

Distriktssköterskans uppdrag



Fammi



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	3
Historik	4
Områdesansvar	5
<i>Intervju med Jan-Erik Ingwall, Stadshusdoktor, Lidingö</i>	5
Utbildning och kompetens	7
Kunskapsområden	8
Omvårdnad	8
<i>Intervju med Lisbeth Andersson, hemsjukvården, Falköping</i>	9
Folkhälsoarbete.....	11
<i>Intervju med Suzanne Raquette, vårdcentralen i Brandbergen:</i>	12
Vård i hemmet.....	14
<i>Intervju med Sylvia Asplund, hemsjukvården i Forshaga:</i>	15
Socialt synsätt	17
Reflektera och diskutera	18
Beställaren och beställningen/uppdraget	19
Faktaunderlag för beställningen/uppdraget – befolkningens behov	19
Beställningen/uppdraget.....	20
Uppföljning och utvärdering	22

Förord

Primärvården beskrivs ofta i allmänt hållna termer men framför allt distriktsköterskan saknar tydliga styrdokument för sin verksamhet. Avsaknaden av styrdokument kan uppfattas som en unik möjlighet till att påverka framtidens uppdrag. Men det kan också innebära ett otydligt uppdrag och medföra stora gråzoner i yrkesrollen.

Distriktssköterskans viktiga uppgift i folkhälsoarbetet är att i kontakter med patienter och anhöriga systematiskt integrera relevanta förebyggande och hälsofrämjande aspekter. Det är i dessa vardagliga möten som hälso- och sjukvården har sin största förebyggande potential. Det folkhälsoarbete distriktssköterskan bedrivit genom tiderna behöver förtydligas och syftet med materialet är att tydliggöra distriktssköterskans uppdrag i hälso- och sjukvården.

Vi har valt att kalla det för *uppdrag* för att det arbete som ska utföras, både till mängd och kvalitet, måste vara klart och tydligt beskrivet för alla. Uppdraget utgår ifrån en uppdragsgivare som genom ett avtal eller på annat sätt ”beställer” vad som ska åstadkommas. Utgångspunkten är befolkningens behov relaterat till distriktssköterskans kompetens med fokus på områdesansvaret.

Ett geografiskt områdesansvar är en viktig förutsättning för att alla i befolkningen ska bli sedda. Det är grunden för att distriktssköterskan ska kunna bedriva förebyggande och uppsökande arbete.

Detta material har tagits fram i ett samarbetsprojekt mellan Riksföreningen för Distriktssköterskor, Familjemedicinska Institutet, FAMMI och Vårdförbundet. I gruppen har följande personer ingått: Anna Lena Bergman, FAMMI, Inger Rising, Riksföreningen för Distriktssköterskor, Eva Strandh, Kristina Malm Janson och Stefan Lundberg, Vårdförbundet.

Historik

Kring sekelskiftet fanns i Sverige sjuksköterskor som arbetade med hemsjukvård och förebyggande arbete. Framför allt var deras uppgift att förhindra smittspridning, bland annat genom att isolera och vårda de sjuka. De arbetade tillsammans med provinsialläkaren, speciellt i vården i hemmet. Det var också provinsialläkarna som aktualiserade behovet av fler sjuksköterskor i sina distrikt. Detta ledde så småningom till 1918 års betänkande angående bidrag av statsmedel för anställande av distriktssköterskor. För att få bidrag skulle distriktssköterskorna inte enbart syssla med sjukvård, utan också arbeta förebyggande för att stärka folkhälsan bland den fattigare befolkningen.

Distriktssköterskorna behövde därmed en särskild utbildning, och 1919 kom en reglerad distriktssköterskeutbildning. Distriktssköterskan skulle förutom sjukvård också ha kunskap i social lagstiftning och socialmedicin. Från 1964 reglerades distriktssköterskans uppdrag i Normalinstruktion för distriktssköterskor och Normalreglemente för mödra- och barnhälsovården, där distriktssköterskans uppdrag i distriktsvården tydligt beskrevs. Författningarna ersattes 1994 med Lag om åliggande för personal inom hälso- och sjukvård, som 1998 gjordes om till Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Dessa lagar har ett allmänt och övergripande innehåll som reglerar åliggande och ansvar för all hälso- och sjukvårdspersonal, vilket innebar att beskrivningen av distriktssköterskans specifika uppdrag försvann. I stället tillkom Allmänna råd från Socialstyrelsen, kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska (SOSFS 1995:15) och de kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor, där bland annat distriktssköterskans specialområde, funktioner och uppgifter beskrivs (Socialstyrelsens allmänna råd 1995:5).

De senaste decennierna har hälso- och sjukvården genomgått många förändringar med betydelse för distriktssköterskan och hennes arbete. 70- och 80-talens satsning på primärvården ledde till utbyggnad av vårdcentralerna, där även distriktssköterskorna placerades. Under 90-talet skedde en förskjutning från sjukhusvård till hemsjukvård.

En av de större strukturella förändringarna i modern tid var *Ädelreformen* år 1992. Den innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg av äldre och handikappade. Reformen syftade till att ge kommunerna ekonomiska och organisatoriska förutsättningar att förverkliga mål om valfrihet, trygghet och integritet i vården och omsorgen av äldre och handikappade. Ett annat syfte var att använda samhällets resurser mer effektivt. En viktig milstolpe kom 1994 då distriktssköterskor fick möjlighet att förskriva vissa läkemedel (SOSFS 1994: 11). Husläkarlagen, som även den infördes 1994, innebar att antalet läkare inom primärvården ökade, ibland på bekostnad av antalet distriktssköterskor. Lagen riktade intresset på primärvården och lyfte fram den som en viktig del i hälso- och sjukvården, men gjorde organisationen starkt läkarcentrerad och bröt upp samverkansformer mellan personalgrupper som byggde på områdesansvar. Husläkarlagen upphävdes genom riksdagsbeslut i juni 1995.

Områdesansvar

Områdesansvaret är en viktig förutsättning för mer jämlik vård genom att alla får tillgång till vård på lika villkor. Det är grunden för distriktssköterskans förebyggande och uppsökande arbete.

Ett definierat geografiskt område ger distriktssköterskan kunskap om befolkningens behov och närsamhällets resurser. Ett område kan vara olika stort, alltifrån en gata eller ett servicehus till hundratals kvadratkilometer. Att arbeta med ett definierat geografiskt område möjliggör förebyggande och hälsofrämjande insatser samt tidig upptäckt av ohälsa. Det sociala sammanhanget är betydelsefullt. Det är viktigt att få tillräckliga ekonomiska resurser för områdesansvaret. Modeller för hur man bedömer områdesansvarets omfattning och hur det ska ersättas måste därför utvecklas.

Distriktssköterskan är känd av befolkningen och vice versa. – förtroendet hos allmänheten är stort. Hon är efterfrågad och välkommen när hon kommer på besök i hemmet. Kännetecknen för distriktssköterskans områdesansvar är helhet, kontinuitet, tillgänglighet, närhet och socialt synsätt.

Intervju med Jan-Erik Ingwall, Stadshusdoktor, Lidingö

Ett bra yrke med otydligt formulerat uppdrag

Det är nästan lite svårt att tro honom. Efter 30 år i yrket kan inte Jan-Erik Ingwall påminna sig någon enda dag som det varit tråkigt att gå till jobbet. Det betyder dock inte att han tycker allt är frid och fröjd.

- Vi har ett bra yrke, men förr var vi mer som en egen profession och hade inte så mycket med läkarna att göra. Vi kände området och befolkningen, ”från vaggan till graven”. Hörde man på Konsum att Agda inte syntes till på ett tag kunde man åka dit och kolla.

På den tiden arbetade Jan-Erik Ingwall i den värmländska glesbygden, där han själv vuxit upp. Innan han kom till Lidingö hade han hunnit med åtskilligt – bland annat en tid som vårdlärare i Zaire, som distriktssköterska i Marbella och sedan i Bryssel.

- Där var patientunderlaget 4 000 personer i EU-parlamentet – ett tydligt områdesansvar!

Idag styrs Jan-Eriks arbetsdag av en sorts blandning av listning och områdesansvar. Vårdcentralen har ansvaret för befolkningen inom ett visst område samtidigt som det står medborgarna fritt att lista sig hos en läkare någon annan stans. Och eftersom distriktssköterskan är kopplad till läkaren händer det att två kolleger från olika vårdcentraler kan stöta ihop i samma trappuppgång på väg till ”sina” doktorers listade patienter.

– På det sättet var husläkarreformen inte bra för oss distriktssköterskor – den slog sönder området. Nu försöker vi kombinera områdesansvaret med listning, men det är svårt. Vi kan inte ta emot någon som är listad på annat håll, och våra patienter

måste vara listade hos någon av våra läkare – annars får vi inga pengar, säger Jan-Erik Ingwall och tillägger att det är en oerhörd fördel att ha doktorn nära.

Fel på systemet?

Problemet är snarare otydligheten i uppdraget. Läkarna har ett begränsat antal listade patienter, men i avtalet med landstinget är ansvaret att förebygga och rehabilitera bara allmänt beskrivet. Därför är det svårt både att bemanna distriktssköterskefunktionen och planera arbetet. Det saknas ordentliga definitioner på vad man ska hinna med.

– Vi pratar om det varje dag och känner oss otillräckliga när dagarna inte räcker till för allt vi vill och förväntas göra. Är det oss det är fel på eller systemet? Svaret på den frågan är nog självklar för Jan-Erik och hans tre kolleger hos Stadshusdoktorn, som en av Lidingös fem vårdcentraler heter. Idéer och ambitioner är det sannerligen ingen brist på, men det förebyggande och hälsofrämjande uppdraget måste bli tydligt beskrivet – och ersatt! – i avtalet. I dag är distriktssköterskorna inte inblandade i upphandling och avtalsskrivande. Men Jan-Erik tror att det går att påverka sjukvårdspolitiker. Det har han erfarenhet av från Distriktssköterskeföreningen, som bjöd in lokala politiker för att berätta om det arbete distriktssköterskorna utför. Och gensvaret uteblev inte. ”Ett bra sätt att arbeta på.” För det finns förstås oerhört mycket att göra i folkhälsoarbetet, där distriktssköterskan kan spela en nyckelroll – om resurserna finns.

– Vi skulle kunna ha egna grupper med ämnen som kost och motion. Vara ute på skolor och bibliotek, genomföra livsstilsenkäter och kanske lyckas fånga upp människor i riskzonen. Idag går inte det, eftersom inga pengar finns avsatta. Och tiden går åt till annat. Att serva doktorn, boka tider, telefonrådgivning, mottagning, kontakter med hemtjänst, biståndsbedömare, sjukhus, apotek osv. Och förstås hembesök, där distriktssköterskan kan utnyttja sitt sociala synsätt fullt ut.

– Då får vi en bild av patienten. Om det är smutsigt, luktar urin. Hur relationen till anhöriga ser ut, till exempel mellan makar. Men här gäller det att vara försiktig i sina omdömen. Även om det ser bedrövligt ut kanske patienten är välnärd och tillfreds med tillvaron.

Duger inte

Men det går också att gömma sig bakom principer om den personliga integriteten. Att efter att ha blivit avvisad vid dörren nöja sig med anteckningen ”Avböjde hembesök” duger inte. Finns det indikationer på att allt inte står rätt till måste man agera, betonar Jan-Erik och räknar upp en rad användbara egenskaper i sammanhanget: list, fantasi, fingertoppskänsla, varlighet.

- En del av tjusningen med yrket är att bemöta människor hemma på ett bra sätt. Inte klampa på, men genom att lirka och med lämpor få fram det man vill veta och ge det stöd som just den personen mår bättre av.

För grundidén är ju att hjälpa patienten, men eftersom man inte gör någon utvärdering av arbetet vet man inte riktigt hur man lyckas. Därför borde någon form av kvalitetssäkring tillämpas – ytterligare en uppgift som Jan-Erik Ingwall

skulle vilja att hans yrkesgrupp hann ägna sig åt. Andra förebyggande åtgärder skulle vara att utforma vårdprogram för diabetes, KOL, sår, astma, blodtryck. Idéer saknas som sagt inte. Och Jan-Erik Ingwall ser fram mot ett nytt projekt i kommunen – att distriktssköterskorna ska kunna skriva ut fysisk aktivitet på recept, som komplement till annan behandling.

– Det blir ett bra instrument för oss som arbetar förebyggande, avslutar Jan-Erik Ingwall och hastar vidare till sin egen fysiska – och förebyggande – aktivitet: styrketräning.

Utbildning och kompetens

Sedan år 1999 regleras specialistsjuksköterskeutbildningen till distriktssköterska av staten och ska följa Högskoleförordningens mål för yrkesexamina. Utbildningen benämns specialistsjuksköterskeexamen till distriktssköterska och omfattar 50 poäng högskolestudier. Utöver allmänna mål som gäller alla specialistsjuksköterskeexamina gäller specifika mål för respektive specialistsjuksköterskeexamen, där klinisk utbildning ska ingå. Några utbildningsanordnare planerar utbildningen så att det är möjligt att med vissa tillägg erhålla magisterexamen.

I utbildningen ingår förutom folkhälsovetenskap och omvårdnadsvetenskap även specifik kompetens inom områden som barnhälsovård, skolhälsovård, hemsjukvård och vård av äldre och handikappade. Utbildningen ger kompetens för arbete hos alla sjukvårdshuvudmän. Distriktssköterskan kan även tjänstgöra som medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen.

Distriktssköterskan har forskrivningsrätt för ett antal läkemedel, och har rätt att förskriva, ordinera och prova ut förbrukningsartiklar och tekniska hjälpmedel för vissa grupper, till exempel för patienter med diabetes, inkontinens och stomier.

Kunskapsområden

Distriktssköterskan är en specialistutbildad sjuksköterska. Att vara distriktssköterska innebär att ha en bred kompetens som fördjupas utifrån specifika behov hos befolkningen. Distriktssköterskan ser patienten med sina sammansatta problem och möter henne på ett sätt som speglar alla behov utifrån ett bredare sammanhang än enskilda sjukdomar.

Distriktssköterskan planerar och samordnar vårdinsatser tillsammans med patient och anhöriga avseende omvårdnad, behandling och/eller rehabilitering. Den samordnande funktionen gör att kraven på kontinuitet och kvalitet i vårdarbetet uppfylls. Antalet vårdgivande personer och kontakter kan därför hållas på en lämplig nivå. Detta bidrar till att vården blir trygg och säker samt uppfyller kraven på integritet och autonomi för både patienter och anhöriga.

Med sin specialistkompetens inom folkhälsa, omvårdnad, medicin och socialt synsätt har distriktssköterskan en betydelsefull funktion som kunskapsförmedlare och handledare inom de områden där hon är verksam.

Forskning behöver bedrivas inom alla distriktssköterskans områden i samverkan med flera olika institutioner som omvårdnad, allmänmedicin, folkhälsa och pedagogik. Distriktssköterskan utvecklar sitt eget område, är forskningskonsument och forskare samt initierar, bedriver och leder utvecklingsarbete.

Omvårdnad

Omvårdnad utgör grund för distriktssköterskans kunskapsområden och utgångspunkt för arbetet. Den omfattar bedömning eller diagnostisering, rådgivning, sjukvårdande behandling samt uppföljning av medicinsk och omvårdande behandling. Omvårdnad omfattar också planering, genomförande och uppföljning samt dokumentation av omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser. En speciell form av omvårdnad är den palliativa, lindrande, vården som ges till svårt sjuka, ibland döende patienter. Här måste distriktssköterskan uppmärksamma de fysiska, psykiska, sociala, och existentiella behov som uppstår hos patienter, anhöriga och vårdande personal.

Distriktssköterskans arbete utförs antingen på mottagningen eller vid hembesök, där det är möjligt att ge även svårt sjuka och de med stort omvårdnadsbehov vård i det egna hemmet. Omvårdnad förutsätter kunskap om medicinska behandlingar och metoder, men innebär också ett omfattande samarbete med övrig vårdpersonal och andra instanser som medverkar i patientens vård och behandling.

Intervju med Lisbeth Andersson, hemsjukvården, Falköping

Ett stort ansvar att göra rätt bedömning

Att beskriva Lisbeth Anderssons arbete som omväxlande är en klar underdrift. En halv dag med henne innehåller det mesta mellan liv och död. Allt utfört under stort självständigt ansvar, i ständig växelverkan med andra och med etiken som ledstjärna.

- Och den här arbetsmiljön är det väl inget större fel på, säger Lisbeth Andersson när hon rattar tjänstebilen på den västgötska landsvägen på väg till sin expedition, beläget i ett servicehus i Vartofta. Hon pekar mot gamla kyrkor och gårdar, svarta åkrar och i fjärran Billingen och Älleberg.

– Du ska se när diken är fulla av vitsippor!

Trots att Lisbeth Andersson bott här kring Falköping i hela sitt liv tröttnar hon inte på skönheten i det gamla kulturlandskapet. Och resorna mellan uppdragen och hembesöken blir en tid av vila och reflektion. När hon inte talar i telefon samtidigt som hon kör, vill säga. För denna distriktssköterska med patientansvar för 40-talet patienter inskrivna i hemsjukvården har sett till att hon är tillgänglig i stort sett jämt.

– Jo, jag brukar vidarekoppla min telefon till mobilen.

Det innebär till exempel att hon har nio missade samtal efter lunchen. Ett av numren känner hon igen och ringer upp direkt. Det visar sig gälla en av Lisbeths patienter, en kvinna född 1919, som blivit dålig med feber. Efter att ha pratat med henne och anhöriga drar Lisbeth slutsatsen att det är en förkylning som förvärrats och kräver behandling.

Hon säger att hon ska kontakta vårdcentralen och återkomma. Nästa steg blir att ringa dit och konsultera en läkare. Denne är dock inte anträffbar, men ska ringa – vilket också sker. Resultat: Inringda recept på hostmedicin och antibiotika samt nytt samtal till patienten med besked: ”Jag vill att du börjar med medicinen ikväll, så hör jag av mig i morgon!”

Rätt omhändertagande

Under tiden har mycket annat hunnit hända denna marseftermiddag, då tranorna dansar som bäst borta på Hornborgasjön. Flera telefonsamtal klaras av, resonemang med kollegan Vivianne – och i ett hörn av expeditionen surrar faxen med besked om färdigbehandlade patienter från sjukhusen i Skövde, Lidköping eller Falköping.

De kommer via den så kallade Slussen, en grupp sammansatt av personal från socialtjänst, primärvård och hemsjukvård i kommunen, vars uppgift det är att se till att utskrivna patienter får rätt omhändertagande när de kommer hem från sjukhuset.

– Nu är det min uppgift att ringa sjukhuset för en vårdplanering tillsammans med biståndsbedömare, antingen där eller när patienten kommit hem.

Den detaljerade blanketten från sjukhuset har sin motsvarighet hos distriktssköterskan. Om det är Lisbeth Andersson som skickat in en av sina patienter till sjukhuset medföljer alltid ett Omvårdnadsmeddelande, en lika

detaljerad blankett med uppgifter om ”normaltillstånd”, hemtjänst, ansvariga sjuksköterskor, läkare, biståndsbedömare osv samt vad som har hänt.

- Innan vi utvecklade den här blanketten ringde vi in informationen till sjukhuset, men det var mycket osäkrare, eftersom en del hann försvinna på vägen innan patienten hunnit in, säger Lisbeth som varit med och filat på båda formulären. Den del av Falköpings kommun, där Lisbeth Andersson ansvarar för hemvårdspatienterna, är ett fem mil avlångt område bestående av elva församlingar. Självklart utför inte distriktssköterskan all omvårdnad i hemmen, mycket delegeras till hemtjänsten, där de flesta är undersköterskor – ”kommunen satsade på utbildning efter Ädel”. Därför är täta kontakter nödvändiga, vilket underlättas av att även hemtjänsten har sin bas på servicehuset. Här träffas varje morgon Lisbeth och ”hennes” undersköterskor för information om dagsläget. Till detta kommer en ordentlig vårdplanering en gång i veckan.

Återstoden av dagen

– Det är en del av arbetet, att lära upp och handleda ny personal – och delegera läkemedel, injektioner, sårömläggningar osv. Förutom att dokumentera och hålla ihop allt.

Andra delar av arbetet har Lisbeth redan klarat av när eftermiddagen blivit sen – och några återstår. Eftermiddagen ägnades bland annat åt att lämna över och gå igenom läkemedel till några patienter plus ytterligare några hembesök. Dels en multipelsjuk man där dragning av kateter planeras, och dels till en kvinna med svårsläkt sår, som nu blivit så bra att det är aktuellt att fundera på nästa steg i rehabiliteringen.

- Ja, det är ett stort ansvar att göra rätt bedömning, säger Lisbeth som använder läkarna som konsult – och vice versa.

Återstoden av dagen rymmer ytterligare två besök – det första svårare än det andra. En drygt 90-årig kvinna på servicehuset, som ligger på sitt yttersta, bönar och ber Lisbeth om en spruta ”för att komma över gränsen”. Det blir nattvak och läkarbesök morgonen därpå. Allra sist ska Lisbeth åka ut på ”tillsynsbesök” till ett åldrat syskonpar, som bor mycket ensligt.

Där som i alla patienters hem praktiserar Lisbeth Andersson sina etiska regler, som hon är noga med att förmedla till nyanställda och vikarier – och som finns samlade i pärmen för kvalitetssäkring med regelverk som alla måste ta del av. I korthet med Lisbeths ord:

– Ta av skorna, häng upp jackan – annars är du på väg. Möt människan där hon är. Var inte nyfiken. Sitt still. Och ge besked om du lovat höra av dig!

Folkhälsoarbete

Distriktssköterskans uppgift i folkhälsoarbetet är att i kontakter med patienter och anhöriga systematiskt integrera relevanta förebyggande och hälsofrämjande aspekter. Det är i dessa vardagliga möten som hälso- och sjukvården har sin största förebyggande potential.

Genom att distriktssköterskan är tillgänglig och utgår från en helhetssyn på människan kan hon arbeta för folkhälsan offensivt, med områdesansvaret som bas. Hennes arbete är inriktat på att stödja det friska och ta tillvara individens egna resurser och möjligheter. Patienterna kan, förutom att besöka distriktssköterskans mottagning, få råd per telefon eller hembesök. Distriktssköterskan ansvarar också för uppsökande verksamhet inom sitt område.

Folkhälsoarbetet, som baseras på folkhälsovetenskap, är hälsobefrämjande och hälsoförebyggande och riktat till människor i alla åldrar, både enskilt och i grupp. Distriktssköterskan informerar och ger råd om kost, hygien, motion, stress, alkohol och droger samt sex och samlevnad. Riktad information ges vid specifika tillstånd, enskilt eller i grupp.

Folkhälsoarbete kräver långsiktigt perspektiv för att resultaten ska kunna utvärderas, vilket kan vara problematiskt i dagens hälso- och sjukvård som ofta styrs av kortsiktiga beslut. Primärvården och speciellt distriktssköterskan har som hälso- och sjukvårdens företrädare i lokalsamhället en strategisk och central roll i folkhälsoarbetet.



Intervju med Suzanne Raquette, vårdcentralen i Brandbergen:

Hit kommer många trasiga själar

Suzanne Raquette har varit med om många förändringar inom vården – till sommaren fyller hon 68. Sin grundinställning till yrket har hon behållit genom åren; att all vård ska ges på rätt nivå, och att alla människor ska behandlas lika. På nittiotalet var hon med och startade Akka, en av de första vårdcentralerna som drevs av ett kooperativ, och som lånat sitt namn av Selma Lagerlöfs ledargås. Det var en uppmärksam satsning, ett exempel på nytänkande – men det blev ändå inte riktigt som hon hade tänkt sig. Under en period sadlade hon om helt och hållet. Hon flyttade till Italien, reparerade hus tillsammans med maken några år och hyrde ut rum till turister.

I dag bor hon i sörmländska Malmköping, inte långt från Flen, och arbetar som distriktssköterska på vårdcentralen i Brandbergen, en av Stockholms södra förorter. Varje dag tar hon bussen till Stockholm och fortsätter med pendeltåget till Brandbergen, en resa på styvt två timmar – för att det är en så bra vårdcentral, för att jobbet är roligt och för att hon känner att hon har mycket att bidra med. Brandbergen är inget högstatusområde. Arbetslösheten är stor – och ensamheten. Här bor många invandrarfamiljer, många ensamstående mödrar och många gamla. – Här i höghusen finns hissar, påpekar Suzanne Raquette. Många äldre flyttar hit från andra områden när de inte längre orkar gå i trappor..

Vårdcentralen ligger i centrumhuset, med parkeringsdäcket utanför och med mataffär, konditori och blomsteraffär intill. Mitt i den moderna förortsbyn. Upptagningsområdet har drygt 10 000 personer, alla i den allra närmaste omgivningen.

– Vi behöver inga bilar när vi ska besöka patienterna i hemmen. Det går snabbare med cykel.

Det hon uppskattar allra mest är det goda samarbetet på arbetsplatsen och den gemensamma inställningen till människor. Varje måndag har de personalmöte – då flödar idéerna, och alla brukar komma.

– Det säger något om samarbetet och om viljan att ta tillvara vars och ens kompetens.

Extremt lättillgängligt

Frågan om tillgänglighet har engagerat Suzanne Raquette i många år. I Brandbergen har man ambitionen att göra det extremt enkelt att komma till distriktssköterskan. Och man har lyckats bra med att göra distriktssköterskemottagningen känd.

– Vi har öppen mottagning på morgonen. Det underlättar för dem som arbetar inne i centrala Stockholm att komma hit på väg till jobbet.

– För att nå ännu fler annonserar vi ibland i lokaltidningen och berättar om våra öppettider, och inne på vårdcentralen har vi satt upp en skylt där vi berättar vilka vi är och när och hur man når oss.

Den allmänna inställningen är att ingen söker hjälp i onödan, att det alltid finns tillräckligt goda skäl. Samtidigt är man noga med att vården ska ske på rätt nivå. Att varje krämpa inte behöver behandlas av en läkare, utan att distriktssköterskan kan och ska ta ett stort ansvar.

– Det finns ingen annan yrkesgrupp i vården som har sådan överblick som vi och som kan slussa patienterna vidare, till rätt vårdinstans eller till andra institutioner och verksamheter. Det handlar om medicinska problem, förstås, men också om förebyggande hälsovård och sociala bekymmer. Det händer att jag föreslår en ensam patient att ta kontakt med kyrkan, till exempel, eller med PRO.

Detektivarbete

Hit kommer många trasiga själar, och de har blivit betydligt fler med åren. Det är dubbelarbetande småbarnsmammor med ont i magen, ensamma åldringar med yrsel, stressade medelålders män med högt blodtryck ...

– Det är lite av ett detektivjobb att ta reda på vad som felas dem som kommer hit, säger Suzanne Raquette. Om jag känner mig det minsta osäker bokar jag in ett återbesök, med argument som att jag vill kontrollera blodtrycket en gång till, eller ge fler kostråd. Och då ser jag till att jag har gott om tid för ett samtal.

Vårdcentralen har regelbundna och bra kontakter med hemtjänsten. Man har också utvecklat ett nära samarbete med apoteket, som också finns i centrumhuset. Och för att minimera långtidssjukskrivningar har man dragit igång ett projekt tillsammans med försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialkontoret. Ett särskilt rygg-nacke-projekt har startats för att problemen ska kunna stoppas i ett så tidigt skede som möjligt.

Suzanne Raquette har ett särskilt intresse för beroendefrågor. Hon förhör sig regelmässigt om patientens förhållande till alkohol, tobak och narkotika. Det är ett område där hon verkligen kan påverka, tycker hon, både människors hälsa och deras allmänna livssituation. Hon har sin långa erfarenhet att luta sig mot och sin väl grundande inställning att ingen har rätt att sätta sig på höga hästar och döma ut en missbrukare som mindre värd. Så tycker hon inte heller att de samtalen är särskilt svåra.

Med åren har hon utvecklat förmågan att känna i magen hur hon ska möta varje enskild patient. Men fastän den tysta kunskapen har stor betydelse är hon också noga med att poängtera vikten av goda medicinska kunskaper.

– Jag vet aldrig vem som kommer in genom dörren nästa gång, säger hon. Om det är en person med liktorn eller en med en hjärntumör.

Om hon planerar för att pensionera sig?

– Nej, varför skulle jag göra det? Jag är frisk. Jag har ett roligt och meningsfullt arbete, och vi har bra resultat.

Vård i hemmet

I takt med att vårdtider på sjukhus kortas ner och antalet äldre ökar, vårdas allt fler i hemmen. Den medicinska behandling och omvårdnad som bedrivs i hemmet har blivit alltmer avancerad. Hemsjukvården kan vara tryggheten för den som behöver vård utanför sjukhuset. I hemsjukvården möter distriktssköterskan både barn, vuxna och äldre. En stor grupp är äldre och patienter med sammansatta vårdbehov. Distriktssköterskan svarar för hemsjukvården med dagliga eller återkommande kontakter.

Vid ett hembesök är patienten i sin privata sfär och därmed tryggare. Distriktssköterskan är gäst i hemmet vilket stimulerar till ett mer ödmjukt och lyssnande förhållningssätt. Det finns större förutsättningar att patientens behov och frågor blir vägledande. Distriktssköterskan får inblick i den verklighet patienten lever i, vilket ger bättre förutsättningar för att rätt problemställningar kommer upp och rätt lösningar diskuteras. Patienten ses i sitt sammanhang och åtgärderna anpassas till den situation patienten lever i.

I hemsjukvården är kontakter med slutenvården, andra vårdgivare och anhöriga med vårdplanering och informationsöverföring en viktig del. Många av distriktssköterskans patienter har också insatser från kommunens hemtjänst, vilket kräver samordning så att vården och omsorgen utformas optimalt för att tillgodose patienternas behov. Distriktssköterskans handledande funktion gentemot vårdpersonal inom hemtjänsten när det gäller behandling, omvårdnad och rehabilitering är av stor betydelse, liksom undervisning och delegering av vissa arbetsuppgifter. Nära samarbete inom hemsjukvården är en förutsättning för att vården och omsorgen ska fungera. Nästan all forskning bygger underförstått på en tänkt sjukhusmiljö. Därför behövs mer forskning om förutsättningar, villkor och framgångsfaktorer för vård i hemmet.



Intervju med Sylvia Asplund, hemsjukvården i Forshaga:

Det är aldrig för sent att stärka det friska

När biståndsbedömaren kommer på besök dukas det ofta fram kaffe och kakor. Men när distriktssköterskan knackar på dörren är det inte alltid lika noga med polityren. Då kan vårdtagaren utan vidare krusiduller ta emot i underklänning eller kalsonger.

– Det säger något om tilliten till vår yrkeskår, säger Sylvia Asplund i värmländska Forshaga. Distriktssköterskan är välkänd sedan länge och har gott rykte. Vi uppfattas inte som någon kommunrepresentant. De vet att vi står på deras sida – och vi är alltid välkomna.

Den administrativa delen av arbetet har ökat, så att Sylvia Asplund numera sitter vid telefonen eller framför datorn ungefär 25 procent av sin arbetsdag. Men det är ändå i vårdtagarnas hem som hon tillbringar den största delen av tiden.

– Det är det finaste med det här jobbet, att få möta patienterna i hemmiljö, säger hon.

– Jag kommer som gäst, och får rätta mig efter vad som gäller. I det här arbetet måste man utveckla sin lyhördhet, och vara noga med respekten. Jag gör inte på samma sätt hemma hos Kalle som hemma hos Anna. Men jag har lärt mig att ”läsa mellan raderna”, att läsa av människor och deras behov. Att fråga, lyssna, och föreslå lösningar.

Rätt att vårdas hemma

I Forshaga har kommunen beslutat att den som behöver sjukvård och vill ha den i hemmet också har rätt till det. Någon sjukhusansluten hemsjukvård finns inte. Åtta kommunanställda distriktssköterskor, var och en med sitt områdesansvar, står i centrum för hemsjukvården i Forshaga och grannorten Deje.

Sylvia Asplunds har omvårdnadsansvar för mellan 30 och 40 patienter som vårdas hemma, i den gamla delen av bruksorten. Det är hon som fattar beslut om hur vården och den specifika omvårdnaden ska se ut, utifrån vars och ens specifika behov. Många av patienterna är mycket gamla och sjuka, flera i livets slutskede. Några är helt och hållet sängliggande, med allt vad det innebär, till exempel av tunga förflyttningar, personlig hygien, och medicindelning.

Samarbetet kring patienten är väl utvecklat, det gäller både med olika yrkesgrupper, som sjukgymnaster, arbetsterapeuter och biståndsbedömare, och med de yrkesgrupper som patienten möter på vårdcentralen och sjukhuset i Karlstad, några mil därifrån.

Rutinerna är utformade så att inget ska kunna hamna mellan stolarna.

– Dokumentation är viktig, och vi lägger stor möda på att beskriva både hur patienten mår och vad vi gör. Vi har bra kvalitetssäkring, och är noga med journaler och signeringslistor. Sylvia Asplund har sitt kontorsrum i bottenvåningen av det trevåningshus som ligger vid genomfartsgatan, på Storgatan, och som numera är servicehus. I rummet intill sitter biståndsbedömaren. Det gör det enkelt att komma till tals och att fatta snabba beslut. Lite längre ner i korridoren har de fyra distriktssköterskekollegorna sina

arbetsrum. De håller varandra informerade så gott det går, så att de kan ta över varandras uppgifter när det kör ihop sig.

Sedan Sylvia Asplund valde att engagera sig fackligt har det blivit allt mer tydligt för henne hur svårt det är att fördela kommunens och landstingens resurser. Men hon tycker ändå att de gamla borde få en större del av de gemensamma resurserna. Själv önskar hon mer tid för att prata med dem om deras hälsa. Att övertyga dem om att det inte är bra att bara äta en halv portion av maten, för att spara några kronor, till exempel.

Men hon skulle också vilja ha mer tid för att diskutera vårdfrågor med hemtjänstgruppen. Där är de flesta är undersköterskor, och de står för en stor och viktig del av omvårdnaden, på delegation av distriktssköterskan.

Ser hela människan

– Vi garanterar vårdtagarna trygg och säker vård. Det betyder att vi måste känna till så mycket som möjligt om dem. Hur de äter, till exempel, och hur de sover. Men också hur de har det hemma, till exempel med tanke på fallrisker, och hur det sociala livet ser ut.

– Jag har ofta stor hjälp av de anhöriga. Och de kontakterna är i allmänhet enkla på en sådan här liten ort.

– Jag får reda på om det hänt något viktigt i familjen, och hur de uppfattar att deras anhöriga har det. Det gör det lättare för mig att se vårdtagaren i hela sitt sammanhang.

Att patienterna är mycket gamla är inte skäl nog för att Sylvia ska lägga det förebyggande arbetet åt sidan. Hon ser det ändå som en viktig uppgift att stärka det friska.

– Om en patient kan ta sig till vårdcentralen en enda gång, så uppmuntrar jag det. Kan den svårt sjuka kvinnan sitta på balkongen en liten stund och få en gnutta sol är det viktigt att hon får göra det. Kan den gamle mannen klä på sig själv ska ingen omömskynda dit och knäppa knapparna. Vi kan finnas med för att stötta om det behövs, men vi ska aldrig ta över sådant som en vårdtagare kan göra själv. Det är viktigt!

– Jag vill bidra till att göra det allra bästa av just den här stunden, den här dagen, för varje vårdtagare, säger Sylvia Asplund. Även om det handlar om att förbereda och lindra inför döden, att hjälpa den sjuka att ta farväl.

Socialt synsätt

Det sociala synsättet kännetecknas av att omvårdnaden även beaktar sociala problem, vilka kan förstås som konsekvenser av sjukdom, funktionshinder och åldrande. Patienterna ses som relaterade till andra människor, som del i olika nätverk och i samspel med andra. Det sociala synsättet sätter fokus på möjligheter och problemlösning. Insatserna utformas utifrån individuella behov och blir i högsta grad varierande och flexibla. Utmärkande för arbetet är att patienten medverkar och är delaktig utifrån sina egna förutsättningar. En viktig del i arbetet är att främja patientens deltagande i sociala aktiviteter och socialt umgänge.

Som människor är vi alltid beroende av varandra, oavsett om vi behöver praktisk hjälp eller inte. Patienter ska beredas möjlighet att nyttja olika mötesplatser. Behov av meningsfullhet och gemenskap är lika prioriterade som andra behov. Meningsfullhet ses som hälsobefrämjande. En människas behov måste ses i relation till det liv hon lever, det vill säga hennes sociala och materiella förhållanden.

Det sociala synsättet väver samman kvarboendepincipen med den enskildes identitet. Bostadens centrala roll i människans identitetsskapande lyfts fram. Människor ska inte tvingas till samlevnad bara för att de behöver omsorg och vård. Särskilt boende behövs endast i undantagsfall, människor har rätt till den vård och den omsorg de behöver där de lever. Med det sociala synsättet följer att fokus inriktas på följder av sjukdom och inte på själva sjukdomen.

Distriktssköterskan använder genom det sociala synsättet all kunskap som kan underlätta ett liv med sjukdom och funktionshinder. Patientens önskemål beaktas och hon uppmuntras att delta i sin egen vård och omsorg. Att skapa och upprätthålla en relation till patienten är en viktig uppgift för distriktssköterskan.

Reflektera och diskutera

Reflektera kring dessa frågeställningar och diskutera med kollegorna på arbetsplatsen.

Hur ser du på områdesansvaret?

Är det en förutsättning för att fullgöra uppdraget?

Hur ser du på möjligheten att kombinera områdesansvar och listning?

Vilka förutsättningar har ni?

Hur arbetar du med förebyggande arbete och folkhälsa?

Vilka förutsättningar har ni?

Hur ser du på förutsättningarna för en bra vård i hemmet hos er?

Vilka uppgifter har distriktssköterskan?

Hur kan de utvecklas?

Hur tillämpar du ett socialt synsätt?

Hur kan det utvecklas?

Beställaren och beställningen/uppdraget

Samhällets uttrycker sina krav och förväntningar på hälso- och sjukvården genom de regler man sätter upp för verksamheten och innehållet i utbildningen för hälso- och sjukvårdens olika yrkesgrupper.

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, anger samhällets krav på vårdgivaren. Primärvården ska enligt HSL vara en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Den ska svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt få upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område anger samhällets krav på dem som arbetar där. Legitimationen är sedan länge ett bevis på en yrkesutövares kompetens inom hälso- och sjukvården. Den anger att den legitimerade står under samhällets tillsyn och har godkänts för yrkesutövning inom sitt område med hänsyn till kunskaper och personliga egenskaper. Det viktigaste motivet för legitimation är patientsäkerheten. Av allmänheten uppfattas legitimationen som ett slags varudeklaration.

Utbildningen till distriktssköterska leder till att hon arbetar utifrån ett folkhälso-perspektiv. Uppgiften är att förebygga ohälsa, sjukdom och skada hos barn, vuxna och gamla. Den samhällsmedicinska kompetensen ger möjlighet att se hela individen i sitt sammanhang. Det innebär att förstå hur levnadsförhållanden och livsmiljö påverkar hälsa och sjukdom, och väga in såväl fysiska och psykiska som sociala behov.

Det finns således en samstämmighet i samhällets krav på verksamheten och innehållet i distriktssköterskeutbildningen. Det är viktigt att vårdgivaren beaktar detta och använder kompetensen på ett sådant sätt att den kommer befolkning och patienter tillgodo.

Faktaunderlag för beställningen/uppdraget – befolkningens behov

För att kunna bedöma hur mycket resurser som behövs för att genomföra en viss verksamhet måste vårdgivaren, beställaren, veta vilka behov befolkningen har nu och i framtiden.

Förutom de mer allmänt hållna, lagstadgade ”beställningskraven” så bör beställaren därför även veta en hel del om målgruppen, dvs befolkningsunderlagets behov inom det område beställningen avser. Detta för att kunna göra en så precis och ”skräddarsydd” beställning som möjligt.

Det handlar om faktorer som antal, åldersfördelning, kända och förväntade sjukvårdsbehov, behov av förebyggande insatser, etnicitet, arbetslösa, missbrukare etc. Beställaren måste kunna uttrycka dessa behov i både kvantitativa och kvalitativa termer för att beställningen ska bli tydlig för den som åtar sig att utföra den.

Diskutera:

Vad vet ni om befolkningens behov inom ert område?

Hur tar ni/får ni reda på det?

Beställningen/uppdraget

Kunskapen om befolkningens behov omvandlas sedan till en beställning/uppdrag för dem som tar på sig att utföra beställningen. Innehållet i uppdragen varierar väldigt mycket över landet. En del är konkreta och detaljrika medan andra är mer diffusa och allmänt hållna.

För att kunna hantera beställningen behöver de som tar på sig uppdraget reglera detta i ett tydligt avtal för att klara ut alla ”spelregler”.

Ett avtal kan utformas på många olika sätt beroende på innehåll och juridisk status hos inblandade parter. Vid avtal med en fristående producent krävs också vanligen upphandling enligt LOU (lag om offentlig upphandling).

I avtalstexten bör uppdraget preciseras vad gäller konkret innehåll, såväl kvantitativt som kvalitativt. Det bör också stå hur det ska följas upp, vilket är en fundamental förutsättning för att ett uppdrag, oberoende av driftform, ska ha någon mening.

Ersättningen måste utformas så att den främjar verksamhetens uppdrag och mål. I svensk primärvård ges ekonomisk ersättning till vårdenheter huvudsakligen på två sätt: antingen med en fast summa pengar för ett visst uppdrag oavsett vad som utförs – så kallad anslagsfinansiering, eller med ersättning baserad på utfört uppdrag mätt på olika sätt – så kallad prestationsersättning. Vissa former av kvalitetsutvärdering kan också ge ytterligare ersättning. Den ekonomiska ersättningen måste också gälla områdesansvaret.

Det är viktigt att

- uppdraget har en tydlig koppling till den ekonomiska resurs som ställs till förfogande
- att det finns fastställt vad som ska följas upp, på vilket sätt detta sker och vem som har ansvaret
- att allt som distriktssköterskan gör för att verkställa uppdraget är tydligt beskrivet

Det finns flera skäl till att beskriva distriktssköterskans arbetsområden på ett tydligt och konkret sätt:

- personaldimensionering och kompetensfördelning ska bli optimal
- ersättningen ska kunna beräknas korrekt
- uppföljning och utvärdering ska bli möjlig och rättvisande

Diskutera:

Känner ni till det uppdrag/åtagande som gäller hos er?

Har ni varit med och utarbetat uppdraget/åtagandet?

Gå igenom innehållet i ert uppdrag.

- Stämmer den på er verksamhet?
- Behöver ni lägga till något – vad?
- Behöver ni ta bort något – vad?

För ni fortlöpande diskussioner om hur uppdraget/åtagandet ska uppfyllas?

Hur ersätter beställaren områdesansvaret hos er?

Uppföljning och utvärdering

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården SOSFS 1996:24 (M) anges att all hälso- och sjukvård ska omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheten. All personal ska medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten.

Kvalitetssystemen ska säkerställa

- att kvalitet och säkerhet i patientens vård och omhändertagande tillgodoses
- att patienten och dennes närstående visas omtanke och respekt
- att patientens värdighet och integritet tillgodoses
- att patienten och dennes närstående informeras och görs delaktiga
- att förslag och klagomål från patienter och närstående tas om hand och beaktas.

Inom primärvården behöver uppföljning och utvärdering av verksamheten utvecklas. En bra uppföljning och utvärdering leder till tydliga beställningar-/uppdrag och omvänt. Här nedan redovisas några artiklar och rapporter som sammanfattar läget.

Bättre insyn i vården¹

Redan för hundra år sedan redovisade sjukvårdsinrättningarna sin verksamhet i form av årliga, kortfattade rapporter som underlag för dåtidens politiska beslut om finansiering och utbyggnad av vården. Oftast nöjde man sig med uppgifter om antalet inskrivna och utskrivna. De utskrivna delades sedan upp i levande respektive döda och de levande delades i sin tur in i ”förbättrade” respektive ”oförbättrade”.

Under seklet som gått har redovisning av vårdens verksamhet efter hand blivit oändligt mycket mer omfattande, men redovisningen har som regel begränsats till uppgifter om resurser (exempelvis antal ”vårdplatser”) och olika prestationer, t ex antalet mottagningsbesök, antal operativa ingrepp osv. I det stora flertalet av tillgängliga årsrapporter från landsting och kommuner lyser specifika uppgifter om vårdens säkerhet, kvalitet och patientnytta med sin frånvaro. Medborgarna får veta mycket om vårdens organisation och vad som görs inom sjukvården.

Nu är hög tid att redovisa vad den åstadkommer, d v s vad dessa insatser leder till i ett längre perspektiv. Ny information måste till för att beskriva effektiviteten i landets hälsosystem som helhet. Från Socialstyrelsens hälsodataregister kan vi ta ut en rad uppgifter som speglar vissa övergripande hälsomått på befolkningsnivå, till exempel medellivslängd, överlevnad och dödsorsaker, men uppgifterna är inte ensamma tillräckliga för att beskriva vårdkvalitet i djupare mening.

¹ Under denna rubrik publicerade Socialstyrelsens generaldirektör Kerstin Wigzell och hälso- och sjukvårdschefen Bo Lindblom en artikel i Svenska Dagbladet den 25 september 2003. Artikeln är förkortad

Bland annat täcks stora områden inom primärvården och psykiatrin ännu inte av sådan kvalitetsregistrering. Dessutom bygger insamlingen av data i stor utsträckning på frivilliga och ideella insatser, vilket gör systemet sårbart. Ett annat problem är att flera register inte öppet redovisar jämförelser av resultat mellan olika sjukhus och landsting. Allt fler registeransvariga i vården är dock numera positiva till att offentliggöra information om vårdresultat. Men sådan publicering kräver att man uppnår enighet om vilka data som är särskilt viktiga för vårdkvaliteten, och metoder för tolkning och presentation av resultaten måste utvecklas så att jämförelsen blir rättvisande.

Att allmänheten ges tillgång till lättillgänglig, begriplig och jämförbar vårdinformation är ett viktigt led i att stärka patientens ställning i vården. Därmed kan patienten få bättre underlag att ta till vara den lagliga rätten till delaktighet, medinflytande och valfrihet. Genom det internationella samarbetet förefaller det i dag som om enighet kommer att nås om terminologier och om kvalitetsmåttens utformning. Framsteg här kommer dessutom att medföra att patienten själv på ett smidigare sätt än i dag får tillgång till sin egen journal och övrig relevant information om sina egna vårdkontakter. En öppnare information tjänar alltså flera olika syften och skapar drivkrafter och redskap för att långsiktigt förbättra vårdens kvalitet och effektivitet. Alla inblandade parter behöver öka sina ansträngningar så att målen kan förverkligas inom rimlig tid.

Distriktssköterskornas verksamhet – styrning, uppdrag och uppgifter

Västerbottens läns landsting² har granskat och bedömt om det finns en ändamålsenlig styrning av distriktssköterskornas verksamhet.

I rapporten konstateras att distriktssköterskorna utgör en viktig, oumbärlig och lättillgänglig funktion i hälso- och sjukvården och specifikt inom primärvården. Funktionen uppskattas mycket av befolkningen och förtroendet är stort. Distriktssköterskan har alltid arbetat med områdets invånare från ”vaggan till graven”. Numera har många distriktssköterskor dessutom fördjupade kunskaper inom t ex diabetes, allergi, hjärtsvikt och övervikt.

Revisionsrapportens övergripande bedömning är att det inte finns en ändamålsenlig styrning av distriktssköterskefunktionen. Det saknas dokumenterade styrande riktlinjer avseende distriktssköterskan uppdrag, roll, uppgifter mm. Granskningen har därtill funnit att verksamhetsuppföljningen avseende distriktssköterskans arbete är otillräcklig och behöver utvecklas. Detsamma gäller kvalitetssäkringen inom hemsjukvården som är en omfattande och väsentlig verksamhetsdel för distriktssköterskorna.

² Västerbottens läns landsting, Revisorerna Redovisar, Granskningsrapport nr 17/2003, Granskning av Distriktssköterskornas verksamhet - Styrning, uppdrag och uppgifter
Jan-Erik Wuolo, Komrev inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB, Per-Olav Moritz, Revisionskontoret

Diskutera:

Hur hanterar ni uppföljning och utvärdering hos er?

Hur redovisas resultatet av distriktssköterskans uppdrag vid uppföljning och utvärdering?



www.distriksskoterska.com



www.fammi.se

Fammi



www.vardforbundet.se