård kan endast bli till i samverkan mellan lagar, vårdgivare, professioner och yrkeskategorier. Som medicinskt ansvariga sjuksköterskor innehar vi en nyckelroll vad gäller samverkan och måste agera som brobyggare”.*
- *”En god och säker vård kräver att vi som medicinskt ansvariga sjuksköterskor ger sakkunnig*

➔ Det vi har tappat utmed vägen är helhetsynen på individen; vi delar upp den i sjuka delar och gör planer på varje del för sig. Detta sker både hos oss och inom sjukhusvården. Jag har gjort en del journalgranskningar och det blir så tydligt, den röda träden saknas. Även uppdelningen av medicinsk vård, hälsovård, omvårdnad och omsorg samt hemvård, då finns även rehabilitering och habilitering med.

Det är många delar som skall samverka och detta är i praktiken det svåraste eftersom informationen måste nå ut till alla och det är många personer runt den enskilde idag som skall till för att det skall fungera. Många har inte den reella kompetensen att se patienten, brukaren och dennes behov, man går den lättaste vägen, gör sitt jobb eller det man tror är ens jobb.

Det faktum att det inte lönar sig att höja sin kompetens är en bromskloss för utvecklingen, men om man inte kompetenshöjer sig får man ingen högre lön, vilket blir billigare arbetskraft för kommunen. Så vem förlorar? Jo, den allt mer komplexa vårdtagaren.

Att vara MAS är ett utsatt jobb. Det vill till att chefen, som är den som kan lyfta eller trycka ner (jag har varit med om båda), har den kompetens som kan se helheten och agera därefter.



**Birgit Barring**  
**Medicinskt ansvarig**  
**sjuksköterska (MAS)**  
**Hjo kommun**

*vägledning till politiker och chefer och tar vår plats på arenor där beslut fattas”.*

Mycket kan sägas om MAS:en funktion och roll i teorin och i praktiken, detta skulle kunna föranleda en egen rapport. MAS:en har inte en lätt uppgift att kryssa mellan alla olika intressen och samtidigt behålla fokuset på patientsäkerheten. De har många olika lagar och förordningar, riktlinjer, politiker, chefer, myndigheter, professioner och så vidare att ta hänsyn till, samtidigt som: *”Vårt arbete måste alltid utgå från en gemensam humanistisk värdegrund med vårdtagaren i centrum”*. Deras uppdrag kan nästan sägas gränsa till *”mission impossible”*. Hänsynstagandet till alla olika aktörer kan ibland upplevas som svaghet.

Vissa menar att MAS:ens funktion främst kan be-



tecknas som en brsklapp för att kommunen alls ska kunna bedriva hälso- och sjukvård. I andra sammanhang är MAS:en en initierad vårdutvecklare och den som håller fanan högst för att skapa lösningar som gör vården god och säker. Flera sjuksköterskor vittnar om att man ser MAS:en som en kontrollant över sjuksköterskorna snarare än en person med intresse att se till att sjuksköterskorna ges rimliga förutsättningar att bedriva en god och säker vård. Istället för att synliggöra och problematisera sjuksköterskans förutsättningar och arbetsmiljö på ett övergripande plan, kontrollerar MAS:en sjuksköterskornas arbete på detaljnivå. Andra sjuksköterskor berättar att man har ett gott stöd i MAS:en och att det är hon som utgör en garant för att kommunen bedriver en god vård.

## Debatt

### Vad är MAS:ens funktion?

Medicinskt ansvarig sjuksköterska:  
En kontrollant? En vårdutvecklare?  
En brsklapp? En garant för god och säker vård? ...eller Mission impossible?

### 3.5. De goda exemplen

I researchen för denna rapport har vi fått till oss flera goda exempel såsom teamsamverkan, strategier för kompetensförsörjning och vårdutveckling. Detta kan i sig utgöra grunden till en ny rapport och här hyser vi en förhoppning om att fler vill dela med sig av goda exempel.

Den kommunala självstyrelsen ger varje enskild kommun fri bestämmanderätt inom ramen för speciallagstiftningen, till exempel hälso- och sjukvårdslagen. Skyldigheterna och ansvaret att leva upp till lagstiftningens intentioner vilar tungt på den enskilda kommunen. Samtidigt kan möjligheten att få leverera en verkligt god och säker vård till invånarna kan säkert också inspirera.

När allt mer hälso- och sjukvård nu hamnar på kommunens ansvar bör också frågorna väckas. Hur vill vi ha det i vår kommun? Vad kan vi göra för att möta upp utvecklingen när våra innevånare skrivs ut från sjukhuset men fortfarande behöver hälso- och sjukvård. I mångt och mycket handlar det om att våga ta konsekvensen av att omvärlden förändras, att våga prova nytt och våga vara det goda exemplet.



Föreningen Bravå bildades i februari 2001 på initiativ av Vårdförbundet. Den består av 17 fackliga och professionella sammanslutningar, pensionärsorganisationer, patientföreningar och vårdgivare som i samverkan arbetar för en bra vård av äldre i ordinärt och särskilt boende.

Bravå beskriver vad som kännetecknar god vård och omsorg för äldre. Det är en viktig fråga som kräver genomtänkta svar. Därför har vi i Bravå sammanställt modern kunskap inom området som beskriver olika krav som vi anser kännetecknar en god vård och omsorg av våra äldre. Vi har utgått från ett humanistiskt synsätt som bygger på en grundsyn om alla människors lika värde och rätt till integritet och att få bestämma över sin egen vård.

Bravå vill stimulera till engagemang, reflektion, utveckling och nytänkande som leder till enighet om vad som bör göras för att nå vårt mål - en god vård och omsorg av våra äldre. Vi delar vårt engagemang med alla som berörs och som har intresse av de här frågorna: äldre som är direkt berörda eller närstående, beslutsfattare och vårdpersonal.

### ”Gå en dag i mina skor”

Vi bjuder in dig till ett möte med verkligheten. Prova gå i våra medlemmars skor. Bokstavligen!

Ta chansen och se hur en arbetsdag kan se ut för sjuksköterskorna i kommunen.

Anmäl ditt intresse till [info.vastra.gotaland@vardforbundet.se](mailto:info.vastra.gotaland@vardforbundet.se).

Vi ses!



## 4. Slutsats

---

### **Ökat ansvar för sjuksköterskan i kommunen vid hälso- och sjukvårdens paradigmskifte**

Sedan Ädelreformen genomfördes 1992 har slutenvårdsplatserna minskat med minst 46 %. Soci- alstyrelsen skriver redan 2008 att minskningen av vårdplatser orsakar att allt fler patienter med stora vårdbehov vårdas hemma. Vi vårdar fler patienter i kommunen och de har allt svårare och flera sjukdo- mar. Minskningen av slutenvårdsplatser för med sig att mer hälso- och sjukvård bedrivs i hemmen. Detta medför att den multisjuka patienten oftare vårdas i kommunal regi.

För att kunna ge dessa patienter en god och säker vård behövs fler sjuksköterskor och fler med specia- listkompetens. Sjuksköterskorna i våra 49 kommuner säger nu ifrån att deras yrke behöver synliggöras och uppvärderas. Denna slutsats grundar sig i de svar vi fått, utifrån de frågeställningar som ställdes i början på denna resa:

#### *Stämmer det att arbetets innehåll förändras samt ökar för våra medlemmar i kommunerna?*

Vårdens innehåll ökar både till omfång och kom- plexitet för Vårdförbundets medlemmar i den kom- munal hälso- och sjukvården i Västra Götalands kommuner. Vården som utförs i kommunerna blir alltmer sjukvårdstekniskt avancerad, vårdtagarna allt sjukare, det kommer nya grupper av vårdtagare samt en större omsättning av in- och utskrivna patienter.

Vi ser ett ökat flöde av hälso- och sjukvård från slutenvård till primärvård och kommun. Vården flyttar från sjukhusbyggnaden ut till hemmet i form av egenvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Utöver detta ser vi ökning av dokumenta- tion och handhavande av flera olika dataregister och system för sjuksköterskorna i kommunen.

#### *Vilka trender och processer i samhället och i hälso- och sjukvården i stort skapar denna förändring?*

Minskningen av slutenvårdsplatser för med sig att mer hälso- och sjukvård bedrivs i hemmen. SKL har också identifierat vissa problemområden och skapat riktade medel som påskyndar denna utveckling. En mängd trender och processer präglar olika myndig-

heter och aktörer. Vi ser konsekvenser av ekonomisk styrning, samverkan och teknisk utveckling. Men det handlar också om samhällsvärderingar i stort. Värderingar präglar inte bara massmedia utan också politiken och allmänheten. Medvetna och omedvetna föreställningar och ideal präglar beslut för vårdens utformning och den enskildes val.

#### *Finns det kunskap och beredskap för detta i kommunerna?*

Eftersom varje kommun är suverän ser det natur- ligtvis mycket olika ut från kommun till kommun. Generellt kan sägas att kommunernas beredskap för denna förändring med ökade krav på kompetens, resurser och organisation inte motsvarar behovet.

Mycket handlar det om vårdens ledarskap i kom- munerna. Kunskap och god vilja hos personer i le- dande befattningar har stor inverkan på till exempel den medicinskt ansvariga sjuksköterskans mandat och på hur stor benägenhet de har att vilja utveckla den kommunala hälso- och sjukvården. Det krävs kunskap för att förstå kunskapens värde och förmåga för att se akademiska kunskaper som en tillgång. Varje kommun borde ha en strategi för att säkerställa kompetensen inom hälso- och sjukvård. Politikerna i våra kommuner måste också bli varse att de förvän- tas att i allt högre grad vara vårdgivare och vilket ansvar detta innebär.

#### *Är förändringen så stor att vi kan kalla den för ett paradigmskifte?*

En nära nog halvering av slutenvårdsplatserna måste betecknas som ett paradigmskifte. Västra Götaland med sitt tidiga införande av kommunal hemsjukvård kan sägas vara med och gå i brä- schen för denna utveckling nationellt. I framtiden kommer kanske inte vården i samma utsträckning som i dag att förknippas med verksamhet i själva sjukhusbyggnaden.

#### *Följer resurser och kompetens med flödet av vård?*

Allt mer vård förväntas bedrivs i hemmen, men trots skatteväxlingar är mycket av kunskapen och re- surserna kvar på sjukhusen. Resurser och kompetens

följer inte flödet av vård i den omfattning som skulle vara önskvärt. De utskrivningsklara patienterna som kommunerna inte klarat att ta emot beräknas ha kostat landstingen omkring 1 683 mkr under år 2012.

För sjuksköterskorna i kommunen saknas förutsättningar att kombinera studier och arbete med bibehållen lön. Löneökningen efter avslutad utbildning står inte i proportion till utbildningens värde. I dagsläget har endast 17 procent av sjuksköterskorna inom den svenska äldre vården någon form av specialistutbildning och 1,6 % har specialisering mot vård av äldre.

### *Sist men inte minst, vad innebär detta för patienterna?*

Kommunernas intresse av att satsa på specialistutbildade sjuksköterskor kommer att påverka den vård patienterna kan förvänta sig att få i kommunen. Säkerställandet av en god kvalitet i omvårdnaden är avhängigt av kommunernas goda vilja att ge sjuksköterskorna ett mandat och en central roll i organisationen för hälso- och sjukvården. Det krävs också en högre sjukskötersketäthet på många håll för att möta den ökade efterfrågan av alltmer avancerad vård.

### Vårdförbundet avdelning Västra Götaland vill:



att fler sjuksköterskor i kommunen ska studera inom ramen för sin anställning till en specialistkompetens som är förenligt med det arbete de förväntas utföra. Här refererar vi till Vårdförbundets idé - Akademisk specialisttjänstgöring för sjuksköterskor. Denna bygger på att utbildningsanställningar inrättas och regleras via kollektivavtal. Examensarbetet kopplas till den egna verksamheten och därigenom utvecklas även den egna arbetsplatsen. Det skall vara en självklarhet att det ska finnas specialistsjuksköterskor i kommunerna.



att sjuksköterskorna i kommunerna ska ha en ledande roll för omvårdnad och hälso- och sjukvård. Detta innebär även ett större mandat och en mer central placering i organisationen för vård och omsorg. Sjuksköterskans profession och kompetens skall användas fullt ut.



att satsningar bör göras på den kommunala hälso- och sjukvårdens ledarskap. Förbättringskunskap hos de som ska leda ger förutsättningar för en förbättrad verksamhetsutveckling. Arbete i team och förbättringskunskap för kvalitetsutveckling hänger nära samman och är varandras förutsättningar.



ha multiprofessionella team: öka den interna samverkan med andra professioner i kommunen. Tillammans med biståndsbedömare, arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska sjuksköterskan verka för helhetsbedömningar med patienten i fokus. En personcentrerad vård med möjligheten att skräddarsy den allra bästa vården för varje enskild patient.



att sjuksköterskorna i kommunerna ska ha en central roll för extern samverkan med primärvård och slutenvård. Vårdförbundet vill införa vårdlotsar och äldre vårdcentraler där specialistsjuksköterskans kompetens kan användas fullt ut. Specialistsjuksköterskans kompetens tas tillvara för en likvärdig, förebyggande och uppföljande vård av äldre.



## 5. Källförteckning

---

### Litteraturlista (i alfabetisk ordning):

- *Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.*
- Bengt-Göran Olausson, Daniel Pollack, Hans Johansson och Rose-Marie Nyborg, *En idéskiss för V G Primärvård.*
- Sineva Ribeiro, debattartikel i Dagens Samhälle, "Kommunerna är de nya vårdjättarna": <http://www.dagenssamhalle.se/debatt/kommunerna-aer-brde-nya-vardjaettarna-2696?vote=0#roster>
- Eric Carlström, *I skuggan av Ädel.*
- Göteborgsregionens Kommunalförbund (GR), *In- och utskrivningsklar patient.*
- Göteborgsregionens kommunalförbund (GR) och FoU i Väst, *Onödig slutenvård av sköra äldre - En kunskapsöversikt:* [http://www.grkom.se/download/18.415b48a314276a8b9a743d5/1386669073459/2013\\_onodig\\_slutenvard\\_fourapport.pdf](http://www.grkom.se/download/18.415b48a314276a8b9a743d5/1386669073459/2013_onodig_slutenvard_fourapport.pdf)
- Göteborgs Universitet, Centrum för personcentrerad vård, *Personcentrerad vård.*
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
- *Patientsäkerhetslag* (2010:659).
- PreVård, Samverkande sjukvård i Dalsland samt Norra och Mellersta Bohuslän, *Prevård- samverkande sjukvård:* <http://www.prevard.se/sv/Prehospitalt-samverkansprojekt/Startsida/>
- Regeringskansliet, *Kommunaliserad hemsjukvård SOU 2011:55:* <http://www.regeringen.se/content/1/c6/17/11/33/9d9c777c.pdf>
- Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, *MAS-manifest:* <http://www.mas-ccn.org/>
- Socialstyrelsen, *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska:* [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
- Socialstyrelsen, *Projektplan för kadläggning av medicinskt ansvarig sjuksköterska (mas), medicinskt ansvarig för rehabilitering (mar), socialt ansvarig samordnare och tillsynsansvarig över socialtjänsten:* [http://www.mas-ccn.org/Dokument/Uppsala%202013/Projektplan\\_mas.pdf](http://www.mas-ccn.org/Dokument/Uppsala%202013/Projektplan_mas.pdf)
- Socialstyrelsen, *Utskrivningsklara patienter - kartläggning våren 2013.*
- Socialstyrelsen, *Äldreomsorgens nationella värdegrund.*
- Socialstyrelsen, *Ökad kompetens inom gerontologi och geriatrik.* <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-5>
- Svensk sjuksköterskeförening, *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.*
- Svensk sjuksköterskeförening, *Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård (dec 2010).*
- Svensk sjuksköterskeförening, *Värdegrund för omvårdnad.*
- Sveriges kommuner och landsting, *Kvalitetssäkrad välfärd. Erfarenheter av uppföljning.*
- Sveriges kommuner och landsting, *Sveriges Kommuner och Landstings arbete med äldre-frågor:* [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/socialomsorgochstod/aldre](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre)
- Universitetssjukhuset MAS, *Nisseprojektet:* [http://www.skane.se/upload/Webbplatser/UMAS/Forskn\\_utv/Dokument/Projekt\\_Nisse.pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/UMAS/Forskn_utv/Dokument/Projekt_Nisse.pdf)
- Vårdförbundet, *Hälsovård för äldre en investering för framtiden*
- Vårdförbundet, *Akademisk specialisttjänstgöring för sjuksköterskor - en idé.*
- Vårdförbundet och Svensk sjuksköterskeförening, Karin Josefsson, *Tio punkter för en god och säker hemsjukvård.*

- Västkom/kommunalförbunden, *VästKom*: [www.vastkom.se](http://www.vastkom.se)
- Västra Götalandsregionen, *Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland; Regional handlingsplan 2012-2014 med särskilt fokus på de mest sjuka äldre*
- Västra Götalandsregionen, *Klara-SVPL*: <http://www.vgregion.se/svpl>
- Västra Götalandsregionen, Göteborgs Stad, Härryda kommun, Mölndals Stad, Partille kommun, Öckerö kommun, *Samverkanstorget*: [www.samverkanstorget.se](http://www.samverkanstorget.se).
- Åke Rundgren, Enheten för geriatrik, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, *Betydelsen av sammanhållen vård ut ett geriatriskt perspektiv*.

### Litteraturtips:

BraVå, *BraVås kvalitetskrav*:

<https://www.vardforbundet.se/BraVard/Kvalitetskrav/>

DN Debatt, *"Akutvården måste klara också sköra åldringar"*:

<http://www.dn.se/debatt/akutvarden-maste-klara-ocksa-skora-aldringar/>

Karin Josefsson, *"Sjuksköterskan i kommunens äldrevård och äldreomsorg"* (bok).

SiS, *Kvalitet i äldreboende*. SiS har uppdrag att ta fram standard på äldreområdet. Både BraVå och Vårdförbundet är engagerade i det arbetet:

<http://www.sis.se/halso-och-sjukvard/sis-tk-572>

Socialstyrelsen, rapport dec-13, *Primärvårdens ansvar och insatser för mest sjuka äldre*:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19292/2013-12-18.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening, *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre*:

<http://www.swenurse.se/Sektioner-och-Natverk/Riksforeningen-for-Sjukskoterskan-inom-Aldrevard/Kompetensbeskrivning/>

Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet, *Teamarbete & Förbättringskunskap - två kärnkompetenser för god och säker vård*:

<http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Vara-publikationer/Teamarbete-och-forbattningrkunskap/>

Vårdfokus, Ulrica Nilsson, artikel *"Det handlar om värde och makt"*:

<https://vardforbundet.se/Vardfokus/tidningen/2014/Nr-1-2014-1/Det-handlar-om-varde-och-makt/>

Vårdförbundet m.fl. juni -13, *eHälsosystemens användbarhet, störande eller stödjande*:

[https://www.vardforbundet.se/Documents/Rapporter/Nationella/Storande%20el%20stodjande\\_eHA%20slutrapport\\_rev2.pdf](https://www.vardforbundet.se/Documents/Rapporter/Nationella/Storande%20el%20stodjande_eHA%20slutrapport_rev2.pdf)

Vårdförbundet: *Vårdförbundets idé om vårdens ledarskap* (broschyr).

**Tack!** Vi vill passa på att tacka alla för den beredvillighet med vilken man på olika sätt ställt upp och förmedlat sin bild, diskuterat och svarat på frågor.







Medlemmar i Vårdförbundet arbetar för en säker vård.  
Vi är 112 000 sjuksköterskor, barnmorskor, biomedicinska analytiker  
och röntgensjuksköterskor som utvecklar vården för dig som individ.  
Från sjukdom och diagnos till hälsa och helhet.

[www.vardforbundet.se](http://www.vardforbundet.se)