

Motion till riksdagen

1988/89: So546

av Bengt Westerberg m. fl. (fp)

Förbättrad omvårdnad

Det kan tyckas att en utveckling av den medicinska vården skulle medföra mindre krav på omvårdnaden. Så är det dock inte alls. Snarare är situationen den motsatta. De patienter som i dag vistas på våra akutsjukhus är ofta mera vårdkrävande än patienterna var för bara några tiotal år sedan. En orsak till detta är att dagens förbättrade och mera avancerade behandlingsmetoder kräver mera övervakning, intensivare eftervård och mera omfattande psykologiskt stöd till patienterna från vårdpersonalen.

Moderna behandlingsmetoder innebär dessutom ofta sofistikerade avvägningar mellan risker och vinster för patienterna. Därmed ger de också upphov till svåra etiska ställningstaganden. Det är läkarna som ytterst gör dessa avväganden men besluten påverkar personalens relation till patienterna och därmed omvårdnadsarbetets innehåll.

Kvaliteten i omvårdnaden har diskuterats och kritiserats senare år. Trots att ambitionerna för vården höjts bl. a. i lagstiftningen har problemen inom vården inte minskat. Kritiken handlar om dålig kvalitet i omhändertagandet av patienter som t. ex. bristande tillsyn, misstag eller felaktigheter i omvårdnadsarbetet, brister i samband med matning och matdelning, bristande smärtlindring, dålig eller bristande information, bristande samarbete mellan vårdavdelningar och hemsjukvården. Vårdpersonalen, inte minst de omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna, upplever dessa brister och känner en ständig oro för att misstag skall begås. Det innebär att många sjuksköterskor i dag arbetar med en ständig känsla av otillräcklighet eller stress.

Omvårdnad bygger på kunskaper, relationer, tillit och förtroende

Omvårdnad innebär att hjälpa någon att tillgodose sina allmänmänskliga och personliga behov. Varje människa har förmåga till omvårdnad och ger också på ett självklart sätt sådan till barn, föräldrar, anhöriga och vänner.

Omvårdnad inom hälso- och sjukvården ges under andra förutsättningar än i vardagslivet. I vården finns inte de självklara naturliga relationerna mellan vårdare och patient som är en förutsättning för omvårdnaden. Vårdaren måste därför söka skapa en sådan förtroendefull relation. Smärta, ångest, avancerad teknik och främmande miljöer är exempel på faktorer som kan försvåra denna uppgift.

Omvårdnad inom hälso- och sjukvården är att hjälpa patienten att bli

frisk, att må väl trots sjukdom eller att få en fridfull död. Omvårdnaden berör människans alla dimensioner, såväl fysiska, psykiska som sociala och andliga. Omvårdnadens betydelse för patientens välbefinnande hade Florence Nightingale på sin tid klart för sig, men under lång tid efter henne har omvårdnaden negligerats och nedvärderats.

Till viss del beror detta dels på den kunskapssyn och tradition som råder i samhället, dels på att omvårdnad av hävd varit kvinnors område. Historiskt sett fick kvinnorna oftast sin utbildning inom hemmets väggar. Det var där flickorna lärde sig att vårda äldre anhöriga, småsyskon och grannar.

Omvårdnadsarbete bygger till vissa delar på förtroghetskunskap eller tyst kunskap. Sjuksköterskor t.ex. är därför ovana att i ord beskriva sina egna praktiska kunskaper. Medan de tekniska sjukvårdsuppgifterna kan beskrivas i ord saknar den "mjukare" delen av vården till stor del ett språk. Dessutom saknar omvårdnaden fortfarande entydiga begrepp för de arbetsuppgifter som ingår. Detta är säkert bakgrunden till att forskning och utveckling i omvårdnad har släpat efter.

Vårdpersonal måste få fördjupad kunskap inför frågan om liv och död, människosyn och livsåskådning. Kraven på personalen ökar, när de ställs inför "nya" religioner och synsätt, inte minst ifrån våra invandrare.

Brister i omvårdnaden leder till onödigt fysiskt och psykiskt lidande, förlängda vårdtider, försämrad rehabilitering och sämre livskvalitet, både för patienten och dennes anhöriga.

Brister i omvårdnaden kan vi exemplifiera med de brister som finns när det gäller att lindra smärtor. Trots att socialstyrelsen informerat om behandlingen av t. ex. cancersmärter har inte alla landsting startat smärtlindringsprogram. Personalens kunskaper om smärtor och smärtlindring är enligt vår mening inte tillfredsställande. Samarbetet mellan olika personal-kategorier som behandlar patienter med smärtor är inte tillräckligt utvecklat. Därför krävs ett samarbete där primärvården liksom de anhöriga är självklara parter.

I hälso- och sjukvårdslagen framhålles omvårdnadsarbetets betydelse för vårdkvaliteten liksom betydelsen av trygghet och kontinuitet.

Skall vi kunna leva upp till hälso- och sjukvårdslagens krav och intentioner krävs förändringar i vårdutbildning, personalfortbildning, bredare rekryteringsbas, klarare ansvarsfördelning, organisationsutveckling, ledarskapsutveckling och förbättrade möjligheter till omvårdnadsforskning och utvecklingsarbete.

Vårdetik

Värdefrågor som etik och människosyn ställs på sin spets inom medicinsk vård och omvårdnad. Etik handlar om värderingar. Vårdarbete bygger till stor del på relationer mellan människor. Synliga och osynliga värderingar präglar alla relationer. Konsten att vårda kräver teoretiska kunskaper men också praktiskt och känslomässigt kunnande som är väl integrerat i en genomtänkt humanistisk människosyn.

Medicinsk etik handlar om etiska frågor ur läkarens ansvarsperspektiv

medan vårdetik berör all vårdpersonals beteende och normsystem. Målet för medicinsk etik och vårdetik är det samma, bekämpa sjukdomar och begränsa lidande på ett etiskt genomtänkt sätt. Hur man gör det kan vara olika utifrån olika ansvarsperspektiv.

Etik, människosyn och mänsklighetsideal måste teoretiskt diskuteras i utbildningen. Men begreppen måste också fyllas med konkret innehåll, dvs. relateras till de praktiska arbetsuppgifterna. Det kan vara svårt för filosofer och teoretiska etiker att förstå de konkreta, praktiska etiska dilemman som vårdpersonal ställs inför dagligen vid matning, lavemangsgivning, helavtvättningar i sängen, i kontakter med ledsna och sörjande anhöriga.

Vi måste våga ta konsekvenserna av att vårdyrken inte är yrken bland alla andra. De kräver speciella förutsättningar av sina utövare. För att bli en bra klinisk läkare, en bra sjuksköterska, sjukgymnast eller undersköterska krävs förutsättningar och förmåga till att utveckla inlevelseförmåga. Empati är mänsklig mognad, sensibilitet och beredskap och vilja till relation med patienter.

I sin avhandling 1985 skrev psykologen Ulla Holm, Uppsala om empati: "— — — förutsättningarna för empati grundläggs tidigt, redan före ett års ålder och utvecklingen fortsätter hela livet".

Hon säger också "— — — i varje kull studenter finns några som inte har förutsättningar att lära sig hantera de psykologiska krav som relationer till patienter ställer".

Hon refererar flera internationella undersökningar som visar att blivande läkare kan tappa sin förmåga till empati under utbildningens gång. Orsak till det är enligt Holm den "ensidigt intellektuella naturvetenskapliga inriktningen på utbildningen som medför att studenten använder intellektuella metoder för att lösa problem och glömmer bort att det också finns känslökunskap".

Etiskt förhållningssätt i omvårdnaden handlar om både intellektuella och känslomässiga kunskaper.

Vi menar att det är viktigt att se över vårdutbildningarna med avseende på vad de kräver av sina utövares förmåga att utveckla och behålla sin empatiska inställning till patienter/medmänniskor.

Förläng gymnasieskolans vårdlinje med tredje året snarast

Vi vill att den ökning av utbildningsplatser enl ÖGY som föreslås i årets budgetproposition i första hand tilldelas vårdlinjen i gymnasieskolan. Det tredje året ger en efterlängtd och nödvändig kunskapshöjning i allmänna ämnen, exempelvis matematik, engelska, svenska och vårdetik.

Nyexaminerade undersköterskor som kommer direkt från vårdlinjen liksom sjuksköterskor som har den som bakgrund vittnar om att de känner sig ha för dåliga baskunskaper. Både undersköterskor och sjuksköterskor skräms av ansvaret när de arbetar utan erfarna kollegors stöd lördag/söndag eller nätter. Resultatet blir att de söker sig andra arbeten bort från vården.

Antalet fall hos ansvarsnämnden har ökat. Felen grundar sig ofta på

dåliga förkunskaper i bl. a. matematik. Det understryker att förlängningen av vårdlinjen måste ha högsta prioritet.

Ungdomar som söker sig till vårdlinjen bör erbjudas en provotid, t. ex. första terminen. Vill man efter provotiden inte fortsätta vårdlinjen skall tiden/utbildningsinnehållet kunna tillgodoräknas för annan gymnasieutbildning.

En förlängning av vårdlinjen till tre år kombinerat med en provotid bör innebära att de som utbildats har en mera realistisk syn på vad vårdarbetet kräver av sin utövare.

Praktisk-klinisk utbildning

Den praktisk-kliniska delen av vårdutbildningarna – både gymnasiet och högskolans – försiggår på vårdavdelningar, vårdcentraler. Eleverna handleds av den personal som finns på enheterna.Handledning ingår i personalens arbetsuppgifter. För denna arbetsuppgift har de sällan utbildning.

De kliniska praktikperioderna är omfattande och viktiga inslag i vårdutbildningarna. De knyter ihop teori med praktik, formar elevernas etiska förhållningssätt, deras attityder och inställning till patienter och till omvårdnadsarbetet. Eleverna måste garanteras bra praktisk utbildning av handledare som är intresserade av sin uppgift och kunniga nog för att dela med sig till elever. Vid planering av bemanning tas sällan hänsyn till att elevhandledning är en väsentlig arbetsuppgift i vårdarbetet. Detta leder till att personalen upplever elevhandledning som svår och betungande. Detta påverkar eleverna som känner sig dåligt omhändertagna.

På många håll i landet görs insatser för att förbättra denna situation, t. ex. genom handledarutbildning för undersköterskor och sjuksköterskor. Man har också försökt att arvoda handledningsuppgifterna extra som en uppmuntran.

Det behövs nytänkande, t. ex. klinikbundna lärartjänster lärare på avdelningarna som både har hand om elever och inskolning av ny personal eller tjänster som delas mellan avdelningsarbetet och utbildningsuppgifter.

Målet är att stärka sambandet mellan teoretisk utbildning och praktisk verksamhet och samarbetet mellan skolan och avdelningen.

Bredda rekryteringsbasen

Vi menar att rekryteringsbasen till vårdrkena kan och bör breddas. Den ettåriga vårdinriktade kompletteringskursen bör finnas kvar som alternativ. Planeringsramen för hälso- och sjukvårdslinjen bör tillföras 450 nya platser (enl UHÄs förslag) jämfört med propositionens förslag om 225. Dessa 450 platser bör tillföras som treårig utbildning. Vi vill också att försöksperioden skall anses vara avslutad och den treåriga utbildningen permanentas som alternativ studiegång inom ramen för hälso- och sjukvårdslinjen. Erfarenheterna av försöksperioden är mycket goda. Kostnaderna för de nya platserna beräknas till ca 2 milj. kr. vilket rymms inom den ökade kostnadsram folkpartiet begärt för gymnasieskolan.

Det bör finnas flera vägar för människor med annan bakgrund än vårdlinjen att utbilda sig till vårdyrken. Då bör också rekrytering av äldre människor som tidigare arbetat inom helt andra branscher kunna intensifieras. Det innebär att inslagen av individuella studiegångar utifrån tidigare utbildning och erfarenheter måste öka.

Statligt huvudmannaskap

De skäl för en förändring av huvudmannaskapet för de medellånga vårdutbildningarna som bl. a. folkpartiet förde fram i en reservation till UbU 1984/85:27 gäller fortfarande och är i dag än angelägnare. I reservationen sägs:

Följande skäl för ett enhetligt statligt huvudmannaskap kan föras fram, ett effektivt resursutnyttjande, en starkare anknytning till forskning, en enhetlig utbildningskvalitet samt en bättre överblick och samordning. Även enligt utbildningsministerns uppfattning är det angeläget att skapa förutsättningar för en samverkan mellan läkarutbildningen och de kommunala vårdutbildningarna. Utskottet anser att den bästa samverkan mellan dessa utbildningar skapas om de får en enhetlig statlig huvudman. Frågan bör därför utredas.

Statligt huvudmannaskap föreslog också Huvudmannaskapskommittén i slutbetänkandet, SOU 1981:9.

Vi håller fast vid att ett gemensamt statligt huvudmannaskap för de kommande vårdutbildningarna på sikt bör genomföras.

Forskning i omvårdnad

Omvårdnadsforskning inriktas på själva vårdprocessen, på den situation och miljö där vården äger rum, på relationer och samspel mellan patienter och personal. Omvårdnadsforskare har intresserat sig även för forskning om vårdutbildning och vårdorganisation. Kännetecknande är att omvårdnadsforskarna gärna tar upp problem som den medicinska forskningen hittills inte betraktat som intressanta eller ens forskningsbara. Ett exempel är professor Astrid Norbergs forskning om svårt sjuka patienters ät- och matningsproblem.

De medellånga vårdutbildningarna blev högskoleutbildningar 1977 med kommunerna (oftast landstingen) som huvudman. Utbildningarna skall, liksom de statliga högskolornas, vara vetenskapligt grundade, forskningsanknutna och forskningsförberedande. Kommunala högskolan ansvarar inte för forskarutbildning. De som önskar sådan måste registrera sig vid någon fakultet inom den statliga högskolan. Detta kan ge problem vid forskning och utveckling av de medellånga utbildningarnas karaktärsämnen (t. ex. omvårdnad, sjukgymnastik, social omsorg, arbetsterapi, laboratoriemetodik eller hörselvård) och kräver därför en god samordning och välutbyggd forskningsanknytning mellan grundutbildning och forskning.

Ett annat problem är att tio år efter det att högskolereformen genomfördes har omvårdnadsforskningen ännu inte fått sådan ställning att det hunnit tillkomma tjänster för dem som går igenom forskarutbildning.

Rutiner saknas också för hur forskarnas resultat skall göras tillgängliga för all personal. Hittills finns statliga, fasta resurser till forskning om omvårdnad i Linköping och i Umeå.

Vi anser att omvårdnadsforskningen skall byggas ut. I första hand vill vi satsa på resurser som universiteten kan tillföra mellantjänster och rekryteringstjänster typ höskolektorer och forskarasistenter. Ytterligare professorer bör tillföras allt eftersom kompetens utvecklas.

Inom medicinska forskningsrådet bör snarast inrättas en särskild avdelning för omvårdnad, social omsorg, arbetsterapi, hörselvård och sjukgymnastik. Avdelningen skall disponera egna medel och självklart göra egna prioriteringar.

Omvårdnad som forskningsfält etablerades på riksdagens initiativ. Det är angeläget att riksdagen nu uttalar att det är dags att gå vidare och utveckla denna forskning. Regeringen bör presentera förslag med denna innebörd i den kommande forskningspolitiska propositionen. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Vårdlärare

Uppsala och Malmö har varit föregångare i att utveckla distansundervisning för vårdlärare. Den verksamheten har gjort det möjligt att bli vårdlärare och samtidigt kunna bo kvar hemma. Den har också tilldragit sig internationellt intresse. Och har klara regionalpolitiska fördelar.

Planering för att förändra hela vårdlärarutbildningen har pågått sedan 1977, då vårdhögskolorna startades. Utbildningen skall enligt planerna förlängas till fyra terminer och delas i en utbildning för högskolelärare och en för lärare på gymnasieskolans vårdlinje.

Enligt tidigare planer skulle de nya utbildningarna ha startat hösten 1989. I årets budgetproposition anges att starten får anstå i väntan på att förändringarna i gymnasieutbildningen genomförs. Vi menar att den nya vårdlärarutbildningen för blivande lärare inom högskolan bör startas snarast. Lärarutbildningen har ju inte förändrats trots att vårdhögskolorna startades 1977.

Riksdagen bör även avvisa regeringens förslag till indragning av 30 nybörjarplatser. Kostnaderna för platserna beräknas till 1 milj. kr., vilket ryms inom den ökade kostnadsram folkpartiet föreslagit för högskolan. Ett förslag om minskning bör grundas på en analys av varje regions behov och rekryteringsförutsättningar och förutsättningar för att bedriva utbildning på distans.

Det bör ankomma på UHÄ att utföra en sådan analys.

Personalpolitik som hjälp till att förändra strukturer i vården

Det finns starka samband mellan vårdens utveckling och strukturförändring och personalutveckling.

Vi menar att de landsting som har detta klart för sig kommer att klara av dagens problem och framtidens krav och samtidigt behålla sin personal.

Strukturomvandlingen bör till stor del kunna ske med hjälp av fortbild-

ning och samtidig förändring av de grundläggande vårdutbildningarna. Fortbildningen kommer att öka i betydelse, vilket kan ses i en rad utredningar och betänkanden som riksdagen tagit ställning till redan.

Målet att den lägsta kompetensen för arbete med patienter skall vara undersköterska är dock fortfarande avlägset. Nya vägar måste prövas för att nå målet. Systematiserad personalfortbildning i kombination med olika grader av uppdragsutbildning kan vara en väg.

I Sverige saknas en rekryteringsgång och utbildningsgång för den som vill avancera i det direkt patientvårdande arbetet. Det gäller sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, hörselvårdsassistenter, biträden och social service. En högre ambitionsnivå än i dag för kvalitet i vårdarbetet förutsätter sådana rekryteringsmöjligheter.

Det bör vara en angelägen uppgift för UHÄ och vårdhögskolorna att utveckla en kvalificerad utbildning som t. ex. leder till licentiatexamen i omvårdnad. Samtidigt måste det vara en lika angelägen uppgift för landstingen att utveckla tjänster som kräver en sådan bakgrund.

Självklart innebär god personalpolitik också konkurrenskraftiga löner och andra materiella förmåner liksom en bra arbetsmiljö.

Omvårdnad kan bedrivas även utanför den offentliga sektorn

En bra arbetsmiljö kan också innebära att ha flera arbetsgivare att välja mellan. Det kan vara berikande för den offentliga sektorn att människor skaffar sig erfarenheter av privat driven omvårdnad och tvärtom. I vår motion om den offentliga sektorns förnyelse har vi föreslagit att även människor med utbildning i omvårdnad skall kunna starta egen verksamhet inom sitt kompetensområde. Exempel på det är barnmorskor som bedriver förebyggande mödravård i egen regi och sjuksköterskor som organiserar långvårdskliniker/hemsjukvård. Det finns också exempel på att socialassistenter bedriver förebyggande social vård i egen regi.

Ansvarsfördelning och ledning

Ansvarsfrågorna inom hälso- och sjukvården är komplicerade. Resurs- och organisationsansvaret har arbetsgivaren-huvudmannen. Yrkesansvaret är individuellt och gäller såväl vårdbiträden som läkare. Alla står under socialstyrelsens tillsyn. Alla har ett självständigt ansvar för sitt yrkesmässiga handlande inom sitt kompetensområde. Utöver detta har överläkare ett lagfäst medicinskt ledningsansvar som innebär ett yttersta ansvar för att underställd personal fullgör sina medicinska åligganden. Det är inte självklart att medicinskt och administrativt ledningsansvar behöver sammankopplas.

Det administrativa ledningsansvaret kan mycket väl bäras av annan personal än läkare. Förutsättningen är att denna person har tillräcklig och nödvändig utbildning för uppgiften. På sjukhem och i hemsjukvården är det enligt vår uppfattning t. o. m. lämpligare att en sjuksköterska åläggs administrativt ledningsansvar eftersom arbetsuppgifterna främst gäller omvårdnad.

På geriatriska kliniker med i huvudsak rehabiliterande inriktning kan på samma sätt en sjukgymnast eller arbetsterapeut bära det administrativa ledningsansvaret.

Avdelningsföreståndarna skall, enligt vår uppfattning, bära ett totalt driftsansvar för sin avdelning. Detta innebär ansvar för patienternas omvårdnad, personal, ekonomi och administration och att hon/han är direkt underställd klinikchefen.

Det är inte heller till nackdel för rekryteringen av välutbildad sjukvårdspersonal att det öppnas nya karriärvägar. Vi behöver bra yrkesfolk som stannar kvar i sjukvården.

En organisation som stöder omvårdnaden

Dagens vårdorganisation är uppbyggd främst för att stödja den medicinska vården.

Högt arbetstempo, ökad användning av avancerad teknik, stora vårdbehov hos de flesta patienter och hög personalomsättning ställer enorma krav på dagens vårdpersonal. Brister i organisationen kan i viss mån överbryggas av kunnig och intresserad personal men inte hur långt som helst.

Det är hög tid att söka komma till rätta med de uppenbara bristerna. Det s. k. rondsystelet lever fortfarande kvar på många håll. Det bygger på en arbetsfördelning som utgår från olika praktiska handlingar, som skall utföras med eller runt patienten. Ingen vårdare har en helhetsbild av patienterna. Organisationen är därmed ett hinder för möjligheterna att skapa kontinuitet och därmed hindras en meningsfull relation till patienterna. Olika försök bör uppmuntras i syfte att öka vårdpersonalens möjligheter att ta ett individuellt omvårdnadsansvar för varje enskild patient som med parvård-/egenskötterskemodellen.

Parvård-/egenskötterskemodellen för en bättre omvårdnad

På många vårdavdelningar i landet pågår försök med en mer omvårdnadsvänlig organisationsmodell. En modell benämns egenskötterska eller parvård, den syftar till att skapa bättre kontinuitet och förbättrad kommunikation mellan patient och vårdare.

Försöksverksamheten i Östergötland visade att egenskötterskemodellen ger bättre patienttillfredsställelse och ökad trivsel bland personalen. Den innebär att varje patient har sin egen sjukskötterska. Hon/han ansvarar för patientens omvårdnad från inskrivning till utskrivning. Till hjälp finns en underskötterska. Avdelningen indelas i fyra enheter med ca sju patienter i varje enhet. I varje enhet finns två sjukskötterskor och två underskötterskor. Avdelningens sjukvårdsbiträden genomgår en förkortad underskötterskeutbildning. Individuell vårdplanering är ett nyckelbegrepp.

Läkarna poängterar att egenskötterskemodellen sparar mycket tid för dem och att avdelningsarbetet flyter lugnare och smidigare än tidigare. Sjukskötterskorna har fått förbättrad information och kunskap om patienterna. Underskötterskorna får använda sina kunskaper bättre. De har där-

igenom fått ett större ansvar och desutom mer tid till att utföra sina arbetsuppgifter, bl. a. beroende på att rapporttiderna minskat.

Mot. 1988/89
So546

Riksdagen bör verka för att FoU-verksamhet, som berör en patientnära omvårdnadsvänlig organisation, tillförs resurser så att utvecklingen kan påskyndas.

Vad kännetecknar en organisation som är stöd för omvårdnad?

- *Det finns en uttalad och förankrad vårdfilosofi* som både beskriver vad god vård innebär och vad som krävs av yrkesskicklighet och kunskap för att kunna genomföra denna vård. Vårdfilosofin innehåller också beskrivningar av de yttre förutsättningar som krävs i form av olika stödssystem som organisation, utvecklingsprogram etc. Vårdfilosofin är utarbetad gemensamt. Den aktualiseras ständigt. Den presenteras för all ny personal och alla elever och är därmed väl känd och accepterad av personalen.
- *Förståelse för avdelningsföreståndarens betydelse.* Vårdarbetet väcker lätt känslor av otillräcklighet och osäkerhet hos vårdaren. För att orka arbeta med sjuka, hjälpbehövande människor under längre tid krävs en öppen och varm arbetsgemenskap och en trygg och stödjande arbetsledning som också stödjer och uppmuntrar utveckling och förnyelse. Den som kan skapa ett sådant klimat är avdelningsföreståndaren. Det är hon som finns inne i verksamheten och därför i tid kan såväl hejda oönskade beteenden som uppmuntra positiva. Men för att hon skall orka detta krävs dels att hennes roll blir tydlig, dels att hon tillerkänns rätten att vara auktoritet inom sitt område med stöd av sina överordnade.
- *Undersköterskornas yrkesutbildning tas till vara.* Det betyder att man betonar att de har ett självständigt arbete, inte bara har ett genomgångsyrke före sjuksköterskeutbildning, se vårt exempel om parvård.
- *Nyutbildad personal är man extra varsam med.* De vägleds och inskolats av erfarna kollegor på ett systematiskt och planerat sätt. De placeras i första hand på längre vikariat till dess de fått erfarenheter och känner trygghet i sin yrkesroll.
- *Handledning och emotionellt stöd för all personal.* Det innebär att man tar sig tid till att ge psykologiskt stöd åt varandra när det händer något traumatiskt eller när man har svårt sjuka patienter på avdelningen. Vid behov söker man stöd av mera erfarna handledare, t. ex. sjukhusprästen eller psykologerna.
- *Etiska problem diskuteras öppet.* I vårdarbete finns många situationer som väcker motstridiga känslor. Dessa måste personalen kunna diskutera öppet med varandra och med arbetsledningen. Om man inte får diskutera det som känns svårt är en naturlig reaktion att undvika de patienter som ger upphov till de motstridiga känslorna. Man undviker att gå in på döendes rum vid ronder, man stannar på expeditionen och sysslar med journaler och annat pappersarbete eller vårdar inventarierna noga. Dessa försök till undvikande ger personalen skuld-känslor. Till slut flyr man situationen antingen genom att byta yrke eller genom att

distansera sig från patienten som medmänniska och i stället se henne som i huvudsak ett vårdpaket som skall hanteras.

- *En individuell vårdplan ger varje patient trygghet och säkerhet.* Sedan länge har sjukvården planerat helt utifrån patientens medicinska diagnos. Det är naturligtvis viktigt eftersom patienten söker vård för att bli botad och medicinskt behandlad. Men eftersom god omvårdnad är en förutsättning för framgångsrik medicinsk behandling måste planeringen också utgå från varje individs behov av omvårdnad. En sådan vårdplan skapar trygghet och säkerhet för både patienterna, anhöriga och personalen genom att de vet vad som skall hända framöver. Alla ansvariga har tillgång till samma information och kan ge samma besked till patienten och de anhöriga. Det skapar tillit och förtroende för personalens kompetens, vilket i sin tur är förutsättning för en god omvårdnad.

Utveckling av vårdavdelningar för omvårdnad

Sverige har internationellt sett ett högt vårdplatsantal i förhållande till invånarantalet. Vårdplatserna ingår dessutom i högre grad än i jämförbara länder i sjukhusklinikernas organisation och sektioneras ofta efter förekommande subspecialiteter. Detta system medför att de vårdplatser som finns vid ett sjukhus inte alltid utnyttjas på ett effektivt sätt. Konkret betyder detta att ett sjukhus som helhet mycket väl kan ha tomma kirurgplatser men ändå tvingas skriva ut patienter för tidigt eller avvisa på grund av överbeläggningar inom t. ex. medicinkliniken.

Omvårdnad och omvårdnads kunskap är inte i samma grad knutna till en viss medicinsk specialitet. Behov av omvårdnad avgörs mer av andra faktorer än diagnosen, såsom grad av sjuklighet, ålder, allmän förmåga att klara sitt dagliga liv etc. Den strikta uppdelningen av vårdplatser utifrån sjukdomsdiagnoser och sakspecialiteter gör också att omvårdnadens terapeutiska betydelse hamnar i skymundan.

Det är angeläget att landstingen mer kraftfullt prövar om en omstrukturering av vårdplatsernas organisation kan öka såväl vårdkvaliteten som produktiviteten. Utgångspunkten skall vara att patientens tid vid sjukhuset tas till vara på bästa möjliga sätt. Det är angeläget att snarast få till stånd ett bättre samlat vårdplatsutnyttjande och en större flexibilitet än vad dagens vårdorganisation erbjuder. I många länder utvecklas f. n. särskilda s. k. nursing care units. Sverige bör snarast ta del av de erfarenheter som finns internationellt för att kunna använda dessa för en motsvarande utveckling här.

Avslutning

Brister i omvårdnaden leder till sämre effektivitet i den medicinska vården. Det kan uttryckas i kvalitetstermer som onödigt fysiskt och psykiskt lidande och därmed sämre livskvalitet för patienterna och deras anhöriga. I termer av produktivitet innebär det dålig omvårdnad, förlängda vårdtider och för många läkarbesök. Det är en angelägen uppgift att ge omvårdnaden bättre utvecklingsmöjligheter och bättre organisation. Dålig vård

Hemställan

Med hänvisning till det anförda hemställs

1. att riksdagen hos regeringen begär att socialstyrelsen får i uppdrag att utarbeta program för fort- och vidareutbildning om smärta och smärtlindring för vårdpersonal av alla kategorier,

[att riksdagen hos regeringen begär en översyn med avseende på vad vårdrkena kräver av sina utövares empati och hur detta skall påverka intagningsreglerna.¹⁾

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att prioritera utbildningsplatser för det tredje året i gymnasieskolans vårdlinje,¹⁾

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om vårdutbildningarnas praktiskt-kliniska delar.¹⁾

[att riksdagen hos regeringen begär att planeringsramen för högskolans allmänna hälso- och sjukvårdslinje ökar med 450 platser.¹⁾

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att försöksverksamheten vad gäller den treåriga högskoleutbildningen i allmän hälso- och sjukvård skall vara permanent,¹⁾

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om att det utökade platsantalet för högskolans allmänna hälso- och sjukvårdslinje bör tillföras den treåriga utbildningen.¹⁾

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vikten av alternativa vägar till högskolans medellånga vårdutbildningar i syfte att rekrytera äldre och livserfarna människor,¹⁾

[att riksdagen hos regeringen begär en utredning om statligt huvudmannaskap för de kommunala medellånga vårdutbildningarna.¹⁾

[att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts angående det angelägna i att regeringen i den kommande forskningspolitiska propositionen prioriterar ökade resurser och stärkt organisation för omvårdnadsforskningen,¹⁾

[att riksdagen hos regeringen begär att UHÄ får i uppdrag att analysera behovet av vårdlärare och av utbildning på distans enligt vad som anförts i motionen.¹⁾

[att riksdagen avvisar regeringens förslag om indragning av 30 platser på vårdlärarutbildning,¹⁾

2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om ansvarsfrågor och ledning i hälso- och sjukvården.

3. att riksdagen av regeringen begär att SPRI får i uppdrag att initiera försök med omvårdnadsenheter i motionens anda.

Mot. 1988/89
So546

4. att riksdagen hos regeringen begär att SPRI, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, presenterar en samlad bild av olika försök med förändrad vårdorganisation som pågår runt omkring i landet.

Stockholm den 25 januari 1989

Bengt Westerberg (fp)

Ingemar Eliasson (fp)

Karin Ahrland (fp)

Charlotte Branting (fp)

Sigge Godin (fp)

Ingela Mårtensson (fp)

Jan-Erik Wikström (fp)

Kerstin Ekman (fp)

Karl-Göran Biörsmark (fp)

Birgit Friggebo (fp)

Elver Jonsson (fp)

Anne Wibble (fp)